



# 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

## **Gesamtversion**

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

In Zusammenarbeit mit



## 1 Überblick

1	Überblick .....	2
2	Präambel .....	4
3	Empfehlungen auf einen Blick.....	7
4	Traditionelle Gründe für Besuchseinschränkungen.....	9
5	Übersicht über aktuelle Regelungen .....	10
6	Grundlagen.....	11
6.1	Kognitive und emotionale Entwicklung im Kindesalter.....	11
6.2	Potenziell traumatisierende Ereignisse .....	13
6.3	Auswirkungen von Erkrankungen auf das Familiensystem .....	15
6.4	Perspektive des Kinderschutzes und juristische Perspektive.....	16
6.5	Ethische, religiöse und kulturelle Aspekte .....	17
7	Hygienische Aspekte .....	21
8	Empfehlungen zum Besuch von Kindern .....	22
8.1	Den Besuch von Kindern im interprofessionellen Team planen .....	22
8.2	Elterliche Kompetenzen stärken.....	23
8.3	Kindgerechte Information sicherstellen .....	27
8.4	Den Besuch von Kindern vorbereiten, begleiten und nachbereiten.....	30
8.5	Psychosoziale Unterstützung anbieten .....	31
8.6	In palliativen Situationen besonders begleiten.....	33
8.7	In Notfallsituationen eine kindgerechte Begleitung ermöglichen .....	35
8.8	Führen – den richtigen Rahmen für den Kinderbesuch schaffen.....	38
8.9	Qualitäts- und Risikomanagement einbinden.....	39
8.10	Den Kinderbesuch und Angehörigengespräche dokumentieren .....	41
9	Algorithmus .....	43
10	Empfohlene Schulungsmaßnahmen für Personal .....	44
11	Literatur .....	47
12	Das Autorenteam .....	61

Wir danken allen Autor:innen: Sibylle Banaschak, Alexander Brinkmann, Tanja Brüning, Svenja Dehner, Rolf Dubb, Simon Finkeldei, Diana Filzhoefer, Birga Gatzweiler, Anja Gerlach, Carsten Hermes, Christian Heyd, Magdalena Hoffmann, Marie-Madlen Jeitziner, Tim Johnen, Arnold Kaltwasser, Tita Kern, Kathrin Knochel, Lars Krüger, Heiner Melching, Guido Michels, Tilmann Müller-Wolff, Sabrina Pelz, Paul Plener, Cynthia Pönicke, Andreas Schäfer, Julian Rudolph, Denise Schindele, Anna-Henrikje Seidlein, Arne Simon und Marina Ufelmann. Bei Sophie Mahn bedanken wir uns für die Literaturrecherche und Protokollführung. Für die redaktionelle Unterstützung danken wir Brigitte Teigeler.

Die Listung der Autor:innen ist alphabetisch und bildet nicht das Ausmaß und Gewicht der jeweiligen Beiträge ab. Weitere Informationen zum Autorenteam finden Sie unter Punkt 12.

## 2 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?

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.

### 3 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. Sie werden in den nachfolgenden Kapiteln umfassend erläutert.

#### 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.

## 4 Traditionelle Gründe für Besuchseinschränkungen

Carsten Hermes, Lars Krüger, Anna-Henrikje Seidlein

Der Zugang von Kindern auf Intensivstationen für Erwachsene war von jeher – bis heute fortbestehend – eingeschränkt. Das lässt sich vor allem mit nicht evidenten Vorannahmen begründen, die sowohl Eltern bzw. Bezugspersonen als auch das interprofessionelle Team betreffen. Zu diesen Annahmen gehört, dass Kinder mit der Gesamtsituation auf der Intensivstation möglicherweise nicht zurechtkommen (Angst, Stress) und durch die Eindrücke traumatisiert werden könnten (Clarke et al. 2001; Rainer et al. 2012). Hinzu kommt die Annahme, dass durch den Besuch von Kindern die Arbeit des Intensivpersonals beeinträchtigt wird, da Zeit und Energie aufgewendet werden müssen, die sonst in die Betreuung der Patient:innen fließen würden (Berti 2007). Zudem könnten die Patient:innen gestresst und sogar gefährdet werden, z. B. durch ein erhöhtes Infektionsrisiko (Youngner et al. 1984).

Kinder wurden lange Zeit mit ihren Interessen nicht berücksichtigt und ihre Potenziale unterschätzt. Sie wurden lange Zeit auch aus der relevanten Forschung ausgeschlossen, sodass keine solide Datenbasis vorliegt, wie sie selbst Besuche auf der Intensivstation erleben. Damit fehlen Ergebnisse, die den Benefit von Besuchen untermauern bzw. widerlegen könnten. Paradoxerweise wurden Kinder auch im Rahmen familienzentrierter Forschung nicht gehört (Karp et al. 2019). In den 1980er-Jahren vollzog sich dann – zumindest auf den pädiatrischen Intensivstationen – ein Wandel in der Herangehensweise. So wurden z. B. in den

USA erste Ansätze zu Schulungen von Geschwisterkindern entwickelt, um diese für den Besuch auf einer pädiatrischen Intensivstation vorzubereiten (Valls-Matarín et al. 2020). Für Kinder als Besuchende auf Erwachsenen-Intensivstationen hielt die Kontroverse, insbesondere in der Praxis, weiter an (Ward et al. 1994). Der Diskussions- und Öffnungsprozess in diesem Setting ist bis heute in Gang bzw. stagniert mancherorts auch.

Bereits 1984 stellten Youngner et al. fest, dass auf den meisten Abteilungen Kindern unter 12 Jahren der Zugang nur selten oder gar nicht erlaubt wurde (Youngner et al. 1984). Auch hier wurden traditionelle Begründungen für eingeschränkte Besuche gefunden, die weder durch die Literatur gestützt noch nach Ansicht der Autor:innen mit den aktuellen Konzepten der Patientenrechte vereinbar sind. Im Gegensatz dazu gab es schon früh die Erkenntnis, dass Besuche von Geschwistern bei schwerkranken Kindern sich positiv auf die Bewältigung einer Krisensituation wie der Intensivbehandlung auswirken (Wincek et al. 1991).

## 5 Übersicht über aktuelle Regelungen

Maria Brauchle, Anja Gerlach, Peter Nydahl, Cynthia Pönicke

Die Besuchsregelungen sind in Deutschland und im deutschsprachigen Raum sehr heterogen. Das bestätigt eine groß angelegte Befragung, die noch vor der Covid-19-Pandemie die Besuchspolitik und -praxis in Deutschland, Österreich, Luxemburg und der deutschsprachigen Schweiz in den Blick genommen hat (Brauchle et al. 2022). Die Studie konzentriert sich auf Kinder als Besuchende, bietet darüber hinaus aber erstmalig auch einen umfassenden Einblick über die Besuchspolitik auf deutschsprachigen Intensivstationen.

In der Studie wurden alle 1.943 Intensivstationen in den untersuchten Ländern per Mail angeschrieben, inkl. pädiatrischer, gemischter und Erwachsenen-Intensivstationen. Im Ergebnis haben 385 Intensivstationen geantwortet, davon 39 % (n = 151) in Deutschland und 73 % (n = 280) im Erwachsenenbereich. 42 % der antwortenden Intensivstationen boten offene Besuchszeiten an, hiervon signifikant mehr in der Pädiatrie: 79,2 % vs. 21,3 % im Erwachsenenbereich, ebenso signifikant mehr in Deutschland (50 %) vs. Österreich (27 %) vs. Schweiz (29 %). 68 % der Intensivstationen waren offen für Kinder als Besuchende, d. h. es konnten Kinder ab 0 Jahren zu Besuch kommen, mit signifikanten Unterschieden zwischen Pädiatrie: 90 % vs. 62 % auf Erwachsenen-Intensivstationen. Bei Stationen mit Restriktionen war die untere mediane Altersgrenze 12 (mittlere 50 %: 7,2–14) Jahre. Familienfreundliche Interventionen, die in vollem Umfang umgesetzt wurden, waren vor allem: 43 % der

Intensivstationen integrierten Angehörige in die Pflege, 26 % schrieben Intensivtagebücher, 21 % boten strukturierte Gespräche mit Angehörigen an, 13 % gestatteten die Gegenwart von Angehörigen während Reanimationen, 12 % erlaubten die Gegenwart von Angehörigen bei Visiten. Einschränkend muss erwähnt werden, dass eine Teilnahme durch besonders familienfreundliche Stationen wahrscheinlich ist und die Daten daher nicht repräsentativ sein können (Brauchle et al. 2022, Stiftung Pflege e.V. 2022).

Eine weitere Umfrage während der Pandemie zeigt, dass die Besuchsregelungen in den Bundesländern heterogen gehandhabt worden sind und Besuchende teilweise zugelassen, aber auch abgewiesen worden sind (Rogge et al. 2021). Ähnliche heterogene Regelungen zwischen den Bundesländern wurden während der Wiederöffnung der Intensivstationen beobachtet (Hoffmann et al. 2022).

## 6 Grundlagen

### 6.1 Kognitive und emotionale Entwicklung im Kindesalter

Teresa Deffner, Svenja Dehner

Die Entwicklung kognitiver und emotionaler Fähigkeiten ist eng miteinander verbunden und kann als ein Ergebnis genetischer und umweltbezogener Einflüsse angesehen werden. Es gilt zu beachten, dass jedes Kind ein individuelles Entwicklungstempo hat und zwischen Kindern und Jugendlichen des gleichen Alters große interindividuelle Unterschiede bestehen. Dies erfordert ein individualisiertes Vorgehen beim Einbezug von Kindern als Angehörige auf der Intensivstation.

#### Kognitive Entwicklung

Unter Kognition werden – vereinfacht formuliert – alle geistigen Prozesse des Menschen verstanden. Die kognitive Entwicklung von Kindern beschreibt die Etablierung und Veränderung von Fähigkeiten wie Wahrnehmung, Erinnern und Lernen während der Kindheitsspanne. Der kindlichen Entwicklung liegen neben genetischen Einflüssen ganz zentral die Einflüsse durch die sie umgebende Umwelt zugrunde (Perret-Clermont, Carugati, & Oates 2004).

Insbesondere während der frühen Kindheit ist der Einfluss der Familie auf die kognitive Entwicklung des Kindes sehr stark (Guinosso, Johnson, & Riley 2016). Eine entscheidende entwicklungsförderliche Grundlage ist ein sicheres, stabiles, stimulierendes und umsorgendes

Elternhaus (ebd.). In diesem werden Kinder durch Sprache, Anregung und Zeigen von Verhaltensweisen in ihrer Fähigkeit unterstützt, Sprache zu verstehen, sich selbst auszudrücken und ein Verständnis der Welt zu erlangen. Modelle der kognitiven Entwicklung lassen allenfalls grob eine starr nach Alter orientierte Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern zu.

Wichtig für den Kontext dieser Empfehlung ist, dass bereits sehr kleine Kinder, die sich noch nicht selbst verbal ausdrücken können, durch das Verhalten von Bezugspersonen und deren sprachlichen Äußerungen ein Verständnis von Situationen erlangen (Siegler, Saffran, Gershoff, & Eisenberg 2021). Auch die Fähigkeit, Ereignisse zu erinnern und von diesen Erinnerungen zu berichten, ist bereits in einem frühen Alter (ca. mit zwei Jahren) ausgebildet, wobei die Verbalisationsfähigkeit natürlich noch eingeschränkt ist (ebd.). Der Übergang von der frühen Kindheit zur Vorschul- und Grundschulzeit geht u. a. mit der zunehmenden Organisation und Strukturierung von Wissen und Erfahrungen sowie mit der Reflexivität der eigenen Denk- und Handlungsvorgänge einher. Kinder können dann zunehmend über ihre Gedankenwelt und Handlungen Auskunft geben (ebd.) und beziehen weitere Quellen in Lernvorgänge ein.

Diese Reflexivität kognitiver Prozesse nimmt mit dem Jugendalter nochmals zu und ermöglicht eine Abstraktion gedanklicher Prozesse, die dann z. B. auch den gesellschaftlichen Kontext berücksichtigt. Zudem ist bis zu diesem Alter der Wissenserwerb stetig fortgeschritten und die Entwicklung löst sich zunehmend aus dem Einfluss des engen familiären Umfeldes. Das Erleben von hochbelastenden, potenziell traumatisierenden Ereignissen während der Kindheit wirkt sich auf alle Bereiche der kognitiven Entwicklung negativ aus (Malarbi et al. 2017). Ebenso stellt das Fehlen eines sicheren und stabilen Umfeldes während der Kindheit ein erhebliches Risiko für Beeinträchtigungen in der kognitiven Entwicklung dar (Guinosso et al. 2016).

### Emotionale Entwicklung

Bereits bei Säuglingen können die Basisemotionen Freude, Wut, Angst, Ekel, Traurigkeit und Überraschung beobachtet werden. Die Entwicklung dieser primären Emotionen ist dabei bereits um das erste Lebensjahr abgeschlossen (Haug-Schnabel & Bensele 2017). Mit der Entwicklung des Selbst-Bewusstseins im 2. Lebensjahr lernen Kinder sukzessive, zwischen ihren eigenen Emotionen und den Emotionen anderer Personen zu unterscheiden. Dies ist die Voraussetzung für die Entwicklung von selbstbezogenen und sozialen Emotionen („sekundäre

Emotionen“) wie beispielsweise Stolz, Neid, Scham, Schuld, Eifersucht, Verlegenheit und Empathie (Petermann & Wiedebusch 2016; Siegler et al. 2021). Hier spielen das elterliche Verhalten („Lernen am Modell“) sowie weitere Sozialisationseinflüsse eine wichtige Rolle. Da die emotionale Entwicklung bei Kindern eng mit der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten verknüpft ist (Haug-Schnabel & Bensel 2017; Petermann & Wiedebusch 2016), geht die Fähigkeit, Gefühle zu benennen, mit dem Voranschreiten des Spracherwerbs einher (z. B. „Felix traurig“). Mit Erreichen des Vorschulalters können Kinder in der Regel den Emotionsausdruck anderer Personen erkennen und benennen, sie haben ein Verständnis von den Ursachen und Folgen von Emotionen. Zudem können sie ihre eigenen Emotionen und die von anderen Personen mit geeigneten Emotionswörtern beschreiben (Petermann & Wiedebusch 2016).

