

Fachhochschule Osnabrück

Fachbereich Wirtschaft

Studiengang Pflegewissenschaften

Hausarbeit

Thema:

Entwicklung der Kinderkrankenpflege

Prüferin: Dipl.-Gesundheitswiss. Elke Hotze
Zweitprüferin: Dr. phil., Dipl.-Päd. Doris Schiemann

Studienfach: Pflegewissenschaften
Semester: WS 2000/2001
Fachsemester: P3

Verfasserin: Tanja Kempe

<u>2</u>	<u>HISTORISCHER ÜBERBLICK ZUR KINDER- UND KINDERKRANKENPFLEGE</u>	3
2.1	<u>Ägypten</u>	3
2.2	<u>Griechenland</u>	4
2.3	<u>Mittelalter</u>	5
2.4	<u>Die Pflege kranker Kinder im 19. und frühen 20. Jahrhundert</u>	7
<u>3</u>	<u>BERUFSBILD DER KINDERKRANKENSCHWESTER IM WANDEL DER ZEIT</u>	9
3.1	<u>Die eigenständige Grundausbildung zur Kinderkrankenschwester von den Anfängen bis zur Gegenwart</u>	9
3.2	<u>Sieht so die Zukunft der Kinderkrankenpflege aus?</u>	13
3.3	<u>Der Pflegeprozeß</u>	14
3.3.1	<u>Allgemein</u>	14
3.3.2	<u>Pflegeprobleme und Ressourcen</u>	15
3.3.3	<u>Pflegeziele</u>	15
3.3.4	<u>Pflegemaßnahmen</u>	15
3.3.5	<u>Pflegebericht</u>	16
3.2.6	<u>Evaluation</u>	16
3.4	<u>Darstellung der Handlungsfelder der Kinderkrankenpflege heute</u>	16
3.4.1	<u>Stationäre Kinderkrankenpflege</u>	16
3.4.2	<u>Häusliche/Ambulante Kinderkrankenpflege</u>	18
3.4.3	<u>Weitere Handlungsfelder</u>	18
<u>4</u>	<u>STUDIENANGEBOTE FÜR DIE PFLEGE</u>	19
4.1	<u>Pflegewissenschaften</u>	19
4.2	<u>Pflegepädagogik</u>	19
4.3	<u>Pflegemanagement</u>	20
<u>5</u>	<u>SCHLUßBEMERKUNG</u>	21
<u>6</u>	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	22

1 Einleitung

Die Kinderkrankenpflege kann nicht wie die Allgemeinkrankenpflege auf eine lange Entwicklungsgeschichte, die bis in das Mittelalter oder weiter in die Vorzeit zurück reicht, blicken. Sie hat sich erst Mitte des 20.

Jahrhunderts als eine notwendige Spezialisierung entwickelt.

Die Pflegeberufe haben in der Vergangenheit einen Entwicklungsprozeß durchschritten, der von verschiedenen Faktoren beeinflußt wurde.

Zu Beginn wird zunächst ein historischer Überblick gegeben, aus dem besonders die Entstehung und Entwicklung der Kinderkrankenpflege deutlich gemacht werden soll.

Im folgenden werden Einflußfaktoren dargestellt, die auf die Herausbildung der beruflichen Kinderkrankenpflege am Ende des 19. und im frühen 20. Jahrhundert maßgeblich mitbestimmend waren.

Anschließend werden die Schritte von den Anfängen einer Berufsausbildung bis zur staatlichen Anerkennung als eigenständige Pflegeausbildung verdeutlicht. In diesem Zusammenhang wird auf die Veränderung des traditionellen Berufsbildes eingegangen sowie ein Blick auf die heute möglichen Tätigkeitsfelder gerichtet.

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege möchte ich zum Schluß auf die Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegende in Form von Studiengängen aufmerksam machen, und in deren Inhalte und Zielsetzung einen Einblick geben.

2 Historischer Überblick zur Kinder- und Kinderkrankenpflege

2.1 Ägypten

Als den Anfang der Kinderheilkunde können die „Zaubersprüche für Mutter und Kind“ angesehen werden. Sie stammen aus dem 16. vorchristlichen Jahrhundert und zählen zu den ersten Aufzeichnungen in diesem Bereich.

Damals war der Glaube an dämonische Mächte hinsichtlich der Entstehung von Krankheiten weit verbreitet, so daß man sich erhoffte, ihnen mit Hilfe von Zaubersprüchen entgegen wirken zu können. Früher war eine derartige Behandlung nach damaligem Wissen gerechtfertigt, dennoch ist ihr nach heutigen Erkenntnissen jede wissenschaftliche Grundlage abzusprechen.

Erst im 19. Jahrhundert war es durch die Entzifferung der Hieroglyphen möglich, etwas über dieses alte Kulturvolk und sein Leben zu erfahren. So wird auf einem Papyrus (3000 v. Chr.) eine königliche Geburt geschildert, bei der die Oberhebamme die Aufsicht über den Geburtsverlauf führte und drei Hebammen der Gebärenden zur Unterstützung dienten. Ein Sohn galt mehr als eine Tochter und bei Mißbildungen oder Unreife wurde das Neugeborene ohne Wissen der Mutter sofort erstickt. Die Mutter stillte ihr Kind im allgemeinen drei Jahre. Wie man aus der Bibel entnehmen kann, war damals auch schon das Ammenwesen bekannt. Neben der kindlichen Ernährung mit Muttermilch, wird außerdem das Füttern mit Kuh-, Esels-, Ziegen- oder Schafsmilch angenommen. Ungewißheit herrscht jedoch über die Art des Verfütterns.

