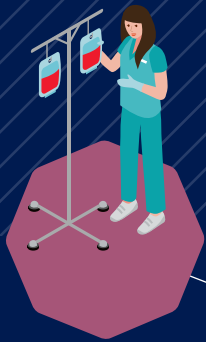


G. Fley F. Schneider (Hrsg.)

PflegeHeute

PÄDIATRISCHE PFLEGE



LESEPROBE

INHALTSVERZEICHNIS

1	PROFESSION KINDERKRANKENPFLEGE	1	2.6.3	Regulationsstörungen	27
1.1	Geschichte der Kinderkrankenpflege	4	2.6.4	Verletzungsprävention	28
1.1.1	Historischer Überblick	4	2.6.5	Krankes Kind zu Hause	29
1.1.2	Ausbildungsrichtlinien und berufspolitische Entwicklungen	5	2.7	Transition	30
1.1.3	Aktuelle Lage der Ausbildung in Deutschland	6	2.8	Prä- und postoperative Pflege	31
1.1.4	Berufsfelder der Kinderkrankenpflege	6	2.8.1	Präoperative Pflege	31
1.2	Sozialpädiatrie	6	2.8.2	Postoperative Pflege	33
1.2.1	Epidemiologie	6	2.9	Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch	36
1.2.2	Gesundheitsberichte über Kinder und Jugendliche	7			
1.2.3	Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation	8	3	PFLEGE IN DER NEONATOLOGIE	41
2	PÄDIATRISCHE VERSORGUNG	11	3.1	Das Kind in der Neonatologie	44
2.1	Entwicklung des gesunden Kindes	14	3.1.1	Prävention	44
2.1.1	Entwicklung während der verschiedenen Altersstufen	14	3.1.2	Beratung und Anleitung der Eltern	46
2.1.2	Beurteilung der Entwicklung bis zum Erwachsenenalter	16	3.2	Pflegerische und medizinische Diagnostik	47
2.2	Krankheitskonzepte von Kindern	17	3.2.1	Anamnese und körperliches Assessment	47
2.3	Kind im Krankenhaus	18	3.2.2	Neugeborenen-Screening	49
2.3.1	Bedeutung eines Krankenhausaufenthalts für das kranke Kind	19	3.3	Das gesunde Neugeborene	52
2.3.2	Mitaufnahme der Eltern	19	3.3.1	Erstversorgung im Kreißsaal	52
2.3.3	Besuch des kranken Kindes im Krankenhaus	20	3.3.2	Betreuung des Neugeborenen auf der Wochenstation	54
2.3.4	Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für Eltern und das Familiensystem	20	3.4	Postnatale Adaptation und mögliche Störungen	54
2.3.5	Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für Geschwisterkinder	20	3.4.1	Atmung	54
2.3.6	Besonderheiten in den einzelnen Phasen des Krankenhausaufenthaltes	20	3.4.2	Kreislauf	55
2.4	Patientenedukation	22	3.4.3	Körpertemperatur	55
2.5	Frühe Hilfen	23	3.4.4	Ausscheidungen	56
2.5.1	Ziele der Frühen Hilfen	24	3.4.5	Hautveränderungen	57
2.5.2	Kernthemen der Frühen Hilfen	24	3.4.6	Neugeborenenikterus (Icterus neonatorum) ..	57
2.5.3	Zielgruppen der Frühen Hilfen	24	3.5	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	61
2.5.4	Praxisbeispiel Frühe Hilfen – sozialmedizinische Nachsorge	24	3.5.1	Lagerung	61
2.6	Pflege von Kindern im Säuglingsalter	25	3.5.2	„Känguruen“	63
2.6.1	Hautpflege	25	3.6	Geburtsverletzungen	63
2.6.2	Ernährung, Ernährungs- und Gedeihstörungen	26	3.6.1	Wunden, Frakturen, Hämatome	63
			3.6.2	Lähmungen (Paresen)	64
			3.6.3	Hirnblutungen des reifen Neugeborenen	65
			3.7	Störungen der Anpassung des Neugeborenen	65
			3.7.1	Erstmaßnahmen im Notfall nach der Geburt ..	65
			3.7.2	Kardiorespiratorische Anpassungsstörungen	65
			3.7.3	Asphyxie	65

INHALTSVERZEICHNIS

3.7.4	Persistierende pulmonale Hypertension des Neugeborenen (PPHN)	68	5.3.2	Bildgebende Diagnostik	111
3.7.5	Elektrolytentgleisungen	68	5.3.3	Lungenfunktionsdiagnostik	111
3.7.6	Neugeborenenkrämpfe	69	5.3.4	Blutgasanalyse	112
3.8	Infektionen des Neugeborenen	69	5.3.5	Bronchoskopie	113
3.9	Diabetische Fetopathie	71	5.3.6	Untersuchung im Schlaflabor	113
3.10	Mütterlicher Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft	71	5.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	114
3.10.1	Fetales Alkoholsyndrom	71	5.4.1	Atemunterstützende Maßnahmen	114
3.10.2	Neonatales Drogenentzugssyndrom	73	5.4.2	Maßnahmen zur Unterstützung der Sekretentleerung	115
3.11	Fehlbildungen des Neugeborenen	75	5.4.3	Inhalation	116
3.11.1	Klumpfuß (Pes equinovarus congenitus)	75	5.4.4	Sauerstofftherapie	119
3.11.2	Spaltbildungen des Gesichts	75	5.5	Stenosierende Laryngotracheitis (Pseudokrupp) und Epiglottitis	121
3.11.3	Choanalatresie	79	5.6	Bronchitis	124
4	PFLEGE VON FRÜHGEBORENEN	81	5.7	Bronchiolitis	124
4.1	Fachgebiet Neonatologie	84	5.8	Pneumonie	125
4.1.1	Ursachen für eine Frühgeburt	86	5.9	Asthma bronchiale	127
4.1.2	Behandlungsstrategien	86	5.10	Mukoviszidose	129
4.1.3	Versorgung des Frühgeborenen	86	5.11	Pneumothorax	132
4.2	Spezifische Probleme der Organe des Frühgeborenen und mögliche Erkrankungen ..	89	6	PFLEGE BEI HERZERKRANKUNGEN	133
4.2.1	Sinnesorgane Augen, Ohren und Haut	89	6.1	Das Kind bei Herzerkrankungen	136
4.2.2	Gastrointestinaltrakt und Ernährung	91	6.1.1	Prävention	136
4.2.3	Nierenfunktion	94	6.1.2	Rehabilitation	136
4.2.4	Zentralnervensystem – ZNS	95	6.1.3	Beratung und Anleitung von Eltern	137
4.2.5	Herz-Kreislauf-System	98	6.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	137
5	PFLEGE BEI ATEMWEGS- UND LUNGENERKRANKUNGEN	101	6.2.1	Hypoxämie	137
5.1	Das Kind mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen	104	6.2.2	Synkope	138
5.1.1	Physiologische Besonderheiten	104	6.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	138
5.1.2	Prävention	104	6.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	138
5.1.3	Rehabilitation	105	6.3.2	Bildgebende Diagnostik	139
5.1.4	Beratung und Anleitung von Eltern	105	6.3.3	Elektrokardiogramm (EKG)	140
5.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	105	6.3.4	Echokardiografie (ECHO)	141
5.2.1	Dyspnoe, Orthopnoe	105	6.3.5	Herzkatheteruntersuchung	141
5.2.2	Husten	106	6.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	142
5.2.3	Zyanose	108	6.4.1	Allgemeine pflegerische Maßnahmen	142
5.2.4	Atemgeräusche	109	6.4.2	Schulungen über die individuelle Störung des Kindes	143
5.2.5	Veränderungen der Atemfrequenz	110	6.4.3	Unterstützung der Familie im häuslichen Umfeld	143
5.2.6	Veränderungen der Atemintensität und des Atemrhythmus	110	6.4.4	Vorbereitung des Kindes und der Eltern auf invasive Maßnahmen	143
5.2.7	Veränderungen des Bronchialsekrets	111	6.4.5	Unterstützung in der postoperativen Phase ...	143
5.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	111	6.5	Angeborene Herzfehler (AHF)	143
5.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	111	6.5.1	Defekte mit erhöhter pulmonaler Durchblutung	143

INHALTSVERZEICHNIS

6.5.2	Obstruktive Defekte	147	7.8.1	Hypertrophe Pylorusstenose	186
6.5.3	Defekte mit abnehmender pulmonaler Durchblutung	150	7.8.2	Verzögerte Magenentleerung (Gastroparese) ..	187
6.5.4	Komplexe Herzfehler	151	7.8.3	Beschleunigte Magenentleerung (Dumping-Syndrom)	188
6.6	Erworbene Herzerkrankungen	154	7.9	Zöliakie	189
6.6.1	Herzinsuffizienz	154	7.10	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen ..	190
6.6.2	Endokarditis und Endokarditisprophylaxe	156	7.10.1	Morbus Crohn	191
6.6.3	Myokarditis	157	7.10.2	Colitis ulcerosa	192
6.6.4	Rheumatisches Fieber	158	7.11	Ileus	193
6.6.5	Herzrhythmusstörungen	159	7.11.1	Mekoniumileus	194
6.6.6	Kardiomyopathien	162	7.11.2	Invagination	195
6.6.7	Pulmonale arterielle Hypertonie (PAH)	163	7.11.3	Morbus Hirschsprung	196
6.6.8	Arterielle Hypertonie	163	7.12	Weitere Verschlusskrankungen des Darmes	198
7	PFLEGE BEI ERKRANKUNGEN DES VERDAUUNGSAPPARATS	167	7.12.1	Rotationsstörung des Darms (Malrotation)	198
7.1	Das Kind bei Erkrankungen des Verdauungstrakts	171	7.12.2	Darmdrehung (Volvulus)	198
7.1.1	Prävention	171	7.13	Kurzdarmsyndrom	199
7.1.2	Beratung und Anleitung	171	7.14	Angeborene Stenosen und Atresien des Verdauungstrakts	200
7.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	171	7.14.1	Duodenalatresie	200
7.2.1	Bauchschmerzen	171	7.14.2	Analatresie	201
7.2.2	Übelkeit und Erbrechen	172	7.15	Obstipation	201
7.2.3	Schluckbeschwerden	173	7.16	Appendizitis	203
7.2.4	Reflux, Sodbrennen und vermehrtes Aufstoßen	174	7.17	Endokrine und exokrine Pankreasinsuffizienz	204
7.2.5	Stuhlauffälligkeiten	175	7.18	Erkrankungen der Galle	204
7.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	175	7.18.1	Störungen des Bilirubinstoffwechsels	205
7.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	175	7.18.2	Gallenstauung (Cholestase)	205
7.3.2	Bildgebende Diagnostik	175	7.18.3	Choledochuszyste	206
7.3.3	Labordiagnostik	176	7.18.4	Gallensteine (Cholelithiasis)	207
7.3.4	Atemtests	176	7.19	Erkrankungen der Leber	208
7.3.5	Endoskopie	176	7.19.1	Pfortaderhochdruck (portale Hypertension) ..	208
7.3.6	Leberpunktion	176	7.19.2	Hepatitis	209
7.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen: Stomaversorgung	176	7.19.3	Autoimmune Lebererkrankungen	209
7.5	Erkrankungen des Ösophagus	177	8	PFLEGE BEI ERKRANKUNGEN DER NIEREN, HARNWEGE UND GESCHLECHTSORGANE	211
7.5.1	Ösophagusatresie	178	8.1	Das Kind mit Nieren- und Harnwegserkrankungen	215
7.5.2	Ösophagusstenose	181	8.1.1	Prävention	215
7.5.3	Achalasie	181	8.1.2	Rehabilitation	215
7.6	Ingestion von Fremdkörpern und ätzenden Substanzen	182	8.1.3	Beratung und Anleitung	215
7.7	Erkrankungen des Magens und der Magenschleimhaut	183	8.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	216
7.7.1	Gastroösophageale Refluxkrankheit (GÖRK) ..	183	8.2.1	Schmerzen	216
7.7.2	Gastritis	184	8.2.2	Fieber	216
7.8	Magenentleerungsstörungen	186	8.2.3	Miktionsstörungen	216
			8.2.4	Urin	216