## 6.2 Potenziell traumatisierende Ereignisse

Teresa Deffner, Simon Finkeldei, Paul Plener

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.

### Definition: Potenziell traumatisierendes Ereignis

Als potenziell traumatisierend werden Ereignisse verstanden, die mit starker Belastung durch Konfrontation mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod, durch schwere Verletzung/Erkrankung oder Gewalt einhergehen (vgl. International Classification of Diseases ICD 11 und Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders DSM 5). Dieses Erleben kann sich auf die betroffene Person selbst, aber auch auf nahestehende und/oder der Situation beiwohnende Personen beziehen.

Die Verarbeitung herausfordernder und hochbelastender Erfahrungen durch potenziell traumatisierende Ereignisse vollzieht sich im Zeitverlauf. Die Frage nach gesunder Verarbeitung oder Erkrankung steht im Zusammenhang mit prä-, peri- und posttraumatischen Faktoren. Zudem wird sie durch die kognitiv-emotionale Entwicklung des Kindes beeinflusst (Salmon & Bryant 2002) (s. Punkt 5.1).

## Trauma und Traumafolgestörungen: Belastungsfolgen im Kindes- und Jugendalter im Zeitverlauf

Das Miterleben der lebensbedrohlichen Erkrankung eines nahestehenden Menschen stellt ein potenziell traumatisierendes Ereignis für Kinder dar (Benjet et al. 2016). Gemeint ist damit neben dem verursachenden Ereignis auch die weitere medizinische Behandlung, bei der das Leben von Patient:innen meist weiterhin als bedroht erlebt wird.

Potenziell traumatisierende Ereignisse können zu Traumafolgestörungen führen. Diese sind psychische Langzeitfolgen, die insbesondere im Kindes- und Jugendalter Bedeutsamkeit für die gesamte Lebensspanne haben und sich in vielfältiger Symptomatik zeigen können (Vibhakar et al. 2019). Die Forschung benennt eine Reihe möglicher Traumafolgestörungen, von denen die Posttraumatische Belastungsstörung die prominenteste ist. Für die spezialisierte Behandlung von Kindern mit Traumafolgestörungen existieren umfassende Leitlinien (Steil et al. 2021).

Zugleich folgt nach medizinischen Notfällen bei weitem nicht auf jede potenziell traumatisierende Erfahrung eine Störung (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019). Kinder und Familien verfügen über verschiedene Ressourcen und Resilienzfaktoren (Allen et al. 2021). Dabei gelten als wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung: empfundene Angst in der peritraumatischen Phase, fehlende soziale Unterstützung sowie eine schlechte Funktionalität des familiären Umfeldes (Trickey et al. 2012; Memarzia et al. 2021).

Der Besuch der erkrankten Bezugsperson auf der Intensivstation kann für ein Kind psychotraumatologisch eine wertvolle korrigierende Erfahrung bei Erleben von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entsetzen sein (Knutsson et al. 2016). Zugleich ist auch eine zusätzliche Belastung durch einen Besuch möglich, insbesondere wenn Kinder/Bezugspersonen im Kontakt an hochbelastendes Vergangenes erinnert oder der Besuch selbst ein neues potenziell traumatisierendes Ereignis ist (Trickey et al. 2012).

Vorbereitung, Begleitung und ein achtsamer Blick auf die Folgezeit sind deshalb bedeutsam, um mit einem Besuch eine gesunde kindliche Verarbeitung zu unterstützen (s. Punkt 7.4).

## 6.3 Auswirkungen von Erkrankungen auf das Familiensystem

Teresa Deffner, Heiner Melching

Von einer kritischen Erkrankung ist das gesamte Familiensystem betroffen. Insbesondere die Erkrankung von wichtigen Bezugspersonen kann die körperliche und psychische Entwicklung von Kindern beeinträchtigen.

### Familie als System

In einem Familiensystem nimmt jede Person eine bestimmte Rolle ein, die durch Erwartungen der Gesellschaft, des kulturellen und sozialen Umfeldes und der eigenen Erwartung (oder des Anspruchs an sich selbst) geprägt sind. Diese Rollenbilder unterliegen dabei Veränderungen, die durch persönliche Weiterentwicklungen und Veränderungen im System bedingt sind. Im besten Fall ist ein Familiensystem gut austariert und jedes Mitglied findet sich in seiner Rolle gut zurecht.

Eine schwere Krise, wie eine Erkrankung oder ein Todesfall, stellt dabei eine besondere Herausforderung für das gesamte System dar. Auch wenn sich nur bei einem Familienmitglied die Auswirkungen einer solchen Krise deutlich zeigen, ist es ratsam, den Blick auf alle Mitglieder des Systems zu richten, da die Bewältigungsmechanismen des gesamten Systems gefordert sind. Kinder sind dabei genauso Teil des familiären Systems wie Erwachsene und von den Veränderungen durch die schwere Erkrankung betroffen.

### Veränderungen im Familiensystem durch schwere Erkrankung

Durch eine schwere Erkrankung können sich die kindlichen Rollen im System verändern. Das zeigt sich in einer erhöhten Verantwortlichkeit der Kinder, die wiederum mit einer Reduktion der Sozialkontakte zu Gleichaltrigen einhergeht (Shah et al. 2017). Häufig ändert sich das gesamte System Familie und damit die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander, die Aufgaben und Rollen, der Umgang mit Alltagsroutinen sowie die Familienkommunikation (Zhang 2018). Diese Situation geht mit einem erhöhten Stresserleben der Kinder und der erwachsenen Bezugspersonen einher (Sieh et al. 2012, 2013).

Die Erkrankung von wichtigen erwachsenen Bezugspersonen kann sich gravierend auf die Entwicklung der Kinder auswirken. So haben diese Kinder insgesamt ein höheres Risiko für eine entwicklungsbezogene Beeinträchtigung bezogen auf körperliche Gesundheit, Sozialkompetenz, emotionale Entwicklung, Kommunikationsfähigkeit und kognitive

Fähigkeiten (Bell et al. 2019). Ein erhöhtes Stresserleben in der Familie sowie die wahrgenommene Qualität der Kommunikation sind dabei Risikofaktoren für psychische Belastung (Sieh et al. 2012; Houck et al. 2007) (s. Punkt 5.2). Ganz allgemein muss davon ausgegangen werden, dass eine schwere Erkrankung der Bezugsperson mit Risiken für die betroffenen Kinder einhergeht. Das betrifft zum einen das Risiko für Traumafolgestörungen, zum anderen ein allgemeines Risiko für entwicklungsbezogene Beeinträchtigungen. Dementsprechend sollte in der Angehörigenversorgung der Fokus immer auch auf die Kinder gerichtet werden, die zum Familiensystem gehören (Deutsche Krebsgesellschaft 2020). Es sollte immer eine Unterstützung angeboten werden, die auf die Stabilisierung des gesamten Systems zielt.

#### 6.4 Perspektive des Kinderschutzes und juristische Perspektive

Sibylle Banaschak, Tanja Brüning, Teresa Deffner

Krankenhäuser verfügen über das Hausrecht in ihren Einrichtungen. Dabei ist näher zu regeln, was das Hausrecht zur Sicherung der widmungsgemäßen Aufgabenwahrnehmung des Krankenhauses beinhalten soll (unbestimmter Rechtsbegriff). Dies kann beispielsweise über eine Hausordnung und/oder Dienstanweisungen geregelt werden. Aus juristischer Perspektive kann folglich der Zutritt zu Krankenhäusern grundsätzlich auf Personen bestimmten Alters eingeschränkt werden bzw. können Personen, die dieses Alter nicht haben, ausgeschlossen werden. Wie die Pandemie gezeigt hat, sind durch das Hausrecht auch weitreichende Einschränkungen von Besuchen insgesamt möglich, auch wenn Landesverordnungen Besuche bereits wieder gestattet haben. Klagen gegen diese Verbote, die mit Verweis auf Grundrechtseinschränkungen geführt wurden (Art. 6 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG.), führten zu Abweisungen vom Gericht (VG Ansbach, 2020), teilweise aber auch zu einer Lockerung der Besuchseinschränkungen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021).

Bei einem Ausschluss bestimmter Altersgruppen von Besuchen wäre bei einer Beschwerde von Angehörigen zu begründen, warum der Ausschluss erfolgt, und es bestünde das Recht, gegen den Ausschluss zu klagen.

Ein weiterer Rechtsbereich, der tangiert werden kann, wenn minderjährige Kinder Angehörige des Patienten sind, ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG). Maßgebliches Ziel dieses Gesetzes ist der Schutz des Kindeswohls sowie die Förderung der körperlichen, geistigen und

seelischen Entwicklung. An diese Ziele sollte aus Kinderschutzperspektive auch die Frage eines Besuches geknüpft werden. Es ist also stets zu prüfen, ob der Besuch dem Kindeswohl dient oder nicht. Dabei ist die Perspektive des Kindes unbedingt und ganz maßgeblich in die Beantwortung dieser Frage einzubeziehen. Im weiteren Sinne ist grundsätzlich durch die konsequente Orientierung am Kindeswohl auch die Kinderrechtskonvention berücksichtigt (Deutscher Bundestag 2006).

Das Bundeskinderschutzgesetz ist außerdem relevant, wenn die Patientin bzw. der Patient die alleinig Sorgeberechtigte für das Kind sein sollte. In diesem Fall wird im Zuge der intensivmedizinischen Behandlung ein vorübergehendes Ruhen der elterlichen Sorge erforderlich. Idealerweise kann der Patient eine Person mit der temporären Sorge für das Kind bevollmächtigen. Über diese Bevollmächtigung muss das Jugendamt nicht informiert werden. Ist allerdings davon auszugehen, dass die bzw. der alleinig Sorgeberechtigte die Sorge mittelfristig oder gar nicht wieder übernehmen kann, ist in jedem Fall das Jugendamt zu informieren, um alle Belange der Sorge für das minderjährige Kind zu regeln.

Alle heilberuflich Tätigen sollten eine mögliche Gefährdung des Kindeswohles, die ihnen in der beruflichen Tätigkeit auffällt, mit dem Kind und den Sorgeberechtigten besprechen und – soweit erforderlich – auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken. Alle im Gesetz benannten Berufsheimnisträger haben dafür das Recht zur Inanspruchnahme einer Beratung (mit pseudonymisierter Datenweitergabe) bei einer insofern erfahrenen Fachkraft (BKISchG §4, Absatz (2)), die in der Regel beim örtlichen Jugendamt erhalten werden kann.

## 6.5 Ethische, religiöse und kulturelle Aspekte

Kathrin Knochel, Heiner Melching, Peter Nydahl, Andreas Schäfer, Anna-Henrikje Seidlein

Die – zumeist impliziten – ethischen, kulturellen und religiösen Normen und korrespondierenden Werte sollten offen thematisiert werden, um die unterschiedlichen Werturteile nachvollziehen und anerkennen zu können. Diese Transparenz ist eine wesentliche Voraussetzung für eine wertschätzende Kommunikation und einen sorgfältigen Abwägungsprozess.

Im Dialog mit Kindern empfehlen wir eine offene, transparente, an den Entwicklungsstand angepasste Kommunikation und entsprechende Kinderbücher.

## Ethische Aspekte

Besuche von Kindern können aufgrund unterschiedlicher Wertvorstellungen und Positionen zu moralischen Problemen und Konflikten führen – und zwar bei den Familienmitgliedern, Patient:innen und dem behandelnden Team.

Besuche sind Bestandteil des Wohltuns gegenüber den Patient:innen und den Kindern als ihren Angehörigen. Diese Fürsorge fehlt, wenn Besuche durch Sorgeberechtigte, einzelne Mitarbeiter:innen oder institutionelle Vorgaben nicht zugelassen werden. Fehlender Kontakt zu dem kranken Familienmitglied bedeutet ein Nichtmitemleben von Krankheit und verstärkt möglicherweise Ängste und Sorgen bei Kindern (Lamiani 2021). Die Anwesenheit auf der Intensivstation könnte neben positiven Effekten sich auch negativ auf Kinder auswirken und damit dem Prinzip des Nicht-Schadens widersprechen. Gleiches gilt für bestehende Kontraindikationen gegen einen Besuch. Diesem Aspekt sollte mit proaktiven Angeboten und Rahmenbedingungen begegnet werden, die die Familien unterstützen, Besuchsbegleitung anbieten und Fragen beantworten.

Zudem sollte das Selbstbestimmungsrecht von Patient:innen und Kindern respektiert werden, ebenso wie ihre Autonomie (Wiesemann 2016). Kinder sind als eigenständige moralische Subjekte anzuerkennen. Das bedeutet auch, dass Kinder mit in die Entscheidung einzubeziehen sind, ob sie das Familienmitglied im Krankenhaus und auf der Intensivstation besuchen möchten (Partizipationsrecht). Bei institutionell bestehenden Besuchsverboten wäre diese Selbstbestimmung zwar dadurch gewährleistet, dass Patient:innen sich in ein anderes Krankenhaus verlegen lassen können, aber dies erscheint als Wahl unangemessen.

Aus Gerechtigkeitserwägungen stellt es eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung von Kindern dar, wenn für sie andere Regelungen gelten als für Erwachsene. Indirekte Diskriminierung und epistemische Ungerechtigkeit kommen hier zum Tragen (Hädicke & Wiesemann 2021). Letzteres bedeutet, dass Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe weniger Glaubwürdigkeit zugesprochen wird. Dem entgegen steht die moralische Fürsorgepflicht, die sicherstellen muss, dass die Rahmenbedingungen für Kinder geprüft und ggf. angepasst werden, um den Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe zu begegnen.

Auch allgemeine Regelungen, die Gerechtigkeit (gleiches Recht für alle) sicherstellen sollen, sollten Spielraum für begründete Ausnahmen/Einzelfallentscheidungen zulassen.

