

Mit Tricks, aber ohne Lügen

So verarzten Sie kleine Helden



Erfahrene Ärzte sagen oft: Kinder sind ehrlichere Patienten als Erwachsene. Allerdings wollen sie auch genauso ehrlich behandelt werden. Wie das geht und welche Tipps auch für Nicht-Pädiater hilfreich sind, erfahren Sie hier.

„Was ist denn durchleuchten?“, fragte der kleine Bär. „Durchleuchten ist, wenn der kleine Tiger hier in den Kasten geht und von hinten mit Licht beleuchtet wird. Das Licht leuchtet durch ihn durch und vorn bin ich. Ich sehe durch den kleinen Tiger durch, was ihm fehlt.“

(Janosch: Ich mach dich gesund, sagte der Bär [1])

Reden, reden, reden Der Arzt bei Janosch weiß offensichtlich, was für kleine Patienten – und ihre Angehörigen – wichtig ist: Alles ausreichend erklärt zu bekommen, und zwar in verständlicher Sprache. Das soll auch der Fokus dieses Beitrags sein, der die eigentlichen medizinischen Maßnahmen nur streifen kann. Bei kritisch kranken bzw. instabilen Kindern steht selbstverständlich die Notfallversorgung im Vordergrund – anschließend können aber die hier erwähnten Aspekte zum Tragen kommen. Der Klarheit halber beschränkt sich der Beitrag außerdem auf Klein- und Schulkinder bis ca. 13 Jahre, also bevor sie selbst einwilligungsfähig sind.

Begrüßung

Raumgestaltung Eine kindgerechte Ausstattung kann dazu beitragen, dass Angst vor Arzt und Krankenhaus gar nicht erst aufkommt [2, 3]. Möglichkeiten sind:

- > ruhige Atmosphäre
 - > freundliche Farben, Bilder und Dekoration
 - > Spielzeug bzw. Spielecke
 - > Kuscheltiere oder Puppen als „Anschauungsobjekte“
 - > Kinderbücher zum Thema Arztbesuch und Krankenhaus
 - > Ärzte und Pfleger evtl. in „Zivil“ statt in weißem Kittel
- Auch außerhalb von Kinderkliniken lässt sich einiges hiervon umsetzen – idealerweise im Warte- und Untersuchungsbereich.

Verständnis für verzweifelte Eltern Vor allem nachts und am Wochenende kommen Eltern auch mit leicht erkrankten Kindern

Tab. 1 So gehen Sie altersgerecht vor [2–4]

Bezeichnung	Alter (ca.)	Anamnese	Besonderheiten bei Untersuchung	Einwilligung in Behandlung
Neugeborenes	≤ 1 Monat	Fremdanamnese (meist Eltern)	auf Tisch / Liege, Eltern können das Kind ausziehen etc.	Eltern / Erziehungsberechtigte
Säugling	≤ 1 Jahr	Fremdanamnese (meist Eltern)	auf Tisch / Liege, Eltern können das Kind ausziehen etc. Ab Fremdelphase (ca. 8.–9. Monat) auf Schoß der Eltern	Eltern / Erziehungsberechtigte
Kleinkind	1–3 Jahre	Fremdanamnese (meist Eltern)	möglichst auf Schoß der Eltern, Beschwerden und Untersuchung evtl. an Puppe / Teddy oder Eltern demonstrieren	Eltern / Erziehungsberechtigte
Kindergarten- / Vorschulkind	3–6 Jahre	eingeschränkte Teilnahme, kann punktuell ergänzen	ggf. auf Schoß der Eltern	Eltern / Erziehungsberechtigte
Schulkind	≥ 6 Jahre	aktive Teilnahme, ggf. sogar ohne Eltern	Schamgefühl beachten	wenn Grundverständnis vorliegt (ab ca. 8 Jahre): Zustimmung einholen zusätzlich zur Einwilligung der Eltern

in die Klinikambulanz oder Notaufnahme. Reagieren Sie dann möglichst verständnisvoll: Auch wenn das Kind „nur“ eine Mittelohrentzündung hat, kann es evtl. vor Schmerzen nicht schlafen – und die Eltern auch nicht. Stundenlanges Schreien und Jammern zermürbt leicht die ganze Familie. Schmerzmittel und – wenn indiziert – ein Antibiotikum können dann schon eine große Hilfe sein.

Gespräch und Anamnese

Wer ist Ansprechpartner? Bei jüngeren Kindern sprechen Sie vermutlich zunächst mit den Eltern oder – bei stationär aufgenommenen – z. B. mit den Pflégern. Schauen Sie aber auch freundlich zum Kind, erfragen Sie das Alter und den Namen und sprechen Sie es immer damit an [2]:

> „Hallo Mara, ich bin Doktor Schmidt.“ [5]

> „Hallo Mia. Ich bin Georg. Ich schau mir deinen Fuß an.

