

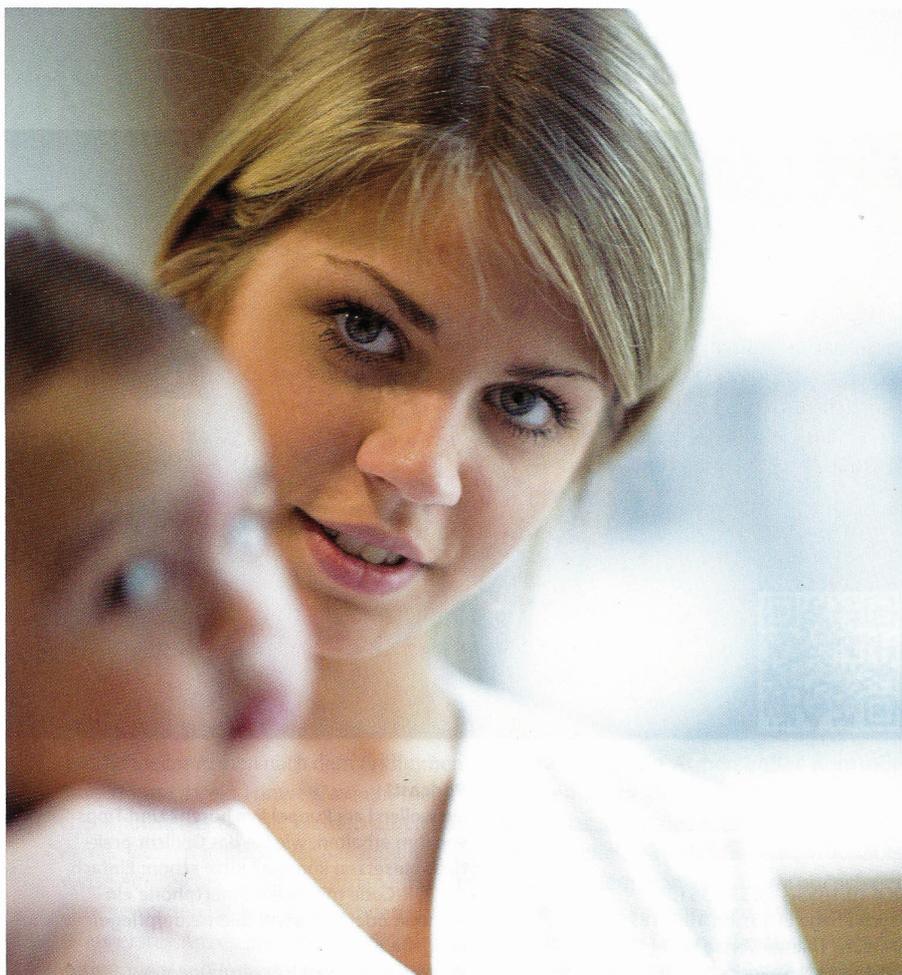
Aus der Praxis: Berufsporträt

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Kein Kinderkram

Anders als mit Erwachsenen ist die Arbeit mit kranken Kindern, von klein bis groß. Zu den verschiedenen Dimensionen kommen die unterschiedlichen Ansprüche. Ein Jugendlicher möchte nicht wie ein Kind behandelt werden. Besorgte Eltern begleiten ihre Kleinen. Sie würden sich lieber selbst auf den OP-Tisch legen und anstelle ihres Kindes eine Operation durchführen lassen. Vielseitig und zeitintensiv sind die Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Monika Hiltensperger



Ein Clown mit gelber Mütze, obenauf thront in Orange die Bommel – ein Marienkäfer in blauen Hosen, rotem, schwarzgetupftem Umhang, und eine purpurrote Tulpe mit dunkelgrünen, spitzen Blättern drehen sich an Fäden unter der Decke eines Stationsflurs. Die Wände leuchten in gelber, oranger und blauer Farbe. Alle roten Türen stehen offen. Ein kleiner Junge flitzt vorbei. Aus einem Raum dringt der Gesang von sechs Frauen und Männern: „Happy birthday to you.“ Die Ecke des Patientenzimmers schmückt ein hellgrüner Stuhl. Halbrund um das Bett versammelt, trällern Pflegekräfte und Ärzte ihr Ständchen. Ein rothaariger Junge mit Gipsarm steht lächelnd neben seinem Bett. Hastig reißt er mit einer Hand das Geschenkpapier um einen Plastik-Fußballspieler auf.

