

Lasst uns darüber reden

Gesprächsführung mit Kindern/Jugendlichen und Familien im pädiatrischen Kontext



Dr. Renate Fuiko

Klinische und Gesundheitspsychologin
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

Inhalt

- Voraussetzung
- Vorstellungen von Kindern/Jugendlichen zu Gesundheit und Krankheit
- Basics in der Kommunikation
- „Guidelines“



Voraussetzungen für die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen (J.E. Skeen & M.L. Webster, 2004)



Bereitschaft, sich in die Welt der Kinder und Jugendlichen hineinzuversetzen, ihre Realität so zu sehen, wie sie, und ihre Ängste und Verluste so wahrzunehmen, wie es von ihnen empfunden wird.

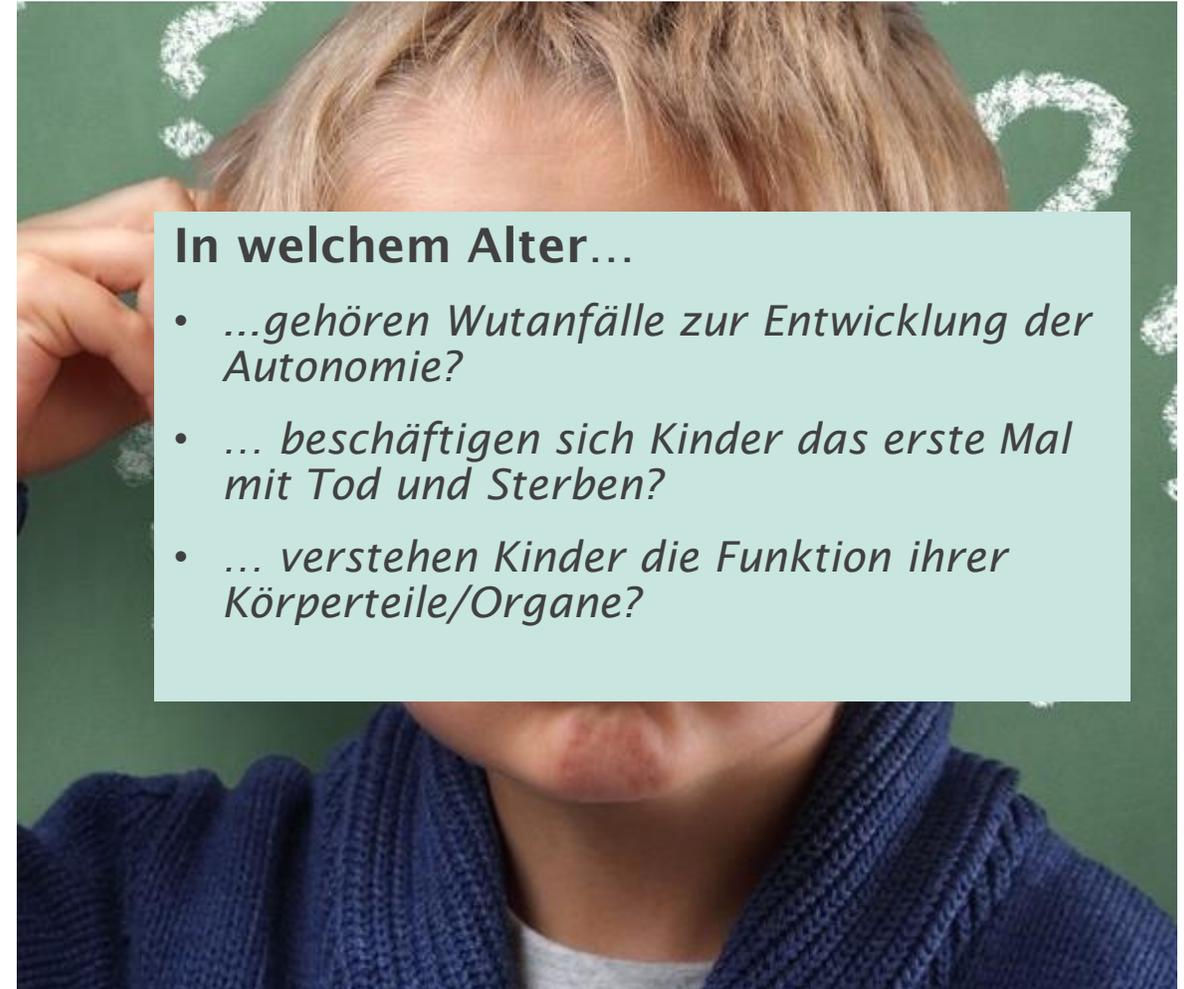
Exkurs: Eintauchen in die Welt der Kinder

Je nach Alter, Entwicklung, früheren Erfahrungen...
haben Kinder unterschiedliche Vorstellungen von...

- **Gesundheit und Krankheit**
 - ⇒ Verursachung einer Krankheit
 - ⇒ medizinisches Personal
 - ⇒ medizinische Prozeduren

Achtung:

- geringere Verbalisierungsfähigkeit
- größere Abhängigkeit von Erwachsenenwelt
- Auffälligkeit oder normale Entwicklung?



In welchem Alter...

- ...gehören Wutanfälle zur Entwicklung der Autonomie?
- ... beschäftigen sich Kinder das erste Mal mit Tod und Sterben?
- ... verstehen Kinder die Funktion ihrer Körperteile/Organe?

Vorstellungen über Körper, Gesundheit und Krankheit, Krankheitsursachen, medizinische Prozeduren und Personal sind geprägt von ...

Lohaus et al., 2006

- Kognitiver, emotionaler und sozialer Entwicklung
- Bisherige eigene Krankheitserfahrungen
- Frühere Erfahrungen in Krisensituationen
- Temperament & Persönlichkeit
- Soziale Einflüsse - Familie
- Soziale Einflüsse – Peergruppe, Schule
- Kultureller Hintergrund



Kinder mit chronischen Krankheiten entwickeln oft (früh!) außergewöhnliche Fähigkeiten, über ihre Krankheit zu kommunizieren

----- > *beeinflussen Krankheitserleben und -verhalten*

Konzepte über den gesunden Körper ...

(siehe auch Lohaus und Ball, 2006)

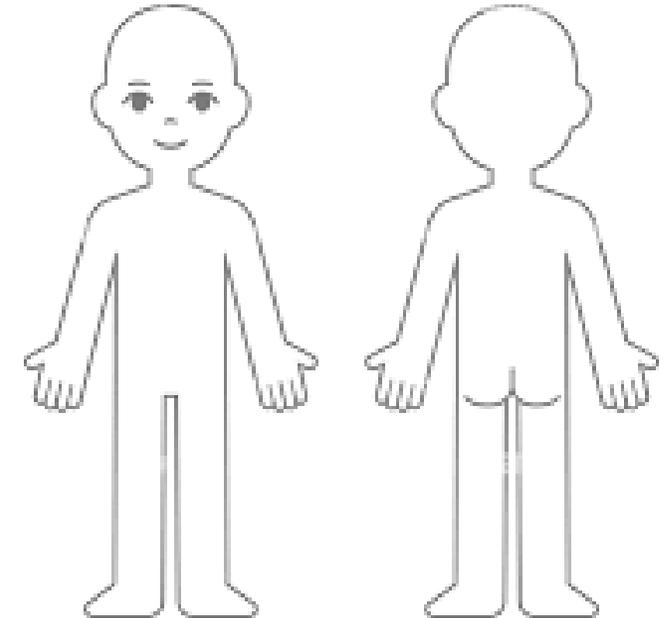
Kinder können meist sehr **früh äußerlich sichtbare Körperteile** korrekt bezeichnen

