



Kinder als Angehörige und Besuchende auf Intensivstationen, pädiatrischen Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen

Empfehlungen für den Einbezug von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv-
und Notfallmedizin

Kurzversion

DIVI-Sektionen Psychologische Versorgungsstrukturen, Pflegeforschung und
Pflegequalität, Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin, Ethik,
Bewusstseinsstörungen und Koma, Sepsis und Infektiologie

In Zusammenarbeit mit



In dieser Kurzversion sind die zentralen Aussagen der Empfehlungen zum Besuch von Kindern auf der Intensivstation als Übersicht gelistet. In der Gesamtversion finden Sie ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Punkten sowie theoretische Grundlagen, hygienische Aspekte sowie eine Übersicht zu aktuellen Besuchsregelungen.

Präambel

Seit vielen Jahren wird diskutiert, ob Kinder und Jugendliche ihre erkrankten Eltern, Großeltern, Freund:innen und andere Angehörige auf der Intensivstation besuchen dürfen. Was auf pädiatrischen Intensivstationen vielerorts Alltag ist – der Besuch von Geschwisterkindern – ist im Erwachsenenbereich Gegenstand andauernder Kontroverse.

Es liegen sowohl Argumente für als auch gegen den Besuch von Kindern vor: Kinder können die Eindrücke nicht verarbeiten, sie können traumatisiert werden, sie können ansteckend sein und andere Gründe mehr. Ein Besuch kann schaden, ein Nicht-Besuch kann ebenfalls schaden. In den meisten Fällen gibt es Gegenargumente, die zeigen: Kinder können Besuche sehr wohl verarbeiten, wenn sie altersgerecht informiert werden. Kinder stellen auch kein erhöhtes Infektionsrisiko dar, wenn die geltenden Hygieneanforderungen eingehalten werden.

Es gibt aber auch Ausnahmen von der Regel, in denen Kinder die Situation trotz vorbereitender Gespräche nicht bewältigen konnten und den Besuch als traumatisierend erlebten. Doch dürfen diese Ausnahmen als Begründung verwendet werden, um Kindern generell den Besuch zu verwehren?

Aus psychotraumatologischer Perspektive kann ein Besuch auf der Intensivstation eine wertvolle korrigierende Erfahrung bei Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entsetzen sein. Ein Besuch kann aber auch zu zusätzlicher Belastung führen. Um über die Sinnhaftigkeit eines Besuchs zu entscheiden, sollten zum einen die Möglichkeiten zur Vor- und Nachbereitung geprüft und zum anderen auch immer die individuellen Ressourcen und Risikofaktoren des Kindes sowie des gesamten Familiensystems eingeschätzt werden.

Die jeweiligen Regelungen zum Sorge- und Betreuungsrecht sind selbstverständlich zu beachten. Es gibt verschiedene rechtliche Konstellationen aus der Praxis, bei denen es möglich wäre, dass ein Kind eine eigene unabhängige Entscheidung treffen möchte oder muss. Es wird immer wieder Fälle geben, bei denen individuell entschieden werden muss.

Die Besuchsregelungen auf den Intensivstationen im deutschsprachigen Raum sind sehr heterogen, willkürlich und werden durch die Haltung des Intensivpersonals bestimmt – und das nicht erst seit der Pandemie! Leitungen sind aufgefordert, diese Haltung gemeinsam mit ihren Mitarbeitern zu reflektieren und eine Kultur der familienorientierten Versorgung zu entwickeln und zu implementieren. Hierbei wird für die die Etablierung von Kinderbesuchen

auf Intensivstationen und in Notaufnahmen eine zielgerichtete und konsequente Unterstützung durch die Krankenhausleitung benötigt.

Die nun vorliegenden Empfehlungen „Kinder als Angehörige und Besuchende“ haben zum Ziel, Mitarbeiter:innen aller Professionen, aber auch Eltern und Sorgeberechtigten eine Hilfestellung an die Hand zu geben, um einheitliche Regelungen für Intensivstationen zu entwickeln und zu implementieren. Die Empfehlungen wurden in einem Konsens-Prozess entwickelt und beruhen auf der bestmöglichen Evidenz. Auf eine Abstufung nach „Kann“- , „Sollte“- und „Soll“-Empfehlungen wurde bewusst verzichtet.

