



BERUFSVERBAND KINDERKRANKENPFLEGE DEUTSCHLAND E.V.

BeKD e.V.

BeKD-Jahrestagung in Nürnberg

Mitte September trafen sich zahlreiche Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zu ihrer 29. Jahrestagung in Nürnberg im Rahmen des Deutschen Kinderärztekongresses. Präventives Handeln als erweitertes Aufgabenfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – seit Jahren ein berufspolitisches Scherpunktthema des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. - war eines der zentralen Themen dieser Fortbildungsveranstaltung, ebenso die Betreuung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher. Im Kolloquium stand die Professionalität der Pflege im Kontext des „Evidence-Based-Nurcing“ im Fokus, den Einfluss verschiedener Religionen auf Leidens- und Krankheitsverhalten thematisierte der BeKD e.V. unter dem Stichwort „Transkulturelle Medizin und Pflege“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V..

Dem Schwerpunkt „Prävention“ widmeten sich die Themen „Fortbildung zur Präventionsassistentin“, „frühen Hilfen“ im „Münchner Hausbesuchsprogramm“ sowie die Ansprüche und Herausforderungen der Pflegeteams in der Hochgebirgsklinik Davos bei der Behandlung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Außerdem berichten wir über

die Betreuung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher sowie die aktuelle Berufspolitik, die sich um die Frage drehte, ob pflegerische Leistungen im DRG-System abgebildet sind und den Stand der Ausbildungspolitik der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zusammenfasste.

Management und Pflegequalität

Zum Auftakt der Jahrestagung stellte die Fachwirtin Sozialwesen und Dipl. Pflegeexpertin, **Isabella Herr** (Zürich), im Kolloquium das Konzept des „Evidence Based Nursing“ (EBN) vor.

EBN ist laut Definition: Die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen Ergebnisse in der Zusammenarbeit zwischen Patienten und professionell Pflegenden, wobei in der professionellen Pflege grundsätzlich eine Verpflichtung zum EBN besteht.

Voraussetzung für EBN sind zum Einen die Präferenzen und die Erfordernisse der Patienten, zum Zweiten die fachliche Expertise der Pflegenden: So wie Patienten ihre Wünsche und Ansprüche artikulieren, müssen Pflegenden diese nachvollziehen und unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse darauf reagieren können. Das setzt unter anderem die Anerkennung von Pflege als kollektives Werk von Patient, Pflegeteam und weiteren Fachdisziplinen sowie die erforderlichen Arbeitsteilungen voraus.

Die Struktur von EBN wird geprägt von klaren rechtlichen Verpflichtungen (Verpflichtung zum Qualitätsmanagement im SGB V, das Wirtschaftlichkeitsgebot) und beeinflusst von äußeren

Faktoren wie Ansprüchen an Lebensqualität der Patientengruppen sowie deren besonderen Bedürfnissen (z.B. Chronisch Kranke).

Grundlage für EBN sind Ergebnisse der Pflegeforschung: neue Erkenntnisse erweitern das professionelle Pflegewissen und/oder widerlegen bisherige Erkenntnisse. EBN beweist, was ausreichend ist, z.B. welche Dekubitusmatratze hilft wirklich und rechtfertigt die Kosten oder welche Gespräche mit den Patienten sind gerechtfertigt und wirksam.

Aus der Pflegeforschung abgeleitet ist die Systematik des Evidence Based Practice (EBP). Das bedeutet, die zuständige Pflegeexpertin nimmt einzelne klinische Fragen aus dem Pflorgeteam auf, recherchiert diese Themen, um die derzeit besten wissenschaftlichen Ergebnisse zu finden, übermittelt diese an das Pflorgeteam und evaluiert die Ergebnisse der Intervention. Aufgabe dieser Pflegeexpertin ist es auch, eigene Studiendesigns zu entwerfen, Studien durchzuführen und deren Ergebnisse wiederum in die Pflegepraxis zu integrieren.

Obwohl es durchaus Kritik an EBN gibt (z.B. messbare Aspekte und quantitative Studien würden überbewertet, Forschung sei nicht immer neutral) ist EBN sinnvoll und nötig: aus ethischen, rechtlichen und ökonomischen Gründen und auf Grund des Auftrags zur Professionalität der Pflege.