Anzahl genannter Körperteile steigt mit dem Alter an

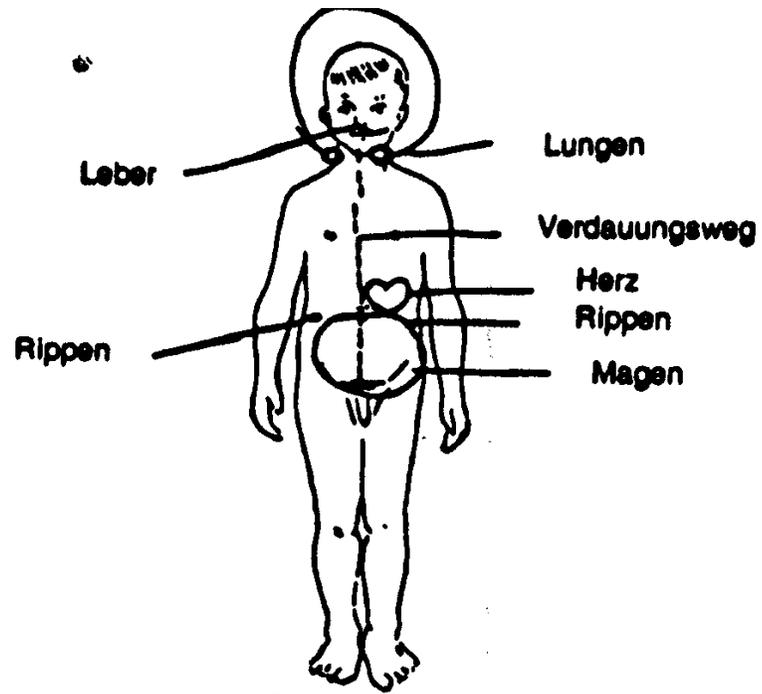
Schwieriger ist Wissen um „innere“ Körperbestandteile

- **Bis zum Vorschulalter:** $\emptyset=2-6$ innere Körperbestandteile (*am häufigsten Herz, Knochen, Blut, Gehirn und Muskeln*), sehr vages Verständnis, wie das Körperinnere aussieht.
- **7-11 Jahre:** $\emptyset = 6-15$ innere Körperbestandteile, erste Zusammenhänge von Körperfunktionen
- **Jugendliche ab ca. 12 Jahren:** $\emptyset 14 +$ Körperteile; differenzierteres Verständnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Körperfunktionen; meist korrektes Einzeichnen in Körperumrisszeichnung möglich

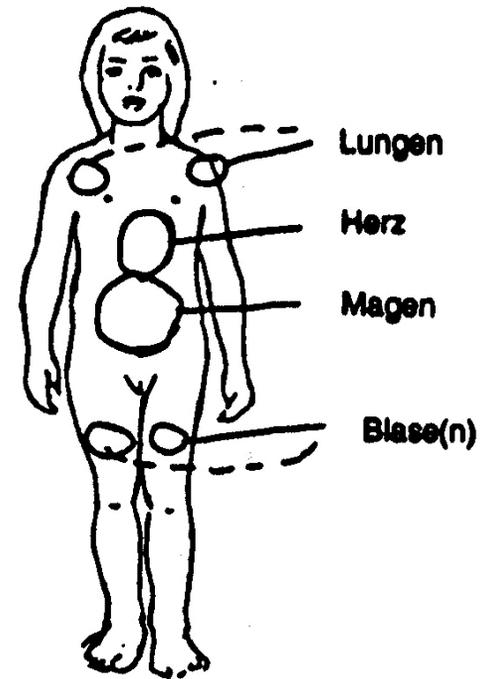
Wie viele Teile hat der Körper und wo liegen sie?



Wie viele Teile hat der Körper und wo liegen sie?



Knabe, 8 Jahre



Mädchen, 7 Jahre



Babys und Kleinkinder 0-2 Jahre (exemplarisch)



Typische, für den medizinischen Kontext relevante Merkmale der kognitiven Entwicklung	Implikationen für das praktische Handeln und die Kommunikation
<ul style="list-style-type: none">• Angst vor Trennung• Angst vor Fremden, Dunkelheit, plötzlichen Geräuschen	<ul style="list-style-type: none">• Bezugspersonen ermöglichen, bei ihrem Kind bleiben zu können, auch bei kleineren medizinischen Prozeduren
<ul style="list-style-type: none">• Schmerzerfahrungen werden damit assoziiert, was unmittelbar vor, während oder nach dem Schmerz passiert ist• Kein Lernen aus vergangenen Erfahrungen möglich.• Keine Antizipationsfähigkeit• Fehlendes Verständnis was es bedeutet krank zu sein, fehlende Zeitvorstellung	<ul style="list-style-type: none">• Gegenwärtige Situation, bes. vor, während und nach medizinischen Prozeduren, möglichst angenehm gestalten – gemeinsam mit Hauptbezugspersonen des Kindes• Bewusster und sensibler Einsatz von nonverbaler Kommunikation. Verbale Erklärungen bzw. das Sprechen über Vergangenheit oder <i>Zukunft</i> (z.B. „...damit Du wieder gesund wirst...“) können Angst nicht reduzieren!

Mutmach-Umarmungen Comfort Positions

Haltepositionen



0-14
Jahre

Känguru-Umarmung
Chest to Back Sitting



0-10
Jahre

Bären-Umarmung
Chest to Chest Straddle



0-14
Jahre

Löwen-Umarmung
Side Sitting



0-14
Jahre

Koala-Umarmung
Side to Side Laying



0-6
Monate

Schmetterling-Umarmung
Swaddle

Fotos: AKH Wien/Mayer-Egerer
Grafik: AKH Wien/Ruis

Bis Vorschulalter 3 - 6 Jahre (exemplarisch)



Typische, für den medizinischen Kontext relevante Merkmale der kognitiven Entwicklung

- Nach wie vor **eingeschränkte Antizipationsfähigkeit und fehlende Perspektivenübernahme**
- Kein Verständnis darüber, was es bedeutet, längerfristig krank zu sein
- Tod ist widerruflich; wird mit Schlaf gleichgesetzt; erst ab 3./4. Lebensjahr: Kind beginnt Zusammenhänge zwischen Krankheit, Tod und Trauer herzustellen
- Bestimmte medizinische Prozeduren und Schmerz werden mit bestimmten Personen oder einem speziellen Geruch, Geräusch oder Kleidungsstück assoziiert (z.B. **White coat anxiety**)
- Polarisierung in „good“ and „bad“ persons

Implikationen für das praktische Handeln und die Kommunikation

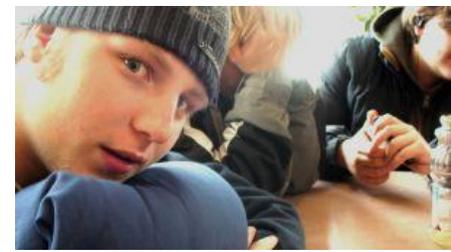
- Konzentration auf die **gegenwärtige Situation** und die individuellen Bedürfnisse des Kindes.
- Vergleiche mit anderen helfen nicht (z.B. „*Dein Freund M. hat das auch schon geschafft.*“); auch die helfende Absicht des medizinischen Personals (z.B. „*Wir wollen Dir doch nur helfen.*“) kann noch nicht wahrgenommen werden.
- Möglichst große **Variation** an veränderbaren Dingen im medizinischen Kontext (z.B. bunte Kleidung des Personals; Personal abwechseln), um „negative Konditionierung“ zu vermeiden.