INHALTSVERZEICHNIS

8.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	217	9	PFLEGE BEI ENDOKRINOLOGISCHEN UND STOFFWECHSELBEDINGTEN ERKRANKUNGEN	253
8.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	217	9.1	Das Kind mit endokrinologischen und stoffwechselbedingten Erkrankungen	256
8.3.2	Urinuntersuchung	218	9.1.1	Prävention	256
8.3.3	Bildgebende Diagnostik	219	9.1.2	Rehabilitation	257
8.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	221	9.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	257
8.4.1	Prä- und postoperative Pflege	221	9.2.1	Kleinwuchs und verminderte Wachstumsgeschwindigkeit	257
8.4.2	Dialyse	222	9.2.2	Hochwuchs und beschleunigte Wachstumsgeschwindigkeit	259
8.4.3	Nierentransplantation	224	9.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	259
8.5	Angeborene Erkrankungen des Harntrakts (CAKUT)	226	9.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	260
8.5.1	Ureterabgangsstenose	226	9.3.2	Bildgebende Verfahren	260
8.5.2	Uretermündungsstenose	227	9.3.3	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	260
8.5.3	Harnröhrenklappen	227	9.4	Wachstumsstörungen	261
8.5.4	Vesikoureteraler Reflux	228	9.5	Störungen der Schilddrüsenfunktion	264
8.6	Neurogene Blase	229	9.5.1	Kongenitale Hypothyreose/Athyreose	264
8.7	Enuresis und kindliche Harninkontinenz	230	9.5.2	Weitere Erkrankungen und Störungen	265
8.8	Nephritisches Syndrom	232	9.6	Diabetes mellitus	265
8.8.1	Postinfektiöse Glomerulonephritis	232	9.6.1	Typ-1-Diabetes	265
8.8.2	Hämolytisch-urämisches Syndrom	233	9.6.2	Typ-2-Diabetes	276
8.8.3	Purpura-Schoenlein-Henoch-Nephritis und IgA-Nephritis	233	9.7	Störungen der Nebennierenrinde	276
8.9	Nephrotisches Syndrom	234	9.7.1	Morbus Cushing	277
8.10	Tubulopathie	235	9.7.2	Morbus Conn	277
8.10.1	Diabetes insipidus	236	9.7.3	Morbus Addison	277
8.10.2	Bartter-Syndrome	236	9.7.4	Adrenogenitales Syndrom (AGS)	278
8.10.3	Renal-tubuläre Azidose (RTA)	237	9.8	Das Kind während der Geschlechtsentwicklung	279
8.11	Renale Hypertonie	238	9.8.1	Normale Pubertät	279
8.12	Nierenvenenthrombose	238	9.8.2	Störungen in der Pubertätsentwicklung	280
8.13	Harnwegsinfektionen	240	9.9	Intersexuelles Genitale	280
8.14	Akutes Nierenversagen (ANV)	241	9.10	Transsexualität	281
8.15	Chronische Niereninsuffizienz	243			
8.16	Erkrankungen des männlichen Genitale	244	10	PFLEGE BEI HÄMATOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	283
8.16.1	Phimose	244	10.1	Das Kind mit hämatologischen Erkrankungen	286
8.16.2	Hypospadie	245	10.1.1	Spezielle Aspekte der Blutbildung bei Kindern	286
8.16.3	Hydrozele	245	10.1.2	Prävention	287
8.17	Erkrankungen des Hodens	246	10.1.3	Rehabilitation	287
8.17.1	Hodenhochstand	246	10.1.4	Beratung und Anleitung	287
8.17.2	Epididymitis und Orchitis	248	10.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	289
8.17.3	Hodentorsion und Hydatidentorsion	248	10.2.1	Thrombozytopenie	289
8.18	Erkrankungen des weiblichen Genitale	249	10.2.2	Neutropenie (Granulozytopenie)	289
8.18.1	Vulvovaginitis	249			
8.18.2	Adnexitis	250			
8.18.3	Ovarialzysten	250			
8.18.4	Ovartorsion	251			

INHALTSVERZEICHNIS

10.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	290	11.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	320
10.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	290	11.4.1	Standardisiertes Vorgehen	320
10.3.2	Diagnostik verschiedener Blutparameter	291	11.4.2	Grundlagen der Chemotherapie	320
10.3.3	Knochenmarkdiagnostik	292	11.4.3	Lumbalpunktion	324
10.3.4	Bildgebende Verfahren	293	11.4.4	Shunt-Systeme als besondere Maßnahmen ...	324
10.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	293	11.4.5	Fieber in der Aplasiephase	324
10.4.1	Pflege bei Blutungsneigung	293	11.4.6	Behandlung von Übelkeit und Erbrechen	325
10.4.2	Pflege bei Anämie	294	11.4.7	Pflege der Haut und Schleimhaut	325
10.4.3	Prophylaxe und Therapie von Infektionen	294	11.4.8	Umgang mit einem implantierten Katheter	327
10.4.4	Schmerztherapie	294	11.4.9	Notfälle	328
10.4.5	Förderung der Adhärenz	295	11.4.10	Sterbende Patienten	328
10.4.6	Transfusionen	295	11.5	Wichtige kinderonkologische Krankheitsbilder	329
10.4.7	Stammzelltransplantation	296	11.5.1	Leukämien und Lymphome: Grundlagen	329
10.5	Anämien	298	11.5.2	Akute Leukämien und Non-Hodgkin-Lymphome	329
10.5.1	Anämien durch eingeschränkte Bildung der Erythrozyten	299	11.5.3	Reifes B-Lymphom	330
10.5.2	Blutungsanämie	300	11.5.4	Hodgkin-Lymphom	331
10.5.3	Hämolytische Anämien	300	11.6	Hirntumoren	332
10.6	Aplastische Anämie: Fanconi-Anämie	303	11.7	Knochentumoren	333
10.7	Infantile maligne Agranulozytose	303	11.8	Neuroblastom	335
10.8	Gerinnungsstörungen	304	11.9	Nephroblastom	337
10.8.1	Vitamin-K-Mangel-Koagulopathie	304			
10.8.2	Hämophilie	305			
10.8.3	Von-Willebrand-Syndrom	306			
10.8.4	Thrombosen	307			
10.9	Immunzytopenien	307			
11	PFLEGE BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	309	12	PFLEGE BEI CHRONISCH-ENTZÜNDLICHEN SYSTEMERKRANKUNGEN	339
11.1	Das Kind mit onkologischen Erkrankungen	312	12.1	Das Kind mit chronisch-entzündlichen Systemerkrankungen	342
11.1.1	Betroffene Kinder	312	12.1.1	Prävention	342
11.1.2	Prävention	312	12.1.2	Rehabilitation	342
11.1.3	Rehabilitation und Nachsorge	312	12.1.3	Beratung und Anleitung von Eltern	343
11.1.4	Beratung und Anleitung	313	12.1.4	Beobachten, Beurteilen, Intervenieren	343
11.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	315	12.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	343
11.2.1	Allgemeinsymptome	315	12.2.1	Gelenkschmerzen und -schwellungen	345
11.2.2	Schmerzen	316	12.2.2	Gelenksteifigkeit und Gelenkdeformitäten	346
11.2.3	Tastbarer Tumor	316	12.2.3	Differenzialdiagnose nach Organbeteiligung	346
11.2.4	Veränderungen des Blutbilds	316	12.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	348
11.2.5	Tumorspezifische Beschwerden	316	12.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	348
11.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	317	12.3.2	Bildgebende Diagnostik	349
11.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	317	12.3.3	Diagnostische Gelenkpunktion	349
11.3.2	Spezielle Labordiagnostik	318	12.3.4	Endoskopische Untersuchungen	349
11.3.3	Bildgebende Verfahren	319	12.3.5	Multidisziplinarität mit anderen Fachrichtungen	349
11.3.4	Biopsie	319	12.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	350
			12.4.1	Mobilisation/Bewegungseinschränkungen	350
			12.4.2	Maßnahmen der physikalischen Therapie	350

INHALTSVERZEICHNIS

12.4.3	Hilfsmittel	352	13.7	Hüftgelenk	380
12.4.4	Prophylaxe	352	13.7.1	Hüftgelenkerguss (Coxitis fugax)	380
12.4.5	Maßnahmen bei reduzierter Immunabwehr	353	13.7.2	Hüftdysplasie	380
12.4.6	Allgemeine pflegerische Maßnahmen	353	13.7.3	Morbus Perthes	383
12.4.7	Allgemeine hygienische Maßnahmen	354	13.7.4	Epiphyseolysis capitis femoris	384
12.5	Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)	354	13.8	Kniegelenk	385
12.6	Kollagenosen und Vaskulitiden	356	13.8.1	Patellaluxation	385
12.6.1	Lupus erythematoses	356	13.8.2	Wachstumsschmerz	386
12.6.2	Vaskulitis, Purpura Schoenlein-Henoch, Kawasaki-Syndrom	357	13.8.3	Kreuzbandläsion	387
12.7	Arthritis und Arthralgien bei anderen Erkrankungen	360	13.8.4	Meniskuläsion	387
			13.8.5	Osteochondrosis dissecans	388
13	PFLEGE BEI ORTHOPÄDISCHEN UND TRAUMATOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	361	13.9	Fuß	388
13.1	Das Kind mit orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen	365	13.9.1	Klumpfuß	388
13.1.1	Prävention	365	13.9.2	Plattfuß	390
13.1.2	Rehabilitation	365	13.9.3	Knick-Senkfuß	390
13.1.3	Beratung und Anleitung	365	13.9.4	Hohlfuß	391
13.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	365	13.10	Bein	391
13.2.1	Schmerzen	365	13.10.1	Beinlängendifferenz	391
13.2.2	Schwellung	367	13.10.2	Beinachsenfehlstellung	392
13.2.3	Bewegungseinschränkung	367	13.11	Angeborene Systemerkrankungen	394
13.2.4	Deformität	367	13.11.1	Osteochondrodysplasie	394
13.2.5	Hinken	368	13.11.2	Dysostosen	394
13.2.6	Neurologische Symptome	368	13.12	Rachitis	395
13.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	368	13.13	Osteomyelitis	395
13.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	368	13.14	Grünholzfraktur	396
13.3.2	Bildgebende Diagnostik	369			
13.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	369	14	PFLEGE BEI HAUTERKRANKUNGEN	399
13.4.1	Allgemeine pflegerische Maßnahmen	369	14.1	Das Kind bei Hauterkrankungen	402
13.4.2	Verbände	371	14.1.1	Prävention	402
13.4.3	Gipsverbände	371	14.1.2	Rehabilitation	402
13.4.4	Orthesen, Hilfsmittel	372	14.1.3	Beratung und Anleitung von Eltern	403
13.4.5	Operative Therapie	373	14.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	403
13.4.6	Schmerztherapie	374	14.2.1	Jucken (Pruritus)	403
13.5	Obere Extremität	374	14.2.2	Trockene Haut	404
13.5.1	Schulterluxation	374	14.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	404
13.5.2	Radiusköpfchenluxation	375	14.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	404
13.6	Wirbelsäule	376	14.3.2	Allergien und Allergiediagnostik	405
13.6.1	Skoliose	376	14.3.3	Effloreszenzen	407
13.6.2	Schiefhals (Torticollis)	377	14.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	407
13.6.3	Morbus Scheuermann	378	14.4.1	Hautpflege: Basistherapie	407
13.6.4	Haltungsschwäche	379	14.4.2	Hautpflege mit Wirkstoffen zur spezifischen Hautbehandlung	408