Damit EBN zur Anwendung gelangen kann, ist das Pflegemanagement gefordert: vorhandene interne Expertise (implizites Wissen und Erfahrungswissen) sind in Erfahrung zu bringen und anzuerkennen, die Voraussetzungen für Pflegeentwicklung sind zu ermöglichen, um den gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und technischen Veränderungen gerecht zu werden; Fortbildungen und Projekte zur Evidence Based Practice sind zu unterstützen.

Vielseitige Wegbereiterin für die Kinderkrankenpflege

*Für ihre Verdienste um die Kinderkrankenpflege ehrte der BeKD e.V. in diesem Jahr **Elisabeth Beikirch** mit der Antonie Zerwer-Ehrenmedaille. **Elfriede Zoller**, Vorsitzende des BeKD e.V. hielt die Laudatio.*

„Wir möchten hier und heute Elisabeth Beikirch die Antonie Zerwer-Ehrenmedaille verleihen: Sie war und ist eine vielseitige Wegbereiterin für die Kinderkrankenpflege in Deutschland! Eines der zentralen Merkmale für die Arbeit von Elisabeth Beikirch über die vielen Jahre ihres Schaffens in und für die Pflege ist mit Sicherheit: Qualität.“

Qualität – sowohl was ihre eigene Ausbildung und ihre fortwährenden beruflichen Weiterqualifizierungen betrifft, als auch was den Gegenstand ihrer Arbeit anbelangt.

Qualität hat für unsere Arbeit als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen eine herausragende Bedeutung, für die wir uns als Berufsverband seit Jahren einsetzen und die, so wissen wir alle aus unserer beruflichen Erfahrung nur gewährleistet werden kann, mit einer qualitativ guten Ausbildung - als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, -pflegerin!

Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist Elisabeth Beikirch überdies eine Wegbereiterin:

In Berlin hat sie von 1979-1983 das Modellvorhaben „Externer Pflegedienst der Kinderklinik“ geleitet, damit die „Häusliche Kinderkrankenpflege“ in Berlin etabliert und somit der „Häuslichen/Ambulanten Kinderkrankenpflege“ in Deutschland den Weg geebnet.

Das ist mehr als 20 Jahre her!

Als Leiterin des „Vereins für Häusliche Kinderkrankenpflege“ hat Elisabeth Beikirch die Betreuungsprogramme für chronisch kranke Kinder und die Schulung deren Eltern vorangebracht; die Anleitung der Eltern von Früh- und Neugeborenen insbesondere von Familien mit Migrationshintergrund, die Begleitung und Pflege von sterbenden Kindern und ihren Familien im häuslichen Umfeld – sechs Jahre lang, bis 1989, waren das ihre zentralen Arbeitsaufgaben.

Diese Arbeit wirkt heute noch nach, diese Themen sind heute aktueller denn je.

Als Pionierin handelte Elisabeth Beikirch auch im politischen Bereich:

Sie wirkte als Berufe- und Pflegereferentin der „Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales“ in Berlin. Von 1989-2002 oblagen ihr die Fachaufsicht für die Gesundheitsberufe, das Beruferecht und die Weiterentwicklung pflegeberuflicher Bildung, die konzeptionelle Arbeit zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur in Berlin, die fachliche Begleitung des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes in den Bund/Länder-Arbeitsgruppen, Politikberatung und konzeptionelle Arbeiten zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Themen wie der Pflegeversicherung, der Qualität im Sozialrecht und vieles mehr.

Gestartet mit der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, als Pflegemanagerin an der FH-Osnabrück weitergebildet, wirkte und wirkt Elisabeth Beikirch maßgeblich auf diejenigen ein, die Pflege-Politik machen und damit den Pflegealltag für uns als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen genauso mitbestimmen, wie sie auf das Leben von kranken, chronisch kranken sowie behinderten Kindern einwirken und die Gesundheitsvor- und Gesundheitsfürsorge von Anfang an als Grundlage für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu einer gesellschaftspolitischen Aufgabe machen.

Elisabeth Beikirch hat drei Jahre lang, von 2003 bis 2006, das Modellvorhaben „Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung“ im Auftrag der „Bundeskongferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) geleitet.

Berufsgruppen- und disziplinübergreifend wurden Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege, Expertisen zu Grundsatzfragen der Qualitätsentwicklung und Möglichkeiten deren Institutionalisierung entwickelt – auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird von diesen Instrumenten profitieren!

