

# Kapitelübersicht

## Teil 1: Grundlagen der Pflege von Kindern

- 1 Professionelle Pflege, Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ... 2
- 2 Pflegemanagement, Recht und Ökonomie ... 21
- 3 Wachstum und Entwicklung, Erleben und Bewältigen von Gesundheitsstörungen ... 43

## Teil 2: Kinder pflegen in den LAs

- 4 Pflegerische Intervention bei den LAs ... 66

## Teil 3: Kinder mit spezifischen Erkrankungen pflegen

- 5 Pflegerische Interventionen bei Diagnostik und Therapie ... 220
- 6 Das gesunde Neugeborene, Frühgeborene, Störungen in der Neugeborenenphase ... 276
- 7 Pflege der Wöchnerin ... 298
- 8 Pflege von Kindern mit Störungen des Atemsystems ... 309
- 9 Pflege von Kindern mit Störungen des Herz-Kreislauf-Systems ... 322
- 10 Pflege von Kindern mit Störungen der Niere und des Urogenitalsystems ... 331
- 11 Pflege von Kindern mit Störungen des Verdauungssystems ... 354
- 12 Pflege von Kindern mit Störungen des Stoffwechsels und des endokrinen Systems ... 374
- 13 Pflege von Kindern mit Störungen des Bewegungssystems ... 388
- 14 Pflege von Kindern mit Erkrankungen des Auges, des HNO-Bereiches oder der Haut ... 401
- 15 Pflege von Kindern mit infektiösen Erkrankungen ... 418
- 16 Pflege von Kindern mit Störungen des Zentralnervensystems ... 438
- 17 Pflege von Kindern mit Störungen des Blutsystems ... 460
- 18 Pflege von Kindern mit psychosomatischen und psychiatrischen Störungen ... 472
- 19 Pflege von Kindern mit Schmerzen ... 482
- 20 Pflege von Kindern mit onkologischen Erkrankungen ... 491
- 21 Perioperative Pflege ... 504
- 22 Pflege kritisch kranker Kinder ... 511

## Teil 4: Anhang

- 23 Notfallsituationen ... 530



# Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

3. Auflage

*EXPRESS* Pflegewissen



Thieme





**EXPRESS** Pflegewissen

# Gesundheits- und Kinder- krankenpflege

257 Abbildungen

3., überarbeitete Auflage

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart · New York

Bibliografische Information der  
Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek  
verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte  
bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Layout: Melanie Erlewein, Stuttgart

Zeichnungen:

Viorel Constantiescu, Bukarest, Rumänien

Karin Baum, Mannheim

Roland Geyer, Weilerswist

Andrea Schnitzler, Innsbruck

Fotografen:

Paavo Bläfield, Kassel

Alexander Fischer, Sinzheim-Winden

1. Auflage 2009

2. Auflage 2014

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie angeht. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2009, 2018 Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
D-70469 Stuttgart  
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Italy

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe  
Umschlagfoto: Paavo Bläfield, Kassel  
Satz: inmedialo, Plankstadt,  
Druckhaus Götz GmbH, Ludwigsburg  
Gesetzt auf 3B2  
Druck: L.E.G.O. S.p.A., Vicenza

DOI 10.1055/b-005-145244

ISBN 978-3-13-241997-1

Auch erhältlich als E-Book:

eISBN (PDF) 978-3-13-241998-8

1 2 3 4 5 6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.

---

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

schnell finden, schnell lesen, schnell verstehen. Das ist das Grundkonzept der Reihe **Express Pflegewissen**. Wenn Sie wenig Zeit auf Station haben, ist die schnelle, übersichtliche Antwort der absolute Trumpf. Die Reihe bietet Ihnen gebündelt Information, die Sie sich durch den Charakter des raschen Nachschlagewerks ganz einfach erschließen können.

Als Erinnerungsstütze finden Sie zu jeder Thematik kurz gefasste Grundlagen und darauf aufbauend spezifische pflegerische und medizinische Fachinformationen, die präzise und praxisorientiert Ihre Fragen beantworten. Ideal für Wiedereinsteiger nach der Elternzeit oder für Pflegenden, die den Fachbereich wechseln.

Bewusst haben wir das Format klein und handlich gehalten. Das Buch ist robust und hält jede Menge Wasser- und Desinfektionsmittelspritzer aus. Es ist der ideale Begleiter auf Station. Setzen Sie es dort ein, wo die Fragen entstehen, in der Praxis.

Es werden immer die gleichen Gliederungspunkte verwendet. So finden Sie sich ebenso mühelos in jedem Kapitel zurecht, wie in jedem Band der Reihe. Nicht zuletzt trägt ein schönes Erscheinungsbild des Buches dazu bei, es gerne aufzuschlagen und darin zu blättern.

Wir wünschen Ihnen häufige und schnelle Verwendung und viel Freude am Besitz dieses hochwertigen Buches.

Ihr Thieme-Redaktionsteam



---

## Mitarbeiterverzeichnis

Prof. Dr. med. Hakan Akintürk  
Leiter der Abteilung Kinderherzchirurgie  
Kinderherzzentrum  
Universitätsklinikum Gießen-Marburg  
Feulgenstraße 12  
35390 Gießen

Univ.-Prof. Dr. Klaus Arbeiter  
Universitätsklinik für Kinder und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Christa Aßmann  
Lehrerin für Pflegeberufe  
Wälder Weg 10  
55469 Holzbach

Univ.-Prof. Dr. Christoph Aufricht  
Universitätsklinik für Kinder und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Ilse Bayerl  
Rechtsanwältin  
Rhönweg 15  
65462 Ginsheim

Heidrun Beyer  
Lehrerin für Kinderkrankenpflege  
Humperdinckstraße 5  
65193 Wiesbaden

PD Dr. med. Barbara Binder  
Oberärztin  
Universitätsklinik für Dermatologie und  
Venerologie  
Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 8  
8036 Graz

Dr. Michael Böhm  
Universitätsklinik für Kinder und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Univ.-Prof. Dr. Ernst Eber  
Abteilungsleiter  
Klinische Abteilung für Pulmonologie und  
Allergologie  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 30  
8036 Graz

Michael Färber  
Lehrer für Pflegeberufe, Kinderkrankenpfleger,  
Krankenpfleger  
Westendstr. 13  
65375 Oestrich-Winkel

PD Dr. med. Elke Elisabeth Fröhlich-Reiterer  
Oberärztin, Department für  
Allgemeine Pädiatrie  
Bereich Diabetes und Endokrinologie  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 30  
8036 Graz

Dr. Berthold Gehrke  
80469 München  
Berthold.gehrke@gmx.de

Univ.-Prof. Dr. Almuthe C. Hauer  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 30  
8036 Graz

Dr. Bernd Heinzl  
Rechbauerstr. 6  
8010 Graz

Walter Hell  
Richter am Amtsgericht  
Am alten Einlaß 1  
86150 Augsburg

Monika Hensel  
Kinderkrankenschwester, Fachkinderkranken-  
schwester für Intensiv- und Anästhesie  
Jacob-Jacobi-Str. 8  
65321 Heidenrod

Mechthild Hoehl  
Familiengesundheits- und Kinderkranken-  
pflegerin, Präventionsassistentin, freiberufliche  
Dozentin, Elternberaterin  
In den Werkstückern 22  
54331 Pellinggen

Eva Hokenbecker-Belke  
Dipl.-Pflegerin (FH), Fachkrankenschwester  
für Intensivpflege und Anästhesie  
Case Managerin (DGCC), Qualitäts-  
managementbeauftragte (QMB-TÜV)  
Lippstädter Str. 34  
59510 Lippetal

## Mitarbeiterverzeichnis

---

Dr. Uwe Hübner  
Chefarzt der Chirurgischen Abteilung  
Katholisches Kinderkrankenhaus  
Wilhelmstift gem. GmbH  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg

Pamela Jech  
Kinderkrankenschwester, Praxisanleiterin  
DRK-Klinikum Westend  
Spandauer Damm  
14050 Berlin

Dr. Martin Jentzsch  
Kinderarztpraxis  
Hildesheimer Str. 20  
38159 Vechelde

Ursula Junker  
Kinderkrankenschwester, Lehrerin für  
Pflegerberufe, Atemtherapeutin  
Franklenweg 15  
79588 Blansingen

Gabi Kempf  
Kinderkrankenschwester  
Universitäts-Augenklinik  
66424 Homburg/Saar

Olaf Kirschnick  
Leiter der Berufsfachschule für Pflegeberufe  
am Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim  
Albert-Schweitzer-Str. 35  
97941 Tauberbischofsheim

Jenny Krämer-Eder  
Kinderkrankenschwester  
Ringstr. 75  
55129 Mainz

Kurt Kullick  
Diplompädagoge, Dipl.-Sozialarbeiter (FH)  
Heinrich-Gärtner-Str. 11  
55257 Budenheim

Petra Kullick  
Lehrerin für Pflegeberufe, Praxisanleiterin,  
Kinderkrankenschwester, stellv. Schulleitung  
Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums der  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Am Pulverturm 13  
55101 Mainz

Dr. Thomas Meißner  
Medizinjournalist  
Lasallestr. 42  
99086 Erfurt

Univ. Prof. Dr. Thomas Müller  
Kinderklinik Innsbruck  
Christoph-Probst-Platz 1  
Innrain 52  
6020 Innsbruck

Diana Nowak  
Kinderkrankenschwester,  
Dipl.-Pflegerpädagogin (FH)  
Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums der  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Am Pulverturm 13  
55101 Mainz

Dr. Alice Plummer  
Kinderkrankenschwester, R.N., Psychologin  
P.O. Box 186  
Manchester M21 OWH  
England

Brigitte Rinner  
Jakob-Dieterich-Str. 5  
55118 Mainz

Dr. Alexander Schneider  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Dr. Franz Schneckeburger  
Leitender Oberarzt  
Klinik für Kinderchirurgie und  
Schwerbrandverletzte  
Kinderkrankenhaus Park Schönfeld  
Frankfurter Str. 167  
34121 Kassel

Daniela Schütz  
Kinderkrankenschwester,  
Dipl.-Pflegerpädagogin (FH)  
Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Am Pulverturm 13  
55101 Mainz

Franz Sitzmann  
Kinderkrankenpfleger für Krankenhaushygiene,  
tätig in verschiedenen Krankenhäusern,  
Altenpflegeheimen, heilpädagogischen  
Einrichtungen  
Sakrover Kirchweg 86a  
14089 Berlin

Dr. Andrea Skrabl-Baumgartner  
Oberärztin, Leiterin der Rheumaambulanz  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 30  
8036 Graz

Astrid Steinberger M.A.  
Trainerin für Kommunikation und  
Persönlichkeitsentwicklung  
Coach und Mediatorin im Gesundheitswesen  
Nonnenwies 8  
55442 Roth

Dietmar Stolecki  
Dipl.-Berufspädagoge  
Referat Fort- und Weiterbildung  
St.-Johannes-Hospital  
Johannesstr. 9 – 17  
44137 Dortmund

Simone Teubert  
Kinderkrankenschwester  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
des Klinikums der Johannes Gutenberg-  
Universität Mainz  
Langenbeckstr. 1  
55131 Mainz

Dr. Andrea Ulbrich  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Dr. Klaus Valeske  
Kinderherzzentrum  
Universitätsklinikum Gießen-Marburg  
Feulgenstraße 12  
35390 Gießen

Dr. Regina Vargha  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendheilkunde  
Währinger Gürtel 18 – 20  
1090 Wien

Eva-Maria Wagner  
Kinderkrankenschwester,  
Fachkinderkrankenschwester für pädiatrische  
Intensivpflege, Praxisanleiterin  
Huxelrebenweg 58  
55129 Mainz

Dr. med. Felicitas Witte  
Ärztin und Wissenschaftsjournalistin  
Senefelderstr. 285  
8008 Zürich  
Schweiz

---

# Inhaltsverzeichnis

## Teil 1: Grundlagen der Pflege von Kindern



### 1 Professionelle Pflege, Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ... 2

- 1.1 Berufsbild und Berufsverständnis ... 3
- 1.2 ICN-Ethik-Kodex für Pflegenden ... 4
- 1.3 Aufgabenbereiche ... 5
- 1.4 Familienorientierte Pflege und Betreuung ... 15
- 1.5 Kulturspezifische Pflege ... 17

### 2 Pflegemanagement, Recht und Ökonomie ... 21

- 2.1 Qualitätsmanagement in der Pflege ... 22
- 2.2 Pflegerecht und Ökonomie ... 30

### 3 Wachstum und Entwicklung, Erleben und Bewältigen von Gesundheitsstörungen ... 43

- 3.1 Entwicklung ... 44
- 3.2 Entwicklung in den verschiedenen  
Alterstufen ... 45
- 3.3 Entwicklung von Bindungsfähigkeit ... 53
- 3.4 Entwicklungsstörungen  
und -verzögerungen ... 56
- 3.5 Entwicklungsfördernde  
Therapiekonzepte ... 57
- 3.6 Erleben und Bewältigen von  
Krankheit in den  
verschiedenen Entwicklungsphasen ... 58
- 3.7 Leben mit chronischer  
Krankheit  
und Behinderung ... 58
- 3.8 Kinder und Jugendliche  
im Krankenhaus ... 61

---

## Teil 2: Kinder pflegen in den LAS



### 4 Pflegerische Intervention bei den LAS ... 66

- 4.1 Kommunizieren ... 67
- 4.2 Atmen/Kreislauf regulieren ... 76
- 4.3 Körpertemperatur regulieren ... 100
- 4.4 Sich sauber halten und kleiden ... 113
- 4.5 Essen und Trinken ... 131
- 4.6 Ausscheiden ... 151
- 4.7 Sich bewegen ... 177
- 4.8 Schlafen ... 191
- 4.9 Für eine sichere  
Umgebung sorgen ... 196
- 4.10 Sich beschäftigen,  
spielen und lernen ... 201
- 4.11 Mädchen oder Junge  
sein ... 207
- 4.12 Sterben ... 211

## Teil 3: Kinder mit spezifischen Erkrankungen pflegen



### 5 Pflegerische Interventionen bei Diagnostik und Therapie ... 220

- 5.1 Angst der Kinder vor Interventionen ... 221
- 5.2 Umgang mit Labormaterial ... 222
- 5.3 Punktionen und Biopsien ... 228
- 5.4 Umgang mit Arzneimitteln ... 235
- 5.5 Injektionen ... 237
- 5.6 Infusionen ... 243
- 5.7 Transfusion ... 255
- 5.8 Wundmanagement ... 260
- 5.9 Pflegemaßnahmen in der Funktionsdiagnostik ... 273

### 6 Das gesunde Neugeborene, Frühgeborene, Störungen in der Neugeborenenphase ... 276

- 6.1 Das gesunde Neugeborene ... 277
- 6.2 Pflege von Frühgeborenen ... 285
- 6.3 Störungen in der Neugeborenenphase ... 294

### 7 Pflege der Wöchnerin ... 298

- 7.1 Wochenbettperiode ... 299
- 7.2 Laktation und Stillen ... 302
- 7.3 Mastitis puerperalis ... 306
- 7.4 Stillschwierigkeiten ... 306

### 8 Pflege von Kindern mit Störungen des Atemsystems ... 309

- 8.1 Krupp-Syndrom ... 310
- 8.2 Akute obstruktive Bronchitis ... 311
- 8.3 Pneumonie ... 312
- 8.4 Asthma bronchiale ... 314
- 8.5 Zystische Fibrose ... 317
- 8.6 Diagnostik ... 320

### 9 Pflege von Kindern mit Störungen des Herz-Kreislauf-Systems ... 322

- 9.1 Herzinsuffizienz ... 323
- 9.2 Herzfehlbildungen ... 324
- 9.3 Diagnostik ... 328

### 10 Pflege von Kindern mit Störungen der Niere und des Urogenitalsystems ... 331

- 10.1 Harnwegsinfekte ... 332

- 10.2 Harntransportstörungen ... 333
- 10.3 Neurogene Blasenentleerungsstörungen ... 335
- 10.4 Kolon-Conduit ... 336
- 10.5 MAINZ-Pouch I ... 337
- 10.6 MAINZ-Pouch II ... 338
- 10.7 Phimose ... 339
- 10.8 Balanitis ... 340
- 10.9 Fehlbildungen der Harnröhre ... 340
- 10.10 Hodendystopie ... 341
- 10.11 Hodentorsion ... 342
- 10.12 Nephrotisches Syndrom ... 343
- 10.13 Akute postinfektiöse Glomerulonephritis ... 344
- 10.14 Akutes Nierenversagen ... 345
- 10.15 Peritonealdialyse (PD) ... 346
- 10.16 Diagnostik ... 348

### 11 Pflege von Kindern mit Störungen des Verdauungssystems ... 354

- 11.1 Ösophagusatresie ... 355
- 11.2 Hypertrophe Pylorusstenose ... 358
- 11.3 Gastroschisis ... 359
- 11.4 Ileus ... 361
- 11.5 Appendizitis ... 363
- 11.6 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ... 364
- 11.7 Stoma ... 366
- 11.8 Diagnostik ... 369

### 12 Pflege von Kindern mit Störungen des Stoffwechsels und des endokrinen Systems ... 374

- 12.1 Diabetes mellitus ... 375
- 12.2 Phenylketonurie ... 384
- 12.3 Adrenogenitales Syndrom ... 386