## Religiöse Aspekte

Oftmals suchen Familien – gerade, wenn ein Mensch auf der Intensivstation liegt – religiöse Zuflucht und Hilfe. Dennoch sind Mitarbeiter:innen kaum dafür ausgebildet, sie darin zu unterstützen (Davidson et al. 2007). Krankheit, Sterben und Tod gehören zum Leben, und die Auseinandersetzung damit ist ein wichtiger Teil der religiösen Entwicklung. Geschichten über Schicksalsschläge, Erkrankungen und Sterben, aber auch Heilungen von Krankheit sowie die Fürsorge und Hilfe, die kranken Menschen zuteil werden, sind zentrale Elemente in allen Weltreligionen. Kranke Menschen werden akzeptiert und in die Gemeinschaft integriert. Der Umgang mit ihnen hilft, die eigene Vergänglichkeit zu reflektieren, ethische Werte zu festigen und die religiöse Entwicklung zu fördern – auch wenn Kinder solche Situationen anders als Erwachsene bewältigen (Andrews 2005). In Religionsunterrichten werden kindgerechte Geschichten als Beispiele mit Vorbildfunktion vermittelt. Somit können religiöse Geschichten auch als Coping genutzt werden (Boynton et al. 2021; Arruda-Colli et al. 2017).

Aus religiöser Sicht lässt sich damit ein Besuch von Kindern auf der Intensivstation allgemein begründen. Barrieren in der Umsetzung sind allerdings fehlendes Wissen über die Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Familien sowie die spezifischen religiösen Hintergründe und Handlungsoptionen (Willemse et al. 2020; Badanta et al. 2022).

## Kulturelle Aspekte

Neben ethischen und religiösen Aspekten können verschiedene kulturelle Gründe für das Abwägen von Besuchen von Kindern auf Intensivstationen diskutiert werden. In der westeuropäischen Kultur ist eine Verschiebung des Sterbens und des Todes in institutionelle Settings/Institutionen zu beobachten, dadurch wurden diese ein Stück weit aus dem Alltag entfernt (Cockle-Hearne et al. 2020). Dennoch: Sterben, Tod und Trauer finden in der Familie statt.

Das Sprechen über Krankheit, Sterben und Tod ist in einigen Kulturen eingeschränkt oder unerwünscht. Dabei entwickeln Kinder bereits früh selbst für sie plausible Konzepte und könnten auch mit ihrem sterbenden Elternteil darüber sprechen (Harris 2018; Keely et al. 2014).

Vor allem im intensivmedizinischen Umfeld ist zu beobachten, dass viele Mitarbeiter:innen Schwierigkeiten mit eigentlich angemessenen Bewältigungs- und vor allem Trauerreaktionen der Patient:innen und Angehörigen haben. Sie neigen zu Vermeidungsverhalten, indem sie sie

beruhigen wollen, ihnen Medikamente geben möchten oder sie bitten, sich zu entfernen (Benbenishty et al. 2019; Badanta et al. 2022). Diese Haltung scheint in der westeuropäischen Wohlstandskultur mit dem Vorbild des glücklichen, gesunden Menschen selbstverständlicher geworden zu sein. Daher können auch Familien zu einem ähnlichen Verhalten neigen, d. h. Beschwichtigung und Vermeidung vorziehen. Sie und oftmals auch die Mitarbeiter:innen können dann mit spezifischer Krisenintervention und Edukation informiert und unterstützt werden (Cai et al. 2020; Cockle-Hearne et al. 2020). Für Kinder haben sich eine offene, an den Entwicklungsstand angepasste Kommunikation und entsprechende religiöse Kinderbücher als sinnvoll erwiesen (Arruda-Colli et al. 2017; Bergersen et al. 2022).

Kulturen können sehr unterschiedlich mit Krankheit, Sterben und Trauer umgehen. Für die Mitarbeiter:innen kann es herausfordernd sein, diese als fremd erlebten Konzepte zu vertreten und sie mitzutragen. Dieser Tatsache muss kultursensibel und offen durch die Agierenden vor Ort begegnet werden (Longbottom et al. 2018).

Deshalb sind entsprechende Informationen und Bildungsmaßnahmen hilfreich. Die verschiedenen ethischen, religiösen und kulturellen Aspekte bedingen einander. Sie können Gruppen wie auch einzelnen Menschen Sicherheit und Orientierung in schwierigen Entscheidungen bieten, aber auch zu inter- und intrapersonellen Konflikten führen (Abb. 1).

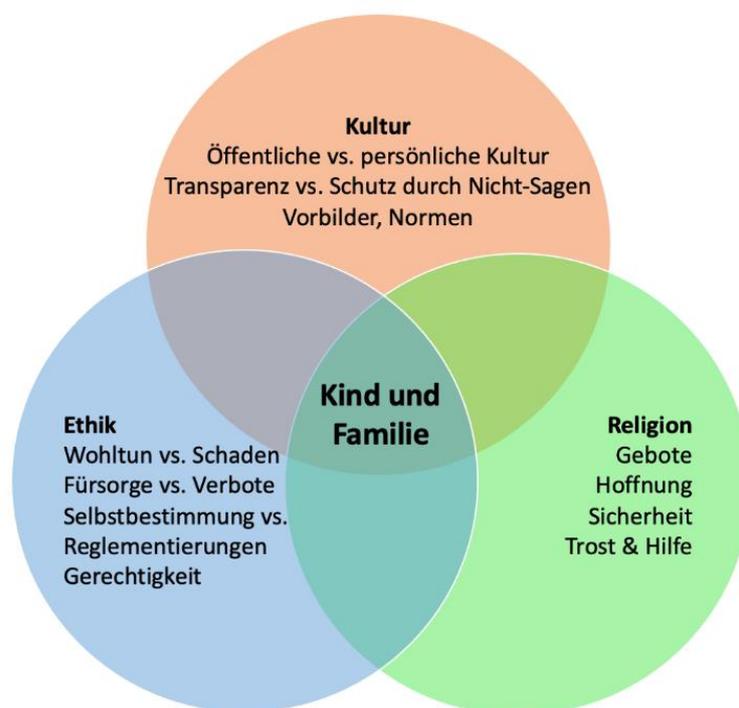


Abb. 1: Kulturelle, ethische und religiöse Werte

## 7 Hygienische Aspekte

Alexander Brinkmann, Rolf Dubb, Arnold Kaltwasser, Andreas Schäfer, Arne Simon

Unter hygienischen Aspekten ist der Besuch von Kindern auf der Intensivstation unbedenklich. Besucherrestriktionen und die Versuche, Besuche auf Intensivstationen zu liberalisieren, sind nicht nur ein deutsches Phänomen (Giannini et al. 2008; Malacarne et al. 2011; Ewens et al. 2021). Prinzipiell kann man konstatieren, dass ein Besuch von Kindern im Setting der Intensivstation möglich sein sollte, wenn die beschriebenen Hygieneanforderungen eingehalten werden. Eine zielgruppenorientierte und altersgerechte hygienische Schulung ist anzustreben und umzusetzen (Kouni et al. 2014). Schulungssysteme, auch webbasierte, können in diesem Kontext durchaus hilfreich sein (Thaker et al. 2021).

Eine randomisierte Pilotstudie hat die Sicherheit und die gesundheitlichen Ergebnisse von nicht restriktiven und restriktiven Besuchsregelungen über zwei Jahre miteinander verglichen. Dazu wurden die mikrobielle Kontamination der Umgebung, septische und kardiovaskuläre Komplikationen, das emotionale Profil und die Reaktion auf Stresshormone systematisch bewertet. In Bezug auf kardiovaskuläre Komplikationen zeigten nicht restriktive Besuchsregelungen Vorteile. Die Autoren gehen davon aus, dass z. B. Ängste reduziert werden können. Trotz der Liberalisierung der Besuchszeiten konnte in dieser Studie keine Erhöhung der septischen Komplikationen gefunden werden (Fumagali et al. 2006).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Besuchspolitik, d. h. Besuchszeiten, aber auch Ausnahmen von Regeln sowie das Zulassen von Kindern, hauptsächlich von der Einstellung des Personals beeinflusst wird. Diese Haltung kann sich durch berufliche Weiterbildung ändern (Anzoletti et al. 2008). Das heißt, das Intensivpersonal muss auch im Kontext der Hygiene an den Barrieren arbeiten, allerdings die hygienischen Aspekte im Sinne der Patient:innen und Kinder beachten!

Eine Unterweisung in die notwendigen Hygienemaßnahmen sollte in altersentsprechender Form für das Kind erfolgen. 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, der Passgenauigkeit der Schutzausrüstung und der Akzeptanz des Kindes für die Schutzausrüstung ab. Bei Krankheitszeichen aufseiten des besuchenden Kindes sollte grundsätzlich von einem Besuch abgeraten werden (RKI 2007; KRINKO 2016; Jatzwauk 2016; KRINKO 2021; ).

## 8 Empfehlungen zum Besuch von Kindern

### 8.1 Den Besuch von Kindern im interprofessionellen Team planen

Alexander Brinkmann, Teresa Deffner, Guido Michels, Julian Rudolph, Denise Schindele

**Empfehlung 1: 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.**

Der Besuch von Kindern sollte im Team besprochen, abgestimmt und geplant werden. Hierzu wird empfohlen, den Kinderbesuch als Tagesziel in der täglichen interprofessionellen Visite zu formulieren und zu dokumentieren. Tagesziele helfen dem Behandlungsteam, sich auf die Erreichung wichtiger Ziele zu konzentrieren, ausreichend Zeit dafür einzuplanen und konkrete Handlungsaufträge zu vergeben, z. B. Begleitung des besuchenden Kindes und seiner Bezugsperson (s. Punkt 7.4). Die Formulierung von Zielen erhöht die Verbindlichkeit und erleichtert die Priorisierung von Aufgaben. Die Tagesziele sollten für alle Berufsgruppen einsehbar dokumentiert werden. Der geplante Kinderbesuch sollte schrittweise über mehrere Tage als Tagesziel formuliert und in den Behandlungsprozess eingeplant werden.

Ärzt:innen und Pflegende richten das Besuchsangebot an die Eltern/Bezugsperson . Bei Bedarf werden sie dabei von psychosozialen Berufsgruppen unterstützt. Es wird eine Ansprechperson des Kinderbesuchs festgelegt, die am Besuchstag für die Kommunikation und Begleitung der Familie zuständig ist. Diese Person kann der pflegerischen, ärztlichen oder einer psychosozialen Berufsgruppe angehören.

Die Formulierung und Dokumentation der Tagesziele führt im Behandlungsteam zur Klarheit über die notwendigen Maßnahmen und dadurch zu einer besseren Strukturierung der Aufgaben. Darüber hinaus verbessern Tagesziele nachgewiesenermaßen die Kommunikation

im Behandlungsteam und tragen zu einem Austausch auf Augenhöhe bei. Auch die Kommunikation mit Patient:innen und deren Angehörigen verbessert sich und gewinnt an Klarheit (Centofanti et al. 2014; Pronovost et al. 2003).

Eine solche strukturierte Patienten- und Angehörigenkommunikation erhöht die Zufriedenheit und ist als Qualitätsindikator für Intensivstationen und Funktionsbereiche zu betrachten. Sie entspricht den Empfehlungen von Fachgesellschaften wie der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI 2022) und der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA 2016).

Weitere Vorteile der Formulierung und Dokumentation des „Kindesbesuchs“ als Tagesziel:

- Das Ziel des Kindesbesuchs wird für das gesamte Behandlungsteam transparent. Vorbehalte sowie Herausforderungen können angesprochen werden. Dies hilft, Widerstände bei den Beteiligten abzubauen.
- Nötige Vorbereitungen des Kinderbesuchs können schrittweise geplant und Zuständigkeiten geklärt und definiert werden. Dadurch kann einer Belastung bzw. Überforderung des Behandlungsteams vorgebeugt werden.
- Notwendige diagnostische und therapeutische Interventionen können am Tag des Besuchs geplant und die Patientin bzw. der Patient kann auf den Besuch vorbereitet werden.
- Eine erforderliche Unterstützung durch psychosoziale Berufsgruppen kann rechtzeitig eingeleitet werden.

## 8.2 Elterliche Kompetenzen stärken

Teresa Deffner, Svenja Dehner, Simon Finkeldei, Magdalena Hoffmann, Maria-Madlen Jeitziner, Tita Kern, Heiner Melching

**Empfehlung 2: 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.**

Die Befähigung der Eltern/Bezugspersonen umfasst drei Ansatzpunkte: 1. Wahrnehmen/Verstehen, 2. Erklären/Befähigen, 3. Anleiten/Unterstützen. Nur wenn sich die Eltern/Bezugsperson selbst ausreichend sicher fühlt, kann sie ihrer Rolle als Sorgeberechtigte und emotionale Fürsorgeperson in der Begleitung rund um den Kinderbesuch gerecht werden.

Grundsätzlich sollte die Kommunikation mit Angehörigen nach der VALUE-Strategie oder einem vergleichbaren Kommunikationskonzept erfolgen – sowohl mit den Eltern/Bezugspersonen als auch den Kindern. Die VALUE ist ein Acronym und bezeichnet eine Kommunikationsform sowie die Haltung gegenüber der Familie und den Patient:innen.

V Value: Wertschätzung gegenüber der Familie; würdigen, was der Angehörige sagt

A Acknowledge: Registrieren und Bestätigen von Gefühlen

L Listen: Zuhören, nicht unterbrechen und ausreden lassen

U Understand: Die Patientin/den Patienten als eine Person, als einen Menschen sehen; Fragen stellen, die es erlauben, die Persönlichkeit der Person zu verstehen

E Elicit: Angehörige zu Fragen ermuntern.

### Wahrnehmen/Verstehen

Eltern/Bezugspersonen befinden sich in einer Ausnahmesituation und besonders herausfordernden Rolle. Sie sind einerseits Orientierungspunkt für ihre Kinder, gleichzeitig aber selbst hoch belastet. Zudem sind sie unsicher, welche Konsequenzen ihre Entscheidung im Hinblick auf einen Kinderbesuch haben könnte, z. B. Angst vor Schädigung/Überforderung der Kinder, der Patientin bzw. des Patienten sowie Sorge vor eigener Überforderung.

Es ist eine wichtige Voraussetzung für jegliche Form von Unterstützung, diese Verunsicherung und Sorgen wahr- und ernst zu nehmen. Die Eltern/Bezugsperson benötigt in dieser Situation Stärkung und Stabilität. Diese sind zentral für ihre Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und die Belastung ihrer Kinder einschätzen zu können (Meiser-Stedman et al. 2009; Powell et al. 2015). Fehlende Stabilität naher Bezugspersonen ist ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Folgestörungen nach potenziell traumatisierenden Ereignissen (Trickey et al. 2012; Kultalahti & Rosner 2008).

