

Kommunikation mit Kindern

Praktische Strategien und Hilfsmittel für den anästhesiologischen Alltag

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Kinder eine Ausnahmesituation dar, v. a. wenn eine Untersuchung oder Operation in Allgemeinanästhesie notwendig wird. Abgesehen von den vielen anästhesiologischen Besonderheiten, fühlen sich zahlreiche Anästhesisten im Umgang und in der Kommunikation mit Kindern unsicher. Wichtig ist daher die Kenntnis praktischer Strategien und Hilfsmittel beim Umgang mit Kindern im perioperativen Rahmen.

Krankenhausaufenthalt als Extremsituation

Ein Krankenhausaufenthalt kann für ein Kind zur Extremsituation werden, und speziell eine Narkose stellt eine besondere Herausforderung dar. Hierbei sind die Sorgen und Ängste, die im Vordergrund stehen, vom Alter des Patienten abhängig und individuell sehr unterschiedlich (■ Tab. 1). Grundsätzlich hat ein beträchtlicher Teil der Kinder unmittelbar vor einem Eingriff Angst, die ihr Maximum erreicht, wenn die Gesichtsmaske vorgehalten wird [9, 37]. Verstärkt wird diese zusätzlich, wenn das Kind bereits negative Erfahrungen im medizinischen Umfeld gemacht hat. Dazu reicht manchmal schon ein gut gemeintes, aber allerdings nicht wahrgewordenes „Das tut gar nicht weh“ beim Impfen oder die Notwendigkeit wiederholt durchzuführender, vermeintlich kleiner Prozeduren (z. B. Blutabnahmen oder Lumbalpunktionen). Starke präoperative Angst kann jedoch nicht nur den Umgang mit dem Kind erschweren, sie ist u. a. mit einem höheren Maß an postoperativem Schmerz, einer

höheren Inzidenz von postoperativem Delir und einer späteren Krankenhausentlassung vergesellschaftet [17].

Auch die Reaktionen, Einstellungen und Sorgen der Eltern können sehr variabel sein. Abhängig von der Persönlichkeit und den Erfahrungen kann es ihnen unterschiedlich schwerfallen, ihr Kind in die Obhut eines Dritten zu geben. Das Ausmaß, wie genau ein Kind über seine Krankheit und anstehende Prozeduren informiert werden soll, wird von Eltern sehr unterschiedlich eingeschätzt. Egal, wie sie zu Krankheit, Behandlung und Behandlern stehen, sind und bleiben die Eltern in der Regel die wichtigste Bezugsperson für ihr Kind, und ihre Angst korreliert stark mit der ihres Kindes [12]. Deshalb müssen Eltern mit all ihren Sorgen und Wünschen ernst genommen und positiv in die Behandlung einbezogen werden.

Wahrnehmung und Kommunikation in Abhängigkeit vom Kindesalter

Je nach Alter zeigen Kinder wechselnde Fähigkeiten und Strategien, ihre Umwelt wahrzunehmen und auf Ereignisse zu reagieren. Obwohl diese Entwicklungsstufen und auch die sprachlichen Fähigkeiten individuell sehr unterschiedlich

ausgeprägt sein können, sind eine grobe Einteilung anhand von Altersklassen und der Bezug zur Schulbildung sinnvoll (■ Tab. 2). Kinder entwickeln ungefähr ab dem Alter von 2½ Jahren parallel zwei verschiedene Denkstile: das magische und das realistische Denken. Wahrscheinlich schützt das Kind seinen Selbstwert vor Entmutigung, indem es in Situationen, bei denen es sich Zusammenhänge nicht erklären kann, magische Erklärungen findet. Auch in Situationen, in denen es sich machtlos fühlt (und oft auch ist), wird die magische Unterstützung installiert. Dieses magische Denken, d. h. die Überzeugung, dass man durch Wünschen Umstände und Ereignisse beeinflussen kann, ist eine wesentliche Dimension kindlicher Vorstellung [31]. Jedoch wissen schon ganz kleine Kinder genau, was sie sich magisch vorstellen und was realistisch ist. So erklärte beispielsweise ein 3-jähriges Mädchen ihrem Vater, dass nur sie den Fuchs unter ihrem Bett sehen könne, vor dem sie solche Angst hat. Zwar kann magisches Denken bei der Arbeit mit Kindern jeden Alters zu Hilfe genommen werden, jedoch sollte klar bleiben, dass es sich hier um eine Vorstellung und nicht die Realität handelt. Auch wenn mit Geschichten und Vorstellungen gearbeitet

Tab. 1 Sorgen und Ängste im anästhesiologischen Kontext in Abhängigkeit vom Patientenalter. (Nach Jöhr [16])

Säuglinge < 6 Monate	Laute Geräusche, Kälte, grelles Licht, fehlende Nähe
6 Monate bis 6 Jahre	Trennung von Bezugspersonen, irrationale Ängste (z. B. Narkose entspricht Schlafen entspricht Sterben)
Schulkinder	Schmerzen, Spritzen, unbekannte und neue Situationen
Jugendliche	Konsequenzen der Operation und Krankheit an sich, Scham bei Verlust der Privatsphäre/Nacktheit, Kontrollverlust

Tab. 2 Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung in Abhängigkeit von der Altersstufe sowie daraus resultierende Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten. (Nach Signer-Fischer et al. [30])

Altersstufe	Entwicklungsstufe	Herausforderungen, Gefahr, Risiko	Handlungsmöglichkeiten
Kindergartenkind (Zirka 3 bis 6 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> –Häufig magisches Denken –Denken in „Wenn-dann-Ketten“ oder Schwarz-weiß-Denken –Bezugspersonen sehr wichtig 	<ul style="list-style-type: none"> –Hilflosigkeit, wenn Bezugsperson fehlt –Trennungsangst –Eingriff/Operation kann als Strafe/Folge von eigenem „bösem“ Verhalten verstanden werden 	<ul style="list-style-type: none"> –Bezugsperson, wenn möglich, aktiv einbeziehen –Magisches Denken und große Fantasie nutzen (Ablenkung und Dissoziation) –Vorbereiten und Erklärungen geben (böse Überraschungen vermeiden)
Grundschulkind (Zirka 7 bis 10 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> –Moralisches Alter (Verhalten muss gerecht und nachvollziehbar sein) –Vernetztes Denken in einfacher Form möglich (bestimmte Einflüsse führen zu bestimmter Wirkung) –Erlebnisspielraum wurde durch die Schule erweitert –Gleichaltrige werden wichtiger 	<ul style="list-style-type: none"> –Wunsch nach Selbstständigkeit wird größer –Krankheitsverständnis wird expliziter, Todesangst möglich 	<ul style="list-style-type: none"> –Erklären von Zusammenhängen, Vorgehen und Ablauf wird immer wichtiger –Dissoziation anregen ohne Irritation durch allzu kindliche/kindische Aussagen
Vorpubertät und Jugendalter (Zirka 11 bis 18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> –Philosophische und ethisch-moralische Überlegungen werden angestellt –Zusammenhänge werden erkannt 	<ul style="list-style-type: none"> –Wollen schon als „groß“ wahrgenommen werden, brauchen dennoch Unterstützung von Bezugspersonen –Manchmal fällt es schwer, Angst zuzugeben 	<ul style="list-style-type: none"> –Suggestionen einsetzen, dabei jederzeit Wahlmöglichkeit lassen –Bezug zu alltäglichen Dingen (z. B. Sport) ist oft hilfreich –Aktivität und Autonomie fördern –Privatsphäre schützen