### 13 Pflege von Kindern mit Störungen des Bewegungssystems ... 388

- 13.1 Angeborene Fußfehlstellungen ... 389
- 13.2 Hüftgelenkdysplasie ... 390
- 13.3 Frakturen ... 392
- 13.4 Pflege eines Kindes mit Gipsverband ... 394
- 13.5 Osteomyelitis ... 396
- 13.6 Rheuma ... 398

## 14 Pflege von Kindern mit Erkrankungen des Auges, des HNO-Bereiches oder der Haut ... 401

- 14.1 Augenpflege ... 402
- 14.2 Strabismus ... 403
- 14.3 Katarakt (grauer Star) ... 404
- 14.4 Glaukom (grüner Star) ... 405
- 14.5 Akute Otitis media ... 405
- 14.6 Tonsillitis ... 407
- 14.7 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ... 408
- 14.8 Soor ... 410
- 14.9 Neurodermitis ... 412
- 14.10 Thermische Verletzungen ... 414

## 15 Pflege von Kindern mit infektiösen Erkrankungen ... 418

- 15.1 Rechtliche Grundlagen ... 419
- 15.2 Hygienische Grundlagen ... 419
- 15.3 Impfkalender ... 420
- 15.4 AIDS (HIV-Infektion) ... 421
- 15.5 Durchfallerkrankungen ... 422
- 15.6 Hepatitis ... 424
- 15.7 Herpes-Simplex-Infektion ... 425
- 15.8 Influenza (Virusgrippe) ... 426
- 15.9 Keuchhusten (Pertussis) ... 427
- 15.10 Meningitis/Enzephalitis ... 428
- 15.11 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) ... 429
- 15.12 Masern (Morbilli) ... 431
- 15.13 Mumps (Parotitis epidemica) ... 432
- 15.14 Röteln (Rubeola) ... 432
- 15.15 Scharlach ... 433
- 15.16 Pfeiffersches Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose) ... 434
- 15.17 Tuberkulose ... 435
- 15.18 Windpocken (Varizellen) ... 436

## 16 Pflege von Kindern mit Störungen des Zentralnervensystems ... 438

- 16.1 Hydrozephalus ... 439
- 16.2 Spina bifida ... 443
- 16.3 Schädel-Hirn-Trauma ... 446
- 16.4 Zerebrale Krampfanfälle ... 448
- 16.5 Zerebralparese ... 452
- 16.6 Diagnostik ... 454

## 17 Pflege von Kindern mit Störungen des Blutsystems ... 460

- 17.1 Anämie ... 461
- 17.2 Chronisch hämolytische Anämien ... 463
- 17.3 Erworbene Blutungskrankheit ... 465
- 17.4 Hämophilie ... 467
- 17.5 Störungen des leukozytären Systems ... 469
- 17.6 Diagnostik ... 470

## 18 Pflege von Kindern mit psychosomatischen und psychiatrischen Störungen ... 472

- 18.1 Therapieformen ... 473
- 18.2 Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen ... 474
- 18.3 Jugendliche mit dissozialem Verhalten ... 475
- 18.4 Enuresis/Enkopresis ... 477
- 18.5 Jugendliche mit Essstörungen ... 478
- 18.6 Jugendliche mit suizidalem Verhalten ... 480

## 19 Pflege von Kindern mit Schmerzen ... 482

- 19.1 Schmerzerfassung ... 483

## 20 Pflege von Kindern mit onkologischen Erkrankungen ... 491

- 20.1 Grundlagen der zytostatischen Therapie ... 492
- 20.2 Pflege eines Kindes mit onkologischer Erkrankung ... 494

## 21 Perioperative Pflege ... 504

- 21.1 Pflegerische Aufgaben vor der Operation ... 505
- 21.2 Pflegerische Aufgaben nach der Operation ... 506

## 22 Pflege kritisch kranker Kinder ... 511

- 22.1 Spezielle Intensivpflegemaßnahmen ... 512
- 22.2 Künstliche Beatmung ... 518
- 22.3 Umgang mit Pleuradrainagen ... 526

## Teil 4: Anhang

---



### 23 Notfallsituationen ... 530

23.1 Notfallmanagement ... 531

23.2 Akute Atemstörung ... 539

23.3 Akute Herz-Kreislaufstörungen ... 542

23.4 Neurologische Notfälle ... 543

23.5 Vergiftungen ... 544

23.6 Traumatische Notfälle ... 547

23.7 Physikalische Notfälle ... 548

Literatur ... 550

Sachregister ... 552



## **Teil 1:**

# Grundlagen der Pflege von Kindern



**Professionelle Pflege, Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

Seite 2

1

**Pflegemanagement, Recht und Ökonomie**

Seite 21

2

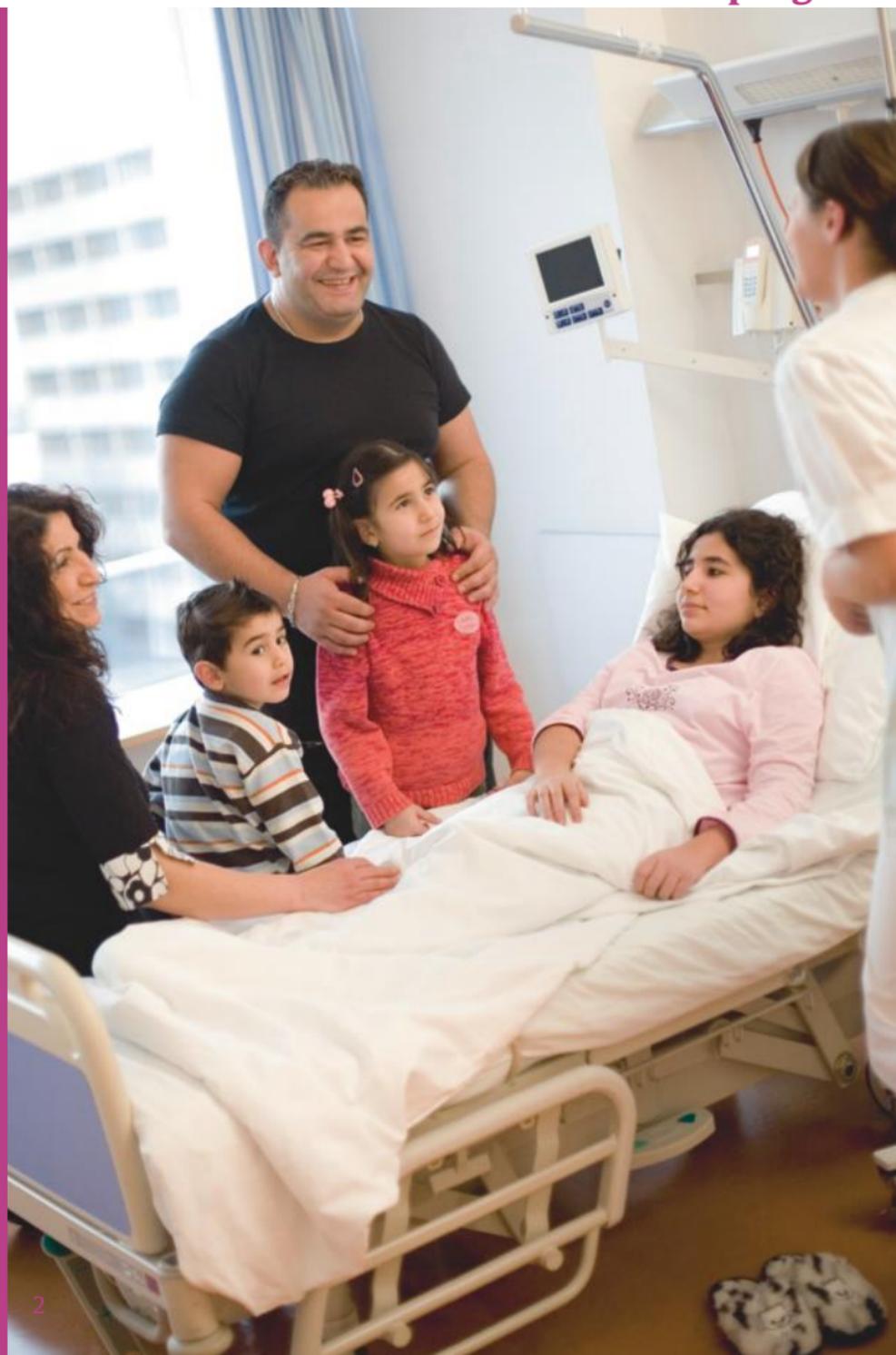
**Wachstum und Entwicklung, Erleben und Bewältigen von Gesundheitsstörungen**

Seite 43

3



# Professionelle Pflege, Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege



## 1.1 Berufsbild und Berufsverständnis

**Merke:** Beruflich ausgeübte Pflege bedeutet nicht nur Unterstützung oder Hilfestellung, wenn ein Mensch erkrankt ist. Zum Aufgabengebiet gehören ebenso Prävention und Rehabilitation. Mit Prävention ist das Ziel verbunden, die Gesundheit des Kindes zu erhalten und zu fördern. Rehabilitation dient der Wiederherstellung von Gesundheit bzw. der Förderung der Akzeptanz der Gesundheitsstörung. Im ambulanten und stationären Bereich fördert Kinderkrankenpflege die körperliche, geistige, psychische und soziale Entwicklung des Kindes unter Miteinbeziehung der Familie.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) erstellte das Berufsbild der Pflege in Anlehnung an die Definition von Krankenpflege des International Council of Nurses (ICN, Weltverband der Pflegeberufe) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

**Definition:** „[...] Pflege erstreckt sich auf Gesunde und Kranke, bezieht also Gesundheitsvor- und fürsorge sowie die Betreuung gesunder Hilfsbedürftiger mit ein [...] Es gehört zum beruflichen Selbstverständnis [...], dass sich Pflege an der Bedürftigkeit des Menschen orientiert, nicht an einzelnen Funktionen. Der Mensch wird in seiner Ganzheit betreut [...]“ (DBfK, 1993a)

Die WHO erklärt die Krankenpflege zu einem eigenständigen Fachbereich im Gesundheitswesen. Die primären Aufgaben sind:

- die optimale Funktionsfähigkeit bei unterschiedlichen Gesundheitszuständen in jedem Lebensalter zu bewahren,
- psychosomatische und psychosoziale Aspekte der Betroffenen zu berücksichtigen.

Pflege wird sowohl als Kunst als auch als Wissenschaft gesehen, die Kenntnisse und Techniken aus anderen Wissenschaftsbereichen verwendet. Das Vorgehen in der Pflege geschieht auf der Grundlage des Pflegeprozesses und in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD e.V.) legt seinen Schwerpunkt auf die Interessen der Pflegepersonen, die in der Kinderkrankenpflege tätig sind.

**Definition:** „Kinderkrankenpflege versteht sich als eine spezielle Fachdisziplin „ganzheitlicher“ pflegerischer Leistungen, in deren Mittelpunkt das einzelne Kind in seinem unmittelbaren Lebensprozess steht. [...] Kinderkrankenpflege ist eine moderne, spezialisierte, gesellschaftlich als Beruf ausdifferenzierte Weise diesen Umgangs innerhalb des Gesundheitssystems. Sie umfasst die Betreuung gesunder, akut kranker, chronisch kranker und behinderter Kinder aller Altersstufen vom Früh- und Neugeborenen bis zum Jugendlichen. Dabei muss die Pflege dem jeweiligen psychischen und physischen Zustand des einzelnen Kindes altersgerecht angepasst werden. In solcher individueller Pflege ist sich die/der Pflegenden der besonderen Aufgabe als „Anwalt“ des Kindes bewusst.“ (BeKD e.V., 1994)

## 1.2 ICN-Ethik-Kodex für Pflegendende

Um Pflegepersonen ethische Grundsätze zur Reflexion des eigenen Handelns zu geben, hat der ICN einen internationalen Ethik-Kodex verfasst. In der Präambel des ICN-Ethik-Kodex für Pflegendende werden vier grundlegende Aufgaben der Pflegenden beschrieben:

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheit zu verhüten,
- Gesundheit wiederherzustellen,
- Leiden zu lindern.

Weiterhin sind folgende ethische Grundregeln festgelegt, die bei der Ausübung der Pflege zu beachten sind:

- Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung.
- Respekt des einzelnen Menschen unabhängig von Alter, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, Glauben, Hautfarbe, Kultur, Nationalität, politischer Einstellung, Rasse oder sozialem Status.
- das Wohl des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft.
- Koordination der Dienstleistung mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der ICN-Ethik-Kodex für Pflegendende bestimmt ethische Verhaltensweisen in vier Grundelementen:

### **Verantwortung der Pflegenden gegenüber ihren Mitmenschen.**

- Die Verpflichtung, die Menschenrechte und deren Wertvorstellungen zu beachten.
- Religiöse und kulturelle Bedürfnisse des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft sind zu respektieren.
- Der Pflegebedürftige hat ein Recht auf eine umfassende Information bezüglich der pflegerischen Versorgung, um seine Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen zu können.
- Persönliche Informationen über den Patienten sind vertraulich zu behandeln.
- Neben der Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten gehört ebenso eine Verantwortung gegenüber den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Schutz der natürlichen Umwelt.

**Verantwortung für die Berufsausübung.** Die Pflegeperson trägt die Verantwortung für die Berufsausübung. Dies beinhaltet:

- Die eigene fachliche Kompetenz wird durch ständige Fort- und Weiterbildung gefördert.
- Sie achtet auf den Erhalt der eigenen Gesundheit.
- In ihrem beruflichen Handeln soll die Pflegeperson das Ansehen des Berufsstandes und somit das Vertrauen gegenüber professioneller Pflege in der Bevölkerung fördern.

### **Verantwortungsbereich innerhalb der Profession.**

- Mitwirkung bei der Entwicklung, Festlegung und Umsetzung neuer Erkenntnisse. Hiermit wird die Qualität der Pflege beeinflusst.
- Durch die Organisation in einem Berufsverband soll die Pflegeperson die Arbeitsbedingungen in der Pflege positiv unterstützen.

**Pflegendende und ihre Kollegen.** Zum Wohle des Patienten arbeitet die Pflegeperson mit ihren Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe oder aus anderen Berufsgruppen zusammen.

## 1.3 Aufgabenbereiche

1

### 1.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Sogenannte (infektiöse) Kinderkrankheiten und andere durch Infektionen und Mangel hervorgerufenen Krankheiten sind heute fast aus dem Bewusstsein verschwunden. Andere Krankheiten, die früher nahezu unbekannt waren, treten in der Häufigkeit an deren Stelle, sodass in manchen Kreisen bereits von den „neuen Kinderkrankheiten“ die Rede ist. Neue Probleme entstehen z.B. durch

- Umweltveränderungen und ökologische Belastung,
- einen veränderten Lebensstil: Fehlernährung im Sinne einer kalorischen Überversorgung mit minderwertigen Nahrungsmitteln (Fast Food, Süßigkeiten, Fette, Softdrinks),
- Bewegungsmangel und übermäßigen Fernsehkonsum,
- fehlende Bewegungsflächen und -möglichkeiten.

Das führt zu:

- **Störungen des Essverhaltens.** Bislang 20% aller Kinder und Jugendlichen sind betroffen, 8% haben so starkes Übergewicht, dass ihre Gesundheit akut bedroht ist. Zusätzlich fühlen sich viele dieser Kinder „nicht wohl in ihrer Haut“ und bekämpfen diese psychischen Probleme oft durch übermäßiges Essen. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Jugendlichen, die zwanghaft Gewicht und Nahrungsaufnahme kontrollieren, bis hin zur Ausbildung der Krankheitsbilder Anorexie, Bulimie oder Orthorexie.
- **Bewegungsarmut.** Die Fettleibigkeit wird durch die Bewegungsarmut verstärkt. Fehlende ToBe- und Spielräume schränken die Kinder in freiem, spielerischem Bewegungsverhalten ein. Jedes 3. Kind bewegt sich in Deutschland weniger als eine Stunde am Tag intensiv. Kinder sitzen heute im Durchschnitt bis zu 9 Stunden am Tag, davon 2 Stunden vor dem Fernseher. Dieses kann zu orthopädischen Problemen, Haltungsschäden, Wahrnehmungs- und Koordinationsschwierigkeiten sowie zu psychischen Auffälligkeiten führen.
- **Störungen im psychologischen Bereich.** Nach Angabe des Zentrums für Kinder und Jugendforschung in Freiburg leiden 18% aller Kinder im Vorschulalter unter klar feststellbaren Verhaltensauffälligkeiten. Die Folgen sind vermehrtes Auftreten von AD(H)S, Kontakt- und Beziehungsstörungen, Störungen im schulischen Bereich, psychosomatische und affektive Störungen, kindliche Ängste und Depressionen bis hin zu einem frühen Einstieg in Suchtverhalten.
- **Zunahme autoimmuner Erkrankungen.** Durch Umweltverschmutzung wird der Körper einerseits massiv mit Umweltgiften konfrontiert, übertriebenes Hygieneverhalten führt andererseits zur Verminderung einer „gesunden Keimflora“, sodass mittlerweile 25% der Kinder Allergiesymptome zeigen.

### Prävention



**Definiton:** Die Begriffe **Gesundheitsförderung** und **Prävention** werden häufig synonym benutzt. Streng genommen ist Prävention jedoch orientiert an den Auslösefaktoren von Gesundheitsstörungen („Vermeidung des Auftretens von Krankheiten“), Gesundheitsförderung richtet sich dagegen an die Verbesserung der Lebensbedingungen i.A. zur „Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten“ (Hurrelmann et al 2004).

