



kinder krankenschwester

31. Jahrgang · Heft 9
September 2012
ISSN 0723-2276



- Asphyxie
- Bonding
- Besuchszeiten
- Beschneidung

Jetzt bestellen auf www.PresseKatalog.de

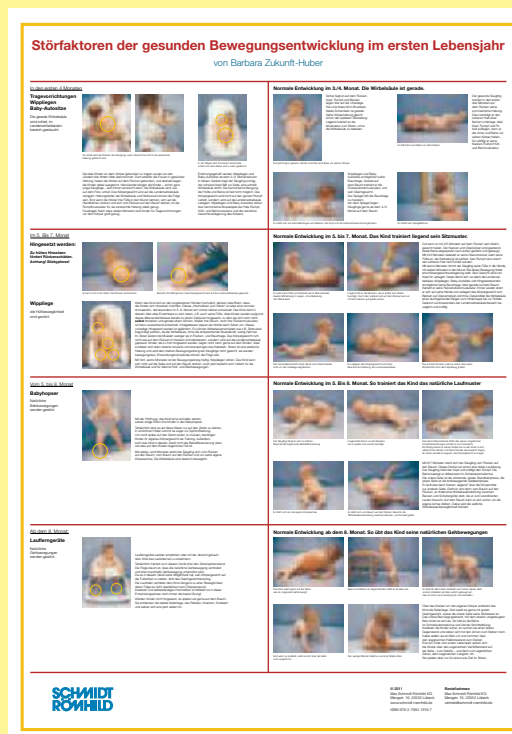
Wandtafeln der bekannten Kinderphysiotherapeutin Barbara Zukunft-Huber

„Störfaktoren der gesunden Bewegungsentwicklung im ersten Lebensjahr“

Maße ca. 59,4 x 84 cm, ISBN 978-3-7950-1916-7,
€ 19,60 inkl. Versand

Auf vielen Fotos zeigt dieses Plakat, wie Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres ihre natürlichen Sitz- und Laufmuster sowie ihre natürlichen Gehbewegungen trainieren. Außerdem erfährt man, dass Wippliegen, Babyhopper und ähnliche Geräte Fehlhaltungen, Schäden an der Wirbelsäule, Spitzfußhaltung etc. hervorrufen können.

- In den ersten 4 Monaten: Tragevorrichtungen, Wippliegen, Baby-Autositze
- Im 5. bis 7. Monat: Hingesetzt werden - Wippliege
- Vom 5. bis 8. Monat: Babyhopper
- Ab dem 8. Monat: Lauflerngeräte
- Normale Entwicklung im 3./4. Monat.
Die Wirbelsäule ist gerade
- Normale Entwicklung im 5. bis 7. Monat.
Das Kind trainiert liegend sein Sitzmuster
- Normale Entwicklung im 5. bis 8. Monat.
So trainiert das Kind das natürliche Laufmuster
- Normale Entwicklung ab dem 8. Monat.
So übt das Kind seine natürlichen Gehbewegungen



„Säuglingsgymnastik für das erste halbe Jahr. Heitere Körperteilzusammenspiele, welche die normale Bewegungsentwicklung in Bauch- und Rückenlage unterstützen“

NEU!

Maße ca. 29,5 x 62,5 cm, Lieferung mit Posterschiene,
ISBN 978-3-7950-1917-4, € 9,80 inkl. Versand

Durch diese Gymnastik lernt der Säugling seinen Körper besser greifen und begreifen. Alle Gymnastikübungen sind der normalen motorischen Entwicklung angepasst und sollen Mutter und Kind Spaß bereiten.