INHALTSVERZEICHNIS

14.5	Angeborene und erbliche Hauterkrankungen	411	15.7.2	Mastoiditis	439
14.5.1	Ichthyosis vulgaris	411	15.8	Erkrankungen der Atemwege	440
14.5.2	Epidermolysis bullosa	411	15.8.1	Angina tonsillaris	440
14.6	Atopisches Ekzem (Neurodermitis)	411	15.8.2	Diphtherie	441
14.7	Psoriasis	413	15.8.3	Pertussis	441
14.8	Acne vulgaris	415	15.8.4	Influenza	442
14.9	Infektionen der Haut	416	15.9	Durchfallerkrankungen	443
14.9.1	Bakterielle Infektionen	416	15.9.1	Durchfallerkrankungen infolge anderer Grunderkrankungen	444
14.9.2	Virale Infektionen	417	15.9.2	Durchfallerkrankungen: erregerspezifische Aspekte	444
14.9.3	Mykosen	417	15.10	Hepatitis	446
14.9.4	Parasitäre Infektionen	417	15.10.1	Hepatitis A	446
14.10	Windeldermatitis	418	15.10.2	Hepatitis B	446
14.11	Dekubitusprophylaxe	419	15.10.3	Hepatitis C	447
14.11.1	Dekubitusentstehung	419	15.11	Wurmerkrankungen (Helminthosen)	447
14.11.2	Risikofaktoren, Risikoassessment und Diagnostik	419	15.12	Neurologische und neuromuskuläre Infektionserkrankungen	448
14.11.3	Maßnahmen der Prophylaxe und Behandlungsstrategie	420	15.12.1	Meningitis und Enzephalitis	448
15	PFLEGE BEI INFektionsKRANKHEITEN	423	15.12.2	Lyme-Borreliose	452
15.1	Das Kind mit Infektionskrankheiten	427	15.12.3	Neuroborreliose	453
15.1.1	Prävention	427	15.12.4	Poliomyelitis	454
15.1.2	Rehabilitation	428	15.12.5	Tollwut	454
15.1.3	Beratung und Anleitung	428	15.12.6	Tetanus/Wundstarrkrampf	455
15.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	428	15.13	Weitere Infektionserkrankungen	455
15.2.1	Lymphknotenschwellung	428	15.13.1	HIV-Infektion/AIDS	455
15.2.2	Fieber	429	15.13.2	Toxoplasmose	457
15.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	431	15.13.3	Tuberkulose	457
15.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	431	15.13.4	Malaria	458
15.3.2	Bildgebende Diagnostik	431	15.14	Sepsis und Neugeborenensepsis	459
15.4	Pflegerische und medizinische Maßnahmen	431	15.14.1	Sepsis	459
15.5	Exanthematische Infektionskrankheiten	431	15.14.2	Neugeborenensepsis	460
15.5.1	Scharlach	432	16	PFLEGE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	461
15.5.2	Ringelröteln	433	16.1	Das Kind bei neuropädiatrischen Erkrankungen	465
15.5.3	Masern	433	16.1.1	Prävention	465
15.5.4	Mumps	434	16.1.2	Rehabilitation	465
15.5.5	Röteln	435	16.1.3	Beratung und Anleitung von Eltern	465
15.6	Humane Herpesviren	435	16.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	466
15.6.1	Herpes-simplex-Infektionen	435	16.2.1	Kopfschmerzen	466
15.6.2	Windpocken	436	16.2.2	Krampfanfälle	466
15.6.3	Mononukleose	437	16.2.3	Vigilanzstörungen	467
15.6.4	Zytomegalie (CMV)	438	16.2.4	Bewegungsstörungen	468
15.6.5	Exanthema subitum	438	16.2.5	Gangstörungen	469
15.7	Erkrankungen des Gehörgangs	438	16.2.6	Muskelschwäche	470
15.7.1	Otitis media und Otitis externa	438			

INHALTSVERZEICHNIS

16.2.7	Muskuläre Hypotonie	470
16.2.8	Sensibilitätsstörungen	471
16.2.9	Entwicklungsstörungen	472
16.2.10	Sprachstörungen	473
16.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	473
16.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	473
16.3.2	Liquoruntersuchung	474
16.3.3	Bildgebende Diagnostik	476
16.3.4	Elektrophysiologische Untersuchungen	476
16.3.5	Neuropsychologische Diagnostik	477
16.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	478
16.4.1	Antikonvulsive Therapien	478
16.4.2	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	479
16.4.3	Multidisziplinäre Spastiktherapie	479
16.5	Spannungskopfschmerzen und Migräne	480
16.6	Schädel-Hirn-Trauma	481
16.7	Hydrozephalus und shuntversorgter Hydrozephalus	484
16.7.1	Hydrozephalus	484
16.7.2	Shuntversorgter Hydrozephalus	486
16.8	Anfallserkrankungen	486
16.8.1	Fieberkrämpfe	486
16.8.2	Neugeborenenanfälle	487
16.8.3	Epilepsien	488
16.9	Infantile Zerebralparese	490
16.10	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie	492
16.11	Fehlbildungen des zentralen Nervensystems	493
16.11.1	Kraniosynostosen	493
16.11.2	Mittellinienstörungen	494
16.11.3	Störungen der kortikalen Entwicklung	497
16.11.4	Chiari-Malformationen	497
16.12	Neurodegenerative Erkrankungen	498
16.13	Neuromuskuläre Erkrankungen	498
16.13.1	Spinale Muskelatrophien	498
16.13.2	Muskeldystrophien	499
16.13.3	Myotone Dystrophie	501
16.13.4	Myasthenie	502
16.14	Neurokutane Erkrankungen	503
16.14.1	Neurofibromatose Typ 1	503
16.14.2	Tuberöse Sklerose	503
16.15	Pseudotumor cerebri	504
16.16	Multiple Sklerose	504
16.17	Demenz im Kindesalter	505
16.18	Schlaganfall im Kindesalter	506

17

PFLEGE BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

507

17.1	Kinder mit psychischen Erkrankungen	510
17.1.1	Prävention	510
17.1.2	Rehabilitation	510
17.1.3	Beratung und Anleitung	510
17.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	511
17.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	512
17.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	512
17.3.2	Spezielle psychologische Diagnostik	512
17.3.3	Bildgebende Diagnostik	513
17.4	Spezielle pflegerische, therapeutische und medizinische Maßnahmen	513
17.4.1	Spezielle pflegerische Maßnahmen	513
17.4.2	Spezielle therapeutische Maßnahmen	513
17.4.3	Spezielle medizinische Maßnahmen	514
17.5	Autismus-Spektrum-Störung	514
17.6	Regulationsstörungen	516
17.6.1	Fütterstörungen	516
17.6.2	Exzessives Schreien	517
17.7	Reaktive Bindungsstörung	519
17.8	Parasomnien	520
17.9	Mutismus	521
17.10	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	522
17.11	Tic-Störungen	525
17.12	Depression und Anpassungsstörungen	526
17.13	Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom	529
17.14	Somatoforme Störungen	530
17.15	Dissoziative Störungen	532
17.16	Essstörungen: Anorexia nervosa/Bulimia nervosa	534
17.17	Zwangsstörungen	535
17.18	Schädlicher Substanzgebrauch/Delinquentes Verhalten	537

18

PFLEGE BEI LEBENSBEDROHLICHEN SITUATIONEN

541

18.1	Pflege bei Kindern in lebensbedrohlichen Situationen	544
18.1.1	Prävention	544
18.1.2	Rehabilitation	544
18.1.3	Beratung und Anleitung	544
18.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	545
18.2.1	Überblick	545
18.2.2	Gesamteindruck und Allgemeinzustand	545
18.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	546
18.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	546

INHALTSVERZEICHNIS

18.3.2	Bildgebende Diagnostik	546	19.5	Schmerzmanagement bei Kindern	574
18.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	546	19.5.1	Akute Schmerzen	574
18.5	Pädiatrische Reanimation	546	19.5.2	Chronische Schmerzen	574
18.5.1	Reanimation von Neugeborenen	547	19.6	Schmerzsyndrome und spezielle Schmerzsituationen bei Kindern	576
18.5.2	Reanimation von Kindern	550	19.6.1	Kopfschmerz und Migräne	576
18.5.3	Weitere Versorgung	551	19.6.2	Chronischer Bauchschmerz	576
18.6	Vergiftungen und Verätzungen	552	19.6.3	Schmerzreduktion bei Blutentnahmen	576
18.6.1	Vergiftungen (Intoxikationen)	552	19.6.4	Schmerzhafte Eingriffe	577
18.6.2	Verätzungen	553	19.6.5	Postoperative Schmerzen	577
18.7	Thermische Verletzungen (Verbrennung/ Verbrühung)	553	20	PFLEGE AM LEBENSENDE	579
18.8	SID (Sudden Infant Death), ALTE (Apparent Life-Threatening Event)	556	20.1	Kinder mit lebensbegrenzenden Erkrankungen	582
18.9	Polytrauma und Schock	557	20.1.1	Lebensbegrenzende Erkrankungen	582
18.9.1	Polytrauma	557	20.1.2	Grundlagen der pädiatrischen Palliativversorgung	582
18.9.2	Schock	557	20.1.3	Sterbeorte und Versorgungsstrukturen	583
18.10	Fremdkörperaspiration	558	20.1.4	Beratung und Anleitung	583
18.11	Ertrinkungsunfall	559	20.2	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	584
19	PFLEGE BEI SCHMERZEN	561	20.2.1	Schmerzen	584
19.1	Phänomen Schmerz	564	20.2.2	Dyspnoe	584
19.2	Pflege von Kindern mit Schmerzen	564	20.2.3	Terminales Rasseln	585
19.2.1	Prävention	564	20.2.4	Blutungen	586
19.2.2	Rehabilitation	564	20.2.5	Bewusstseinsveränderungen	587
19.2.3	Beratung und Anleitung der Eltern	564	20.2.6	Umgang nach dem Versterben	588
19.3	Pflegerische und medizinische Diagnostik	565			
19.3.1	Anamnese und körperliches Assessment	565			
19.3.2	Schmerzassessment (Schmerzerfassung)	566			
19.3.3	Schmerzassessment bei Kindern mit mehrfachen oder schweren Behinderungen ...	568			
19.3.4	Situation der Eltern	570			
19.3.5	Verlaufskontrolle	570			
19.4	Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen	570			
19.4.1	Pflegerische Maßnahmen	570			
19.4.2	Medikamentöse Schmerztherapie	570			
19.4.3	WHO-Stufenschema	572			



PROFESSION KINDER- KRANKENPFLEGE

Gabriele Fley (1.1–1.2), Birgit Gwuzdz (1.1)

1.1	GESCHICHTE DER KINDERKRANKENPFLEGE	4	1.2	SOZIALPÄDIATRIE	6
1.1.1	Historischer Überblick	4	1.2.1	Epidemiologie	6
1.1.2	Ausbildungsrichtlinien und berufspolitische Entwicklungen	5	1.2.2	Gesundheitsberichte über Kinder und Jugendliche	7
1.1.3	Aktuelle Lage der Ausbildung in Deutschland	6	1.2.3	Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation	8
1.1.4	Berufsfelder der Kinderkrankenpflege	6			



Wussten Sie schon ...

Geschichte der Kinderkrankenpflege:

starke Verbindung zur historischen Entwicklung der Krankenpflege und des Hebammenwesens.

Sozialpädiatrie:

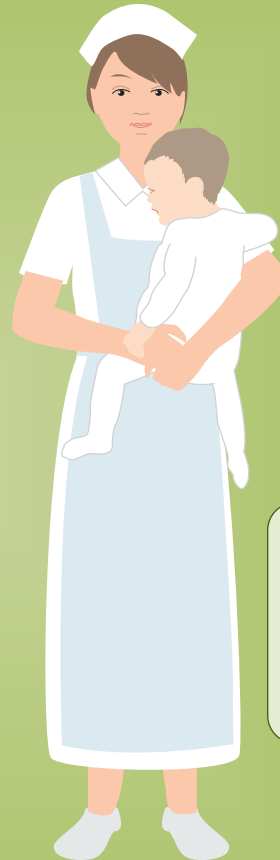
beschäftigt sich mit den äußeren Einflüssen auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder und Jugendlichen.

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in:

die Bezeichnung gibt es seit 2004, die Ausbildung hingegen unterliegt ständigen Änderungen.