Solche Szenen gehören zum Berufsalltag der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin Martina Weil. Sie arbeitet seit 20 Jahren auf der kinderchirurgischen Station der Universitätsmedizin Mainz. Auf ihrer Station versorgt sie Kinder und Jugendliche im Alter von null bis zum Erwachsenenalter mit Diagnosen, wie Hämangiom, Trichterbrust, Leisten- oder Nabelhernie, Appendizitis, unklarer Bauchschmerz, angeborene Fehlbildung, darunter Hypospadie (→ **siehe Info**), Morbus Hirschsprung (→ **siehe Info**) oder Öso-

phagusatresie (→ **siehe Info**) und verunfallte Kinder mit stumpfem Bauchtrauma, Comotio cerebri, Frakturen oder Verbrühungen. Sowohl ambulante als auch stationäre Patienten kommen vor und nach der Operation auf diese Station.

Richtiger Umgang mit kleinen Kindern

Ein vierjähriges Kind wird für eine Operation aufgenommen. Es steht aufgeregt neben der besorgten Mutter oder dem aufgewühlten Vater vor dem Stationszimmer. Wie reagiert eine versierte Kinderkrankenschwester? Sie spricht das Kind an. Wenn es ein Stofftier in der Hand hält, nimmt sie darauf Bezug, erklärt Weil: „Wen hast Du mitgebracht, wer ist das? Wie heißt es?“ Ohne Puppe oder Bären im Arm bieten, je nach Alter, der Kindergarten oder die Schule ein vortreffliches Gesprächsthema. Weil gibt ein Beispiel: „Du gehst bestimmt in die Igelgruppe.“ Dann klären Kinder die Schwester darüber auf, dass sie in der Bärengruppe sind. Im Fundus der Station gibt es viele Tiere, die quietschen oder singen, sie bieten sich bei schlechter Laune als Ablenkungsmanöver an. Spielerisch sind Kinder gut zu erreichen. Dann ist schnell das Eis gebrochen. Neben den Kindern fassen auch die Eltern Vertrauen und werden ruhiger, wenn sie feststellen, dass die Pflegekraft kompetent mit ihrem Kind umgehen kann.

Multitasking und Empathie gefordert

Wenn Mütter fragen, ob ihr Kind weinen wird, sobald es aus der Narkose aufwacht, ist eine Antwort darauf so seriös wie der Blick in die Glaskugel. Denn jedes Kind ist anders. Eines von ihnen weint, das andere nicht. Eines braucht viel Schmerzmittel, das andere wenig. Wenn es kalte Hände, einen hohen Blutdruck hat und mit großen Augen umher schaut, spricht es die Angst, mit der es kämpft, nicht aus. Wichtig ist, dass eine Pflegekraft da ist, die die Zeichen der Kinder deuten kann. Gefordert als Grundvoraussetzung für die Arbeit als Gesundheits- und Kinderkrankenschwester sind eine hohe soziale Kompetenz und Empathie. Fachkompetenz ist leichter zu erlernen und lässt sich einfacher überprüfen. Menschen mit Berührungsängsten



und Barrieren passen nicht in diese Sparte. Denn Pflegende müssen Nähe aushalten. Sie treten häufig in Körperkontakt mit den Kindern, wenn sie diese während einer Blutabnahme festhalten oder ihnen Trost spenden. Martina Weil sieht es so: „Pflegerinnen benötigen ein feines Gespür, müssen wissen, wenn sie ein Kind mit der Mutter auf dem Stationsflur kommen sehen, wo steht das Kind? Welche Bedürfnisse hat es? Genau dort müssen sie es abholen.“ Ob ein Kind gern geknuddelt wird oder Distanz braucht, ob es neugierig ist und viel wissen will oder lieber seine Ruhe haben möchte, ist Kindern anzusehen. Sie reagieren, gehen zurück oder auf die Pflegende zu. Weil beteuert: „Kinder sind ehrliche Patienten, sie sagen einem ins Gesicht, was sie denken. Und das ist schön.“

Ebenso erfordert die Pflege von Kindern die Fähigkeit, viele Aufgaben gleichzeitig managen zu können. Ein Beispiel sind Fälle von Verbrühungen. Neben dem verletzten Kind leiden die Eltern, weil sie ihre Kinder mit schmerzenden Wunden erleben, und manche Eltern quälen sich mit der Frage, ob sie die Verbrühung hätten verhindern können. Dann heißt es: Kind versorgen, Eltern trösten. Sie von Anfang an miteinbeziehen und anleiten, damit sie die oft langwierige Therapie unter-

stützen können. Auch sonst stehen oft mehrere Aufgaben gleichzeitig an. Eine Antibiose, ein Schmerzmittel verabreichen, ein Kind umsorgen, während dazwischen ein anderes vor Hunger schreit oder z.B. ein Elternteil auch einmal kollabiert. Wer keine Prioritäten setzen und nicht gut organisieren kann, ist in solchen Situationen schnell überfordert.