Normale Bauchlage Ihres Säuglings am Ende des 3., Anfang des 4. Monats

- Hand-Gesichts-Spiel
- Händeöffnungsspiel
- Fußgymnastik

Normale Rückenlage am Ende des 3., Anfang des 4. Monats

- Hand-Hand-Zusammenspiel
- Hand-Gesicht-Spiel
- Fuß-Mund-Spiel

Säuglingsgymnastik auf dem Schoß:

- Hand-Hand-Spiel
- Hände-Babygesicht-Spiel
- Hände-Muttergesicht-Kontaktspiel
- Fußübungen auf dem Schoß

Normale Bauchlage Ihres Säuglings am Ende des 6., Anfang des 7. Monats

- Ellbogen-Unterarm-Griff
- Belastung vom Rumpf her
- Belastung mit dem eigenen Körper

Normale Rückenlage am Ende des 6., Anfang des 7. Monats

- Beugeübung des Körpers
- Drehübung vom Rücken auf den Bauch
- Beugeübung des Körpers auf dem Schoß

**SCHMIDT
RÖMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

Diese und weitere Wandtafeln sind erhältlich beim
Verlag Schmidt-Römhild:

Max Schmidt-Römhild KG • Vertrieb • Mengstr. 16
23552 Lübeck • Tel. 0451/70 31 -267

Fax 0451/70 31-281 • vertrieb@schmidt-roemhild.com

Online bestellen: www.schmidt-roemhild.de => Shop => Medizinische Fachliteratur => Wandtafeln für die Praxis

Jetzt bestellen auf www.PresseKatalog.de

kinder **krankenschwester**



Der lange Weg zu einem verschlossenen Mädchen

„Rettender Stern“ heißt ein Zentrum im taiwanesischen Taidong. Unter der Leitung der Barmherzigen Schwestern des heiligen Kreuzes werden hier 72 Kinder mit schwerer Behinderung betreut und gefördert. Auch zu den Familien der Jungen und Mädchen besteht ein enger Kontakt, der für die Arbeit mit den Kindern sehr wichtig ist. Seit 2007 besitzt das Zentrum eine eigene ergotherapeutische Abteilung, in der auch einheimische Mitarbeiter geschult werden.

Susanne Fengler hat die Abteilung aufgebaut und berichtet von ihrer Arbeit vor Ort. **Seite 390**

Bonding

Das englische Wort „bonding“ beschreibt die innere, emotionale Verbindung, die zwischen Eltern und Neugeborenem besteht und die bereits während der Schwangerschaft beginnt. Diese Verbundenheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Sicherheit und das gesunde Aufwachsen des Kindes, stellt sich jedoch nach der Geburt nicht bei allen Müttern automatisch ein. Sie ist vielmehr ein Prozess, der sich postnatal nur langsam weiter entwickelt. Auch das Pflegepersonal kann durch sein Verhalten viel dazu beitragen, dass Bonding erfolgreich gelingt.

Maria Bauer beschreibt einen faszinierenden Prozess, der das Fundament für ein ganzes Leben legt. **Seite 369**



Herpes Zoster („Gürtelrose“)

Nach einer bereits Jahre zuvor durchgemachten Windpockenerkrankung kann es durch Reaktivierung der latent in den Spinal- und Hirnnervenganglienzellen persistierenden Varizella-Zoster-Viren zum Krankheitsbild des Herpes Zoster („Gürtelrose“) kommen. Bei einem Fünftel aller an Varizellen erkrankten Personen tritt in der Folge auch ein Zoster auf. Obwohl 75 % der Erkrankungen erst jenseits des 45. Lebensjahres auftreten, können auch abwehrgeschwächte Kinder und Jugendliche betroffen sein.

Helmut Helwig und Hansjörg Cremer stellen im letzten Teil der kleinen Reihe über Infektionskrankheiten diese im Kindesalter eher seltene, aber schwer verlaufende Erkrankung vor. **Seite 386**