Du brauchst keine Angst zu haben.“ [6]

Je nach Einzelfall können Sie schon 3- oder 4-Jährige in das Gespräch einbinden (► Tab. 1). Ab dem Schulalter sollte man sich aktiv darum bemühen – oder zumindest auf die Reaktionen des Kindes achten, während die Eltern berichten [3]. Bei älteren Kindern kann es sogar sinnvoll sein, sie noch einmal ohne Anwesenheit der Eltern zu befragen, v. a. bei Verdacht auf Misshandlung (s. unten). Bei Konflikten zwischen den Elternteilen kann man sie ebenfalls getrennt befragen [3].

Die Bezugspersonen, die das Kind begleiten, sind nicht immer die Eltern: Es können auch Verwandte, Tagesmütter etc. sein [3]. Fragen Sie nach, wenn Sie sich nicht sicher sind.

Der Einfachheit halber wird in diesem Beitrag trotzdem von Eltern gesprochen.

Kind bei Bezugsperson lassen Solange wie möglich bleibt das Kind auf dem Arm oder Schoß der vertrauten Person – selbst viele Untersuchungen sind so machbar. Das macht es dem Arzt auch leichter, sich auf Augenhöhe zum Kind zu begeben, statt von oben herab zu sprechen. Bemühen Sie sich um einen ruhigen und freundlichen Tonfall. Bieten Sie kleinen Kindern evtl. auch schon ein Spielzeug an: Das baut Vertrauen auf, und Sie können unauffällig die ersten Beobachtungen anstellen [2, 3]. Ältere Kinder können Sie nach Kindergarten, Schule, Sport etc. fragen.

Gegenüber Kindern sollten Sie eine verständliche, altersgemäße Sprache verwenden. Vermeiden Sie aber explizite „Babysprache“ – das Kind fühlt sich dann evtl. nicht ernst genommen.

Allgemeinzustand beurteilen Achten sie schon während des Gesprächs auf den Allgemeinzustand. Alarmsignale sind z. B. [2, 3]:

> Apathie, Mattigkeit, Wimmern

> blassgraue oder kalt-schweißige Haut

> Tachypnoe oder Tachykardie

> Augenringe, Petechien (kleine punktförmige Blutungen)

> Abmagerung, Austrocknung

Beobachten Sie auch das Verhalten (Aufmerksamkeit, Spiel, Interaktion mit Eltern), es gibt evtl. Hinweise auf motorische oder neurologische Probleme.

Symptomschilderung Stellen Sie zunächst offene Fragen:

> „Was führt Dich / Sie zu mir?“, „Wie kann ich Dir / Ihnen helfen?“ Lassen Sie sich z. B. an einer Puppe oder einem Teddy zeigen, wo es weh tut. Beachten Sie dabei: Die Eltern sind emotional mit betroffenen von der Erkrankung, sie schildern die Beschwerden – oder auch die bisherige Entwicklung – des Kindes immer aus ihrer Sicht. Der Arzt muss daher auf Übertreibungen, aber auch Verharmlosungen gefasst sein [3]. Machen Sie den Eltern dann aber keine Vorwürfe, sondern fragen Sie behutsam nach. Gehen Sie auch auf scheinbar unbegründete Sorgen ein, und akzeptieren Sie es zunächst, wenn



sich die Eltern z.B. kritisch zu Medikamenten oder einem stationären Aufenthalt äußern – oder umgekehrt dies einfordern. Ihre Vorschläge zum weiteren Vorgehen können Sie auch nach dem Gespräch äußern.

Nutzen Sie vorhandene Dokumentation Einige Dokumente können wertvolle Hinweise liefern:

- > Mutterpass (v.a. bei Säuglingen)
- > Gelbes Heft für Vorsorgeuntersuchungen (mind. bis 6 Jahre)
- > Impfausweis
- > ggf. Allergiepass, Röntgenpass, Notfallausweis, ...

Falls diese nicht vorliegen, können Sie nach Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung fragen (motorisch, kognitiv, sprachlich, sozial etc.).

Cave: Maßgeblich für Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang sind neben den absoluten Werte auch die Perzentilwerte und deren Vergleich über die Zeit! Wenn ein Kind z.B. mit 1 Jahr zu den größten in seiner Altersgruppe gehörte, mit 2 Jahren aber zu den Kleinsten, sollte man dies abklären.

Schmerzen Eins der wichtigsten unspezifischen Symptome sind Schmerzen. Achten Sie v.a. bei Säuglingen und Kleinkindern auf nonverbale Schmerzäußerungen wie

- > Seufzen, Stöhnen, Atemanhalten,
- > Zusammenkneifen der Augen,
- > gekrümmter Rumpf, an den Körper gezogene Beine,
- > Strampeln oder motorische Unruhe [3, 7].

Ab ca. 4 Jahren können Kinder ihren Schmerz auf einer Gesichter-Skala angeben, ab ca. 8 Jahren kann man die gleichen Skalen wie bei Erwachsenen einsetzen [7, 8]. Beachten Sie dabei: Gerade Bauchschmerzen treten bei Kindern sehr häufig auf – und sehr unspezifisch, bei Kleinkindern können sich fast alle Krankheiten und Probleme als Bauchschmerzen manifestieren [3]. Außerdem können Kinder sie oft nicht genau lokalisieren und zeigen bei Nachfragen z.B. auf den Bauchnabel [3]. Um die Schmerzen genauer einzugrenzen, kann man testen, ob Schmerzäußerungen, Druckschmerz oder Abwehrspannung auch unter Ablenkung reproduzierbar sind [3].