Schulalter (7 bis 11 Jahre) (exemplarisch)



Typische, für den medizinischen Kontext relevante Merkmale der kognitiven Entwicklung	Implikationen für das praktische Handeln und die Kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmendes Verständnis von und Interesse an Funktion und Ziel von Untersuchungen, Ursachen von Erkrankungen, Krankheitssymptomen etc.. • Kinder denken logisch und sehr konkret – abstrakte oder hypothetische Überlegungen überfordern noch. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräche über konkrete Sachverhalte (nicht abstrakte, hypothetische Behandlungswege) • Kindgerechte Information mit Hilfe von verbalen und nonverbalen spielerischen Materialien. • Wichtigkeit, eine aktive Rolle in der medizinischen Behandlung zu übernehmen (z.B. bei der Untersuchung mithelfen lassen) • Wichtig, Versprochenes einzuhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Lernen aus Erfahrung ist möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder profitieren von Erfahrungen anderer Kinder und eigenen Erfahrungen

Jugendliche (>11 Jahre) (exemplarisch)



Typische, für den medizinischen Kontext relevante Merkmale der kognitiven Entwicklung

- Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit ähneln denen Erwachsener
- Jugendliche entwickeln **abstraktes, hypothetisches, unkonventionelles Denken, Zukunftsdenken** und können ihr eigenes Denken analysieren.
- Notwendigkeit von Autonomie
- Verwendung von **“Jugendsprache”**

Implikationen für das praktische Handeln und die Kommunikation

- Jugendliche im Gespräch ernst nehmen; Vermeidung zu kindlicher Sprache, von zu kindlichem Setting.
- Jugendliches Denkvermögen im Gespräch nicht unterschätzen; Unterschiedliche medizinische Behandlungszugänge können hypothetisch besprochen werden.
- Jugendliche in Entscheidungen einbeziehen, nicht überfordern; dort wo möglich, selbständige Entscheidungen und Autonomie fördern.
- Bei mangelnder Kooperation keinen Druck ausüben, da dies den Autonomiekonflikt noch verstärkt -> gemeinsam mit Jugendlichen Hindernissen explorieren und Lösungen suchen.
- Sensibler Umgang mit Fragen rund um das körperliche Erscheinungsbild, besonders, wenn dieses bedroht ist.



„Gesprächsführung mit Kindern/Jugendlichen und Familien“ – verbale und nonverbale Kommunikation

Praktische Strategien

Basics in der Kommunikation

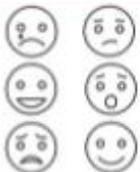
- Ansprechen mit dem Namen
- Sich vorstellen – Rolle/Funktion klären
- Frühe **soziale Frage** direkt an das Kind fördert seine Einbindung in das Gespräch – Buben kommen mit ja/nein Fragen besser zurecht
- **Blickkontakt** während der Fragen an das Kind
- **Online commentary** – alles verbalisieren, was gerade geschieht
No problem commentary – ich höre dein Herz – es klingt gesund und gut... *gute Nachrichten aussprechen! Diese sind sehr wichtig, auch wenn sie für Ärzte/Ärztinnen lediglich oB bedeuten*
- Handlungen zuvor ankündigen/beschreiben

Stivers T Physician-child interaction: When children answer physicians' questions in routine medical encounters Patient Education and Counseling 87 (2012) 3-9

Grundprinzipien für die Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und Familien

MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN ÜBER KRANKHEIT UND ANDERE SCHWIERIGE THEMEN REDEN...



 <p>AUGENHÖHE körperlich und im übertragenen Sinne</p>	 <p>INVOLVIEREN Kinder/Jugendliche direkt ansprechen – nicht in der 3. Person über sie sprechen! eine Stimme geben Recht, gehört zu werden flexibles, individuelles Setting</p>	 <p>WERTSCHÄTZEN Bereitschaft, in die Welt der Kinder/Jugendlichen einzutauchen, Sichtweise wertschätzen - nicht beurteilen; Überlegungen zur Erkrankung nicht unterschätzen</p>	 <p>RAUM & Zeit geschützte, altersgerechte Umgebung Aufmerksamkeitsspanne beachten, Zeitdruck vermeiden, Zeit zum Verarbeiten geben mehrere, sequentielle Gespräche</p>	 <p>PLAN konkrete nächste Schritte planen, um Handlungsfähigkeit zu erhalten, Sicherheit vermitteln aktives Beteiligen fördern</p>	 <p>HILFSMITTEL Hilfsmittel (Bücher, Zeichnungen, APPs, Modelle etc.) zum Verstehen und Verarbeiten anbieten, um kompetente Entscheidungen zu erleichtern</p>
 <p>OFFENHEIT offene Atmosphäre signalisieren, kleine Signale beachten, nicht tabuisieren, schwierige Themen aushalten</p>	 <p>FRAGEN von Fragen der Kinder/ Jugendlichen leiten lassen Was weißt Du schon? WAS willst Du WANN wissen? Was bereitet Dir Sorgen? WAS/WER kann Dir helfen?</p>	 <p>AUFRICHTIGKEIT Kinder/Jugendliche erwarten ehrliche Antworten auf ehrliche Fragen, um vertrauen zu können</p>	 <p>ZUHÖREN aufmerksam zuhören – was wird wie gesagt? häufig zu untypischen Zeitpunkten, an unerwarteten Orten</p>	 <p>SPRACHE behutsam, altersentsprechend, verbale und non-verbale Sprache einsetzen</p>	 <p>EMOTIONEN ernst nehmen, benennen, respektieren</p>

Quellen: Damm, L. et al., 2015; Skeen, JE, Webster, ML (2004); Back, AL et al. (2005); Stivers, T. (2012)

 COPE GROUP (c) U. Leiss, 2021

Kommunikation mit Kindern/Jugendlichen



AUGENHÖHE

körperlich und
im übertragenen Sinne



WERTSCHÄTZEN

Bereitschaft, in die Welt der
Kinder/Jugendlichen einzutauchen,
Sichtweise wertschätzen - nicht
beurteilen; Überlegungen zur
Erkrankung nicht unterschätzen



INVOLVIEREN

**Kinder/Jugendliche direkt
ansprechen – nicht in der 3.
Person über sie sprechen!**

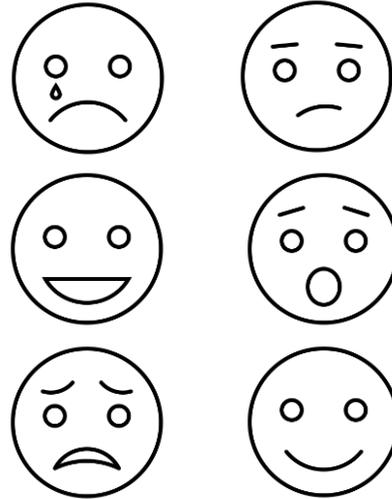
eine Stimme geben
Recht, gehört zu werden
flexibles, individuelles Setting

Kommunikation mit Kindern/Jugendlichen



ZUHÖREN

aufmerksam zuhören –
was wird wie gesagt?
häufig zu untypischen Zeitpunkten,
an unerwarteten Orten



EMOTIONEN

ernst nehmen,
benennen,
respektieren



SPRACHE

behutsam,
altersentsprechend,
verbale und non-verbale Sprache einsetzen

Kommunikation mit Kindern/Jugendlichen



OFFENHEIT

offene Atmosphäre signalisieren,
kleine Signale beachten, nicht
tabuisieren, schwierige Themen
aushalten