Inhaltsangabe	357
Vorwort	358
Impressum	358

Intensivpflege

Bettina Münninghoff

Die Behandlung der Asphyxie mit Hypothermie 359

Kindergesundheit

Maria Bauer

Bonding 369

Pflegepraxis

Martina Ginthum-Seibert

Besuchszeiten-Gesättigung auf der Wochenbettsation . . . 374

Berufs- und Rechtsfragen

Werner Schell

Beschneidung von Kindern im Streit 378

Jubiläum

Angelika Staub

Schlapphut, sieben Messer, Säbel und Pfefferpistole 383

Klinische Fortbildung

Helmut Helwig und

Hansjörg Cremer

Herpes Zoster („Gürtelrose“) . 386

Aus anderen Ländern

Susanne Fengler

Der lange Weg zu einem verschlossenen Mädchen 390

Berufsverband 377, 381

Aus Wissenschaft 380, 391, und Forschung 392, 394

Bücherhinweise . . . 382, 388, 394

Interview 385

Chronisch kranke Kinder 389

Richtlinien für Autoren 392

Prävention 393

Terminkalender 395–398

Vorschau 398

Stellenanzeigen 397–400, III

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt eine Beilage der Firma Plan International, Hamburg bei. Wir bitten unsere Leser um Beachtung!

Beschneidung der Religionsfreiheit

Jesus von Nazareth wurde nach Lukas 2.21–39 acht Tage nach seiner Geburt – wie es im Judentum Brauch ist – von seinen Eltern zur Beschneidung nach Jerusalem gebracht, wobei ihm der Name Jesus gegeben wurde. Folgt man dem Urteil des Kölner Landgerichts über die Beschneidung von Kindern, nach dem diese unabdingbaren Anspruch auf körperliche Unversehrtheit haben (siehe W. Schell: Beschneidung von Kindern im Streit, Seite 378), „dann haben Maria und Joseph eigentlich kriminell gehandelt“ (Peter Landau, FAZ, 7.7.12, S. 8).

Die rituelle Beschneidung von Knaben ist mindestens 4000 Jahre alt und wurde bereits im alten Ägypten praktiziert. Den Juden ist die Beschneidung in der Tora geboten; sie ist in der Genesis 17, 10–14 festgehalten, wo Gott einen „Bund“ mit dem Geschlecht Abrahams schließt. Die Beschneidung (Brit Mila) ist für den gläubigen Juden ein zentrales Identitätsmerkmal, ihre Bedeutsamkeit lässt sich auch daran ablesen, dass selbst am Schabbat geborene Kinder acht Tage später am folgenden Schabbat zu beschneiden sind und damit ein Verstoß gegen die Schabbatruhe in Kauf genommen wird. Der jüdische Philosoph B. Spinoza schrieb 1670 in seinem Tractatus theologico-politicus, er halte die Beschneidung „für so bedeutungsvoll, dass ich überzeugt bin, dies alleine werde das Volk für immer erhalten“. Im Koran lässt sich in keiner Sure ein Hinweis auf das Beschneidungsgebot finden, die Beschneidung (Sünnet) gehört allerdings zur Sunna, einem festen Bestandteil der Ritualkultur. Auf jeden Fall ist die Beschneidung „Pflicht und Voraussetzung für die Gültigkeit des Umkreisens der Kaaba bei der Pilgerfahrt“ nach Mekka.

Nach einer Schätzung der WHO ist etwa jeder dritte Mann beschnitten. Vorwiegend hygienische Motive führen dazu, dass in den USA etwa 75 % der Männer beschnitten sind. Weltweit sind mehrheitlich rituell beschnittene Männer Muslime (70 %); nur etwa 1 % sind Juden. In Deutschland werden jährlich etwa 50.000 Beschneidungen (Zirkumzisionen) an Säuglingen und Knaben vorgenommen, neben dem Chirurgen auch durch den Mohel bzw. Sünnetci.