## Erklären/Befähigen

Eine gute Aufklärung gelingt durch eine Kombination aus persönlichen Gesprächen, Informationsmaterialien und praktischen Unterstützungsangeboten. Auf dieser Basis können die Eltern/Bezugspersonen ruhig und mit ausreichend Sicherheit eine Entscheidung über den Besuch ihrer Kinder auf der Intensivstation treffen. In persönlichen Gesprächen sollten folgende Inhalte thematisiert werden:

- Aktives Erfragen, welche Kinder von der Erkrankung der Bezugsperson betroffen sind
- Fragen, Sorgen und Wünsche aufseiten der Eltern/Bezugspersonen sowie aufseiten der Kinder ansprechen
- Zu Anzeichen kindlicher Belastung aufklären, einen altersadäquaten Einbezug von Kindern aufzeigen und auf die Wichtigkeit des elterlichen Verhaltens für die Stabilisierung betroffener Kinder hinweisen
- Frühzeitig über die Möglichkeit eines Kinderbesuchs aufklären (Ablauf, Regeln und Grenzen und Risiken von Besuchen auf der Intensivstation)
- Gemeinsam mit der elterlichen Bezugsperson relative Kontraindikationen einschätzen (s. auch Punkt 7.3)
  - Aufseiten der Eltern/Bezugspersonen (z. B. Ablehnung des Besuchs bzw. der Begleitung des Kindes aufgrund eigener starker Belastung) oder des Kindes (z. B. Ablehnung des Besuchs durch das Kind)
  - Aufseiten der Patientin/des Patienten (z. B. Ablehnung des Besuches durch den Patienten).
- Ggf. Alternativen für einen persönlichen Besuch aufzeigen, z. B. virtueller Besuch, Brief, Audioaufnahme
- Informationsmaterial für die Eltern/Bezugspersonen und Kinder aushändigen,
- Bei der Entscheidungsfindung und dem Abwägen der Pro & Contras unterstützen, ermutigen und auf praktische Unterstützungsangebote hinweisen (intern/extern, s. Punkt 7.5).

Starke Sinneseindrücke, z. B. Intensität der gerätemedizinischen Versorgung, Schweregrad von Verletzungen oder stark verändertes/entstelltes Aussehen des Patienten, stellen dabei keine absolute Kontraindikation dar. Ein Besuch kann auch dann geplant und umgesetzt werden (s. auch Punkt 7.3 und 7.4)

Das Informationsmaterial sollte mindestens eine Handreichung für Eltern/Bezugspersonen zum Thema „Kinder und die Intensivstation“ und eine spezielle Handreichung für Kinder zum Thema umfassen. Wünschenswert wäre auch eine Handreichung „Kindgerechte Worte für Sterben und Tod finden“. Die Handreichungen sollten gut verständlich und ermutigend formuliert sein und für eine möglichst große Altersspanne einsetzbar sein.

### Anleiten/Unterstützen

Das interprofessionelle Team befähigt die Eltern/Bezugspersonen, ihrem Kind die Frage zu stellen, ob es einen Besuch auf der Intensivstation möchte. Denn ob ein Besuch stattfindet, hängt von der Zustimmung des Kindes sowie der Patientin bzw. des Patienten (sofern möglich) ab. Wenn beide Parteien eingewilligt haben, wird ein Besuch mit den Eltern und dem Behandlungsteam geplant (s. Punkt 7.4). Die Eltern/Bezugsperson wird befähigt, das Kind auf den Besuch vorzubereiten, und sie wird über mögliche Reaktionen des Kindes aufgeklärt.

### Empfohlene Inhalte für Handreichung für Eltern „Kinder und die Intensivstation“

Thema	Inhalt
Situation der Eltern/Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spannungsfeld zwischen eigener Belastung und Aufgabe, Kinder zu orientieren/stützen</li> </ul>
Situation der Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder in belastenden Lebenssituationen (Bedürfnisse und Belastungszeichen)</li> <li>• Belastete Kinder unterstützen (in und außerhalb der Klinik)</li> </ul>
Kinder einbeziehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum, wann und wie?</li> <li>• Umgang mit Abwehr/Widerständen und Grenzen</li> <li>• Eigene Unsicherheit/Unwissenheit</li> </ul>
Die Intensivstation erklären	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erklärungshilfen für Krankheit/Verletzung, medizinische Versorgung, Räumlichkeiten, Geräte (idealerweise analog Handreichung „Intensivstation für Kinder erklärt“)</li> </ul>
Sollten Kinder die Intensivstation besuchen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Gründe, die <b>für</b> einen Besuch sprechen (mögliche positive Auswirkungen auf Kinder, Patient:innen, Eltern/Bezugspersonen und Station)</li> <li>• Gute Gründe, die <b>gegen</b> einen Besuch sprechen (Kontraindikationen, z. B. Instabilität Kind, Eltern/Bezugspersonen, Patient:in oder Abwehr)</li> <li>• Alternativen zu einem persönlichen Besuch (z. B. virtuelle Besuche, Verbindung halten ohne direkten Kontakt)</li> </ul>
Selbst auf den Füßen bleiben und Hilfe finden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anregungen zur Selbstfürsorge</li> <li>• Hinweise auf Unterstützungsangebote (intern und extern)</li> </ul>

### 8.3 Kindgerechte Information sicherstellen

Svenja Dehner, Diana Filzhöfer, Birga Gatzweiler, Cynthia Pönicke, Marina Ufelmann

**Empfehlung 3: 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.**

Für eine kindgerechte Aufklärung und Begleitung sollte sich die für den Kinderbesuch verantwortliche Person überlegen, welche Informationen für das Kind notwendig und sinnvoll sind und wie diese Informationen am besten vermittelt werden können. Das umfasst sowohl die medizinische Situation der Patientin bzw. des Patienten als auch das Krankheitsbild. Die Kommunikation erfolgt nach der VALUE-Strategie oder einem vergleichbaren Kommunikationskonzept (s. Punkt 7.2).

Das Gespräch mit dem Kind sollte nicht nur im übertragenen, sondern auch im wörtlichen Sinne auf Augenhöhe stattfinden. Aktives Zuhören mit echtem Interesse an der kindlichen Erfahrungswelt ist ebenso wichtig wie die Herstellung von Blickkontakt. Es sollte eine Gesprächssituation geschaffen werden, in der sich das Kind wohlfühlt. z. B. durch gemeinsames Spielen und Malen zum gegenseitigen Kennenlernen (Delfos 2015). Ausreichend Zeit, Geduld im Kontakt mit (schüchternen) Kindern und vor allem Ehrlichkeit spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, um dem Gegenüber ein Gefühl von Wertschätzung zu vermitteln (Brauchle et al. 2022; Brauchle et al. 2018). Als Grundlage können hier beispielsweise die „Kasperles Erben“ von Harald Karutz (1999, 2015) verwendet werden.

Inhaltlich sollte der Fokus darauf liegen, Kinder dabei zu unterstützen, die Patientin bzw. den Patienten als Menschen wahrzunehmen, der sich derzeit nicht im gewohnten Maß bewegen und nur eingeschränkt oder gar nicht kommunizieren kann. Kindern sollte vermittelt werden, dass der Körper im Rahmen des Heilungsprozesses gerade viel Ruhe benötigt und der Patient dabei bestmöglich von Fachkräften, Maschinen und Medikamenten unterstützt und permanent überwacht wird. Die Art und Weise der Informationsvermittlung sollte sich am Alter des Kindes orientieren, wobei nicht nur das tatsächliche Alter (Kalenderalter), sondern

auch das „mentale Alter“ (geistige Alter) zu berücksichtigen ist. Ein 8-jähriges Kind kann z. B. entweder das mentale Alter eines 6-jährigen oder eines 10-jährigen Kindes haben (Delfos 2015). Die Erklärungen sollten einfach und klar strukturiert sein und Sicherheit vermitteln (z. B. „Das hier ist der beste Ort mit der besten Medizin für deinen Papa“). Es empfiehlt sich, auf Verneinungen zu verzichten (z. B. „Die Nieren sind krank“ anstatt „Die Nieren funktionieren nicht mehr“) sowie positive Formulierungen für potenziell kritische Situationen zu finden (z. B. „Wenn die Maschinen piepen, weiß das Personal ganz genau, was es machen muss“).

Unter Berücksichtigung seines Vorwissens sollte das Kind über die folgenden Punkte informiert werden:

- Verletzungen bzw. Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten
- Gegenwärtiger Zustand
- Medizinische Maßnahmen
- Räumlichkeiten, Intensivbett, Gerätschaften
- Stationsabläufe und Tagesstruktur
- Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen.

Dabei ist die Reihenfolge dieser Punkte flexibel. Die begleitende Person sollte sich am Erkrankungsbild (Stichwort: Relevanz!) und am Wissensdurst des Kindes orientieren (Brauchle et al. 2018). Eine Informationsüberflutung ist unbedingt zu vermeiden.

### Informationen zu Verletzungen bzw. zur Erkrankung

Um die Verletzungen bzw. die Erkrankung zu beschreiben, können verschiedene Materialien genutzt werden, z. B. Sach- und Bilderbücher, Broschüren, Spiele, kindgerechte Videos und Filme oder Kinder-Arztkoffer. Einfach gehaltene Erklärungen sind sinnvoll. Bei Jugendlichen könnte z. B. eine mögliche Erklärung der hepatischen Enzephalopathie folgendermaßen lauten: „Der regelmäßige und hohe Alkoholkonsum eurer Mutter hat ihre Leber sehr geschädigt. Die Leber sorgt z. B. dafür, dass verschiedene Giftstoffe aus dem Körper gefiltert werden. Wenn die Leber diese Aufgabe nicht mehr übernehmen kann, reichern sich diese Schadstoffe im Körper an, auch im Gehirn. Das führt dazu, dass eure Mutter gerade Schwierigkeiten hat, zu sprechen oder auch oft Dinge hört oder sieht, die gar nicht da sind (Halluzinationen).“

### Beschreibung des gegenwärtigen Zustands der erkrankten Person

Das Kind sollte auf den gegenwärtigen Zustand der Patientin bzw. des Patienten vorbereitet werden, vor allem über das möglicherweise veränderte Aussehen (rasierter Kopf, Ödeme, Drainagen, kein Make-Up etc.) und/oder Verhalten (Delir etc.). Bei wissbegierigen Kindern kann zudem erklärt werden, bei welchen körperlichen Funktionen die erkrankte Person gerade Unterstützung benötigt (Atmung, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung). Beispielhaft könnte einem Kind erklärt werden: „Die Haut und die Augen eurer Mutter sehen gerade gelb aus, weil ein bestimmter Giftstoff durch die Leber nicht abgebaut werden kann.“

### Erklärung der medizinischen Maßnahmen (z. B. Beatmung, Dialyse)

Medizinische Maßnahmen sollten möglichst kindgerecht erklärt werden, z. B.: „Dein Körper ist ein Wunderwerk. Er arbeitet ununterbrochen und macht nie Pause. Auch wenn du schläfst, arbeitet dein Körper und sorgt dafür, dass alle Organe gut funktionieren und zusammenarbeiten. Deine Nieren sorgen z. B. dafür, dass bestimmte Stoffe, die dein Körper nicht mehr benötigt, über dein Pipi/deinen Urin ausgeschieden werden. Die Nieren deiner Mama sind gerade krank und können deshalb diese Stoffe nicht mehr ausscheiden. Sie brauchen gerade Hilfe durch eine bestimmte Maschine.“

### Erläuterung der Räumlichkeiten, des Intensivbetts und der Geräte

Sinnvoll ist, das Kind vor dem Besuch auf die Umgebung der Intensivstation vorzubereiten. Hilfreiche Materialien sind z. B. das Malbuch „Kinder zu Besuch auf der Intensivstation“ ([https://www.mri.tum.de/sites/default/files/seiten/malbuch\\_kinder\\_intensivstation.pdf](https://www.mri.tum.de/sites/default/files/seiten/malbuch_kinder_intensivstation.pdf)) oder das Pixibuch „Emma besucht die Intensivstation“ (Karutz 2019). Auch können selbsterstellte Bilder des Intensivpflegeplatzes zur Vorbereitung genutzt werden. Eine weitere Möglichkeit ist, dass sich die begleitende Fachperson zusammen mit dem Kind vor dem Besuch einen leeren Intensivpflegeplatz anschaut.

Neben der visuellen Beschreibung der Umgebung sollten zudem olfaktorische und akustische Reize beschrieben werden, z. B. „Dein Papa hat gerade ganz viel Flüssigkeit in seinem Körper. Ein Teil der Flüssigkeit ist in der Lunge und damit kann er nicht gut atmen. Deshalb hat dein Papa ein Gerät, welches die Flüssigkeit aus der Lunge saugt. Das macht manchmal schlürfende Geräusche.“

### Erklärung der Stationsabläufe und der Tagesstruktur

Um das Kind mit der Situation auf der Intensivstation vertraut zu machen, sollte der Tagesablauf kindgerecht erklärt werden, z. B.: „Jetzt ist es 16 Uhr. Um diese Uhrzeit werden normalerweise Medikamente gegeben. Das Personal ist immer bei deiner Mama, auch nachts. Einmal am Tag schaut auch das ganze Team von Ärzt:innen, Pflegekräften und Therapeut:innen nach deiner Mama, um zu überlegen, was der Körper deiner Mama noch braucht, damit es ihr bald wieder besser geht.“

### Beschreibung der Aufgaben der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen

Das Kind sollte über die unterschiedlichen Berufsgruppen auf einer Intensivstation wie Ärzt:innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut:innen und Logopäd:innen sowie ihre Aufgaben bei der Versorgung der erkrankten Person informiert werden. Dem Kind könnte z. B. erklärt werden: „Das ist Anne, die Logopädin deiner Mutter. Anne übt mit deiner Mutter Mund- und Gesichtsbewegungen, damit deine Mama bald wieder selbst essen kann.“

## 8.4 Den Besuch von Kindern vorbereiten, begleiten und nachbereiten

Anja Gerlach, Christian Heyd, Guido Michels, Marina Ufelmann

**Empfehlung 4: 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.**

Ein geplanter Kinderbesuch ist verbindlich. Eine Person des Behandlungsteams ist verantwortlich für die Begleitung des Kinderbesuchs. Diese Person bereitet gemeinsam mit dem interprofessionellen Team die Räumlichkeiten für den Kinderbesuch vor. Alarmgrenzen sind zu optimieren, unnötige Medizingeräte zu entfernen, Beschäftigungsmaterialien vorzubereiten und das Patientenbett wird ggf. auf ein passendes Niveau eingestellt. Der Blick auf andere Patient:innen ist möglichst zu verhindern, z. B. durch Trennwände, und die Wartezeit vor der Tür der Intensivstation ist möglichst kurz zu halten.