Unter **Prävention** versteht man die Vermeidung von Krankheiten unter Einbeziehung medizinischer und biowissenschaftlicher Erkenntnisse. Das an Krankheitsver-

meidung orientierte Prinzip beinhaltet also im Wesentlichen die Verminderung von Risikofaktoren (Abb. 1.1).

**Primärprävention.** Sie beinhaltet alle Bemühungen zur Krankheitsvermeidung, bevor sich erste Zeichen einer Störung zeigen. Man unterscheidet zwischen unspezifischen Maßnahmen wie ausgewogene Ernährung, positives Bewegungsverhalten und förderliches Freizeitverhalten, sowie spezifischen Maßnahmen die ganz gezielt einzelnen möglichen Gesundheitsstörungen vorbeugen sollen.

**Sekundärprävention.** Sie versucht beim Auftreten von ersten Zeichen einer Gesundheitsstörung den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

**Tertiärprävention.** Beim Auftreten einer chronischen Gesundheitsstörung dient sie dazu, Rezidive der Krankheit zu verhindern oder abzumildern und den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern.

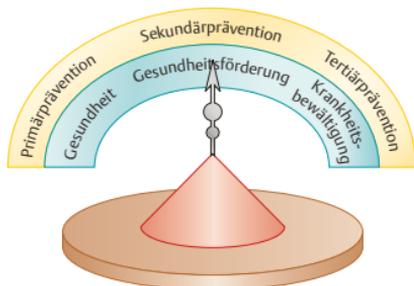
**Verhaltensprävention.** Sie versucht, das Verhalten der Zielgruppe zu beeinflussen und zielt auf einen bewussten Umgang mit der individuellen Gesundheit durch aufgeklärtes, förderliches Verhalten.

**Verhältnisprävention.** Sie versucht, durch Beeinflussung der Lebensbedingungen ein Umfeld für ein gesundes Leben überhaupt erst zu schaffen. Hierbei geht es z.B. in sog. Setting-Ansätzen (setting, engl. = Umfeld, Milieu) um die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse in sozial benachteiligten Familien sowie Kindergärten und Schulen in benachteiligten Stadtbezirken.

**Salutogenese.** Die Salutogenese zielt auf die gesamten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die ein Mensch braucht, um sich ganzheitlich gesund zu entwickeln und gesund zu erhalten. Salutogenese berücksichtigt

- Lebensqualität,
- individuelles Erleben und
- persönliche Lebensentwürfe.

Im Salutogenese-Modell von Antonovsky ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess gesehen werden. Dieser Prozess wird davon beeinflusst, welche äußeren Einflüsse auf das individuelle Leben einwirken, und ob diese vorhersehbar oder erklärbar sind. Ferner von den individuellen Ressourcen sich diesen Anforderungen zu stellen und der Tatsache, ob den äußeren Einflüssen eine sinnhafte Bedeutung zugeordnet werden kann.



**Abb. 1.1** Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.



**Definition:** Die Grenze zwischen **Prävention** und **Gesundheitsförderung** ist fließend und eine strenge Trennung anhand einzelner Definitionen ist der Sache nicht dienlich. Gerade im Bereich der Primärprävention im Kindesalter ist ein ganzheitlicher Ansatz notwendig, der das System Familie in seinem gesellschaftlichen Kontext berücksichtigt.

**Tab. 1.1** Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen.

	Zeitpunkt	Untersuchungen:	Die Untersuchung ermittelt	Das Kind sollte
U1	In den ersten 5 Lebens- tagen, meist direkt nach der Geburt	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ APGAR-Wert</li> <li>■ Nabelschnur-pH-Wert</li> <li>■ körperliche Untersuchung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anpassung des Neugeborenen nach der Geburt,</li> <li>■ Fehlbildungen,</li> <li>■ körperlichen Entwicklungsstand.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ möglichst hohen APGAR-Wert haben,</li> <li>■ Blut-pH höher als 7,2.</li> </ul>
U2	5. bis 10. Lebens- tag	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reflexkontrolle</li> <li>■ körperliche Untersuchung</li> <li>■ Neugeborenen-screening</li> <li>■ Beratung der Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwicklung des zentralen Nervensystems,</li> <li>■ Status von Herz, Lunge, Muskelkraft, Hüftentwicklung,</li> <li>■ Früherkennung von Stoffwechselstörungen.</li> <li>■ Hinweis für Eltern auf Rachitis- und Kariesprophylaxe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neugeborenenreflexe,</li> <li>■ gleichseitige Beinlänge und gleichmäßige Gesäßfalte haben.</li> </ul>
U3	4. bis 7. Lebens- woche (LW)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ körperliche Untersuchung</li> <li>■ Sonografie der Hüfte</li> <li>■ Beratung der Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Körpergewicht,</li> <li>■ Größenwachstum,</li> <li>■ Reflexe,</li> <li>■ Sehvermögen,</li> <li>■ Lautbildung,</li> <li>■ Reaktionsfähigkeit,</li> <li>■ Ausschluss Hüftdysplasie.</li> <li>■ Beratung der Eltern hinsichtlich Ernährung und Ausscheidung.</li> <li>■ Hinweis auf Impfungen in der 9. LW.</li> </ul>	
U4	3. bis 4. Lebens- monat (LM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Seh- und Hörvermögen</li> <li>■ Reflexe</li> <li>■ Motorik</li> <li>■ Hand-, Augen-Koordination</li> <li>■ Entwicklung Sprache und Stimme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwicklung der Reaktionsweisen und der Sinne, um mögliche Entwicklungsstörungen des Gehirns zu erkennen.</li> <li>■ Meist erfolgt die zweite Schutzimpfung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Saugreflex kaum noch besitzen,</li> <li>■ Beine und Kopf für ca. 30 Sekunden halten,</li> <li>■ Hand und Augen koordinieren können,</li> <li>■ beginnende Stimm- und Sprachentwicklung zeigen.</li> </ul>
U5	6. bis 7. LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ differenzierte sprachliche Entwicklung</li> <li>■ körperliche Entwicklung</li> <li>■ motorische Reaktionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche, motorische und neurologische Entwicklung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ lallen und Silben verdoppeln und</li> <li>■ sich drehen können,</li> <li>■ soziale Reaktionen zeigen.</li> </ul>

**Tab. 1.1** (Forts.) Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen.

	Zeitpunkt	Untersuchungen:	Die Untersuchung ermittelt	Das Kind sollte
U6	10. bis 12. LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Untersuchungsverfahren: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Motorik/Feinmotorik,</li> <li>■ Sprachvermögen,</li> <li>■ Sozialverhalten.</li> <li>■ Weitere Impfungen sind möglich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ krabbeln und sitzen,</li> <li>■ sich an Möbeln hochziehen,</li> <li>■ Schrittbewegungen ausführen,</li> <li>■ Gegenstände untersuchen können,</li> <li>■ Zangen- oder Pinzettengriff beherrschen.</li> </ul>
U7	20. bis 24. LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ psycho-soziale Reaktion/Interaktion</li> <li>■ Hör- und Sprachvermögen</li> <li>■ Motorik</li> <li>■ Gespräch mit den Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sozialverhalten,</li> <li>■ Entwicklung des Hörens und der Sprache,</li> <li>■ Ausbildung der Fein- und Grobmotorik.</li> <li>■ Weitere Impfungen sind möglich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sich auf Gespräch konzentrieren und</li> <li>■ Gegenstände bezeichnen können,</li> <li>■ seinen Vornamen kennen,</li> <li>■ ca. 10 Worte sprechen und 250 verstehen,</li> <li>■ einen Turm bauen und</li> <li>■ vorwärts- und rückwärts laufen können.</li> </ul>
U8	44. bis 48. LM	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ körperliche Untersuchung, z.B. auf internistische oder orthopädische Erkrankungen</li> <li>■ Reaktion/Interaktion</li> <li>■ Feinmotorik/Wahrnehmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Motorik/Koordination,</li> <li>■ Sehvermögen,</li> <li>■ Stoffwechsel-, Nieren- und Knochenwachstumsstörungen,</li> <li>■ Sozialverhalten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sehvermögen komplett entwickelt haben,</li> <li>■ tagsüber windfrei sein,</li> <li>■ Laufvermögen ausgebildet haben,</li> <li>■ Kreise malen und</li> <li>■ sich konzentrieren können.</li> </ul>
U9	60. bis 66. LM (vor der Einschulung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ klinische Untersuchung</li> <li>■ Gespräch mit Kind und Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ körperliche Entwicklung,</li> <li>■ sprachliche Entwicklung,</li> <li>■ kognitive Entwicklung,</li> <li>■ soziales Verhalten.</li> <li>■ Möglichkeit für Auffrischungsimpfungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ im Zehen-Hackengang vorwärts gehen können,</li> <li>■ Nebensätze gebrauchen und</li> <li>■ Erklärungen geben können,</li> <li>■ sich eine Bilderbuchgeschichte lag konzentrieren und einen „6-Teile-Mensch“ malen können.</li> </ul>

**Tab. 1.1** (Forts.) Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen.

	Zeitpunkt	Untersuchungen:	Die Untersuchung ermittelt	Das Kind sollte
J1	14 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gewicht</li> <li>■ Körpergröße</li> <li>■ Blutdruck</li> <li>■ körperliche Untersuchung (auch äußere Merkmale der Pubertätsentwicklung)</li> <li>■ ausführliches Gespräch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mögliche Körperfehlhaltungen,</li> <li>■ Bewegungseinschränkungen,</li> <li>■ Problembewältigungsstrategien des Jugendlichen,</li> <li>■ Hinweise auf eine Gesundheitsgefährdung (z.B. durch Alkohol- und Nikotinkonsum),</li> <li>■ das soziale Verhalten (z.B. erhöhtes Gewaltpotenzial),</li> <li>■ pubertätsspezifische Probleme,</li> <li>■ Ernährungsgewohnheiten.</li> </ul>	

## 1.3.2 Pädiatrische Gesundheitseinrichtungen

### Stationäre pädiatrische Einrichtungen

Man unterscheidet Akuteinrichtungen und Langzeiteinrichtungen. Kinder werden hier präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ versorgt.

In der **Akutklinik** steht die kurative, d.h. die primär therapeutisch versorgende Medizin im Vordergrund. Die Kinder werden sowohl stationär als auch ambulant betreut und behandelt. Verschiedene **Fachambulanzen** stehen z.B. Kindern mit chronischen Erkrankungen zur Verfügung. Über die DRGs (Kap. 2.2.9) wird diagnoseabhängig geregelt, welche Kinder stationär und welche Kinder ambulant behandelt werden können.

### Pflege und Betreuung im häuslichen Umfeld

**Definiton: Häusliche Kinderkrankenpflege** ist eine qualifizierte, ganzheitlich orientierte Pflege und Betreuung akut erkrankter, chronisch kranker, behinderter und sterbender Säuglinge, Kinder und Jugendlicher in ihrem gewohnten, häuslichen Umfeld.

„Ambulant vor stationär“ – dieses Paradigma hat in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen weite Kreise gezogen und für Veränderungen gesorgt. Der Bedarf an ambulanter pflegerischer Versorgung ist seit einigen Jahren stark gestiegen und mit ihm die Anzahl ambulanter Pflegedienste. In der Bundesrepublik Deutschland existieren ca. 150 ambulante Pflegedienste, die jährlich etwa 10.000 Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreuen (Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Stand August 2007).

**Merke:** Der wichtigste Vorteil der ambulanten Kinderkrankenpflege ist, dass auf die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder und ihrer Familie in ihrem häuslichen Umfeld individueller eingegangen werden kann.

Voraussetzungen zur Arbeit in der häuslichen Kinderkrankenpflege sind

- abgeschlossenes Examen zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin,
- Berufserfahrung ist empfehlenswert, jedoch nicht verpflichtend.
- Bereitschaft, eigenes Fachwissen durch Fortbildungen und Seminare regelmäßig zu aktualisieren und zu erweitern,
- verantwortungsbewusstes und selbstständiges Handeln sowie viel Eigenengagement,
- Interesse an einem breiten Spektrum von pflegerischen Handlungen,
- Flexibilität für unterschiedliche Arbeitsbedingungen von Familie zu Familie,
- Fähigkeit, mit oftmals einfachen Mitteln optimale Pflege zu leisten,

Im häuslichen Bereich werden Frühgeborene, Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit ganz unterschiedlichen Gesundheitsstörungen gepflegt.

Zu den Aufgabenschwerpunkten in der häuslichen Pflege gehören:

- **Pflegeüberleitung:** In der Regel nimmt der zuständige Arzt oder Sozialarbeiter der Klinik den Kontakt zum ambulanten Pflegedienst auf und informiert über die bevorstehende Entlassung des Kindes.
- **Beratung und Anleitung:** Die Pflegenden berät das betroffene kranke Kind, seine Eltern und Geschwister zu Hause in vielfältigen Bereichen. Sie leitet die an der häuslichen Pflege beteiligten Personen in den für das Kind relevanten Pflegemaßnahmen an.
- **Unterstützung der Familie:** Nach der Ankunft zu Hause, im Kreise der Familie, müssen sich das kranke Kind und die weiteren Familienmitglieder erst wieder aneinander und an die geänderten Lebensbedingungen gewöhnen. Eine primäre Aufgabe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin im ambulanten Bereich besteht in der Begleitung der Familie bei der Krankheitsbewältigung.
- **Dokumentation:** In der häuslichen Kinderkrankenpflege ist eine ausführliche, lückenlose schriftliche Dokumentation unerlässlich. Die dokumentierten Unterlagen dienen der Krankenkasse als Nachweis über die geleisteten Pflegemaßnahmen, zur Abrechnung und auch zur rechtlichen Absicherung. Jedes betreute Kind erhält eine eigene Mappe mit den nötigen Unterlagen. Diese verbleibt im Haushalt des Kindes und kann von den Erziehungsberechtigten jederzeit eingesehen werden.
- **Zusammenarbeit im interdisziplinären Team:** Das Pflegeteam stellt das Fundament in der häuslichen Pflege dar. Regelmäßige Teamsitzungen gewährleisten den ständigen Informationsaustausch über die betreuten Familien, Therapien, Kassenverhandlungen u. a.

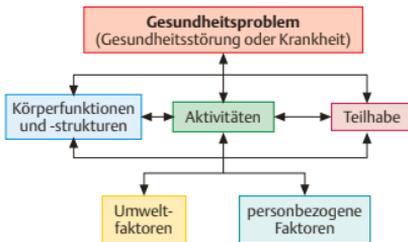
## 1.3.3 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Eine frühzeitige und qualitätsgesicherte Rehabilitationsmaßnahme trägt dazu bei, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu steigern, um die Kinder und Jugendlichen in Alltag, Schule, Ausbildung und Gesellschaft integrieren zu können und damit die Versorgung dieser Patientengruppe und deren Familien zu verbessern. Wenn rehabilitative Pflege erforderlich ist, dann sollte sie so früh wie möglich einsetzen. Rehabilitative Interventionen müssen z. B. bei einem Kind mit Schädel-Hirn-Trauma bereits auf der Intensivstation parallel zur Akutbehandlung einsetzen (Frührehabilitation).

**Definition: Rehabilitation** beginnt immer dort, wo ein Mensch befähigt werden soll, mit seiner Einschränkung umzugehen und zu leben – gleich ob kurz-, mittel- oder langfristig.

„Die Rehabilitation von Kindern mit chronischen Krankheiten, von behinderten und von Behinderungen bedrohten Kindern hat das Ziel, Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Sie hat das Ziel, das Anrecht eines jeden Kindes auf die ihm gemäße ungestörte körperliche, geistige, seelische und soziale Entwicklung zu erreichen oder zumindest anzustreben. [...] (www.dgspj.de/kinderreha.php).

**ICF.** Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health) basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell und wurde der Lebenssituation betroffener Menschen angepasst (Abb. 1.2). Es umfasst innere und äußere Einflussfaktoren auf Funktionsfähigkeit und Behinderung; die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sie verfasst.



**Abb. 1.2** Bio-psycho-soziales Modell der ICF. Die einzelnen Komponenten stehen in Wechselwirkung.

## Rehabilitationsformen

- **Entwicklungsrehabilitation:** Darunter versteht man die Anbahnung noch nicht entwickelter Funktionen (z.B. Motorik, Sprache), die sich aufgrund von angeborenen und erworbenen Störungen nicht oder nur verzögert entwickeln würden.
- **Anschlussheilbehandlung (AHB):** Eine AHB bzw. Anschlussrehabilitation (AR) schließt sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung an. Diese Leistung wird nur bei bestimmten Indikationen gewährt und kann stationär oder – meist bei Erwachsenen – auch ambulant erfolgen.
- **Stationäre Rehabilitation:** Sie kann erfolgen, wenn verfügbare ambulante Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft oder nicht möglich sind, um das Therapieziel unter ICF-Gesichtspunkten zu erreichen.
- **Ambulante Rehabilitation:** Sie findet z.B. in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) statt. SPZ sind der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gewidmet, umfassen aber nicht das gesamte Spektrum von Indikationen für eine Rehabilitation. Ein Charakteristikum von SPZ ist, dass sie die Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie und pädiatrischer Rehabilitation sind. Ein Schwerpunkt ist die Früherkennung und Frühbehandlung geschädigter und von Behinderung bedrohter Kinder. Einen besonderen Stellenwert haben die psychotherapeutischen/psychosozialen und rehabilitativen Interventionen sowie die Integration der Familie in die Therapie.
- **Familienorientierte Rehabilitation (FOR):** Eine FOR umfasst ein erweitertes, komplexes Aufgabenspektrum mit dem Ziel, Rehabilitationsziele für das Kind zu erreichen, das Rehabilitationereignis nachhaltig zu sichern sowie das System „Familie“ zu entlasten und zu stabilisieren.