Psychosomatische Symptome Kinder können psychische Belastungssituationen – z.B. eine Trennung der Eltern – oft nicht in Worte fassen und klagen stattdessen über somatische Beschwerden wie Bauchschmerzen. Eine unauffällige Klinik bei eindrücklich geschilderten Beschwerden sollte daher immer auch Anlass für eine genauere Sozialanamnese sein. Dazu gehören z.B. [2, 3]:

- > Familienverhältnisse
- > Berufstätigkeit der Eltern
- > Migrationshintergrund
- > Medienkonsum
- > Schulleistungen
- > Freundschaften
- > psychische Belastungen

Vermeiden Sie aber Schuldzuweisungen an die Eltern [4]! Bieten Sie Hilfe an oder informieren Sie über entsprechende Angebote.

Wiederholte unklare Bauch- oder Kopfschmerzen können psychosomatisch bedingt sein. Auch bei Ess- oder Schlafstörungen, Bettnässen oder Einkoten ist eine psychosoziale Exploration angesagt [3].

Untersuchung

Wo untersuchen? Säuglinge, die noch nicht fremdeln (vor 8.–9. Monat), untersucht man am einfachsten auf einem (Wickel-)Tisch oder einer Liege (► Tab. 1). Das Kind sollte dafür satt und wach sein, gut ist auch eine Wärmelampe [2, 3].

- > Achtung Pinkelgefahr: Lassen Sie die Windel möglichst lange an oder decken Sie den Po mit einem Tuch ab.
- > Halten Sie immer eine Hand am Kind oder bitten Sie die Eltern darum: Viele Säuglinge können sich erstaunlich schnell bewegen und dann über die Tischkante rutschen.

Kleinkinder untersuchen Sie möglichst auf dem Schoß oder Arm der Eltern, in jedem Fall sollten die Eltern anwesend sein [2, 3]. Ab dem Schulalter wird dies weniger nötig – aber auch viele ältere Kinder werden wieder sehr anhänglich, wenn sie sich krank fühlen oder Schmerzen haben.

Wie untersuchen? Bei der Untersuchung hilft Folgendes [2, 3]:

- > Achten Sie darauf, dass Ihre Hände und die Geräte (z.B. Stethoskop) angewärmt sind.
- > Falls das Kind ausgezogen werden muss, bitten Sie die Eltern oder das Kind selbst darum. Beachten Sie, dass auch Grundschulkindern schon ein Schamgefühl haben.



Wer gibt die Einwilligung zur Behandlung?

Grundsätzlich muss der Arzt bei Minderjährigen die Einwilligungsfähigkeit selbst einschätzen. Bei der hier betrachteten Altersgruppe bis 13 oder 14 Jahre spricht – von Ausnahmen v. a. im Bagatellbereich – vieles dafür, dass die Kinder im rechtlichen Sinn nicht einwilligungsfähig sind und daher die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter einwilligen – und dementsprechend aufgeklärt werden – müssen. Bei aufschiebbaren Eingriffen haben aber auch Minderjährige ggf. ein Vetorecht, z. B. wenn der Eingriff erhebliche Folgen für ihre Lebensgestaltung haben kann. Bei unklaren Familienverhältnissen müssen Sie evtl. genauer nachfragen: Wer ist erziehungsberechtigt? Wer sind die (leiblichen) Eltern? Fehlt den Minderjährigen die erforderliche Einsichtsfähigkeit, können eine rechtlich verbindliche Einwilligung in die Behandlung nur die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter geben. Streng genommen müssen sogar alle sorgeberechtigten Elternteile einwilligen – oft ist aber nur einer anwesend. Bei einem Routine- oder Notfall kann der Arzt dann von der Einwilligung des nicht erschienenen Elternteils ausgehen. Bei schwereren Eingriffen muss er sich evtl. Gewissheit über die Zustimmung beider Eltern verschaffen.

Weigern sich die Eltern, einer ärztlich (dringend) indizierten Behandlung zuzustimmen, sollten die Ärzte zunächst versuchen, sie zu überzeugen – man kann z. B. auch die Ethikkommission einschalten. Gelingt das nicht, sind die Eltern über die möglichen Folgen der Nichteinwilligung aufzuklären, dies ist zu dokumentieren und sollte von den Eltern unterschrieben werden. Die Ärzte müssten dann auch bei Gefährdung des Kindeswohls das Familiengericht einschalten. Das heißt: Ein erwachsener Patient darf für sich selbst auch scheinbar unsinnige Entscheidungen treffen und jede Behandlung ablehnen. Bei minderjährigen Patienten ist dagegen auch das „objektive“ Kindeswohl zu beachten.