Tab. 3 Trance-Phänomene. (Nach Hansen und Bejenke [13] sowie Signer-Fischer et al. [30])

Trance-Phänomen	Erläuterung	Beispiel anhand eines Unfalls
Fokussierte Aufmerksamkeit	Begrenztes Orientierungsfenster, es werden nur einzelne Dinge wahrgenommen, diese dafür überdeutlich. Alles wird auf sich selbst bezogen	„Verschlossen“, wenn in erster Stunde keine Erklärungen von außen Mutter bemerkt ihre eigenen Verletzungen nicht, da sie sich nur um das schreiende Kind sorgt
Wörtliches Verstehen	Verlust der Fähigkeit abstrakten Denkens, Ironie wird nicht verstanden	„Hol’ noch einmal tief Luft, dann schläfst du gleich ein“ wird missverstanden
Verlust des kritischen Urteilsvermögens	Patienten handeln irrational, von außen betrachtet „unvernünftig“	Unfallopfer reagiert nicht vernünftig, läuft an Unfallstelle trotz der Verletzungen umher
Autoritätsfixierung	Patient sucht nach Leitfigur	Patient braucht Führung
Altersregression	Rückfall auf frühere Entwicklungsstufe	Patient benimmt sich wie kleines Kind
Katalepsie	Körperliche und geistige Starre, Verharren in einer Körperhaltung, Schockstarre	Unfallopfer bleibt starr sitzen, obwohl er sich im Gefahrenbereich befindet
Veränderte Wahrnehmung	Einzelne Sinne arbeiten auf Hochtouren, andere dafür nur eingeschränkt	Zeitverzerrung Negative Halluzination: nicht sehen, was ist
Dissoziation (körperlich, örtlich und zeitlich)	Einzelne Körperteile oder Empfindungen werden nicht wahrgenommen	Unfallopfer spürt Schmerzen am Bein nicht, obwohl es offensichtlich frakturiert ist
Selektive Amnesie	Einzelaspekte werden ausgeblendet und nicht erinnert	Unfallopfer kann sich an Unfallhergang oder an Ersthelfer nicht erinnern
Somatische Reaktionen	Atmung, Durchblutung	Schnelles Atmen, Hautblässe

tet wird, soll dies immer nur als Brücke für realistische Handlungsweisen eingesetzt werden. Hier eignet sich die Formulierung: „Du kannst dir vorstellen, dass ...“ [30]. Ideal ist es, wenn das Kind seine Vorstellung, sein Bild oder seine Metapher selbst findet, in jedem Fall sollte man ihm aber eine Wahlmöglichkeit lassen. In keinem Alter dürfen Kinder mit allzu kindlichen oder kindischen Formulierungen irritiert oder „für dumm ver-

kauft“ werden. So reagierte ein kleines Mädchen ganz irritiert mit der Frage, ob der Kinderarzt sie „abhörchen möchte“, nachdem dieser ihr erklärt hatte, er wolle „nun mit ihrem Bauch telefonieren“. Je älter ein Kind wird, desto bedeutsamer ist es, ihm einen aktiven Part zukommen zu lassen sowie seine Ideen und Vorstellungen aufzugreifen.

Konsequenzen für den klinischen Alltag

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Kinder und Erwachsene gleichermaßen eine Ausnahmesituation dar. Schon früh wurde erkannt, dass sich Menschen in solchen Situationen „besonders“ verhalten [8, 13]. Es treten ganz spontan Trance-Phänomene auf, wie sie auch in Hypnose vorkommen [2]. Trance kann hierbei

N. Zech · M. Seemann · S. Signer-Fischer · E. Hansen

Kommunikation mit Kindern. Praktische Strategien und Hilfsmittel für den anästhesiologischen Alltag

Zusammenfassung

Hintergrund. Kinder sind eine besondere Herausforderung, sowohl für die Narkoseführung als auch für die Kommunikation; dies gilt besonders für das ängstliche und schreiende Kind. Je nach Altersstufe ergeben sich Besonderheiten der Ängste, der Wahrnehmung, des Verständnisses und der Fähigkeiten eines Kindes. Zudem sind Verhalten und Ängstlichkeit stark geprägt von den Eltern, die einzubeziehen sind.

Ziel der Arbeit. Dieser Beitrag zeigt Besonderheiten von kindlichem Verständnis auf und stellt praktische Strategien und Hilfsmittel beim Umgang mit Kindern im perioperativen Rahmen vor.

Material und Methode. Bei Kindern sind die Suggestibilität und die Anfälligkeit für Placebo-/Noceboeffekte erhöht, was sie für negative Einflüsse empfänglicher macht, aber auch für eine positive, konstruktive Beeinflussung genutzt werden kann. Möglichkeiten, sich die

besonderen Eigenschaften von Kindern nutzbar zu machen, werden vorgestellt und Anwendungsbeispiele aus dem klinischen Alltag gegeben.

Ergebnisse. Besonders die Fantasie, Kreativität und Fähigkeit zur Dissoziation der Kinder ermöglichen eine sehr effektive Anwendung von indirekten Suggestionen, Metaphern, Geschichten, Umfokussierung der Aufmerksamkeit, Rückzug an einen inneren oder imaginären Wohlfühlort, Uminterpretation störender Geräusche und Einflüsse, Abholen und Induktion von Veränderungen in kleinen Schritten sowie Aktivierung innerer Ressourcen. Eine Handpuppe, ein Begleitkuscheltier, ein kleiner Zaubertrick, das Hinzuziehen magischer Helfer, die Klopftechnik mit Selbstbestätigungen, eine Strichzeichnung, ein Deckenbild oder das Handhalten können zusätzlich sehr hilfreich sein. Alle medizinischen Geräte und Handlungen können kindgerecht

und in positiven Aussagen erklärt werden, ohne das Informationsbedürfnis des Kindes zu übergehen oder zu lügen.

Schlussfolgerung. Wichtig sind die Begegnung auf Augenhöhe, das Reden mit dem Kind statt nur über das Kind, eine kindgerechte, aber nicht kindische Sprache, verständliche Informationen und Erklärungen, die Rückgabe von Kontrolle sowie Zuwendung anstelle nur fachlicher Distanz. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit Kommunikationstechniken wie den hier dargestellten kann dem Anästhesisten die Unsicherheit nehmen, die ein Kind genau spüren kann.

Schlüsselwörter

Patientenakzeptanz der medizinischen Versorgung · Kinderpsychologie · Suggestion · Notfälle · Arzt-Patient-Beziehungen

Communication with children. Practical hints and tools for the anesthesiology routine

Abstract

Background. Pediatric patients represent a special challenge both for the management of anesthesia and for communication, especially the anxious and screaming child. Children have specific features of fears, cognition, comprehension and skills depending on the stage of development. In addition, behavior and anxiety are strongly shaped by the parents who have to be incorporated.

Aim. This article presents the special features of children as well as practical strategies and aids for dealing with children in a perioperative setting.

Material and methods. In children suggestibility and susceptibility to placebo and nocebo effects are increased. This makes them more sensitive to negative factors but can also be utilized for positive, constructive ef-

fects. Possibilities are presented which make use of the special characteristics of children. A number of examples from daily clinical routine are given.