## Aufgabenschwerpunkte der Pflegenden im Rehabilitationsteam

Pflegende übernehmen im Rehabilitationsprozess spezielle Aufgaben und leisten einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Therapie- und Rehabilitationsziele sowohl in Akut- oder Rehabilitationskliniken als auch im ambulanten Bereich. Pflegegerische Aufgaben im Rehabilitationsprozess sind:

- Mitwirkung an der Organisation, Koordination und Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs. Neben pflegerischen und gesundheitsfördernden Aufgaben liegt der Schwerpunkt auch auf pädagogischer Unterstützung. Alle Interventionen orientieren sich dabei an Alter, Entwicklungsstand und individueller Situation des Kindes bzw. Jugendlichen.
- Aufbau eines vertrauensvollen „therapeutischen Klimas“, d.h. Schaffen einer Atmosphäre des gegenseitigen Verständnisses und der Wertschätzung sowie einer haltgebenden und verlässlichen Pflegebeziehung.
- Erkennen von Gesprächsbedarf und Führen von Gesprächen, um Zugang zur Lebens- und Gefühlswelt des Kindes oder Jugendlichen zu finden.
- Gezielte Beobachtung im Rehabilitationsalltag (z.B. Ausführung der Lebensaktivitäten, Fortschritte/Stagnation/Rückschritte, Verhaltensbeobachtung, Eltern-Kind-Interaktion, Situation der Begleitperson).
- Förderung der Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit unter Einbezug der individuellen körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen, Motivation und Unterstützung des Kindes/Jugendlichen bei der Krankheitsbewältigung.
- Individuelle pädagogische Betreuung und Führung (z.B. Alltagsbewältigung, tägliche Körperpflege, Tagesstrukturierung, einfühlsame Begleitung bei Heimweh, Ängsten, Konflikten), Selbstwertstärkung.
- Mitwirkung bei der Integration in Gruppen Gleichaltriger, oft nach längerer sozialer Isolation, Beratung zu gesundheitsfördernder Lebensführung und Reduktion von gesundheitsschädigenden Risikofaktoren.
- Mitwirkung an indikationsspezifischen Patientenschulungen (z.B. Neurodermitis-schulung), Mitgestaltung von Elternschulungen.
- Hilfsmittelversorgung. Unterstützung im Gebrauch von Hilfsmitteln, bei der Anwendung bestimmter Techniken (z.B. Inhalationen, Einsatz von Dosieraerosolen, Blutzuckerbestimmung, Insulininjektionen, Hautpflege bei Neurodermitis, Führen von Ernährungsprotokollen).
- Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie, Teilnahme und Mitgestaltung des interdisziplinären Austauschs (z.B. Visite, Fallbesprechung).
- Früherkennung von Anzeichen oder Risikofaktoren, die auf eine chronische Erkrankung, auf Entwicklungsverzögerungen oder eine Behinderung hinweisen. Durch Früherkennung können Kinder einer frühzeitigen Diagnostik, effektiven Frühtherapie und Frühförderung zugeführt werden.
- Mitgestaltung des Entlassungsgesprächs, in dem Eltern umfassend über alle zentralen Aspekte informiert werden und Empfehlungen für das weitere Vorgehen erhalten.

### 1.3.4 Strukturierte Aufnahme, Verlegung und Entlassung

Die Steuerung von Prozessabläufen bei Aufnahme, Verlegung und Entlassung gewinnen einen immer höheren Stellenwert, wenn der Spagat zwischen Sachzwängen und patientenorientierter Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung und darüber hinaus gelingen soll. Die Entwicklung von Qualitätsstandards für das systematische Vorgehen sind zentrale Methoden, um den steigenden Anforderungen zu entsprechen, Organisationsabläufe kind- und elternorientiert und zur höheren Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern zu gestalten.

**Merke:** Ein strukturiertes **Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsmanagement** unter emotionaler Begleitung der Eltern und des Kindes, orientiert an seinem Alter und Entwicklungsstand, zeugt von einem hohen Qualitätsstandard. Reibungslose Prozessabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung bzw. Nachsorge sind ein Qualitätsmerkmal auch im Wettbewerb mit anderen Kinderkliniken.

### Gestalten der Aufnahmesituation

**Merke:** Die **erste Begegnung** während der Aufnahme zwischen Pflegenden, dem Kind und seinen Eltern hinterlässt häufig einen bleibenden Eindruck. Das Erleben dieser Situation kann für den Aufbau einer konstruktiven und tragfähigen Pflegebeziehung mitentscheidend sein und hat damit Auswirkungen auf den Pflegeprozess. Der Aufnahmesituation kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu.

Die zentralen Pflegeaufgaben während der Aufnahme eines Kindes sind:

- organisatorische und administrative Tätigkeiten durchführen
- Eltern und Kind in der ungewohnten Umgebung Halt und Orientierung geben
- das Kind während der Aufnahme einfühlsam unterstützen, um Trennungsschmerz, Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Schmerzen und Angst vor Untersuchungen u. a. von Beginn an zu mildern und Hilfe zur Bewältigung der Situation zu geben
- Aufnahmegespräch führen und die Pflegeanamnese erstellen
- Eltern und Kind in die stationären Gegebenheiten einführen
- Gesamtsituation des Kindes und seiner Familie einschätzen
- bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung assistieren
- bei geplanter Aufnahme das Patientenzimmer vorbereiten und nötige Utensilien bereitlegen

### Pflegerisches Aufnahmegespräch

Im Rahmen des pflegerischen Aufnahmegesprächs macht sich die Pflegenden ein erstes Bild von der Situation des Kindes und seiner Familie. Das Aufnahmegespräch wird i. A. mit einem oder beiden Elternteilen geführt, bei Jugendlichen auf deren Wunsch auch alleine.

**Definition:** Ein ausführliches **Aufnahmegespräch** hat auch das Ziel, Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche des Kindes und seiner Eltern kennenzulernen und diese im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Dabei ist es wichtig, Eltern transparent zu machen, welche Bedürfnisse und Erwartungen erfüllt werden können und wo Grenzen bestehen. Denn es führt zu Frustrationen und dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, wenn Informationen zwar gesammelt werden, dann aber unkommentiert keine Berücksichtigung in der Pflege finden.

### Erhebung der Pflegeanamnese

Ein Bestandteil des pflegerischen Aufnahmegesprächs ist die Erstellung der Pflegeanamnese (S. 25). Die Pflegeanamnese ist eine zielgerichtete, systematische Sammlung von Informationen über das Kind und seine Familie und bildet die Grundlage für den individuellen Pflegeprozess (S. 24). Hauptschwerpunkt der Pflegeanamnese ist die Einschätzung der Lebensgewohnheiten und des Gesundheitsverhaltens zu

Hause, um deren Fortführung auch im Krankenhaus soweit umsetzbar zu ermöglichen bzw. erste Anhalte für Unterstützungsbedarf zu erkennen. Gesprächsinhalt sind deshalb in erster Linie

- die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Kindes,
- sein Entwicklungsstand,
- die Ausübung der Lebensaktivitäten und Strategien, die dem Kind und seiner Familie zur Bewältigung der Erkrankung und der veränderten Situation zur Verfügung stehen.

## Einschätzen der Situation des Kindes

Neben den im Aufnahmegespräch gewonnenen Informationen ergänzen folgende pflegediagnostischen und ärztlich angeordneten Maßnahmen die erste Gesamteinschätzung:

- Beobachten des körperlichen und psychischen Zustands (z.B. Beurteilung der Körperproportionen, Haut- und Pflegezustand, Verhalten, Ängste, Schmerzen, Ressourcen und Einschränkungen in den Lebensaktivitäten).
- Ermitteln und Beurteilen von Ausgangswerten wie Körpertemperatur, Puls, Blutdruck und evtl. Atmung.
- Feststellen von Körperlänge und Körpergewicht (S. 131).
- Durchführen von Umfangsmessungen (Kopfumfang bis zum ersten Lebensjahr (S. 277), bei Auffälligkeiten oder abhängig von der Erkrankung Brust- und Bauchumfang bei entsprechender Indikation).
- Eintragen von Körperlänge und -gewicht in ein Somatogramm, bei Säuglingen zusammen mit dem Kopfumfang in eine Perzentilenkurve (S. 132).
- Durchführung ärztlich angeordneter diagnostischer Maßnahmen wie Gewinnung von Urin- oder Stuhlproben, mikrobiologische Abstriche.
- Übertragung aller Beobachtungen und ermittelten Daten in das Pflegedokumentationssystem.
- Assistenz bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung.

## Verlegung eines Kindes

Sie erfolgt klinikintern von einer Station zur anderen oder extern in ein anderes Krankenhaus. Pflegehandlungen bei einer Verlegung sind:

- Eltern und Kind sowie die nachfolgende Station rechtzeitig informieren, um Vorbereitungen treffen zu können. Der Arzt erklärt Eltern und Kind den Grund der Verlegung. Von Pflegenden erhalten sie vorab Informationen über die weiterbetreuende Station. Ist dies nicht möglich, z.B. bei einer notfallmäßigen Verlegung, ist an eine telefonische Benachrichtigung der Eltern zu denken.
- Die notwendigen Unterlagen werden zusammengestellt. Sinnvoll ist die Anfertigung eines Pflegeverlegungsberichtes in Form eines Standardformulars. Alle persönlichen Dinge des Kindes und z.B. Medikamente, Impfausweis und Spezialnahrung werden mitgenommen.
- Das Transportmittel und die Begleitperson werden nach Alter und Gesundheitszustand des Kindes und zurückzulegender Wegstrecke ausgewählt.

Die Pflegenden begleiten das Kind und anwesende Eltern zum verabredeten Zeitpunkt zur neuen Station. Hier stellt sie die Neuankommlinge persönlich vor. Bei jeder Verlegung erfolgt eine ausführliche mündliche Übergabe an einen Kollegen des weiter betreuenden Pflorgeteams.

## Entlassung eines Kindes

Die Entlassung wird frühzeitig und systematisch geplant, damit Eltern Zeit für die nötigen Vorbereitungen haben und eine notwendige Weiterversorgung zu Hause sichergestellt ist. Müssen zu Hause Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen weitergeführt werden, erhalten Eltern rechtzeitig vor der Entlassung Informationen, Schul-

ungen und Beratung zur Ressourcenstärkung. Dabei ist genügend Zeit zum Training einzuplanen, damit sie bis zur Entlassung größtmögliche Sicherheit gewinnen können.

**Merke:** Unsichere Eltern, die vor der Entlassung ausführliche Erklärungen erhalten und gezielt angeleitet wurden, sind weniger ängstlich. Zudem kann das Gefühl der Überforderung abgemildert werden. Der sog. „Drehtüreffekt“ durch Wiederaufnahme von z.B. chronisch kranken Kindern kann so reduziert werden.

Im Optimalfall nehmen Eltern, Arzt und betreuende Pflegende an einem **Entlassungsgespräch** teil, bei einer Pflegeüberleitung auch die weiter versorgende Pflegende. Kinder werden nach Alter und Situation miteinbezogen. Gesprächsinhalte können das weitere Vorgehen, Kontrolltermine, Verabreichung von Medikamenten und weiterzuführende Pflegemaßnahmen sein. Das abschließende Gespräch sollte anhand eines Standardformulars dokumentiert werden. Wichtige Informationen werden für die Eltern schriftlich aufgezeichnet und mit nach Hause gegeben.

### 1.4 Familienorientierte Pflege und Betreuung

Bei einer stationären Aufnahme eines Kindes im Krankenhaus ist es nicht nur Aufgabe der Ärzte und Pflegenden, Kinder und Eltern über Erkrankung und Therapie aufzuklären und zu informieren, sondern sie müssen die Kinder und Eltern auch aktiv auffordern, an der Pflege und Behandlung mitzuwirken.

**Merke:** Hilfe zur Selbsthilfe ist immer auch die Unterstützung der Familie, sich an den medizinischen und pflegerischen Anforderungen einer Therapie zu beteiligen.

Zwei Formen der Zusammenarbeit des Krankenteams mit der Familie werden beschrieben:

- **Compliance:** Bereitschaft und Einwilligung des Patienten bzw. der Eltern zur Behandlung, aber auch die Anpassung und der „Gehorsam“, sich der Behandlung unterzuordnen und die Rolle des „Schwächeren“ zu übernehmen.
- **Adherence:** „Festhalten“ des Patienten oder der Eltern an einer vereinbarten Behandlung und das „Übereinstimmen“ mit den Behandlungserfordernissen. Dabei wird der Patient durch das Behandlungsteam unterstützt.

**Merke:** Informieren, Beraten, Anleiten und Schulen ist ein Kernbestandteil pflegerischer Arbeit und benötigt Pflegende mit qualifiziertem, thematischem und pädagogischem Fachwissen.

#### 1.4.1 Information

Information ist die gezielte Weitergabe von Fakten und Kenntnissen über einen bestimmten Sachverhalt. Informationen erfolgen in mündlicher und schriftlicher Form. Dazu gehören z.B.

- das Bereitstellen von Informationsmaterialien (z.B. Broschüre zur Prävention des plötzlichen Kindstodes),
- Medien (z.B. Film zur Versorgung eines Tracheostomas) und
- hilfreiche Adressen (z.B. von Selbsthilfegruppen).

Informationen sind Bestandteil von Beratung, Anleitung und Schulung oder erfolgen häufig nebenbei, z.B. im Rahmen von Pflegehandlungen.

## 1.4.2 Anleitung

Sie ist eine pädagogische Intervention. Ziel der Anleitung ist der Ausgleich von Selbstpflegedefiziten von Betroffenen durch Aneignung von alltagspraktischen Handlungskompetenzen bzw. die Anleitung von Eltern zur Übernahme von Pflegehandlungen bei ihrem Kind. Eine Anleitung ist ein geplanter, zielgerichteter, in Schritten verlaufender Prozess:

- **1. Schritt:** Lernbedarf, Lernvoraussetzungen, Lernwiderstände und Motivation werden eingeschätzt.
- **2. Schritt:** Planung der Anleitung mit gemeinsamer Zielbestimmung, Festlegen des Vorgehens, Auswahl der Methoden, Medien, Materialien und ggf. Einsatz von Übungsmodellen.
- **3. Schritt:** Demonstration der zu erlernenden Tätigkeit durch den Anleiter.
- **4. Schritt:** Trainingsphase, d.h. der Anzuleitende führt die Handlung unter Anleitung durch, die Aktivität des Anleiters kann dabei nach Bedarf zu- oder abnehmen. Der Anzuleitende übt, bis er in der Lage ist, selbstständig zu handeln.

## 1.4.3 Schulung

Schulung ist ein zielgerichtetes, geplantes und strukturiertes Vorgehen zur Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Ergebnissicherung ist ein wesentlicher Aspekt.

Unterschieden werden Einzel-, Gruppen- oder Mikroschulungen (s.u.). Bestandteile von Schulungen sind Informationsvermittlung, Anleitung und Beratung zum Ausgleich von fehlendem Wissen und Selbstpflegedefiziten. Eine Schulung beinhaltet folgende Schritte:

- Einschätzung (Vorwissen erfassen/Haltung erkennen),
- gemeinsame Zielvereinbarung, Unterstützung der Zielerreichung,
- Evaluation zur Ergebnissicherung orientiert an den Lernzielen (evtl. mit Wissensprüfung).

**Mikroschulungen** sind kleine Lerneinheiten, die eine Fertigkeit oder Verhaltensweise vermitteln. Beispiele für Mikroschulungen sind subkutane Injektion, Verbandwechsel, Verabreichung von Sondennahrung, endotracheale Absaugung.

## 1.4.4 Beratung

Der Beratungsprozess mit seinen Elementen ist bei der Versorgung von Menschen mit Gesundheitsstörungen in den Pflegeprozess eingebettet (Abb. 1.3). Pflegende sind in einer günstigen Ausgangsposition für Beratung. Aufgrund ihrer engen Kontakte zum Patienten und auf der Basis des Pflegeprozesses nehmen sie deren individuelle Bedürfnisse umfassender wahr als andere Berufsgruppen.

 **Merke:** Die Pflege- und Behandlungsqualität zu sichern, bedeutet auch, entsprechendes Wissen an den Patienten und seine Angehörigen weiterzugeben. Wissen ist eine Ressource.