Genauer lesen Sie in: Lege artis 2011; 1: 10–13

- > Kündigen Sie jeweils an, was Sie machen wollen, und demonstrieren Sie es ggf. vorher an den Eltern, einem Teddy o. ä.
 - > „Ich taste deinen Bauch ab, und du sagst, ob das wehtut.“ [5]
 - > „Mit diesem Hörrohr (Stethoskop) kann ich Geräusche in deinem Körper hören.“ [5]
- > Je jünger das Kind, desto weniger Kraft sollten Sie aufwenden.
- > Beginnen Sie mit „harmloseren“ Untersuchungen bzw. mit solchen, bei denen das Kind ruhig sein muss (Abhören von Herz und Lunge, Palpation Abdomen etc.). Lassen Sie es ggf. horchen, wie Sie mit dem Bauch oder Herz „telefonieren“.
- > Ist das Kind am Bauch kitzelig, können Sie bei Säuglingen zur Entspannung der Bauchdecke die Beine leicht anwinkeln und im Hüftgelenk anheben. Bei älteren hilft ebenfalls das Anstellen der Beine, und man nutzt die Inspirationsphase.
- > Untersuchungen zu Motorik oder Neurologie können Sie als Spiel tarnen: Geben Sie Kleinkindern z. B. eine Rassel oder einen Ball, beobachten sie Verhalten, Konzentration, Koordination und Feinmotorik [2]. Sie können das Kind auffordern, wie ein Storch zu gehen, Grimassen zu schneiden, zu pusten etc. [2].
- > Unangenehmeres wie Rachen-, Nasen- oder Ohrinspektion macht man zuletzt.
- > Loben Sie das Kind zwischendurch und am Schluss.

Halten Sie auch eine Belohnung bereit – etwas Süßes, ein Spielzeug oder Aufgefallenes wie eine „echte Indianerfeder für große Tapferkeit“ [9].

Was, wenn das Kind nicht will? Säuglinge und Kleinkinder wehren sich oft nicht bewusst, sondern wollen nur nicht stillhalten. Hier können Sie die Eltern helfen lassen, indem diese z. B. das Kind auf dem Schoß haben, mit einer Hand seine Hände und mit der anderen den Kopf oder das relevante Körperteil festhalten. Sind die Eltern zu aufgereggt oder zögerlich, nehmen Sie z. B. eine Schwester zuhelfe. Bei kurzen Aktionen wie einer Impfung reicht mit etwas Übung oft auch eine Ablenkung:

- > Bei kleinen Kindern wirft man eine Rassel oder Glocke in eine Ecke, das Kind schaut in Richtung des Geräuschs, und diesen Moment nutzt man.
- > Älteren Kindern kann man z. B. eine Rechenaufgabe stellen, für die sie sich kurz konzentrieren müssen.

Bei aufwendigeren Untersuchungen oder Behandlungen sollten Sie versuchen zu erklären, warum diese wichtig sind. Erlauben Sie dem Kind, Angst und Schmerzen zu zeigen, und stellen Sie eine unangenehme Prozedur nicht als Strafe dar [10]. Falls das Kind sich nachhaltig wehrt, ist evtl. eine Pause sinnvoll. Vielleicht gibt es eine alternative Methode, Sie können die Aktion verschieben oder einen Kollegen bitten, zu übernehmen. Zwang sollten Sie nur im Notfall anwenden, um das Kind – und auch die Eltern – nicht zu traumatisieren und spätere Arztbesuche nicht zu erschweren.

Verdacht auf Kindesmisshandlung Bei folgenden Beobachtungen sollten Sie an die Möglichkeit einer Misshandlung denken [2, 3]:

- > widersprüchliche, schwer nachvollziehbare Angaben zu Krankheit bzw. Unfallgeschehen
 - > Verletzungen, Hämatome etc. verschiedenen Alters an verschiedenen Körperteilen
 - > Verletzungen an wenig exponierten Körperteilen bzw. Weichteilen, die z. B. bei Stürzen wenig betroffen sind
 - > retinale Blutungen und subdurale Hämatome (Hinweis auf „Schütteltrauma“, v. a. bei Säuglingen)
 - > spätes Aufsuchen eines Arztes, häufige Arztwechsel, Versäumen von Vorsorgeuntersuchungen
- Natürlich sollen Sie die Eltern aber nicht vorschnell verdächtigen – manche Kinder toben und raufen viel, und Eltern, Lehrer oder Erzieher bekommen nicht alles mit.

Schrittweises Vorgehen Haben Sie einen ernstzunehmenden Verdacht, sollten Sie stufenweise vorgehen [11, 12], z. B. so:

1. Wenn das Kind alt genug ist, befragen Sie es ggf. auch ohne Eltern.



Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

Zur „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ sagt das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) in § 4:

1. Werden Ärztinnen oder Ärzten [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
2. Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
3. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

2. Dokumentieren Sie die verdächtigen Befunde möglichst genau, evtl. auch fotografisch – am besten mit Zentimetermaß und aus verschiedenen Positionen.
3. Sprechen Sie mit den Eltern über Ihren Verdacht, sofern dies das Kind nicht gefährdet. Fordern Sie die Eltern auf, Hilfe anzunehmen, und vermitteln Sie diese vielleicht auch.
4. Fragen Sie beim Jugendamt nach den zuständigen Fachleuten, die Sie anhand anonymisierter Daten beraten können.
5. Eine Konsultation unter Arztkollegen ist z. B. über das Portal ► www.riskid.de möglich. Dort registrierte Ärzte können sich auch ohne Anonymisierung über Patienten austauschen, um z. B. festzustellen, ob das Kind bereits von einem anderen Arzt behandelt wurde.
6. Muss das Jugendamt Ihrer Ansicht nach einschreiten, um eine Gefährdung für das Kind abzuwenden, dürfen Sie das Amt informieren. Sie müssen die Eltern allerdings vorab darauf hinweisen, sofern dies den Kinderschutz nicht gefährdet.