Results. A child's imagination, creativity and capability for dissociation in particular allow an effective application of indirect suggestion, metaphors, stories, changes in focus of attention, retreat to an inner or imagined safe place, reframing of disturbing noises and events, pacing and leading in small steps and an activation of inner resources. A hand puppet, a pet toy, a little magic trick, introducing a magic friend, acupoint for palpitations with self-affirmation, stick figure drawings, ceiling pictures or holding hands can be quite helpful. All medical devices and interventions can be explained in a way that children can un-

derstand and in positive statements without lying or neglecting the need for information.

Conclusion. Meeting at eye level, talking to the child instead of just about it, a language appropriate for children but not childish, comprehensible information and explanations, return of control and care more than pure technical distance, all play an important role. A serious look into such communication strategies can help the anesthetist to overcome uncertainties that a child can easily sense.

Keywords

Patient acceptance of health care · Pediatric psychology · Suggestion · Emergencies · Physician patient relations

als Zustand eingeschränkter Außenwahrnehmung mit der Wendung der Aufmerksamkeit nach innen beschrieben werden, wie man es auch aus dem Alltag kennt, etwa beim Lesen eines spannenden Buches oder beim Langlaufen. Ihre biologische Bedeutung hat sie aber v. a. als Funktionsmodus im Notfall [14]. Deshalb können Trance-Phänomene

sehr gut am Beispiel der Extremsituation eines Unfalls erklärt werden (■ Tab. 3). In dieser Situation ist der Patient besonders empfänglich für positive und negative Einflüsse. Aus diesem Grund können Strategien und Kommunikationsformen, wie sie aus der Hypnotherapie bekannt sind, ohne eine klassische Induktion verwendet werden [2, 13]. Besonders

leicht gelingt dies bei Kindern, da sie suggestibler sind und noch schneller als Erwachsene in Trance gehen können. Die höchsten Werte erreicht die Suggestibilität bei Kindern zwischen dem 9. und dem 12. Lebensjahr [28]. Auch Placebo- (und Nocebo-)Effekte sind bei Kindern stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen [21, 34]. Große Erfahrung mit der Verwendung

Tab. 4 Beispiele für Negativsuggestionen und Alternativen

Situation	Ungünstige Formulierung	Günstigere Möglichkeit
Prämedikationsgespräch	„Wenn Du wieder wach wirst, ist <i>alles vorbei</i> “. (Ist es etwa nicht sicher, dass man wieder aufwacht?)	„Sobald Du wieder wach bist, sind wir bei Dir, und die Heilung hat bereits begonnen“
Narkoseeinleitung	„Das <i>brennt</i> jetzt gleich“ „Das <i>sticht</i> gleich etwas“ „Das wird schon <i>weh tun</i> “	„Es kann sein, dass Du spürst, wenn Du das Medikament bekommst, das Dir einen erholsamen Schlaf und wunderschöne Träume beschert“
Aufwachraum	„ <i>Tut</i> das stark <i>weh?</i> “ „Du kannst dich wieder rühren, wenn du <i>brechen</i> musst“ „Ist dir <i>schlecht?</i> “	„Können wir etwas für Dich tun?“ „Fühlst Du Dich wohl?“
Notfallsituation	„Die Wunde sieht ja <i>schrecklich</i> aus“	„Ich sehe, Du hast da ein beachtliches Aua. Das werden wir gleich versorgen. Und Du kannst für mich das Ende der Binde halten“

von Trance und Suggestionen haben viele Kinderzahnärzte, mit zahlreichen Parallelen zwischen diesem Fachgebiet und der Anästhesie (Zeitdruck, angstbesetztes Thema, unangenehme Prozeduren, [20]). Darüber hinaus gibt es zahlreiche Ansätze zur perioperativen Anwendung von Hypnose bei Kindern, etwa zur Prämedikation [7] oder zur Verbesserung des postoperativen Befindens [22].

Nutzbarmachen der besonderen Eigenschaften von Kindern

Kinder besitzen große Fantasie und Vorstellungskraft. Auch ein schneller Wechsel zwischen magischem und realistischem Denken ist charakteristisch. So kann beispielsweise das Betrachten eines Figurentheaters zur realen Welt werden oder ein imaginärer Freund zum ständigen, hilfreichen Begleiter. Außerdem können Kinder mit großer Kreativität spontan dissoziieren, sich buchstäblich von der Wirklichkeit ein Stück entfernen, beispielsweise, wenn ein spannendes Buch gelesen oder ein aufregender Film angeschaut wird. Diese Fähigkeiten der Imagination und Spontan-Trance kann sich ein Arzt oder eine Pflegekraft im medizinischen Kontext zunutze machen. Wichtig ist hierbei, dass man die eigene Fantasie verwendet, um die Vorstellungskraft des Kindes anzuregen oder zu ergänzen, die Bilderwelt und das Erleben der Kinder einbezieht und damit dem Kind auf Augenhöhe begegnet [20, 30]. Hilfreich kann zusätzlich

sein, dass Kinder weniger inneren Kontrollmechanismen unterliegen und sie Erwachsenen in der Regel großes Vertrauen entgegenbringen [27].

Negativsuggestionen vermeiden

Kinder sind in Ausnahmesituationen besonders empfänglich für Reize, die von außen auf sie einwirken. Fatalerweise sind das medizinische Umfeld und die medizinische Sprache von negativen Bildern und Ausdrücken (Negativsuggestionen) geprägt, die nachweislich negative Auswirkungen auf den Patienten haben [24, 33, 38]. Negative Erwartungen erhöhen als Noceboeffekte die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der befürchteten Ereignisse oder Symptome [15]. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Schmerzerwartung der Eltern und der Erwartung bzw. dem Schmerzempfinden des Kindes, z. B. bei einer Lumbalpunktion [25]. Einige Beispiele für negative Suggestionen im anästhesiologischen Alltag zeigt **Tab. 4**. Darüber hinaus wirken Negationen und Verkleinerungen nicht [20]. Ausdrücke wie „Du musst keine Angst haben“ oder „Das ist jetzt nur ein bisschen schmerzhaft“ haben nicht den gewünschten Effekt. Im Kopf des Patienten bleiben die starken Worte „Angst“ und „Schmerz“ [38]. Um dem Kind die Situation möglichst angenehm zu gestalten, ist es notwendig, sich dieser zahllo-

sen Negativsuggestionen bewusst zu werden, um sie besser vermeiden zu können.

Positive, aufbauende Suggestionen verwenden

Bei *Suggestion* geht es in diesem Kontext keineswegs darum, jemandem etwas zu „suggerieren“ im Sinne von „vormachen“ oder „manipulieren“. Viel zutreffender ist die Übersetzung aus dem Englischen „to suggest“, d. h. „etwas vorschlagen oder anregen“. Das Kind soll also lediglich Anregungen und Angebote bekommen, die ihm helfen, sich besser zu fühlen oder sich von dem Geschehen zu distanzieren. Diese positiven Suggestionen können sehr *direkte Wörter* wie „Beistand“, „Sicherheit“, „Wohlbefinden“, „Genesung“ oder eher *indirekt* sein.