Für den BeKD e.V. sind die „Qualitätsoffensiven“ in der Arbeit von Frau Beikirch eine wertvolle Unterstützung im Beharren auf der Gewährleistung von Qualität in der Kinderkrankenpflege.

Seit 2007 ist Elisabeth Beikirch damit beschäftigt, die Implementierung von Qualitätsniveaus in der Langzeitpflege organisatorisch und konzeptionell vorzubereiten. Eine Aufgabe, die zuvörderst der Altenpflege zugute kommt; eine Aufgabe, die aber gleichzeitig die Notwendigkeit von „Qualität in der Pflege“ in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses rückt.

Liebe Elisabeth Beikirch: wir danken Ihnen für Ihr vielseitiges Engagement und für Ihre Arbeitsleistung im Dienste der Pflege!“

Transkulturelle Medizin und Pflege

Die gemeinsame Sitzung des BeKD e.V. mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. widmete sich den „Herausforderungen in der Medizin: Antworten im Wandel der Zeit“.

Eine stetige Abwägung zwischen dem, was als Wohl des Patienten gilt und dem Willen, den Wünschen des Individuums Patient beinhalte der Pflegeauftrag für die professionell Pflegenden, skizzierte Professor **Dietrich von Engelhardt** (Lübeck) ein Spannungsfeld im Berufsalltag unter dem Gesichtspunkt des Ethikers. Einerseits prägen rechtlich eindeutige Vorgaben das Verhältnis Patient/Pflegefachkraft, andererseits müsse der Respekt vor jedem Patient, die Akzeptanz seiner moralischen und ethischen Werte sowie seine Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen die Handlungsspielräume der Pflegenden mitbestimmen.

Den Einfluss der Religion auf das Leidens- und Krankheitsverhalten thematisierten **Günther Thomas** (aus christlicher Sicht) und **F. Aksu** (aus islamischer Sicht). Die Einstellung zur Endlichkeit des Lebens könne unter Christen als belastend aber auch als befreiend empfunden werden. Sehr gläubige Menschen hätten keine Angst vor dem Tod, empfänden dennoch unverhältnismäßiges Leiden und besonders das frühe Sterben (vor allem von Kindern) als bedrängend. Das (christliche) Verhältnis zur und der Umgang mit Krankheit bewege sich in einem Kraftfeld, in dem die Annahme des Endlichen, die Zuwendung zum Schwachen (als eine Wurzel der Pflege), die Trennung und Verbindung von Krankheit und Gesundheit sowie die Hoffnung auf Neuschöpfung von Himmel und Erde bestimmend seien.

Der Islam kenne keinen leidensfähigen Gott, benannte F. Aksu einen markanten Unterschied zum Christentum, in dem Jesus das Leiden der Menschheit auf sich nahm. Leiden und damit auch Krankheit oder Behinderung werde im Islam als eine Strafe der Frevelhaftigkeit des Menschen gewertet und könne nur durch Buße und Geduld überwunden werden. Wo Leiden und Krankheit als eine Art göttliche Prüfung empfunden werde sei beispielsweise die Zustimmung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei hirntoten Patienten nicht möglich. Nur im direkten Gespräch mit den Angehörigen könne eine mündliche Zustimmung erzielt werden, so die Erfahrung des muslimischen Arztes.

Fortbildung als Motivationsschub

In diesem Kontext stellten **Sonja Eppler** und **Daniela Pörtner** (Osnabrück) die Fortbildung zur Präventionsassistentin unter dem Stichwort „**Präventives Handeln als ein erweitertes Aufgabenfeld in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**“ vor. Schwerpunkt des Vortrags waren die Motivation und die erforderliche Qualifikation, um präventives Handeln im Pflegealltag in einer Kinderklinik umzusetzen.

Die Fortbildung zur Präventionsassistentin wird vom Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt angeboten in unterschiedlichen Orten in Deutschland. Teilnahmevoraussetzungen sind eine Berufsausbildung in einem medizinischen Fachberuf und einschlägige Berufserfahrung von angemessener Dauer. Die Kosten tragen die Teilnehmer selbst.

Ziel der Weiterbildung ist die Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen, die Familien sollen durch Beratung zu einer gesunden Lebensweise kommen. Jeder Teilnehmer erarbeitet dazu einen Präventionsleitfaden individuell für seinen Arbeitsbereich.