Anspruchsvolle Aufgabe

Körpergröße und genaues Körpergewicht der Kinder bestimmen einen wesentlichen Teil der Arbeit von Gesundheits- und Kinderpflegerinnen. Deshalb wiegen sie Säuglinge vor einer Operation immer ohne Kleidung. Elektrolytgabe, alle Infusionen und Medikamentendosierungen werden anhand dieser Angaben berechnet. Ein Erwachsener bekommt zur Prämedikation eine Tablette. Ein Kind hingegen den gleichen Wirkstoff als Saft genau nach Maß. Permanent rechnen die Mitarbeiter, überschlagen im Kopf nochmal, vergewissern sich erneut. Denn die falsche Dosis könnte bei einem kleinen Kind fatale Folgen haben. Die meisten Kinder schlucken jedoch ihren „Traumsaft“, aber eben nicht alle. Bei übermäßigem Widerstand könnte ein Kind aspirieren. Deshalb verabreichen Pflegende nach Rücksprache mit dem Anästhesisten zur Not lieber keine Präme-



dikation. Das Kind ist der Chef, selbst die Überredungskünste der Mutter helfen nicht immer.

Sprösslinge und ihre Eltern fürchten sich vor der bevorstehenden Operation. Nur kleine Kinder haben keine Angst, weil sie die Zusammenhänge noch nicht verstehen. Sie stört es nur, dass sie nichts zu essen und zu trinken bekommen, nicht in der gewohnten Umgebung und nicht im gewohnten Rhythmus sind.

Kinderpflegekräfte kommunizieren viel mit den Eltern der Kinder, denn keiner kennt das Kind so gut wie sie. Bei einem Verdacht auf *Comotio cerebri* können sie am besten sagen, ob ihr Kind immer so müde ist oder erst seit dem Sturz. Oder ob es nachts kaum geschlafen hat und ihm deshalb die Augen zufallen. Zu welchen Zeiten es normalerweise schläft und wann es munter ist. Bis zum fünften Lebensjahr der Kinder werden die Eltern immer mit aufgenommen. Aber auch bei älteren Kindern kann ein Elternteil bleiben und bekommt eine Liege neben dem Kinderbett.

Manchmal sprengen die Übernachtungswünsche der Eltern den organisatorischen Rahmen in einer Kinderklinik. Insbesondere, wenn sie sich kurzfristig entscheiden: Heute schläft die Mama des einen und der Papa des anderen Kindes im Krankenhaus. Beide Kinder liegen in einem Zimmer. Je nach Religionszugehörigkeit und wenn ein Umschieben nicht möglich ist, weil die Diagnosen der Kinder nicht woandershin passen, oder wenn bereits alle Kapazitäten ausgereizt sind, führt das gelegentlich zu Komplikationen.

Vielseitige Anforderungen

Bei kranken Erwachsenen ist eine Blutabnahme oder ein Verbandwechsel in der Regel eine Angelegenheit von wenigen Minuten. Nicht so bei kranken Kindern. Oft dienen Stofftiere oder Handpuppen beim spielerischen Erklären des Vorhabens. Auch die Eltern wollen wissen, ob das unbedingt sein muss, oder ob es vielleicht eine andere Möglichkeit gibt, die zum selben Ergebnis führt. Alle täglichen Anforderungen sind zeitintensiv. Einem Erwachse-

nen gratuliert die Pflegekraft mit guten Wünschen zum Geburtstag, das Kind bekommt ein Ständchen und wenn möglich ein Geschenk.