Die Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe „ICU Kids“ unter der Leitung von Maria Brauchle, Teresa Deffner und Peter Nydahl in Kooperation mit den DIVI-Sektionen psychologische Versorgungsstrukturen, Pflegeforschung und Pflegequalität, Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin, Ethik, Bewusstseinsstörungen und Koma, Sepsis und Infektiologie entwickelt. Darüber hinaus haben sich folgende Fachgesellschaften daran beteiligt: AETAS Kinderstiftung, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Dieses Expert:innengremium unterschiedlicher Professionen und Disziplinen hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen wissenschaftlich und ethisch begründeten Rahmen für eine einheitliche Besuchsregelung von Kindern auf Intensivstationen, pädiatrischen Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen zu gestalten. Der Einfachheit halber wurde im Fließtext immer „Intensivstationen“ verwendet. Der Begriff steht gleichermaßen für pädiatrische Intensivstationen, IMC-Stationen und Notaufnahmen.

Die Autor:innen hoffen, dass diese Empfehlungen Verbreitung finden und Anstoß sind, um die Praxis zum Besseren zu verändern.

Definition Angehörige

Wir verstehen den Begriff Angehörige weit und schließen damit neben Lebenspartner:innen und Verwandten – zu denen auch minderjährige Kinder gehören – ebenso relevante Freund:innen, Kolleg:innen, Nachbar:innen oder andere mit ein. Angehörige sind alle Personen, zu denen Patient:innen eine bedeutsame Beziehung haben.

Definition Kinder

Wir definieren Kinder als alle Personen bis zum 18. Lebensjahr, einschließlich Früh- und Neugeborener, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendlicher. Sollte es im Text um Empfehlungen für spezifische Gruppen gehen, z. B. Neugeborene, so wird darauf hingewiesen.

Definition Psychosoziale Fachkräfte

In der Empfehlung werden unterschiedliche Fachkräfte genannt, die Kinderbesuche begleiten und beratend für die Bezugspersonen sowie das Behandlungsteam zur Verfügung stehen können. Der Heterogenität der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Krankenhäusern Rechnung tragend, wird hier keine Priorisierung von einzelnen Berufsgruppen oder der Nutzung von internen/externen Fachkräften vorgenommen. Für eine gelingende Unterstützung bedeutsam ist die jeweilige Expertise der hinzugezogenen Fachkraft bezogen auf psychotraumatologische, entwicklungs- und palliativpsychologische Aspekte sowie die praktischen Fertigkeiten in der Kommunikationsgestaltung mit Kindern. Die Fachkraft sollte zusätzlich über Erfahrung in der psychosozialen Begleitung im intensiv- und notfallmedizinischen Setting verfügen.

Hygienische Voraussetzungen

Die Sorge vor einem erhöhten Infektionsrisiko der Patientin bzw. des Patienten war und ist ein häufiges Argument gegen den Besuch von Kindern auf der Intensivstation. Jedoch lässt sich festhalten: Unter hygienischen Aspekten ist ein Kinderbesuch unbedenklich, wenn die beschriebenen Hygieneanforderungen eingehalten werden. Dies wird auch in Studien bestätigt, die die Sicherheit und die gesundheitlichen Ergebnisse von nicht restriktiven und restriktiven Besuchsregelungen untersuchten (u. a. Fumagali et al. 2006).

Allerdings müssen besuchende Kinder in altersentsprechender Form in die notwendigen Hygienemaßnahmen unterwiesen werden. Die wichtigste Hygienemaßnahme stellt die Händehygiene dar. Kinder ab dem Schulalter sind in der Lage, die Händedesinfektion nach

Anleitung korrekt selbstständig durchzuführen. Bei Kleinkindern kann die erwachsene Bezugsperson die Hände des Kindes zwischen den eigenen Händen desinfizieren. Schutzkittel sind in der Basishygiene nicht mehr indiziert.