In einem Papyrus aus dem 16. Jahrhundert gehen erste schriftlich verfaßte Ernährungsstörungen eines Säuglings hervor.

Die Art des Spielzeugs unterschied sich nicht vom heutigen. Schon im damaligen Ägypten spielten die Kinder mit Puppen und Hampelmännern.

Die Erziehung der Kinder wurde durch Ehrfurcht und Dankbarkeit gegenüber der Mutter geprägt (vgl. Schell, 1965, S. 7-8).

2.2 Griechenland

Es ist keine Literatur bekannt, in dem die Griechen ihre Kenntnisse in der Kinderpflege und in der Kinderkrankenpflege gesondert schriftlich festgehalten haben. Dennoch finden sich Hinweise und Kapitel in der Literatur der griechischen Klassik wieder, die deutlich zeigen, daß sich die Naturwissenschaft vom magischen Denken distanziert. Hippokrates von Kos (460 bis 377 v. Chr.) gilt als der Begründer der

wissenschaftlichen Heilkunde und legt mit dem „Hippokratischen Eid“ die ethische Grundlage des Arztberufes fest.

Um 594 v. Chr. war bereits eine Schwangerenfürsorge bekannt. Eine schwangere Frau hatte für diese Zeit besondere Rechte. Dazu zählte die Begrüßung in der Öffentlichkeit sowie eine vorläufige Verschiebung der Hinrichtung, sofern sich die Frau während ihrer Schwangerschaft straffällig gemacht hat.

Nach der Geburt wurde dem Vater die Entscheidung über Leben oder Tod des Kindes überlassen. Die Nabelschnurversorgung erfolgte, indem der Nabelschnurrest dem Neugeborenen mit einem Wollfaden um den Bauch gebunden und nach dessen Abfall der Hautnabel gepudert und gesalbt wurde. Die Gesundheit eines Kindes wurde mancherorts durch Eintränken in ein Weinbad überprüft. Nahm es keinen Schaden davon, galt es als gesund. Es erfolgte eine Reinigung der Augen und Ohren mit Öl und der After wurde zwecks schnellerer Mekonientleerung manuell gedehnt. Die restliche Käseschmiere wurde nach dem ersten Bad mit Salz und Soda entfernt. Von der Mutter wurde das Stillen des Kindes erwartet. Um 700 n. Chr. stand das Ammenwesen in ziemlich hoher Blüte. Nach Möglichkeit sollte die Amme vom selben Stamm sein, um dem Kind die Muttersprache lehren zu können. Laut Vertrag mußte sie das Kind in regelmäßigen Abständen dem Vater zeigen. Die Qualität der Muttermilch konnte schon damals geprüft werden. Das Kolostrum galt für den Säugling als ungenießbar. Stand anfänglich keine Amme zur Verfügung, so fütterte man dem Kind Ziegenmilch mit Honig, da man vom Honig annahm, daß dieser die Mekoniumausscheidung fördern würde (vgl. Wegmann, 1997, S. 3).

2.3 Mittelalter

Damalige medizinische Schriften ermöglichen einen Einblick in die einstige Kinderpflege, die bekannten Kinderkrankheiten und ihre Behandlung. Zur Vervollständigung dieser Beschreibungen und Eindrücke dienen Bilder und Holzschnitte, sowie Literatur aus dieser Zeit.

Daraus geht hervor, daß für das erste Bad eines Neugeborenen Wein als Badezusatz zur Stärkung der Glieder verwendet wurde. Für das tägliche Bad benutzte man einen Milchzusatz, der eine zarte Haut des Kindes bewirken sollte. Mitunter wurde der kindliche Körper und die Mundhöhle nach dem Bad mit einem Gemisch aus geschlagenem Ei und Wein eingerieben, ebenfalls zur Hautpflege. Neben diesen Hautpflegemaßnahmen legte man damals besonders großen Wert auf das richtige Einwickeln des Säuglings. Damit sollten Verkrümmungen verhindert, entgegen gewirkt oder vorgebeugt und eine schöne Form der Gliedmaßen erreicht werden. So sind beispielsweise im ältesten Hebammenlehrbuch, erschienen im Jahr 1513 von dem Wormser Stadtarzt E. Roesslin in Straßbourg, bestimmte Wickeltechniken nachzulesen. Selbst in den darauffolgenden Jahren nahm die Bedeutung des Wickelns eines Säuglings nicht ab (vgl. Schell, 1965, S. 22-23).

Die Kinder sollten wegen der Gefahr des Erstickens und des Erdrückens nicht mit im Bett der Erwachsenen schlafen, sondern in ein Wiegebett gelegt werden.

Während des Mittelalters existierte ein großer Vorbehalt gegenüber dem Verfüttern von Vormilch der Mutter an das Neugeborene. Man vertrat die Meinung, daß Vormilch schädlich für den jungen Säugling sei und griff somit für die Ernährung in den ersten Lebenstagen auf Zucker und Honig oder gekochte gezuckerte Äpfel zurück. Der Saft süßer Mandeln sollte außerdem den Stuhlgang fördern. Nach Möglichkeit legte man das Neugeborene bei einer anderen Stillenden an, bis bei der eigenen Mutter der Milcheinschuß einsetzte. Um dem Kind das Anziehen der Muttermilch zu erleichtern, ließ man Erwachsene zuerst Ansaugen. Das Kind wurde nach Bedarf angelegt. Die Stilldauer betrug durchschnittlich zwei Jahre. Danach stillte die Mutter ab, indem sie ihre Brustwarzen mit Bitterstoffen einrieb.

