

## BeKD gründet neue Sektion „Kinderintensivpflege“

Brücke spannen zwischen klinischer und häuslicher Pflege

Am 17. April fand in Göttingen eine Fortbildung für Pflegekräfte in der Pädiatrischen und Neonatologischen Intensivpflege statt. Die Veranstaltung schlug eine Brücke zwischen klinischer und häuslicher Intensivpflege und bildete den Auftakt für die Sektion Pädiatrische und Neonatologische Intensivpflege des BeKD e.V.

Der BeKD hält es für wichtig, auch dieser Berufsgruppe ein Diskussionsforum zu bieten. Allerdings ist dieses nicht als Konkurrenz zur GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivpflege) zu verstehen.

Zentrales Anliegen dieser Veranstaltung war, solche Themen anzusprechen, die in der Praxis eine wichtige Rolle spielen, selten aber in Fortbildungen erörtert werden.

Eröffnet wurde die Tagung mit dem Thema: „In belastenden Situationen eine Sprache finden“.

**Karin Schnabel**, Pflegerische Leitung der Universitätsklinik in Frankfurt, berichtete anhand zweier Fallbeispiele aus dem klinischen Bereich über die emotionalen Belastungen von Eltern eines schwer erkrankten Kindes. Außerdem beleuchtete sie die spannungsreiche Situation des Pflegepersonals zwischen Eltern, Kind und eigenen Emotionen. In ethischen Gesprächen wurden die Konfliktfelder für alle Beteiligten herausgearbeitet:

1. Elternkonflikt durch Schuldgefühle, nicht loslassen können, Emotionen immer vor Publikum
2. Pflegekraftkonflikt durch Zweifel an Sinnhaftigkeit der Therapie, Schuldsuche der Eltern bei der Pflege, Leistungssteigerung
3. Teamkonflikt, weil viel diskutiert wird aber nichts passiert, die Kommunikation mangels Zeit schlecht ist, die Sensibilität bei Ärzten fehlt und diese sich von der Pflege bedrängt fühlen.

Als Leitfaden für ein strukturiertes Gespräch aller Beteiligten dient eine schriftliche Anleitung der Klinischen Ethik-Kommission der Frankfurter Universitätsklinik. Demzufolge stehen im Fokus des Gesprächs die Rechte und das Wohlergehen des Kindes.

„Eine Patentlösung gibt es nicht! Man muss mit dem Ergebnis leben können“

stellte Schnabel fest und ergänzte: „Der Lerneffekt besteht darin, dass Eltern ihre Rolle finden müssen!“

„In der Häuslichen Pflege sieht die Situation völlig anders aus!“ Mit diesen Worten stieg BeKD-Vorstandsmitglied **Edith Heyde** aus Pforzheim in ihr Thema ein. „Unser Vorteil: die Umgebung ist weniger unruhig und die Kinder können besser entspannen.“ Auch die Rahmenbedingungen für die Ressourcenförderung des Kindes seien besser.

Allerdings, so Heyde, seien für die Pflegenden die Bedingungen im häuslichen Umfeld nicht immer leicht. Hilfsmittel, wie z.B. eine PEG würden oft nicht akzeptiert. Pflege könne keine Steuerung der Prozesse übernehmen. Entscheidungen würden die Eltern immer mit dem Arzt treffen. Die Nähe zur Familie bedeute auch Nähe zu deren Belastungssituationen, nicht selten erlebe man die Familien am Rande des Zusammenbruchs. Familien mit traumatisierenden Ereignissen erforderten sensiblen Umgang. Manchmal nähme das Mitleid überhand; und nicht immer sei es leicht, adäquat darauf zu reagieren. Die Entscheidung zur Weiterbehandlung sei häufig von den Schuldgefühlen der Eltern abhängig.

Andererseits: Wer Kinder über Jahre versorgt, schaue auch zurück. Die Erinnerung an den Anfang helfe, den Fortschritt zu erkennen!

Abschließend stellte **Anne Hannemann**, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester auf der Neonatologischen Kinderintensivstation im Kinderhospital Osnabrück, das Fallbeispiel eines Frühgeborenen mit multiplen Komplikationen vor. Dieser Fall unterstrich noch einmal das bisher zu der intensivpflege-rischen Problematik gesagte.

Den Themen Therapieabbruch und Sterbehilfe widmete sich **Maria Peters**, Pflegewissenschaftlerin (MScN) an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar in ihrem Vortrag „Ethische Fallbesprechung“ sowie „Entscheidungsprozesse“.