Die Frühschicht von Martina Weil beginnt um sechs Uhr mit einer etwa 30-minütigen Übergabe von den zwei Kollegen aus dem Nachtdienst. Danach bleibt eine halbe Stunde Zeit, bis alle einbestellten Kinder zur ambulanten oder stationären Operation eintreffen. Schnell verteilen Pflegekräfte die Zimmer: Welche Kinder passen zusammen? Pflegeprofis unterteilen nach Alter, Geschlecht und Diagnose. Sobald die Kinder im OP-Hemd in den Betten liegen, beginnt die OP-Vorbereitung nach Checkliste. Ist das OP-Gebiet reizlos? Ist bei einem Kind, das eine Leistenhernie operiert bekommt, keine Windeldermatitis vorhanden? Sind alle Kinder gesund, brüten keine Infektion aus? Sind Nagellack, Schmuck und herausnehmbare Zahnsparangen entfernt? Ab halb acht Uhr rollt das erste Kind im Bett zum OP. Ein Elternteil darf mit in den OP-Trakt kommen. Der andere Elternteil erfährt, wo er so lange warten kann. Nur wenig Zeit bleibt den Schwestern, um das für Kinder und Eltern notwendige Vertrauen auf- und Ängste abzubauen.

Die Station arbeitet nach dem System Zimmerpflege. Jede Pflegerin ist für „ihre“ Kinder zuständig. Das Team teilt die Kinder unter sich auf, je nach Diagnose und entsprechendem Zeitaufwand, im Laufe der Schicht fallen zahlreiche Arbeiten an: Pflegekräfte begleiten Visiten und arbeiten sie aus, wechseln Verbände, erneuern Windeln, waschen Kinder, lagern oder spülen den Darm eines Kindes, oft mit Unterstützung durch die Mütter oder Väter. Eilen mit Kindern zu Untersuchungen, verabreichen Essen, erstellen Pflegeanamnesen und Pflegeplanungen. Klären Mütter und Kinder darüber auf, worauf sie nach einer Zirkumzision achten müssen, wo und wie oft sie die Salbe auftragen sollten. Kontrollieren Vitalzeichen, wobei die Normwerte je nach Größe der Kinder variieren und die Arme bei unruhigen Kindern nicht zum Messen geeignet sind.

Kinderkrankenschwestern hängen Infusionen an und verabreichen Medikamente. Dazwischen können immer Notaufnahmen kommen. Dann sind Prioritäten gefragt. Ein Kind, das auf den Kopf

gefallen ist, steht ganz oben auf der Liste. Pflegekräfte beobachten ihre Schützlinge. Sie finden heraus, ob ein Kind Hunger hat, zornig ist oder unter Schmerzen leidet. Zwischendurch holen sie operierte Kinder aus dem OP beziehungsweise Aufwachraum ab. Um 13:20 Uhr übergeben sie ihre Informationen an die Folgeschicht. Feierabend wäre um 14:12 Uhr. Vorausgesetzt, die Dokumentation ist geschrieben und alles ist erledigt. Wenn viele Notfälle kommen oder Kollegen krank sind, ist das nicht immer der Fall.

Deeskalierende Strategien

Wenn Kinder schließlich im Verbandszimmer landen, haben manche unter ihnen schon viel hinter sich. Eine zu kurze Nacht, sie mussten auf das Frühstück verzichten, fürchten sich und sollen nun auch noch einen Verbandswechsel über sich ergehen lassen. Dass sie dann schreien, sich wehren und außer sich geraten, ist nicht verwunderlich. Die Situation scheint festgefahren, ausweglos. Ablenken mit Quetscheentchen und Kuscheltuch ändern nichts daran. Dann bringt ein Trick fast im-

mer wieder Ruhe in die Situation, erklärt Weil: „Wir nehmen das Kind aus der Situation heraus. Bieten ihm einen Perspektivwechsel. Setzen es auf den Arm der Mutter oder in einen Buggy, fahren es aus dem Verbandszimmer auf den Flur.“ Kinder mit Verbrühungen kommen oft lange nicht zur Ruhe. „Dann stellen wir ein großes Bett in das Zimmer. Ein Elternteil legt sich mit dem Kind zusammen hin und beruhigt es“, so Weil. Vielen Kindern, sogar noch größeren Jungs, hilft es, wenn sie die Hand der Pflegekraft nehmen und drücken können, sobald es weh tut. Martina Weil hat schon oft gehört: „Danke für die Hand!“

Ausblick

„Seit meiner Ausbildung hat sich vieles zum Positiven verändert“, berichtet Weil. „Früher durften die Eltern oft nicht dabei sein. Heute ist das zum Glück nicht mehr so.“ Im Gegenteil, manchmal muss sie Eltern beruhigen, motivieren und ihnen ein gutes Gefühl geben, damit sie zwischen durch einmal nach Hause gehen, auch wenn keine Oma einspringen kann: „Wir rufen Sie sofort an, wenn etwas sein sollte.“

Dass die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit in die generalisierte Pflegeausbildung einfließen soll, gefällt Martina Weil nicht gut. Sie wünscht sich, dass diese Ausbildung weiterhin eigenständig bleibt. Schließlich hat sie in ihren drei Ausbildungsjahren bei den Kindern viel gelernt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in ihrer Klinik ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit. Sie beruht auf gegenseitigem Vertrauen.