Die rechtliche Grundlage bildet dabei das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“, ► Infokasten oben. Im Notfall können Sie auch direkt die Polizei oder das Familiengericht einschalten – die rechtlichen Hürden sind hier aber höher.

- Ein ausführlicher Leitfaden zum Vorgehen ist kürzlich in Sachsen-Anhalt erschienen [13].

Behandlung

Auch bei der eigentlichen Behandlung sollte man die wichtigsten Grundsätze im Umgang mit Kindern beachten:

- Maßnahmen ankündigen und erklären
- Kind und Eltern beruhigen (verbal und nonverbal)
- Ablenkung anbieten

Vor einigem hat man als unerfahrener Arzt aber evtl. genausoviel Angst wie das Kind, daher folgen hier noch ein paar spezielle Tipps.

Schmerzbekämpfung Kinder haben das gleiche Recht auf Schmerzbekämpfung wie Erwachsene – insbesondere sollte man ihnen keine Schmerzmittel vorenthalten aus Angst vor Fehldosierungen oder Scheu vor einer i. v. Gabe.

- Die Dosis wird bei Medikamenten für Kinder normalerweise gewichtsabhängig angegeben, daher ist z. B. Saft oft besser geeignet als Tabletten.
- Bevor Sie zur Nadel greifen, erwägen Sie z. B. eine nasale, rektale (Cave: bei älteren Verletzung der Intimsphäre), buccale oder sublinguale Gabe – bis hin zum Opioid-Lutscher [14].
- Da einige – durchaus etablierte – Mittel nicht explizit für Kinder zugelassen sind, handelt es sich ggf. um einen Off-Label-Use, über den Sie die Eltern aufklären müssen [15, 16].
- Wenn Sie unsicher sind, welche Mittel oder welche Dosis Sie geben können, ziehen Sie ggf. einen Anästhesisten hinzu.

Venöser Zugang Ist doch ein venöser Zugang, eine Punktion oder eine ähnlich schmerzhaft Maßnahme (Verbandwechsel, Fadenziehen etc.) nötig, sollte man Folgendes beachten [2, 14, 15, 17, 18]:

- warme Umgebung, ruhige Atmosphäre, genug Helfer
- nicht unnötig hinauszögern
- Eltern sollen nach Möglichkeit anwesend sein, aber dem Kind keine Angst vermitteln. Auch bei einer Narkoseeinleitung können Eltern noch anwesend sein, bis das Kind einschläft.
 - „Von diesem Saft wirst du bald ein bisschen müde. Dein Papa und ich bringen dich dann zur Operation. Und wenn du aufwachst, sitzen Mama und Papa an deinem Bett, okay?“ [5]
- Säuglinge und Kleinkinder von Eltern oder Pflegern halten lassen
- evtl. Prämedikation (Salbe oder Pflaster mit Lokalanästhetikum, z. B. Emla®-Creme, Einwirkzeit beachten)
- Säuglingen evtl. Schnuller, Glukoselösung o. ä. geben, ältere dürfen z. B. ein Kuscheltier in der Hand halten
- bei älteren ggf. Vorgehen erklären und Schmerz ankündigen, ablenken (Geschichte erzählen, Fragen stellen, Spielzeug geben)



Bildnachweis: Julia Rojahn / Thieme Verlagsgruppe

- > „Ich muss dich in die Armbeuge pieksen, um Blut abzunehmen.“ [5]
- > „Das kann ein bisschen wehtun, aber es ist schnell vorbei.“ [5]
- > „Manche Kinder finden es spannend, das fließende Blut zu beobachten, andere eher eklig. Beides ist okay!“ [10]
- > Erwägen Sie notfalls eine Sedierung.
- > evtl. Darstellung der Venen mit Ultraschall oder Diaphanoskopie
- > Die erfahrenste Person führt die Punktion durch (geübt wird an anästhesierten Kindern).
- > Wenn ein periphervenöser Zugang nicht möglich ist, wägt man ab zwischen zentralvenös und intraossär.
- > Hat das Kind schlechte Erfahrungen gemacht oder ist gar traumatisiert, schalten Sie evtl. den psychologischen Dienst ein [19].

Tipp: Bieten Sie dem Kind ein Smartphone oder Tablet mit geeigneten Spielen oder interaktiven Apps an. Die Ablenkung und Angstreduzierung kann genauso groß sein wie bei sedierenden Medikamenten – für Kinder und Eltern [20].