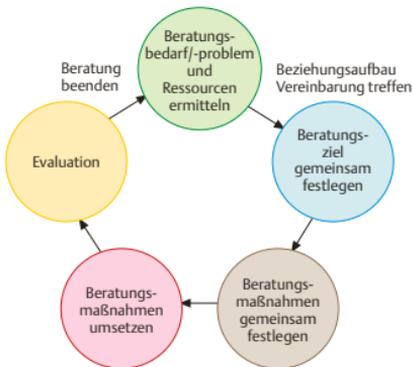
Übergeordnete Ziele von Beratung:

- Beteiligung des Patienten am Beratungsprozess als aktiver Partner des Gesundheitspersonals
- Unterstützung bei Bewältigung und Akzeptanz der physischen und psychischen Folgen von Gesundheitsproblemen, Behinderung oder belastender Lebenssituation
- Befähigung zum Lösen von Problemen und Treffen selbstständiger und sachgerechter Entscheidungen in Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit
- Bewirken von Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln in Bezug auf Gesundheit
- Ausbau von Selbstmanagementfähigkeiten, z.B. bei einer chronischen Erkrankung, um eigenverantwortlich handeln, ein unabhängiges Leben führen und den Alltag bewältigen zu können
- Aufzeigen, Aufbauen, Erhalten und Stärken von eigenen und fremden Ressourcen
- aktive Förderung der Gesundheit
- Verbesserung der Lebensqualität
- Kostenreduzierung im Gesundheitswesen

**Merke:** Wichtiges Ziel einer Beratung ist der „informierte Patient“, bei Kindern die „informierten Eltern“, die autonom Entscheidungen treffen und ihr Leben und das ihrer Familie weitgehend selbstständig gestalten können.

Grundlegende Voraussetzungen für eine erfolgreich verlaufende Beratung sind

- Vertrauen, angemessene Kommunikation, Kompetenz,
- geeignete pädagogische Momente, Methoden sowie
- eine lernfördernde Atmosphäre.



**Abb. 1.3** Beratung als Problemlösungsprozess in fünf Schritten.

## 1.5 Kulturspezifische Pflege

**Definiton: Kulturspezifische Pflege** berücksichtigt die individuell unterschiedlichen kulturellen und religiösen Bedürfnisse eines Menschen. Eine Kultur beinhaltet gemeinsame Wertvorstellungen und Lebensweisen einer definierten Gruppe. Diese beeinflussen deren Haltungen und Handlungen im täglichen Leben.

Innerhalb des kulturspezifischen Pflegeprozesses sind deshalb zu berücksichtigen:

- Erfassung von kulturellen Bedürfnissen (Einschätzen des Pflegebedarfs und Evaluation/Auswertung der Pflegeergebnisse)
- Berücksichtigung der kulturellen Bedürfnisse in der Pflege (Planung und Durchführung der Pflege)

## 1.5.1 Aspekte der kulturspezifischen Pflege

### Familienstruktur

In islamischen Ländern wird es z. B. als Pflicht angesehen, kranke Freunde, Verwandte und Bekannte im Krankenhaus zu besuchen. Einschränkungen in der Besucherzahl können auf Unverständnis stoßen. In der Rollenverteilung innerhalb der Familie liegt die höchste Entscheidungsbefugnis beim Vater. Jüngere haben Ältere zu ehren und zu respektieren.

### Gesundheit und Krankheit

Bestimmte Körperbereiche und deren Erkrankungen können tabuisiert werden, was evtl. das frühzeitige Erkennen und die notwendige Behandlung verhindern bzw. verzögern kann. Ursachen für psychische Verhaltensauffälligkeiten, Behinderungen, Erkrankungen bzw. Unfälle können mit Magie und Religion in Verbindung gebracht werden. Die Gesundheitsversorgung variiert von Herkunftsland zu Herkunftsland. Daher kann das Verständnis für bestimmte Therapien, Prophylaxen oder Vorsorgeuntersuchungen fehlen.

## 1.5.2 „Sunrise-Modell“ („Sonnenaufgangsmodell“) nach Leininger

Das „Sunrise-Modell“ stellt die wechselseitigen Einflüsse zwischen dem Befinden, der kulturellen und sozialen Situation des Patienten und der Pflegeinterventionen dar (Abb. 1.4). Ziel der kulturellen Pflege ist eine „kulturkongruente Pflege“ (kulturübereinstimmende Pflege), die durch unterschiedliche Möglichkeiten die kulturellen Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt. Dies kann nach Madeleine M. Leininger (1998) erfolgen durch:

- „*Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge*“: vollständige Berücksichtigung der kulturellen Bedürfnisse in der Pflege.
- „*Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge*“: teilweise Berücksichtigung der kulturellen Bedürfnisse.
- „*Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge*“: vollständige Änderung der Lebensgewohnheiten des Patienten, wobei jedoch für den Patienten kulturell zu akzeptierende Lösungen gefunden werden müssen.

Die Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der kulturellen Bedürfnisse des Patienten ausgewählt. Hierbei setzt die Pflegeperson in der professionellen Pflege unterschiedliche Pflegesysteme ein, die von Leininger beschrieben werden als

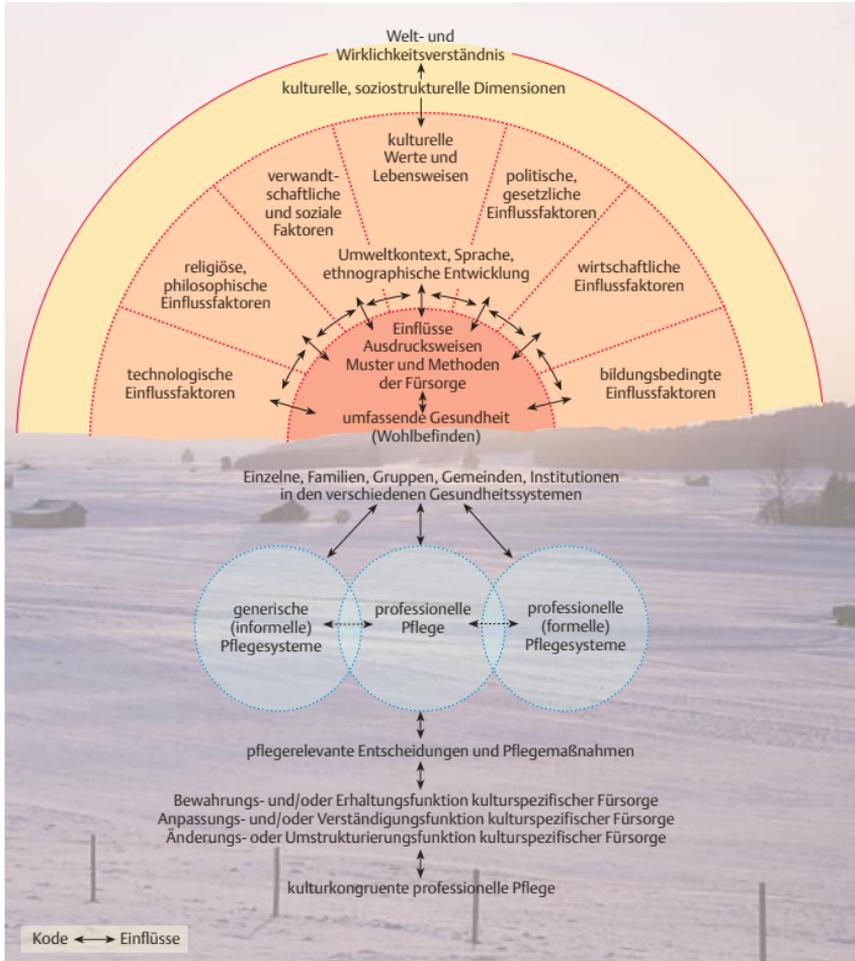
- „*generische (informelle) Pflegesysteme*“: laienhaftes, traditionelles Wissen, das in einer Kultur von Generation zu Generation weitergegeben wird,
- „*professionelle (formelle) Pflegesysteme*“: aufgrund beruflicher Qualifikation erworbenes Wissen.

Die professionelle Pflege verbindet beide Systeme: Die Pflegeperson wägt ab, welches System bei der Pflege für „*Einzelne, Familien, Gruppen, Gemeinden, Institutionen in den verschiedenen Gesundheitssystemen*“ wie eingesetzt werden soll.

Die Theorie von Leininger darf nicht ohne die notwendige Interaktion mit dem einzelnen Patienten und seinen Angehörigen gesehen und angewendet werden. So ist nicht nur die einzelne Kultur zu betrachten, sondern vielmehr der Mensch inklusive

seiner kulturell geprägten, speziellen Bedürfnissen zu sehen. Eine transkulturelle Pflege sollte daher bedeuten, das eigene Wissen um mögliche soziokulturelle Einflüsse zu erweitern. Dies ist dann in der konkreten Pflegesituation zu reflektieren und anzuwenden.

Abb. 1.4 Sunrise-Modell (Leininger, 1998).



### 1.5.3 Kulturspezifische und religiöse Besonderheiten der islamischen Lebensordnung

Am Beispiel der islamischen Lebensordnung folgen nun einige mögliche Besonderheiten bzw. Lebensgewohnheiten, die in den einzelnen Lebensaktivitäten für die betreffenden Personen wichtig sein könnten:

- **Kommunizieren:** Frauen können bei der Anwesenheit von Besuch vermehrt Schmerzen äußern, um die Aufmerksamkeit der Besucher zu erhalten. Dies geschieht, um Achtung durch die Familienmitglieder zu erhalten. Die Pflegenden sollte nach der Frau sehen und ihr Verhalten respektieren, d. h. nicht bewerten.

- **Sich sauber halten und kleiden:** Der Körperreinigung unter fließendem Wasser wird eine symbolische reinigende Wirkung zugesprochen. So können z. B. Waschungen von Händen, Füßen und Gesicht vor und nach den Mahlzeiten rituell vorgesehen sein. Bei der Durchführung von medizinischen Bädern sollte die Möglichkeit des vorherigen und anschließenden Abduschens gegeben sein. Reinigungsbäder hingegen werden i. d. R. abgelehnt. Der Frau wird nach dem Koran vorgeschrieben, in der Öffentlichkeit ihren Körper und die Haare zu verdecken.
- **Essen und trinken:** Nach islamischem Grundsatz ist der Genuss „ unreiner“ Speisen verboten, da die Reinheit des Körpers die Voraussetzung für die Reinhaltung der Seele ist. So ist z. B. der Genuss von Schweinefleisch, Blutwurst und Alkohol verboten. Zum Essen wird die rechte Hand genommen. Im Monat Ramadan (neunter Mondmonat) wird gefastet, d. h. von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang nicht gegessen, getrunken und geraucht. Kinder, ältere und kranke Menschen sind vom Fasten ausgenommen.
- **Ausscheiden:** Zur Wahrung der Intimsphäre sollten Mädchen nur von weiblichen Pflegenden und Jungen nach Möglichkeit nur von männlichen Pflegenden betreut werden. Nach der Ausscheidung ist es üblich, die Genitalregion mit klarem Wasser zu spülen. Das geschieht mit der linken Hand.
- **Mädchen oder Junge sein:** Aus hygienischen und moralischen Gründen ist die Beschneidung der Jungen als ein übliches Ritual bekannt. Beschneidung von Frauen ist im Koran nicht vorgesehen. Moslemische Mädchen und Frauen sollten von Ärztinnen untersucht werden, bzw. es sollte eine weibliche Pflegende anwesend sein. Die Rollen von Männern und Frauen sind klar definiert: Männer haben für den Unterhalt der Familie zu sorgen. Die Frau hat dagegen ihre Aufgabe in der Familie und unterliegt der Autorität des Mannes. Gesetzlich und gesellschaftlich untersagt ist Homosexualität. Erlaubt ist Empfängnisverhütung, Abtreibung dagegen nur bei strenger medizinischer Indikation der Mutter. „In-vitro-Fertilisation“ ist nur erlaubt, wenn die jeweilige Eizelle und das Spermium von dem betreffenden Ehepaar stammen. Die Geburt von mehreren Töchtern wird nicht geschätzt, da es für die Familie wegen des Unterhalts eine finanzielle Belastung darstellt.
- **Sterben/Sinn finden:** Es gibt fünf feste Gebetszeiten der Moslems. Diese sind vor Sonnenaufgang, mittags, nachmittags, nach Sonnenuntergang und nachts. Vor dem Gebet findet eine besondere Reinigung des Körpers statt. Das Gebet wird in Richtung Mekka durchgeführt und enthält feste Gebetstexte und Bewegungsabläufe. Neben dem bereits erwähnten Gebet und dem Fasten im Monat Ramadan gehört zu den fünf religiösen Grundsätzen das Glaubensbekenntnis, die Armensteuer und die Pilgerfahrt nach Mekka.



### 2.1 Qualitätsmanagement in der Pflege

#### 2.1.1 Pflegesysteme

**Definition: Pflegesysteme** beschreiben die „... Arbeitsorganisation für pflegerische Dienstleistungen, also die Bedarfseinschätzung, Planung, Koordination, Durchführung und Bewertung von Pflegeangeboten. Je nach Organisationsform orientieren sich Pflegesysteme stärker an den Betriebsabläufen der Institution (...) oder am Gesundungsprozess des Patienten (...)“ (Georg u. Frowein 2001).

Grundsätzlich liegen der pflegerischen Organisation zwei Denkansätze (Pflegeprinzipien) zugrunde:

- das funktionsorientierte Pflegeprinzip
- das ganzheitlich/patientenorientierte Pflegeprinzip

#### Funktionspflege

**Definition: Funktionspflege** wird auch als „funktionelle Pflege“ oder „Stationspflege“ bezeichnet. Hierbei werden (Pflege-)Handlungen am Patienten in einzelne Arbeitsschritte eingeteilt, die dann von den zuständigen Mitarbeitern je nach Qualifikation ausgeführt und umgesetzt werden.

Diese Arbeitsorganisationsform orientiert sich stärker an den Betriebsabläufen als an den Patienten. Die Funktionspflege ist eine tätigkeitsorientierte und streng arbeitsteilige Form der Arbeitsorganisation, wobei die Stationsleitung die Aufgaben und Verantwortung delegiert.

#### Vorteile

- relativ hohe Effektivität und Arbeitsbewältigung
- qualifikationsbezogene Aufgaben/Aufgabenverteilung

#### Nachteile

- Unterteilung in „höherwertige“ und „niedrige“ Aufgaben
- keine feste Bezugsperson für den Patienten, Informationen können leicht verloren gehen
- wenig Entfaltungsmöglichkeiten in den Tätigkeitsbereichen der Pflegenden
- fehlende Verantwortung der Pflegepersonen
- mangelhafter Informationsfluss und monotone Arbeitsabläufe
- Auftreten von Burnout-Symptomatik bei den Mitarbeitern
- Entfremdung im Team und bei den Patienten/Bewohnern
- fehlende Berücksichtigung von fachlichen Normen in der Berufsausübung
- Pflege wird zur Fließbandarbeit und der Patient/Bewohner verkommt zum neutralen Pflegeobjekt
- Ergebnis: Pflegenden werden zu funktionellen „Hilfsarbeitern“.

## Bereichspflege

2



**Definition: Bereichspflege:** Die Station wird in Einzelbereiche unterteilt, unabhängig von den Krankheitsbildern. Jedem Bereich wird ein Pflegeteam bzw. eine Pflegeperson zugeordnet, die Einteilung erfolgt durch die Stationsleitung. Formen der Bereichspflege sind die sog. Zimmerpflege (die Einteilung erfolgt nach Zimmern) oder die Gruppenpflege (bestimmte Patienten bilden eine Gruppe für die Pflegenden).

Das Pflegeteam plant alle Maßnahmen, Handlungen und Arbeitsschritte und legt fest, welches Teammitglied welche Aufgaben und Tätigkeiten übernimmt. Die Pflegenden sind für diesen Bereich verantwortlich und führen alle notwendigen Pflegetätigkeiten durch. Alle Beobachtungen und Dokumentationen werden gemeinsam besprochen.

### Vorteile

- Patientengruppe ist überschaubar, Patienten werden stärker wahrgenommen als in der Funktionspflege.
- Intensive Beziehung zwischen Patient/Angehörigem und Pflegeperson.
- Umfassender Informationsaustausch und geringe Gefahr von Informationsverlusten.
- Pflegenden haben mehr Handlungs- und Entscheidungsfreiraum und geringere Wegezeiten.

### Nachteile

- Das Pflegeteam eines Bereichs ist evtl. nicht ausreichend über Belange und Patienten eines anderen Bereichs auf seiner Station informiert.
- In der „Gruppenbildung“ kann die Kollegialität sowie Hilfsbereitschaft unter den Gruppen abnehmen.

## Bezugspflege



**Definition: Bezugspflege:** Zielsetzung ist die individuell ganzheitliche Betreuung des Patienten/Klienten/Bewohners. Sie wird mittels Bezugspflegepersonen umgesetzt. Es handelt sich um ein dezentral-egalitäres Organisationsprinzip, d. h. dass alle Bezugspflegerinnen gleichgestellt sind und niemand übergeordnete Tätigkeiten delegiert.

### Merkmale

- Jeder Patient/Bewohner wird *einer* Bezugspflegeperson zugeordnet, die für alle pflegerischen Belange von der Aufnahme bis zur Entlassung/zum Tod im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen entscheidungsbefugt und für die Planung der Pflege verantwortlich ist.
- Sie ist für diesen bestimmten Patienten/Bewohner zuständig und kann diese Zuständigkeit nicht von sich weisen; sie ist verpflichtet, sich allen pflegerrelevanten Problemen anzunehmen und die entsprechenden Schritte zu planen und einzuleiten; eine Delegation für unterstützende Handlungen ist jedoch möglich.
- Alle anderen Pflegenden sind ihr bezüglich dieses Patienten/Bewohners rechen-schaftspflichtig, keine andere Pflegenden darf ohne ihre Einwilligung die Pflegeplanung oder -maßnahmen ändern.
- Die Planung und Evaluation der Pflege obliegt der Bezugspflegeperson, die Durchführung der Pflege auch anderen Pflegepersonen – jedoch nur dann, wenn die Bezugspflegeperson nicht anwesend ist.

