

Prüfungsfragen: Gesundheit und Pflege

Vier Fallaufgaben zum eigenen Prüfungsfach Gesundheit und Pflege. Mit exakten Fristen aus dem Infektionsschutzgesetz und vollständigen Musterlösungen.

Aufgabe 1: Das kranke Kind: Brechdurchfall, Wiederezulassung und Medikamentenwunsch (20 Punkte)

Sie arbeiten als sozialpädagogische Assistenzkraft in der Kita Regenbogen. Um 10:15 Uhr übergibt sich die dreijährige Ida mitten im Bewegungsraum. Zwei Kinder laufen neugierig hin, ein drittes rutscht beinahe aus. Ida wirkt blass, weint und will getragen werden. Am Vortag hatten bereits zwei Kinder derselben Gruppe Durchfall. Am nächsten Morgen bringt der Vater eines anderen Kindes eine angebrochene Flasche Fiebersaft mit an die Garderobe und sagt: „Falls Nils heiß wird, geben Sie ihm einfach einen halben Löffel, das mache ich zu Hause auch immer.“

1. Beschreiben Sie Ihr Vorgehen bei Ida in der richtigen Reihenfolge und begründen Sie drei Ihrer Schritte fachlich. Gehen Sie dabei auch auf Ihre Beobachtungsdokumentation ein. (8 Punkte)
2. Erläutern Sie, ab wann Ida die Einrichtung wieder besuchen darf. Nennen Sie die Rechtsgrundlage, die zugehörige Frist und die Person, die das Gesundheitsamt benachrichtigt. (7 Punkte)
3. Reagieren Sie auf den Vater von Nils. Erläutern Sie die Rechtslage zur Medikamentengabe in der Kita und unterscheiden Sie dabei Dauermedikation und Notfallmedikation. (5 Punkte)

Teilaufgabe 1: Vorgehen bei Ida. Die richtige Reihenfolge lautet: Zuerst werden die anderen Kinder aus dem Bereich gebracht, am besten mit einer Kollegin in den Gruppenraum. Danach wird Ida getröstet und betreut. Anschließend werden Einmalhandschuhe angezogen und die Fläche mit Papiertüchern abgedeckt. Dann wird die Leitung informiert, damit die Eltern angerufen werden. Danach wird das Material in einem geschlossenen Beutel entsorgt, die Fläche nach Hygieneplan desinfiziert und Idas Kleidung gewechselt. Zum Schluss folgt die Händehygiene, nach Kontakt mit Erbrochenem einschließlich Händedesinfektion.

Drei mögliche *Begründungen*: (1) Die anderen Kinder werden zuerst entfernt, weil hier Ansteckungs- und Rutschgefahr zugleich bestehen und weil Aufsichtspflicht und Infektionsschutz Vorrang vor dem Putzen haben. (2) Der Anruf bei den Eltern erfolgt über die interne Regelung durch Fachkraft oder Leitung, nicht spontan durch die Assistenzkraft. (3) Nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten ist Desinfektion die gezielte Ausnahme vom Regelfall Reinigung; Mittel, Dosierung und Einwirkzeit stehen im Hygieneplan und sind einzuhalten. Weitere zulässige Begründungen: Ida wird ein ruhiger Rückzugsort angeboten (Matratze, Decke, Nähe), auf Flüssigkeitszufuhr in kleinen Schlucken wird geachtet, weil bei Durchfall und Erbrechen der Flüssigkeitsverlust die eigentliche Gefahr ist, und die genutzten Textilien werden als Wäsche mit Kontaminationsrisiko getrennt gesammelt und bei mindestens 60 Grad gewaschen.

Dokumentation: sachlich und ohne Deutung, zum Beispiel „10:15 Uhr: Ida hat einmal erbrochen, wirkt blass und müde, trinkt Wasser in kleinen Schlucken.“ Diagnosen wie „Magen-Darm-Grippe“ gehören nicht in die Notiz. Ebenfalls wichtig ist die Meldung an die Fachkraft, dass in derselben Gruppe bereits zwei Kinder Durchfall hatten, weil das für die Leitung eine wesentliche Information ist.

Teilaufgabe 2: Wiederzulassung. Rechtsgrundlage ist § 34 IfSG. Nach § 34 Abs. 1 IfSG dürfen Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei infektiöser Gastroenteritis, also ansteckendem Brechdurchfall, die Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen. Ida ist drei Jahre alt und fällt damit unter diese Regelung. Maßgeblich ist, ob eine Weiterverbreitung nach ärztlichem Urteil nicht mehr zu befürchten ist; den praktischen Maßstab liefern die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen. Danach gilt bei infektiöser Gastroenteritis bei Kindern unter sechs Jahren: *Wiederzulassung 48 Stunden nach Abklingen von Durchfall und Erbrechen.* Ein generelles ärztliches Attest verlangt § 34 IfSG nicht, auch wenn viele Einrichtungen eines zur Absicherung wünschen.

Die *Benachrichtigung des Gesundheitsamts* erfolgt nach § 34 Abs. 6 IfSG unverzüglich durch die *Leitung der Einrichtung*, nicht durch die Erzieherin und schon gar nicht durch die Assistenzkraft. Ergänzend gehört zur Rechtslage: Nach § 34 Abs. 5 IfSG müssen die

Sorgeberechtigten der Einrichtung unverzüglich mitteilen, wenn ihr Kind an einer der genannten Krankheiten erkrankt ist. Der schriftliche Hygieneplan der Einrichtung beruht auf § 36 Abs. 1 IfSG, nicht auf § 35 IfSG. Die Rolle der Assistenzkraft besteht in der zuverlässigen Umsetzung im Alltag und in der schnellen Weitergabe von Beobachtungen.