Zur Technik des venösen Zugangs lesen Sie mehr in: *Lege artis* 2011; 1: 176–180

Stationäre Aufnahme oder nicht? Bei Kindern gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in besonderem Maße. Viele Eltern lehnen auch von sich aus eine stationäre Aufnahme ab, z. B. weil sie das Kind nicht allein im Krankenhaus lassen möchten, aber zu Hause nicht tagelang abkömmlich sind. Prüfen Sie dann, ob nicht auch eine Therapie und Überwachung zu Hause möglich ist [4]. Auch der umgekehrte Fall kommt vor: Eltern verlangen eine stationäre Aufnahme, die medizinisch nicht indiziert ist. Es kann dann sinnvoll sein, das Kind aufzunehmen und den Sozialdienst einzuschalten – vielleicht sind die Eltern mit dem kranken Kind überfordert, oder es stecken größere familiäre Probleme dahinter [4].

In jedem Fall können Sie einen Elternteil (oder eine andere Begleitperson) mit aufnehmen, um dem Kind den Aufenthalt zu erleichtern. Am besten fragen die Eltern vorher aber bei ihrer Krankenkasse nach: Gesetzliche Krankenkassen erstatten die Kosten normalerweise, private evtl. nicht.

Der übliche Stationsbetrieb kann Kinder verängstigen, weil sie nichts verstehen und niemanden kennen. Achten Sie auch bei Visiten etc. auf eine kindgerechte Sprache, und sagen Sie dem Kind, dass es alles fragen und bei Bedarf eine Schwester rufen kann.

Schwere und chronische Krankheiten Eine ernste oder ungünstige Diagnose sollten Sie beiden Eltern gemeinsam mitteilen [4]. Besprechen Sie auch, was das Kind zu welchem Zeitpunkt erfahren soll, und kommunizieren Sie dies im Team [16]. Binden Sie möglichst früh andere medizinische, psychologische und soziale Dienste ein. Auch Kinder-Palliativ-Stationen oder -Experten bieten schon ab dem Zeitpunkt der Diagnose wertvolle Hilfe [4, 16]. Was Sie beim Überbringen schlechter Nachrichten allgemein beachten sollten, lesen Sie in: *Lege artis* 2012; 2: 156–161.

Natürlich ist auch hier kindgerechte Sprache gefragt:

- > „Wir geben Medikamente ins Blut, die nennen wir Chemotherapie. In den Medikamenten sitzen kleine Chemozwergchen, die die Fleckenfieslinge bekämpfen sollen.“ [21]
- > „Das ist, als wenn man in eine Pfütze springt: Plötzlich ist man platschnass vor Angst. Das kann ich gut verstehen, es geht den anderen Kindern auch so. Aber denk immer daran, dass du aus dieser Angstpfütze auch wieder heraushüpfen kannst, dann geht es dir besser.“ [21]

Versuchen Sie, Eltern und Kindern zu vermitteln:

- > Niemand ist schuld daran, wenn ein Kind z. B. Leukämie bekommt oder mit einer Erbkrankheit geboren wird.
- > Sie und Ihre Kollegen werden das Kind bestmöglich behandeln und für die Familie erreichbar sein, egal wie sich die Krankheit entwickelt.

Kinder mit langwierigen oder chronischen Krankheiten sind oft erstaunlich früh schon „Experten in eigener Sache“ und evtl. früher einsichts- und einwilligungsfähig als andere Kinder [16]. Entsprechend sollte man sie in die Entscheidungsfindung einbeziehen – und ihre Wünsche z. B. zur Behandlungsplanung mit hohem Gewicht berücksichtigen, auch wenn rechtlich die Eltern das letzte Wort haben.

Julia Rojahn

- Lesen Sie auch unser Interview mit dem Unfallchirurgen Dr. med. Stefan Döbele auf der folgenden Seite!

„Kinder sind tapferer, als man denkt“

Interview mit Dr. Stefan Döbele, Unfallchirurg



Dr. med. Stefan Döbele

ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen und der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
E-Mail: stefan.doebele@klinikum.uni-tuebingen.de

Wie häufig und mit welchen Verletzungen kommen Kinder zu Ihnen in die Notaufnahme?

Wir sehen oft mehrere Kinder pro Tag. Die meisten Verletzungen sind Knochenbrüche, ganz typisch sind distale Oberarm- und Radiusfrakturen. Auch mit Platzwunden kommen einige. Oft sind die Kinder gestürzt: mit dem Fahrrad, vom Hochbett, vom Klettergerüst etc. Die meisten sind daher mindestens 3 oder 4 Jahre alt, Säuglinge werden eher in die benachbarte Kinderklinik gebracht.

Sind die Eltern immer dabei?

Meistens ja, sonst informieren wir sie als allererstes. Schon für ein Röntgenbild brauchen wir schließlich ihre Zustimmung – außer natürlich bei Lebensgefahr. Als Klinik der Maximalversorgung sehen wir auch schwer verletzte Kinder z.B. nach Verkehrsunfällen. Die behandeln wir natürlich ggf. schon, bevor die Eltern da sind.

Wie sieht es bei Routine-Fällen aus: Ist der Ablauf in der Notaufnahme anders als bei erwachsenen Patienten?