Ammen wurden nur im Notfall zur Ernährung eines Kindes in Anspruch genommen. Dabei handelte es sich meistens um Frauen aus niederen Ständen, die sich auf diesem Weg ihren Lebensunterhalt verdienten.

Zur Beruhigung bekamen die Kinder einen „Stöpfel“, den Vorläufer des heutigen Schnullers. In ein Stück Stoff wurde Brot oder andere Backwaren eingebunden, tauchte dieses Bündel in Wasser, Wein oder Bier ein und steckte es dem Kind in den Mund.

Im 16. Jahrhundert wurden Laufstühle und Gängelbänder bekannt, die den Kindern als Hilfe zum Laufen lernen dienen sollten. Um den Kopf der Kinder beim Fallen vor Verletzungen zu schützen, setzte man ihnen festausgestopfte Tuchringe auf. Sobald sich das Kind allein fortbewegen konnte, erlernte es den Beruf des Vaters oder der Mutter. Zu dieser Zeit unterschied sich ein Kind nur unwesentlich von einem Erwachsenen. Die Kinder trugen ähnliche Kleidung wie sie und selbst bei Spielsteinen oder Würfeln war es nicht einfach, die Spielgegenstände von Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden. Ähnlich verhielt es sich bei der Religion, der Sprache und der Sitte (vgl. Schell, 1965, S. 25-29).

2.4 Die Pflege kranker Kinder im 19. und frühen 20. Jahrhundert

Den Anfang der Kinderkrankenpflege als eine lehr- und lernhafte Tätigkeit läßt sich auf das Ende des 19. Jahrhunderts zurückführen. Auf ihre Entwicklung nahmen viele Faktoren Einfluß, unter anderem

- die Morbidität und Mortalität im Kindesalter
- das Entstehen von Kinderabteilungen und Kinderkrankenhäusern
- die Entwicklung der Kinderheilkunde als eigenständige medizinische Fachdisziplin und
- die Entwicklung der Krankenpflege von der karitativen Tätigkeit zum vorrangigen Frauenberuf (vgl. Gehrke, 1999, S. 4).

Bis zum 18. und frühen 19. Jahrhundert wurden die Kinder bei Krankheit im Wohnraum der Familie und in Krankenhäusern der Erwachsenen gepflegt. In dieser Zeit erkrankten viele Kinder an Infektionskrankheiten, wie Diphtherie, Pocken, Tuberkulose, Syphilis oder hatten unter Mangel- bzw. Fehlernährung, deren Folgen bis hin

zur Rachitis, Dystrophie oder Atrophie reichten, zu leiden (vgl. Gehrke, 1999, S. 4).

Erkrankungen und Sterblichkeit im Kindesalter durchzogen alle sozialen Schichten. Besonders häufig davon betroffen waren Arbeiterfamilien, die in Großfamilien in der Stadt und unter miserablen materiellen und hygienischen Bedingungen lebten.

Die im 19. Jahrhundert fortschreitende Industrialisierung brachte zusätzlich Existenzängste der Arbeiter mit sich, da sie um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes und folglich um ihren Lohn bangen mußten. Dies führte zwangsläufig zu einer weiteren Verarmung der Bevölkerungsschicht. Viele Frauen mußten tagsüber hart arbeiten und vernachlässigten somit oftmals ihre Kinder.

Während dieser Zeit herrschte eine hohe Säuglingssterblichkeit, deren Ursachen vielschichtiger Natur waren. Beispielsweise seien hier die ungünstigen Lebensumstände, bedingt durch niedrige Löhne und mangelnder Hygiene, die physische Erschöpfung der Mütter und ihre unzureichende Kenntnis in der Säuglingspflege und –ernährung genannt. Im 19. Jahrhundert entstanden die ersten eigenständigen stationären Kindereinrichtungen, die enorm zur Verbesserung der medizinischen Behandlung kranker Kinder beitrugen. Sie wurden überwiegend durch Stiftungen und Spenden finanziert.

Im Jahr 1802 wurde das erste Kinderkrankenhaus „Hôpital des enfants malades“ in Paris gegründet. In Deutschland eröffnete 1829 die erste Kinderabteilung an der Berliner Charité. Anschließend folgte eine rasche Verbreitung von Kinderabteilungen und Kinderkliniken in weiten Teilen Deutschlands und im deutschsprachigen Raum.

Aus dieser Entwicklung heraus entstand im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts und im frühen 20. Jahrhundert die Kinderheilkunde, auch Pädiatrie genannt, die als eigenständige Fachdisziplin aus der Inneren Medizin hervorging. „Die These << Ein Kind ist kein kleiner Erwachsener >> wurde für die Entwicklung der Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege richtungsweisend.“ (Gehrke, 1999, S.4)

Bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts erfolgte die Pflege kranker Kinder fast ausschließlich durch Nonnen, Diakonissen, Wärterinnen, Am-

men oder älteren Mitpatientinnen. Da es zu diesem Zeitpunkt noch keinen entsprechenden Beruf für diese Aufgaben gab, übernahmen zu einem Großteil Nonnen und Diakonissen die Pflege Kranker und Hilfsbedürftiger. Sie schöpften ihre Motivation aus ihrem Glauben und ihrem Wohltätigkeitssinn.