## 2 Pflegemanagement, Recht und Ökonomie

- In Abwesenheit der Bezugspflegeperson orientieren sich die Mitarbeiter an deren Anweisungen/Pflegeplanung.

### Vorteile und Nachteile

- Eine feste Bezugspflegekraft schafft Vertrauen für den Patienten.
- Die Bezugspflegeperson kann eine sinnvolle Ablauforganisation der Tätigkeiten umsetzen.
- Sie besitzt Eigenverantwortung und Gestaltungsspielraum.
- Ihre umfassende Zuständigkeit erfordert Verantwortungsgefühl und umfangreiches Wissen über den einzelnen Patienten.
- Nachteil: Bei Konflikten und Konfrontationen gibt es kaum Ausweichmöglichkeiten.

### Primary Nursing



**Definition: Primary Nursing (PN)** gilt als Sonderform der Bezugspflege. Es ist eine Organisationsform der Pflege, die (nach Manthey 1980) dazu dient,

1. die Rund-um-die-Uhr-Verantwortung für die Versorgung eines Patienten einer bestimmten Pflegenden zu übertragen **und**
2. dass diese Pflegenden, wenn immer möglich, auch tatsächlich die Pflege des Patienten übernimmt.

### Zielsetzungen

- PN verfolgt eine individuelle, umfassende und kontinuierliche Pflege.
- Eindeutige Zuständigkeit, Verantwortung und Rechenschaft verleihen der Pflegenden eine größtmögliche Autonomie.
- Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse werden durch intraprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation sowie direkte, klare Kommunikationswege optimiert (Schippers 2007).
- Die Primary Nurse erhält eine umfassende Verantwortung für die Pflege eines Patienten. Voraussetzung ist, dass ihre Zuständigkeiten in ihrer Stellenbeschreibung schriftlich fixiert und formal festgelegt sind.

### Aufgaben

- praktische Anwendung des Pflegeprozesses, pflegerische Anamnese,
- Pflegeplanung und Durchführung der Pflege inkl. Evaluation,
- Schlüsselperson für die patientenbezogene Kommunikation,
- Beziehungsgestaltung, Kontaktpflege mit Angehörigen/Bezugspersonen,
- Entlassungsmanagement für den entsprechenden Patienten,
- ggf. Erstellung/Überprüfung von Pflegediagnosen.

## 2.1.2 Pflegeprozess



**Definition:** „Der **Pflegeprozess** ist die systematische Anwendung einer problemlösenden Methode, die sich mit den physischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen der Einzelperson, Familien oder der Gesellschaft befasst, im Gegensatz zur traditionellen Vorgehensweise, wobei bestimmte Pflegebedürfnisse angenommen/vorausgesetzt werden. (...) Auf diese Weise entwickelt sich die Krankenpflege zu einem dynamischen Prozess, der zur Anpassung und Verbesserung führt.“ (WHO, 1987)

### Schritt 1 – Einschätzen des Pflegebedarfs/Pflegeanamnese

In der **Pflegeanamnese** oder Informationssammlung werden die aktuellen Ressourcen, Bedürfnisse, Gewohnheiten und Einschränkungen erfasst. Die Pflegenden ermitteln objektive oder subjektive Daten direkt (vom Kind) oder indirekt (von den Eltern oder anderen Bezugspersonen). Weitere Quellen können Patientendokumente sein. Messwerte werden als objektive Daten bezeichnet (z.B. Vitalparameter). Empfindungen des Patienten sind subjektive Daten, z.B. die Intensität und Qualität des Schmerzes (S. 483). Die Informationssammlung legt die Basis für die Definition der Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen sowie für die Festsetzung der Pflegeziele.

### Schritt 2 – Planung der Pflege

**Merke:** Die Miteinbeziehung des Kindes in die Pflege erfolgt entsprechend seiner Entwicklung und seinen Fähigkeiten. Dadurch sollen Ressourcen erhalten bzw. gefördert und einer Regression vorgebeugt werden.

Die schriftlich fixierte **Pflegeplanung** erleichtert die kontinuierliche Umsetzung und Überprüfung der Pflegequalität. Die Pflegeplanung besteht aus vier Teilen:

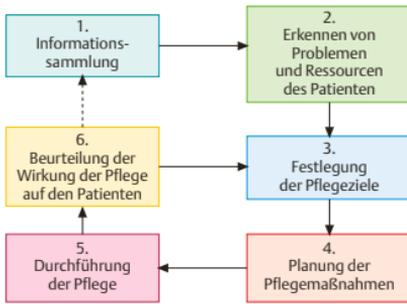
- **Ressourcen** sind individuelle Hilfsquellen im physischen, psychischen, geistigen und sozialen Bereich des Menschen. Sie beeinflussen den Genesungsprozess positiv.
- **Pflegeprobleme** sind physische, psychische, geistige und soziale Beeinträchtigungen in der Lebenssituation eines Menschen. Pflegeprobleme werden so konkret wie möglich beschrieben; die Ursache wird ergänzt, um Ziele und Maßnahmen so konkret wie möglich darauf abstimmen zu können, z.B. „Lisa hat Angst, weil sie eine andere Sprache spricht und nichts versteht.“
- **Pflegeziele** sind die Ziele, die durch die Pflege in Bezug auf die Erfüllung der Bedürfnisse und Akzeptanz, Linderung oder Beseitigung von Einschränkungen eines Menschen angestrebt werden. Sie gelten als Indikator für die Effektivität der Pflege. Auch hier sollte konkret formuliert werden: „Gewichtszunahme von 100g pro Woche“.
- **Pflegemaßnahmen** sind die Maßnahmen, die von der Pflegeperson übernommen werden, um die geplanten Pflegeziele zu erreichen. Pflegemaßnahmen werden auch als Pflegeinterventionen bezeichnet. Sie beinhalten eine vollständige oder teilweise Unterstützung in den Lebensaktivitäten.

### Schritt 3 – Durchführung der Pflege

Die Pflegeplanung dient als Grundlage für die Durchführung der Pflege. Sie ist notwendig, damit eine einheitliche Vorgehensweise in der Pflege des Menschen eingehalten und das Pflegeziel erreicht werden kann. Während der Durchführung beobachtet die Pflegenden, ob Veränderungen durch die pflegerische Intervention eintreten. Der Pflegebericht dient in diesem Zusammenhang dazu, Beobachtungen und zusätzliche außerplanmäßig durchgeführte Pflegemaßnahmen zu dokumentieren, um diese nachweisen und die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüfen zu können.

### Schritt 4 – Evaluierung der Pflege

Die Auswirkungen der pflegerischen Maßnahmen auf das Kind werden überprüft. Der Pflegeverlauf und die Wirkung der Pflege, sowie die Veränderungen in der Situation des Kindes werden deutlich. Pflegenden vergleichen die Fortschritte des Kindes mit den angestrebten Zielen und ermitteln, welche Bedürfnisse des Kindes erfüllt sind bzw. welche in der Planung neu überdacht werden müssen. Abhängig von der Ursache für das Nichterreichen eines Pflegeziels, muss eine Neuanpassung innerhalb der Pflegeplanung stattfinden.



**Abb. 2.1** Der Regelkreis des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier (1992) verläuft in sechs Regelschritten.

### Pflegediagnosen und Gesundheitsdiagnosen

Pflegediagnosen sind vorgegebene Formulierungen zur Problemdefinition. Damit können sie anstelle der Pflegeprobleme in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Pflegenden haben dadurch eine einheitliche Begrifflichkeit.



**Definition:** „Eine **Pflegediagnose** ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess.“ (Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung – NANDA, 1990)

#### Formen von Pflegediagnosen.

- **Aktuelle Pflegediagnosen:** Sie beschreiben die bestehenden Gesundheitsprobleme eines Menschen, deren Kennzeichen und ätiologische Faktoren (z. B. „unterbrochenes Stillen“).
- **Verdachts-Pflegediagnosen:** Werden Gesundheitsprobleme vermutet, können aktuelle Pflegediagnosen mit dem Zusatz „Verdacht auf (...)“ formuliert werden. Sie enthalten dann die ätiologischen Faktoren, die den Rückschluss auf die Verdachtsdiagnose zulassen.
- **Hochrisiko- oder Gefährdungspflegediagnosen:** Sie zeigen Risikofaktoren für die Entstehung eines Gesundheitsproblems.
- **Syndrom-Pflegediagnosen:** Komplexe Problemsituationen mit mehreren aktuellen oder Risiko-Pflegediagnosen sind in den Syndrom-Pflegediagnosen beschrieben.
- **Gesundheitsdiagnose:** Sie enthalten als Kennzeichen Ressourcen des Menschen, die er zur Erhaltung der Gesundheit bzw. Steigerung des Wohlbefindens einsetzen kann.



**Merke:** Pflegediagnosen unterscheiden sich von medizinischen Diagnosen. Letztere beziehen sich auf Krankheiten oder Störungen von Organen. Hingegen ist bei den Pflegediagnosen das Verhalten auf aktuelle oder potenzielle Störungen der Gesundheit oder Veränderungen der Lebenssituation Ausgangslage für die Auswahl der notwendigen Pflegemaßnahmen.

### 2.1.3 (Pflege-)Dokumentation

Arzt und Pflegepersonal sind zur Dokumentation ihrer Tätigkeiten verpflichtet. Diese Pflicht ergibt sich zum einen aus dem Krankenhausaufnahmevertrag, aber auch aufgrund einer tatsächlichen Übernahme und Durchführung der Behandlung. Für die Pflegenden kann sich zusätzlich die Pflicht zur Dokumentation aus dem Arbeitsvertrag bzw. aus der zulässigen arbeitsrechtlichen Weisung ergeben.

**Dokumentationszweck.**

- Sicherung der Therapie
- Beweissicherung und Rechenschaftspflicht
- Absicherung der ausführenden Person
- Information des Patienten

**Qualitätsmerkmale einer Dokumentation**

- **Systematisch und lückenlos.** In der Dokumentation werden die im Pflegeprozess geplanten und durchgeführten Maßnahmen, weitere Beobachtungen, Besonderheiten und Veränderungen lückenlos schriftlich fixiert. Alle Handlungen, Entwicklungen und Beobachtungen sollen so beschrieben und dokumentiert sein, dass die erbrachte Versorgung und alle Vorgänge transparent werden, um Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und die gesetzlichen Normen des Leistungsnachweises zu erfüllen.
- **Übersichtlich und linear.** Ein Dokumentationssystem, das sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert, strukturiert die Dokumentation übersichtlich und linear und macht den Versorgungsverlauf deutlich. Es gilt als Nachweis der professionellen, systematisch geplanten und durchgeführten, aktuell und individuell auf den Pflegebedürftigen bezogenen Pflege.
- **Zeitnah und individuell.** Die Dokumentation erfolgt zeitnah zum aufgetretenen Ereignis und ist individuell für jeden Pflegebedürftigen. Jeder Patient/Kunde/Bewohner hat eine eigene Dokumentationsmappe (handschriftlich oder EDV-gestützt), in der alle Anamnesen, Diagnosen, Operationen, Untersuchungen, Therapien, Leistungsnachweise, Pflegeplanungen, -berichte usw. zusammengefügt sind.
- **Objektiv und professionell formuliert.** Die Dokumentation sollte professionell erfolgen, unter Anwendung pflegerisch und medizinisch definierter Begriffe. Dabei sollen die Formulierungen auf den Pflegebedürftigen bezogen sein (wertfrei und objektiv), eindeutig, transparent und überprüfbar.
- **Überprüfbar und qualitätssichernd.** Alle beschriebenen und vorgestellten Elemente der Dokumentationsakte müssen jeweils zeitnah schriftlich niedergelegt werden und immer mit Datum, ggf. Uhrzeit, und Handzeichen des Durchführenden abgezeichnet werden. Aus der Dokumentation lassen sich Daten für Erhebungen, Statistiken und Informationen für das Qualitätsmanagement ableiten.
- **Sichert die kontinuierliche interdisziplinäre Pflege.** Die systematische und lückenlose Dokumentation soll die Sicherung und Kontinuität der Pflegeorganisation gewährleisten sowie eine übersichtliche und vollständige Verlaufsdarstellung der Betreuung des Pflegebedürftigen bieten.

**Basisformulare der Pflegedokumentation**

Der Aufbau des Dokumentationssystems konzentriert sich im Wesentlichen auf folgende Formulare, die alle für die Pflege notwendigen Informationen aus dem Pflegeprozess erfassen:

- Stammblatt und Formular zur Informationssammlung
- Pflegeplanung, Durchführungsnachweis und Pflegebericht

**Weitere Formulare**

Dem Dokumentationssystem können bei Bedarf weitere Formulare zugefügt werden:

- Vitalzeichen-, Blutzucker- und Gewichtskontrollen
- Ernährungs-/Flüssigkeitsbilanzierung und Lagerungs-/Mobilisationsplan
- ärztliche Verordnungen (Medikamente, Infusionen)
- Risikoerfassung (z. B. Bradenskala)

- Wunddokumentation/-verlaufsbögen und Überleitungsbögen (bei Verlegungen, Schnittstellenmanagement)
- Erfassungsbögen zur Therapie, Besonderheiten, Betreuungen (Ergotherapie, Aktivitäten)

2

**Merke:** Juristisch gesehen gelten nur die Tätigkeiten als tatsächlich verrichtet, die auch dokumentiert sind. Durch die Unterschrift bzw. das Handzeichen der einzelnen Pflegeperson versichert diese die Ausführung der Pflegemaßnahme bzw. die Beobachtung. Es dürfen keine Angaben ausradiert, überklebt oder unleserlich gemacht werden. Dieses ist Dokumentenfälschung! Lediglich das Durchstreichen von falschen Angaben ist erlaubt, aber so, dass sie noch lesbar sind.

### 2.1.4 (Pflege-)Standards

**Definition:** Ein **Standard** ist ein professionell abgestimmtes Leistungs-niveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung entspricht. Es ist beobachtbar, erreichbar, messbar und wünschenswert. Einen Standard betrachtet man als Werkzeug der Pflegekräfte bei der Beurteilung des für den Patienten oder Klienten Geleisteten (WHO 1987). Demnach beschreibt ein Standard die nach derzeitigem wissenschaftlichen Stand bestmögliche Lösung eines Problems.

#### Zielsetzungen

- einheitliche Durchführung von Pfl egetätigkeiten
- Handlungsabläufe, die alle Pflegenden gleichartig anwenden
- (Leistungs-)Transparenz der Pflege
- Vereinfachung/Vereinheitlichung der Dokumentation
- Hinterfragen alter Vorgehensweisen
- Offenlegen und Optimieren von Schnittstellen
- Abstimmung von Theorie und Praxis

#### Ebenen der Standards.

- Expertenstandards (national)
- Standards auf Organisationsebene
- interne Standards (innerhalb einer Einrichtung, z.B. Pflegestandards)

#### Expertenstandards

Momentan liegen Expertenstandards mit den Thematiken chronische Wunden, Dekubitusprophylaxe (S. 167), Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung, Schmerzmanagement und Entlassungsmanagement vor. Experten nationaler Pflegeorganisationen und pflegewissenschaftlicher Fachbereiche haben diese Werke auf Basis fundierter Untersuchungen entwickelt und arbeiten derzeit an weiteren Themenbereichen.

#### Standards auf Organisationsebene

Standards auf Organisationsebene sind Richtlinienstandards, die allgemeine Aussagen über Management, Organisation oder Qualifikation enthalten. Sie gelten z.B. einrichtungsübergreifend in einem Klinikverbund.

### Interne Standards (Pflegestandards)

Praxis-Standards oder Pflegestandards sind handlungsorientiert und legen bestimmte Abläufe allgemeingültig und individuell für die Einrichtung bzw. die Abteilung/Station/den Bereich fest. Sie sind konkret formuliert und beinhalten Thema, Zweck, Hinweise, Material und Durchführung einer Pflegehandlung. Zudem ordnen sie jeder Handlung bzw. Tätigkeit die notwendige Qualifikation des Durchführenden (z. B. „examierte Pflegekraft“) zu.

Trotz dieser standardisierten Handlungsanweisung und Vorgehensweise muss die Individualität des Patienten berücksichtigt werden (z.B. bei der Ganzkörperwaschung seine eigenen Pflegeutensilien verwenden und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten berücksichtigen).

### Aufbau und Inhalte der Pflegestandards

- Thema und Problembeschreibung
- Zielsetzung, angestrebtes Qualitätsniveau
- Strukturkriterien:
  - Rahmenbedingungen, die zur Durchführung der Pflegeleistungen erforderlich sind
  - Qualifikation der Pflegeperson (Wissensstand, Aus-, Fort- und Weiterbildung)
  - notwendiges (Pflege-)Material, Räumlichkeiten
- Prozesskriterien:
  - Art und Umfang der Pflege (auf Grundlage des angewandten pflegetheoretischen Modells)
  - Beschreibung der Tätigkeiten, Handlungsanweisungen
  - Maßnahmen zur Erreichung der Ziele
- Ergebniskriterien:
  - Resultat der durchgeführten Leistungen
- Datum der Erstellung, Geltungsdatum und -zeitraum, Urheber, Literaturangaben

**Merke:** Pflegestandards dienen der **Qualitätsplanung**, da sie pflegerische Werte, Normen und Ziele beinhalten. Sie dienen auch der **Qualitätsprüfung**, da sie aufgrund der detaillierten Beschreibung eine Beurteilung der pflegerischen Leistung ermöglichen und die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen nachweisbar machen. Weiterhin dienen sie der **Qualitätslenkung**, da sie zur Anleitung und Handlungsvorgabe eingesetzt werden.