Eine einfache und sehr zuverlässige Art, bei Kindern Suggestionen einfließen zu lassen, ist das Erzählen von *Geschichten* und *Metaphern*. Hierdurch kann sehr leicht eine *Dissoziation* vom aktuellen Geschehen angeregt werden, hin zu einem Ort, an dem das Kind im Augenblick lieber wäre, einem realen oder imaginären Wohlfühl- oder Rückzugsort („safe place“). Zusätzlich gelingt eine *Umfokussierung der Aufmerksamkeit* weg von negativen, schwierigen Inhalten hin zu konstruktiven. Besonders intensiv gelingt dies, wenn in der erlebten Geschichte alle Sinne angesprochen werden („VAKOG-Regel“, d. h. visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch sowie gustatorisch) und Einflüsse von außen integriert werden. So können vermeintlich störende Geräusche oder Ereignisse hilfreich sein, genutzt werden und das Erleben intensivieren, wenn sie für die Geschichte umgedeutet oder in einen neuen Bezugsrahmen gesetzt werden („reframing“; **Infobox 1**). Wichtig ist in jedem Fall, das einzubeziehen und damit nutzbar zu machen („utilisation“), was das Kind mitbringt, seine Ängste, Vorstellungen und Vorlieben. Auch kleine Kinder verfügen schon über vielfältige *Ressourcen*, d. h. bewusste oder unbewusste Stärken oder Strategien, etwas zu bewältigen.

Hier steht eine Anzeige.



Infobox 1 Interventionen bei Schmerzen

Positive Bewertung

„Der Schmerz, den Du hast, ist ein Warnsignal, mit dem Dein Körper uns sagt, wo wir uns besonders um ihn kümmern müssen. Aber das wissen wir jetzt, deshalb braucht das Signal nicht mehr so stark sein. Wenn die Feuerwehr schon da ist, muss man auch nicht mehr so laut danach rufen, oder?“ [13]

Umbewertung („reframing“)

„Das kann jetzt schon wehtun, aber es wird Dich wahrscheinlich gar nicht so stören. Manche sagen, dass es sich wie das Kratzen einer Katze anfühlt oder wie das Picken eines Huhns. Ich bin gespannt, wie es für Dich ist.“ (Frei nach [27])

Kontrollrückgabe

„Vielleicht kennst Du die Lampen, die man mit einem Drehen am Schalter etwas dunkler machen kann? Genau so. Ein Schalter ist an den Leitungen, die von Deinem Bein zu Deinem Kopf gehen. Und der Schmerz ist ein ganz helles Licht. Schaffst Du es, die Lampe etwas dunkler zu machen?“ (Ausführlich in [36])

Wettbewerb

(Zu einem 10-jährigen Jungen:), „Letztens hatten wir ein Mädchen, das konnte von seinen Schmerzen über die Hälfte in seinen großen Zeh schicken. Ich bin gespannt, wie viel Du schaffst.“

Diese von der Hypnotherapie abgeleitete Vorgehensweise hat sich als besonders effektiv herausgestellt. In einer verkürzten Cochrane-Übersicht über kontrollierte Studien mit verschiedenen psychologischen Interventionen gegen nadelbedingten Schmerz und Stress hauptsächlich bei Kindern [32] zeigte Hypnose, d. h. die Verwendung von Suggestionen, Imagination und Dissoziation, die stärkste Effektivität aller Interventionen. Die höhere Wirksamkeit von Hypnose gegenüber einer reinen Ablenkung oder Entspannung ist ebenfalls in zahlreichen anderen Studien belegt [6, 10, 23].

Kommunikation in Abhängigkeit von der Beziehung zum Patienten

Im medizinischen Umfeld gilt wie in anderen Bereichen, dass die Botschaft nicht allein durch den Überbringer, sondern v. a. durch den Empfänger bestimmt wird. Kommunikation und Suggestionen wirken im Kontext, in Abhängigkeit von den individuellen Erwartungen und Vorerfahrungen des Patienten sowie in Ab-



Abb. 1 ◀ Deckenbild (<http://www.kinderdent.com>; Galerie Bild & Rahmen, Inh. Michael Schween, Südermarkt 7, 24937 Flensburg, mit freundl. Genehmigung)

hängigkeit von der Beziehung. Deshalb gibt es kein Kochrezept, und der Umgang hat sehr individuell zu erfolgen. Hierbei ist es besonders wichtig, bereits ganz am Anfang des Kontakts (z. B. im Prämedikationsgespräch) eine tragfähige Beziehung zum Kind und dessen Eltern aufzubauen. Dies kann gelingen, indem Kinder und Eltern aktiv nach ihren Vorstellungen, Vorlieben und Erfahrungen gefragt werden. Werden diese ernst genommen und thematisiert, können Missverständnisse und falsche Erwartungen von Anfang an beseitigt werden. So kann auch ein „Neuanfang“ in der Beziehung beginnen, falls bereits negative Vorerfahrungen gemacht wurden. Dieses Prinzip, den Patienten dort abzuholen, wo er sich emotional oder gedanklich gerade befindet und ihn, bildlich gesprochen, an die Hand zu nehmen und erst dann mit kleinen Veränderungen in die richtige Richtung zu führen, wird als „pacing and leading“ bezeichnet. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung kann jedoch nur stattfinden, wenn der Arzt selbst authentisch bleibt, d. h., sich nicht verstellt und keine vorgefertigten Schablonen verwendet.

Nonverbale Kommunikation/ Suggestionen

Ein sehr großer Teil des Austausches von Informationen erfolgt nicht durch das gesprochene Wort, sondern auf nonverba-

lem Weg. Hierzu zählen nicht nur die Stimmlage, Mimik, Gestik und Körperhaltung, sondern auch Faktoren aus der Umgebung. Wie häufig diese Einflüsse unbedacht negativ sind, kann ein gedanklicher Perspektivenwechsel deutlich machen. Wie fühlt es sich für einen Säugling an, wenn er den warmen Armen der Mutter entnommen und auf eine kalte Operationsliege gebettet wird? Wie groß und übermächtig erscheint ein Erwachsener, der im weißen Kittel vor mir steht, wenn ich selbst 4 Jahre alt bin? Wie ist es, mit kalten Instrumenten untersucht zu werden, wenn man gar nicht versteht, was und warum das gemacht wird? Wie wirken all die Instrumente, Maschinen und Personen, wenn man das zum ersten Mal sieht? Macht man sich die Perspektive und den Blickwinkel eines Kindes bewusst, wird es ganz leicht, diese unbedachten nonverbalen Negativsuggestionen zu meiden: Eine Begegnung sollte immer auf Augenhöhe mit dem Kind erfolgen, also z. B. im Sitzen. Körperkontakt kann ein starkes Mittel zur Beruhigung sein, sollte jedoch nicht aufgedrängt werden (z. B. Händedruck) oder unangekündigt erfolgen (z. B. Untersuchung). Wichtig ist es, den eigenen Gesichtsausdruck und die Stimme zu kontrollieren, nicht erschreckt oder besorgt zu wirken, sondern zuversichtlich und klar. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, die Umgebung für das Kind angenehmer zu gestalten. Sie



Abb. 2 ◀ Körperliche Untersuchung mithilfe einer Handpuppe

umfassen die Anpassung der Umgebungstemperatur oder Deckenbilder (▣ **Abb. 1**). Sie beinhalten ebenfalls, dass Dinge, die das Kind nicht sehen soll, aus dem Blickfeld entfernt werden (z. B. Operationsinstrumente). Ob das Vorhandensein von Spielmöglichkeiten, z. B. in der Prämedikationsambulanz, die kindliche Angst reduzieren kann, ist nicht geklärt [3].