FRAGEN

von Fragen der Kinder/ Jugendlichen
leiten lassen

*Was weißt Du schon? WAS willst Du
WANN wissen? Was bereitet Dir
Sorgen? WAS/WER kann Dir helfen?*



AUFRICHTIGKEIT

Kinder/Jugendliche erwarten
ehrliche Antworten auf
ehrliche Fragen, um vertrauen
zu können

Kommunikation mit Kindern/Jugendlichen



RAUM & Zeit

geschützte, altersgerechte Umgebung
Aufmerksamkeitsspanne beachten,
Zeitdruck vermeiden,
Zeit zum Verarbeiten geben
mehrere, sequentielle Gespräche



PLAN

konkrete nächste Schritte
planen, um Handlungsfähigkeit
zu erhalten, Sicherheit
vermitteln
aktives Beteiligen fördern



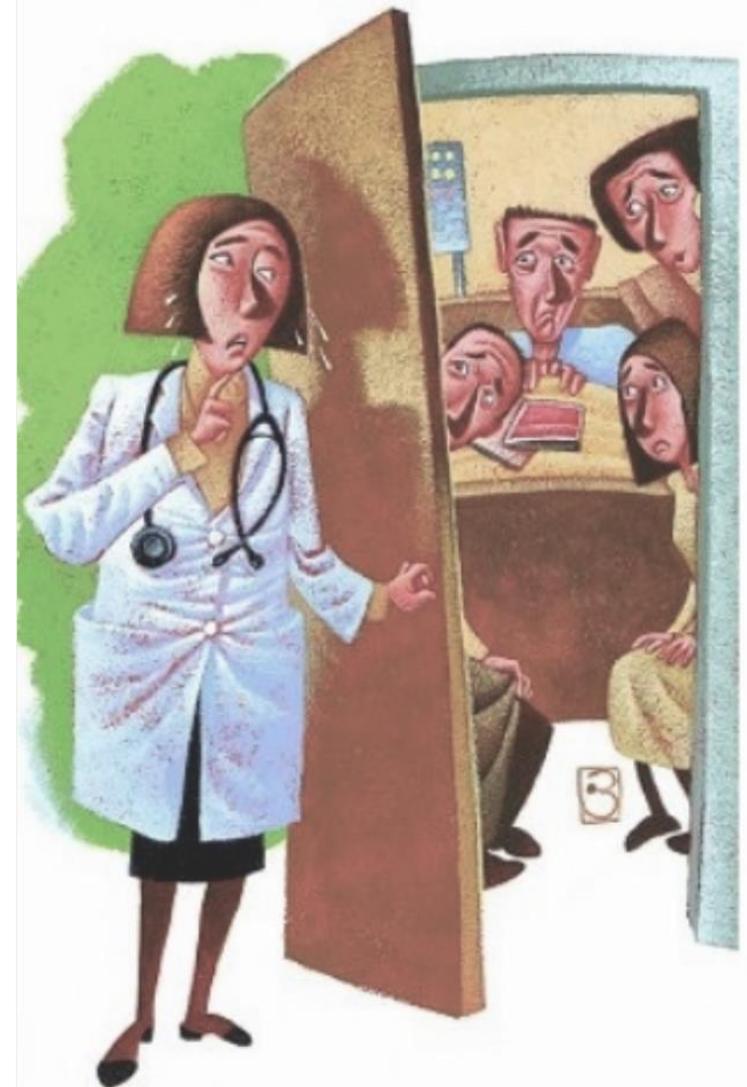
HILFSMITTEL

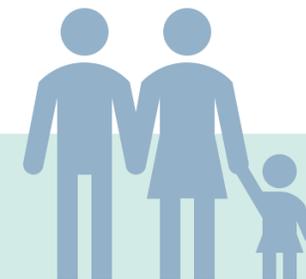
Hilfsmitteln (*Bücher,
Zeichnungen, APPs, Modelle
etc.*) zum Verstehen und
Verarbeiten anbieten, um
kompetente Entscheidungen zu
erleichtern

Quellen:
Skeen JE, Webster, ML (2004) *Speaking to children about serious matters*. In: Kreitler S, Weyl Ben Arush M (Eds.) *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology* 281-312. Chichester, UK: John Wiley & Sons.; Damm, L. et al., 2015)

Kommunikation mit Familien bei schwerwiegenden Diagnosen und Mitteilungen

Das Überbringen und Empfangen schlechter Nachrichten ist für alle Seiten belastend...





die Welt bricht für die Familie zusammen

Tabelle 4: Krankheitsabhängige Belastungen

Belastungen	Konkretisierung	Publikationen ⁹
Psychosoziale Belastungen durch Diagnoseschock und (akute) Krisen (im Verlauf der gesamten Erkrankung)		
<ul style="list-style-type: none">● Konfrontation/Auseinandersetzung mit der Diagnose und Prognose, der Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung und mit einem ungewissen Krankheitsverlauf		
<ul style="list-style-type: none">● Angst vor krankheits- und therapieabhängigen Spätfolgen		<i>Arabiat, Collyer, Hamdan-Mansour, Khalil, and Darawad (2018) (4); Cerqueira, Pereira, and Barbieri Figueiredo Mdo (2016) (5); Mandrell et al. (2016) (4); van der Geest et al. (2015) (4); Weaver, Heinze, et al. (2015) (Standard 13)</i>
<ul style="list-style-type: none">● plötzliche Veränderung der gesamten Lebensumstände der Familie		
<ul style="list-style-type: none">● krisenhafte Situationen bei Patient/in, Eltern oder Geschwistern		
<ul style="list-style-type: none">● ggf. Auseinandersetzung mit einer Rezidivkrankung oder Progredienz		
<ul style="list-style-type: none">● ggf. Auseinandersetzung mit palliativer Behandlungssituation		

Breaking bad news (BBN) ist eine zentrale Kommunikationsaufgabe

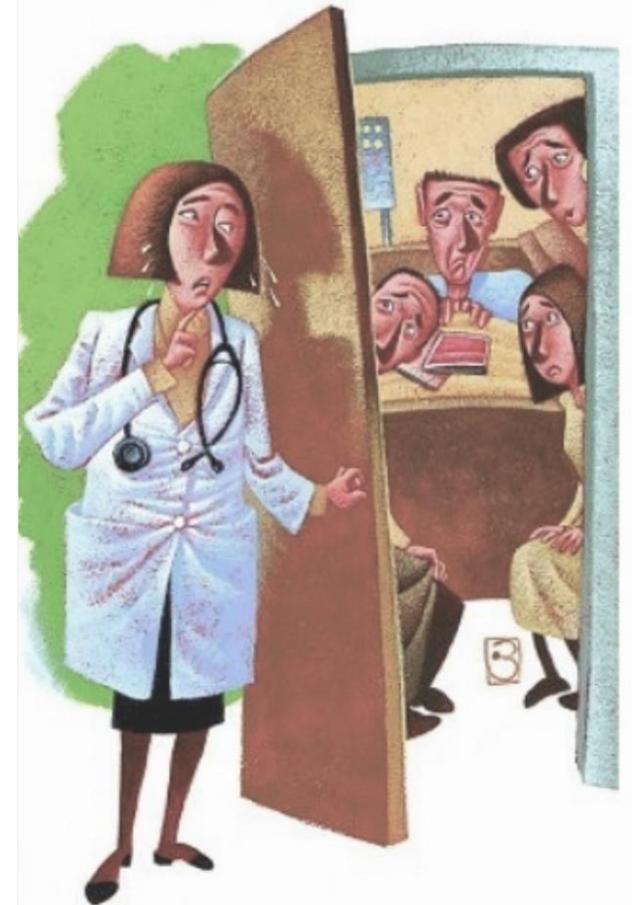
Brakaing bad news (BBN) ist eine stressige Erfahrung