**Tab. 2.1** Standardpflegeplan nach pflegerischer Diagnose am Beispiel trockene Mundschleimhaut bei einem Kleinkind (kein Anspruch auf Vollständigkeit).

Pflegeprobleme	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen
Spannungsgefühl und unangenehmer Geschmack im Mund Ressourcen: kann den Mund ausspülen	Wohlbefinden durch nachlassendes Spannungsgefühl und angenehmen Geschmack	4-mal tgl. Mund mit Kamillentee ausspülen
Gefahr der Entstehung von Verletzungen der Mundschleimhaut	intakte feuchte Mundschleimhaut	Mundschleimhaut inspizieren 4-mal tgl. Mundpinseln mit den für das Kind angeordneten Tinkturen

### 2.1.5 Mitarbeiterqualifikation

Lernen beschränkt sich nicht nur auf die Schulzeit. Um die eigene Arbeitsqualität und die Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen, ist lebenslanges Lernen nötig. Pflegende haben verschiedene Quellen für den Wissenserwerb.

2

### Weiterbildung und Studium

Nach der Grundausbildung können Pflegende an **Weiterbildungen** mit staatlicher Anerkennung teilnehmen. Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es z.B. für:

- Intensivpflege und Anästhesie, pädiatrische Intensivpflege
- Onkologie, Hygiene, Nephrologie, Psychiatrie
- Rehabilitation, ambulante Pflege, operative Funktionsbereiche
- Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen
- Diabetesberater, Enterostomatherapeut, Palliative Care
- Pflegeexperte Schmerzmanagement
- Pflegegutachter, Pflegeüberleitung, Praxisanleiter
- Public Health/Gesundheitsberatung
- Qualitätsbeauftragter im Gesundheitswesen und in sozialen Einrichtungen
- Still- und Laktationsberater

Zudem gibt es **Studiengänge** in den Bereichen der Pflege bzw. dem Gesundheitswesen, z.B. Pädagogik, Management, Wissenschaft.

### Lernformen und -mittel

- E-Learning: Lernen wird elektronisch unterstützt, z.B. durch die Präsentation von Lernmaterialien über digitale Medien. Voraussetzung: Internetzugang.
- Blended-Learning: Kombination aus Wissenserwerb über E-Learning mit Präsenzveranstaltungen zum persönlichen Austausch.
- Arbeiten mit Fachliteratur und Internet: Regelmäßiges Studium der gedruckten Fachliteratur ist empfehlenswert. Für den Gesundheitsbereich gibt es zudem viele Datenbanken im Internet, in denen Recherchen möglich sind – zum Beispiel **www.dimdi.de** (DIMDI=Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information). Eine englischsprachige kostenlose Datenbank ist **PubMed**.

## 2.2 Pflegerecht und Ökonomie

### 2.2.1 Grundrechte der Bundesrepublik Deutschland

Die Grundrechte der Bundesrepublik Deutschland sind im Grundgesetz in Artikel 1 – 19 festgelegt. (Tab. 2.2) Sie beinhalten seit der Verabschiedung im Jahre 1949 die Menschenrechte der Bevölkerung gegenüber dem Staat. Artikel 1 ist als Grundlage für alle weiteren Artikel zu sehen: *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“.*

### 2.2.2 Strafrecht

Das Strafrecht gibt dem Staat Zwangsmittel zur Hand, mit deren Hilfe er wichtige Rechtsgüter schützen kann, die für das Leben des Einzelnen und das Zusammenleben der Menschen unabdingbar sind. Strafrechtliche Tatbestände sind im Strafgesetzbuch (StGB), aber auch in zahlreichen anderen Gesetzen geregelt.

### Straftat

Eine Straftat liegt dann vor, wenn:

- die durch ein Strafgesetz beschriebene Verhaltensweise verwirklicht wird (Tatbestand),

- keine Gründe vorliegen, die das Verhalten im konkreten Fall ausnahmsweise rechtfertigen (Rechtswidrigkeit),
- die Tat dem Täter im konkreten Fall auch persönlich vorgeworfen werden kann (Schuld).

**Tab. 2.2** Grundrechte der Bundesrepublik Deutschland (aus dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949).

Artikel	Inhalt
Artikel 1	Menschenwürde, Rechtsverbindlichkeit der Grundrechte
Artikel 2	Freiheit der Person
Artikel 3	Gleichheit vor dem Gesetz
Artikel 4	Glaubens- und Gewissensfreiheit
Artikel 5	Freiheit der Meinungsäußerung, Freiheit von Kunst, Wissenschaft und Lehre
Artikel 6	Ehe und Familie
Artikel 7	Schulwesen
Artikel 8	Versammlungsfreiheit
Artikel 9	Vereins- und Koalitionsfreiheit
Artikel 10	Brief- und Postgeheimnis
Artikel 11	Freizügigkeit
Artikel 12	freie Berufswahl
Artikel 12 a	Dienstpflicht
Artikel 13	Unverletzlichkeit der Wohnung
Artikel 14	Gewährleistung des Eigentums
Artikel 15	Überführung in Gemeineigentum
Artikel 16	Staatsangehörigkeit, Auslieferung, Asylrecht
Artikel 17	Petitionsrecht
Artikel 17 a	Einschränkung der Grundrechte im Wehrdienst
Artikel 18	Verwirkung von Grundrechten
Artikel 19	Einschränkung der Grundrechte, Gewährleistung des Rechtsweges

**Merke:** Strafbar handelt, wer Täter oder Mittäter ist, die Straftat also selbst oder gemeinsam mit anderen begeht. Strafbar handelt auch, wer Beihilfe zur Tat leistet, die Straftat also in irgendeiner Weise fördert, und auch, wer Anstifter ist, d.h. einen Dritten zur Begehung der Tat verleitet.

### Vorsatz und Fahrlässigkeit

**Merke:** Strafbar ist stets die vorsätzliche Tat, fahrlässiges Handeln nur dann, wenn dies im Gesetz ausdrücklich vermerkt ist. Vorsätzlich handelt, wer mit Wissen und Wollen die Tat begeht.

Fahrlässig handelt, wer nicht so sorgfältig handelt, wie er nach den Umständen hätte handeln müssen und nach seinen persönlichen Fähigkeiten auch hätte handeln können. Dies kann geschehen durch:

- Täter bedenkt nicht, welche Folgen sein sorgfaltswidriges Handeln haben kann (unbewusste Fahrlässigkeit).
- Täter erkennt die möglichen Folgen seines pflichtwidrigen Handelns, vertraut aber darauf, dass diese nicht eintreten (bewusste Fahrlässigkeit).

### 2 Vollendung oder Versuch

- Die Vollendung einer Straftat ist stets strafbar.
- Versuchte Straftaten sind strafbar, wenn es sich um ein Verbrechen handelt. Verbrechen sind rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bedroht sind.
- Vergehen sind rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit einer Freiheitsstrafe von unter einem Jahr oder mit Geldstrafe bedroht sind.
- Versuchte Vergehen sind nur strafbar, wenn dies ausdrücklich gesetzlich bestimmt ist.

### Rechtfertigungsgründe

**Merke:** Wer eine Tat begeht, die im Gesetz mit Strafe bedroht ist, geht dennoch straffrei aus, wenn seine Tat im konkreten Fall gerechtfertigt ist und daher vom Gesetz gebilligt wird.

Rechtfertigungsgründe sind:

#### Einwilligung

**Merke:** Ärztliche Eingriffe und pflegerische Maßnahmen stellen tatbestandsmäßig eine Körperverletzung (S. 34) dar. Eine Einwilligung in die tatbestandsmäßige Handlung (Körperverletzung) ist rechtswirksam, wenn der Einwilligende über das Rechtsgut, in das eingegriffen werden soll, verfügen darf. Der Einwilligende muss zudem fähig sein, die Folgen der Einwilligung oder deren Verweigerung zu erkennen. Pflegerische und ärztliche Handlungen, die tatbestandsmäßig eine Körperverletzung darstellen, bleiben trotz Einwilligung rechtswidrig, wenn sie gegen die guten Sitten verstoßen. Die Einwilligung muss stets vor der tatbestandsmäßigen Handlung erfolgen.

Die Einsichtsfähigkeit des Patienten ist unabhängig von dessen Alter zu prüfen. Jugendliche und auch Kinder sind selbst zur Erteilung der Einwilligung berechtigt, wenn sie in der Lage sind, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Behandlung oder auch die Folgen eines Unterlassens der Behandlung zu verstehen.

**Merke:** Für Kinder unter 12 Jahren ist davon auszugehen, dass diese noch nicht in der Lage sind, eine eigenständige Entscheidung zu treffen und daher eine rechtswirksame Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff nicht erteilen können. Ab einem Alter von 12 Jahren ist der Minderjährige jedoch in die Entscheidung über die Einwilligung mit einzubeziehen.

- Dem Kind sind die Bedeutung und Folgen einer Behandlung in altersgerechter Sprache zu erklären.
- Erteilen die Eltern ihre Einwilligung, jedoch nicht der Minderjährige, dann darf die Behandlung nicht durchgeführt werden, wenn der Arzt der Überzeugung ist, dass der Minderjährige zu einer verständigen Beurteilung der Situation in der Lage ist.

- Lehnen die Eltern eine Behandlung ab, aber nicht der Minderjährige, darf der Arzt in gerechtfertigter Weise behandeln.
- Wenn Zweifel an der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen bestehen, hat der Arzt die Möglichkeit, das Familiengericht anzurufen.
- Der Arzt ruft das Familiengericht auch an, wenn die Eltern des nicht einsichtsfähigen Kindes ihre Einwilligung für das Kind verweigern oder sich in ihrer Entscheidung nicht einig sind.
- Volljährige Personen können für den Fall, dass sie einwilligungsunfähig werden, einer Person ihres Vertrauens eine Vorsorgevollmacht erteilen.
- Für volljährige Personen, die nicht einwilligungsfähig sind und keine Vorsorgevollmacht erteilt haben, ist vom Vormundschaftsgericht ein Betreuer zu bestellen.

### Mutmaßliche Einwilligung

Aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung handelt gerechtfertigt, wer eine Handlung im Interesse des Betroffenen vornimmt und dabei davon ausgehen darf, dass dieser vermutlich einwilligen würde, aber nicht rechtzeitig einwilligen kann – Beispiel ist, wenn ein Patient bewusstlos in eine Klinik eingewiesen wird und umgehend medizinische Intervention nötig ist.

### Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen Gefahr für Leib oder Leben eine Tat begeht, um diese Gefahr abzuwenden, handelt gerechtfertigt, wenn das geschützte Interesse das beeinträchtigte Interesse wesentlich überwiegt – Beispiel ist, wenn eine Pflegende eine arterielle Spritzblutung mit einem zerrissenen Bettlaken (Eigentum der Klinik) abbindet.

### Notwehr/Nothilfe

Gerechtfertigt ist auch eine Verteidigungshandlung, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff auf die eigene Person (Notwehr) oder eine andere (Nothilfe) abzuwehren. Gegenüber offensichtlich schuldunfähigen Personen (Kindern, Betrunkenen) kann geboten sein, auf Abwehr zu verzichten, d.h. auszuweichen. Ist das nicht möglich, darf der Angegriffene Verteidigungsmaßnahmen ergreifen, die geeignet sind, den Angriff zu beenden.

**Merke:** Niemand, auch nicht das Pflegepersonal in Krankenhäusern, muss das Risiko einer eigenen Verletzung in Kauf nehmen.

### Schuldfähigkeit

Eine rechtswidrige Tat kann nur bestraft werden, wenn dem Täter die Tat auch persönlich vorgeworfen werden kann. Kinder unter 14 Jahren sind nicht schuldfähig und können nicht bestraft werden. Bei schweren Straftaten besteht jedoch die Möglichkeit, dass das Jugendamt ein solches Kind aus seiner Familie heraus in seine Obhut nimmt. Ohne Schuld handelt auch, wer bei Begehung der Tat unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (§ 20 StGB), z. B. bei

- krankhafter seelischer Störung,
- tiefgreifender Bewusstseinsstörung,
- angeborener Intelligenzschwäche,
- Psychopathien, Neurosen und Triebstörungen.

Wer schuldfähig ist, kann dennoch entschuldigt handeln, wenn ihm die Tat nicht zum Vorwurf gemacht werden kann.

### Straftatbestände

Ausgewählte Strafvorschriften, mit denen Pflegende in Berührung kommen können.

2

### Körperverletzung

Körperliche Misshandlung oder Schädigung der Gesundheit eines anderen. Dazu gehören auch ärztliche und pflegerische Intervention. Ob diese Körperverletzungen strafwürdig sind, bestimmt sich danach, ob ein allgemeiner Rechtfertigungsgrund oder auch ein Entschuldigungsgrund besteht. (S. 32.)

### Misshandlung von Schutzbefohlenen

Wer eine Person unter 18 Jahren oder eine Person, die wehrlos ist und die seiner Obhut untersteht, quält oder roh misshandelt, oder die Sorgspflicht vernachlässigt oder ihre Gesundheit schädigt, macht sich strafbar – das gilt für körperliche und seelische Misshandlung. Pflegende haben eine besondere Sorgfaltspflicht für ihre Patienten. Sie sind verpflichtet, alle ihnen zustehenden Mittel zu nutzen, um pflegerische Missstände zu beheben. Offensichtliche Fehler müssen sie bekannt machen, um sich nicht dem Vorwurf der Misshandlung von Schutzbefohlenen auszusetzen.

### Aussetzung

Wer einen Menschen in eine hilflose Lage versetzt oder in einer hilflosen Lage im Stich lässt, obwohl er ihn in seiner Obhut hat, und ihn dadurch der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung aussetzt, macht sich der Aussetzung strafbar.

### Nötigung

Wer durch rechtswidrige Gewaltanwendung oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel einen anderen zu einem bestimmten Verhalten zwingt und so die Willensfreiheit des Genötigten verletzt, nötigt ihn.

### Freiheitsberaubung

Geschütztes Rechtsgut ist die persönliche Bewegungsfreiheit eines Menschen. Eine Freiheitsberaubung begeht, wer einen anderen Menschen einsperrt oder auf andere Weise seiner Freiheit beraubt. Das gilt auch dann, wenn nur vorübergehend die Möglichkeit genommen wird, sich frei zu bewegen: Einsperren, Fixieren, Abschließen von Ausgängen gehören dazu. Ebenso eine Drohung und das Verabreichen von Sedativa. Erlaubt ist Freiheitsberaubung nur, wenn eine wirksame Einwilligung oder ein sonstiger Rechtfertigungsgrund vorliegt. (S. 32.)

### Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung



**Definition:** „Sexueller Missbrauch von Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter (die Täterin) nutzt seine (ihre) Machtposition aus, um seine (ihre) eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“ (Suer 1998)

Wegen sexuellen Missbrauchs strafbar ist auch derjenige, der einen Patienten des Krankenhauses dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung der Krankheit, Hilfsbedürftigkeit oder der körperlichen, geistigen oder seelischen Widerstandsunfähigkeit sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von dem Patienten vornehmen lässt.

## Verletzung von Privatgeheimnissen

**Definition:** Die **Schweigepflicht** verletzt, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, insbesondere ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm anvertraut oder sonst bekannt geworden ist (§ 203 StGB).

Die Schweigepflicht erstreckt sich auf sämtliche persönlichen, medizinischen und wirtschaftlichen Daten des Patienten. Sie besteht nach dem Tod weiter.

Pflegende sind von der Schweigepflicht entbunden, wenn

- sie zum Kreis der „Berufenen“ gehören, mit an der Behandlung eines Patienten befasst sind,
- das Gesetz es vorschreibt, z.B. Personenstandsgesetz (Meldepflicht der Geburt). Auch andere Gesetze enthalten Meldepflichten (z.B. Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz und Röntgenverordnung,
- ein schweres Verbrechen (z.B. Mord, Raub, Geiselnahme) verhindert werden kann. Es besteht sogar Meldepflicht,
- ein allgemeiner Rechtfertigungsgrund besteht (S. 32), z.B. bei Verdacht auf Miss-handlung eines Patienten ,
- bei Anschuldigungen oder Schadensersatzansprüchen von Patienten.

**Merke:** Einwilligungsfähige Kinder und Jugendliche (S. 32) sind vor der Erteilung einer Auskunft an Eltern oder auch an dritte Personen zu befragen, ob sie damit einverstanden sind.

## Datenschutzgesetze

Alle personenbezogenen Daten der Patienten sind durch die Datenschutzgesetze geschützt. Die Gesetze gelten für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten. Jedem Betroffenen ist auf Antrag über die zu seiner Person gespeicherten Daten und den Zweck der Speicherung Auskunft zu erteilen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten und deren Nutzung sind nur zulässig, wenn

- dies durch das Gesetz ausdrücklich erlaubt ist,
- wenn der Betroffene eingewilligt hat.