Wir versuchen auf jeden Fall, das Kind nicht warten zu lassen. Für die Untersuchung und soweit möglich auch die Behandlung bleiben kleine Kinder dann auf dem Schoß der Eltern. Oft bitten wir gleich eine Krankenschwester dazu, die das Kind bei Bedarf ablenken oder sich um die Eltern kümmern kann. Außerdem haben wir z.B. einen Kollegen, der auf Kinder-Unfallchirurgie spezialisiert ist und den wir evtl. hinzurufen. Wenn ein stationärer Aufenthalt nötig ist, übernachtet bei jüngeren Kindern meist ein Elternteil mit im Zimmer: Falls möglich, bekommen sie ein Einzelzimmer, ansonsten gibt es zumindest ein extra Bett.

Hat Ihre Klinik Spielecken oder Spielzeug?

Eine richtige Spielecke gibt es nur im Wartebereich für die ambulanten, elektiven Operationen. Wir haben aber unseren Klinik-

löwen: ein Kuscheltier, mit dem wir die Kinder ablenken und das wir auch verschenken können. Außerdem bekommen Kinder am Schluss eine Tapferkeitsurkunde – auf die sind sie besonders stolz.

Gehen Sie mit Unbehagen oder mit Vorfreude in ein Behandlungszimmer, in dem ein Kind wartet?

Einerseits sind es oft angespannte Situationen: Ich muss auf das Kind und die Eltern eingehen, Kompetenz ausstrahlen und dabei einfühlsam auftreten. Gleichzeitig will ich medizinisch alles perfekt machen – womöglich ist aber das Röntgenbild schwer zu lesen, weil die Knochen noch nicht ganz ausgebildet sind. Früher als Berufsanfänger bin ich da öfter ins Schwitzen geraten.

Inzwischen bin ich fachlich sicherer, und wenn die Atmosphäre stimmt und Kind und Eltern merken, dass ich ihnen helfen kann, sind es oft ganz angenehme Behandlungen. Meist geht es doch erstaunlich gut – auch, weil Kinder tapferer sind, als die meisten denken.

Geraten nicht viele in Panik, wenn eine schmerzhaftere Prozedur ansteht?

Das erlebe ich ganz selten! Meist reicht es, sie kurz abzulenken, z.B. mit unserem Löwen. Auch ein sicheres Auftreten nimmt Kindern und Eltern die Angst, wenn wir etwa erklären: Das ist nicht so schlimm, so etwas gibt es häufig, wir machen das so und so. Natürlich muss man sagen, dass es jetzt kurz piekst, wenn man Blut abnimmt. Die Schwester spricht dann solange mit dem Kind, damit es nicht unbedingt die Nadel sieht. Die Punktion selbst macht auch kein Anfänger, sondern jemand mit Routine. Wenn gar nichts geht, könnten wir auch einen Anästhesisten holen. Die meisten Kinder bleiben aber ganz gefasst und stehen es gut durch.

Es geht bei Ihnen also immer ganz harmonisch zu?

In den allermeisten Fällen ja. Wir bemühen uns sehr, die Eltern frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen. Dabei gehen wir insbesondere auf die Bedenken der Eltern vor einer möglichen Operation sehr ausführlich ein. Wir sagen z.B., dass wir ihre Bedenken verstehen können, stellen dann noch einmal die Fakten dar und sagen, dass von unserer Seite doch dieses oder jenes das Beste wäre. Ich versuche, Kritik der Eltern nicht persönlich zu nehmen: Sie sind in einer emotionalen Ausnahmesituation, da dürfen sie gern anderer Meinung sein als wir. Und Operationen besprechen wir sowieso im Team, sodass dann auch ein Kollege bzw. der Oberarzt nochmal mit den Eltern reden kann.



Fazit

Im Umgang mit Kindern können Sie nicht allzuviel falsch machen, wenn Sie

- > soweit möglich Kind und Eltern in das Gespräch einbeziehen,
- > Ruhe und Kompetenz vermitteln,
- > neben der medizinischen ggf. auch eine Sozialanamnese erheben,
- > alle Untersuchungen und Behandlungen ehrlich ankündigen,
- > Spielzeug o. ä. zur Ablenkung bereithalten.



Sie haben selbst 3 Kinder. Macht das den Umgang leichter?

Nicht unbedingt, am Anfang fand ich es sogar schwieriger! Nach der Geburt meines ersten Kindes habe ich bei manchen kleinen Patienten extrem mitgelitten: Ich konnte mich plötzlich besser in die Eltern hineinversetzen und ihre Ängste verstehen. Das ist auf die Dauer nicht gut, und es verging zum Glück mit der Zeit wieder. Ich erzähle den Eltern aber durchaus, dass ich z. B. bei meinen Zwillingen schon Ähnliches erlebt habe. Das ist eine gute Basis für Vertrauen.

Sind Sie bei Ihren eigenen Kindern eher übervorsichtig?

Ich hoffe, nicht. Meine Frau und ich achten schon z. B. sehr auf vernünftige Fahrradhelme und Autositze. Aber es kann natürlich trotzdem viel passieren, und die Kinder müssen auch ihre Erfahrungen mit kleineren Verletzungen machen. Einem der Zwillinge habe ich in der Klinik auch schon selbst eine Platzwunde genäht – aber nur, weil er das so wollte, sonst hätte ich einen Kollegen gebeten. Wir hatten ein Buch von zu Hause dabei, damit konnten wir ihn gut ablenken.