Angestrebt wird eine Anerkennung durch die Bundesärztekammer, analog zur zahnmedizinischen Prävention soll auch in der Pädiatrie eine Abrechnung präventiver Maßnahmen eingeführt werden.

In einem 84 Stunden umfassenden Curriculum werden die fachlichen Kenntnisse zu einem breiten Themenspektrum erlernt oder vertieft. Themen wie Stillen, Impfen, Karies und SIDS-Prophylaxe sowie der primären Prävention von Unfällen, Vergiftungen, Passivrauchvermeidung und Allergien seien Beispiele. Ferner werden methodisch-didaktische Kenntnisse zur Führung von Einzelgesprächen, Gruppengesprächen und -aktivitäten im Rahmen von Elternabenden vermittelt.

In einer Hausarbeit beschäftigten sich Eppler und Pörtner mit der Umsetzung der Prävention in der Kinderklinik. Dazu wählten sie sich aus dem breiten Themenspektrum der stationären Arbeit zuerst das Thema „die optimale Schlafumgebung“ aus, wozu Mitarbeiterschulungen stattfanden, Plakate, und Broschüren zur Information der Eltern zusammengestellt und ausgelegt wurden. Besonderen Wert wurde dabei auf eine aktive Verhaltensprävention im Gespräch mit den Eltern gelegt. Ein Jahr später widmeten sich Eppler und Pörtner dem Thema „Zahngesundheit“; weitere Themen sollen folgen.

Als Probleme bei der Umsetzung von Prävention im Stationsalltag erkannten sie Zeitmangel, z.B. für ein intensives Gespräch: Die Eltern seien zurzeit in der Klinik nicht aufnahmefähig für präventive Maßnahmen. Zudem seien einige Pflegekräfte aufgrund der hohen Arbeitsbelastung kaum in der Lage zusätzliche Präventionsarbeit zu leisten. Daraus resultiere häufig ein Fachkompetenzmangel, der durch regelmäßige Schulungen ausgeglichen werden müsse.

Als **Resümee** stellten Eppler und Pörtner fest, dass sie die Fortbildung zur Präventionsassistentin motiviert habe, aktiv zu werden. In ihrer täglichen Arbeit erlebten sie oft, dass Eltern unzureichend informiert seien – deshalb ermittelten sie in einer Elternumfrage den Informationsbedarf. Da es bei der Umsetzung von Prävention im Stationsalltag oft an Zeit, Geld und Personal mangle, gründeten Eppler und Pörtner mit drei weiteren Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern 2006 das **Kindergesundheitsforum** und bieten Kurse und Monatsvorträge mit Präventionsschwerpunkt im Kinderhospital Osnabrück an. In einem halbjährig erscheinenden Programmheft wird für die Veranstaltungen geworben, für die Finanzierung sind die Gründerinnen auf Sponsoren angewiesen.

Frühe Hilfen für Kinder und Familien

Ute Mellinger (München) Kinderkrankenschwester und seit zwanzig Jahren im Münchner Hausbesuchsdienst tätig, davon seit zehn Jahren als Kontaktkinderkrankenschwester, stellte die Arbeit der Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern im „**Münchner Hausbesuchsprogramm**“ vor.

Die Tatsache, dass in München die Säuglingssterblichkeit höher war als in anderen deutschen Städten, hat die Stadt bereits 1974 veranlasst, einen „Hausbesuchsdienst“ aufzubauen. Das Team besteht aus 15 Kinderkrankenschwestern, die unter Leitung einer Kinderärztin vornehmlich im Hausbesuchsdienst in den Münchner Stadtbezirken und in der Telefonberatung eingesetzt sind. Im Gegensatz zur Anfangszeit wird mittlerweile nicht mehr automatisch jede Familie mit einem Säugling oder Kleinkind besucht, sondern nur Familien mit wahrscheinlich erhöhtem gesundheitlichen Beratungsbedarf, darunter auch viele Benachteiligte. Allerdings gilt das – kostenlose! - Beratungsangebot für alle Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren. Aufgrund der Geburtenmeldungen vom Einwohnermeldeamt ist es möglich, allen Familien das – in verschiedenen Sprachen abgefasste - Faltblatt mit der Beschreibung des Angebotes zuzuschicken.