Einsatzgebiete von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen:

vor allem in der Klinik, aber auch in Kurheimen, in der ambulanten und häuslichen Pflege, in Kinderhospizen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.



Säuglingssterblichkeit: beschreibt, wie viele der Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr sterben.

Prävention: Vermeidung bzw. die Vorbeugung von Krankheiten durch Beeinflussung bzw. Reduktion der krankheitsspezifischen Risikofaktoren. Man unterscheidet primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

Pädiatrie: Kinderheilkunde. Das Wort stammt aus dem Griechischen. Die Herkunftsworte sind paidos „Kind“ und iatreia „Heilung, ärztliche Behandlung“.

Rehabilitation: Maßnahmen, die akut oder chronisch Kranken, behinderten Menschen oder von Behinderung Bedrohten, eine möglichst große Autonomie ermöglichen. Dazu gehört die Teilnahme am sozialen Leben, die Teilnahme an Bildung und am Arbeitsleben. Die familienorientierte Rehabilitation (FOR) bezieht die ganze Familie mit ein.

1.1 Geschichte der Kinderkrankenpflege

Die Geschichte der Kinderkrankenpflege ist eng verbunden mit der historischen Entwicklung der Krankenpflege und des Hebammenwesens. Aber auch die medizinischen Entwicklungen hatten immer wieder Auswirkungen auf die Pädiatrie.

1.1.1 Historischer Überblick

Überblick über die Entwicklung der Pädiatrie → Abb. 1.1

Überblick über die Entwicklung der Ausbildung der pädiatrischen Pflege → Abb. 1.2

Bereits im alten Ägypten gibt es Hinweise auf die spezielle Pflege von Kindern. Vertiefende Kenntnisse über die Aufgaben einer Hebamme und die Pflege von Neugeborenen finden sich in den Schriften von Soranus von Ephesus im ersten nachchristlichen Jahrhundert.

Neunhundert Jahre später verfasst der persische Arzt Rhazes das erste lateinische Buch, das sich ausschließlich mit Erkrankungen im Kindesalter beschäftigt. Erweitert wird dieses Werk in den Jahren 1472, 1473 und 1485, als drei Lehrbücher über Kinderkrankheiten gedruckt werden, eines sogar in deutscher Sprache.

1630 entsteht die erste Entbindungseinrichtung an einem Krankenhaus dem Hôtel Dieu in Paris. Deutschland folgt diesem Vorbild erst 1751 in Göttingen, anschließend entwickeln sich Kliniken in London, Wien und Breslau. Fast 60 Jahre später beschreibt Walter Harris die *Akuten Krankheiten der Kinder* in einem Gesamtwerk.

1722 führt Theodor Zwinger, ein Arzt aus der Schweiz, den Begriff der Pädiatrie ein. Das Wort stammt aus dem Griechischen – die Herkunftsworte *paidos* „Kind“ und *iatreia* „Heilung, ärztliche Behandlung“ – ergeben das Wort Kinderheilkunde.

Das Wissen über die unterschiedlichen Erkrankungen erhalten die Ärzte damals hauptsächlich über ihre eigene Beobachtung, wissenschaftlich fundierte Untersuchungen sind noch nicht möglich.

In Paris wird 1802 das „Hospital des enfants malades“ (Hospital für kranke Kinder) eröffnet. Wann es die erste Kinderklinik in Deutsch-

land gibt, ist nicht eindeutig nachzuvollziehen. Bereits 1702 ist eine Krankenstube für Waisenkinder in Berlin nachweisbar. 1863 schließen sich Bürger in Hannover zusammen, um einen Verein zum Wohle armer und kranker Kinder zu gründen. Hieraus entsteht am 24.4.1865 die erste (Poli-)Klinik, aus der sich ein Kinderkrankenhaus mit dem eindrucksvollen Spitznamen „Kinderheule“ entwickelt. Heute ist es die Kinderklinik AUF DER BULT. 1829 eröffnet das Kinderkrankenhaus an der Charité in Berlin offiziell, die Anfänge lassen sich nicht mehr genau bestimmen.

Das 19. Jahrhundert ist für die (Weiter-)Entwicklung der Pflege richtungsweisend, da während dieser Epoche die Grundlagen für die Berufsausbildung gelegt werden. Amalie Sieveking eröffnet Mitte des Jahrhunderts eine Privatschule für Krankenpflege in Hamburg, Pastor Theodor Fliedner gründet 1836 die erste protestantische Krankenpflegeschule in Kaiserswerth mit theoretischer und praktischer Ausbildung einschließlich eines Abschlussexamens. In der gleichen Zeit werden an mehreren Orten in Europa weitere Kinderkrankenhäuser errichtet.

1847 erkennt Ignaz Semmelweis, „Retter der Mütter“, dass eine gute Händehygiene die Entstehung des Kindbettfiebers deutlich eindämmen kann.

1894 wird Otto Heubner an der medizinischen Fakultät der Königlich-friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin als ordentlicher Professor für die Kinderheilkunde eingesetzt. Er hat zuvor bereits an der Leipziger Universität einen eigenständigen Lehrstuhl für Pädiatrie zu etablieren versucht, da er durch seine praktische Tätigkeit die Notwendigkeit dieser Entwicklung erkannt hatte. In Leipzig wird ihm dies verweigert, sodass er erfolgreich seinen Weg in Berlin sucht.

In einer historischen Übersicht darf an dieser Stelle die Zeit des Zweiten Weltkrieges bzw. der NS-Zeit nicht verschwiegen werden. Die Pflegenden sind damals in wenige Berufsorganisationen unterteilt, eine Mitgliedschaft ist verpflichtend. Vermittelt wird ein Menschenbild, das dem der damaligen Machthaber entsprach: So ist die Sichtweise auf viele Patienten, unter anderem auf geistig und körperlich behinderte Kinder, keinesfalls wohlwollend, liebevoll und beschützend, sondern

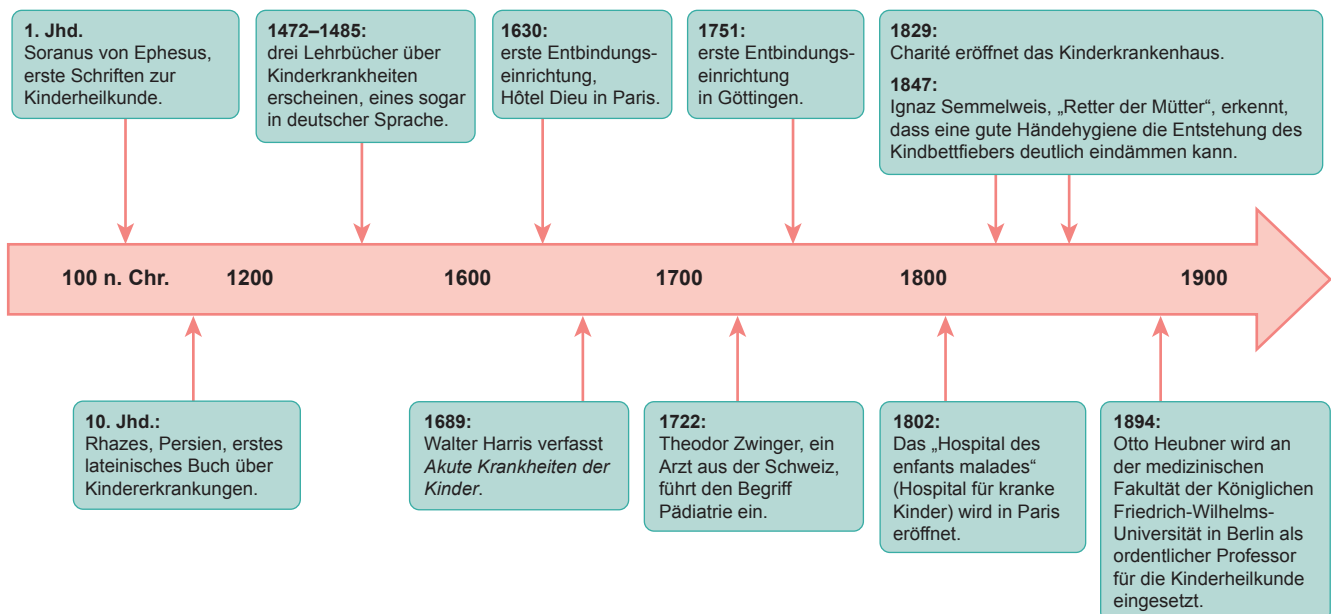


Abb. 1.1 Überblick über die historische Entwicklung der Pädiatrie. [L143]

bestenfalls mitleidig. Viele Kranke oder Menschen bestimmter Volksrichtungen gelten als „unwertes Leben“. Es wird nicht als Verbrechen betrachtet, diese Menschen medizinischen Folterungen, Versuchen oder willkürlichen Quälereien auszusetzen. An diesen Taten sind nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegepersonen beteiligt. Den Höhepunkt erreichen diese Gräueltaten mit der Durchführung strukturierter Euthanasie-, also Tötungsprogramme. Eine Untergruppe der sogenannten „T4“-Programme ist die Kindereuthanasie. Die „Kinderfachabteilungen“ sind über das gesamte Deutsche Reich verstreut.

Einige außergewöhnliche und furchtlose Menschen stellen sich gegen das NS-Regime und dessen Gedankengut, z.B. die Oberinnen Zerwer und Albrecht. Sie begründen 1928 auch den „Reichsverband für Säuglings- und Kleinkinderschwestern“, der 1934 durch das damalige politische Regime wieder aufgelöst wird.



Abb. 1.2 Überblick über die Entwicklung der Ausbildung der pädiatrischen Pflege. [L143]

1.1.2 Ausbildungsrichtlinien und berufspolitische Entwicklungen

Um eine strukturierte Ausbildung der Pflegenden zu schaffen, werden am 31.3.1917 in den ersten allgemeinen, staatlichen Verordnungen die Prüfungen von einjährig ausgebildeten **Säuglingsschwestern** vereinbart [1]. 1923 wird die Ausbildungszeit für **Säuglings- und Kinderpflegerinnen** auf zwei Jahre erhöht und es wird festgelegt, dass Auszubildende bei der Prüfung mindestens 20 Jahre alt sein müssen. Ende der 1930er-Jahre gelten als Voraussetzungen zum Ausbildungsbeginn, dass die Betreffende die Volksschule abgeschlossen haben und mindestens 18 Jahre alt sein muss. Der Umfang des theoretischen Unterrichts beträgt 200 Stunden.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges trat in der damaligen Bundesrepublik Deutschland am 15.7.1957 das erste Krankenpflegegesetz in Kraft. Die Ausbildung in der Pflege beträgt nun drei Jahre, zunächst zwei Jahre Theorie und Praxis, daran schließt sich ein sogenanntes Anerkennungsjahr an. Später beträgt die Ausbildung ohne das Anerkennungsjahr volle drei Jahre. Die Theorie umfasst 400 Stunden Unterricht. Auch die Berufsbezeichnungen werden geändert und geschützt. Statt wie bisher „Säuglings- und Kleinkinderschwester“ tragen die Absolventinnen den Titel **Kinderschwester**.

Das Krankenpflegegesetz erfährt 1965 eine Revision: Die Anzahl der theoretischen Stunden wird auf 1.200 Stunden in drei Jahren erhöht und die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern“ wird verabschiedet. Ausbildungsvoraussetzung ist mindestens die mittlere Reife. Auch das Abschlussexamen wird staatlich reglementiert. Durch diese Veränderungen wird die Ausbildung zur/zum **Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger** in Deutschland an die internationalen Gegebenheiten angepasst.

Aus berufspolitischer Perspektive ist ein wichtiger Meilenstein die Gründung des Arbeitskreises für Kinderkrankenpflege (AKK) im Jahr 1980, aus dem sich 1991 der „Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e. V. (BKK)“ entwickelt. 2000 erfolgt die Umbenennung in „Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD)“.