Bei welchen Fällen kommen Sie an Ihre persönlichen Grenzen?

Am schlimmsten ist es, wenn man nicht wirklich helfen kann: Wenn ein Kind z. B. nach einem Unfall oder Sturz querschnittsgelähmt bleibt, oder wenn man jemanden wieder und wieder operieren muss. Manchmal trifft man auch Kinder als Angehörige: Einmal lag eine Frau in unserer Klinik im Sterben, und ihr 5-jähriges Kind verstand nicht, warum es nicht zu ihr durfte. Daran denke ich ganz ungern zurück.

Woran erinnern Sie sich dagegen gern?

Unter anderem an die Fälle, bei denen man buchstäblich mit einem Handgriff heilen kann, z. B. bei luxiertem Radiusköpfchen: Mit einem relativ einfachen Manöver kann man es wieder einrenken. Plötzlich ist der Schmerz weg, das Kind kann den Arm wieder normal bewegen. Das ist sehr befriedigend! Auch die normalen Knochenbrüche – meist Grünholzfrakturen – heilen bei Kindern größtenteils unkompliziert aus. Das macht mir soviel Spaß an der Unfallchirurgie: Man kann den meisten Patienten schnell helfen!

Die Fragen stellte Julia Rojahn.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-101305>

Literatur

- 1 Janosch. Ach, so schön ist Panama. Alle Tiger und Bär-Geschichten in einem Band. Weinheim, Basel: Beltz & Gelberg; 2009
- 2 Meyer S, Shamdeen A, Stöver B. Diagnostik. In: Gortner L, Meyer S, Sitzmann FC. Duale Reihe Pädiatrie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012
- 3 Fiebl HS. Untersuchung von Kindern. In: Fiebl HS, Middeke M, Würtemberger G (Hrsg.). Duale Reihe Anamnese und Klinische Untersuchung. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2014
- 4 Kerbl R, Kurz R, Roos R, Wessel LM (Hrsg.). Checkliste Pädiatrie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2011
- 5 Wolf-Krause B, Rübel D. Im Krankenhaus. Aarau: Kinderbuchverlag Luzern; 1998
- 6 Hämmerle S, Trapp K. Mia geht ins Krankenhaus. Berlin: Annette Betz Verlag; 2014
- 7 Basler H-D. Akutschmerztherapie in Pädiatrie und Geriatrie – Schmerzmessung: Welche Schmerzskala bei welchen Patienten? Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2011; 46: 334–341
- 8 Scheuber K, Becke K. Ambulante Anästhesie – Kinder in der ambulanten Anästhesie. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2013; 48: 192–198
- 9 Hilgendorf A. Ich hab' mir wehgetan. Stuttgart: Thieme; 2006
- 10 Hoehl M. Ich werde untersucht, aber wie? Stuttgart: Thieme; 2006
- 11 Häser I. Erstzunehmender Verdacht einer Kindesmisshandlung – Bruch der ärztlichen Schweigepflicht kann gerechtfertigt sein. klinikarzt 2014; 43: 62–63
- 12 Maske J, Senger K, Tsokos M et al. Unentdeckte Kindesmisshandlung: Was läuft immer noch schief? Dtsch Arztebl 2014; 111: A 1688–1691
- 13 Techniker Krankenkasse Landesvertretung Sachsen-Anhalt, Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt. Medizinischer Leitfaden. 3. Aufl. Magdeburg: 2015. Im Internet: www.tk.de/centauros/servlet/contentblob/690678/Datei/140205/Leitfaden-Stoppt-Gewalt-gegen-Kinder-und-Jugendliche.pdf; Stand: 27.02.2015
- 14 Ahne T, Ahne S. Kinder als Patienten – richtig kommunizieren und handeln. retten! 2013; 2: 80–83
- 15 Kammerbauer N, Becke K. Akutschmerztherapie in Pädiatrie und Geriatrie – Akutschmerztherapie im Kindesalter. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2011; 46: 344–352
- 16 Sander A, Reinhardt D. Palliativmedizin in der Pädiatrie. Pädiatrie up2date 2012; 3: 267–279
- 17 Strauß JM, Denk A. Kinderanästhesie – Der schwierige Venenzugang. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2013; 48: 258–263
- 18 Müller-Lobeck L, Birnbaum J, Spies C. Kindernotfälle – Allgemeine Behandlungsstrategien. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2009; 44: 422–427
- 19 Schepper F, Schachtschabel S, Christiansen H. „Keine Angst, es tut weh!“ – Psychologische Vorbereitung auf medizinische Maßnahmen in der pädiatrischen Onkologie. Klin Padiatr 2012; 224: 201–206
- 20 Quabach R. Revolutioniert ein Tablet die Prämedikationspraxis bei Kindern? Journal Club AINS 2014; 3: 218–219
- 21 Schneider S, Weber M. Die Fleckenfieslinge – Julius besiegt den Krebs. Wien, München: Annette Betz Verlag; 2008