Ein Ziel der Arbeit ist „gefährdete“ Familien anhand von Anhaltspunkten wie: Vernachlässigung des Kindes, Überlastung/Erschöpfung der Mutter und/oder Gewalt in der Familie zu erkennen und entgegenzuwirken, bzw. bei Bedarf, entsprechende Hilfen zu organisieren.

Dabei müssen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen auf Anzeichen, wie Schreien, Schlafprobleme, Behinderung, und/oder mehrere Kinder mit geringem Altersunterschied achten, aber auch Umstände, wie enge Wohnverhältnisse, Armut, Suchtmittelabhängigkeit und psychische Erkrankungen einzubeziehen.

Im Mittelpunkt steht die Gesundheit der Kinder und die Aufgabe, ihre gesundheitliche Situation zu verbessern. Dies kann durch Ernährungsberatung (z.B. zu Stillförderung, Adipositas, Allergien), Motivation zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, durch Kompetenzsteigerung der Eltern im Umgang mit ihren Kindern (Eltern-Kind-Interaktion, Entwicklungsförderung), Unfallverhütung und dem Vorbeugen vor Isolation (Motivation zur aktiven Teilnahme an Stadtteilangeboten wie Elternzentren, Spielgruppen, Eltern-Kind-Turnen) erreicht werden.

18 Prozent der Hausbesuche werden von den Eltern selbst angefordert, 68 Prozent der Hausbesuche erfolgen bei Familien in „Risikoregionen“, d.h. bei beengten Wohnverhältnissen, sehr jungen Eltern, niedrigem Ausbildungsgrad der Eltern, überdurchschnittlich hoher Kinderzahl, usw. und etwa 14 Prozent aufgrund von Hinweisen durch Kooperationspartner (Jugendamt, Kliniken, niedergelassene Kinderärzte u.a.).

Die GKKP übernehmen keine ambulante Pflege, sondern sie beraten, leiten an und bringen Hilfen auf den Weg. Sie bieten keine Nacht- und Wochenendeinsätze an.

Die Häufigkeit der Hausbesuche hängt ab von den Bedürfnissen der Familien, teilweise reichen ein bis drei Hausbesuche, in anderen Fällen sind sehr viele (Maximum z. Z. 135 Besuche innerhalb von 3 Jahren) erforderlich. Bei Bedarf findet der erste Besuch bereits vor der Geburt statt.

Anhand eines Fallbeispiels erläuterte Mellinger, dass für die Wirksamkeit der Arbeit die gute Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und Institutionen erforderlich ist, ein Vertrauensverhältnis zwischen Mutter/Familie und GKKP hergestellt werden muss und für die Vermittlung von Hilfen durch die GKKP aufgrund deren Schweigepflicht unbedingt das Einverständnis der Eltern erforderlich ist.

Da die GGKP in München bekannt sind, ist der Zugang zu den betroffenen Familien leichter, stellte Mellinger fest. Der niederschwellige, aufsuchende Dienst und die frühe Kontaktaufnahme (nach der Geburt), sowie die Erarbeitung von Lösungen gemeinsam mit den Eltern förderte ebenfalls den Zugang. Erschwert wird die Arbeit oft durch Sprachbarrieren, auch durch anfängliches Misstrauen oder durch die häufig nur langsame Verbesserung der Situation des Kindes.

Als Kompetenzen müssen die GKKP neben Berufserfahrung und Fachwissen, Einfühlungsvermögen und soziale/interkulturelle Kompetenz mitbringen, sie dürfen sich nicht einschüchtern lassen und müssen auch schwierige Gesprächssituationen meistern können. Unterstützt werden die eingesetzten GKKP von der Kinderärztin und der Kontaktkinderkrankenschwester, durch Besprechung der einzelnen Fälle, aber auch durch fachliche (Ess-/Fütterstörungen) und weiterführende Fortbildungen (Gesprächsführung) sowie Supervision.

2006 gab es in München etwa 12.000 Geburten. Durch das Hausbesuchsprogramm wurden 20-22 Prozent der Kinder erreicht. Es fanden 6996 Hausbesuche bei 3.286 Kindern statt, davon 80 Prozent bei Säuglingen.