Beim Besuch von infizierten, immunsupprimierten Patient:innen oder auf speziellen infektiologischen Intensivstationen sind möglicherweise erweiterte Hygienemaßnahmen erforderlich. Dies kann bedeuten, dass Schutzkittel, Handschuhe, Haube, Schutzbrille und Mund-Nasen-Schutz (MNS) notwendig werden. Ob ein Besuch des Kindes unter diesen Bedingungen möglich und sinnvoll ist, hängt von der individuellen Situation ab. Bei Krankheitszeichen aufseiten des besuchenden Kindes sollte grundsätzlich von einem Besuch abgeraten werden (RKI 2007; KRINKO 2016, 2021; AWMF 2019).

Empfehlungen auf einen Blick

Die lebensbedrohliche Erkrankung eines nahestehenden Menschen stellt für Kinder ein hoch belastendes Erlebnis dar. Der Besuch der erkrankten Bezugsperson kann hier eine wertvolle korrigierende Erfahrung sein und eine gesunde kindliche Verarbeitung unterstützen. Dennoch ist zu bedenken, dass der Besuch selbst – unter bestimmten Umständen – eine zusätzliche Belastung für Kinder sein kann. Deshalb sind eine gute Vorbereitung mit fachlich begründeter Abwägung von Risiken, die Begleitung und ein achtsamer Blick auf die Folgezeit bedeutsam.

Im Folgenden sind die zentralen Aussagen der Empfehlungen zum Besuch von Kindern auf der Intensivstation als Übersicht gelistet.

Empfehlung 1: Den Besuch von Kindern im interprofessionellen Team planen

Der Besuch sollte schrittweise geplant und als Tagesziel individuell formuliert und dokumentiert werden. Das verbessert die Kommunikation im Team und beugt Missverständnissen vor. Eine notwendige Unterstützung von psychosozialen Berufsgruppen sollte rechtzeitig angefordert werden.

Empfehlung 2: Elterliche Kompetenzen stärken

Die Entscheidung über einen Besuch von Kindern auf der Intensivstation steht und fällt mit der Befähigung der Eltern/Bezugspersonen. Sie sind diejenigen, die ihr Kind fragen, ob es zu Besuch auf die Intensivstation möchte, und die eng in den Kinderbesuch eingebunden werden. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, sollten die Eltern/Bezugspersonen in Gesprächen vorbereitet und in ihren Kompetenzen gestärkt werden.

Empfehlung 3: Kindgerechte Information sicherstellen

Das Kind sollte dem Besuch auf der Intensivstation zustimmen und altersgerecht vorbereitet und begleitet werden. Die Informationen sollten sich zum einen am kognitiven und emotionalen Entwicklungsalter sowie am Wissensdurst des Kindes orientieren, zum anderen an der aktuellen medizinischen Situation der Patientin bzw. des Patienten. Die Kommunikation sollte immer von Ehrlichkeit, Transparenz und Wertschätzung geprägt sein und Sicherheit, Orientierung, Verbindung sowie Kontrolle vermitteln.

Empfehlung 4: Den Besuch von Kindern vorbereiten, begleiten und nachbereiten

Der Besuch von Kindern wird von einer festgelegten Person im Behandlungsteam betreut. Der Termin sollte allen Beteiligten bekannt, das Patientenzimmer vorbereitet sein. Wichtig ist, für eine möglichst ruhige Umgebung zu sorgen. Die Wartezeit vor der Eingangstür sollte z. B. kurz gehalten, der Blick auf andere Patient:innen möglichst verhindert werden. Nach jedem Besuch des Kindes sollte im Behandlungsteam zeitnah eine Nachbesprechung erfolgen.

Empfehlung 5: Psychosoziale Unterstützung anbieten

Eine psychosoziale Unterstützung rund um den Besuch von Kindern sollte gewährleistet sein, z. B. über Psycholog:innen, Seelsorger:innen oder Kriseninterventionsteams. Den Intensivstationen wird empfohlen, sich im Vorfeld mit Unterstützungsangeboten vertraut und ggf. mit den Institutionen bekannt zu machen. Es ist hilfreich, die Kontaktdaten (Flyer) dieser Einrichtungen den Mitarbeiter:innen, Angehörigen, Eltern/Bezugspersonen zugänglich zu machen. Ebenso ist es wichtig abzuklären, wer die Kosten trägt.