Einige Kinder, die Martina Weil im Krankenhaus begleitet hat, trifft sie als Erwachsene wieder. Mit einzelnen Eltern oder chronisch kranken Kindern, die lange bei ihr auf Station lagen, verbindet sie heute noch eine Freundschaft. Eltern und Kinder danken ihr regelmäßig. Das Pflegeteam bekommt Karten oder selbst gemalte Bilder von den Kindern geschenkt.

Strahlende Kinderaugen, herzhaftes Lachen, trostspendende Worte – das sind unter anderem Momente, da weiß Martina Weil, sie hat in ihrem Berufsleben die richtige Entscheidung getroffen, indem sie Kinderkrankenschwester geworden ist. ■

→ BEGRIFFSERKLÄRUNG

Hypospadie

Die Hypospadie ist eine der häufigsten angeborenen Fehlbildungen des äußeren männlichen Genitals. Bei dieser Fehlbildung weicht nicht nur das Erscheinungsbild des äußeren Genitals ab, die Hypospadie kann vielmehr auch mit einer Funktionseinschränkung des Penis assoziiert sein. Dabei liegt die Öffnung der Urethra weiter ventral, proximal, als üblich. Parallel dazu zählen oft ein gekrümmter Penischaft, eine verengte Harnröhrenmündung, ein gespaltenes Präputium und ein Hodenhochstand zu dem Krankheitsbild.

Morbus Hirschsprung

Morbus Hirschsprung ist eine angeborene Entwicklungsstörung, bei der Nervenzellen in der Darmwand fehlen. Ohne diese neuronalen Strukturen des Darmwandplexus stellt sich die Darmwand nicht weit. So bleiben die Bereiche des Darms ohne Ganglienzellen des Plexus myentericus zu eng. Dieser kongenitale Defekt entsteht zwischen der siebten und zwölften Embryonalwoche. Die Einsprossung der Ganglienzellen erfolgt von oral nach aboral. Daher reicht das aganglionäre Segment immer vom Anus aus un-

terschiedlich weit oralwärts. Der Enddarm ist immer betroffen, manchmal allerdings sind es nur wenige Millimeter oder Zentimeter. Durch das Fehlen der Ganglienzellen des intramuralen Parasympathikus kommt es zu einer Enthemmung des extramuralen Plexus mit einer permanenten Acetylcholin-ausschüttung mit spastischer Kontraktion der Ringmuskulatur und einer daraus folgenden funktionellen Stenose. Der Darminhalt bleibt liegen und wird nicht nach außen transportiert. Als Reaktion auf den Stau erweitert sich die dahinterliegende Darmwand zum Megakolon.

Ösophagusatresie

Auch bei der Ösophagusatresie handelt es sich um eine angeborene Fehlbildung. Dabei liegt eine kongenitale Kontinuitätsunterbrechung in variabler Länge vor. Der Ösophagus hat entweder keine Verbindung zum Magen und mündet in die Trachea oder es besteht eine erhebliche Stenose, so dass keine Nahrung passieren kann. Die Erkrankung geht oft mit weiteren Fehlbildungen einher, meist wird sie von einer Fistelbildung begleitet.

→ LINKS

Ein Film über die Ausbildung zum Kinderkrankenpfleger mit dem Fokus darauf, dass in diesem Beruf männliches Personal immer noch deutlich unterrepräsentiert ist: www.youtube.com/watch?v=xevBelMcWk&feature=endscreen
Fort- und Weiterbildungsprogramm von der Akademie Kinder-Hospiz Sternbrücke: www.sternenbruecke.de/akademie.html

■ AUTORIN

Monika Hiltensperger
Hiltensperger PR
Asterweg 25
51143 Köln-Zürndorf
E-Mail:
info@hiltensperger-pr.de
www.hiltensperger-pr.de



■ BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0033-1351362
Psych Pflege 2013; 19: 188–191
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619