Auch die Berufsbezeichnung (→ Tab. 1.1) wird immer wieder den neuesten Entwicklungen angepasst. Seit 2004 lautet sie **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin** und **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger**. Die Ausbildung in der Pflege erfolgt integrativ, also in enger Zusammenarbeit von Krankenpflege und Kinderkrankenpflege, damit Synergieeffekte sinnvoll ausgenutzt werden können. Außerdem sollen in beiden Ausbildungsrichtungen Menschen aller Altersstufen beachtet werden. Die pädiatrische Erstausbildung und die eigenständige Berufsbezeichnung bleiben erhalten.

Tab. 1.1 Berufsbezeichnungen im Wandel der Zeit.

Jahr	Berufsbezeichnung
1938	Säuglings- und Kleinkinderschwester
1957	Kinderschwester
1965/1985	Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
2004	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
ab 2020	Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung Kind oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

1.1.3 Aktuelle Lage der Ausbildung in Deutschland

In den 1990er-Jahren beginnen die Diskussionen um eine grundlegende Reform der Pflegeausbildung. Seitdem soll eine generalistische Ausbildung eingeführt und an die Pflege in Europa angepasst werden. Außerdem soll die Ausbildung den weit gestreuten Einsatzmöglichkeiten Rechnung tragen und den Wechsel zwischen unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen ermöglichen.

Im Juli 2017 bahnt das „Gesetz zur Reform der Pflegeberufe“ die Wege zu dieser generalistischen Ausbildung, die die Berufe Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfleger zusammenführt. Die Umsetzung des Gesetzes beginnt 2020: Die bisher im Alten- und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen werden in einem neuen Pflegeberufegesetz (PflBG) zusammengeführt. Alle Auszubildenden zum Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfleger erhalten eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich (Krankenpflege, Altenpflege, Kinderkrankenpflege) in der Praxis wählen. Am Ende wird der Berufsabschluss mit dem Titel „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ erworben. Die Urkunde über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung enthält einen Hinweis auf den Vertiefungseinsatz.

Neben der generalistischen Ausbildung gibt es die Möglichkeit, den Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege zu machen.

Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung, wird es das Pflegestudium geben. In den letzten Jahrzehnten wurden Stimmen laut, die eine verstärkte Akademisierung der Pflegeberufe fordern. Seit 2004 besteht die Möglichkeit, den „Bachelor of Nursing“ im Rahmen eines Studiums zu erwerben. Seitdem werden zunehmend mehr Studiengänge angeboten, die grundständig oder dual angelegt sind. Mit dem Pflegeberufegesetz vom 17.7.2017 wird diese Möglichkeit auch gesetzlich geregelt. Ergänzend zur beruflichen Ausbildung, können auf diesem Weg die Berufszulassung und der akademische Grad erworben werden. Damit soll sichergestellt werden, dass pflegewissenschaftliches Wissen in die Pflegepraxis Eingang findet. Zusätzlich bestehen schon seit längerer Zeit die Studiengänge zum Pflegepädagogen bzw. zum Pflegemanager.

1.1.4 Berufsfelder der Kinderkrankenpflege

Der klassische Tätigkeitsort einer Pflegeperson in der Pädiatrie ist nach wie vor die **Klinik**: Es gibt Kinderkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und Kliniken, bei denen Kinder auf Allgemeinstationen versorgt werden. Pädiatrische Pflegepersonen können außerdem in Fachkliniken für Kinder arbeiten, wie z. B. in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen oder Fachkliniken für bestimmte Erkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, Allergien, Rheuma), ebenso in Rehabilitationskliniken und Tageskliniken für akut und/oder chronisch kranke Kinder und Jugendliche.

Weniger im Blickpunkt der beruflichen Tätigkeit stehen Kurheime für Mutter und Kind, Gesundheitsämter, Betreuungseinrichtungen für schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche und integrative Einrichtungen wie Kindergärten und Horte, aber auch Schulen.

Die **Kinderpsychiatrie** ist ein eigenständiger Arbeitszweig, ebenso wie die zunehmende Anzahl an spezialisierten **Kinderhospizen**. Pädiatrisch geschulte Pflegefachpersonen sind auch in der Lage, die **ambulante Versorgung** von kranken Kindern im häuslichen Bereich vorzunehmen, und sie können Kinderärzte in der Praxis unterstützen.

Da sich das Fachgebiet mit Patienten im Alter zwischen 0 und 18 Jahren beschäftigt, die Patienten jedoch auch älter sein können, stellt sich bei der Wahl des Arbeitsplatzes die Frage, mit welcher Altersgrup-

pe die Pflegekraft bevorzugt arbeiten möchte: z. B. mit Frühgeborenen oder ob sie auf der chirurgischen Abteilung Kinder im jugendlichen Alter versorgen möchte.

Weiterbildungen sind in vielen Fachbereichen möglich, z. B. in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege. Es können z. B. auch eine onkologische Zusatzqualifikation erworben oder spezielle Aufgaben, z. B. die Still- und Laktationsberatung oder die Trauerbegleitung für Kinder übernommen werden.

SPICKZETTEL

Kinderkrankenpflege

Die Grundlagen für die Berufsausbildung zur Kinderkrankenschwester/zum Kinderkrankenpfleger werden im 19. Jahrhundert gelegt. Es werden Kinderkrankenpflegesschulen und Kinderkrankenhäuser errichtet. Strukturierte Ausbildungen werden Anfang des 20. Jahrhunderts auf den Weg gebracht, der Umfang der Ausbildungszeiten und Berufsbezeichnungen ändern sich im Verlauf der Zeit, die Ausbildung wird auch an die internationalen Gegebenheiten angepasst. Seit 2004 lautet die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“. Ab 2020 erfolgt die Ausbildung in einer gemeinsamen, generalistisch ausgerichteten Ausbildung. Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung, wird es das Pflegestudium geben.

1.2 Sozialpädiatrie

Die Sozialpädiatrie [2] beschäftigt sich mit den äußeren Einflüssen auf die Gesundheit und Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Dazu gehören z. B. die Prävention, Behandlung und Rehabilitation sowie Bedingungen und Faktoren, die gegeben sein müssen, damit bei einem kranken Patienten das Leben bewältigt und die Teilhabe an der Gesellschaft gelingen kann.

1.2.1 Epidemiologie

Die **Epidemiologie** ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung und den Ursachen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in der Bevölkerung befasst. Untersucht werden auch die physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Faktoren der Krankheiten und Störungen. Für das Auftreten und die Verbreitung von Krankheiten gibt es wichtige Beobachtungsgrößen, wie z. B. die Inzidenz und Prävalenz (s.u.). Die Epidemiologie untersucht außerdem Faktoren, die zur Gesundheit und Krankheit beitragen, und legt damit die quantitative Basis vieler Maßnahmen, die im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung unternommen werden.

Als Pflegeperson ist es für den eigenen beruflichen Alltag von Bedeutung, auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Dieses Wissen, ausgedrückt in Daten, Zahlen und Statistiken, kann spezifische Fragen beantworten, Entwicklungen beobachten und die pflegerischen Interventionen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft halten. Interessante Fragen können in diesem Zusammenhang sein:

- Wie häufig tritt eine bestimmte Erkrankung bei Kindern auf?
- Welche Kinder erkranken?
- Welche Lebensumstände der Kinder spielen eine Rolle beim Entstehen dieser Krankheit?

Die **Prävalenz** gibt Auskunft darüber, wie viele Personen aus einer beobachteten Gruppe von Menschen zu einem definierten Zeitpunkt von einer bestimmten Krankheit betroffen sind. Der Wert zeigt an, wie viele Kinder zu einem bestimmten Zeitpunkt z. B. an Typ-1- oder Typ-2-Diabetes erkrankt sind. Die Prävalenz eignet sich zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs.

Säuglingssterblichkeit

Gestorbene Säuglinge nach der Lebensdauer

Gestorbene Säuglinge	2013	2014	2015	2016	2017
im 1. Lebensjahr Gestorbene	2 250	2 284	2 405	2 698	2 566
davon					
in den ersten 7 Tagen	1 173	1 310	1 352	1 516	1 406
nach dem 7. bis einschließlich 28. Tag	355	298	348	402	380
nach dem 28. Tag bis einschließlich 12. Lebensmonat	722	676	705	780	780

Abb. 1.3 Entwicklung der Säuglingssterblichkeit von 2013–2017. [L143]

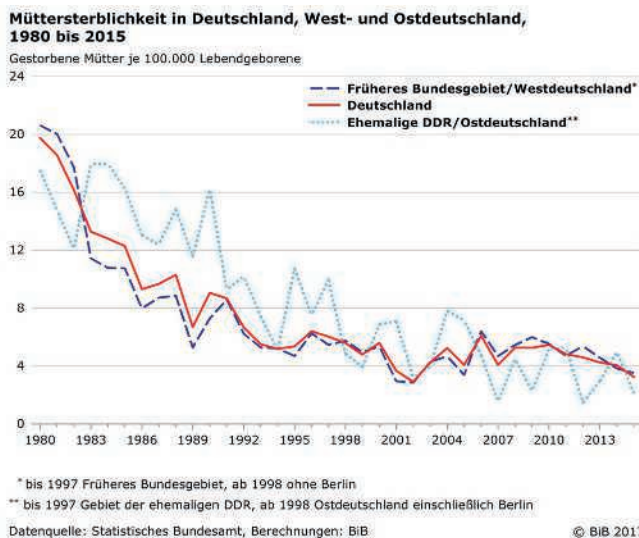


Abb. 1.4 Entwicklung der Müttersterblichkeit von 1980 bis 2015.

Die **Inzidenz** hingegen gibt die Anzahl der Neuerkrankungen einer Krankheit in einem Jahr an (Neuerkrankungsrate) und zeigt z. B. auf, bei wie vielen Kindern 2018 die Diagnose Typ-1- und Typ-2-Diabetes gestellt wurde. Sie sagt etwas aus über die Häufigkeit des Neuauftretens von Erkrankungen, gibt aber auch Hinweise auf das Erkrankungsrisiko. Das Erfassen von jährlichen Neuerkrankungen einer bestimmten Erkrankung ist sinnvoll, um z. B. die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen überprüfen oder den Bedarf planen zu können.

Die **Morbidität** beschreibt die Häufigkeit einer Erkrankung in einer Bevölkerungsgruppe: Sie verweist z. B. darauf, wie viele Frühgeborene, die unter der 30. Schwangerschaftswoche geboren wurden, an einer RSV-Infektion (→ 5.7) innerhalb des ersten Lebensjahres erkranken. Damit wird die Gesundheit einer Gruppe von Menschen beschrieben. Zur Beurteilung werden die Prävalenz und Inzidenz hinzugezogen.

Informationen können beim Statistischen Bundesamt [3] und im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [4] abgerufen werden. Hier gibt es Daten zur alters- und krankheitsspezifischen Mortalität, aber auch zu den für die Pädiatrie bedeutsamen Kriterien Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit, die Rückschlüsse auf Lebensverhältnisse und die medizinische Versorgung eines Landes zulassen.

Die Zahl zur **Säuglingssterblichkeit** (→ Abb. 1.3) beschreiben, wie viele von den Lebendgeborenen innerhalb des ersten Lebensjahres ver-

sterben. Die **Müttersterblichkeit** (→ Abb. 1.4) gibt an, wie viele Mütter während der Geburt oder innerhalb von sechs Wochen nach Beendigung der Schwangerschaft versterben.

Die **Mortalität (Sterberate)** gibt Auskunft über die Anzahl der Gestorbenen in einem Zeitraum, z. B. während eines Kalenderjahrs, und in einem bestimmten Gebiet, z. B. Bundesrepublik oder Bundesland. Für die Kinderkrankenpflege ist es interessant, die Sterberate in den verschiedenen Altersgruppen der Kinder zu kennen. Dabei fallen zwei Gipfel auf – und zwar im Säuglingsalter und im Jugendalter.

1.2.2 Gesundheitsberichte über Kinder und Jugendliche

Regelmäßig werden vom Robert Koch-Institut (RKI) Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen als Grundlage für die Gesundheitspolitik erhoben. Sie geben wertvolle Hinweise über den aktuellen Stand und/oder über die Entwicklungen der Gesundheit in Deutschland.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes am Robert Koch-Institut [5] ist das Medienorgan, welches auf Bundesebene die Erkenntnisse und Daten zum Gesundheitszustand sammelt, sortiert und veröffentlicht.