Die den Besuch begleitende Person begrüßt das Kind und stellt sich vor. Das Kind wird in einem Gespräch über die erkrankte Person kindgerecht informiert (s. Punkt 7.3). Die begleitende Person holt erneut die Zustimmung zum Besuch ein. Stimmt das Kind zu, werden die Hygienemaßnahmen umgesetzt und anschließend wird das Kind auf dem Weg zum Intensivpflegeplatz begleitet. Die Person aus dem Behandlungsteam leitet das Kind in der Berührung des erkrankten Menschen an. Sie ist jederzeit für das Kind ansprechbar, beantwortet Fragen und bietet Beschäftigungsmöglichkeiten an. Das Kind entscheidet zu jedem Zeitpunkt, was es will. Für die Verabschiedung von dem erkrankten Angehörigen sollte dem Kind ausreichend Zeit gegeben werden.

Nach dem Besuch begleitet die Person das Kind und die Eltern/Bezugsperson hinaus und ermutigt beide, sich über den Besuch auszutauschen. Eine Nachbesprechung mit dem Kind wird angeboten; sie ist optional und hängt vom Bedürfnis des Kindes ab. In der Nachbesprechung mit der elterlichen Bezugsperson werden offene Fragen geklärt, über Anzeichen kindlicher Belastung sowie förderliche elterliche Verhaltensweisen informiert (auch im Vorgespräch möglich). Auch bietet die begleitende Person Unterstützung durch Psycholog:innen und/oder Seelsorger:innen für die Zeit nach dem Besuch an, vor allem bei Sterbebegleitungen. Äußert das Kind von sich aus oder auf Nachfrage den Wunsch, die Patientin bzw. den Patienten erneut zu besuchen, wird ein weiterer Besuch mit der elterlichen Bezugsperson geplant. Jeder Kinderbesuch sollte im interprofessionellen Team nachbesprochen und dokumentiert werden.

## 8.5 Psychosoziale Unterstützung anbieten

Teresa Deffner, Cynthia Pönicke

**Empfehlung 5: 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.**

In Abhängigkeit der Versorgungsstufe der Klinik können unterschiedliche personelle Ressourcen beratend eingebunden werden, um die Eltern/Bezugspersonen sowie das

Fachpersonal zu informieren und die betroffenen Kinder zu unterstützen. Dazu sollte eine offizielle Kooperationsvereinbarung mit den Fachkräften bestehen, um eine systematische Unterstützung zu gewährleisten.

### **Klinikinterne psychosoziale Unterstützung**

- Psycholog:innen sowie Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen
- Palliative Care Fachkräfte und Palliativmediziner:innen sowie Kinderpalliativmediziner:innen
- Kinderschutzbeauftragte bzw. Mitglieder der Kinderschutzgruppe
- Seelsorger:innen
- Hausinterne Kriseninterventionsteams.

### **Klinikexterne psychosoziale Unterstützung**

- Grundsätzlich können sich Eltern in allen Erziehungsfragen wohnortbezogen von Erziehungsberatungsstellen unterstützen lassen. Hier erfolgt eine in der Regel kostenfreie Beratung von Eltern/Bezugspersonen und betroffenen Kindern.
- Thematische altersspezifische Beratung zu den Themen schwere Erkrankung, Sterben und Tod leisten speziell ausgebildete Hospizkoordinator:innen. Diese sind aber nicht überall verfügbar (eine spezifische Suche ist im Internet möglich). Hier erfolgt eine in der Regel kostenfreie Beratung von Eltern/Bezugspersonen und betroffenen Kindern, auch im Rahmen einer nachsorgenden Trauerbegleitung.
- Niedergelassene Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen können das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen feststellen und behandeln. Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer von den Krankenkassen finanzierten ambulanten Psychotherapie.
- Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bieten eine intensiverte, stationäre Versorgung bei behandlungsbedürftigen psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen an. Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer von den Krankenkassen finanzierten stationären Psychotherapie.

- Die Notfallseelsorge ist ein bundesweites ökumenisches Angebot der Kirchen für alle Menschen unabhängig von Konfession und Religion. Notfallseelsorgende unterstützen in Krisensituationen in der Regel in einem einmaligen, teilweise aber auch in mehrmaligen, stabilisierenden Kontakten. Sie werden in der Regel über die Rettungsleitstelle des jeweiligen Ortes alarmiert.
- Externe Kriseninterventionsteams agieren wie die Notfallseelsorge bundesweit und können ebenso in der Regel über die Rettungsleitstelle des jeweiligen Ortes alarmiert werden.
- AETAS Kinderstiftung – Die Fachkräfte der Stiftung informieren, beraten und begleiten Kinder sowie Eltern/Bezugspersonen während und nach Krisensituationen. Zudem können sich Fachkräfte über spezifische Themen informieren und beraten lassen. Die AETAS Kinderstiftung ist bundesweit telefonisch erreichbar und kann regional in passende Hilfsstrukturen weitervermitteln.

## 8.6 In palliativen Situationen besonders begleiten

Birga Gatzweiler, Heiner Melching, Andreas Schäfer

**Empfehlung 6: 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.**

Kinder gehen unterschiedlich mit dem Thema Sterben um. Sie „haben ein entwicklungsabhängiges Verständnis für die Vorgänge des Lebens und eine oftmals erstaunlich pragmatische Einstellung zu Sterben und Tod. Ihre Befähigung mit Abschieden umzugehen, wächst mit unserem Zutrauen in ihre Selbstschutz- bzw. Selbsthilfestrategien und unsere Aufmerksamkeit für die kindliche Resilienz im Umgang mit existentiellen Krisen“ (Fischinger et al., S. 49, in: Fegg et al. 2012).

Damit Kinder den Tod auf einem vergleichbaren Niveau wie Erwachsene verstehen können, wird der Erwerb einzelner Subkonzepte vorausgesetzt, die erst in verschiedenen Altersstufen erworben werden können (vgl. Piagets Stufenmodell der kognitiven Entwicklung). Hoffmann und Strauß (1985) nennen zum Beispiel:

- Der Tod als Ende aller Funktionen
- Die Unausweichlichkeit des Todes
- Die Irreversibilität des Todes
- Die (biologische oder physikalische) Ursache des Todes
- Die Universalität des Todes.

Die jüngere Fachliteratur weist jedoch darauf hin, dass die kindlichen Konzepte zu Sterben und Tod auch davon beeinflusst werden, welche Erfahrungen das Kind bereits mit der Thematik gemacht hat und welchen religiösen Hintergrund es hat. Um dem Kind gerecht zu werden, müssen also immer Sozialisation und individuelle Erfahrungswerte berücksichtigt werden.

Die Intensivmedizin bewegt sich in Grenzsituationen des Lebens. Die Information, dass ein naher Angehöriger auf einer Intensivstation liegt, kann grundsätzlich die Frage aufwerfen, ob es sich um eine lebensbedrohliche Situation handelt. Somit können betroffene Kinder auch unabhängig von einer eindeutig palliativen Situation oder einer Therapiezieländerung mit den Themen Sterben und Tod konfrontiert sein.

Orientiert an den Grundsätzen von Dietrich Niethammer (2008) sollte schwer erkrankten Kindern mit der Haltung von Wahrheit und Wahrhaftigkeit begegnet werden. Ganz besonders im Bereich der spezialisierten ambulanten (pädiatrischen) Palliativ-Versorgung wird seit Jahren dieser Ansatz auch auf Kinder als Angehörige übertragen. Sie benötigen alters- und entwicklungsgemäße Erklärungsmodelle, für das, was sie in ihrem (sozialen) Umfeld wahrnehmen. Kindern ist zuzutrauen – so der allgemeine Konsens –, sich damit auseinanderzusetzen, dass nach einer Phase, in der alles versucht wurde, um einen Menschen zu heilen, nun eine Zeit kommt, in der sich die schwer erkrankte Person auf das Sterben vorbereitet bzw. vorbereitet wird.

Für Kinder kann in einer solchen Situation das Bild hilfreich sein, dass es für jeden Menschen etwas Einzigartiges gibt, das beim Sterben den Körper verlässt. Gespräche und kreative Methoden können dazu einladen, Fragen zu stellen und möglichst zusammen mit den emotionalen Fürsorgepersonen Antworten zu erdenken. Hierbei benötigen Kinder weniger gut gemeinte Erklärungen und Beschönigungen als vielmehr einen offenen Dialog auf Augenhöhe, damit sie ihre eigenen tragfähigen Vorstellungen entwickeln können.

Niemand weiß, was Bewusstlosigkeit, Sterben oder Tod bedeutet. Die Eltern/Bezugspersonen bzw. begleitenden Personen müssen Kindern also nicht alles erklären, sondern können mit ihnen in einen gleichberechtigten Dialog treten. Fantasie spielt dabei eine große Rolle – und damit sind Kinder in der Regel besser ausgestattet als Erwachsene. Zuhören sowie Sorgen und Ängste wahrnehmen, ist im Sinne emotionaler Unterstützung meistens wichtiger als eine rein kognitive Herangehensweise.

Speziell in der Besuchssituation bei palliativen Patient:innen ist eine Nachbereitung unverzichtbar. In diesem Gespräch sollten auch kindliche Ideen und Vorstellungen, z. B. zu Schuld und Vermeidbarkeit, gehört und bearbeitet werden. Inwieweit Kinder beim Ausschalten von lebensunterstützenden Maschinen anwesend sein sollten, muss im Einzelfall erörtert werden. In jedem Fall sollte die Möglichkeit hierzu in Betracht gezogen werden.

### Hilfreiche Angebote für Kinder

Letze-Hilfe-Kurse für Kinder	<a href="https://www.kids.letztehilfe.info/">https://www.kids.letztehilfe.info/</a>
Kinder Krebskranker Menschen/Flüsterpost	<a href="https://kinder-krebskranker-eltern.de/">https://kinder-krebskranker-eltern.de/</a>
Übersicht regionaler Unterstützungsangebote	<a href="https://kinder-krebskranker-eltern.de/wp-content/uploads/2019/01/Verzeichnis-bundesweiter-Angebote-f%C3%BCr-Kinder-krebskranker-Eltern-Stand-Juli-2016-www.dapo-ev.de_.pdf">https://kinder-krebskranker-eltern.de/wp-content/uploads/2019/01/Verzeichnis-bundesweiter-Angebote-f%C3%BCr-Kinder-krebskranker-Eltern-Stand-Juli-2016-www.dapo-ev.de_.pdf</a>

## 8.7 In Notfallsituationen eine kindgerechte Begleitung ermöglichen

Guido Michels, Tim Johnen

**Empfehlung 7: 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.**

Die Notaufnahmen in Deutschland übernehmen zunehmend eine dominante Rolle im Gesundheitswesen. Während es sich bei den ambulanten Notfallpatient:innen vorwiegend

um traumatologische Patient:innen handelt, bedürfen nicht-traumatologische Patient:innen meist einer stationären Behandlung (Gries et al. 2022). 25 % aller Fälle in der Notaufnahme sind kritisch kranke Patient:innen (Jayaprakash et al. 2020). Davon sind zwei Drittel nicht-traumatologische Schockpatient:innen und ein Drittel traumatologische Patient:innen (Piagnerelli et al. 2009; Bernhard et al. 2018). Die meisten Patient:innen, die eine Schockraumversorgung benötigen, werden über die Notaufnahme primär versorgt, bevor sie entsprechend weiterversorgt werden (Bernhard et al. 2022).

Da die Mortalitätszahlen von Schockpatient:innen denen von kardiovaskulären Intensivpatient:innen (10–30 %) entsprechen (Zobel et al. 2012; Yosha et al. 2021), müssen sich die Behandlungsteams in Notaufnahmen auch mit den Themen Sterben und Ad-hoc-Angehörigenbetreuung beschäftigen. Bedingt dadurch, dass die Zahlen der Kindernotfälle ebenfalls angestiegen sind (Löber et al. 2019), haben sich einige Notaufnahmen bereits mit der Betreuung von Kindern als Patient:innen und Angehörige intensiver beschäftigt.

Dazu sind kinderfreundliche Warteräume (u. a. Integration einer Spielecke) geschaffen worden, es gibt „Tröster-Teddybären“ und es wird eine kindgerechte Gesprächsführung praktiziert. Insgesamt hat der Stellenwert einer patienten- und familienzentrierten Kinderbetreuung in den Notaufnahmen deutlich zugenommen (Dudley et al. 2015). Dennoch ist die Betreuung von Kindern als Angehörige von Notfallpatient:innen nicht immer einfach umzusetzen. In Notaufnahmen müssen oftmals Ad-hoc-Entscheidungen getroffen werden und die Belastungen des Behandlungsteams haben deutlich zugenommen (Pin et al. 2022). Die idealen Voraussetzungen bzw. vorbereitenden Maßnahmen (z. B. Planungsphase) sind somit in Notfallsituationen bzw. im Schockraum nicht immer gegeben. Eine Nachbesprechung sollte daher stets angeboten werden.

Eine Ad-hoc Betreuung in Situationen, in denen die Vorbereitungszeit fehlt, kann mithilfe eines vereinfachten Algorithmus, der als Checkliste dient, erfolgen.

### **Vorschlag für eine Checkliste Kindernotfallbetreuung**

Die nachfolgende Checkliste bildet inhaltlich das Vorgehen des Algorithmus in Punkt 8 ab, ist aber für Situationen adaptiert, in denen Planung und Durchführung des Besuches auch ohne vorherige Ankündigung bzw. Planungsphase unmittelbar stattfinden, z. B. bei Verabschiedungen in der Notaufnahme.