Eine Umfrage bei Pflegenden zum Thema Therapieabbruch habe ergeben, dass es nicht möglich sei, eine objektive Entscheidung zu treffen. Die Argumente des Personals, das eine Entschei-

## KINDSEIN BRAUCHT



## UNSERE PFLEGE

dung für oder gegen Therapieabbruch zu treffen hat, seien immer die gleichen. Frau Peters versuchte, den Blick für Signale zu schärfen und nannte drei Säulen für eine Entscheidung:

- Wille und Vitalität des Kindes, Reaktion, Körpersprache, Signale und ihre Deutung
- Wille und Wünsche der Eltern → d. h. Respekt entgegen bringen. Sie nicht zu respektieren hieße für sie, nie Eltern gewesen zu sein. Mütter wollen ihr Kind kennen lernen.
- Alle Eltern wollen am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt sein.

Auf die Frage, was die jeweilige Entscheidung beeinflusste, stellte Peters fest, die Gesellschaft präferiere die Perfektionierung des Menschen. Sie sei allerdings dagegen zu selektieren, was lebenswert ist. Kein aktives Eingreifen in die Entscheidung, aber auch keine Reanimation. Neutrales Verhalten von den Pflegenden und Ärzten schließe eine Entscheidung aus!

Nach der Pause fragte Frau Peters in ihrem Referat „Kollegiale Beratung und Verständigung“: „Kann man beim Thema Therapieabbruch und Sterbehilfe überhaupt erfolgreich beraten?“ Frau Peters machte deutlich, welche Rolle Pflegenden in diesem Prozess spielen. Sie seien oft Initiator, Fürsprecher für die Interessen des Kindes und Übersetzer zwischen Eltern und Ärzten, wie auch zwischen Eltern und Kind.

Trotz der zunehmenden Bildung von klinischen Ethikkommissionen funktioniere der Entscheidungsprozess nicht zufrieden stellend, offensichtlich wegen der noch immer bestehenden Hierarchien und des Fehlens einer gemeinsamen Sprache. Die Pflegenden lernen nicht, damit umzugehen. Ein Thema, das in der Grundausbildung der Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/innen vermittelt werden sollte.

In der anschließenden offenen Gesprächsrunde wurde nochmals versucht, einen Bogen zwischen häuslicher und klinischer Intensivpflege zu spannen. Es wurde der Wunsch geäußert, eine ethische Marschrichtung einzuleiten, die auch mit der ambulanten Kinderkrankenpflege konform gehen kann. Auch die Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache wurde noch einmal thematisiert. „Experten wissen oft nicht, warum sie etwas können“, erklärte die Pflegewissenschaftlerin Peters. „Entscheidend ist der Respekt vor den anderen Menschen. Respekt ist professionell!“

## Weiterbildung und Personalbudget

Am Nachmittag standen rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege auf dem Programm.

Der Einstieg erfolgte mit der Vorstellung des Weiterbildungskonzepts im Klinikum Stuttgart. **Gisela Walter**, Leitung der Fachweiterbildung für Neonatologische und Pädiatrische Intensivmedizin im Klinikum Stuttgart, gab einen kurzen Abriss zur Geschichte der Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege. Die DKG habe sich erstmals 1976 Gedanken über eine Gesetzesgrundlage zur Fachweiterbildung gemacht. Anfangs betrug die Weiterbildung 240 Stunden. Im Laufe der Zeit habe sie sich bis heute auf 760 Stunden erhöht. Neben Theorie gehörten Praxis sowie Hospitationen in den einzelnen Schwerpunktbereichen dazu. Die Durchführung der Fachweiterbildung bedeute eine große Herausforderung für Kliniken und Teilnehmer. Personal- und Stellenprobleme, Belastung und Arbeitsdruck forderten von allen Beteiligten viel Durchhaltevermögen.

Mit der NICU- Richtlinie stellte die stellvertretende BeKD-Vorsitzende **Birgit Pätzmann-Sietas** eine Maßnahme zur Qualitätssicherung bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vor.

Diese habe der Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gefasst und lege die Bedingungen für ein Perinatalzentrum fest. Am wichtigsten sei eine Mindestmengenvereinbarung: Zentren können nur dort eingerichtet werden, wo mindestens 14 Frühgeborene pro Jahr mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g (Level 1) bzw. zwischen 1250 g und 1499 g (Level 2) geboren und betreut werden.

Die Richtlinie lege auch Strukturkriterien für die Anforderungen an den Pflegedienst fest. In Abteilungen, die Frühgeborene nach den Vorgaben des Level 1 und 2 versorgen wollen, müssten 40 % (Level 1) bzw. 30 % (Level 2) der Pflegekräfte mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der neonatologischen Intensivpflege vorweisen können.