Teilaufgabe 3: Medikamentengabe. Richtige Reaktion: Es wird nichts angenommen, was nicht geregelt ist. Eine mögliche Formulierung lautet: „Dafür brauchen wir eine schriftliche Anordnung vom Arzt und Ihre Unterschrift. Ich hole gleich die Leitung dazu, damit wir das sauber aufsetzen.“ Danach wird das Anliegen weitergegeben.

Rechtslage: Es gibt weder ein gesetzliches Verbot noch eine allgemeine gesetzliche Pflicht, Kindern in der Kita Medikamente zu geben. Die Verabreichung von Arzneimitteln gehört nicht zum Kern des Betreuungsauftrags. Die konkreten Vorgaben ergeben sich aus dem Landesrecht, aus den Regelungen des Trägers und aus dem Arbeitsvertrag, also von Bundesland zu Bundesland und von Träger zu Träger unterschiedlich. Wenn Medikamente gegeben werden, dann nur unter klaren Bedingungen: schriftliche ärztliche Anordnung mit Medikament, Dosis, Zeitpunkt, Anwendungsart und Dauer; schriftliche Einwilligung und Beauftragung der Sorgeberechtigten; Originalmedikament mit Beipackzettel und lesbarem Namen; sichere Lagerung außerhalb der Reichweite von Kindern; lückenlose Dokumentation jeder Gabe mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen. Eine angebrochene Flasche ohne Namen und nach Augenmaß dosiert erfüllt keine dieser Bedingungen.

Anders liegt der Fall bei der *Notfallmedikation*. Hier greift die allgemeine Hilfeleistungspflicht. Bei Kindern mit bekannten Risiken wie Fieberkrampf, schwerer Allergie, Asthma oder Diabetes wird ein individueller Notfallplan mit Eltern und behandelnden Ärzten erstellt, und das Personal wird persönlich eingewiesen. Pädagogische Kräfte können bei solchen Risikokindern in Notsituationen verpflichtet sein, Notfallmedikamente zu verabreichen, sofern deren Anwendung keine besondere medizinische Fachkenntnis erfordert. Wer nach Einweisung handelt, steht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung; die Haftungsbeschränkung der §§ 104 ff. SGB VII greift. Ergänzend gilt: Fieber ist keine Krankheit, sondern eine Abwehrreaktion. Entscheidend ist nicht die Zahl auf dem Thermometer, sondern der Allgemeinzustand.

Pflicht und Zusatz auf einen Blick

Zwingend für die volle Punktzahl: Das Vorgehen in korrekter Reihenfolge, insbesondere die Kinder zuerst aus dem Bereich führen und erst danach reinigen; drei Begründungen, davon mindestens eine hygienische; die sachliche Dokumentation ohne Diagnose; § 34 IfSG mit der Sonderregel für Kinder unter sechs Jahren; die Frist von 48 Stunden nach Abklingen; die Meldung durch die Leitung nach § 34 Abs. 6 IfSG; die freundlich ablehnende Antwort an den Vater; kein Verbot und keine Pflicht bei der Medikamentengabe mit mindestens drei Bedingungen; die Abgrenzung der Notfallmedikation.

Zusatz und Vertiefung, ohne eigene Punkte: Die weiterführenden Absätze zur Rechtslage und der Hinweis, dass Fieber eine Abwehrreaktion ist. Dazu alles Weitere, was über die Pflichtliste hinausgeht: weitere Beispiele, weitere Fachbegriffe, Merksätze und die ergänzenden Hinweise am Ende der Absätze. Fachlich richtig und lesenswert, unter Klausurbedingungen aber verzichtbar.

Zeitrahmen: Für eine Fallaufgabe dieses Umfangs sind etwa 30 Minuten vorgesehen. Handschriftlich sind das realistisch 300 bis 450 Wörter. Deshalb zuerst die Pflichtliste vollständig abarbeiten und den Zusatz nur ergänzen, wenn Zeit bleibt. Die Musterlösung erklärt bewusst mehr, als eine Klausurantwort leisten muss.

Bewertungskriterien

- Vorgehen in korrekter Reihenfolge, insbesondere Kinder zuerst entfernen und erst danach reinigen (4 Punkte)
- Drei fachlich tragfähige Begründungen, davon mindestens eine hygienisch (Desinfektion als gezielte Ausnahme) (3 Punkte)
- Dokumentation sachlich und ohne Diagnose formuliert (1 Punkt)
- § 34 IfSG als Rechtsgrundlage und Sonderregel für Kinder unter sechs Jahren bei infektiöser Gastroenteritis (3 Punkte)
- Frist 48 Stunden nach Abklingen von Durchfall und Erbrechen nach den RKI-Empfehlungen (2 Punkte)
- Meldung durch die Leitung nach § 34 Abs. 6 IfSG, korrekte Rollenabgrenzung (2 Punkte)
- Ablehnende, aber freundliche und lösungsorientierte Antwort an den Vater (1 Punkt)
- Kein Verbot und keine Pflicht, Regelung durch Land und Träger, mindestens drei Bedingungen einer zulässigen Gabe (2 Punkte)
- Abgrenzung Notfallmedikation mit Notfallplan, Einweisung und Hilfeleistungspflicht (2 Punkte)
- Deutlicher Abzug, wenn das Medikament angenommen und verabreicht wird oder wenn die Assistenzkraft selbst das Gesundheitsamt informiert

Aufgabe 2: Hygieneplan im Alltag: Händehygiene und Wickelbereich (20

Punkte)

Sie beginnen Ihr Praktikum in der Krippengruppe „Igel“. Ihnen fällt in der ersten Woche mehreres auf: Im Waschraum hängt ein Gemeinschaftshandtuch, an dem sich die Kinder nach dem Toilettengang abtrocknen. Eine Kollegin wickelt zwei Kinder nacheinander auf derselben Auflage und wischt sie zwischendurch nur mit einem feuchten Lappen ab. Eine andere Kollegin trägt beim Wickeln Einmalhandschuhe und sagt, dann brauche sie sich hinterher die Hände nicht mehr zu waschen. Die Kinder waschen sich die Hände in etwa fünf Sekunden. Als Sie nach dem Hygieneplan fragen, sagt eine Kollegin: „Der steht irgendwo im Büro im Ordner, den brauchst du nicht.“

1. Beschreiben Sie den korrekten Ablauf des Händewaschens und nennen Sie vier Situationen aus dem Kita-Alltag, in denen Händehygiene zwingend erforderlich ist. (7 Punkte)
2. Erklären Sie den Unterschied zwischen Reinigung und Desinfektion mit je zwei Beispielen und leiten Sie daraus ab, was im Wickelbereich richtig gewesen wäre. Beurteilen Sie außerdem die Aussage zu den Einmalhandschuhen. (7 Punkte)
3. Erläutern Sie, worauf ein Hygieneplan rechtlich beruht, welche vier Fragen er für jede Tätigkeit beantwortet und wo Ihre Zuständigkeit als Assistenzkraft endet. Gehen Sie dabei auch auf die Belehrungspflichten des Personals ein. (6 Punkte)

Teilaufgabe 1: Händehygiene. Die meisten Erreger in der Kita werden über die Hände weitergegeben, entweder direkt von Haut zu Haut oder indirekt über Türklinken, Spielzeug und Tische. Man spricht von Schmierinfektion oder Kontaktinfektion. Gründliches Händewaschen ist deshalb die wichtigste und billigste Schutzmaßnahme überhaupt.

Der Ablauf lautet: Hände nass machen, Seife auf die ganze Hand geben, etwa 30 Sekunden verreiben und dabei auch Zwischenräume, Daumen, Fingerkuppen und Nägel einbeziehen, gründlich abspülen und mit einem Einmalhandtuch abtrocknen. Genau die vier genannten Stellen bleiben beim schnellen Waschen trocken. Für Kinder funktioniert die Zeitvorgabe über ein Lied besser als über die Uhr, etwa zweimal „Happy Birthday“ oder ein selbst gedichteter Waschvers. Das Gemeinschaftshandtuch im Fallbeispiel ist ein klarer Fehler, ebenso die zu kurze Waschdauer von fünf Sekunden.

Vier zwingende Situationen (aus den fünf Momenten der Händehygiene auf den Kita-Alltag übertragen): vor dem Kontakt mit einem Kind in einer Pflegesituation, also vor dem Wickeln oder vor der Wundversorgung; vor sauberen Tätigkeiten, also vor dem Zubereiten und Ausgeben von Essen und vor dem Anreichen von Fläschchen; nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten, also nach dem Wickeln, nach dem Naseputzen, nach Erbrochenem oder Blut; nach dem Kontakt mit dem Kind, etwa nach Trostsituationen mit engem Körperkontakt oder nach dem Toilettengang eines Kindes; nach Kontakt mit der Umgebung des Kindes, etwa nach dem Reinigen der Wickelaufgabe oder nach dem Umgang mit gebrauchter Wäsche. Für Kinder ist Händewaschen mit Seife der Standard; alkoholische Händedesinfektion ist eine Maßnahme für das Personal in bestimmten Situationen und braucht Einwirkzeit auf trockenen Händen. Bei sichtbarer Verschmutzung wird immer zuerst gewaschen.

Teilaufgabe 2: Reinigung, Desinfektion und Wickelbereich. *Reinigung* entfernt Schmutz und damit den größten Teil der Keime mechanisch. Sie ist der Normalfall in der Kita, etwa bei Böden, Tischen, Spielzeug und Griffen. Wichtig sind frisches Wischwasser, saubere Tücher und ein klarer Wechselrhythmus. *Desinfektion* tötet Keime gezielt ab und ist die Ausnahme: Wickelaufgabe nach jedem Kind, Flächen nach Kontakt mit Erbrochenem, Stuhl oder Blut sowie in Ausbruchssituationen. Mittel, Dosierung und vor allem die Einwirkzeit stehen im Hygieneplan; ein zu früh nachgewischtes Mittel wirkt nicht.

Im Wickelbereich wäre daher richtig gewesen: Die Wickelaufgabe wird nach *jedem* Kind gereinigt *und desinfiziert*, nicht nur feucht abgewischt. Ein bloßer Lappen genügt nicht. Zusätzlich gilt der vollständige Ablauf: alles bereitlegen, das Kind ankündigen und holen, Hände waschen und bei Bedarf Handschuhe anziehen, im Dialog wickeln, Wickelfläche desinfizieren, Hände waschen und dokumentieren. Gereinigt wird von vorne nach hinten, damit keine Darmkeime in den Harnwegsbereich gelangen; bei Mädchen ist diese Regel besonders bedeutsam. Die gebrauchte Windel wird zusammengerollt in einen Windeleimer

mit Deckel gegeben. Ein Hautkontakt zur Wickelauflage ohne Unterlage ist zu vermeiden; in vielen Einrichtungen liegt für jedes Kind eine eigene Unterlage bereit. Und: Ein Kind auf dem Wickeltisch wird niemals allein gelassen, auch nicht für zwei Sekunden.

Die Aussage zu den *Einmalhandschuhen* ist falsch. Handschuhe schützen die Haut und verhindern die direkte Übertragung, aber sie werden selbst kontaminiert, und beim Ausziehen kommen die Hände mit der Außenseite in Kontakt. Vor dem Anziehen und nach dem Ausziehen wird deshalb immer die Händehygiene durchgeführt. Handschuhe ersetzen das Händewaschen nie.

Teilaufgabe 3: Hygieneplan, Rechtsgrundlage und Rollengrenze. Nach § 36 Abs. 1 IfSG müssen Gemeinschaftseinrichtungen in einem Hygieneplan ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene schriftlich festlegen; sie unterliegen außerdem der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Grundlage der meisten Kita-Hygienepläne sind die Rahmenhygienepläne der Länder, die auf Empfehlungen des Robert Koch-Instituts aufbauen. Wichtig ist die Abgrenzung: § 33 IfSG definiert die Gemeinschaftseinrichtung, § 34 IfSG regelt Besuchs- und Tätigkeitsverbote, und § 35 IfSG betrifft heute Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen, nicht die Kita.

Der Hygieneplan ist keine Aktenablage, sondern eine Arbeitsanweisung. Er beantwortet für jede Tätigkeit vier Fragen: *Was* wird gemacht, *womit*, *wie oft* und *von wem*? Typische Kapitel sind Händehygiene, Reinigung und Desinfektion von Flächen, Wickelbereich und Sanitärräume, Spielzeugreinigung, Wäsche, Lebensmittel, Umgang mit Ausscheidungen und Blut, Erste-Hilfe-Material und Vorgehen bei Ausbrüchen. Die Aussage der Kollegin ist deshalb falsch: Der Hygieneplan sollte in der ersten Woche gelesen werden, und er hängt üblicherweise dort aus, wo gearbeitet wird.

Belehrungspflichten: Nach § 34 Abs. 5a IfSG belehrt der Arbeitgeber alle Beschäftigten mit Kontakt zu den Kindern vor der ersten Tätigkeitsaufnahme und danach mindestens alle zwei Jahre; über die Belehrung wird ein Protokoll erstellt und drei Jahre aufbewahrt. Nach § 34 Abs. 5 IfSG belehrt die Leitung außerdem die Sorgeberechtigten neu aufgenommener Kinder über ihre Mitteilungspflicht. Wer mit Lebensmitteln umgeht, braucht zusätzlich die Belehrung nach § 43 IfSG. Ergänzend gilt § 20 Abs. 8 IfSG, das Masernschutzgesetz, für Kinder und Tätige in der Einrichtung.

Rollengrenze: Die Verantwortung für den Hygieneplan und für die Meldung an das Gesundheitsamt liegt bei der Einrichtungsleitung. Die Assistenzkraft setzt die Vorgaben zuverlässig um, meldet beobachtete Symptome sofort an die Fachkraft, statt sie selbst zu deuten, und darf und soll auf erkannte Hygienemängel hinweisen. Zur eigenen Personalhygiene gehört außerdem, an Händen und Unterarmen keine Ringe, Armbänder oder Uhren zu tragen.

Pflicht und Zusatz auf einen Blick

Zwingend für die volle Punktzahl: Der vollständige Ablauf des Händewaschens mit etwa 30 Sekunden und den vier häufig vergessenen Stellen; vier zwingende Situationen; die Unterscheidung von Reinigung und Desinfektion mit je zwei Beispielen; die Wickelregeln; die Widerlegung der Aussage zu den Handschuhen; § 36 Abs. 1 IfSG ohne Verwechslung mit § 35 IfSG; die vier Fragen des Hygieneplans; die Belehrung nach § 34 Abs. 5a IfSG mit klarer Rollengrenze.

Zusatz und Vertiefung, ohne eigene Punkte: Der Hinweis auf § 20 Abs. 8 IfSG und weitere Beispiele. Dazu alles Weitere, was über die Pflichtliste hinausgeht: weitere Beispiele, weitere Fachbegriffe, Merksätze und die ergänzenden Hinweise am Ende der Absätze. Fachlich richtig und lesenswert, unter Klausurbedingungen aber verzichtbar.

Zeitraumen: Für eine Fallaufgabe dieses Umfangs sind etwa 30 Minuten vorgesehen. Handschriftlich sind das realistisch 300 bis 450 Wörter. Deshalb zuerst die Pflichtliste vollständig abarbeiten und den Zusatz nur ergänzen, wenn Zeit bleibt. Die Musterlösung erklärt bewusst mehr, als eine Klausurantwort leisten muss.

Bewertungskriterien

- Ablauf des Händewaschens vollständig, mit Zeitangabe von etwa 30 Sekunden und den vier häufig vergessenen Stellen (4 Punkte)
- Vier zwingende Situationen korrekt benannt (3 Punkte)
- Reinigung und Desinfektion sauber unterschieden, je zwei Beispiele (3 Punkte)
- Wickelaufgabe nach jedem Kind desinfizieren, Reinigung von vorne nach hinten, Kind nie allein lassen (2 Punkte)
- Aussage zu den Handschuhen korrekt widerlegt (2 Punkte)
- § 36 Abs. 1 IfSG als Rechtsgrundlage des Hygieneplans, keine Verwechslung mit § 35 IfSG (2 Punkte)
- Vier Fragen des Hygieneplans (was, womit, wie oft, von wem) (2 Punkte)
- Belehrung nach § 34 Abs. 5a IfSG vor Tätigkeitsbeginn und alle zwei Jahre sowie klare Rollengrenze zur Leitung (2 Punkte)
- Abzug, wenn Desinfektion als Normalfall dargestellt oder das Gemeinschaftshandtuch nicht beanstandet wird

Aufgabe 3: Erste Hilfe: Verschlucken, Notfallkette und Dokumentation (20 Punkte)

Beim Nachmittagssnack im Garten isst der zweijährige Mika Weintrauben aus einer Schale. Plötzlich hustet er kräftig, wird rot im Gesicht und greift sich an den Hals. Sie sind als Assistenzkraft mit einer Kollegin und acht Kindern draußen. Nach wenigen Sekunden wird Mikas Husten leiser, er gibt kaum noch Geräusche von sich und wirkt zunehmend blass. Eine Praktikantin will ihm mit dem Finger in den Mund greifen, eine Kollegin ruft: „Das ist doch ein Baby, mach den Heimlich-Griff!“

1. Beschreiben Sie die Notfallkette in der richtigen Reihenfolge und erläutern Sie die fünf W-Fragen des Notrufs. (6 Punkte)
2. Beschreiben Sie Ihr Vorgehen bei Mika Schritt für Schritt. Grenzen Sie das Vorgehen bei Kindern ab einem Jahr von dem bei Säuglingen unter einem Jahr ab und beurteilen Sie die beiden Vorschläge aus dem Fallbeispiel. (9 Punkte)
3. Erläutern Sie die Dokumentationspflichten nach einem solchen Ereignis und die Vorgaben der DGUV zur Ausbildung von Ersthelfern in Kitas. (5 Punkte)

Musterlösung

Teilaufgabe 1: Notfallkette und fünf W. Bei jedem Notfall gilt dieselbe Reihenfolge: (1) Eigenschutz beachten und die Unfallstelle sichern, (2) das Kind ansprechen sowie Bewusstsein und Atmung prüfen, (3) Hilfe rufen und den Notruf 112 absetzen, (4) lebensrettende Maßnahmen durchführen, (5) betreuen, für Wärme und Zuwendung sorgen, bis der Rettungsdienst eintrifft. Die 112 ist europaweit erreichbar und von jedem Telefon kostenlos.

Die fünf W lauten: *Wo* ist es passiert? *Was* ist passiert? *Wie viele* Betroffene? *Welche* Verletzungen? Und: *Warten* auf Rückfragen. Das Gespräch beendet der Leitstellenmitarbeiter, nicht die anrufende Person. Für Kitas gilt zusätzlich der Grundsatz: Der Notruf ist niemals die letzte Option, sondern im Zweifel die erste. Ein abgesagter Rettungswagen kostet nichts, eine verzögerte Hilfe kann alles kosten.

Teilaufgabe 2: Vorgehen bei Mika. Solange Mika *kräftig hustet*, ist der Husten die wirksamste Maßnahme. In dieser Phase wird nicht eingegriffen, sondern das Kind angefeuert und beobachtet. Sobald der Husten schwach wird, das Kind still, blau oder bewusstseinsgetrübt ist, wird sofort gehandelt. Genau dieser Punkt ist im Fall erreicht.

Vorgehen bei einem *Kind ab einem Jahr*: Den Oberkörper nach vorne beugen lassen und fünf kräftige Schläge zwischen die Schulterblätter geben. Bleibt das ohne Erfolg, folgen fünf Oberbauchkompressionen (Heimlich-Handgriff). Beides wird im Wechsel wiederholt. Parallel wird die Kollegin gebeten, den Notruf 112 abzusetzen und die anderen Kinder wegzubringen. Tritt Bewusstlosigkeit ein, wird der Notruf sichergestellt und sofort mit der Wiederbelebung begonnen. Nach einem erfolgreichen Heimlich-Handgriff muss das Kind immer ärztlich untersucht werden.

Vorgehen bei einem *Säugling unter einem Jahr*: Das Kind wird bäuchlings mit dem Kopf nach unten über den Unterarm gelegt, es folgen fünf kräftige Schläge zwischen die Schulterblätter; ohne Erfolg wird es umgedreht und erhält fünf Brustkompressionen, beides im Wechsel. Der Heimlich-Handgriff ist bei Säuglingen unter einem Jahr *verboten*, weil die inneren Organe verletzt werden können.

Beurteilung der beiden Vorschläge: Die Praktikantin darf *nicht* blind mit dem Finger in den Mund greifen, weil der Fremdkörper dadurch tiefer rutschen kann. Nur ein sichtbarer, gut erreichbarer Fremdkörper darf entfernt werden. Die Kollegin irrt gleich doppelt: Mika ist zwei Jahre alt und damit kein Säugling, und die Reihenfolge stimmt nicht. Richtig ist, zuerst fünf Rückenschläge zu geben und erst danach, wenn diese wirkungslos bleiben, Oberbauchkompressionen anzuschließen. Zur Prävention gehört der Hinweis, dass Weintrauben, Nüsse und Karottenstücke klassische Ursachen sind und bei kleinen Kindern längs geviertelt beziehungsweise vermieden werden sollten.

Teilaufgabe 3: Dokumentation und DGUV. Es bestehen zwei Dokumentationspflichten. Jede Erste-Hilfe-Leistung wird im *Verbandbuch* festgehalten, mit Datum, Uhrzeit, Hergang, Verletzung, Maßnahme sowie den Namen von verletzter Person und Ersthelfer. Wird nach einem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen, muss der Träger zusätzlich eine *Unfallanzeige* an die zuständige Unfallkasse senden. Diese Dokumentation ist kein bürokratischer Selbstzweck, sondern die Grundlage dafür, dass Folgekosten übernommen werden.

DGUV-Vorgaben: Kinder in Kindertageseinrichtungen sind gesetzlich unfallversichert; zuständig sind die Unfallkassen der Länder unter dem Dach der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Nach § 26 Abs. 1 der DGUV Vorschrift 1 muss der Träger sicherstellen, dass genügend ausgebildete Ersthelferinnen und Ersthelfer zur Verfügung stehen. Die Zahl richtet sich nach den anwesenden Versicherten: Bei 2 bis 20 anwesenden Versicherten genügt *eine* ersthelfende Person, bei mehr als 20 anwesenden Versicherten ist in Kindertageseinrichtungen *eine ersthelfende Person je Kindergruppe* erforderlich. Eine Regel „mindestens zwei je Einrichtung“ gibt es nicht, sie ist ein verbreiteter Irrtum. Der Erstlehrgang heißt *Erste-Hilfe-Lehrgang* und umfasst neun Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten; die Auffrischung alle zwei Jahre heißt *Erste-Hilfe-Fortbildung* und umfasst ebenfalls neun Unterrichtseinheiten. Für pädagogisches Personal wird die kindgerechte Variante „Erste Hilfe am Kind“ empfohlen. Praktische Hinweise liefert die DGUV Information 202-089.

Pflicht und Zusatz auf einen Blick

Zwingend für die volle Punktzahl: Die vollständige Notfallkette; die fünf W-Fragen einschließlich Warten auf Rückfragen; kein Eingreifen bei kräftigem Husten und der Umschlagpunkt; das Vorgehen ab einem Jahr mit fünf Rückenschlägen und fünf Oberbauchkompressionen im Wechsel plus Notruf; die Abgrenzung beim Säugling ohne Heimlich-Handgriff; die Widerlegung beider Vorschläge; Verbandbuch und Unfallanzeige; § 26 Abs. 1 DGUV Vorschrift 1 mit Erste-Hilfe-Lehrgang und Erste-Hilfe-Fortbildung.

Zusatz und Vertiefung, ohne eigene Punkte: Die DGUV Information 202-089 und der Hinweis auf die kindgerechte Lehrgangsvariante. Dazu alles Weitere, was über die Pflichtliste hinausgeht: weitere Beispiele, weitere Fachbegriffe, Merksätze und die ergänzenden Hinweise am Ende der Absätze. Fachlich richtig und lesenswert, unter Klausurbedingungen aber verzichtbar.

Zeitrahmen: Für eine Fallaufgabe dieses Umfangs sind etwa 30 Minuten vorgesehen. Handschriftlich sind das realistisch 300 bis 450 Wörter. Deshalb zuerst die Pflichtliste vollständig abarbeiten und den Zusatz nur ergänzen, wenn Zeit bleibt. Die Musterlösung erklärt bewusst mehr, als eine Klausurantwort leisten muss.

Bewertungskriterien

- Notfallkette vollständig und in richtiger Reihenfolge (3 Punkte)

- Fünf W-Fragen korrekt, einschließlich „Warten auf Rückfragen“ (3 Punkte)
- Erkennt, dass bei kräftigem Husten nicht eingegriffen wird und wann das umschlägt (2 Punkte)
- Vorgehen ab einem Jahr korrekt: fünf Rückenschläge, dann fünf Oberbauchkompressionen, im Wechsel, plus Notruf (3 Punkte)
- Abgrenzung Säugling: Rückenschläge und Brustkompressionen, kein Heimlich (2 Punkte)
- Beide Vorschläge aus dem Fall korrekt widerlegt (blindes Greifen, falsches Alter und falsche Reihenfolge) (2 Punkte)
- Verbandbuch und Unfallanzeige mit Anlass und Inhalt (3 Punkte)
- § 26 Abs. 1 DGUV Vorschrift 1 mit der richtigen Zahl ersthelfender Personen (eine bei 2 bis 20 anwesenden Versicherten, bei mehr als 20 eine je Kindergruppe), Erste-Hilfe-Lehrgang mit neun Unterrichtseinheiten, Auffrischung alle zwei Jahre als Erste-Hilfe-Fortbildung (2 Punkte)
- Deutlicher Abzug bei Heimlich-Handgriff am Säugling oder bei blindem Ausräumen des Mundes
- Kein Punktabzug, aber Hinweis in der Rückmeldung, wenn „mindestens zwei ersthelfende Personen je Einrichtung“ behauptet oder der Erstlehrgang als Fortbildung bezeichnet wird

Aufgabe 4: Beziehungsvolle Pflege nach Pikler und Sauberkeitsentwicklung

(20 Punkte)

Malik (16 Monate) spielt in der Krippe vertieft mit Bausteinen. Die Assistenzkraft Jana bemerkt beim Vorbeigehen, dass seine Windel voll ist, greift ihn von hinten unter den Armen und trägt ihn zum Wickeltisch. Malik schreit, macht sich steif und tritt um sich. Jana wickelt ihn schnell fertig, unterhält sich dabei über den Wickeltisch hinweg mit einer Kollegin über den Dienstplan und setzt ihn wieder ab. Am Nachmittag wiederholt sich die Szene.

Am selben Tag spricht die Mutter der dreijährigen Frida Sie an: Frida trage zu Hause noch Windeln, das müsse jetzt endlich aufhören. Sie bittet darum, dass Frida in der Kita künftig nach jeder Mahlzeit auf das Töpfchen gesetzt wird und dort sitzen bleibt, bis etwas kommt. Für jeden Erfolg solle es einen Sticker geben.

1. Erklären Sie die vier Prinzipien der beziehungsvollen Pflege nach Emmi Pikler. Formulieren Sie zu jedem Prinzip einen konkreten Satz oder eine Handlung, mit der Jana bei Malik anders hätte vorgehen können. (8 Punkte)
2. Beschreiben Sie den hygienisch und pädagogisch korrekten Ablauf des Wickelns und begründen Sie drei Schritte. Nennen Sie außerdem die wichtigste Sicherheitsregel am Wickeltisch. (7 Punkte)
3. Reagieren Sie fachlich auf den Wunsch von Fridas Mutter. Erläutern Sie dabei die Sauberkeitsentwicklung als Reifungsprozess und Ihre Rolle als Assistenzkraft. (5 Punkte)

Teilaufgabe 1: Die vier Prinzipien nach Pikler. Emmi Pikler (1902–1984) war eine ungarische Kinderärztin, die ab 1946 das Säuglingsheim in der Budapester Loczy-Straße leitete. Ihr Ansatz ruht auf drei Säulen: freie Bewegungsentwicklung, freies Spiel und beziehungsvolle Pflege. Beziehungsvolle Pflege bedeutet, dass die Pflegesituation eine Eins-zu-eins-Situation mit voller Aufmerksamkeit ist. Aus einer Handlung *am* Kind wird eine Handlung *mit* dem Kind. Die vier Prinzipien lauten:

- *Ankündigen*: Jeder Handgriff wird sprachlich angekündigt. Jana hätte sich zu Malik hinunterknien und sagen können: „Malik, deine Windel ist voll. Ich wickle dich gleich.“ Ein Kind, das weiß, was als Nächstes passiert, muss sich nicht wehren.
- *Zeit lassen*: Pausen aushalten, nicht hetzen. Jana hätte Malik ankündigen können, dass er sein Bauwerk noch zu Ende bauen darf, und ihm einige Minuten Zeit geben können, bevor sie ihn holt.
- *Beteiligen*: Das Kind wird aktiv einbezogen. „Kannst du mir dein Bein geben?“ oder „Möchtest du selbst die Treppe hochsteigen?“ Ab etwa zwei Jahren steigen viele Kinder über eine Treppe selbst hoch, das entlastet den Rücken und stärkt die Selbstwirksamkeit des Kindes.
- *Zuwenden*: Blickkontakt halten, keine Nebengespräche mit Kolleginnen über den Wickeltisch hinweg. Genau das war Janas zweiter Fehler.

Der häufige Einwand, dafür sei im Alltag keine Zeit, hält nicht stand: Ein angekündigter Wickelvorgang dauert oft kürzer als ein Wickelvorgang gegen den Widerstand eines strampelnden Kindes. Zeit geht nicht durch Zuwendung verloren, sondern durch Gegenwehr, Tränen und Trösten hinterher.

Teilaufgabe 2: Ablauf des Wickelns. Die Kette lautet: alles bereitlegen, das Kind ankündigen und holen, Hände waschen und bei Bedarf Handschuhe anziehen, im Dialog wickeln, die Wickelfläche desinfizieren, Hände waschen und dokumentieren.

Drei mögliche *Begründungen*: (1) Alles wird vorher bereitgelegt, denn wer mitten im Vorgang die Feuchttücher sucht, muss das Kind loslassen oder allein lassen. (2) Gereinigt wird von vorne nach hinten, damit keine Darmkeime in den Harnwegsbereich gelangen; bei Mädchen ist diese Regel besonders bedeutsam. (3) Die Wickelauflage wird nach jedem Kind gereinigt und desinfiziert, weil sie eine Kontaktfläche für Ausscheidungen ist; ein Hautkontakt zur Auflage ohne Unterlage ist zu vermeiden, in vielen Einrichtungen liegt für jedes Kind eine eigene Unterlage bereit. Ebenfalls aner kennenswert: Die gebrauchte Windel wird zusammengerollt in einen Windeimer mit Deckel gegeben; Auffälligkeiten werden sachlich und ohne Deutung notiert, etwa „Rötung im Windelbereich, handtellergroß, seit heute“ statt „Windelsoor“.

Die wichtigste *Sicherheitsregel*: Ein Kind auf dem Wickeltisch wird niemals allein gelassen, auch nicht für zwei Sekunden. Fehlt etwas, nimmt man das Kind mit oder ruft um Hilfe. Stürze vom Wickeltisch gehören zu den schwersten Unfällen im Krippenalltag.

Pädagogisch ist das Wickeln zugleich ein Bildungsort: Es verbindet Beziehung, Körperwahrnehmung, Sprache (Körperteile und Kleidungsstücke benennen, kleine Verse) und Autonomie.

Teilaufgabe 3: Sauberkeitsentwicklung. Der Wunsch der Mutter wird ernst genommen, aber nicht umgesetzt. Fachlich spricht man heute von *Sauberkeitsentwicklung* oder Sauberkeitsautonomie und nicht mehr von Sauberkeitserziehung, weil Trockenwerden zuerst ein *Reifungsprozess* ist. Bis etwa zum 18. Lebensmonat können Kinder Blase und Darm entwicklungsbedingt nicht willentlich kontrollieren, weil Nervenbahnen und Ringmuskeln noch nicht ausgereift sind. Kein Training beschleunigt diese Reifung. Erste Reifezeichen zeigen sich meist zwischen dem 18. und dem 30. Lebensmonat: Das Kind spürt die volle Blase, kündigt sie an, zieht sich zum Ausscheiden zurück, will die Windel abhaben oder zeigt Interesse an der Toilette. In der Regel gelingt die Darmkontrolle vor der Blasenkontrolle und die Kontrolle tagsüber vor der Kontrolle nachts. Mit fünf Jahren nässt noch rund jedes zehnte Kind ein; als auffällig gilt Einnässen erst ab dem vollendeten fünften, Einkoten ab dem vollendeten vierten Lebensjahr. Einnässen bis zum Schulalter ist also kein Krankheitszeichen.

Das vorgeschlagene Sitzen bis „etwas kommt“ und das Belohnungssystem mit Stickern sind daher fachlich falsch: Sie erzeugen Druck, machen Misserfolg öffentlich und beschämen das Kind. Richtig ist stattdessen: Die Toilette steht offen und ist gut erreichbar, Kinder dürfen jederzeit mitgehen und zuschauen, wer signalisiert, dass er möchte, wird begleitet, und ein Missgeschick wird beiläufig und ohne Publikum versorgt („Das passiert. Komm, wir holen eine trockene Hose.“).

Rolle als Assistenzkraft: Sie beobachten Fridas Signale, dokumentieren sachlich und geben Ihre Beobachtungen sowie den Wunsch der Mutter zeitnah an die Fachkraft weiter. Das Elterngespräch zu diesem heiklen Thema führt die Fachkraft, nicht Sie. Eine angemessene Antwort an die Tür lautet sinngemäß: „Ich gebe Ihren Wunsch gern an unsere Gruppenleitung weiter, sie kann das in Ruhe mit Ihnen besprechen.“ Erst bei auffälligen Zusatzsymptomen oder plötzlichem Rückfall wird eine ärztliche Abklärung angeregt, und auch das entscheidet die Fachkraft.

Pflicht und Zusatz auf einen Blick

Zwingend für die volle Punktzahl: Die vier Pikler-Prinzipien Ankündigen, Zeit lassen, Beteiligen und Zuwenden; zu jedem eine konkrete, auf Malik bezogene Handlung; der vollständige Wickelablauf; drei Begründungen, davon mindestens eine hygienische; die Sicherheitsregel zum Wickeltisch; das Trockenwerden als Reifungsprozess mit dem

Zeitfenster 18 bis 30 Monate; die Zurückweisung von Töpfchentraining und Stickerbelohnung mit Alternative; die Rollengrenze.

Zusatz und Vertiefung, ohne eigene Punkte: Der Umgang mit der gebrauchten Windel und die Hinweise zur sachlichen Weitergabe von Auffälligkeiten. Dazu alles Weitere, was über die Pflichtliste hinausgeht: weitere Beispiele, weitere Fachbegriffe, Merksätze und die ergänzenden Hinweise am Ende der Absätze. Fachlich richtig und lesenswert, unter Klausurbedingungen aber verzichtbar.

Zeitrahmen: Für eine Fallaufgabe dieses Umfangs sind etwa 30 Minuten vorgesehen. Handschriftlich sind das realistisch 300 bis 450 Wörter. Deshalb zuerst die Pflichtliste vollständig abarbeiten und den Zusatz nur ergänzen, wenn Zeit bleibt. Die Musterlösung erklärt bewusst mehr, als eine Klausurantwort leisten muss.

Bewertungskriterien

- Vier Prinzipien korrekt benannt (Ankündigen, Zeit lassen, Beteiligen, Zuwenden) (4 Punkte)
- Zu jedem Prinzip eine konkrete, auf Malik bezogene Handlung oder Formulierung (4 Punkte)
- Wickelablauf vollständig und in richtiger Reihenfolge (3 Punkte)
- Drei fachlich korrekte Begründungen, davon mindestens eine hygienische (3 Punkte)
- Sicherheitsregel „Kind nie allein auf dem Wickeltisch lassen“ ausdrücklich genannt (1 Punkt)
- Trockenwerden als Reifungsprozess erklärt, Zeitfenster 18 bis 30 Monate genannt (2 Punkte)
- Töpfchentraining und Stickerbelohnung fachlich zurückgewiesen, Alternative beschrieben (2 Punkte)
- Rollengrenze: Beobachtung und Weitergabe durch die Assistenzkraft, Elterngespräch durch die Fachkraft (1 Punkt)
- Deutlicher Abzug, wenn ein Trainingsplan entworfen oder Druck auf das Kind ausgeübt wird