Trotz stationärer Betreuung kranker Kinder in Kinderabteilungen und Kinderkrankenhäusern, war die Säuglingssterblichkeit weiterhin hoch. Dies ließ sich unter anderem auf unzureichende Krankenhaushygiene, Mangelernährung und mangelhafte Kenntnisse hinsichtlich der Säuglings- und Kinderpflege zurückführen. Aus diesem Grund wurden Kinder erst ab dem 2. Lebensjahr stationär aufgenommen. Man hatte Angst, daß die hohe Säuglingssterblichkeit zur Schließung der neu geschaffenen Kinderabteilungen und Kliniken führen würde. Durch diese Tatsachen sahen sich viele Kinderärzte mit der Herausforderung, eine effizientere Pflege und eine damit verbundene Verbesserung des kindlichen Gesundheitszustandes und eine Senkung der Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate, konfrontiert. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, bedurfte es jedoch eine Ausbildung spezieller Pflegekräfte. Pädiater sowie Florence Nightingale sahen eine dringende Notwendigkeit darin, einen Beruf und eine spezielle Ausbildung für Pflegende zu schaffen, deren Inhalt sich auf die Pflege gesunder wie kranker Säuglinge und Kinder bezog (vgl. Gehrke, 1999, S.6).

3 Berufsbild der Kinderkrankenschwester im Wandel der Zeit

3.1 Die eigenständige Grundausbildung zur Kinderkrankenschwester von den Anfängen bis zur Gegenwart

Als selbständiger Beruf ist die Kinderkrankenpflege um die Jahrhundertwende vom 19. ins 20. Jahrhundert entstanden.

In Deutschland wurden die ersten Säuglingspflegerinnen 1897 in Dresden von dem Kinderarzt Arthur Schlossmann (1867-1932) ausgebildet. Er eröffnete in einer Wohnung ein Säuglingsheim, das als erste Klinik in der Welt zur Behandlung kranker Säuglinge anzusehen ist. Anfänglich

verfügte man über fünf Betten, deren Anzahl sich jedoch mit der Zeit auf 22 erhöhte.

Zu den ersten Erfolgen des Mediziners zählte die Senkung der Säuglingssterblichkeit von 42,1% im Jahr 1899 auf 22,9% im Jahr 1904. Sie war zum einen auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten kranker Säuglinge und zum anderen auf bestimmte Grundprinzipien des Mediziners zurück zu führen (vgl. Gehrke, 1999, S. 28).

Die Ausbildung zur Säuglingspflegerin erfolgte sowohl praktisch als auch theoretisch und endete mit einer Abschlußprüfung (vgl. Hochscheid, 1998, S. 7).

Schlossmanns Initiative folgend gab es 1911 in Deutschland bereits 40 spezielle Ausbildungsstätten für Säuglings- und Kinderkrankenpflege. Es existierte jedoch noch kein einheitliches Konzept über Ausbildungsdauer- und inhalte, was zu einem unterschiedlichen Ausbildungsniveau führte. Eine einheitliche Ausbildung durchzusetzen wurde insbesondere von den Krankenpflegeverbänden behindert, die die Besonderheiten der Kinderkrankenpflege nicht einsehen wollten (vgl. Elenkt, 1992, S. 12).

Diese zu Vereinheitlichen wäre für die Entwicklung der Kinderkrankenpflege ein bedeutsamer berufspolitischer Meilenstein gewesen, welcher sich jedoch erst ca. 20 Jahre später nach den Anfängen Schlossmanns vollzog (vgl. Gehrke, 1999, S. 28-29).

Schon im darauffolgenden Jahr hatten 17 staatlich anerkannte Kinderkrankenpflegesschulen in Berlin ihren Standpunkt, die die Ausbildung analog zu den Vorschriften der Krankenpflegeausbildung eine einjährige Ausbildung durchführten (vgl. Gehrke, 1999, S. 29).

Im Jahr 1917 wurde erstmals ins Preußen eine staatliche Prüfungs- und Ausbildungsverordnung erlassen, die eine einjährige Ausbildung mit 200 Stunden Theorie und einer staatlichen Prüfung zur „Säuglingspflegerin“ beinhaltete (vgl. Hochscheid, 1998, S. 7).

Andere Landesregierungen folgten diesem Beispiel. Unter anderem das Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach, wo in Jena 1917 ebenfalls die staatliche Ausbildung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen auf Initiative vom Kinderarzt Jussuf Ibrahim eingeführt wurde. Er er-

kannte ebenso die Notwendigkeit der Ausbildung geschulter Pflegekräfte und bildete bereits seit 1900 Pflegerinnen für seine Kinderabteilung in Heidelberg aus (vgl. Elendt, 1992, S. 10).

Weitere Länder Deutschlands schlossen sich dieser Entwicklung nach dem Ersten Weltkrieg an (vgl. Gehrke, 1999, S. 29).

Ab 1923 galt eine zweijährige Ausbildung zur „Säuglings- und Kleinkinderschwester“ mit 200 Stunden Theorie. Die Ausbildungsschwerpunkte lagen auf der Pflege des kranken und des gesunden Kindes. Die Berufsbezeichnung lautet jetzt:

- Säuglings- und Kleinkinderpflegerin bzw.
- Säuglings- und Kleinkinderkrankenpflegerin

(vgl. Gehrke, 1999, S. 29).

1927 gründeten Frau Oberin Zerwer und Frau Oberin Albrecht den „Reichsverband für Säuglings- und Kleinkinderschwestern“, der 1934 durch die Nationalsozialisten aufgelöst wurde.

Im Jahr 1938 wurde ein Gesetz zur Neuordnung der Krankenpflege mit der Berufsbezeichnung „Säuglings- und Kinderschwester“ erlassen. Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte die Kinderkrankenschwester ihren Aufgabenbereich überwiegend im Krankenhaus, selten im ambulanten Bereich.