Nicht erst mit dem Kölner Landgerichtsurteil ist ein Bewusstseinswandel insofern eingetreten, als das Kindeswohl, nämlich die körperliche und seelische Unversehrtheit, höher zu bewerten ist als die Religionsfreiheit (von Muslimen und Juden) bzw. das Elternrecht. Die deutsche Vorhaut-Debatte (Spiegel 27, 2012, S. 32) nahm bereits 2008 mit einem Beitrag von Putze und Stehr (Dtsch. Ärztebl.) zur strafrechtlichen Relevanz von religiösen Beschneidungen Fahrt auf. Inzwischen haben sich die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), der Berufsverband (BVKJ) sowie die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) eindeutig hinter das Kölner Urteil gestellt: „den Beschneidern ist die Unschuld genommen“ (Kinder- u. Jugendarzt 2012, S. 411). Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention sind „alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen zu treffen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen“. In ähnlicher Weise haben sich auch kanadische (1996), englische (2000), australische (2010) und holländische (2012) medizinwissenschaftliche Gesellschaften geäußert. In Schweden dürfen männliche Säuglinge ohne medizinische Notwendigkeit nur noch bis zu einem Alter von zwei Monaten beschnitten werden.

Das Blatt hat sich deutlich gewendet. Selbst in Israel gibt es eine zunehmende Anzahl von Knaben, die erst beschnitten werden, wenn sie die religiöse Mündigkeit (Bar Mitzwah) mit 13 Jahren erreicht haben und selbst entscheiden können. Insgesamt aber führt für den gläubigen Juden und Moslem kein Weg an der Beschneidung vorbei. Die „Bris“ (Beschneidung) ist für den gläubigen Juden nicht verhandelbar (Jüdische Zeitung, August 2012, S. 4). Ein Verbot ist juristisch fragwürdig und praktisch kaum durchsetzbar. Ein Beschneidungstourismus ins Ausland wäre die Folge. Vieles spricht zudem dafür, dass die derzeitige Aufregung übertrieben ist. Toleranz ist dagegen das Gebot der Stunde. Den Diskurs hat nicht die säkulare Gesellschaft anstelle der betroffenen Muslime und Juden zu führen.

H. Schulte-Wissermann

Prof. Dr. med. Hermann Schulte-Wissermann



„Der kleine Gärtner“
(Foto: Brigitte Hohnroth)

Impressum

kinder krankenschwester

31. Jahrgang · Heft 9 · 2012

Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und des Berufsverbandes

Kinderkrankenpflege Österreich in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. und der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Herausgeber: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Theodor Hellbrügge
Chefredakteur: Prof. Dr. med. Hermann Schulte-Wissermann (V.i.S.d.P.)

Redaktion: Sabine Schwabe-Douah (Redakteurin)

Ursula Gramm (Redaktionelle Mitarbeiterin)

Beirat: Prof. Dr. med. Jörg Baltzer, Krefeld; Bettina Beyer-Lichtblau, Augsburg; Martha Böhm, Linz; Maria Jesse, Wien; Prof. Dr. med. Tim Niehues, Krefeld; Ursula Scharnoffke, Krefeld; Dipl.-Verwaltungswirt Werner Schell, Neuss; Angelika Staub, Köln; Prof. Dr. med. Hans-Michael Straßburg, Würzburg; Elfriede Zoller, Stuttgart.

Anschrift der Chefredaktion:

Prof. Dr. med. Hermann Schulte-Wissermann

Redaktionsbüro „kinderkrankenschwester“

Lutherplatz 25, 47805 Krefeld

Telefon 0 21 51/50 00 81, Telefax 0 21 51/50 05 67

E-Mail: kinderkrankenschwester@t-online.de

Verlag:

Max Schmidt-Römhild KG, Mengstraße 16, 23552 Lübeck

Telefon 04 51/70 31-01, Telefax 04 51/70 31-2 80

www.schmidt-roemhild.de

E-Mail: info@schmidt-roemhild.de

Anzeigen:

Service und Disposition: Verlag Schmidt-Römhild KG, Lübeck

Christiane Kermel (V.i.S.d.P.)

Telefon 04 51/70 31-279, Telefax 04 51/70 31-280

E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.de

Anzeigenpreisliste: Nr. 32 vom 01.10.2011

Layout: Verlag Beleke GmbH, Essen

Paul Heidgen, E-Mail: pheidgen@beleke.de

Fotografische: Beiträge: Fotos und Zeichnungen, soweit nicht anders vermerkt, vom Autor eingesandt.