Eine Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts ist z. B. die **Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)** (→ Tab. 1.2). Die Basiserhebung fand 2003 bis 2006 unter dem Namen **Kinder- und Jugendgesundheitsurvey** statt. Seit 2009 wird die Studie als Langzeitstudie weitergeführt. Dabei werden wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der Kinder- und Jugendlichen erhoben. So werden z. B. die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen gemessen, Befragungen zum Ernährungsverhalten durchgeführt, familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Störungen, Adipositas und allergischen Erkrankungen erhoben. Zur Informationsfindung werden sowohl Befragungen durchgeführt als auch medizinische Untersuchungen, Tests und Laborwerte herangezogen. Außerdem wird eine bestimmte Kohorte von Kindern und Jugendlichen der Basiserhebung wiederholt, bis zum Erwachsenenalter untersucht, sodass Ursachen und Bedingungen gesundheitlicher Veränderungen im Lebenslauf analysiert werden können.

Die Ergebnisse werden in zahlreiche Publikationen, wie in den Kinder- und Jugendberichten, den Ausführungen zur *Lebensphasenspezifischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, aber auch in Strategien zur Förderung der Kindergesundheit und Planungen

Tab. 1.2 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Studie	Inhaltliche Schwerpunkte
KiGGS-Basiserhebung 2003–2006	Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
KiGGS Welle 1 2009–2012	körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten sowie Rahmenbedingungen für Gesundheit (bio-psycho-soziale Umwelt)
KiGGS Welle 2 2014–2017	Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

für Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung aufgenommen.

Der 1992 begonnene Datenpool *Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen im Kindesalter (ESPED)* dokumentiert seltene und/oder plötzlich auftretende ungewöhnliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (z. B. pädiatrischer Schlaganfall, neonataler Schlaganfall und Sinusvenenthrombose SVT) und dient der Gewinnung von bundesweiten Daten außergewöhnlicher pädiatrischer Erkrankungen.

1.2.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Die Sozialpädiatrie befasst sich neben der Epidemiologie auch mit der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta legte 1986 fest, dass **Gesundheitsförderung** darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dies soll erreicht werden durch:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsfördernder Gemeinschaftsaktionen
- Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Das europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ bestätigt und aktualisiert die Konzepte der Ottawa-Charta.

Prävention

Bei der **Prävention** (→ Abb. 1.5) geht es um die Vermeidung bzw. die Vorbeugung von Krankheiten durch Beeinflussung bzw. Reduktion der krankheitsspezifischen Risikofaktoren. Unterschieden werden die Formen der Prävention nach dem Zeitpunkt sowie nach der Zielgröße der Intervention.

• Zeitpunkt der Prävention:

- Primärprävention
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention

• Zielgröße der Intervention:

- **Verhaltensprävention**, was eine Krankheitsvermeidung durch Änderung des Verhaltens bedeutet
- **Verhältnisprävention**, was eine Krankheitsvermeidung durch Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse, z. B. durch Maßnahmen, die durch den Gesetzgeber festgelegt werden, wie die Anschnallpflicht im Auto.

Primärprävention

Bei der **Primärprävention** geht es darum, die **Gesundheit zu erhalten** bzw. das **Auftreten** von Erkrankungen durch verschiedene Maßnahmen zu **verhindern**. Wenn sich diese Maßnahmen an Einzelne richten, besteht die Möglichkeit der Verhaltensprävention oder der Verhältnisprävention, indem die Lebensumstände angepasst werden.

- Ein Beispiel für die **Verhaltensprävention** ist die Beratung zur Unfallverhütung im Kindesalter (→ 2.6.4). Informationen über Gefahrenquellen, z. B. im Haushalt, sollen helfen, Unfälle zu vermeiden, denn in einem bestimmten Lebensalter können alltägliche Situationen zum Risiko werden, wie z. B. Tischdecken oder ungesicherte Töpfe auf dem Herd, die heruntergezogen werden können. Die Beratung soll die Aufmerksamkeit der Eltern für solch gefährlichen Situationen schärfen.
- Bei der **Verhältnisprävention** durch den Gesetzgeber wird hingegen festgelegt, dass z. B. Kindersitze im Auto für alle verpflichtend sind oder Medikamente mit kindersicheren Verschlüssen ausgestattet werden müssen. Auch spezifische Maßnahmen wie Impfungen, Ernährung, Stillförderung, Allergieprävention oder SIDS-Prophylaxe gehören zur Primärprävention.

Sekundärprävention

Die **Sekundärprävention** beschäftigt sich mit der **Früherkennung** bzw. dem **Fortschreiten** einer **Erkrankung**. Dazu gehören z. B. Screenings und Vorsorgeuntersuchungen, wie das Neugeborenen-Screening, die transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE), Ultraschalluntersuchungen zur Verlaufskontrolle einer Hüftdysplasie oder die Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen → 2.1.2).

Tertiärprävention

Bei der **Tertiärprävention** geht es um das **Verhindern** des **Fortschreitens der Erkrankung**, insbesondere der **Chronifizierung** und des Auf-

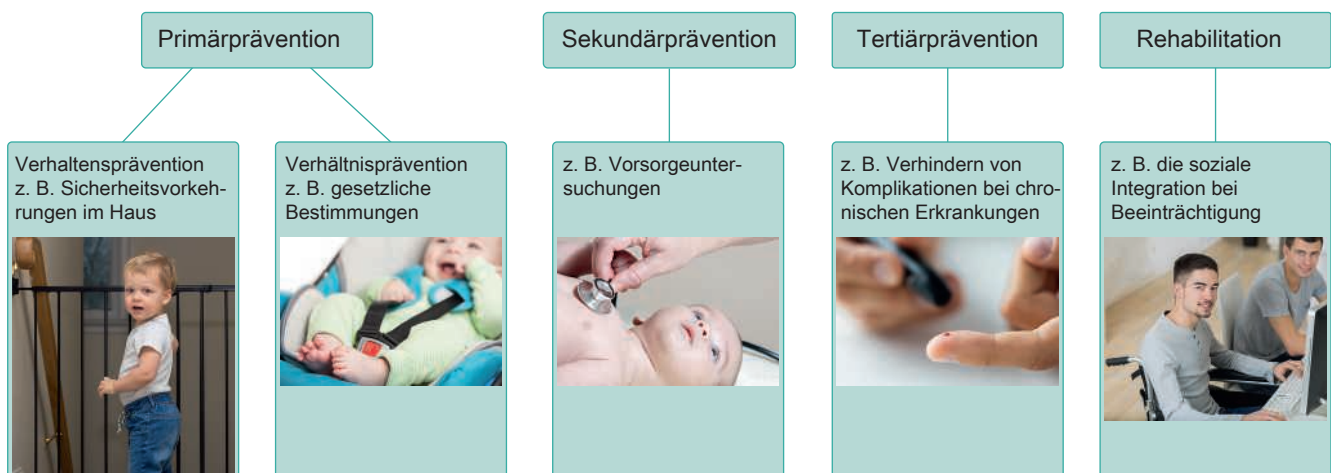


Abb. 1.5 Übersicht über Prävention und Rehabilitation, bezogen auf die pädiatrische Pflege. [L143, Fotos: J787]

treten von vermeidbaren **Komplikationen**. Bei vielen chronischen Krankheiten wie Epilepsie oder Typ-1-Diabetes liegt das Behandlungsziel insbesondere darin, die Verschlechterung der Krankheit aufzuhalten, damit die Betroffenen ein möglichst normales Leben führen können. Die Erkrankungsfolgen können durch Rehabilitationsmaßnahmen gemindert und die Ressourcen gestärkt werden.

Rehabilitation

Die **Rehabilitation** (→ Abb. 1.5) umfasst alle Maßnahmen, die akut oder chronisch Kranken, behinderten Menschen oder von Behinderung Bedrohten eine möglichst große Autonomie ermöglichen. Dazu gehört die Teilnahme am sozialen Leben, die Teilnahme an Bildung und am Arbeitsleben. Bei der Rehabilitation werden vier Bereiche unterschieden:

- **Medizinische Rehabilitation:** Sie hat das Ziel, die körperliche und geistige Gesundheit des Kindes wiederherzustellen. Eine Chronifizierung der Erkrankungen soll verhindert oder vermindert werden.
- **Soziale Teilhabe:** Erreicht werden soll die soziale Integration. Dazu gehören neben der störungsfreien Kommunikation und dem barrierefreien Wohnen auch der Zugang zu Behörden, soziale Kontakte und Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen, wie z. B. Kino. Ziel ist es, ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können.
- **Teilhabe am Arbeitsleben:** Bei Jugendlichen ist die Eingliederung in das Arbeitsleben ein wichtiges Thema. Berufsvorbereitende Maßnahmen und Erstausbildungen in Berufsbildungswerken unterstützen den Übergang in das Berufsleben.
- **Teilhabe an Bildung:** Es werden Hilfen zu einer Schulbildung v. a. im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht angeboten. Aber auch die Möglichkeit des Besuches einer weiterführenden Schule gehört dazu.

Seit November 2009 gibt es eine Verfahrensabsprache zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), da beide Leistungserbringer für die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen zuständig sind. Während für die GKV die Wiederherstellung der Gesundheit eines Kindes im Vordergrund steht, ist es Ziel der DRV Bund, die spätere Arbeitsfähigkeit herzustellen und durch rehabilitative Maßnahmen diese Arbeitsfähigkeit für später aufzubauen und/oder zu erhalten.

Die familienorientierte Rehabilitation (FOR) bezieht die ganze Familie während einer vier- bis manchmal sechswöchigen Rehabilitationsmaßnahme mit ein. Das gesamte System Familie wird durch drei therapeutische Teams (medizinisches Team, sporttherapeutisches und psychosoziales Team) multifaktoriell medizinisch sach- und fachgerecht therapiert und betreut.

Die **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, welche die Sozialgesetzgebung im Bereich der Rehabilitation und Behinderung beeinflusst hat. Während die **Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)** Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) einstuft, dient die ICF als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden. Die WHO gibt auch eine von der ICF abgeleitete Klassifikation für Kinder und Jugendliche heraus, die ICF-CY (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen). Sie berücksichtigt die Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen.

SPICKZETTEL

Prävention, Rehabilitation

In der Ottawa-Charta ist seit 1986 festgelegt, dass durch Gesundheitsförderung die Gesundheit der Menschen gestärkt werden soll. Bei der **Prävention**, insbesondere bei der Primärprävention, geht es um die Vermeidung bzw. die Vorbeugung von Krankheiten durch Beeinflussung bzw. Reduktion der krankheitsspezifischen Risikofaktoren. Die Sekundärprävention beschäftigt sich mit der Früherkennung einer Erkrankung, die Tertiärprävention mit der Chronifizierung und dem Auftreten von vermeidbaren Komplikationen. Die **Rehabilitation** umfasst alle Maßnahmen, die akut oder chronisch Kranken, behinderten Menschen oder von Behinderung Bedrohten eine möglichst große Autonomie ermöglichen.