Anwendungsbeispiele aus dem klinischen Alltag

Während der Prämedikationsvisite

Das Prämedikationsgespräch ist für den Anästhesisten der erste und wichtigste Zeitpunkt, mit dem Kind und seinen Eltern in Kontakt zu treten, und die Visitenkarte des Fachgebiets Anästhesiologie. Das Kind als Erstes und mit Namen zu begrüßen, macht deutlich, dass es die Hauptperson ist, und zeigt den Eltern, dass man sich bereits vorab informiert hat. Gleich zu Beginn des Gesprächs kann es sinnvoll sein, dem Ablauf eine Struktur zu geben: „Als Narkosearzt habe ich die Aufgaben einerseits festzustellen, dass Du/Ihr Kind fit genug für die Narkose ist und Dir/Ihnen andererseits zu erklä-

ren, wie eine Narkose abläuft. Aus dem Grund möchte ich gern zuerst ein paar Fragen stellen, dann erkläre ich alles, was wichtig ist. Am Ende haben wir noch Zeit, Deine/Ihre offenen Fragen zu beantworten“. Oft lohnt es sich, die eigentliche Narkoseaufklärung mit der Frage zu beginnen, was das Kind bereits darüber weiß, um Vorerfahrungen herauszufinden und auch den seltenen Fall, dass Eltern ihren Kindern noch gar nichts über den bevorstehenden Eingriff gesagt haben. („Wir möchten gar nicht, dass es zu viel darüber informiert wird.“) Grundsätzlich besteht ein großes Bedürfnis, umfassende Informationen über anstehende Prozeduren zu bekommen. Hierbei wollen kleinere Kinder v. a. genau über die Umgebung Bescheid wissen, wohingegen größere Kinder besonders auf evtl. Schmerzen hingewiesen werden möchten [11].

Bei der Narkoseaufklärung ist es v. a. wichtig, die Dinge zu erklären, die das Kind unmittelbar betreffen. Wenn dies in einer kindgerechten Sprache und ggf. mithilfe einfacher Zeichnungen (Strichmännchen) geschieht, können bereits Kindergartenkinder die notwendigen Sachverhalte begreifen. Sie sollten wissen, was die Aufgabe des Anästhesisten ist. („Der



Abb. 3 ▲ Mädchen mit einer Zaubermöwe (deren Schwerpunkt auf die Schnabelspitze austariert ist)

Narkosearzt bleibt die ganze Zeit bei Dir, während Du operiert wirst und passt auf Dich auf. Das ist sein Beruf.“) Gleichzeitig sollten Zuversicht und Sicherheit vermittelt werden. („Die Geräte helfen uns, dass wir gut auf dich aufpassen können.“) Dem Kind sollte erklärt werden, warum etwas gemacht wird. So erfüllt beispielsweise die Narkose keinen Selbstzweck, sondern „Du schläfst, damit Dein Bein wieder gerichtet werden kann“, und „der Infusionszugang wird gelegt, weil Du vorher so lange nichts trinken durftest“. Wie verschiedene Dinge erklärt werden können, mit denen das Kind mit Sicherheit in Kontakt kommt, zeigt ▣ **Tab. 5**.

Zu jedem Aufklärungsgespräch gehört eine kurze körperliche Untersuchung [16]. Bei manchen Kindern gelingt es, ihre Aufmerksamkeit zu fesseln, indem sie zuerst ihren eigenen oder den Herzschlag der Eltern mit dem Stethoskop hören dürfen. Hierdurch werden sie zum aktiven Partner des Gesprächs. Haben Kinder große Berührungängste oder schlechte Erfahrungen gemacht, kann es sehr hilfreich sein, einfache Handpuppen in die Rolle des Untersuchers schlüpfen zu lassen. Mit ihrer Unterstützung kann das Kind Schritt für Schritt an die Untersuchung herangeführt werden (▣ **Abb. 2**).

Oft ist die Freude bei den Kindern groß, wenn sie erfahren, dass sie ein Kuscheltier oder einen Glücksbringer mit in den OP nehmen dürfen. Bei schlechten Vorerfahrungen kann die Frage nützlich sein: „Was könntest Du denn mit in den Operationssaal nehmen, damit du dich sicher fühlst? So wie ein Bergsteiger Ha-

Tab. 5 Kindgerechte Umschreibungen für Dinge aus dem anästhesiologischen Umfeld

Subjekt	Erklärung
Midazolamsaft	„Zaubersaft, der alles leichter macht“
Emla®-Pflaster	„Creme, die Deine Haut so stark macht, dass sich sogar eine Mücke draufsetzen und Dich stechen könnte, und Du würdest es gar nicht merken“
Infusionszugang	„Schmetterling, der sich auf Deine Hand setzt und dem wir dann etwas zu trinken geben“
Propofol	„Schlafmilch für schöne Träume“
Beatmungsmaske	„Düsenjetmaske zum Flug auf den Mond“, „Maske zum Aufblasen bunter Luftballone“

ken und Seil mitnimmt“. Oder es kann ein imaginärer Begleiter wie ein Schutzengel oder ein Krafttier installiert werden. Eine gute Möglichkeit, das Kind zur aktiven Teilnahme anzuregen, ist die eigene Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen zusätzlich zu der der Eltern.

Bei größeren Eingriffen oder schwerkranken Kindern kann es notwendig sein, mit den Eltern verschiedene Dinge nochmals genau zu besprechen, nachdem das Kind selbst aufgeklärt und untersucht wurde. Erfolgte das Aufklärungsgespräch im Zimmer des Kindes, ist es sinnvoll, mit den Eltern kurz hinaus zu gehen. In Ambulanzräumen sorgen Bücher oder Spielsachen für eine Ablenkung des Kindes. Mit den Eltern sollte vorab besprochen werden, wie lange sie ihr Kind begleiten können (Narkoseeinleitung mit oder ohne Eltern) und ob die Möglichkeit besteht, im Aufwachraum wieder beim Kind zu sein. Auch eine medikamentöse Prämedikation ist anzusprechen, v. a. um falschen Erwartungen wie „Dann schläft mein Kind ein und bekommt nichts mehr mit“ vorzubeugen. Für viele Eltern ist es hilfreich zu erfahren, dass die Reaktion auf eine medikamentöse Prämedikation von Kind zu Kind und Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein kann. Verschiedene Studien konnten die Bedeutsamkeit einer festen Bezugsperson belegen. Den meisten Patienten ist es sehr wichtig, dass derselbe Anästhesist die Narkose durchführt, der auch das Aufklärungsgespräch geführt hat [1]. Falls dies nicht der Fall ist, müssen Kind und Eltern unbedingt darüber informiert werden. Eine schwedische Studie konnte zeigen, dass durch ein Protokoll, bei dem ein wesentlicher Aspekt die kontinuierliche Betreuung durch die gleiche Pflegekraft war, die perioperative Angst gesenkt werden konnte [35]. Ein einfaches „Ich habe

hier alles Wesentliche notiert, damit mein Kollege, der am Tag der Operation für Dich/Ihr Kind da sein wird, alles Wichtige weiß“, kann vor Enttäuschung schützen.