Empfehlung 6: In palliativen Situationen besonders begleiten

Im Falle einer palliativen Situation und bei bereits verstorbenen Patient:innen sollte mit Kindern das offene Gespräch über die Themen Sterben, Tod und Trauer gesucht werden. Hilfreich ist dabei ein Austausch auf Augenhöhe, bei dem Kinder ihre eigenen Vorstellungen und Fantasien einbringen können. Sofern vorhanden, sollten palliativmedizinische Kompetenzen einer Klinik eingebunden werden, z. B. Palliativstationen, Palliativdienste, Palliativvisiten oder qualifizierte Mitarbeiter:innen.

Empfehlung 7: In Notfallsituationen eine kindgerechte Begleitung ermöglichen

Eine psychosoziale Betreuung von Kindern spielt auch in Notaufnahmen, Kindernotaufnahmen sowie in wenig planbaren Situationen eine große Rolle. Da hier meist wichtige Vorbereitungszeit fehlt, sollte ein Mitglied des Behandlungsteams und/oder eine psychosoziale Fachkraft einen sicheren Kinderbesuch ermöglichen, ad hoc vorbereiten, begleiten und einen Nachsorgekontakt vermitteln.

Empfehlung 8: Führung – den richtigen Rahmen für Kinderbesuche schaffen

Der Besuch von Kindern auf einer Intensivstation ist auch eine Führungsaufgabe. Das Management sollte die Mitarbeiter:innen für die Wichtigkeit des Themas sensibilisieren und motivieren, gute Lösungen zu schaffen. Eine kontinuierliche Schulung des Teams und Möglichkeiten zur Reflexion spielen dabei eine wichtige Rolle. Auch sollten mögliche Unsicherheiten und Belastungen im Team Berücksichtigung finden.

Empfehlung 9: Qualitäts- und Risikomanagement einbinden

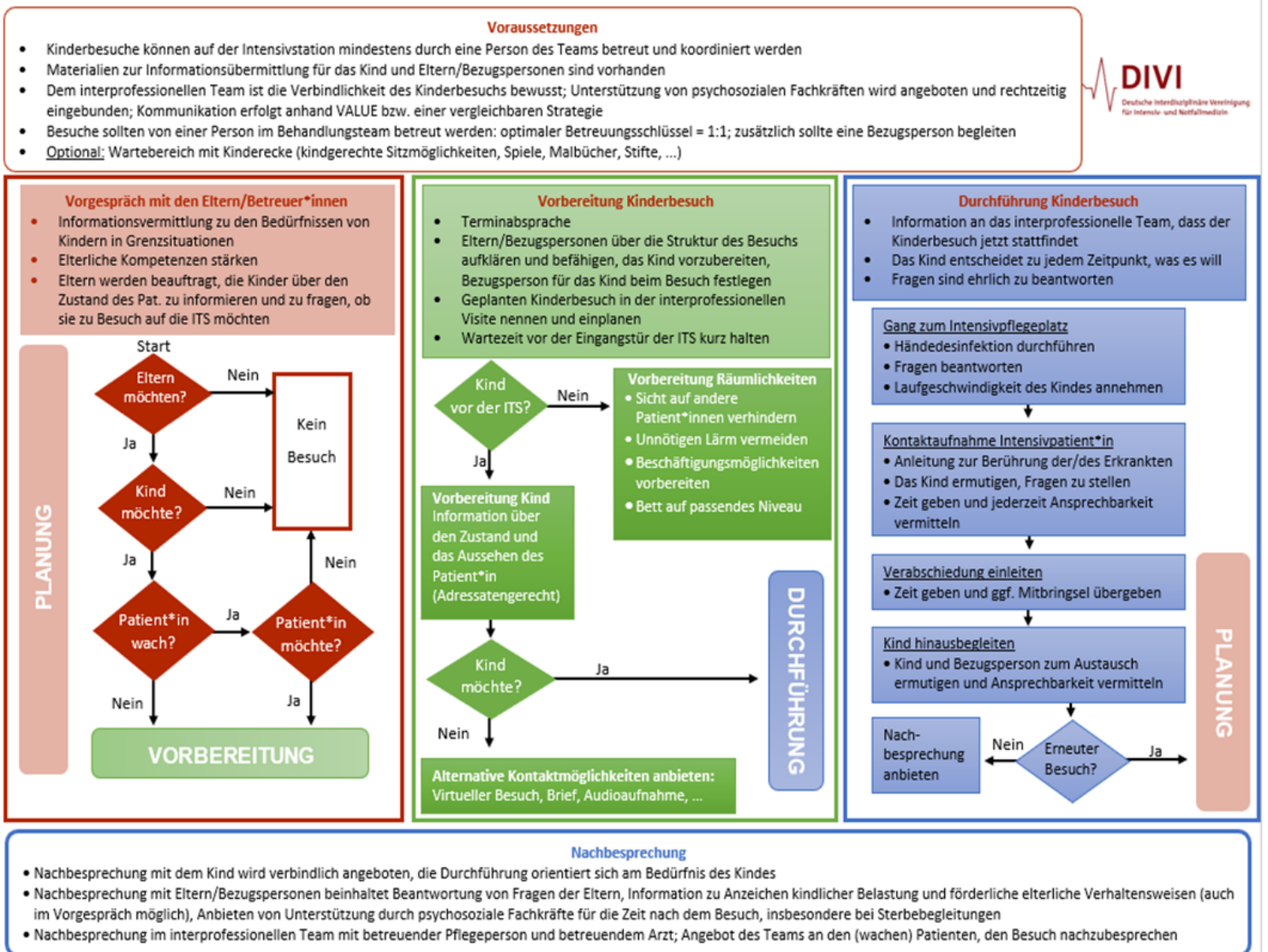
Damit der Besuch von Kindern auf der Intensivstation für alle erfolgreich verläuft, braucht es ein proaktives Qualitäts- und Risikomanagement und eine strukturierte Qualitätssicherung. Mögliche Kontraindikationen sollten besprochen und abgewogen werden. Der Kinderbesuch sollte im Rahmen einer SOP (Standard Operating Procedure) definiert werden, um die gewünschte Qualität des Besuchs und den Prozess festzulegen.