Abschließend stellte Mellinger fest, dass es zur Zeit offene Stellen für GKPP in dem Programm gibt. Aktuell ist geplant, die „Risikoadressen“ zu erweitern und längerfristig die bereits bekannten drei- bis sechsjährigen Kinder, die keine Kindertagesbetreuung besuchen weiter zu unterstützen.

Auf den Schultern der GKPP lastet viel Verantwortung bilanzierte Mellinger, aber durch diese Arbeit kann eine deutliche Besserung in vielen Familien, wenn auch in kleinen Schritten, erreicht werden.

Patienten und Angehörige im Zentrum der Pflege

In ihrem Bericht über **Pneumologie-Dermatologie-Allergologie**

„**Das Leben eines Zentrums aus Sicht der Pflege**“ stellte **Ursula Müller** (Kinderkrankenschwester, Dipl. Pflegewirtin FH, RbP, Pflegedirektorin) ihren Arbeitsplatz, die Hochgebirgsklinik Davos, die höchstgelegene deutsche Klinik Europas, vor.

Die Klinik ist Partner des Europäischen Zentrums für Allergie und Asthma Davos (EACD), in dem die Stiftung Niederländisches Asthmazentrum Davos integriert ist und bietet mit ihren Behandlungskonzepten für die Bereiche Akut, Rehabilitation und Krankenhaus eine optimale, ganzheitliche und qualitativ hochwertige Behandlung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene an. Diese stellt höchste Ansprüche und Herausforderungen an die einzelnen Pflgeteams der Abteilungen im Bereich der Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen dar, so Müller, weshalb die Kernaufgaben im Bereich des Stationsmanagements zum Einen in der unterstützenden, patientenfreundlichen und kundenorientierten Betreuung sowie Begleitung der Patienten durch den Alltag liegen, zum Anderen in der Schulung, Anleitung und damit Prävention während des Aufenthaltes in der Hochgebirgsklinik. Dem entspricht die Pflegeauffassung:

- Gesundheit zu fördern
- Krankheit zu verhindern
- Gesundheit wieder herzustellen
- Leiden zu lindern.

Im Bereich der Dermatologie ist ein Ziel, neben der Verpflichtung zur Teilnahme an Patienten- und Elternschulungen, die Eltern/ Patienten zu befähigen, Hautstadien zu erkennen, um schrittweise zu lernen, wie ein adäquates Vorgehen bei der Behandlung anzugehen ist. Dies geschieht im direkten Kontakt mit der Pflegefachkraft, während der Hautbehandlung des Kindes.

Kinder, Jugendliche, Erwachsene und deren Angehörige stehen, in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, im Zentrum der Arbeit.

Deshalb erwarten die Pflegenden von sich selbst eine hohe Sozialkompetenz (Empathie und Kongruenz), pädagogisches Wissen (Patientenschulung und deren Anleitung), Organisatorische Fähigkeiten (selbständige Vermittlungs- und Koordinierungsaufgaben zu anderen Berufsgruppen), die Fähigkeit zu vernetztem Denken, berufsgruppenübergreifendes Wissen, konzeptionelle Fähigkeiten, sowie hohe Belastbarkeit.

Die Pflegenden sehen sich in der Verantwortung, sich auf den einzelnen Patienten einzulassen, persönliche Verantwortung für die zu betreuende Familie zu übernehmen und die gemeinsame Planung und Evaluierung des Behandlungsplanes mit der Familie zu erarbeiten.

Gewährleistet wird so eine detaillierte Übersicht über den Behandlungsverlauf sowie eine frühzeitige Intervention im Bedarfsfall, was zu Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarungen führt. In der praktischen Ausführung der Tätigkeiten bedeutet das, die Patienten da abzuholen, wo sie stehen, ihnen andere Perspektiven zu geben, die Eltern im „Aushalten können“ zu bestärken.

Im Rahmen der Prävention leisten die Pflegekräfte ihren Beitrag, unterstützt von den Eltern, durch Beobachtung und Hinweise (Spiegelung der Situationen, des Krankheitserlebens, etc.), unterteilt in die Phasen:

- „Wie leben Eltern/Betroffene mit der chronischen Erkrankung- Bewältigungsstrategien“
- Schulungen
- Erlernen des selbständigen Handelns unter Anleitung.

Schlussendlich, stellte Müller fest, geht es darum, die Eltern für „zu Hause“ zu befähigen, die Situationen ihrer Kinder richtig einzuschätzen und entsprechend präventiv oder therapeutisch zu handeln.