- Angst, Leid zu verursachen
- Angst, schuld zu sein
- "empathischer Schmerz"

Shaw et al., 2013, Pat Edu Counsel: Doctor's experience of stress during simulated bad news consultations

-> for 1/3 of physicians stress level does not drop to normal until hours after the interview

*Rothenberger DA, 2017, Dis Colon Rectum:
Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action*



Eigenschaften, die Eltern beim behandelnden Arzt wichtig finden

- Empathie
- behandelt das Kind als Individuum
- respektiert, dass die Eltern ihr Kind am besten kennen
- lässt Raum für Hoffnung
- (angemessene) Körpersprache
- Sorgfalt / Gründlichkeit
- arbeitet über seine Dienstpflicht hinaus
- verantwortungsbewusstes Handeln
- ist bereit sich Fragen zu stellen
- kümmert sich um die Leiden des Kindes



Journal of Palliative Medicine, Vol. 16, No. 8 | Original Articles

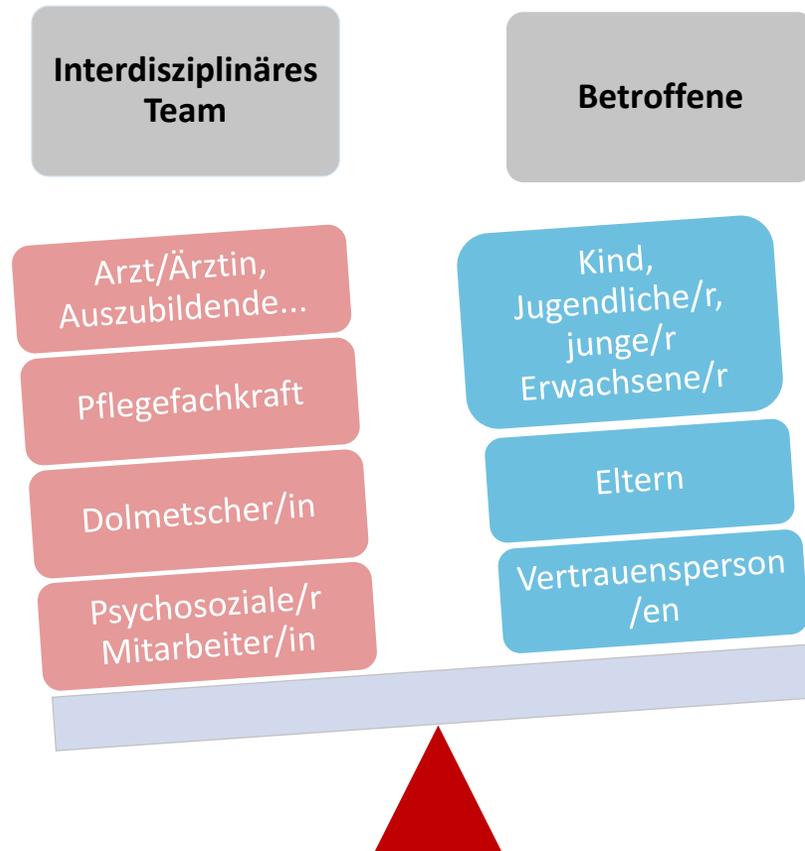
 Full Access

“To Be a Phenomenal Doctor You Have To Be the Whole Package”: Physicians' Interpersonal Behaviors during Difficult Conversations in Pediatrics

Alberto Orioles , Victoria A. Miller, Leslie S. Kersun, Mary Ingram, and Wynne E. Morrison

Published Online: 22 Jul 2013 | <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0103>

Ausgewogenes Verhältnis!





Empfehlungen zum Setting – Vorbereitung

- **Termin** im Vorfeld vereinbaren (Fragen können gesammelt werden, Vertrauenspersonen kontaktiert etc.)
- Ruhiger, ungestörter Raum (kein Telefon, Pieps an Kollegen weitergeben...)
- Genügend Sitzmöglichkeiten
- Taschentücher, Wasser, Gläser; Evt. Spielmaterial für junge Kinder
- Anschauungsmodelle, Bilder, Möglichkeit, Zeichnungen anzufertigen
- Weiterführende Informationen bereithalten
- Nutzen des interdisziplinären Settings - Aufteilung der Rollen im Gespräch

Zeitdauer für Gespräche mit Kindern

- 3 – 6 Jahre → 10 – 15 Minuten verbal
- 6 – 8 Jahre → 15 – 20 Minuten verbal
- 8 – 10 Jahre → 30 – 45 Minuten verbal
- 10 – 12 Jahre → bis 60 Minuten verbal



Empfehlungen zur Struktur des Gesprächs

(siehe z.B. Mack & Holcombe JCO 2004)

- Vorbereitung (Mitgebrachte Arztberichte? Name des Kindes – An- und Aussprache! Berufe der Eltern? Kultureller Hintergrund? Setting! etc.)
- Eltern/Kinder/Jugendliche berichten Vorgeschichte
- **Inhaltsvermittlung**
 - 1: Diagnose und Krankheitsverständnis*
 - 2: Behandlung, Studien und Ziele*
 - 3: Ursachen, „Schuld“, Kausalität*
- Besprechen des konkreten Plans für die nächsten Tage
- Zusicherung der Informationsaufrichtigkeit; Hinweis auf Möglichkeit neuer, wiederholter Gespräche
- Nachbereitung

Informationswünsche vs. Aufklärungsintention



Informationswünsche der Patienten	Aufklärungsintentionen der Ärzte
<ul style="list-style-type: none">• Prognose (83%)• Diagnose (82%)• Diagnostik (80%)• Therapie (77%)	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostik (83%)• Therapie (76%)• Diagnose (47%)• Prognose (13%)



Dr. Götz Fabry: Vorlesung Medizinische Psychologie, <http://www.medpsych.uni-freiburg.de>

Praktische Strategien im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen über schwierige Themen



Kinder erwarten ehrliche Antworten auf ehrliche Fragen!

1. Mit Eltern Gespräch vereinbaren in welcher Form und wann Kind/Jugendlicher einbezogen werden
2. Mögliche Wege Kind/Jugendliche einzubeziehen:
 - Gemeinsames Gespräch mit Eltern und Kind/Jugendlichen
 - Getrennte Gespräche (zuerst Eltern, dann gemeinsam Kind)
 - Gespräch mit Eltern und Kind/Jugendlichen nachdem die Eltern mit ihrem Kind/Jugendlichen gesprochen haben
 - Gespräch mit Jugendlichen ohne Eltern

Skeen JE, Webster, ML (2004) Speaking to children about serious matters. In: Kreidler S, Weyl Ben Arush M (Eds.) Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology 281-312. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Praktische Strategien im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen über schwierige Themen

3. Stellen Sie sicher, dass die Einstellung angemessen ist, d.h. privat, kinderfreundlich und sicher. Sorgen Sie dafür, dass alle sitzen, und wenn das Kind ans Bett gefesselt ist, stellen Sie sicher, dass keine Erwachsenen über dem Kind stehen.
4. Fragen Sie das Kind, was es bisher über seine Erkrankung und/oder Behandlung weiß.
5. Besprechen Sie mit dem Kind/Jugendlichen, wie viel es/sie wissen möchte. Manche Kinder/Jugendliche möchten möglicherweise keine Einzelheiten über ihre Behandlungen oder nicht mehr als die unmittelbaren Pläne wissen.
6. Erklären Sie in Begriffen, die dem jeweiligen Verständnisniveau entsprechen.