Ab 2016 sei für eine Level 1-Abteilung vorgesehen, dass sie über mindestens 40 % fachweitergebildetes Personal verfügt.

Eine entsprechende Checkliste ist auf der Homepage des GBA einzusehen ([www.g-ba.de/informationen](http://www.g-ba.de/informationen)). Die Einhaltung der Richtlinie kann vom MDK überprüft werden.

Zum Thema „Pflegepersonalregelung (PPR) in der pädiatrischen Intensivpflege“ sagte **Dr. Nicola Lutterbüse** (Regensburg), Ärztin und Koordinatorin der Verbändeübergreifenden DRG-Arbeitsgruppe der GKinD, dass für Kinder, die auf einer Erwachsenenstation behandelt werden, weniger Punkte für die Personalbemessung geltend gemacht werden können. Diese Stationen bekommen entsprechend weniger Personal!

In der Kinderklinik sei der Pflegegrundwert für Kinder und Jugendliche auf der Intensivstation deutlich höher angesetzt als auf einer Regelstation. Das habe seinen Ursprung darin, dass sehr viel mehr Besprechungszeit benötigt werde. Zudem erfordere die allgemeine und spezielle Intensivpflege ebenfalls mehr Zeit und werde daher anders bewertet. In der PPR würden Leistungen Leistungsbereichen zugeordnet. Dazu gehörten z. B. Beobachten und Überwachen, Beatmung und CPAP sowie Medikamente. Nicola Lutterbüse wies explizit auf die Bedeutung der Einstufung hin. Abteilungen die nach der PPR einstufen, könnten mit Budgeterhöhungen rechnen.

Der abschließende Vortrag beleuchtete die „Personalbesetzung in der Neonatologischen und Pädiatrischen Intensivpflege. Ist-Soll Situation“ **Marlies Bergers**, pflegerische Stationsleitung des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf verschaffte sich durch Telefonanfrage in verschiedenen Kliniken einen Überblick über die Personalbesetzung. Ziel war, eine vergleichende Statistik zu erstellen. In den meisten Kliniken erhielt sie keine Auskünfte. Bekam Bergers jedoch solche, war der Tenor überall der gleiche: Stellenabbau durch Budgetdeckelung

nach Einführung der DRG's. Die Umverteilung des Personalbudgets resultierte im Personalabbau in der Pflege und Stellenzuwachs bei den Ärzten! Hinzu komme das Dilemma, dass Pflegetätigkeiten immer noch wenig in den DRG's abgebildet werden. Man müsse davon ausgehen, dass der Prozess der internen Umverteilung wegen fehlender Lobby fortschreiten werde.

Zur Behebung der derzeitigen Situation schlug Marlies Bergers folgende Maßnahmen vor:

- Mindestschichtbesetzung auf rechtlicher Grundlage
- Wiedereinführung der Leistungserfassung
- Darstellung der Pflege in den DRG's
- Bundeseinheitliche Qualitätsmerkmale auch für die pädiatrische Intensivpflege
- Öffentlichkeitsarbeit intensivieren

Im Plenum bestand Konsens, dass Pflege sich besser präsentieren sollte, um öffentlich wahrgenommen zu werden.

## Gemeinsam Arbeitsbedingungen verbessern

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. sehe als eine seiner Schwerpunktaufgaben, die Pflegekräfte im Bereich der Intensivpflege nach Kräften zu unterstützen, unterstrich die BeKD-Vorsitzende Elfriede Zoller bei der anschließenden Gründung der Sektion „Neonatologische und Pädiatrische Intensivpflege des BeKD e.V.“. Die Sektion biete Pflegekräften eine Plattform, um aktiv an der Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen mitzuwirken. Gemeinsam würden in Arbeitsgruppen Themen aufgegriffen, die zur Professionalisierung der Pflege beitragen und Pflegequalität sichern. Elfriede Zoller unterstrich den Wunsch des BeKD-Vorstands, viele aktive und engagierte Mitstreiter/innen für diese Sektion zu gewinnen.

Weitere Informationen und Anfragen richten Sie bitte an:

### Geschäftsstelle des BeKD e.V.

Janusz-Korczak-Allee 12  
30173 Hannover  
Tel. 05 11 / 28 26 08  
Fax 05 11 / 85 15 16  
Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de  
[www.bekd.de](http://www.bekd.de)

Elke Becker  
Vorstandsmitglied des BeKD e.V.  
Dr. Marion Diehl  
Pressereferentin des BeKD e.V.