Gut versorgt sein

Das Thema „Betreuung schwerstkranker Kinder/Jugendlicher“ reflektierte die Leidensgeschichte der vierjährigen Jule, die von den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen **Heidi Böhm, Nadja Grimme, Kerstin Jungkuz und Sandra Lechner** (alle Erlangen) wiedergegeben wurde. Das Mädchen leidet an Histiocythose, eine Erkrankung mit Multiorganbefall, deren Ursache unbekannt ist; 10-15 Prozent der Erkrankten sterben. Zwei Stammzelltransplantationen hatte die Vierjährige zu überstehen und schafft es allmählich, ihren Entwicklungsrückstand aufzuholen. Aus Sicht der Mutter war und ist ganz besonders das „gute Versorgtsein in der Klinik“ sowie die intensive Betreuung und Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen wichtig.

Pflegende und betreuende Familien entlasten

Das „**Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche**“ erarbeitete eine Analyse der Situation von „Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern“, die im Mai letzten Jahres veröffentlicht wurde. Grundlage dieser Analyse, so **Christa Wollstädter**, die als BeKD-Vorstandsmitglied in der Arbeitsgruppe des Kindernetzwerks mitwirkt, war eine Befragung in den Mitgliedsverbänden des Kindernetzwerks. Wollstädter stellte die Methodik der Studie vor und fasste die wesentlichsten Ergebnisse zusammen. Demnach fühlen sich 64 Prozent aller Eltern ausreichend über medizinische Themen informiert: Nur 25 Prozent erhalten aber Unterstützung bei der Familienentlastung und nur 20 Prozent profitieren von Hilfen bei der Krankheitsbewältigung. In 46 Prozent aller betroffenen Familien gab zumindest ein Elternteil die Berufstätigkeit auf, 49 Prozent hatten Partnerprobleme wegen der Krankheit ihres Kindes. Staat und Gesetzgeber kommen in der Studie nicht gut weg: Vier von fünf Eltern empfinden die bürokratischen Hürden als Behinderung und persönlich verletzend. Laut Wollstädter ist diese „Analyse“ auch ein erschütterndes Dokument „nicht gelebter Gesetze“, da viele bestehende gesetzliche Grundlagen in der Praxis nicht angewandt würden. Beispielsweise hätten Krankenkassen wie Kostenträger eine Beratungspflicht über

entlastende Maßnahmen – die aber oft nicht erfüllt werde. Aufgrund der Befragungsergebnisse kommt die Analyse zu dem Schluss, dass sowohl die Information und Beratung, als auch die ambulante Hilfe und die Vernetzung für die betroffenen Familien dringend verbessert werden müssten. Leistungserbringer und Träger von (entlastenden) Maßnahmen müssten sehr viel mehr kooperieren – im Dienste der Familien: „Notwendige Hilfen benötigen eine Strukturierung von Hilfen, die bedarfs- und familienorientiert entlasten und unterstützen. Der Zugang zur Hilfe muss niedrighschwelliger und einfacher sein und die Kompetenz der Betroffeneninitiativen ist mit einzubinden.“

Zwischen Last und Reichtum

Christine Maier (Freiburg) referierte die Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Studie „über die Entwicklung von Kompetenz und Stärke von Familien im Alltag mit einem schwer mehrfach behinderten Kind“. Mit dem Titel „Sich immer wieder orientieren zwischen Last und Reichtum“ markierte Maier das Spannungsfeld dieser Arbeit.

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen müssen einen Perspektivenwechsel vollziehen, um einem Kompetenz- und Serviceorientierten Ansatz der Pflege und Betreuung dieser Kinder und ihrer Familien folgen zu können, so Maier. Es gilt die Bewältigungskompetenz der Familien mit behinderten Kindern zu stärken, das sei eine Aufgabe der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Dazu müssen die GKKP folgende Fragen für sich beantworten: Was können wir von Familien und ihren behinderten Kindern lernen? Wie können wir diese Erfahrungen nutzen? Welche Anstrengungen und welche Behandlungen führen Familien zu Stärke? Maier zog als ein Fazit der Studie, dass mehr qualitative und quantitative Forschung für die Arbeit der GKKP mit diesen Familien nötig ist, um die Bedingungen des eigenen Handelns zu erfassen.