Kinder erwarten ehrliche Antworten auf ehrliche Fragen!

Praktische Strategien im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen über schwierige Themen

7. Erkundigen Sie sich beim Kind nach seinem Verständnis der vorherigen Diskussion und fragen Sie, ob es Fragen hat.
8. Erkundigen Sie sich beim Kind, wie es sich fühlt und ob es besondere Sorgen hat.
9. Skizzieren Sie, was als nächstes passieren wird, und geben Sie an, dass Sie für weitere Gespräche verfügbar sind

Zusätzliche Richtlinie:

Sprechen Sie nicht in der „dritten Person“ über ein Kind, solange das Kind/der Jugendliche anwesend ist.

Einschätzung der kindlichen Kompetenzen (Auszug)

Stellt das Kind eigenständige Fragen - spricht es unabhängig über seine Ängste und Sorgen?	
<p>Über welche sprachlichen Fähigkeiten verfügt das Kind?</p>	<p>Speziell bei Fachvokabular, aber auch sonstigen komplexen oder nicht alltäglichen Ausdrücken nachfragen und erklären: z.B.</p> <p><i>Weißt Du, was „stabiler Befund“ bedeutet?</i> <i>Weißt Du, was eine Diagnose ist?</i> <i>Weißt Du, was bei einer Sedierung passiert?</i></p>
<p>Hat das Kind ausreichende Kenntnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Über Körperteile, ihre Position und Funktion? • Gesundheit und Krankheit • Ursachen für Krankheiten • Medizinisches Personal • Medizinische Untersuchungen und Prozeduren? 	<p>Fragen nach den Körperteilen und ihrer Lage Anfertigen von Zeichnungen durch das Kind</p> <p><i>Was heißt für dich „kranksein“?</i> <i>Weißt du was eine Krankenschwester, eine Ärztin ist?</i> <i>Weißt du, was eine Spritze ist usw..</i> <i>Erkennst du das Stethoskop? Was kann man damit machen?</i></p>

Einschätzung der kindlichen Kompetenzen (Auszug)

Ärztliche Überlegungen

Beispiele für konkrete Fragen an das Kind

<p>Kann das Kind aus früheren Erfahrungen im Gesundheitswesen lernen und profitieren?</p>	<p><i>Was hast du das letzte Mal gemacht, dass du es ausgehalten hast?</i></p>
<p>Ist das Kind in der Lage, den Standpunkt und die hilfreiche Absicht des Arztes/ Behandlungsteams zu erkennen? Perspektivenübernahme</p>	<p><i>Verstehst du, warum ich dir diese Spritze geben muss?</i></p>
<p>Versteht das Kind den Zusammenhang zwischen Ursache (Infektion) und Wirkung (Krankheit)?</p>	<p><i>Kannst du dir vorstellen, woher du das hast? Weißt du, warum du das nehmen musst? Weißt du, was diese Tablette macht?</i></p>
<p>Kann sich das Kind/der Jugendliche verschiedene Behandlungsoptionen vorstellen?</p>	<p>Kann man Vor- und Nachteile der Verabreichung von Zäpfchen oder Tabletten diskutieren?</p>
<p>Kann das Kind/der Jugendliche abstrakt denken (d.h. sich z.B. Dinge vorstellen, die es nicht sehen/angreifen kann)? Kann das Kind abstrakte Sprache (nicht anschauliche Begriffe) verstehen?</p>	<p><i>Kannst Du Dir vorstellen, wie Bakterien, Blutkörperchen o.ä. aussehen und welche Aufgabe sie haben? Weißt Du, was Hormone sind? Weißt Du, was das Immunsystem ist? Kannst Du Dir vorstellen, was eine Chemotherapie ist?</i></p>

Einschätzung der familiären Kompetenzen (Auszug)

Ärztliche Überlegungen

Beispiele für konkrete Fragen an das Kind

Hat die Familie das Kind auf den Besuch im Krankenhaus vorbereitet?	<i>Habt ihr daheim schon darüber gesprochen?</i>
Wie ist die Gesprächskultur über Gesundheit/Krankheit innerhalb der Familie?	<i>Mit wem könntest du das daheim besprechen?</i>
In welchem Ausmaß beeinflusst der kulturelle Hintergrund das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und medizinische Behandlungen?	Was glaubt die Familie ist die Ursache der Krankheit?
Hat die Familie Erfahrungen im Umgang mit Erkrankungen?	Ist ein nahes Familienmitglied ernsthaft erkrankt? Was weiß das Kind darüber?

Was bleibt in Erinnerung?

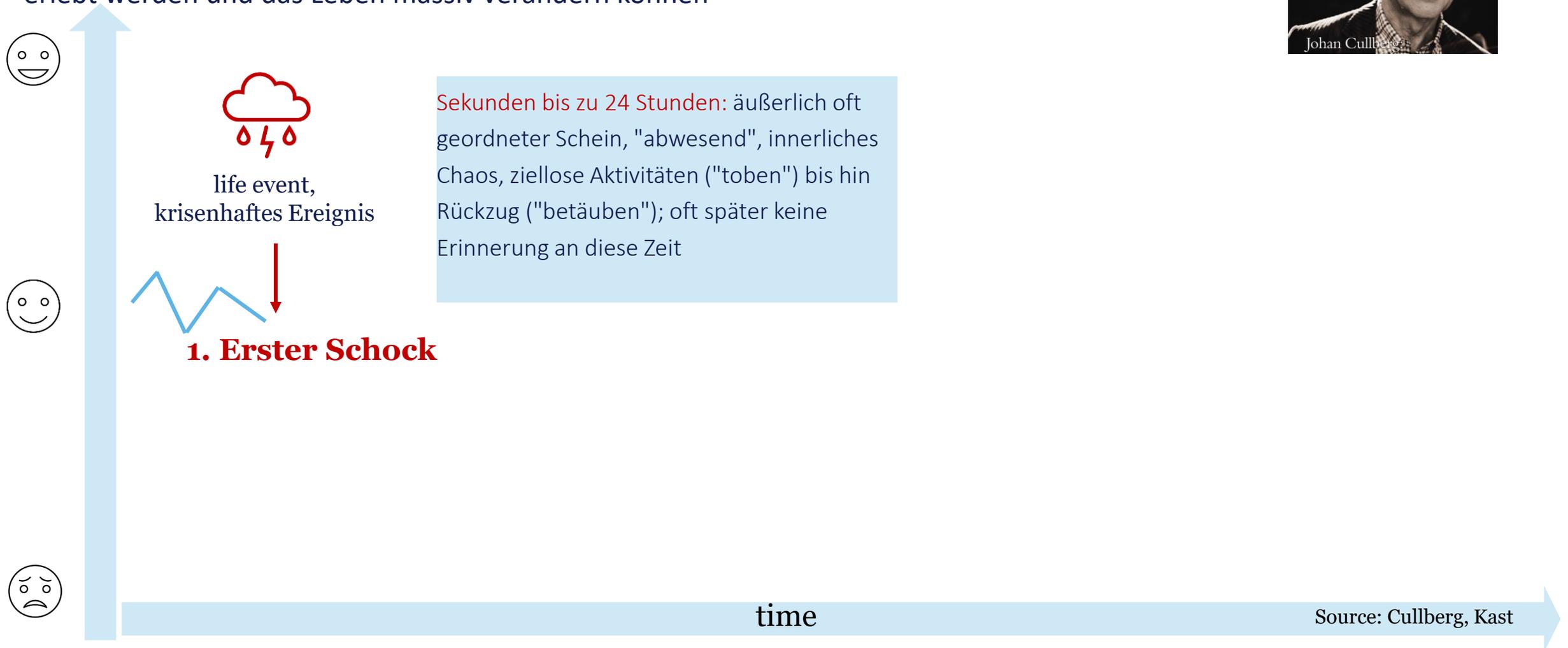
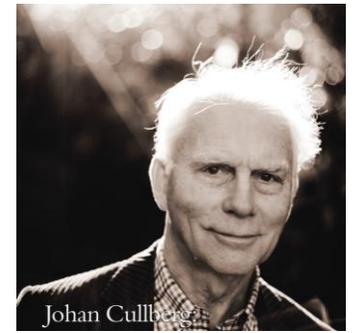
Eden et al., Palliat. Med. 1994