1957 wurde erstmals die Berufsbezeichnung „Kinderkrankenschwester“ durch ein Krankenpflegegesetz gesetzlich geschützt. Die Ausbildungsdauer umfaßte zwei Jahre und beinhaltete 400 Stunden Theorie und ein Anerkennungsjahr mit 50 Stunden Theorie.

Im Jahr 1965 trat eine grundlegende Veränderung hinsichtlich der Ausbildung ein. Das Krankenpflegegesetz schrieb von nun an 1200 Stunden Theorie und drei Jahre Ausbildungsdauer vor (vgl. Hochscheid, 1998, S. 7).

Die ambulante Kinderkrankenpflege oder auch häusliche Kinderkrankenpflege genannt wurde 1977 eingeführt.

Ein Berufsverband für Kinderkrankenschwestern- und pfleger (BKK) gründete sich 1980.

Im Jahr 1985 trat das heutzutage noch gültige Krankenpflegegesetz in Kraft, in dem zum ersten Mal die männliche Berufsbezeichnung „Kinderkrankenpfleger“ erschien.

Die Kinderkrankenpflege war über Jahrzehnte hinweg ein Beruf zur Betreuung kranker Kinder primär in den Kinderabteilungen und Kinderkliniken, wobei die Kinderkrankenschwester zusätzlich zu der Pflege die Rolle einer „Ersatzmutter“ einnahm.

Vor allem seit den 70er Jahren dieses Jahrhunderts hat sich das Berufsbild enorm verändert. Die Kinderkrankenschwester hat neben der Assistenz des Arztes auch die Funktion einer kompetenten Ansprechpartnerin hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die für das kranke Kind zum Gesundungsprozeß von Bedeutung sind

(vgl. Gehrke, 1999, S. 29).

Die Aufgabenfelder der Kinderkrankenschwester vergrößern sich aufgrund vermehrten Auftretens im Bereich der chronischen sowie psychosomatischen Erkrankungen ständig. Es gilt nicht nur die Pflege des kranken Kindes zu bewerkstelligen, sondern auch die Integration der Familie in den Krankheits- bzw. Genesungsprozeß zu fördern und sie dementsprechend mit in die Versorgung und Pflege des Kindes mit ein zu beziehen. Die Kinderkrankenschwestern haben nun vermehrt psychosoziale und präventive Maßnahmen zu leisten.

Infolge der rückläufigen Geburtenrate, der gesetzlichen und wirtschaftlichen Veränderungen im Krankenhaus zeigen sich auch Auswirkungen auf die in der Kinderkrankenpflege Tätigen.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten nehmen zu und die Verweildauer im Krankenhaus wird soweit wie möglich minimiert, so daß nur noch die stationäre Pflege schwerkranker Kinder notwendig ist. Diese Entwicklung bringt natürlich Bedenken über mögliche Schließungen von Kinderkliniken und Abteilungen mit sich.

3.2 Sieht so die Zukunft der Kinderkrankenpflege aus?

Aktuell steht zur Diskussion, ob die spezielle Ausbildung der Kinderkrankenpflege in eine generalistische Grundausbildung aller Pflegeberufe mit späterer Spezialisierung geändert werden soll (vgl. Hochscheid, 1998, S. 7).

Dies geht aus einem Vorentwurf zum geplanten Gesetz hervor. Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1985 soll noch in dieser Legislaturperiode des Bundestages stattfinden. Die Notwendigkeit wird darin gesehen, daß die Qualität der professionellen Pflege stärker gesichert werden müsse. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird eine Verbesserung der beruflichen Qualifikation im Krankenpflegebereich angestrebt. Eine langfristige Zielsetzung besteht in der weiteren Generalisierung der Ausbildung in den Pflegeberufe, um so auf eine einheitliche Grundlage zurückgreifen zu können (vgl. o.V., 2000).

Dieser Gesetzentwurf löste bei den in der Kinderkrankenpflege Tätigen sowie in verschiedenen Verbänden großen Widerspruch aus.

Die Forderung der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin zielt deutlich in die Richtung, den Beruf der Kinderkrankenschwester/-pflegers zu erhalten. Die Spezialisierung dieses Berufszweiges sei unbedingt notwendig, um den besonderen Anforderungen in der Entwicklung des Kindes gerecht werden zu können. Eine generalistische Ausbildung würde eine qualitative Verschlechterung in der Kinderkrankenpflege und einen quantitativen Mangel an Kinderkrankenschwestern- und -pflegern mit sich ziehen. Aus diesem Grund wird gefordert, „die Novellierung des Ausbildungsganges so zu gestalten, daß auch zukünftig die Kinderkrankenpflege attraktiv bleibt und gleichzeitig den hohen Qualitätsstandards gerecht wird.“ (Brodehl, 2000)

3.3 Der Pflegeprozeß

3.3.1 Allgemein

Seit in Kraft treten des Krankenpflegegesetzes 1985 ist in der Bundesrepublik Deutschland die geplante Pflege vorgesehen. Dies geschieht mit Hilfe des Pflegeprozesses, in welchem die individuelle Situation des Menschen ermittelt wird, um anschließend zu einer Problemlösung unter Berücksichtigung eigener Ressourcen zu gelangen. Wichtig dabei ist, die einzelnen Schritte in dem Pflegeprozeßmodell nacheinander zu betrachten und nicht zu überspringen, da sonst kein prozeßhaftes Vorgehen möglich ist.