Aktuelle Berufspolitik

Kindgerechte DRGs

Birgit Pätzmann-Sietas (stellvertretende BeKD-Vorsitzende) und **Hildegard Wewers** (BeKD-Vorstandsmitglied) erklärten in ihrem Vortrag „Sind pflegerische Leistungen im DRG-System abgebildet?“ die Systematik einer DRG. Demzufolge sind die Kosten für Pflege im Krankenhaus Teil der relativgewichtsrelevanten Kosten. In Deutschland werden sie aber nur über die Daten der Pflegepersonalregelung (PPR) mittels des Handbuches der Kalkulation zur Ermittlung einer DRG miteinbezogen. Pätzmann-Sietas und Wewers stellten fest, dass die Kinder PPR jedoch kein ausreichendes Instrument ist, um die Realen Pflegekosten abzubilden. Sie hat ihre Schwächen im Bereich der ungenauen Abbildung von Pflegeleistungen, der Nichteinbeziehung von Pflegeleistungen im Nachtdienst, der Nichteinbeziehung von Pflegeleistungen intensivpflichtiger Patienten und der Nichtanwendung von Kinder PPR Daten bei Patienten, die auf Erwachsenenstationen liegen. Außerdem ist die ausschließliche Erfassung von Leistungserbringung kein ausreichender Indikator für die Abbildung eines erforderlichen Aufwandes von Pflegeleistungen im Bericht der Kinderkrankenpflege. Insgesamt, so das Fazit, werden die tatsächlichen Pflegeleistungen nur eine unzureichende Abbildung im DRG System erfahren.

Ausbildungspolitik

Ulrika Gehrke (BeKD-Vorstandsmitglied) und **Elfriede Zoller** (BeKD-Vorsitzende) fassten den Stand der Ausbildungspolitik „Kinderkrankenschwestern/ -pfleger versus Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen“ zusammen.

Die Neuerungen, die sich aus dem novellierten 4. Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung ergeben, müssen deren Inhalt berücksichtigen und die Rahmenbedingungen sind anzupassen, so Gehrke und Zoller. Allein die geänderte Berufsbezeichnung reicht nicht aus, das intendierte Ziel, im Rahmen einer integrativen Ausbildung zwei gleichwertige Berufsabschlüsse sicher zu stellen und so die beruflichen Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege differenziert zu erzielen. Drei Jahre nach Einführung der veränderten Ausbildung kann aus Sicht des BeKD e.V. aufgrund einer Vielzahl von Umsetzungs-Problemen nicht von einer Gleichbehandlung beider Pflegeberufe innerhalb einer integrativen Ausbildung die Rede sein (siehe dazu ausführlich „kinderkrankenschwester“ Juli 2007, 295-296).

Die Grundelemente der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, wie fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen, höherer Stellenwert des eigenverantwortlichen und interdisziplinären Arbeitens sowie ausreichende Einsatzmöglichkeiten für Auszubildende im Lernort Schule und im Lernort Praxis müssen konsequent und flächendeckend umgesetzt werden. Dafür wird sich der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. weiterhin intensiv einsetzen.

INFOS

- Fortbildung zur Präventionsassistentin: www.netzwerk-kindergesundheit.de oder www.praeventionsassistentin.de
- Auskünfte, zum „Münchener Hausbesuchsprogramm“ (auch zu freien Stellen) Frühkindliche Gesundheitsförderung, Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, Abt. Gesundheitsvorsorge, Bayerstr. 28a, 80335 München Tel. 089- 2 33 4 79 11 Mo – Fr 8- 11 Uhr, E-Mail: gvo1.rgu@muenchen.de
- Auskünfte zur Hochgebirgsklinik Davos (auch zu freien Stellen ab Frühjahr 2008): Pflegedirektorin Ursula Müller, Hochgebirgsklinik, Hermna-Burchard-Str.1, CH-7265 Davos Wolfgang, Tel: 0041-814173431, Email: ursula.mueller@hgk.ch
- Studie Kindernetzwerk: Die 180-Seiten umfassende Dokumentation „Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern“ kann unter info@kindernetzwerk.de zum Preis von 9 Euro -zzgl. Porto und Vertrieb - angefordert werden

Dr. Marion Diehl

BeKD-Pressereferentin

Hilde Huber

BeKD-Vorstandsmitglied