Elternpaare von krebskranken Kindern, N = 25 (Interview mit dem Arzt wenige Tage nach dem Gespräch, Interview mit den Familien 3 Monate nach Diagnoseeröffnung)

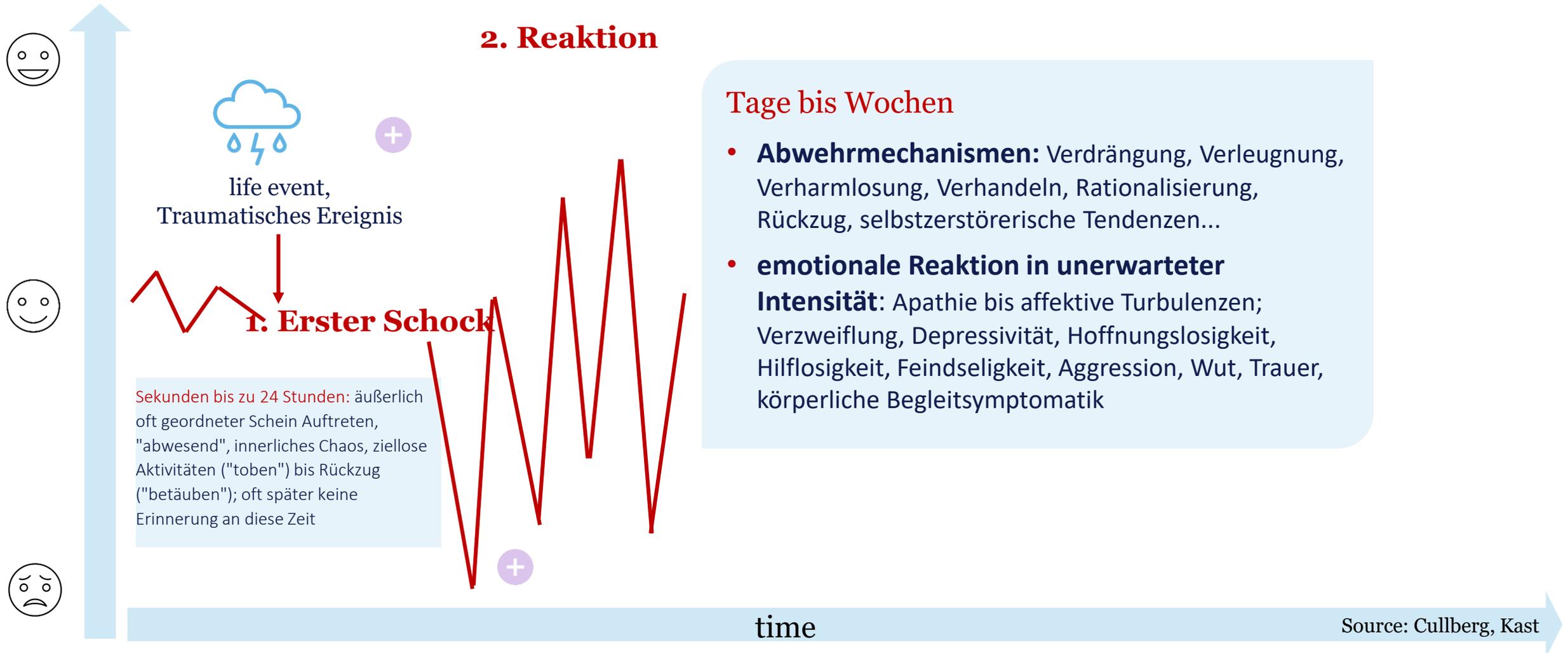
- 50% sagen sie hätten wegen Schock und Erschütterung keine Erinnerung an die in dem Gespräch gegebenen Informationen
- 37% gaben an, eine wage Erinnerung an einzelne Informationen zu haben
- 17% verneinten, dass ein solches Initialgespräch stattgefunden habe
- Alle Eltern gaben an, dass in den ersten 3 Monaten 10-20 weitere Gespräche stattgefunden hatten, aber 60% hatten noch immer grundsätzliche Fragen, die bislang nicht geklärt worden seien;
- davon wollten 65% die Fragen jetzt auch nicht mehr stellen, aus Angst, noch mehr schlechte Nachrichten ertragen zu müssen.

Phasen der traumatischen Krise (Cullberg 1978)

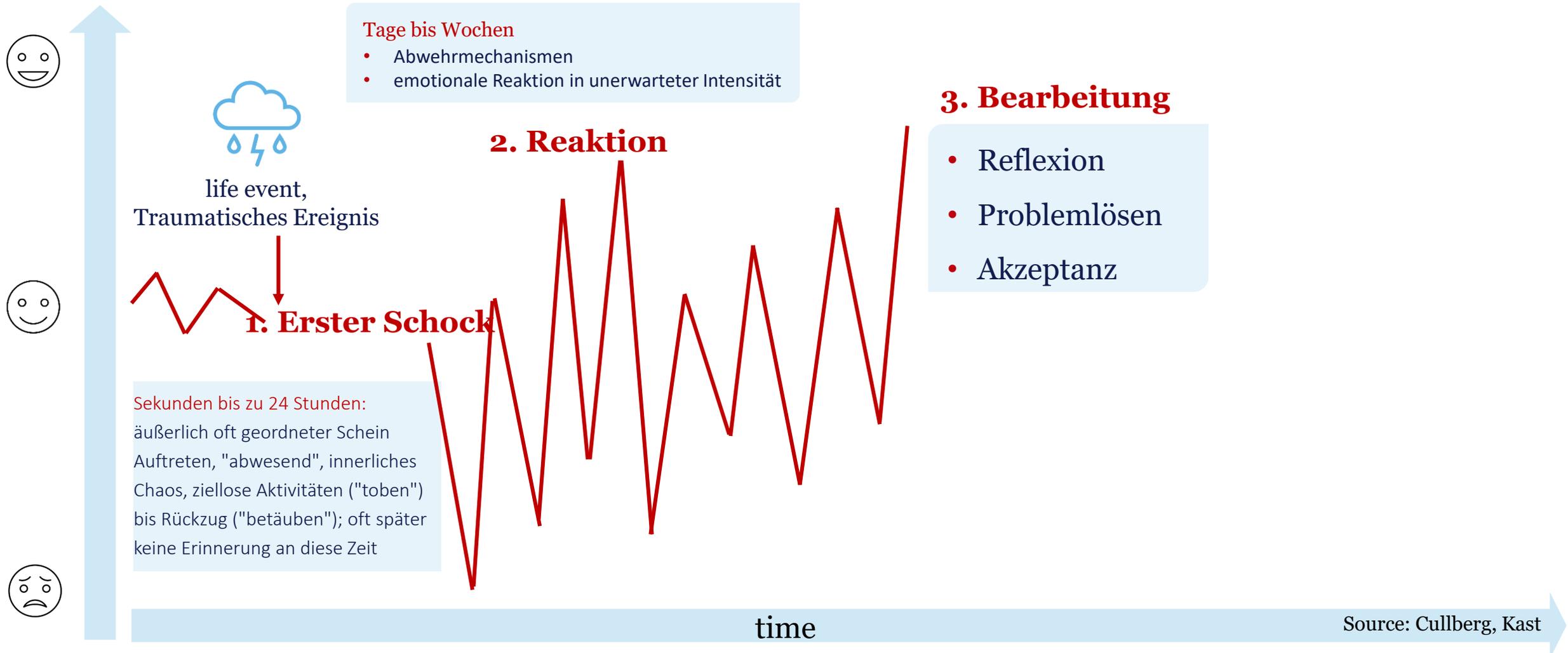
Krise = plötzliche, meist drastische Ereignisse oder Zustände, die als traumatisierend oder bedrohlich erlebt werden und das Leben massiv verändern können