PÄDIATRISCHE VERSORGUNG

Gabriele Fley (2.1, 2.2, 2.4, 2.7), Monja Göken (2.6), Birgit Gwuzdz (2.1, 2.6), Lisa Kneilmann (2.5), Birgit Kohler (2.3), Fabian Martach (2.9), Kira Schawe (2.8), Magdalena Schönborn (2.9), Peter Schonhoff (2.1.2)

2.1	ENTWICKLUNG DES GESUNDEN KINDES	14	2.5.2	Kernthemen der Frühen Hilfen	24
2.1.1	Entwicklung während der verschiedenen Altersstufen	14	2.5.3	Zielgruppen der Frühen Hilfen	24
2.1.2	Beurteilung der Entwicklung bis zum Erwachsenenalter	16	2.5.4	Praxisbeispiel Frühe Hilfen – sozialmedizinische Nachsorge	24
2.2	KRANKHEITSKONZEPTE VON KINDERN	17	2.6	PFLEGE VON KINDERN IM SÄUGLINGSalTER	25
2.3	KIND IM KRANKENHAUS	18	2.6.1	Hautpflege	25
2.3.1	Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für das kranke Kind	19	2.6.2	Ernährung, Ernährungs- und Gedeihstörungen	26
2.3.2	Mitaufnahme der Eltern	19	2.6.3	Regulationsstörungen	27
2.3.3	Besuch des kranken Kindes im Krankenhaus	20	2.6.4	Verletzungsprävention	28
2.3.4	Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für Eltern und das Familiensystem	20	2.6.5	Krankes Kind zu Hause	29
2.3.5	Bedeutung eines Krankenhausaufenthaltes für Geschwisterkinder	20	2.7	TRANSITION	30
2.3.6	Besonderheiten in den einzelnen Phasen des Krankenhausaufenthaltes	20	2.8	PRÄ- UND POSTOPERATIVE PFLEGE	31
2.4	PATIENTENEDUKATION	22	2.8.1	Präoperative Pflege	31
2.5	FRÜHE HILFEN	23	2.8.2	Postoperative Pflege	33
2.5.1	Ziele der Frühen Hilfen	24	2.9	KINDESMISSHANDLUNG UND SEXUELLER MISSBRAUCH	36



Wussten Sie schon ...

Kinder sind keine kleinen Erwachsene.

Kind im Krankenhaus: Kinder sollten nur dann in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wenn eine Versorgung zu Hause oder in einer Tagesklinik nicht möglich ist (EACH-Charta Artikel 1).

Entwicklung: Genetische Einflüsse und Umwelteinflüsse haben Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes.

Krankheitskonzepte: die Vorstellung von Kindern zu einer Krankheit hängt von deren Lebensalter ab.

Transition: Übergang der Versorgung von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ins Erwachsenenalter.

Verletzungsprävention: Kinder sind neugierig und erkunden die Welt. Bestimmte Maßnahmen sollen sie vor Unfällen und Verletzungen schützen.

Vorsorgeuntersuchungen: Untersuchungen in regelmäßigen Abständen, um die Entwicklung eines Kindes zu beurteilen. Diese werden von einem Kinderarzt durchgeführt und von den Krankenkassen bezahlt, sind aber nicht verpflichtend. Das Ergebnis der Untersuchung wird im Vorsorgeheft des Kindes dokumentiert.

Patientenedukation: Informieren, Anleiten, Schulen und Beraten. Eltern und Kinder sollten sowohl gemeinsame, aber auch gesonderte Angebote erhalten.

Frühe Hilfen: Angebot zur Unterstützung von Familien hinsichtlich der Entwicklung des Kindes bis zum dritten Lebensjahr.

Vernachlässigung und Misshandlung: Dazu zählen körperliche Vernachlässigung, direkte Gewalteinwirkung und emotionale Vernachlässigung bzw. Misshandlung.

Operation: Eine geplante Operation sollte nur dann stattfinden, wenn sich das Kind in einem guten Allgemeinzustand befindet und keine Symptome einer Erkrankung bestehen.



2.1 Entwicklung des gesunden Kindes

Genetische Einflüsse und Umwelteinflüsse haben Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes. Entsprechend verläuft sie sehr individuell. Gerade im frühen Kindesalter gibt es eine weite Spannbreite.

2.1.1 Entwicklung während der verschiedenen Altersstufen

Der Weg eines Kindes von seiner Geburt bis ins Erwachsenenalter ist geprägt von Reifung und Entwicklung. Abgesehen davon gibt es zur Beurteilung und zur Kontrolle der Entwicklung hinsichtlich individueller Verzögerungen oder möglicher Auffälligkeiten sehr unterschiedliche Meinungen. Diese können wie folgt charakterisiert werden:

- Das Modell einer **hierarchisch strukturierten** Entwicklung folgt dem Konzept, dass jeder Schritt zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer vorgegebenen Reihenfolge stattzufinden hat. Weicht das beobachtete Kind von dieser Struktur auch nur geringfügig ab, gilt die Entwicklung als pathologisch. Geprägt wurde dieses Bild einer hierarchisch-linear strukturierten Entwicklung von Arnold Gsell. Bis heute greifen viele Testverfahren, welche die kindliche Entwicklung beurteilen, auf diese Sichtweise zurück.
- Im Gegensatz dazu betonen andere Konzepte eine **individuelle, variabel verlaufende** und an die Gegebenheiten **angepasste** Entwicklung des Kindes. Die Vertreter dieser Theorie sehen Umweltbedingungen, das soziale Umfeld und seine Folgen einschließlich der genetischen, motorischen, kognitiven, sozialen und kulturellen Voraussetzungen des Kindes als Faktoren an, welche die Entwicklung des Kindes beeinflussen. Eine Beurteilung wird damit komplex und im hohen Maße individuell, da zusätzlich noch die Erfahrungen des Kindes und seine Lernbereitschaft mit einbezogen werden müssen. Eine Vermischung dieser beiden Sichtweisen bildet die Realität vermutlich am besten ab. Um dies zu erreichen, entwickelten Michaelis et

al. [1, 2] das Konzept der **Grenzsteine der Entwicklung**. 2013 überarbeitete die Gruppe das Konzept grundlegend und kritisch.

Grenzsteine der Entwicklung

Die **Grenzsteine** werden definiert als die Entwicklungsziele, welche ein Kind in einem vorgegebenen Alter zu erreichen hat, wenn es in einer bestimmten Kultur aufwachsen kann. Der Zeitpunkt wird dadurch charakterisiert, dass 90–95 % der Kinder dieses Kulturkreises ebendiese Entwicklung vollzogen haben. Die ausgewählten Grenzsteine sind unerlässliche Durchgangsstadien der kindlichen Entwicklung. Kinder sollten als „Spätentwickler“ bezeichnet werden, wenn ein Entwicklungsziel nicht zum **Grenzsteinalter** erreicht wurde. Es sollte nach den möglichen Ursachen der verzögerten Entwicklung gesucht werden.

Das Grenzstein-Prinzip bietet also die Möglichkeit, bei der hohen zeitlichen, qualitativen und individuellen Variabilität von Entwicklungsprozessen solche Kinder herauszufinden, die in ihrer Entwicklung gefährdet sind.

Grenzsteine als Warnfunktion

Die Grenzsteine haben Warnfunktion und stellen keine Diagnose dar, sollten aber eine intensive weitere Beobachtung und evtl. eine Entwicklungsdiagnostik veranlassen.

Erreicht werden die gesetzten Grenzsteine über **Grenzpfade**. Dieser Begriff wurde gewählt, damit die Flexibilität und Individualität des Prozesses noch mal deutlich gemacht werden kann: Ein Pfad passt sich den vorliegenden Umweltgegebenheiten an.

Im Konzept der Grenzsteine [1, 2] sind folgende **Lebensbereiche** wegweisend für die Beobachtung und Kontrolle der kindlichen Entwicklung:

- Körpermotorik
- Hand- und Fingermotorik

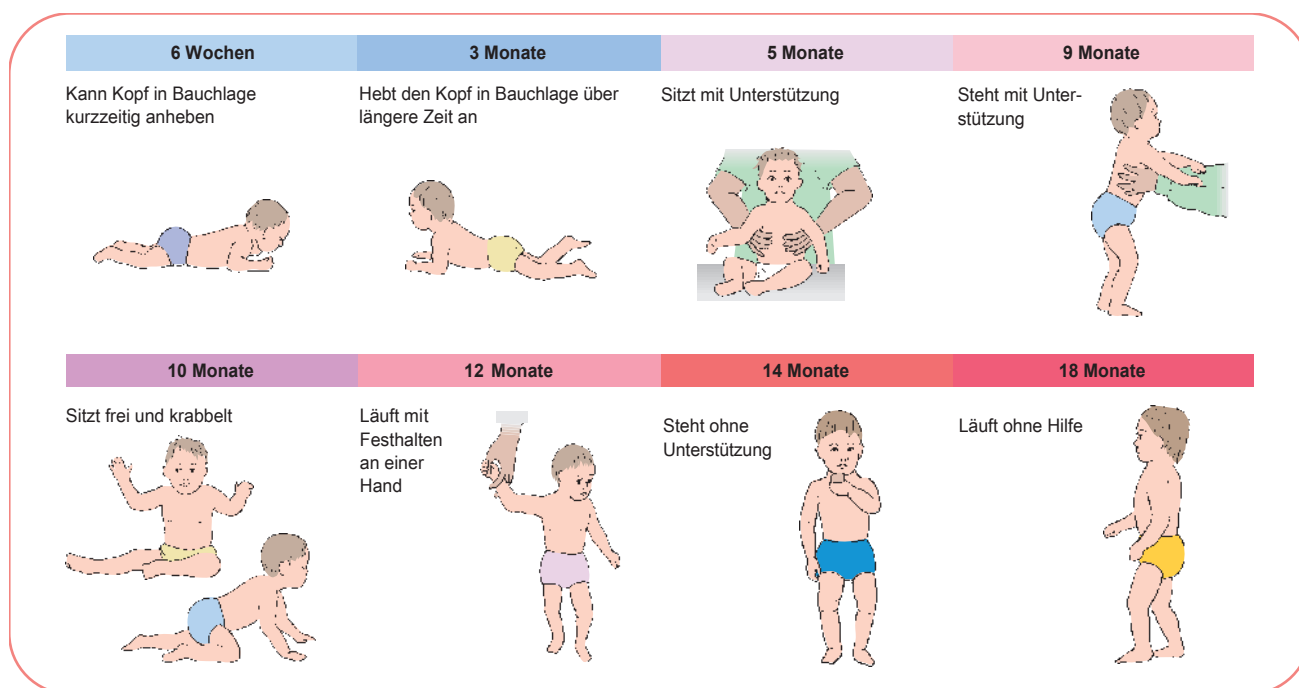


Abb. 2.1 Meilensteine der Entwicklung. [L190]

Tab. 2.1 Grenzsteine der Entwicklung (nach Michaelis [1, 2]).

	18 Lebensmonate	3. Lebensjahr	Ende des 5. Lebensjahrs
Körpermotorik	<ul style="list-style-type: none"> • Freies Gehen, Gleichgewicht sicher • Treppensteigen mit Nachstellschritten • Festhalten an Erwachsenenhand oder Geländer 	<ul style="list-style-type: none"> • Absprung mit beiden Beinen von Treppe möglich • Stabiles Gleichgewicht • Laufen mit Armschwung • Hindernissen kann ausgewichen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind kann Treppensteigen im Wechselschritt ohne Festhalten • Ballspielen (Fangen und Werfen) ist mit ganzem Körpereinsatz möglich
Hand- und Fingermotorik	<ul style="list-style-type: none"> • Objekte werden nach Aufforderung aus der Hand gegeben • Objekte werden auch wieder aufgehoben • Zeigefinger wird gezielt zum Manipulieren eingesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Seiten werden einzeln umgeblättert • 3-Fingerspitzgriff wird bei kleinen Gegenständen eingesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Basteln ist gelernt, auch Schereneinsatz • Malen alltäglicher Dinge, z. B. Haus, Baum, Mensch ist möglich • Erste Schreibfähigkeiten sind vorhanden
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Symbolsprache • Einwortsprache 	<ul style="list-style-type: none"> • 3–5-Wort-Sätze • Buchstaben, Laute und Konsonanten werden präzise artikuliert 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen können sinnhaft und zeitlich korrekt berichtet werden • Das Kind verwendet noch eine einfache grammatikalische Struktur • Aussprache ist fehlerfrei
Kognitive Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Bauklötzchenturm wird gebaut • Bücher werden betrachtet, Bekanntes wiedererkannt • Eigenbeschäftigung 20–30 Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Imitiert die Erwachsenen • Erklärt gemalte Bilder • Kontinuierliches Spielen ist für ca. 30 Minuten möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Gattungsoberbegriffe sind bekannt, z. B. Pflanzen und Tiere können anhand von Bildern zugeordnet werden • Das Kind kennt die Farben und kann sie benennen
Soziale Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder spielen für sich, nicht gemeinsam, aber gerne in Gesellschaft • Nein kann als Verbot zugeordnet werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind beginnt im Haushalt zu helfen • Gemeinsames Spielen mit anderen ist für eine halbe Stunde möglich • Tauschen von Spielzeug wird vorgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind ist zum gerechten Teilen fähig • Besuche zwischen den Kindern beginnen • Das Kind kann sich an Spielregeln halten • Gemeinsames Spielen mit anderen ist möglich
Emotionale Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Bezugspersonen ist stabil • Aufenthalt bis zu 2 Stunden ohne Bezugspersonen bei bekannten Personen ist möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit bekannten Personen ist eine Trennung von den Bezugspersonen sogar über Stunden möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Trennung von den Bezugspersonen ist auch über Nacht möglich, Anwesenheit anderer bekannter Menschen sollte aber gewährleistet sein • Kind kann von durchlebten Erfahrungen berichten, auch wenn sie nicht positiv waren

- Körperbewusstheit
- Sprache und Entwicklung des Sprechens
- Kognition
- Soziale Kompetenz
- Emotionale Kompetenz
- Ich-(Selbst-)Struktur
- Selbstständigkeit

Es liegen Tabellen mit Grenzsteinen vor, die unterschiedliche Altersstufen abbilden (→ Anhang). In → Tab. 2.1 werden als Beispiele Grenzsteine im Alter von 18 Lebensmonaten, am Ende des 3. Lebensjahres und am Ende des 5. Lebensjahres parallel aufgezeigt, um die Veränderungen im jeweiligen Entwicklungspfad kenntlich zu machen. Die Zeitpunkte sind keine willkürliche Altersfestlegung, sondern markieren bedeutsame Entwicklungsphasen (→ Abb. 2.1).