Narkoseeinleitung oder im Behandlungsraum

Den örtlichen Gegebenheiten geschuldet, findet der erste Kontakt vor der eigentlichen Narkoseeinleitung häufig in einer wenig freundlichen Umgebung statt, in der Regel in der OP-Schleuse. Der erste Schreck, der durch eine solche Umgebung ausgelöst wird, kann überwunden werden, indem zuerst das Kind mit seinem Namen begrüßt wird. Bringt das Kind eine Puppe oder ein Kuscheltier mit, kann es gleich einbezogen werden, z. B. durch Haube und Mundschutz auch für den Teddy. Falls nicht, schafft ein aufgeblasener und bemalter Gummihandschuh rasch Abhilfe. In einem kurzen Gespräch mit den Eltern sollten die wichtigsten Fakten nochmals besprochen werden (z. B. Nüchternheit, Infektionssituation, Allergien). Unbedingt muss besprochen werden, wie die Eltern über das Ende und den Ausgang der Operation informiert werden (z. B. Elternpiepser, Handnummer) und wo sie ihr Kind danach wiedersehen. Ob die Anwesenheit der Eltern bei der Narkoseeinleitung hilfreich ist, wurde untersucht und kontrovers diskutiert [18]. In jedem Fall sollte jedoch das eingehalten werden, was vorab mit den Eltern zu diesem Thema besprochen wurde.

Die Möglichkeiten, einem Kind die Fahrt in den OP, die Narkoseeinleitung oder eine Behandlung zu erleichtern, sind zahlreich, und dies gelingt v. a. durch das Erzählen von Geschichten, durch Dissoziation und Utilisation (■ Tab. 6).

Um den kleinen Patienten aktiv ins Geschehen zu involvieren, sollte man sich vom Kind beim Ausschmücken der Geschichte „helfen lassen“. So können beispielsweise reale Personen aus dem Alltag des Kindes wie Freunde, Geschwister, Eltern als Begleiter und Unterstützer mit in die Geschichte einfließen, Gestalten aus der Geschichte können Namen gegeben werden, Vorlieben und Hobbys des Kindes können als Ressourcen eine Rolle spielen, oder kürzlich Erlebtes wie ein schöner Ausflug oder Urlaub kann reaktiviert werden. Ereignisse und Geräusche bei der Behandlung können als wichtige Bestandteile der Geschichte dienen und uminterpretiert werden. Hilfreich ist es außerdem, Scheinalternativen anzubieten („double bind“). Dem Kind wird die Wahlmöglichkeit zwischen zwei ausschließlich positiven Alternativen gegeben, von denen zwangsläufig eine wahr wird: „Ist es angenehmer für dich, die Maske selber zu halten, oder ist es schöner, wenn ich sie nehme?“ – egal, es ist in jedem Fall „angenehm“ oder „schön“. Kurz bevor das Kind das Hypnotikum erhält, ist der richtige Zeitpunkt, ihm nochmals einige positive Suggestionen mit auf den Weg zu geben, wie „Ich passe auf Dich auf“ oder „Ich bleibe die ganze Zeit bei Dir“. Unbewussten Ängsten, nach der Narkose nicht mehr aufzuwachen, kann begegnet werden, indem implizit über Zukünftiges gesprochen wird: „Sobald Du wieder wach bist, warten Deine Eltern schon auf Dich. Dein Bein hat dann schon begonnen zu heilen“ oder „Was möchtest Du als Erstes machen, wenn Du wieder zu Hause bist?“ Auch indirekte Suggestionen gegen Übelkeit und Erbrechen sind sehr wirksam: „Worauf hast Du denn nach dem Eingriff wohl als Erstes Lust? Vielleicht auf Dein Lieblingsessen?“

Auch die Verwendung kleiner Hilfsmittel ist vorteilhaft. Beispielsweise kann sich eine „Zauberermöwe“ auf den ausgestreckten Finger des Kindes niederlassen. Die Kinder fixieren augenblicklich die Möwe, reagieren mit Begeisterung oder Faszination und lassen sich von der Möwe auf eine gedankliche Reise (z. B. ins Traumland, den Zauberwald, ans Meer usw.) mitnehmen, „denn die Möwe kennt viele Geheimnisse und Abenteuer ...“ (■ Abb. 3).

Tab. 6 Geschichten, Dissoziation, Utilisation und Reframing

Dissoziation an einen Rückzugsort	
Fragen nach	–Lieblings-/Wohlfühlort –Letztem schönen Ausflug oder Urlaub –Lieblingsfilm, -sendung, -buch, -geschichte –Lieblingsspiel, -figuren, -helden –Haustier (besonders Hund) –Lieblingsaktivität (z. B. Schwimmen, Fußballspielen) jeweils Vertiefung und Einbeziehen aktueller Ereignisse
Anregungen	–Beobachten und gedankliches Fliegen mit bunten Seifenblasen → Vertiefung
Vertiefen durch	–Fragen nach Sinneseindrücken –Einbeziehen aktueller Geräusche und Stimmen –Suggestionen wie „höher und höher fliegen“, „tiefer und tiefer tauchen“, „weiter und weiter weg“
Verwendung und Umwertung von Außeneinflüssen	
Operationsliege	Als fliegender Teppich, Zauberboot, Wunderfahrzeug ...
Beatmungsmaske	Zum Schnupfern von Zauberluft oder für den Flug zum Mond, Tauchen
Beatmungsbeutel	Aufblasen des Luftballons zum Fortfliegen
Operationsleuchte	Als Sonne, Planet, Leuchte in Raumfahrzeug ...
Kreislaufmonitoring	„Geräte, die uns helfen, auf Dich aufzupassen“ –Pulsoxymeter: Leuchtfinger, Zauberfinger, Zauberstift (Veränderung der Kurve, wenn Kind mit Finger wackelt), ... –Elektrokardiogrammelektroden: Tapferkeitsaufkleber, Farben der Ampel –Blutdruckmanschette: Kraftmesser, Tapferkeitsbinde ...
Infusionszugang	–(Kleinere Kinder): Schmetterling/Mücke, setzt sich auf die Hand –(Größere Kinder): Infusionszugang hilft uns, Dir Medikamente und Flüssigkeit zu geben –Die Haut wird sauber gemacht, und die Kälte betäubt sie etwas –Alternativ: Kind in eine so aufregende Geschichte verwickeln, dass keine weitere Erklärung und Ablenkung notwendig sind
Narkosemedikamente	Opiat: macht ein schönes Gefühl, macht alles etwas leichter, lässt Dich fliegen Hypnotikum: Schlafmilch, Zauber Milch, bringt Dich ins Traumland

Kleine Zaubertricks, v. a. wenn sie in eine Geschichte eingebettet sind, fesseln die Aufmerksamkeit und erlauben eine schnelle, unkonventionelle Kontaktaufnahme [26]. Nach einem Zaubertrick gaben Kleinkinder häufiger ihre Weigerung auf, sich auf einen Behandlungsstuhl zu setzen oder eine Röntgenuntersuchung durchführen zu lassen, als nach einer reinen Ablenkung und wurden kooperativer [29]. Ältere Kinder haben großes Interesse, den Zaubertrick zu erlernen, was einer Belohnung und Verbrüderung gleichkommt. Einen einfachen Zaubertrick, der ein faszinierender Einstieg in eine Geschichte sein kann, die dem Kind zeigt, „dass vieles nicht so ist, wie es auf den ersten Blick erscheint“, illustriert **Abb. 4**.