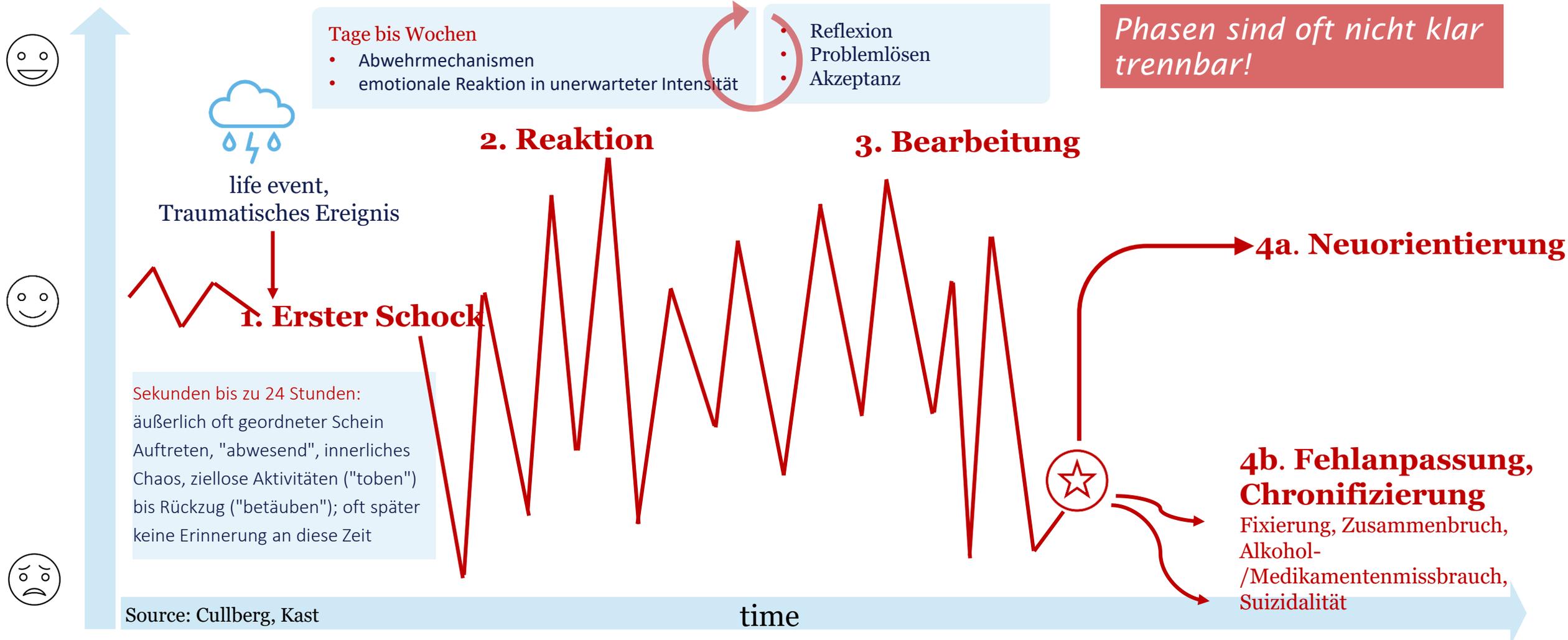
Phasen der traumatischen Krise (Cullberg 1978)



Phasen der traumatischen Krise (Cullberg 1978)



Phasen der traumatischen Krise (Cullberg 1978)



Krisenintervention

- akute, vorübergehende Betreuung ≠ Maßnahmen der Akutpsychiatrie
- umfasst alle Maßnahmen, die dem Individuum helfen können, aktuelle Schwierigkeiten zu bewältigen
- *"...um negative soziale, psychologische und medizinische Folgen zu verhindern, die jeder Krise als Fehlanpassung oder psychischer Zusammenbruch immanent sind."*

Allgemeine Prinzipien:

- rascher Start
- Aktivität der Helfer*innen
- Methodenflexibilität
- Fokus auf aktuelle Situation
- Einbeziehen der Umgebung
- angemessene Entlastung von emotionalem Druck
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

• *e.g. Sonneck, Kapusta, Tomandl, and Voracek (2016)*

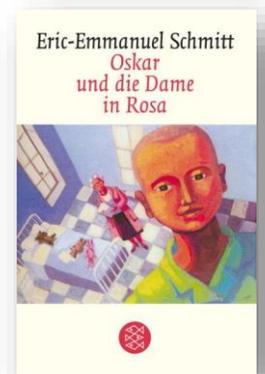
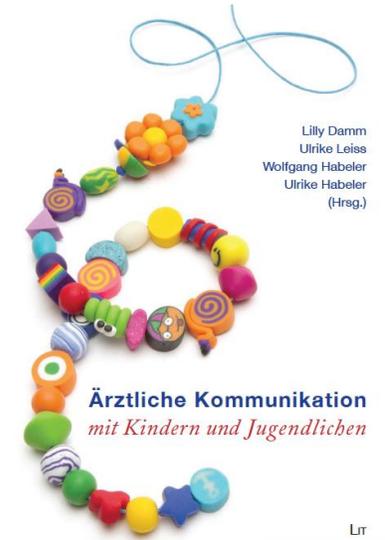
Empfehlungen für Behandler/Betreuer

- Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten und Erkennen von Hindernisse für eine effektive Kommunikation – und dadurch auch Erkennen des Potenzials für bessere Behandlungsergebnisse.
- Angemessene personelle Unterstützung ist Voraussetzung. Nur so kann eine Teamkultur entstehen, die die emotionale Belastung dieses Arbeitsfeldes wertschätzt und beherrschbar macht.



Zum Weiterlesen

- L. Damm, U. Leiss, W. Habeler, U. Habeler (Hrsg.): Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen
- D. Niethammer: Das sprachlose Kind
- D. Niethammer: Wenn ein Kind schwer krank ist. Über den Umgang mit der Wahrheit
- S. Naar-Kind, M Suarez: Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- W. Kölfen: Ärztliche Gespräche die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin
- P. Fässler-Weibel/A. Gaiger: Über den Schatten springen: Vom Entwirren einer Krankheit durch Begegnung



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

renate.fuiko@meduniwien.ac.at

„It's all about communication“