Der Pflegeprozeß ist eine systematische Abfolge von Schritten zur Planung und zur Erleichterung der Durchführung von Pflege. Er ist aber auch ein Beziehungsprozeß, da die Pflegeperson und der Patient gemeinsam an der Problemlösung arbeiten. Ist das Gespräch nicht mit dem Betroffenen selbst möglich, werden Angehörige befragt.

Je nach Pflege Theorie sind die Bezeichnungen der einzelnen Schritte verschieden, in diesem Fall wurde das Pflegemodell der Pflege Theoretikerin Nancy Roper gewählt.

Die Grundlagen dieses Pflegemodells bilden die Lebensaktivitäten des Menschen, die in folgende Bereiche unterteilt sind:

- Schlafen
- Sich bewegen
- Sich Sauberhalten und kleiden
- Essen und Trinken
- Ausscheiden
- Körpertemperatur regulieren
- Atmen
- Für eine sichere Umgebung sorgen
- Arbeiten und Spielen
- Kommunizieren
- Sich als Mann oder Frau fühlen
- Sterben

(vgl. Wegmann, 1997, S. 13).

3.3.2 Pflegeprobleme und Ressourcen

Das Ziel des ersten Schrittes des Pflegeprozesses ist, den Patienten kennenzulernen. Dies erfolgt durch das Pflege-Erstgespräch und ermöglicht, eine Pflegeanamnese zu erstellen. So entsteht eine Informationssammlung, die die aktuellen Ressourcen (Fähigkeiten), Bedürfnisse, Gewohnheiten und Einschränkungen (Probleme) erfasst. Die Informationssammlung bildet somit die Grundlage für die weitere Ressourcen- und Problemdefinierung und im nächsten Schritt für die Formulierung der Pflegeziele. Die Ressourcen lassen sich in äußere und innere Komponenten unterteilen, was beispielsweise den positiven Eltern- Kind- Kontakt oder die eigene Lebensmotivation beinhalten kann. Bei den Problemen kann eine Dreiteilung durchgeführt werden, die aktuellen, tatsächlichen Probleme, die potentiellen, möglichen Probleme und die verdeckten, vermutbaren Probleme.

Die Formulierungen der Pflegeprobleme sollte möglichst knapp, exakt und objektiv sein (vgl. Wegmann, 1997, S. 14).

3.3.3 Pflegeziele

Die Pflegeziele beschreiben einen Zustand, den der Patient erreichen oder ein Verhalten, das er nach einem vorher festgelegten Zeitpunkt erreichen soll. Sie haben eine Art Leitfadenfunktion für die Effektivität der Pflege.

„Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein.“

(Wegmann, 1997, S. 14)

Sie lassen sich unter anderem in Nah- und Fernziele unterteilen, wobei sich das Nahziel eher auf kürzere Zeitintervalle und das Fernziel sich meist auf die Rehabilitation oder auf die Entlassung des Patienten bezieht.

3.3.4 Pflegemaßnahmen

Die Pflegemaßnahmen werden aufgrund der vorher festgelegten Pflegeziele anhand des Pflegefachwissens geplant. Unter Berücksichtigung

des Wohlbefindens und der Fähigkeiten des Patienten werden diese Maßnahmen durchgeführt. Auch hier ist auf eine exakte Formulierung zu achten (vgl. Hochscheid, 1998, S. 14).

3.3.5 Pflegebericht

Die Pflegeplanung dient als Grundlage für die Durchführung der Pflege. Sie ermöglicht eine einheitliche Vorgehensweise in der Pflege des Patienten, um so das Pflegeziel zu erreichen. Neben der ausgeführten Pflege müssen auch Beobachtungen und Veränderungen, die neue Probleme und somit eine Neuformulierung von Pflegezielen und Maßnahmen mit sich bringen, im Pflegebericht dokumentiert werden

(vgl. Hochscheid, 1998, S. 17).

3.2.6 Evaluation

Im letzten Schritt des Pflegeprozesses werden mit Hilfe der Pflegeplanung und des Pflegeberichts die Auswirkungen der pflegerischen Maßnahmen auf den Patienten überprüft. Somit entspricht die Evaluation der Auswertung und der Beurteilung des Pflegeergebnisses. Werden keine zufriedenstellenden Ergebnisse festgestellt, muß eine Änderung des Pflegeplans stattfinden. Des weiteren ist eine Korrektur notwendig, wenn

- sich das Befinden des Patienten verändert hat
- eine neue Situation eingetreten ist oder
- neue Einsichten gewonnen wurden

(vgl. Wegmann, 1997, S. 14).

3.4 Darstellung der Handlungsfelder der Kinderkrankenpflege heute

3.4.1 Stationäre Kinderkrankenpflege

Die meisten Kinderkranken-schwester- und pfleger entscheiden sich nach einem erfolgreichen Abschluß im stationären Bereich der

Kinderkrankenpflege zu arbeiten. Möglichkeiten dafür bestehen in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder in einer Kinderabteilung in allgemeinen Krankenhäusern. Die Einsätze während der Ausbildung ermöglichen den zukünftigen Kinderkrankenschwestern- und -pflegern einen ersten Einblick in die verschiedenen Fachrichtungen der Kinderheilkunde und bieten ihnen somit Gelegenheit, schon eigene Schwerpunkte für ihre weitere Arbeit zu setzen.

Viele Kinderkliniken verfügen über ein breites Spektrum an Abteilungen, die häufig nach Altersstufen und/oder Krankheitsbildern unterschieden werden, z.B.:

- Pädiatrie
- Chirurgie
- Orthopädie
- HNO
- Augenheilkunde

(vgl. Lehnert et al., 1999, S. 20).