Im Aufwachraum

Ist das Kind nach dem Eingriff im Aufwachraum angekommen, sollten die El-

tern möglichst zügig dazu geholt werden, wenn es der Zustand des Kindes und die räumlichen Begebenheiten erlauben. Um das Befinden des Kindes zu beurteilen, sollte v. a. bei Kleinkindern der Eindruck der Eltern ernst genommen werden. Ältere Kinder kann man gezielt danach fragen. Ein „Geht es Dir gut? Fühlst Du Dich wohl?“ oder „Was können wir für Dich besser machen?“, sind dazu wesentlich geeigneter als ein forciertes Nachfragen mit der Anwendung von Negativsuggestionen wie „Ist Dir schlecht?“, „Musst Du Dich übergeben?“, „Tut es Dir arg weh?“. Hat ein Kind Schmerzen geäußert, können diese mithilfe einer Smiley-Skala bewertet werden, und eine angemessene Schmerzmedikation kann erfolgen. („Wir können immer etwas Gutes für Dich tun.“) Hat das Kind sich tatsächlich erbrochen, sollte dies auf keinen Fall dramatisiert oder negativ kommentiert werden. Diese vermeintlich „negative Körperäußerung“ kann viel bes-

ser mit einem „Dein Körper weiß genau, was ihm gerade guttut und was nicht. Lass ruhig alles raus, was er momentan nicht brauchen kann!“ utlisiert werden. Stehen unbekannte oder unangenehme Maßnahmen an, wie z. B. die Gabe von Nasentropfen, hilft es oft, diese zuerst beim Kuschtier zu demonstrieren. Alternativ darf das Kind zuerst dem Kuschtier etwas verabreichen, bevor es selbst etwas bekommt.

In Notfallsituationen

Wenn Kinder in eine Notfallsituation geraten, stellt dies eine besondere Extremsituation dar, die sie häufig in eine Negativ-Trance führt. Oft bestehen zusätzlich Schuldgefühle. Umso wichtiger ist es, in diesen Situationen die Aufmerksamkeit des Kindes weg von den negativen Ereignissen hin zu etwas Positivem zu fokussieren. Dies können Körperfunktionen („kräftiger Herzschlag“, „tiefer, gleichmäßiger Atem“) oder unverletzte Körperstellen sein. („Deine rechte Hand ist verletzt, lass uns mal schauen, wie es der linken geht!“) Auch positive Ereignisse, die in der Zukunft liegen, können geeignet sein: „Wir bringen Dich ins Krankenhaus, wo man sich gut um Dich kümmert“, „Wenn Du dann wieder zu Hause bist, ist der heutige Tag nur noch eine Geschichte, und Du lachst mit deinen Freunden darüber, weil alles so gut geklappt hat“. Das Ereignis sollte nicht durch unpassende Kommentare noch dramatisiert werden. Ein Kind wird beispielsweise völlig anders mit einem aufgeschlagenen Knie umgehen, wenn es zu hören bekommt „Oh, Dein Bein blutet! Welche Farbe hat denn Dein Blut? – Aha, Rot! Das ist die Farbe von ganz starkem, gesundem Blut, das macht, dass die Wunde schnell verheilt!“ (frei nach [27]) anstelle von „Oh je, oh je, das sieht ja schrecklich aus!“ Auch wenn ein Kind Schmerzen hat, gibt es verschiedene Möglichkeiten damit umzugehen (**Infobox 1**), ohne die eigene Glaubwürdigkeit mit einem „Das tut gar nicht weh“ zu untergraben.

Manchen Kindern ist es in Notfallsituationen wichtig, über alles genau informiert zu werden oder ganz genau hinzusehen, wenn etwas gemacht wird. Gehört ein Kind zu diesem Typ, kann es beispielsweise einen Countdown zählen, be-



Abb. 4 ▲ Zaubertrick mit Haargummi

vor eine Maßnahme durchgeführt wird, oder es darf die Stiche bei einer Wundversorgung mitzählen und den Verband halten. Gerade bei älteren Kindern kann eine Schmerzkontrolle wichtig sein [27].

Wenn gar nichts mehr geht

Egal, wie groß die Erfahrung, wie gut die Vorbereitung und wie fantasievoll die Ideen sind, gibt es doch Situationen, die einen Zugang zum Kind besonders schwierig, geradezu unmöglich machen. Ein Kind kann Vorschlägen und Anregungen nur folgen, wenn es psychisch und physisch in der Lage ist, diese wahrzunehmen und zu verstehen [27]. Manche Strategien können jedoch sogar dann wirksam sein, wenn ein kleiner Patient tobend und schreiend in die Patientenschleuse kommt. Wieder gilt es, den Äußerungen des Kindes eine positive Bewertung zu geben; dieses Reframing darf auf keinen Fall mit sarkastischen/ironischen Kommentaren verwechselt werden. So können Tränen „wunderschön funkeln und glitzern“, und das laute Schreien kann ein Zeichen „gesunder, kräftiger Lungen“ sein. Sätze, wie „Deine Tränen schauen so schön aus, ich bin gespannt, welches Auge mehr weinen kann“ oder „Versuch ruhig noch lauter zu schreien, und noch lauter!“, können zu einer Musterunterbrechung durch Konfusion führen, weil das Kind dann genau das machen soll, was es bisher immer gebeten wurde, nicht zu tun, und somit einen Moment der Kontaktaufnahme ermöglichen [4, 27]. Wirksam kann es ebenso sein, das Kind zu fragen, ob es denn nun auch flüstern kann, nachdem es doch gerade noch so schön laut geschrien hat [27]. Bei manchen Kin-

dern stellt sich nach dem lauten Geschrei ein Zustand der Erschöpfung ein. Dieser Moment, in dem die Anspannung abfällt, muss erkannt und positiv genutzt werden [30]. Besonders in Stresssituationen mit Panik, Schreien und Wehren haben sich körperbetonte Strategien bewährt, z. B. „Klopftechniken“ [5]. Sie gehören in die Gruppe der „Energiepsychotherapie“ und beruhen auf modernen Erkenntnissen über den engen Zusammenhang zwischen Bewegung und Emotionen, auf einer Musterunterbrechung bzw. Reorganisation neuronaler Verschaltungen und evtl. auf Akupressurwirkungen sowie auf einer Fremd- und Selbstwerterschätzung. In einem Kurzritual werden in Verbindung mit Affirmationen, d. h. Selbstbestätigungsworten, selbst und gemeinsam mit dem Therapeuten und ggf. dem begleitenden Elternteil, bestimmte Körperstellen, meist Akupunkturpunkte beklopft (z. B. auf der Stirn zwischen den Augen, direkt unter der Nase, direkt unter der Unterlippe und am oberen Ende des Brustbeins, [5]). Unangenehme Emotionen werden dadurch nachweislich vermindert und Stress reduziert. Auch Wiegebewegungen können beruhigend wirken. Die Methode des Klopfens ist sehr verständlich in einem Kinderbuch beschrieben [19]. In der einfachsten Form kann es ein Schulterklopfen sein, begleitet mit den Worten: „Bis hierher habe ich das schon recht gut gemacht!“ Die Klopfmethode wird erfolgreich v. a. zur Traumbewältigung eingesetzt, wenn also etwa ein Erlebnis wie eine Operation für ein Kind traumatisch war und Folgen hinterlassen hat, was durch die in diesem Beitrag beschriebene Kommunikation verhindert werden soll.