### Minimale Planungsgrundlage:

- Informationen zum sozialen Umfeld der Patientin bzw. des Patienten einholen (primäre Ansprechperson)
- Informationen zur Beziehung zwischen Patient:in und Kind einholen
- Besuchswunsch des Kindes erfragen
- Den Eltern/Bezugspersonen Informationen zur Durchführung und Nachbesprechung eines Kinderbesuchs vermitteln

### Besuchsvorbereitung:

- Dem Kind Informationen zum Krankheitsbild, ggf. zum Tod, vermitteln
- Das Kind auf die Gegebenheiten in der Notaufnahme vorbereiten (Geräte, Hygienemaßnahmen, Anblick der Patient:in)

### Durchführung:

- Warten vermeiden, d. h. der Zeitpunkt des geplanten Besuchs sollte idealerweise eingehalten werden
- Jedes Kind zu jedem Zeitpunkt entscheiden lassen, was es will
- Umgebung kindgerecht gestalten (z. B. Nachbarpatient:in abschirmen, ansehnliche Umgebung, Geräuschkulisse minimieren)
- Die Eltern/Bezugspersonen (meist Familienmitglieder) begleiten das Kind kontinuierlich
- Bei Fragen altersentsprechend und ehrlich antworten
- Mitglieder des interdisziplinären Teams steuern den Besuch und sorgen für einen sicheren Rahmen für alle Beteiligten

### Nachbereitung:

- Eine Nachbesprechung anbieten: Erfahrungen von Kind und Eltern/Bezugspersonen erfragen und einen Kontakt für die Nachbetreuung vermitteln
- Das Angehörigengespräch dokumentieren.

## 8.8 Führen – den richtigen Rahmen für den Kinderbesuch schaffen

Alexander Brinkmann, Teresa Deffner, Rolf Dubb, Christian Heyd, Arnold Kaltwasser, Sabrina Pelz

**Empfehlung 8: 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.**

### Rahmenbedingungen und Führung

Die wichtigsten Ziele im Kontext von Führung sind: für Ziele sorgen, organisieren, entscheiden, kontrollieren, Menschen entwickeln und fördern (Malik 2012). In diesem Sinne benötigt es für die Etablierung von Kinderbesuchen auf Intensivstationen und in Notaufnahmen eine zielgerichtete und konsequente Unterstützung durch die Krankenhausleitung. Nur so können einheitliche Rahmenbedingungen für den Besuch von Kindern geschaffen werden, die für das gesamte Krankenhaus gelten.

Hierfür kann es sinnvoll sein, eine Projektgruppe zu initiieren, die – ähnlich wie im Zertifikat „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ vorgeschlagen – konkrete Ziele der Angehörigenversorgung bezogen auf Kinder benennt (inhaltliche Konkretisierung s. Punkte 7.2 und 7.3). Die Vorschläge der Projektgruppe sollten stationsübergreifend umgesetzt und durch die Leitung des Krankenhauses unterstützt werden.

Eine wichtige Rahmenbedingung für die Implementierung und vor allem Aufrechterhaltung von Kinderbesuchen ist die kontinuierliche Schulung von Mitarbeiter:innen. So kann erreicht werden, dass diese sensibilisiert und motiviert werden (s. Punkt 9). Daraus sollte eine gemeinsam geteilte unterstützende Haltung gegenüber Kinderbesuchen als weitere notwendige Rahmenbedingung entstehen.

Nicht immer sind alle Rahmenbedingungen vorhanden oder können zeitnah umgesetzt werden, z. B. bauliche Veränderungen. Empfehlenswert ist daher eine Priorisierung und Festlegung der mindestens in dem jeweiligen Krankenhaus erforderlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Kinderbesuchen.

## Teamaspekte

Besuche von Kindern werden vom Personal sehr unterschiedlich eingeschätzt und dementsprechend wahrgenommen sowie bewertet (Valls-Matarín et al. 2020; Knutsson & Bergbom 2007; Ewens et al. 2021). Das psychische Wohlbefinden des Kindes wird vom Personal als ein Grund genannt, der gegen einen Besuch sprechen kann (Desai et al. 2020). Weniger bekannt ist allerdings über die psychische Belastung des Personals im Kontext von Kinderbesuchen. Ein bestehendes Informationsdefizit bezogen auf Besuchssituationen mit Kindern ist evident (Vint 2005) und kann zum fachlichen Überforderungserleben bei der Begleitung von Kinderbesuchen führen. Eigene Unsicherheit und das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung werden von Pflegenden berichtet (Knutsson et al. 2017). Sie sollten bei der Implementierung einer Standard Operation Procedure (SOP) sowie in Schulungskonzepten unbedingt Berücksichtigung finden.

Neben Informationsübermittlung ist auch die Reflexion eigener Erfahrungen mit schwerer Erkrankung, Tod, Hilflosigkeit und Verlust sowie das Erleben der Perspektive des Kindes in diesem Zusammenhang essentielle Grundlage für eine professionelle Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Kinderbesuchen (vgl. hierzu z. B. die Curricula des Deutschen Hospizverbandes und der Deutschen Kinderhospizakademie). Es ist dabei zentrale Führungsaufgabe, das Personal durch Schulung sowie Bildung einer geteilten fachlichen Haltung zur Integration von Kindern auf Intensivstationen zu befähigen. Die Reflexion der eigenen fachlichen und persönlichen Haltung bezogen auf die Thematik und deren Weiterentwicklung jedoch ist kontinuierliche Aufgabe für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams.

## 8.9 Qualitäts- und Risikomanagement einbinden

Alexander Brinkmann, Magdalena Hoffmann, Marie-Madlen Jeitziner, Arnold Kaltwasser, Julian Rudolph, Andreas Schäfer

**Empfehlung 9: 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.**

Der Besuch von Kindern auf der Intensivstation bedeutet eine besondere Herausforderung und sollte im interprofessionellen Team besprochen und geplant werden. Für ein transparentes und erfolgreiches Vorgehen sind zum einen die potenziellen Risiken für alle Betroffenen zu analysieren, zu bewerten und zu bearbeiten. Zum anderen können die Qualitätsindikatoren der DIVI (DIVI, 2022) hilfreich bei der Umsetzung und Realisierung einer vorbildlichen Prozessqualität sein. Hier sind vor allem die Qualitätsindikatoren I und VIII von besonderer Bedeutung, die für den Besuch von Kindern mit zu berücksichtigen sind.

**Qualitätsindikator I.** Tägliche interprofessionelle klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen. Das Qualitätsziel: Durchdringung des täglichen Ablaufs auf einer Intensivstation mit vorgegebenen Tageszielen und Durchführung einer interprofessionellen Visite.

**Qualitätsindikator VIII.** Strukturierte, klare und wiederholte Information und Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen. Qualitätsziele:

- Verbesserung der Information und Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen und Dokumentation von strukturierten Gesprächsinhalten
- Vermeiden von Posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und Ängsten bei Angehörigen und Patient:innen selbst
- Vermeiden von ethischen Konflikten und Belastungen des Personals.

In einer strukturierten Kommunikation mit den Bezugspersonen der Kinder gilt es, den Besuch bei den Patient:innen vorzubereiten. Im Rahmen dieses vorbereitenden Gespräches müssen auch potenzielle Risiken wie zum Beispiel Überforderung bzw. Traumatisierung für das Kind oder den zu Besuchenden sowie der Stationsablauf angesprochen werden (s. Punkt 7.2 und 7.4) (Hoffmann et al. 2021; Clarke & Harrison 2001).

Sind alle Beteiligten davon überzeugt, dass ein solcher Krankenbesuch auf der Intensivstation für alle Beteiligten, inklusive des Kindes, wichtig, wertvoll und hilfreich ist, kann dieser strukturiert geplant und umgesetzt werden. Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB, z. B. durch eine relevante psychische Belastungssituation im Rahmen des Besuchs, gilt es nach bestem Wissen und Gewissen zu verhindern. Relative Kontraindikationen wie z. B. die Ablehnung des Besuchs durch das Kind, den Patienten oder die Bezugspersonen sind transparent zu besprechen. Eine subtile und empathische Wahrnehmung aller beteiligten Personen und Berufsgruppen ist dazu unerlässlich. Da psychische Belastungssituationen auch

verspätet auftreten können, ist ein Follow-up des Besuchs anzustreben und im Rahmen der Evaluation zu integrieren.

Der Kinderbesuch sollte als Tagesziel formuliert und nachvollziehbar dokumentiert werden (s. Punkt 7.1), ebenso wie das Angehörigengespräch mit den Bezugspersonen. Alle dokumentierten Informationen sollten konsistent, für Laien verständlich, akkurat, objektiv und sachlich sein. Zusätzliche Elemente wie Zufriedenheitsmessungen (Patient:innen, Angehörige, Stationsteam), Dokumentation von Zwischenfällen bzw. Beinahe-Zwischenfällen und Intensivtagebücher stellen eine strukturierte, nachvollziehbare Kommunikation sicher und tragen dazu bei, die Fehlerhäufigkeit auf allen Ebenen relevant zu senken.

Im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagement ist eine SOP (Standard Operating Procedure) zu erstellen, um die gewünschte Qualität der Besuche und Prozesse festzulegen. Diese SOP ist regelmäßig an die tatsächlichen Ressourcen (personell und fachlich) der Abteilung anzupassen. Schriftliches Informationsmaterial ist ebenfalls nach internationalen Qualitätskriterien zu verfassen und mit der Zielgruppe zu testen und regelmäßig zu evaluieren.

## 8.10 Den Kinderbesuch und Angehörigengespräche dokumentieren

Teresa Deffner, Lars Krüger

**Empfehlung 10: 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.**

Die Dokumentation rund um den Kinderbesuch muss in der Akte dauerhaft und für alle Berufsgruppen sichtbar sein. Es sollten folgende Aspekte dokumentiert werden:

### Anamnese zu wichtigen Bezugspersonen

Die wesentlichen Bezugspersonen sollten innerhalb der ersten 5 Tage als Teil einer umfassenden ärztlichen (Karp et al. 2019) und pflegerischen Anamnese (PfIBG 2017; Ward et al. 1994) erhoben werden. Auch sollten die soziale Eingebundenheit bzw. die wichtigsten sozialen Kontakte der kritisch erkrankten Person erfasst werden.

### Gesprächsangebote

Alle Gespräche und alle Gesprächsangebote, die den Einbezug und den Besuch von Kindern betreffen, sollten dokumentiert werden (Brauchle et al. 2018; Karp et al. 2019; Ward et al. 1994).

### Planung des Kinderbesuchs

Die Planung des Kinderbesuchs sollte als Tagesziel formuliert und dokumentiert werden (s. Punkt 7.1) (Karp et al. 2019; PfIBG 2017). Die Dokumentation sollte umfassen:

- Voraussetzung für den Kinderbesuch
- Vereinbarte Besuchszeit
- Vereinbarte Ansprechperson für Bezugsperson und Kind auf der Intensivstation.

### Durchführung des Kinderbesuchs

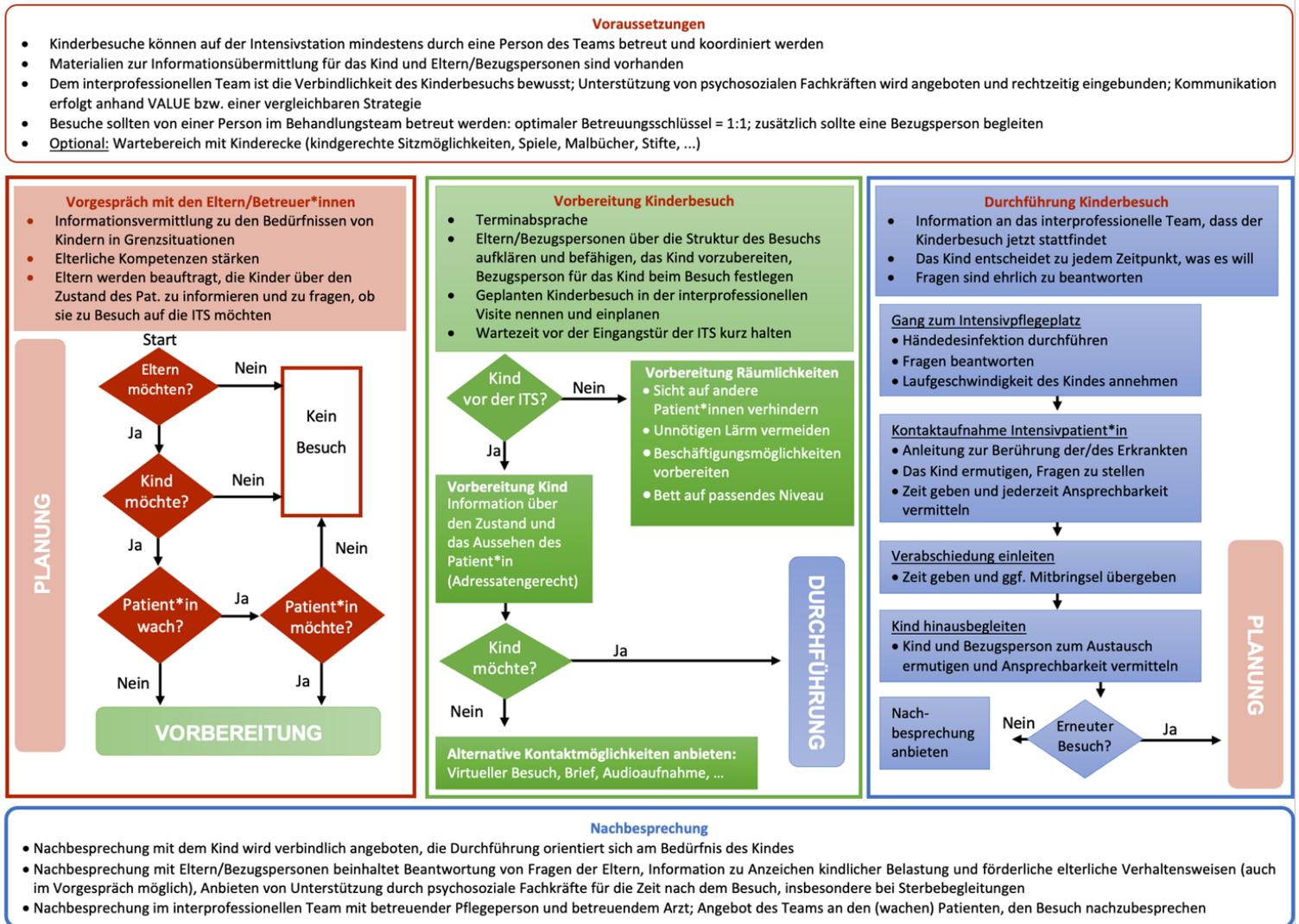
Folgende Aspekte rund um den Kinderbesuch sind zu dokumentieren (DIVI 2022; PfIBG 2017):

- Anwesende Bezugsperson und besuchendes Kind
- Verhalten des Kindes und verbale Äußerungen am Patientenbett (Beschreibung durch Pflegeperson bzw. vereinbarte Ansprechperson)
- Vereinbartes weiteres Procedere hinsichtlich künftiger Besuche.