Die Pädiatrie kann in weitere Arbeitsbereiche unterteilt werden:

- Neonatologische Intensivstation
- Interdisziplinäre Intensivstation
- Frühgeborenstation
- Station für kranke Neugeborene
- Station für kranke Säuglinge
- Station für kranke Kleinkinder
- Station für kranke Schulkinder und Jugendliche

(vgl. Lehnert et al., 1999, S. 20).

Des Weiteren läßt sich die Pädiatrie noch in spezielle Fachgebiete unterteilen, beispielsweise in Onkologie, Diabetologie, Nephrologie, Hämatologie, Infektion und Neuropädiatrie.

In der Chirurgie können ähnliche spezielle Unterteilungen vorgenommen werden.

Weitere mögliche Arbeitsbereiche finden die Kinderkrankenschwestern- und -pfleger in Rehabilitations- und sozialpädiatrischen Zentren. Dort

werden Kinder betreut, die aufgrund einer geistigen- und/oder körperlichen Behinderung oder einer chronischen Erkrankung einer speziellen Pflege, Förderung oder Erziehung bedürfen.

In geburtshilflichen Kliniken und Abteilungen ist die Kinderkrankenschwester- pfleger auf einer Entbindungsstation im Neugeborenenzimmer tätig (vgl. Lehnert et al., 1999, S. 21).

Die Arbeit im Bereich der Kinderkrankenpflege fordert von den Pflegenden nicht nur Kenntnis und Wissen hinsichtlich der medizinorientierten Behandlung, sondern erfordert auch zwischenmenschliche Kompetenzen (vgl. Lehnert et al., 1999, S. 20).

3.4.2 Häusliche/Ambulante Kinderkrankenpflege

Anerkannte Einrichtungen für ambulante Kinderkrankenpflege gibt es seit 1979 in Deutschland. Die Pflege kranker Kinder ist hier sozial orientiert und familiennah. In den Tätigkeitsbereich einer in der ambulanten Kinderkrankenpflege tätigen Kinderkrankenschwester- pfleger fällt die Pflege akut kranker Kinder zu Hause, um möglichst eine Klinikeinweisung zu verhindern, die Pflege chronisch kranker, behinderter und zu früh geborener Kinder, um Klinikaufenthalte zu verkürzen. Außerdem sind sie zuständig für die Sicherung der ärztlichen Behandlung bei kranken und besonders pflegebedürftigen Kindern. Die ambulante Kinderkrankenpflege ermöglicht ebenfalls eine Versorgung bei unheilbar kranken oder sterbenden Kindern zu Hause (vgl. Lehnert et al., 1999, S. 22).

3.4.3 Weitere Handlungsfelder

Weitere Handlungsfelder der Kinderkrankenschwester-/ des pflegers können Bereiche in der Kinder-/ Jugendpsychiatrie, in Kinderarztpraxen, in Gesundheitsämtern und Mütterberatung, in integrativen pädagogischen Einrichtungen und beim Medizinischen Dienst der Krankenkasse sein (vgl. Lehnert et al., 1999, S. 31-33).

4 Studienangebote für die Pflege

4.1 Pflegewissenschaften

Die Institutionalisierung der Pflegewissenschaft bzw. Pflegeforschung ist in Deutschland anders verlaufen, als in anderen europäischen Ländern. In Deutschland kam der Impuls von dem Berufsstand selbst (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1996, S. 5).

In anderen europäischen Ländern wurden bereits in den fünfziger Jahren pflegeorientierte Studiengänge eingerichtet, die dann die Entwicklung von Pflegeforschung und den Aufbau entsprechenden Institutionen nach sich zogen.

Die deutsche Entwicklung ist also eng mit der Pflegepraxis verbunden, weil fast alle beteiligten Personen, die die Entwicklung der Pflegeforschung vorangetrieben haben, aus pflegerischen Berufen kommen (vgl. Schröck, 1993 S. 10).

Im Jahr 1987 wurde an der Fachhochschule Osnabrück ein Lehrstuhl für Krankenpflege eingerichtet. Mit dieser ersten deutschen Pflegeprofessur wurde ein weiterer Grundstein für die Akademisierung der Pflege in Deutschland gelegt.

Die Pflegewissenschaft soll dazu beitragen, pflegerisches Erfahrungswissen begreiflich zu erfassen, zu ordnen, zu überprüfen und weiterzugeben (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1996 S. 10).

4.2 Pflegepädagogik

Die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung im deutschen Bildungssystem bezieht sich auch auf die Ausbildung der Lehrenden in diesem Sektor. Die Anforderungen der Krankenpflegeausbildung bestimmte die hauseigene Krankenpflegeschule der jeweiligen Krankenhäuser. Dies änderte sich 1907 mit dem ersten staatlichen Krankenpflegegesetz. Medizinisch fachliche Gebiete unterrichteten ausschließlich Ärzte und pflegerische Handlungen die Oberinnen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1992 S. 60).

Auch heute werden die nichtpflegerischen Gebiete von Dozenten unterrichtet (Ärzte, Psychologen usw.), die häufig nebenberuflich tätig

sind und selten über eine pädagogisch-didaktische Qualifikation sowie über Kenntnisse der beruflichen Tätigkeiten der Auszubildenden verfügen (vgl. Bischof, 1994, S. 250).

Der erste, speziell für Pflegeberufe angebotene Modellstudiengang „Lehrkräfte der Kranken- und Kinderkrankenpflege“ ist nur einmal von 1978 – 1981 in Berlin durchgeführt worden. Über zehn Jahre später wurde das berufsbegleitende Studium zur Lehrkraft an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland aufgenommen (vgl. Albrecht, 1996). In Bremen wurde 1994 der erste Universitäre Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ eingerichtet.