Fazit für die Praxis

- Wegen erhöhter Suggestibilität achtsam Negativsuggestionen und Noceboeffekte vermeiden.
- Eltern als Determinanten kindlicher Ängste und Verhaltens berücksichtigen.
- Mit dem Kind, nicht nur über das Kind reden.
- Kindgerecht, aber nicht kindisch sprechen.
- Eine Partnerschaft anbieten.
- Zuwendung und Begleitung statt bloßer fachlicher Autorität.
- Aktive Mitarbeit statt passiven Ausgeliefertseins.
- Kontrollmöglichkeit geben.
- Kindliche Fantasie und Dissoziationsfähigkeit für Rückzug an Wohlfühl- oder Abenteuerort nutzen.
- Positive Uminterpretation von Geräten und Handlungen anbieten.
- Aber ehrliche Information und Erläuterung auf Anfrage.
- Magisches Denken für kraftvolle Unterstützung und Beistand einsetzen.
- Puppe, Kuscheltier, Zaubertrick, Klopfen als Hilfsmittel.
- Innere Ressourcen (z. B. Erinnerung an frühere Leistungen) aktivieren.
- Bestätigungen und Unterstützung von Selbstwertgefühl.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Dr. E. Hansen
Klinik für Anästhesiologie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg
ernil.hansen@ukr.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Zech, M. Seemann, S. Signer-Fischer und E. Hansen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Fall von nichtmündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Aust H, Eberhart LH, Kalmus G et al (2011) Wertigkeit von 5 Kernaspekten der Prämedikationsvisite. *Anaesthesist* 60:414–420
2. Bejenke CJ (2009) Vorbereitung auf medizinische Eingriffe. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, 2. Aufl. Springer, Heidelberg, S 630–639
3. Biddiss E, Knibbe TJ, Mcpherson A (2014) The effectiveness of interventions aimed at reducing anxiety in health care waiting spaces: a systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Anesth Analg* 119:433–448
4. Bloch-Szentagothai K (2009) Medizinische Notfallsituationen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, 2. Aufl. Springer, Heidelberg S 625–629
5. Bohne M (2008) Einführung in die Praxis der energetischen Psychotherapie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
6. Butler LD, Symons BK, Henderson SL et al (2005) Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 115:77–85
7. Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E et al (2005) Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 15:275–281
8. Cheek DB (1962) Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. *Am J Clin Hypnosis* 4:227–236
9. DeMaso DR, Snell C (2013) Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Semin Pediatr Surg* 22:134–138
10. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J et al (1997) Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 73:361–367
11. Fortier MA, Chorney JM, Rony RY et al (2009) Children's desire for perioperative information. *Anesth Analg* 109:1085–1090
12. Fortier MA, Kain ZN (2014) Treating perioperative anxiety and pain in children: a tailored and innovative approach. *Paediatr Anaesth* 25:27–35
13. Hansen E, Bejenke C (2010) Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. *Anaesthesist* 59:199–209
14. Hansen E, Zimmermann M, Dünzl G (2010) Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. *Notfall Rettungsmed* 13:314–321
15. Häuser W, Hansen E, Enck P (2012) Nocebophänomene in der Medizin: Bedeutung im klinischen Alltag. *Dtsch Arztebl* 109:459–465
16. Jöhr M (2013) *Kinderanästhesie*, 8. Aufl. Urban und Fischer, München
17. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I et al (2004) Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg* 99:1648–1654
18. Kain ZN, Mayes LC, Wang SM et al (2000) Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. *Anesthesiology* 92:939–946
19. Kieser C (2006) *Lucas und die Monster unterm Bett*. Param, Ahlerstedt, S 33–47
20. Kossak HC, Zehner G (2011) *Hypnose beim Kinderzahnarzt*. Springer, Heidelberg
21. Krummenacher P, Kossowsky J, Schwarz C et al (2014) Expectancy-induced placebo analgesia in children and the role of magical thinking. *J Pain* 15:1282–1293
22. Kuttner L (2012) Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. *Paediatr Anaesth* 22:573–577
23. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ et al (2000) Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 355:1486–1490
24. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T et al (2005) Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain* 114:303–309
25. Lioffi C, White P, Franck L et al (2007) Parental pain expectancy as a mediator between child expected and experienced procedure-related pain intensity during painful medical procedures. *Clin J Pain* 23:392–399
26. Neumeyer A (2009) *Wie zaubern Kinder hilft*. Klett-Cotta, Stuttgart
27. Olness K, Kohlen D (2006) *Lehrbuch der Kinderhypnose und -Hypnotherapie*. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
28. Page RA, Green JP (2007) An update on age, hypnotic suggestibility, and gender: a brief report. *Am J Clin Hypnosis* 49:283–287
29. Peretz B, Gluck G (2005) Magic trick: a behavioural strategy for the management of strong-willed children. *Int J Paediatr Dent* 15:429–436
30. Signer-Fischer S, Gysin T, Stein U (2014) *Der kleine Lederbeutel mit allem drin*. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
31. Signer-Fischer S (1999) Magie und Realismus in der Angstbehandlung. Hypnotherapeutische Methoden mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann M, Burr W (Hrsg) *Kinderleichte Lösungen*. Borgmann, Dortmund, S 143–157
32. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ et al (2008) A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol* 33:842–854
33. Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC et al (2010) Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg* 110:868–870
34. Weimer K, Gulewitsch MD, Schlarb AA et al (2013) Placebo effects in children: a review. *Pediatr Res* 74:96–102
35. Wennstrom B, Tornhage CJ, Nasic S et al (2011) The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Paediatr Anaesth* 21:1058–1065
36. Wicks GR (2009) *Chirurgie*. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Heidelberg, S 641–651
37. Wollin SR, Plummer JL, Owen H et al (2003) Predictors of preoperative anxiety in children. *Anaesth Intensive Care* 31:69–74
38. Zech N, Seemann M, Hansen E (2014) Noceboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie. *Anaesthesist* 63:816–824

Medizinischer Nachwuchs profitiert von der Arbeit im Team

Medizinstudenten arbeiten in Zweiertteams genauer als allein. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Charité, die knapp 90 Medizinstudenten vor die Aufgabe stellte, am Computer simulierte Patientenfälle zu diagnostizieren. Alle angehenden Mediziner hatten einen vergleichbaren Wissensstand und sollten für jeweils sechs Patienten mit Atemnot diagnostische Tests anordnen. Anhand der erhaltenen Ergebnisse galt es, eine Diagnose auszuwählen – entweder als Einzelperson oder zu zweit. Im Team waren die Diagnosen akkurater und es entstanden 17% weniger Fehler. Meist gehen falsche Einschätzungen auf Denkfehler oder Fehler bei der Datenauswertung zurück. Zwar brauchen die Mediziner im Zweierteam etwas länger um zu ihrer Diagnose zu gelangen, die diagnostischen Tests, die sie anordnen, würden dagegen in einem realistischen klinischen Rahmen weniger Zeit beanspruchen. Berufsanfänger, die allein arbeiten, sichern sich stärker über aufwendige Diagnostika ab. Teams entscheiden ähnlich wie erfahrene Mediziner und arbeiten mit geringerem Diagnoseaufwand, folgern die Studienautoren. Dabei fühlen sich die Teams sicherer hinsichtlich ihrer Diagnostikstellung.

Literatur: Hautz WE et al (2015), *JAMA* doi:10.1001/jama.2014.15770.

Quelle: Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.charite.de