## 9 Algorithmus

Peter Nydahl, Sabrina Pelz, Marina Ufelmann

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.



## 10 Empfohlene Schulungsmaßnahmen für Personal

Anja Gerlach, Christian Heyd, Lars Krüger, Julian Rudolph

Gesundheitseinrichtungen, die den Besuch von Kindern als Angehörige ermöglichen möchten, sollten im Vorfeld edukative Maßnahmen für das Personal durchführen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Schulungsangebote fokussieren sich hierbei auf das interprofessionelle Personal auf Intensivstationen, pädiatrischen Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen.

Pflegende, ärztlicher Dienst und nicht medizinisches Personal sowie alle Stakeholder:innen im direkten Umfeld der Station/Ambulanz sollten zum Einbezug von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv- und Notfallmedizin informiert und geschult werden. Die Teilnahme an Schulungen sollte auch den Mitarbeiter:innen ermöglicht werden, die sich in Ausbildung befinden. Denn – gerade in der Ausbildung wie auch im Studium – wird der Umgang mit Kindern als Angehörigen oft lückenhaft abgehandelt (Bensch & Heyd 2020; Rainer 2012). Darüber hinaus ist die separate Edukation von Familien der betroffenen Kinder hilfreich. Die hier vorgestellten Schulungsmaßnahmen konzentrieren sich jedoch vorrangig auf die Zielgruppe medizinisches Personal, vor allem Pflegende.

Als edukative Maßnahmen sind zu empfehlen:

### (Tages-) Workshops und Trainings

Zum Thema Einbindung von Kindern als Angehörige können (Tages-) Workshops oder Trainings in den Einrichtungen angeboten werden. Diese sind geeignet, damit Mitarbeiter:innen sich systematisch Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen aneignen können (Goldstein & Ford 2002). Darüber hinaus ist eine curriculare Einbettung in berufsspezifische Aus- und Weiterbildungen sowie Studiengänge anzustreben (Bensch & Heyd 2020). Als didaktische Methode wird der Einsatz von sog. Fallarbeit empfohlen.

Ein (Tages-) Workshop oder Training kann in Form eines Seminars außerhalb des Arbeitsplatzes, in Aus- und Weiterbildung oder im Studium stattfinden. Hier können die Teilnehmenden für den Besuch von Kindern sensibilisiert und geschult werden. Beispielsweise besteht die Möglichkeit, sich in einer Gruppe (auch interprofessionell) mittels Fallarbeiten intensiv mit der Thematik auseinanderzusetzen (Kauffeld 2016). Das in der Pflegebildung häufig angewendete Konzept der Fallarbeit dient dem Erwerb des hermeneutischen

Fallverstehens, das Pflegende zum Umgang mit komplexen Situationen befähigt (Dütthorn et al. 2018). Ziel ist es, reale Berufssituationen interaktiv nachzustellen und Handlungssicherheit im Berufsalltag zu fördern (Feilhuber 2018). In der Fallarbeit werden konkrete Pflegesituationen vor dem Hintergrund theoretischer Erkenntnisse und organisatorischer Rahmenbedingungen einer Lösung zugeführt. Erfolgt dies im Setting der Fallbesprechung, bilden die Erfahrungen der Beteiligten eine weitere Grundlage. Das Ziel ist, die Problemlösungsfähigkeit der Handelnden zu fördern und die pflegerischen Kernkompetenzen zu stärken (Schrems 2019).

Den Teilnehmenden soll auf diese Art ein Perspektivenwechsel im Hinblick auf Familie als System und die Situation von Kindern als Angehörige ermöglicht werden. In kurzen Lehrvorträgen können z. B. Inhalte zu Familienzentrierter Pflege, kognitiven Entwicklungsstadien von Kindern, Gesundheits- und Krankheitsverständnis von Kindern sowie der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Kinderbesuchen vermittelt werden. Dabei können Rollenspiele und virtuelle Simulationen genutzt werden, um authentische Fallszenarien darzustellen. Auf diesem Weg können sich die Teilnehmenden neue Verhaltensweisen aneignen und diese erproben, wobei das konventionelle Konzept der Fallarbeit mit moderner Technik erweitert werden kann (Dütthorn et al. 2018; Hejna & Seeling 2022; Kauffeld 2016). Simulationsbasierte Edukationsmethoden haben nachweislich einen positiven pädagogischen Effekt (Kim et al. 2016).

### Kurzfortbildung

Zur Vermittlung von Kerninhalten sollten ergänzend kurze Fortbildungsveranstaltungen von 15 bis 20 Minuten innerhalb der regulären Arbeitszeit angeboten werden (De Gagne et al. 2019; Krüger, Mannebach, & Luderer 2022).

Kurze Fortbildungseinheiten innerhalb der regulären Arbeitszeit können zu einer höheren Akzeptanz führen als längere Veranstaltungen vor oder nach einem Dienst. Vor allem jüngere Generationen legen viel Wert auf eine ausgewogene Work-Life-Balance (Steckl et al. 2019). Es existieren verschiedene Methoden, um kurze Fortbildungsveranstaltungen im Praxisalltag einer Notaufnahme, IMC-Station oder Intensivstation umzusetzen (Fessele et al. 2018). Dazu gehören beispielsweise Kurzfortbildungen oder Mikroschulungen von 5 bis 20 Minuten (Fessele et al. 2018; Fischböck & Happach 2009; Zegelin et al. 2019).

Inhaltlich steht dabei der Kern eines Themas im Fokus. Gleichmaßen kann ein komplexes Thema in aufeinander aufbauenden Veranstaltungen vermittelt werden. Im Schichtdienst bietet sich dazu ein Zeitraum zu Beginn des Spätdienstes an, um möglichst viele Mitarbeiter:innen zu erreichen. Überdies gibt es einen ersten Hinweis, dass Kurzfortbildungen zu Beginn des Spätdienstes einen positiven Einfluss auf die Wissensaufnahme der Teilnehmenden haben können (Krüger, Mannebach, & Luderer 2022).

### One Minute Wonder

Im Praxisalltag sollten One Minute Wonder (OMW) in Bereichen ausgehängen werden, in denen für Mitarbeiter:innen üblicherweise eine kurze Wartezeit entsteht. Ein Wechsel von OMW sollte 14- bis 21-tägig stattfinden (Krüger et al. 2022; Krüger et al. 2021).

OMW sind Lernposter und wurden erstmals in England entwickelt (Rowlinson 2014). Das Entwicklungsteam identifizierte in einer Notaufnahme klassische Wartezeiten am Blutgasanalysegerät, an dem anschließend Lernposter im DIN-A3-Format ausgehängen wurden. Die Themen sind dabei praxisnah und so aufbereitet, dass der Inhalt innerhalb einer Minute von der lesenden Person erfasst werden kann (Rowlinson 2014).

In Deutschland wurde die Methode erstmals 2016 beschrieben. Mittlerweile setzen mehrere Einrichtungen im Gesundheitswesen OMW ein, z. B. auf Intensivstationen, IMC-Stationen und in Notaufnahmen. Ein deutschsprachiges Netzwerk wurde gegründet, das u. a. den kostenlosen Austausch von OMW zum Ziel hat. Erste Ergebnisse geben einen Hinweis, dass OMW das Lernen in der Praxis unterstützen kann. OMW wurden von Nutzer:innen positiv bewertet (Krüger et al. 2022; Krüger et al. 2021).

## 11 Literatur

Allen, L., Jones, C., Fox, A., Copello, A., Jones, N., & Meiser-Stedman, R. (2021). The correlation between social support and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 294, 543-557. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.028>

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5<sup>th</sup> ed.)*. American Psychiatric Publishing.

Andrews, C. R., & Marotta, S. A. (2005). Spirituality and coping among grieving children: A preliminary study. *Counseling and Values*, 50(1), 38-50. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2005.tb00039.x>

Anzoletti, A. B., Buja, A., Bortolusso, V., & Zampieron, A. (2008). Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(6), 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.04.004>

Arruda-Colli, M. N., Weaver, M. S., & Wiener, L. (2017). Communication about dying, death, and bereavement: a systematic review of children's literature. *Journal of palliative medicine*, 20(5), 548-559. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0494>

Badanta, B., Rivilla-García, E., Lucchetti, G., & de Diego-Cordero, R. (2022). The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 348-366. <https://doi.org/10.1111/nicc.12645>

Bell, M. F., Bayliss, D. M., Glauert, R., & Ohan, J. L. (2019). Developmental vulnerabilities in children of chronically ill parents: a population-based linked data study. *J Epidemiol Community Health*, 73(5), 393-400. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210992>

Benbenishty, J., Bennun, M., & Lind, R. (2020). Qualitative analysis of European and Middle East intensive care unit nursing death rituals. *Nursing in Critical Care*, 25(5), 284-290. <https://doi.org/10.1111/nicc.12478>

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>

Bensch, S., Heyd, C. (2020). Kinder als Besucher auf Intensivstation. Empirische Analyse zur Implementation eines Konzepts im deutschen Krankenhaus. *Das Krankenhaus*, 43(2), 146–150.

Bergersen, E. B., Larsson, M., & Olsson, C. (2022). Children and adolescents' preferences for support when living with a dying parent—An integrative review. *Nursing Open*, 9(3), 1536–1555. <https://doi.org/10.1002/nop2.1187>

Bernhard, M., Döll, S., Hartwig, T., Ramshorn-Zimmer, A., Yahiaoui-Doktor, M., Weidhase, L., ... & Gries, A. (2018). Resuscitation room management of critically ill nontraumatic patients in a German emergency department (OBSERvE-study). *European Journal of Emergency Medicine*, 25(4), e9-e17. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000543>

Bernhard, M., Kumle, B., Dodt, C., Gräff, I., Michael, M., Michels, G., ... & Pin, M. (2022). Care of critically ill nontrauma patients in the resuscitation room. *Notfall & Rettungsmedizin*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-00997-y>

Berti, D., Ferdinande, P., & Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 1060-1065. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0599-x>

BGB § 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_1666.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1666.html). 24.07.2022

Boynton, H. M., & Mellan, C. (2021). Co-Creating Authentic Sacred Therapeutic Space: A Spiritually Sensitive Framework for Counselling Children. *Religions*, 12(7), 524. <https://doi.org/10.3390/rel12070524>

Brauchle, M., & Ufelmann, M. (2022). Kinder als Angehörige. In T. Deffner, U. Janssens & B. Strauß (Eds.), *Praxisbuch Psychologie in der Intensiv- und Notfallmedizin: Konzepte für die psychosoziale Versorgung kritisch kranker Patienten und ihrer Angehörigen* (pp. 261–266). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Brauchle, M., Wildbahner, T., & Dresbach, D. (2018). „Dafür bist du (NICHT MEHR) zu klein!“ Kinder als Besucher auf Intensivstationen. *DIVI* 2018, 9, 72–78. <https://doi.org/10.3238/DIVI.2018.0072-0078>

Brauchle, M., Nydahl, P., Pregartner, G., Hoffmann, M., & Jeitziner, M. M. (2022). Practice of Family-centred Care in Intensive Care Units before the COVID-19-Pandemic: a cross-sectional analysis in German-speaking countries. *Intensive and critical care nursing*, 68, 103139. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103139>

Brinkmann, A., Braun, J. P., Riessen, R., Dubb, R., Kaltwasser, A., & Bingold, T. M. (2015). Qualitätssicherungskonzepte in der Intensivmedizin. Quality assurance concepts in intensive care medicine. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 110(8), 575–583. <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0095-y>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). ICD-11- Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Entwurfsfassung 2022. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html;jsessionid=DC840A03802F907A2F02CD95C5FBF13C.intranet672](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=DC840A03802F907A2F02CD95C5FBF13C.intranet672). 25.09.2022.

Bundeskinderschutzgesetz (2011). *Bundesgesetzblatt*, 2975-2982. [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr\\_id=%27bgbl111s2975.pdf%27%5D#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl111s2975.pdf%27%5D\\_\\_1661109467838](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl111s2975.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl111s2975.pdf%27%5D__1661109467838). 22.08.2022.

Cai, S., Guo, Q., Luo, Y., Zhou, Y., Abbas, A., Zhou, X., & Peng, X. (2020). Spiritual needs and communicating about death in nonreligious theistic families in pediatric palliative care: a qualitative study. *Palliative medicine*, 34(4), 533-540. <https://doi.org/10.1177/0269216319896747>

Centofanti, J. E., Duan, E. H., Hoad, N. C., Swinton, M. E., Perri, D., Waugh, L., & Cook, D. J. (2014). Use of a daily goals checklist for morning ICU rounds: a mixed-methods study. *Critical Care Medicine*, 42(8), 1797-1803. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000331>

Clarke, C., & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of advanced nursing*, 34(1), 61-68. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411733.x>

Cockle-Hearne, J., Reed, E., Todd, J., & Ream, E. (2020). The dying parent and dependent children: a nationwide survey of hospice and community palliative care support services. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001947>

Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>

De Gagne, J. C., Park, H. K., Hall, K., Woodward, A., Yamane, S., & Kim, S. S. (2019). Microlearning in health professions education: scoping review. *JMIR medical education*, 5(2), e13997. <https://doi.org/doi:10.2196/13997>

Delfos, M.F. (2015). „Sag mir mal...“. Gesprächsführung mit Kindern. Beltz PVU.