Der Berliner Modellstudiengang hatte den Grundgedanken über eine höhere Qualifikation der Lehrkräfte eine Verbesserung der Pflegepraxis und auch eine höhere Arbeitsmotivation und Berufszufriedenheit unter den Pflegenden zu erreichen (vgl. Albrecht, 1996).

4.3 Pflegemanagement

Seit den 80er Jahren arbeiten Krankenhäuser immer mehr wie Wirtschaftsunternehmen. Dieses „Gesundheitsunternehmen“ wird von einem „Dreier-Gremium“, dem ärztlichen Leiter, der Pflegedienstleitung und dem kaufmännischen Leiter, gleichberechtigt geführt. Durch die Aufgaben- und Kompetenzerweiterung ist aus der früheren Oberin eine Managerin geworden, die für die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung mitverantwortlich ist, d.h. an sie werden Organisations-, Führungs-, Finanz- und Budgetverantwortung herangetragen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1992, S. 24).

1991 wurde an der Fachhochschule für Wirtschaft in Osnabrück der Studiengang Krankenpflegemanagement eingeführt. Die Studienziele sind wissenschaftliche Basis, inhaltliche und methodische Kompetenzen in der Pflege, Kenntnisse in den Betriebs- und Finanzwissenschaften sowie Leitungs- und Führungskompetenzen zu erwerben.

5 Schlußbemerkung

Die Kinderkrankenpflege und Kinderheilkunde erleben durch Wissenserweiterung in der Medizin, der Weiterentwicklung der Technik und der Strukturveränderungen im sozialen Gefüge, Veränderungen im Verantwortungs- und Tätigkeitsbereich. Die Kinderkrankenschwester/-pfleger ist verantwortlich für eine umfassende, den persönlichen Bedürfnissen des kranken Kindes angepaßte Pflege sowie für die Einbeziehung der Eltern in den gesamten Behandlungsablauf.

Der Auftrag für alle in der Kinderkrankenpflege Tätigen ist, sich den Bedingungen und Anforderungen zu stellen, bis heute geblieben. Das bedeutet unter anderem, aktiv daran mitzuwirken, den hohen Stellenwert der Kinderkrankenpflege als autonome pflegerische Dienstleistung im Gesundheitswesen unserer Gesellschaft zu wahren. Dabei gilt es, den Leitgedanken des Berufsverbandes der Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger „Kindsein braucht unsere Pflege“ mit beruflichen Kompetenzen zu füllen.

Ein positiven Beitrag zur Professionalisierung des Pflegeberufes kann in dem Angebot der neuen Pflegestudiengänge gesehen werden. Dadurch wird der Pflege eine Weiterentwicklung in verschiedenen Bereichen ermöglicht. Somit wird man den wachsenden Ansprüchen, die an die Qualität in der Pflege, die einerseits vom Patienten und deren Angehörigen und andererseits durch Gesetze erhoben werden, gerecht.

6 Literaturverzeichnis

Albrecht, Jens: Zur Entwicklung der Hochschulausbildung der Lehrenden in der Pflege. In: Pflegepädagogik, Bd. 4/1996, S. 24-30

Brodehl: <http://www.kinderheilkunde.org/info/kinderkrankenpflege.htm>, Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.). Aug. 2000. 04.01.01

Bischoff, Claudia: Ziele wissenschaftlicher Lehrerausbildung in der Pflegelehrerausbildung und Pflegewissenschaft. In: Schaeffer/Moers/Rosenbrock (Hrsg.): Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Rainer Bohm Verlag, 1994

Elendt, Erika: Das kranke Kind und seine Pflegerin: Zur Geschichte der Kinderkrankenpflege in Jena. Jena: Universitätsverlag Jena GmbH, 1992

Gehrke, Ulrika: Die Pflege kranker Kinder im 19. Und frühen 20. Jahrhundert. In: Holoch/Gehrke/Knigge-Demal/Zoller (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderkrankenpflege: Die Förderung und Unterstützung

selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1999. S. 4-6

Gehrke, Ulrika: Geschichtliche Entwicklung des Berufes Kinderkrankenschwester/-pfleger. In: Kinderkrankenschwester 18.Jg. (1999) Nr.1, S. 27-29

Hochscheid, Doris: Professionelle Pflege. In: Hoehl/Kullick (Hrsg.): Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung. New York: Georg Thieme Verlag, 1998. S. 6-7

Hochscheid, Doris: Pflegeprozeß. In: Hoehl/Kullick (Hrsg.): Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung. New York: Georg Thieme Verlag, 1998. S. 13- 20

Lehnert, Sandra; Olbrich, Mechthild; Watermann, Hildegard; Wilming, Martina: Handlungsfelder in der Kinderkrankenpflege. In: Holoch/Gehrke/Knigge-Demal/Zoller (Hrsg.): Lehrbuch Kinderkrankenpflege : Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1999. S. 19-22

o. V.: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/11/24/212a0603.asp>.
04.01.01

Schell, Irmtrud: Geschichte der Kinderpflege und der Kinderkrankenpflege. Sonderdruck aus: Die Diakonieschwester. Juli/August 1965

Schröck, Ruth: Aufbruch und Umbruch in einem Jahrzehnt Deutscher Pflegeforschung, Öffentlicher Vortrag, 08.12.1993

Robert Bosch Stiftung: Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre Forschung und Praxis, Denkschrift. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1996

Robert Bosch Stiftung: Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1992

Wegmann, Hedwig: Die professionelle Pflege des kranken Kindes. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1997