Empfehlung 10: Den Kinderbesuch und Angehörigengespräche dokumentieren

Eine Anamnese der wichtigsten Bezugspersonen, die Gespräche zum Einbezug von Kindern sowie die Planung und Durchführung des Besuchs sollten lückenlos dokumentiert werden. Alle Mitarbeiter:innen sollten Zugriff auf diese Informationen haben.

Algorithmus

In dem folgenden Algorithmus sind die Voraussetzungen für einen Kinderbesuch sowie die einzelnen Schritte des Kinderbesuchs (Vorgespräch mit der elterlichen Bezugsperson, Vorbereitung, Durchführung, Nachbesprechung) übersichtlich in einem Schaubild dargestellt.



Das Autorenteam

Das Kernteam

Maria Brauchle, DGKP
Dr. Teresa Deffner
Dr. Peter Nydahl

Die Mitautor:innen

Prof. Dr. Sibylle Banaschak
Prof. Dr. med. Alexander Brinkmann, MBA
Dr. med. Tanja Brüning
Svenja Dehner, M.Sc.
Rolf Dubb B.Sc., M.A.
Diana Filzhoefer
Simon Finkeldei
Dr. phil. Birga Gatzweiler
Anja Gerlach BScN, MScN
Carsten Hermes, M.Sc.
Christian Heyd, B.Sc.
Magdalena Hoffmann
Dr. Marie-Madlen Jeitziner
Tim Johnen
Arnold Kaltwasser, B.Sc.
Tita Kern, M.Sc.
Dr. med. Kathrin Knochel
Lars Krüger, B.A., M.Sc.
Heiner Melching, ITA
Prof. Dr. med. Guido Michels
Dr. Tilmann Müller-Wolff, M.A., RN
Sabrina Pelz, M.Sc.
Univ.-Prof. Dr. Paul Plener
Cynthia Pönicke, Dipl.-Psych.
Andreas Schäfer, M.Sc.
Julian Rudolph, DGKP
Denise Schindele, M.Sc.
Dr. rer. med. Anna-Henrikje Seidlein, M.Sc., B.A., GKP
Prof. Dr. med. Arne Simon
Marina Ufelmann, cand. M.Sc. APN, B.A.

Weitere Informationen zu den Autor:innen und Literatur sind der Langversion zu entnehmen.