## Strafbare Handlungen durch Unterlassen

Eine Straftat kann durch „Nichtstun“, d.h. durch Unterlassen einer an sich gebotenen Handlung, begangen werden. Dazu gehören

- **unterlassene Hilfeleistung:** bei Gefahr oder Not wird keine Hilfe geleistet,
- **unechte Unterlassungsdelikte:** Nichthandeln bei konkreter Gefahr, obwohl eine besondere Verantwortung für eine Person oder Sache besteht.

## 2.2.3 Zivilrecht

Es beinhaltet verschiedene Rechtsgebiete, wesentliche Teile sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zusammengefasst.

**Merke:** Die **Pflegedokumentation** hat bei zivilrechtlichen Haftungsfragen eine besondere Bedeutung. Im Zivilprozess, so auch im Haftungsprozess wegen Pflegefehlern, muss grundsätzlich der Geschädigte, also der Patient, beweisen, dass ihm ein Schaden entstanden ist, dass die Pflegeperson fehlerhaft gehandelt hat und dass sein Schaden gerade durch das Fehlverhalten der Pflegeperson entstanden ist. Dazu kann er die Pflegedokumentation heranziehen.

### Rechtsfähigkeit

**Definition: Rechtsfähigkeit** bezeichnet die Fähigkeit, Inhaber von Rechten und Pflichten zu sein. Die Rechtsfähigkeit eines jeden Menschen beginnt mit der Geburt und endet mit seinem Tod.

Bereits ein Säugling kann Rechte gegenüber einer Pflegenden haben, die ihm durch ein schuldhaftes Fehlverhalten einen Schaden zugefügt hat.

### Handlungsfähigkeit

**Definition: Handlungsfähig** ist eine Person, die in der Lage ist, in rechtlich erheblicher Weise zu handeln, d.h. selbstständig Rechte zu erwerben und Pflichten zu begründen.

Handlungsfähigkeit teilt sich auf in Geschäftsfähigkeit und Deliktsfähigkeit.

### Geschäftsfähigkeit

Sie bezeichnet die Fähigkeit einer Person, im Rechtsleben wirksam ihren Willen zu erklären und dadurch private Rechtsverhältnisse (z.B. Verträge) zu begründen, zu ändern oder zu beenden.

**Merke:** Wer noch nicht sieben Jahre alt ist, ist nicht geschäftsfähig. Ein Minderjähriger, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist beschränkt geschäftsfähig. Volljährige Personen sind geschäftsfähig, es sei denn, ihre freie Willensbestimmung ist auf Dauer ausgeschlossen.

### Deliktsfähigkeit

Sie bezeichnet die Fähigkeit, schuldhaft zu handeln und damit für den einem anderen vorsätzlich oder fahrlässig zugefügten Schaden zu haften.

**Merke:** Kinder unter sieben Jahren sind nicht deliktsfähig. Nur eingeschränkt deliktsfähig ist, wer mindestens sieben, aber noch nicht 18 Jahre alt ist. Voll deliktsfähig ist grundsätzlich, wer das 18. Lebensjahr vollendet hat.

### Vertrag und Haftung

Ein Vertrag ist ein Geschäft auf rechtlicher Ebene. Er kommt dadurch zustande, dass mindestens zwei Personen gegenseitig übereinstimmend ihren Willen erklären, einen bestimmten rechtlichen Erfolg herbeizuführen. Wer seine aus dem Vertrag sich ergebenden Pflichten schuldhaft, also vorsätzlich oder fahrlässig, verletzt, muss dem Vertragspartner den dadurch entstandenen Schaden ersetzen. Wer zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten Hilfspersonen, sog. Erfüllungsgehilfen, heranzieht, haftet für deren Verschulden genauso wie für eigenes Verschulden.

**Merke:** Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann der Verletzte zusätzlich ein angemessenes Schmerzensgeld verlangen.

### Verträge im Krankenhaus

Bei der stationären Aufnahme schließen der Träger des aufnehmenden Krankenhauses und der Patient einen Vertrag, aus dem sich die Rechte und Pflichten beider Parteien für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Patienten ergeben.

#### Totaler Krankenhausaufnahmevertrag

Dieser beinhaltet die gesamte notwendige Versorgung des Versicherten, insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

#### Gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag

Der Patient schließt Verträge mit mindestens zwei Parteien: mit dem Krankenhausträger über dessen zu erbringende Leistungen mit Ausnahme der ärztlichen Leistungen und mit einem oder mehreren Ärzten über die ärztliche Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes.

**Merke:** Die im Krankenhaus tätige Pflegende schließt in keinem Fall selbst einen Vertrag mit dem Patienten über die pflegerische Betreuung ab. Die Pflegende wird vielmehr als Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers tätig. Deshalb können sich vertragliche Ersatzansprüche des Patienten auch nur gegen den Krankenhausträger richten.

### Aufsichtspflicht

Kinder und Jugendliche, die für einen von ihnen verursachten Schaden nicht persönlich haften (S. 36), sind ordnungsgemäß zu beaufsichtigen. Diese Sorgspflicht umfasst eine dem Entwicklungsstand des Kindes angemessene Aufsichtspflicht. Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ist aufgrund ihres Arbeitsvertrags mit dem Krankenhausträger verpflichtet, die ihr anvertrauten minderjährigen Patienten zu beaufsichtigen.

**Merke:** Auch wenn die Eltern im Krankenzimmer ihres Kindes weilen, entbindet dies die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin nicht von ihrer – vertraglich übernommenen – Aufsichtspflicht. Der Pflegende ist verpflichtet, in regelmäßigen Abständen (mindestens alle 45 Minuten) nachzusehen, ob „alles in Ordnung“ ist (Höfert 1998).

### 2.2.4 Betreuungsrecht

Zuständig für die Bestellung eines Betreuers ist das Betreuungsgericht (seit 1.9.2009). Ein Betreuer wird bestellt, wenn

- eine volljährige Person, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage ist, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, und
- diese Person keine wirksame Vorsorgevollmacht errichtet hat.

Ein Betreuer wird nur für Aufgabenkreise bestellt, in denen Betreuung erforderlich ist. Bei Handlungen des Betreuers, die für die betreute Person sehr wichtig sind oder ihn gesundheitlich gefährden könnten (Einwilligung in ärztliche Eingriffe), müssen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

**Merke:** Die Betreuung ist aufzuheben, wenn sie nicht mehr notwendig ist.

### 2.2.5 Arbeitsrecht

Das Arbeitsrecht befasst sich mit den besonderen Rechten und Pflichten von Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

 **Merke:** Der Arbeitgeber kann im Rahmen des Arbeitsvertrags über die Arbeitsleistung des Arbeitnehmers frei verfügen. Insbesondere kann er bestimmen, welche Art von Arbeit zu welcher Zeit und an welchem Ort zu leisten ist.

#### Rechtliche Grundlagen

Bei der Ausübung seines Weisungsrechts darf der Arbeitgeber nicht willkürlich handeln. Er muss arbeitsrechtliche Gesetze und Regelungen beachten, die seiner Weisungsbefugnis Grenzen setzen. Wichtige arbeitsrechtliche Gesetze sind z.B.

- Kündigungsschutzgesetz, Arbeitszeitgesetz,
- Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz.

#### Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis

Durch das Arbeitsverhältnis ergeben sich zahlreiche Pflichten für die Vertragspartner.

Pflichten des Arbeitgebers sind:

- die vereinbarte Zahlung des Entgelts
- die Beschäftigung des Arbeitnehmers
- die „Fürsorgepflicht“, z.B. Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften

Pflichten des Arbeitnehmers sind:

- Die sorgfältige, nach dem Stand der Technik gebotene Ausführung seiner Arbeit nach den Anweisungen des Arbeitgebers.
- Rücksichtnahme auf die Interessen des Arbeitgebers Rücksicht, z.B. die Treuepflicht. Dazu zählen u.a.:
  - Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht
  - Erhaltung der eigenen Arbeitskraft
  - sorgsamer Umgang mit dem Eigentum des Arbeitgebers
  - Beachtung der Betriebsordnung

 **Merke:** Bei der **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer ein schriftliches Zeugnis auszustellen. Dieses muss zwingend Angaben über die Person von Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie über Art und Dauer der Beschäftigung enthalten. Wenn der Arbeitnehmer es wünscht, werden zusätzlich seine Leistungen und sein Verhalten während der Dauer des Arbeitsverhältnisses bewertet.

### 2.2.6 Sozialrecht

 **Definition:** Das **Sozialgesetzbuch (SGB)**, das aus zwölf Büchern besteht, soll der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit dienen.

Im SGB sind soziale Rechte benannt, aufgrund derer der Einzelne Ansprüche gegen den Staat geltend machen kann. Soziale Rechte sind:

- Bildungs- und Arbeitsförderung
- soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden (Impfschäden)

- Minderung des Familienaufwands
- Zuschuss für eine angemessene Wohnung
- Kinder- und Jugendhilfe
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Teilhabe behinderter Menschen
- Recht auf Zugang zur Sozialversicherung

Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat ein Recht auf Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter (§ 4 SGB I). Die einzelnen Anspruchsvoraussetzungen sind im SGB geregelt:

- SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB XI – Soziale Pflegeversicherung



**Praxistipp:** Die jeweils aktuellen Gesetzesvorschriften können im Internet abgerufen werden unter [http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_1](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_1) fortlaufend bis [http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_12](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_12); Stand 24.03.2009.

## 2.2.7 Patientenrechte

Ein Gesetz über die Rechte des Patienten gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Trotzdem formulierten Akteure des Gesundheitssystems die „Charta der Patientenrechte“, aus der sich vielfältige Rechte für die Patienten ergeben:

- Der Patient kann den Arzt und das Krankenhaus grundsätzlich frei wählen und wechseln. Er kann auch den Rat eines zweiten Arztes einholen.
- Die ärztliche Behandlung muss sorgfältig nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen, auch eingesetzte Arzneimittel müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen.
- Der Patient kann selbst bestimmen, ob und in welchem Umfang er behandelt wird – unabhängig davon, ob er sich damit selbst schadet. Erfolgt ein Eingriff, muss eine entsprechende Einwilligung des Patienten vorliegen.
- Zwar sind lebensverkürzende Maßnahmen verboten, doch können Patienten lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen ablehnen. Eine solche Entscheidung kann durch eine Patientenverfügung erfolgen.
- Der Arzt muss den Patienten rechtzeitig vor der Behandlung und grundsätzlich in einem persönlichen Gespräch über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufklären.
- Bei Behandlungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind, muss der Patient umfassend über die Durchführungsbedingungen, über Nutzen und Risiken sowie über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Er hat das Recht, eine Versuchsbehandlung abzulehnen, ohne dass ihm daraus Nachteile bei der medizinischen Versorgung erwachsen.
- Die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen dokumentiert werden.
- Der Patient oder eine von ihm beauftragte Person seines Vertrauens kann grundsätzlich alle Unterlagen einsehen und Kopien erstellen. Ausgenommen hiervon sind Aufzeichnungen mit subjektiven Einschätzungen und Eindrücken des Arztes.
- Informationen über einen Patienten dürfen von Ärzten, Pflegepersonal, Krankenhäusern und Krankenversicherern an niemanden ohne Einwilligung des Betroffenen herausgegeben werden.

- Sollte es zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern kommen, stehen dem Patienten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zu.
- Mit Beschwerden kann sich der Patient an Ärzte- oder Zahnärztekammern, Krankenkassen oder freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen wenden.
- Streitfälle können vor den von Ärzte- und Zahnärztekammern eingerichteten Gutachter- und Schlichtungsstellen außergerichtlich beigelegt werden. Auf Wunsch des Versicherten beraten und unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen kostenlos ihre Versicherten bei der Durchsetzung möglicher Schadensersatzansprüche.
- Informationen von Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen und die Geltendmachung von Ansprüchen bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen sind kostenlos. Bei einer rechtsanwaltlichen Beratung oder gerichtlichen Geltendmachung von Ansprüchen entstehen jedoch Kosten.



**Praxistipp:** Ein Überblick über die „Charta der Patientenrechte“ ist im Internet zu finden unter <http://www.krankenkassen.de/gesundheit/arzt-patient/TODO-29/>; Stand 24.03.2009.

### 2.2.8 Delegation ärztlicher Aufgaben

Im Krankenhaus kommt insbesondere die Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf das Pflegepersonal in Betracht. Eine solche Delegation ist jedoch nur dann zulässig, wenn diejenige Person, auf die delegiert werden soll, fachlich qualifiziert ist, d. h. über ausreichendes Wissen und hinlängliche Erfahrung verfügt. Hiervon muss sich diejenige Person überzeugen, die für die Durchführung der Aufgabe verantwortlich ist und diese delegiert.

**Verabreichung von Injektionen.** Grundsätzlich kann nicht gesagt werden, welche Arten von Injektionen (subkutan, intravenös, intramuskulär) vom Pflegepersonal durchgeführt werden dürfen oder nicht. Entscheidend sind immer der Wissensstand und die praktische Fertigkeit dieser Person. So kann durchaus eine langjährig tätige, verantwortungsbewusste und sorgfältig arbeitende Pflegendende, die die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten hat, Injektionen verabreichen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Injektion eine ärztliche Aufgabe bleibt, was bedeutet, dass sie vom Arzt angeordnet werden muss und auch unter seiner Verantwortung durchzuführen ist. So hängt es auch vom Grad der Gefährlichkeit einer Injektion ab, inwieweit der anordnende Arzt dies überwachen muss und erreichbar zu sein hat.

### Verantwortungsbereiche der Delegation

#### Anordnungsverantwortung

Diese trifft die delegierende Person (i. d. R. der Arzt). Er hat die erforderliche Diagnose, die Indikation und die entsprechende Anordnung zu treffen. Dabei muss er auch die richtige Person auswählen, auf die er die Durchführung der Maßnahme überträgt. Kommt es hier zu einem Fehler, fällt dieser eindeutig und ausschließlich in den Verantwortungsbereich des Arztes.

#### Übernahmeverantwortung

Diese trifft diejenige Person, auf die die Durchführung der Aufgabe übertragen wird. Die Pflegeperson muss daher eigenständig überprüfen, ob sie die Durchführung der Maßnahme aufgrund eigener Qualifikation verantworten kann. Liegen Umstände vor, die dies nicht ermöglichen – und mögen es auch nur Umstände sein, die nur zu diesem konkreten Zeitpunkt vorliegen – so ist die Pflegendende verpflichtet,

diese Umstände dem anderen mitzuteilen. Dies geht soweit, dass im konkreten Fall die Übernahme einer bestimmten Maßnahme nicht nur verweigert werden kann, sondern verweigert werden muss.

### Durchführungsverantwortung

Diese trifft ausschließlich diejenige Person, die die angeordnete Maßnahme durchführt. Es bedeutet, dass die Pflegende bei Durchführung einer Injektion eigenständig und selbstverantwortlich alle Maßnahmen zu treffen hat, die zur sorgfältigen Ausführung einer Injektion gehören. Dazu gehören natürlich auch Folgemaßnahmen wie Überwachung des Patienten, soweit dies aufgrund der Injektion eines bestimmten Medikaments erforderlich ist.

## 2.2.9 Stationäre Vergütungsregelung – DRG-System



**Definition:** Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen mit dem **DRG-System** ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. DRG steht für *Diagnosis Related Groups*.

Mit DRG werden Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (u.a. Diagnose, Schweregrad, durchgeführte Behandlung, Alter, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht) in Fallgruppen eingeteilt und nach einem besonderen Modus verschlüsselt.

Die Höhe der Vergütung erfolgt unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten oder der tatsächlichen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Gewinne aus der Behandlung eines Patienten bleiben bei den Krankenhäusern. Sie müssen aber auch die Verluste einer Behandlung tragen, z.B. wenn die Behandlung eines Patienten höhere Kosten verursacht hat als das Krankenhaus gemäß der Verschlüsselung erhält.

### Eingruppierung in eine DRG

DRG sind vierstellige Kombinationen aus Buchstaben und Ziffern.

#### 1. Stelle

Sie bezeichnet die Hauptdiagnose. Die Unterscheidung erfolgt hier entweder nach der Art der Erkrankung (z.B. Erkrankung des Nervensystems) oder auch der Ursache der Erkrankung (z.B. Verletzungen). Anhand der Hauptdiagnose kann meist die Eingruppierung in eine MDC (Major Diagnostic Category) erfolgen. Sehr intensive und kostenaufwendige Fälle, wie Transplantationen, Langzeitbeatmungen oder Querschnittlähmungen, werden in besonderen, sog. Prä-MDCs, aufgeführt. Die Stelle wird nach dem ICD-10-GM (International Classification of Diseases 10. Revision German Modification) ermittelt, die deutsche Ausgabe des amtlichen Katalogs der Weltgesundheitsorganisation für die Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen.

#### 2. und 3. Stelle

Sie bestimmen die Art der Behandlung des Patienten (sog. Partition). Dabei wird von drei möglichen unterschiedlichen Partitionen ausgegangen:

- **Operative Partition:** zur Behandlung des Patienten muss mindestens ein zur Hauptdiagnose passender und an die Nutzung eines Operationssaales gebundener Eingriff durchgeführt werden.
- **Andere Partition:** eine nicht operative, jedoch invasive Behandlung.
- **Medizinische Partition:** beschreibt alle anderen Behandlungsfälle.