Abonnement-Service:

Tel.: 04 51/70 31-277, Fax: 04 51/70 31-281

E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

Bezugsmöglichkeiten: 12 Hefte pro Jahr; Einzelheft € 2,99, Jahresabonnement € 29,90 inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,50, Ausland € 13,30. Schülerabonnement € 29,00 inkl. MwSt. und Versandkosten; Sammelbezug: ab 10 Ex. = € 2,35 pro Heft, ab 30 Ex. = € 2,30 pro Heft, ab 50 Ex. = € 2,25 pro Heft inkl. MwSt., Versandkosten entfallen. Die Zeitschrift kann auch elektronisch bezogen werden: www.kinderkrankenschwester.eu.

Das Abonnement bezieht sich auf ein volles Kalenderjahr. Abonnements laufen mindestens ein Kalenderjahr und verlängern sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende eine schriftliche Kündigung erfolgt ist.

Für Mitglieder des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten, für Mitglieder des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich gilt ein gesonderter Mitgliederbezugspreis.

Namentlich gezeichnete Beiträge brauchen sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion und des Herausgebers zu decken.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen übernehmen Herausgeber, Redaktion und Verlag keine Haftung.

ISSN 0723-2276

SCHMIDT RÖMHILD



© 2012



Die Behandlung der Asphyxie mit Hypothermie

Hohe Anforderung an die Pflegefachkompetenz auf der neonatologischen Intensivstation

Bettina Münninghoff

Noch im Jahr 2005 gaben die ILCOR-Guidelines (International Liaison Committee on Resuscitation) an, dass nicht genügend valide Daten vorlägen, um eine systemische oder selektive zerebrale Hypothermie nach erfolgter Reanimation von Kindern mit einer vermuteten Asphyxie als Behandlungsmethode empfehlen zu können. Kardiopulmonale Reanimation von Kindern findet im Vergleich zu Erwachsenen zwar seltener statt, die Prognose ist aber in Bezug auf Outcome und Überleben deutlich schlechter (Pädiatrie up2date „002“).

Im Januar 2010 fand in Dresden das erste Treffen des *Deutschen Hypothermienetzwerkes* statt, dem der *Workshop Asphyxie & Hypothermie* vorausgegangen war. Dem Grußwort zu diesem Workshop 2010 ist zu entnehmen, dass die perinatale Asphyxie nach wie vor ein neonatologisches Problem darstellt. Die der Asphyxie nachfolgende Hypoxisch-Ischämische-Enzephalopathie (HIE) geht mit einer schlechten neurologischen Langzeitprognose einher. Eine Präventionsmöglichkeit der HIE ist die Hypothermie-Behandlung, die auf der Tagung in Dresden eingehend vorgestellt wurde. Dabei wurde auch die Errichtung eines Registers angeregt, in dem die Ergebnisse behandelter Kinder erfasst werden sollen. Ähnlich dem TOBY-Cooling-Register in Großbritannien, in dem ca. 50 Zentren mit mehr als 700 Kindern erfasst sind, ist ein deutsches Hypothermie-Register mit 82 teilnehmenden Kliniken mittlerweile eingerichtet. Zielsetzungen dieses Registers sind die Bedarfsermittlung für die Kühlung asphyktischer Neugeborener, die Identifizierung seltener Nebenwirkungen, die Sicherstellung hoher Qualität durch die Einhaltung strikter Protokolle, die Vereinfachung weiterer klinischer Studien und die Validierung von Kombinationstherapien.

Zum besseren Verständnis der Problematik sollen zunächst einige unerlässliche Einblicke in die pathophysiologischen Vorgänge des Asphyxiegeschehens und in die Hypothermie-Behand-

lung gegeben werden. Als Angehörige des Pflegeberufs werde ich dann vor allem die Besonderheiten in der pflegerischen Betreuung dieser Patienten heraus arbeiten.