- Mit **18 Monaten** soll ein Kind alle Ziele erreicht haben, die ein Säugling zu bewältigen hat.
- Mit **3 Jahren** sollte das Kind einen gewissen Grad an Autonomie und Selbstständigkeit erreicht haben. Die Sprache sollte flüssig und die soziale Kompetenz in den Anfängen vorhanden sein.
- Kurz vor der Einschulung muss die Entwicklung nochmals genauer betrachtet werden. Zeigt das Kind die Fähigkeiten, den schulischen und sozialen Anforderungen gewachsen zu sein? Also ist auch der Altersbereich mit **fast 6 Jahren** wichtig.

Meilensteine der Entwicklung

Als andere Art der Beurteilung der Entwicklung im Kindesalter dient das Konzept der **Meilensteine** (→ Abb. 2.1).

Während das Konzept der Grenzsteine die vollzogene Entwicklung von 90–95 % der Kinder eines Kulturkreises als Bezugsgröße hat, vergleichen die Meilensteine 50 % aller Kinder. Haben sie eine bestimmte Entwicklung vollzogen, gilt der Meilenstein als erreicht. Hierbei berücksichtigt das Konzept nicht die hohe individuelle Variabilität. Es ist zur Beurteilung einer spezifischen Entwicklung wenig geeignet [1, 2].

Entwicklungsaufgaben nach Havighurst

Das von dem amerikanischen Erziehungswissenschaftler und Soziologen R. J. Havighurst in der Mitte der 1950er-Jahre entwickelte **Konzept der Entwicklungsaufgaben** beschreibt zahlreiche Lernaufgaben für neun Lebensperioden über die gesamte Lebenszeit eines Menschen, deren Bewältigung Entwicklung erfordert. Von diesen Entwicklungsaufgaben finden sechs im Kindes- und Jugendalter statt (→ Tab. 2.2). Jede dieser Aufgaben wird als ein Bindeglied im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen definiert.

Die Entwicklungsaufgaben finden sich überwiegend in drei Lebensbereichen, in den

- biologisch-physiologischen Bedürfnissen des Menschen, z. B. in der Pubertät,
 - Aufgaben, die aus der Gesellschaft heraus an die Person gestellt werden, z. B. Berufsausbildung, sowie
 - höheren Zielen, also Werten oder ethisch-moralischen Vorstellungen.
- Die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgabe führt zu Zufriedenheit, Erfolg und Weiterentwicklung. Das Nicht-Bewältigen führt zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben. [3]

Tab. 2.2 Entwicklungsaufgaben nach Havighurst im Kindes- und Jugendalter.

Entwicklungsphasen	Entwicklungsaufgaben
Frühe Kindheit 0–2 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Anhänglichkeit (social attachment) Objektpermanenz Sensomotorische Intelligenz und schlichte Kausalität Motorische Funktionen
Kindheit 2–4 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Selbstkontrolle (v. a. motorische) Sprachentwicklung Fantasie und Spiel Verfeinerung motorischer Funktionen
Schulübergang und frühes Schulalter 5–7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Geschlechtsrollenidentifikation Einfach moralische Unterscheidungen treffen Konkrete Operationen Spiel in Gruppen Planung eines Tages
Mittleres Schulalter 6–12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Soziale Kooperation Selbstbewusstsein (fleißig, tüchtig) Erwerb der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben etc.) Spielen und Arbeiten im Team
Adoleszenz 13–17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Körperliche Reifung Formale Operationen Gemeinschaft mit Gleichaltrigen Übernahme der männlichen/weiblichen Geschlechtsrolle
Jugend 18–22 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie von den Eltern Identität in der Geschlechtsrolle Internalisiertes moralisches Bewusstsein Berufswahl

Laut Havighurst könnten nicht bewältigte Aufgaben zwar zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden, es bedeutet für die Person jedoch wesentlich mehr Anstrengung und Aufwand, als wenn die Entwicklung zum vorgesehenen Zeitpunkt erledigt werden konnte.

2.1.2 Beurteilung der Entwicklung bis zum Erwachsenenalter

Die Entwicklung eines Kindes wird regelmäßig durch einen Kinderarzt beurteilt. Dazu sind in Deutschland in festgelegten Abständen **Vorsorgeuntersuchungen** (→ Tab. 2.3), die **U-Untersuchungen**, geplant. Inhalt und Durchführung dieser Checks werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt [4]. Sie werden von den Krankenkassen bezahlt, sind aber nicht verpflichtend. Das Ergebnis der Untersuchung wird im **Vorsorgeheft** des Kindes (auch *Gelbes Heft* genannt → Abb. 2.2) vermerkt.



Abb. 2.2 Im Gelben Heft werden die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen festgehalten. [X354]

Tab. 2.3 In Deutschland vorgesehene Vorsorgeuntersuchungen.

Name	Zeitpunkt	Entwicklungsneurologische Untersuchungen und Maßnahmen
U1	10.–15. Lebensminute	APGAR ermitteln, Nabelschnur-pH erfassen, Reifegrad beurteilen, Geburtsverletzungen und äußerliche Fehlbildungen ausschließen, Gabe der Vitamin-K-Prophylaxe (→ 3.1.1)
U2	3.–10. Lebens-tag	Untersuchung „von Kopf bis Fuß“: Herzgeräusche und Fehlbildungen ausschließen, Hör-screening durchführen, Hyperbilirubinämie (→ 3.4.6), Kontrolle aller (Sinnes-)Organe und der Muskulatur
U3	4.–5. Lebens-woche	Verhaltensmuster beurteilen, Neugeborenen-Reflexe überprüfen, Hüftultraschall wird durchgeführt, Informationen über den plötzlichen Kindstod (SIDS), evtl. erste Impfung
U4	3.–4. Lebens-monat	Physische und geistige Entwicklung als Schwerpunkt: Störungen von Muskeltonus und Koordination, Fixieren von Gegenständen und Personen, Reaktion auf Geräusche, Augenuntersuchung, um Schielen oder Linsentrübungen zu erkennen, Überprüfung der Fontanellengröße
U5	6.–7. Lebens-monat	<ul style="list-style-type: none"> Bewegungsstörungen und geistige Entwicklung als Schwerpunkt, Beobachtung der kindlichen Verhaltensweisen: Blickkontakt, Reaktion auf akustische Reize; Interaktion zu den Eltern Motorik: Kopfkontrolle sollte vollendet sein, Drehen von Rücken- in Bauchlage und umgekehrt; gezieltes Greifen sollte möglich sein; Hörprüfung mittels Kleinaudiometer; Augenuntersuchung, um Schielen oder Linsentrübungen zu erkennen Je nach Entwicklungszustand gibt Arzt Hinweise auf den Beginn der Mundhygiene
U6	10.–12. Lebens-monat	<ul style="list-style-type: none"> Körperkoordination als Schwerpunkt Sinnes- und Sprachentwicklung: Reaktion auf leise Geräusche, Silbenverdopplung Motorik: Beginn mit Stehen, Pinzettengriff; Fremdeln
U7	21.–24. Lebens-monat	<ul style="list-style-type: none"> Motorik: Gangbild, freies Vor- und Rückwärtsgehen, Treppensteigen, Aufrichten aus der Hocke, schnelles Laufen, achten auf Fuß-, Bein-, Wirbelsäulendeformitäten, Beckenschiefstand Verhaltensauffälligkeiten werden erfragt
U7a	34.–36. Lebens-monat	<ul style="list-style-type: none"> Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten; besonders geachtet wird auf die Eltern-Kind-Interaktion; mindestens 3-Wort-Sätze sollten gesprochen werden, das Kind kennt seinen Namen und spricht in der Ich-Form das Steigen von 2 Stufen im Erwachsenenschritt sollte möglich sein; Zuhören ist möglich Als-ob-Spiele und gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern sind möglich
U8	46.–48. Lebens-monat	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensauffälligkeiten: Enkopresis, Enuresis, Trotzreaktionen, Konzentrationsschwierigkeiten, Stereotypien, Schlafstörungen, Aggressivität Sprachstörungen: altersentsprechende Sprache, Stottern, Dyslalie, Dysarthrie; Besprechung der Kindergartenfähigkeit; eingehende Seh- und Hörprüfung

Alles für die Pflege in der Pädiatrie und Neonatologie



Inhaltlich aufbauend auf PflegeHeute bietet das Lehrbuch Ihnen in bewährter Qualität genau das erforderliche Wissen für die Pflege in der Pädiatrie und Neonatologie.

Das Herausgeberduo aus Pflege und Medizin garantiert, dass jeder genau das lernt, was er wissen muss; durch die stringente Gliederung und Kapitelaufbau finden Sie sich gut zurecht. Mindmaps und Inhaltsverzeichnis vor jedem Kapitel dienen zum Überblick und zur Assoziation. Damit Sie Organstrukturen wiederholen und vertiefen können, helfen Ihnen Anatomieabbildungen am Beginn der Pädiatriekapitel.

Kästen für einfaches Lernen (Definitionen, Notfall) sowie Spickzettel mit wichtigen, prüfungsrelevanten Zusammenfassungen sorgen dafür, dass Sie wichtige Informationen schnell finden und für die Prüfung optimal lernen können.

Ideal für die Vertiefungsphase Pädiatrie: Mit Beginn der neuen Ausbildung zum Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann ab 2020 gibt es die Möglichkeit für die Auszubildenden, die Vertiefung in der Kinderkrankenpflege zu wählen. Für diesen Schwerpunkt ist dies das passende Lehrbuch. Es ist aber auch bestens für die aktuellen Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege geeignet.

Die "Elsevier Pflege Podcasts"

Kostenlose Podcasts zu den Themen: Dekubitus, Demenz, Diabetes, Hygiene, Medikamente, Pflegeplanung und Schmerz. Erhältlich bei SoundCloud, iTunes Store und Google Play.

Herausgeber / Autoren

Gabriele Fley ist Kinderkrankenschwester und Dipl. Pflegepädagogin. Sie arbeitete viele Jahre als Lehrkraft und Schulleitung am Bildungszentrum Klinikum Fürth. Derzeit ist sie Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.

Dr. Florian Schneider ist Kinderarzt und arbeitet am Franziskushospital in Münster.

PflegeHeute - Pädiatrische Pflege

2019. 648 S., geb.

ISBN: 9783437254215 | € [D] 70,-



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge