

Kindgerechte Behandlung und Betreuung

C. Schiestl, D. Strobel, G.B. Stark

- 2.1 Einführung – 10
- 2.2 Altersunterschiede – 10
- 2.3 Akutversorgung – 11
- 2.4 Stress und Wundheilung – 11
- 2.5 Langzeitbetreuung – 11
 - 2.5.1 Krankenzimmer – ein sicherer Ort – 11
 - 2.5.2 Tagesstruktur – 12
- 2.6 Familienzentrierte Betreuung – 12
- 2.7 Strukturelles Vorgehen in Ausnahmesituationen – 12
- 2.8 Betreuung und Behandlung von Kindern aus Krisengebieten – 13
- Literatur – 14

2.1 Einführung

Zweimal in der Woche kommen die Clowns ins Krankenhaus – für viele ist dies »von außen gesehen« etwas, was das Prädikat »kindgerecht« verdient. Dies steht außer Zweifel. Die Forderung nach einer kindgerechten Behandlung und Betreuung stellt jedoch besondere Anforderungen an das gesamte Behandlungsteam.

Im klinischen Alltag auf einer chirurgischen Station einer Kinderklinik oder eines Krankenhauses steht die medizinische Behandlung im Vordergrund, insbesondere nach schweren Unfällen. Die Behandlung alleine stellt eine große Herausforderung für das gesamte Team dar. In einem hektischen klinischen Alltag gilt es trotz alledem, dass sich jeder Einzelne und das ganze Team zusammen darüber im Klaren sind, wie wichtig es ist, auf das jeweilige Kind und dessen Familie adäquat und mit Geduld einzugehen. Auch kleinere Verletzungen und elektive Behandlungen stellen für Kinder noch mehr als für Erwachsene eine angstbeladene Situation dar, welche einer besonderen Herangehensweise bedarf.

Wir möchten in den nachfolgenden Abschnitten den Fokus auf die Notwendigkeit der altersentsprechenden und individuellen Behandlung und Betreuung von Kindern, vom Neugeborenen bis hin zum Adoleszenten legen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

2.2 Altersunterschiede

In Kinderkrankenhäusern oder auf Kinderstationen werden Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 16. bzw. 18. Lebensjahr behandelt und betreut. Eine altersspezifische Betreuung zum Beispiel auf einer Station für



■ **Abb. 2.1** Zweimal in der Woche kommen die Clowns ins Krankenhaus

brandverletzte Kinder und Jugendliche, bedarf eines hohen Maßes an strukturellen Ressourcen und entsprechend ausgebildetem Personal, um dieser gesamten Altersspanne gerecht zu werden.

➤ **Vom Neugeborenen über das Kleinkind und das Schulkind bis hin zum Adoleszenten muss die Behandlung und Betreuung altersentsprechend sein. Dies ist für jedes Behandlungsteam eine große Herausforderung. Die Eltern und die gesamte Familie spielen dabei eine wichtige Rolle und müssen unbedingt miteinbezogen werden.**

Zu bedenken ist, dass Jugendliche und ältere Schulkinder, wenn sie ein schweres Trauma, Erkrankung erleiden oder nach ausgedehnten Operation und für lange Zeit stationär behandelt und betreut werden müssen, häufig regredieren und wieder Verhaltensweisen zeigen, die nicht altersentsprechend sind. Bei schweren thermischen Verletzun-



■ **Abb. 2.2a,b** Beide, sowohl der Jugendliche als auch das Kleinkind, erwarten einen altersgerechten Umgang

gen haben wir das immer wieder beobachtet. Das Behandlungsteam muss sich darauf einstellen.

Wenn Jugendliche zwischen ca. 14 und 18 Jahren in einem Krankenhaus auf einer Abteilung für Erwachsene behandelt werden, muss dies unbedingt bedacht werden.

2.3 Akutversorgung

Die Erstversorgung eines schwer verletzten Kindes findet nicht immer in einer auf Kinder spezialisierten Notfallabteilung statt. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass der hinzugezogene Spezialist sein Wissen mit einbringt, um das notfallversorgende Team zu unterstützen. Dies kann auch bei »Bagatell«-Verletzungen (die für den Betroffenen nie eine »Bagatelle« darstellen) notwendig werden, darum sollte auf die besonderen Ängste des Kindes und der Angehörigen besonders Rücksicht genommen werden.

➤ Grundprinzip muss sein, von vornherein durch Ehrlichkeit Vertrauen zu gewinnen und diesem auch zu entsprechen.

Hier sind die wichtigsten Punkte, die es im Rahmen einer Notfallversorgung und ganz allgemein der Erstuntersuchung zu beachten gilt:

- Wichtig ist, dass jedes Kind, egal welchen Alters, immer angesprochen wird, bevor an ihm manipuliert wird. Zugleich sollte eine Initialberührung, z. B. an der Schulter, durchgeführt werden. Untersuchungen und Manipulationen sollten immer erst an nicht schmerzhaften Körperteilen demonstriert werden, zum Beispiel an der kontralateralen Hand bei Handverletzungen oder beim Untersucher spielerisch an sich selbst. Aussagen wie »es wird dir nicht weh tun« sind zu vermeiden, da dies nicht sicher zu garantieren ist. Auch sehr kleine Kinder sind in der Lage, zu verstehen, dass Schmerzen bei Behandlungen und Untersuchungen nicht immer ganz vermeidbar sind.
- Diese »vertrauensbildenden« Maßnahmen gelten für jedes Kind, auch wenn angenommen werden muss, dass das Kind in dem Moment nicht genau versteht, was mit ihm gemacht wird.
- Die Eltern können und sollen als Ressource miteinbezogen werden, wenn sie dazu in der Verfassung sind.
- Im Schockraum gilt, dass der Teamleiter entscheidet, ob die Eltern im Raum während der Versorgung anwesend sind. In der Literatur gibt es Evidenz, dass es besser ist, die Eltern im Raum zu haben.

➤ Unabhängig ob die Eltern im Schockraum anwesend sind oder nicht, es ist zwingend erforderlich, dass sich eine Person ausschließlich um die Eltern kümmert.



■ **Abb. 2.3** »Handle with care« im strengen klinischen Alltag: Dieser Anforderung immer gerecht zu werden, stellt eine große Herausforderung für das gesamte Team dar

2.4 Stress und Wundheilung

In der Literatur der letzten 10 Jahre ist die Evidenzlage eindeutig. Stress hat einen direkten Einfluss auf die Wundheilung. Dass Kinder besonders stressanfällig sind, wissen wir. Die hohe Zahl an posttraumatischen Belastungssyndromen bei Kindern gilt hier als wichtiger Hinweis. Die Erkenntnisse aus der Stressforschung, bei denen ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen psychischem Stress und Wundheilung nachgewiesen worden sind, haben viele Teams, die Kinder behandeln, aufhorchen lassen. Einzelne evidenzbasierte Daten gab es schon viel früher, welche einen Hinweis lieferten. So zum Beispiel die deutlich erhöhte Mortalität bei Kindern, welche im Rahmen einer Misshandlung eine thermische Verletzung erlitten hatten.

2.5 Langzeitbetreuung

2.5.1 Krankenzimmer – ein sicherer Ort

Bei einer stationären Langzeitbehandlung, bei der immer wieder Verbandswechsel notwendig sind, muss darauf geachtet werden, dass das Krankenzimmer ein »sicherer« Ort bleibt für das Kind. Für das Sicherheitsgefühl des Kindes ist es wichtig, dass im Krankenzimmer nichts Schmerzhaftes passiert. Es sollten keine schmerzhaften Manipulationen am Verband vorgenommen werden, keine Infusionen gelegt werden etc.

➤ Dies bedeutet, dass man das Kind für einen Verbandswechsel oder andere möglicherweise schmerzhaft Interventionen immer in einen Behandlungsraum transferiert.



■ **Abb. 2.4** Tagesstrukturen braucht das Kleinkind ebenso wie der Jugendliche. Es gilt den ganz unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Schule am Krankenbett oder Spielgruppen für Kleinkinder im Rahmen der stationären Behandlung setzen ein großes und flexibel einsetzbares Team voraus

2.5.2 Tagesstruktur

Kinder und Jugendliche, die mehr als 1 Woche in stationärer Behandlung sind, brauchen eine altersgerechte Tagesstruktur. Für jedes Kind sollte ein Tagesplan erstellt werden, in dem alle medizinischen Notwendigkeiten, wie Verbandswechsel, Mobilisation, Physio- und Ergotherapie sowie Schulunterrichtsstunden und Freizeit, dargestellt sind.

Bei komplexen Erkrankungen oder schweren Unfällen, die eine Behandlung über Jahre notwendig werden lassen, folgt die plastische Chirurgie am Zürcher Kinderspital seit über 30 Jahren folgendem Behandlungsprinzip:

- » Vom Zeitpunkt der Diagnose oder des Unfalls bis ins Erwachsenenalter wird das Kind von einem Team und an einem Ort behandelt und betreut.

Dies verpflichtet das Behandlungs- und Betreuungsteam, das »Case Management« aktiv zu übernehmen und am

Ende dieser Behandlungsperiode eine Transition in die Erwachsenenmedizin durchzuführen. Dies ist strukturell in der Schweiz aufgrund der Größe des Landes und der Zentralisierung im Rahmen der hochspezialisierten Medizin einfacher als zum Beispiel in Deutschland.

2.6 Familienzentrierte Betreuung

Es bedeutet für eine Familie eine erhebliche Belastung, wenn ein Kind für längere Zeit ins Krankenhaus muss. Zumeist ist es von großem Vorteil, ja sogar unabdingbar, dass ein Elternteil mit aufgenommen wird. Neben der Sorge um das Kind kommt häufig hinzu, dass der betreuende Elternteil in vielen Kinderkrankenhäusern nur eine bedingt auf diese Situation eingestellte Infrastruktur vorfindet.

In dem gültigen Fallpauschalensystem (Deutschland und Schweiz) wird die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen immer noch ungenügend abgebildet. Es braucht sicher noch viele Jahre, bis sich das System hier so angepasst hat, dass die Leistungen, die im Rahmen einer kindgerechten Betreuung und Behandlung notwendig sind, auch wirklich vergütet werden.

2.7 Strukturelles Vorgehen in Ausnahmesituationen

Es gibt immer wieder Situationen, in denen ein Team im Idealfall auf ein spezifisches und strukturiertes Vorgehen zugreifen kann und von Experten beraten wird, die es gewohnt sind, in diesen Situationen Entscheidungen zu treffen oder diese zu moderieren. Die wichtigsten Situationen in denen ein Team das Kind behandelt, dies notwendig hat, sind bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, bei ethischen Fragestellungen und palliativen Situationen.



■ **Abb. 2.5a,b** Der Umgang mit Kindern nach schweren Unfällen braucht neben viel Geduld immer sehr viel Zeit, sowohl in der Akutphase als auch in der Nachbehandlung. Das gültige Fallpauschalensystem berücksichtigt dies immer noch ungenügend

All diese Punkte werden in diesem Buch in den jeweiligen Kapiteln im Detail abgehandelt. An dieser Stelle sei aber betont, dass eine kindgerechte Betreuung voraussetzt, dass für all diese drei Situationen das Team Unterstützung von Experten erhält.

2.8 Betreuung und Behandlung von Kindern aus Krisengebieten

Mit der Behandlung von Kindern aus Krisengebieten stellt sich das Behandlungsteam zusätzlichen Herausforderungen. Mit dem nachfolgend aufgeführten strukturierten Vorgehen erhoffen wir uns, die Aufnahme und Behandlung dieser Kinder einheitlicher und einfacher für das jeweilige Behandlungsteam zu machen.

Strukturiertes Vorgehen bei der Übernahme der Behandlung von Kindern aus Krisengebieten Nach der Anmeldung durch einen Arzt im Herkunftsland trifft sich ein interdisziplinär zusammengesetztes **Hilfskomitee**. Dieses diskutiert die vorliegenden Informationen über das Kind und holt bei Bedarf noch zusätzliche Informationen ein. Nebst den notwendigen Informationen wie Anamnese und Krankheitsgeschichte geht es auch darum, in Zusammenarbeit mit dem Arzt vor Ort den Willen der Eltern gut abzuklären, etwas über die sozialen Verhältnisse und Bezugspersonen zu erfahren und die Angaben von allen Kontaktpersonen zu erhalten.

In ethisch schwierigen Situation behält sich dieses Komitee vor, einen Medizinethiker hinzu zu ziehen.

Das Hilfskomitee entscheidet, ob das Kind aufgenommen wird. Ebenso ist es für die Organisation des kurz- und langfristigen Follow-up zuständig. Kommt es nicht zu einer Verlegung, ist es Aufgabe des Komitees, Alternativen für den Zuweiser aufzuzeigen. Das Hilfskomitee innerhalb eines Behandlungsteams, ist ein »lernendes Gefäß«, welches bei der nächsten Anmeldung die bereits gemachten Erfahrungen einfließen lassen kann.

Hat sich das Hilfskomitee für eine Aufnahme ausgesprochen, wird die Finanzierung abgeklärt und in einem weiteren Schritt mit Leitern der Intensivstation und der Operationsabteilung über Kapazitäten, Ressourcen und mögliches Eintrittsdatum gesprochen.

Für das Behandlungsteam haben wir einen **Kodex** formuliert, an dem es sich orientieren kann (► Übersicht). Damit versuchen wir den Kindern und der Ausnahme-situation, in der sie sich befinden, gerecht werden. Der Kodex steht in Zusammenhang mit verschiedenen Artikeln der UN-Kinderrechtskonvention. Die Anlehnung daran scheint uns, gerade wenn es um eine internationale Zusammenarbeit geht, als sehr wichtig. Gerade für europäische Zentren, welche Kinder mit schweren Verbren-

nungen behandeln ist dies Anbetracht einer fortschreitenden Globalisierung von besonderer Wichtigkeit. Denn nur 5 % der Unfälle welche zu schweren Verbrennungen im Kindesalter führen ereignen sich in der »Ersten Welt« high income countries. Hingegen geschehen 95 % dieser schweren Unfälle in den »low and middle income countries«, bei denen diese komplexen Behandlungen entweder gar nicht durchgeführt werden können oder nur unter sehr limitiert Bedingungen.

Kodex für den Umgang mit ausländischen Patienten*

- Wir legen Wert darauf, dass die Beantragenden alle notwendigen Vorabklärungen getroffen haben und uns diese Informationen übermitteln (► Aufgaben des Hilfskomitees).
- Das Behandlungsteam verpflichtet sich, diesen Patienten die möglichst gleichwertige Behandlung und Betreuung zukommen zu lassen, wie wir sie unseren inländischen Patienten bieten.
 - Information und Vorbereitung der Eltern oder anderen zurückgebliebenen Bezugspersonen mittels Flyer mit Bildern vom Zentrum und dem Team.
 - Wir unternehmen Bemühungen, die Nachbehandlung im Herkunftsland sorgfältig vorzubereiten und wenn immer möglich mit einer zuständigen Fachperson vor Ort in Kontakt zu bleiben als Basis für das Follow-up.
- Wir sind uns bewusst, dass sich diese Kinder während ihres Aufenthaltes bei uns in einem Ausnahmezustand befinden. In Anerkennung der besonderen Vulnerabilität dieser Kinder bemühen wir uns, ihnen soweit wie möglich Geborgenheit zu bieten.
 - Unterstützung der Kinder im Aufrechterhalten des Kontaktes zu ihrer Familie mittels Skype, Facetime o. ä.
- Wir verpflichten uns, nebst dem Angebot der Behandlung im eigenen Land, in anderen Projekten die Bedingungen für die Behandlung brandverletzter Patienten vor Ort zu verbessern.

* am Beispiel des Behandlungsteams des Zentrums für brandverletzte Kinder, plastische und rekonstruktive Chirurgie in Zürich

Literatur

- Gouin J-P, Kiecolt-Glaser JK (2011) The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Methods and Mechanisms. *Immunol Allergy Clin Am* 31: 81–93
- Graf A, Schiestl C, Landolt MA (2011) Posttraumatic stress and behavior problems in infants and toddlers with burns. *Journal of Pediatric Psychology* 36(8): 923–931. doi: 10.1093/jpepsy/jsr021
- Landolt MA, Vollrath M, Ribi K, Gnehm HE, Sennhauser FH (2003) Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry* 44:1199–1207
- Landolt MA, Vollrath ME, Gnehm HE, Sennhauser FH (2009) Post-traumatic stress impacts on health-related quality of life in children after road traffic accidents: a prospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 43:746–753
- Schiestl C, Zikos-Pfenninger I, Schlüer AB (2009) Schaut mich ruhig an. Rüffer und Rub, Zürich

Plastische Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen
Schiestl, C.; Stark, G.B.; Lenz, Y.; Neuhaus, K. (Hrsg.)
2017, XXI, 765 S.,
ISBN: 978-3-662-51391-0