Definitionen

Eine Asphyxie bedeutet eine globale Beeinträchtigung der Sauerstoffversorgung und schädigt in unterschiedlicher Weise die Organsysteme. Besonders gefährdet sind die Auswirkungen auf das Gehirn.

Die perinatale Asphyxie ist laut Rüdiger (2009), der sich auf eine Untersuchung von Blair und Stanley beruft, für etwa 25 Prozent aller neonatalen Todesfälle verantwortlich. Nach einem von Hummler in Dresden gehaltenen Vortrag sind es 15–20 Prozent.

10–20 Prozent aller Fälle mit einer Zerebralparese und Entwicklungsstörungen sind auf eine perinatale Asphyxie zurückzuführen (Dixon et al., 2002, 26), nach Hummler sogar 15–30 Prozent. Neben spastischen Paresen sind Choreaethosen, Ataxien, aber auch leichtere Formen von sensomotorischen Integrationsstörungen die Folge. Häufig ist auch die kognitive Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Mit einer Häufigkeit von 2–3 Fällen auf 1000 Lebendgeborene (Gunn et al., 1997) ist die perinatale Asphyxie im Gesamtspektrum der behandlungsbedürftigen neonatalen Erkrankungen nicht zu vernachlässigen, zumal für jeden Patienten mit Zerebralparese oder schwerer mentaler Entwicklungsstörung im Laufe des Lebens immense Kosten von circa 800.000 Euro auflaufen (Kruse et al., 2009). Bei ca. 1000 Kindern pro Jahr, die einen Hirnschaden aufgrund einer HIE erleiden (Ärzteblatt 2001), können die Gesamtkosten für Deutschland leicht hochgerechnet werden.

Zum besseren Verständnis der Pathophysiologie und der klinischen Konsequenzen sollen zunächst einige Begriffsdefinitionen angeführt werden.

Hypoxie: Kennzeichnet eine unzureichende Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff. Diese führt zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffverbrauch.

Hypoxämie: Selektiver Abfall des Sauerstoff-Partialdrucks im Blut.

Ischämie: Unzureichende Durchblutung des Gewebes und zusätzlich unzureichende Elimination von Stoffwechselprodukten. Eine Ischämie führt zu deutlicheren Schäden als eine Hypoxie.

Neonatale Enzephalopathie: ZNS-Dysfunktion in der Neugeborenenperiode.

Hypoxämisch-ischämische Enzephalopathie (HIE): Neonatale Enzephalopathie aufgrund eines hypoxämisch-ischämischen Hirnschadens.

Asphyxie: Störung des (plazentaren oder pulmonalen) Gasaustausches, die entsprechend zu einer *intrauterinen* oder einer *perinatalen* Asphyxie führen kann mit progressiver Hypoxämie und Hyperkapnie.

Blaue Asphyxie: Eine kurz andauernde Asphyxie führt zu einer *primären Apnoe*. In dieser Phase ist der Blutdruck noch gut. Die unzureichende Oxygenierung des Blutes zeigt sich klinisch sichtbar als Zyanose („blaue Asphyxie“). Atmung bei reifen Neugeborenen wird über Sauerstoffmangelrezeptoren gesteuert. Durch das Absinken des Sauerstoffpartialdrucks wird das Atemzentrum stimuliert, wodurch Spontanatmung einsetzt (Obladen 2000, 108).

Weißer Asphyxie: Bleibt die respiratorische Anpassung des Neugeborenen nach der Geburt insuffizient und wird von externen Helfern nicht entsprechend unterstützt, kann die primäre Apnoe in eine *sekundäre Apnoe* hinübergleiten. Merkmal der sekundären Apnoe ist ein niedriger Blutdruck. Übergänge sind jedoch fließend (Rüdiger 2009, 11).

Apgar-Score (Tab. 1): Er unterscheidet nicht zwischen asphyktischer und nicht-asphyktischer Depression des Neugeborenen. Wenn die Einzelkriterien des Scores als voneinander abhängige Faktoren betrachtet werden, ermöglichen sie eine gute Einordnung des aktuellen