Desai, P. P., Flick, S. L., Knutsson, S., & Brimhall, A. S. (2020). Practices and perceptions of nurses regarding child visitation in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 29(3), 195-203. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020370>

Deutsche Kinderhospizakademie. Qualifizierter Vorbereitungskurs der Deutschen Kinderhospizakademie. Abgerufen unter: [https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/service/termine/termin/qualifizierter-vorbereitungskurs-der-deutschen-kinderhospizakademie-teil-1-4-1/#:~:text=Qualifizierter%20Vorbereitungskurs%20der%20Deutschen%20Kinderhospizakademie%20\(Teil%201%20D4\)&text=Ein%20ehrenamtliches%20Engagement%20in%20der,ist%20verpflichtend%20f%C3%BCr%20die%20Mitarbeit.27.09.2022](https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/service/termine/termin/qualifizierter-vorbereitungskurs-der-deutschen-kinderhospizakademie-teil-1-4-1/#:~:text=Qualifizierter%20Vorbereitungskurs%20der%20Deutschen%20Kinderhospizakademie%20(Teil%201%20D4)&text=Ein%20ehrenamtliches%20Engagement%20in%20der,ist%20verpflichtend%20f%C3%BCr%20die%20Mitarbeit.27.09.2022)

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (2016). Qualitäts- und Steuerungsindikatoren einer Notaufnahme als Ergänzung zu den Anforderungen und Empfehlungen zur Struktur und Organisation der Notfall- und Akutmedizin in Notaufnahmen für eine Zertifizierung nach DGINA Zert. <https://www.dgina.de/dginazert>. 27.06.2022.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2022). Peer Review. Qualitätsindikatoren Intensivmedizin (4th ed). <https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaetsversicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren>. 27.06.2022.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027I_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf)

[027I S2k Diagnostik Behandlung akute Folgen psychischer Traumatisierung 2019-10.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027I_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf). 27.9.2022.

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., Snow, S. K., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, ... & Wright, J. L. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), e255-e272. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>

Dütthorn, N., Hülsken-Giesler, M., & Pechuel, R. (2018). Game Based Learning in Nursing – didaktische und technische Perspektiven zum Lernen in authentischen, digitalen Fallsimulationen. In M. A. Pfannstiel, S. Krammer, & W. Swoboda (Eds.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV* (pp. 83-101). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-13644-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-13644-4_5)

Ewens, B., Collyer, D., Kemp, V., & Arabiat, D. (2021). The enablers and barriers to children visiting their ill parent/carer in intensive care units: A scoping review. *Australian Critical Care*, 34(6), 604-619. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.009>

Fegg, M., Gramm, J., Pestinger, M. (Hrsg.) (2012). *Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen*. Kohlhammer.

Feilhuber, M. (2018). Simulation in der Pflegeausbildung: Entwicklung und Förderung von Pflegekompetenzen durch die Methode der Simulation. *Padua*, 13(2), 129-132. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000426>

Fessele, K., Fandler, M., & Popp, S. (2018). Innovative Fortbildungskonzepte im Schichtdienst. *Intensiv- und Notfallbehandlung*, 43(3), 83-88. <https://doi.org/10.5414/ibx00524>

Fischböck, M., & Happach, R. (2009). Aufbau und Implementation eines gemeinsamen Fortbildungskonzepts der Intensivstationen am Universitätsklinikum Regensburg–

konzeptionelle Grundlagen und Projektdarstellung. intensiv, 17(02), 58-63.  
<https://doi.org/10.1055/s-0028-1109277>.

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., ... & Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946-952. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>

Giannini, A., Miccinesi, G., & Leoncino, S. (2008). Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive care medicine*, 34(7), 1256-1262.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-008-1037-4>.

Goldstein, I. L., & Ford, J. K. (2002). *Training in organizations. Needs assessment, development, and evaluation.* Wadsworth.

Gries, A., Schrimpf, A.M., von Dercks, N. (2022). Zentrale Notaufnahme – Inanspruchnahme und Ressourceneinsatz im Krankenhaus in Abhängigkeit von der Art der Zuweisung. *Dtsch Arztebl* 2022. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0276>

Guinosso, S. A., Johnson, S. B., & Riley, A. W. (2016). Multiple adverse experiences and child cognitive development. *Pediatric research*, 79(1), 220-226.  
<https://doi.org/10.1038/pr.2015.195>

Harris, P. L. (2018). Children's understanding of death: from biology to religion. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), Artikel 20170266.  
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0266>

Haug-Schnabel, G., & Bensel, J. (2017). *Grundlagen der Entwicklungspsychologie: Die ersten 10 Jahre.* Verlag Herder GmbH.

Hejna, U., & Seeling, S. (2022). Digital and virtual support in the hermeneutic case-based learning in health professional education: A systematic review. *Pflege*.  
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000861>

Hoffmann, M., Nydahl, P., Brauchle, M., Schwarz, C., Amrein, K., & Jeitziner, M. M. (2022). Angehörigenbetreuung auf Intensivstationen: Übersicht und Update. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00915-7>

Hoffmann, M., Schwarz, C. M., Schoberer, D., Gallé, F., Jabinger, E., Voithofer, C., & Sendlhofer, G. (2021). Entwicklung–Struktur, Inhalt und Sprache von Gesundheitsinformationen. In M. Hoffmann, C. M. Schwarz & G. Sendlhofer (Eds.), *Patienten und Angehörige richtig informieren* (pp. 65-147). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35274-5>

Hoffman, S. I., & Strauss, S. (1985). The development of children's concepts of death. *Death Studies*, 9(5-6), 469-482. <https://doi.org/10.1080/07481188508252538>

Houck, C. D., Rodrigue, J. R., & Lobato, D. (2007). Parent–adolescent communication and psychological symptoms among adolescents with chronically ill parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(5), 596-604. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl048>

Jatzwauk, L. (2016). Hygienestandards auf der Intensivstation. *Anästh Intensivmed* 2016, 57, 68–75.

Jayaprakash, N., Pflaum-Carlson, J., Gardner-Gray, J., Hurst, G., Coba, V., Kinni, H., & Deledda, J. (2020). Critical care delivery solutions in the emergency department: evolving models in caring for ICU boarders. *Annals of emergency medicine*, 76(6), 709-716. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.05.007>

Kaltwasser, A., Dubb, R., Krüger, L., Nydahl, P., & Pelz, S. (2020). One Minute Wonder as part of the Covid-19 Pandemic. *Pflegewissenschaft* 2nd special edition, 66–88.

Karp, J., Straß, C., & Michels, G. (2019). Children visiting as an integral part of patient-and family-centered care of adult critical care patients. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115(4), 286-291. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0541-3>

Karutz, H. (1999). KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Rettungsdienst*, 22, 1008-1012.

Karutz, H. (2015). 15 Jahre Psychische Erste Hilfe für Kinder: Jetzt helfen KASPERLES Erben. *Rettungsdienst*, 38, 254-256.

Karutz, H. (2019). *Emma besucht die Intensivstation*. Kamp Lintfort: Setpoint.

Kauffeld, S. (2016). *Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung. Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern*. Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-48130-1>

Keeley, M. P., Generous, M. A., & Baldwin, P. K. (2014). Exploring children/adolescents' final conversations with dying family members. *Journal of Family Communication*, 14(3), 208-229. <https://doi.org/10.1080/15267431.2014.908198>

Kim, J., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC medical education*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>

Knutsson, S., & Bergbom, I. (2007). Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 64-73. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00209.x>

Knutsson, S., & Bergbom, I. (2016). Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.007>

Knutsson, S., Enskär, K., & Golsäter, M. (2017). Nurses' experiences of what constitutes the encounter with children visiting a sick parent at an adult ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 39, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.09.003>

Kouni, S., Kourlaba, G., Mougkou, K., Maroudi, S., Chavela, B., Nteli, C., ... & Coffin, S. (2014). Assessment of hand hygiene resources and practices at the 2 children's hospitals in Greece. *The Pediatric infectious disease journal*, 33(10), e247-e251. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000000376>

Krüger, L., Mannebach, T., & Luderer, C. (2022). Bessere Wissensaufnahme durch Kurzfortbildungen vor dem Spätdienst statt nach dem Frühdienst? Eine Beobachtungsstudie. *Pflege*, 35(1), 23-32. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000813>

Krüger, L., Mannebach, T., Rahner, M., Timpe, F., Wefer, F., & Nydahl, P. (2022). Learning in one minute: survey of the One Minute Wonder Network. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00892-3>

Krüger, L., Mannebach, T., Wefer, F., & Bolte, C. (2021). One minute wonder—Inservice training during working hours. *HeilberufeScience*, 12(1-2), 22–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s16024-021-00349-9>

Kultalahti, T. T., & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 210-218.

Lamiani, G., Bonazza, F., Del Negro, S., & Meyer, E. C. (2021). The impact of visiting the Intensive Care Unit on children's and adolescents' psychological well-being: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, Artikel 103036. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103036>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2. Abgerufen am 06.07.2022 von [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version\\_2/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_2.2.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf)

Löber, N., Kranz, G., Berger, R., Gratopp, A., & Jürgensen, J. S. (2019). Inanspruchnahme einer pädiatrischen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed*, 22(5), 386-393. <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0462-3>

Longbottom, S., & Slaughter, V. (2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), Artikel 20170267. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0267>

Malacarne, P., Corini, M., & Petri, D. (2011). Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *American journal of infection control*, 39(10), 898-900. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.02.018>

Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 68-86. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.11.004>

Malik, F. (2012). Aufgaben wirksamer Führung. Campus Verlag Frankfurt a.M.

Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 778. <https://doi.org/10.1037/a0016945>

Memarzia, J., Walker, J., & Meiser-Stedman, R. (2021). Psychological peritraumatic risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders*, 282, 1036-1047. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.016>

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). Schutz von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor dem Eintrag von SARS-CoV-2-Viren unter Berücksichtigung des Rechts auf soziale Kontakte der Patientinnen und Patienten. Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (CoronaAVKrankenhäuser/Vorsorge/Reha/Besuche). Abgerufen am 25.09.2022 von [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/220405\\_coronaav\\_krankenhaeu ser\\_besuche.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/220405_coronaav_krankenhaeu ser_besuche.pdf)

Niethammer, D. (2008). Das sprachlose Kind: Vom ehrlichen Umgang mit schwer kranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen. Schattauer Verlag.

Perret-Clermont, A.N., Carugati, F., & Oates, J. (2004). A socio-cognitive perspective on learning and cognitive development. In Oates, J. & Grayson A. (Eds.), *Cognitive and Language Development in Children* (pp. 303–332). Open University Press.

Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2016). Emotionale Kompetenz bei Kindern (Vol. 7). Hogrefe Verlag.

Pflege e.V.: Angehörige jederzeit willkommen <http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/wp-content/uploads/Antrag-Angeh%C3%B6rigenfreundliche-Intensivstation-2.pdf>. 22.06.2022

PfIBG. (2017). Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PfIBG.pdf>. 22.08.2022

Piagnerelli, M., Van Nuffelen, M., Maetens, Y., Lheureux, P., & Vincent, J. L. (2009). A 'shock room' for early management of the acutely ill. *Anaesthesia and intensive care*, 37(3), 426-431. <https://doi.org/10.1177/0310057X0903700307>

Pin, M., Hüfner, A., Dormann, H., Jerusalem, K., Dodt, C. (2022). Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. *Dtsch Arztebl* 2022, 119, 33–34.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). Der Kreis der Sicherheit. Die klinische Nutzung der Bindungstheorie. G.P. Probst Verlag.

Pronovost, P.J., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P., Simmonds, T. & Haraden, C. (2003). Improving Communication in the ISU Using Daily Goals. *Journal of Critical Care*. 18(2), 71–75. <https://doi.org/10.1053/jcrrc.2003.50008>

Rainer, J. (2012). Child visitor, adult ICU. *Nursing Management*, 43(2), 28-31. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000410855.51862.fe>

Robert Koch-Institut (2007). Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl.* 50, 1265–1303. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0337-0>

Robert Koch-Institut (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (2016). Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsbl*, 59, 1189–1220. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2416-6>

Robert Koch-Institut (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (2021). Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl*, 64(2), 232–264. doi: 10.1007/s00103-020-03265-x

Rogge, A., Naeve-Nydahl, M., Nydahl, P., Rave, F., Knochel, K., Woellert, K., & Schmalz, C. (2021). Ethische Entscheidungsempfehlungen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus während der COVID-19-Pandemie. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 116(5), 415-420. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00805-4>

Rowlinson, J. (2014). The one minute wonder network. *The clinical teacher*, 11(5), 332-335. <https://doi.org/10.1111/tct.12160>.

S3 Leitlinie, Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Stand 27.8.2019), <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html>. 30.08.2022.

Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*, 22(2), 163-188. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00086-1](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00086-1)

Schlarb, A.A., & Stavemann, H.H. (2019). Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Methodik (2nd ed.). Beltz Verlag.

Schrems, B. (2019). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Facultas.

Shah, B. K., Armaly, J., & Swieter, E. (2017). Impact of parental cancer on children. *Anticancer research*, 37(8), 4025-4028. <https://doi.org/10.21873/anticancer.11787>

Siegler, R., Saffran, J.R., Gershoff, R.T., & Eisenberg, N. (2021). Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter (5th ed.). Springer.

Sieh, D. S., Dikkers, A. L. C., Visser-Meily, J. M. A., & Meijer, A. M. (2012). Stress in adolescents with a chronically ill parent: Inspiration from Rolland's family systems-illness model. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(6), 591-606. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9291-3>

Sieh, D. S., Visser-Meily, J. M. A., & Meijer, A. M. (2013). Differential outcomes of adolescents with chronically ill and healthy parents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 209-218. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9570-8>

Sieh, D. S., Visser-Meily, J. M. A., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2012). Risk factors for problem behavior in adolescents of parents with a chronic medical condition. *European child & adolescent psychiatry*, 21(8), 459-471. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0279-4>

Steckl, M., Simshäuser, U., & Niederberger, M. (2019). Arbeitgeberattraktivität aus Sicht der Generation Z. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 212-217. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00703-w>

Steil, R., Fischer, A., & Rosner, R. (2021). Internationale und deutsche Leitlinien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen: Ein Überblick über aktuelle Empfehlungen. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 154-163. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000343>

Thaker, P., Lee, E. K., Zhang, P., & Chanani, N. (2021). A systems approach to examine hospital-acquired infections in a paediatric CICU. *Cardiology in the Young*, 31(2), 241-247. <https://doi.org/10.1017/S1047951120003777>

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122-138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

Valls-Matarín, J., Peradejordi-Torres, R. M., Calvet-González, E., Jorge-Castillo, A., Calvo-Alonso, S., & Sandalinas-Mulero, I. (2020). Visit of minors in an intensive care unit. What is the opinion of health staff?. *Enfermería Intensiva* (English ed.), 31(2), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2019.01.003>

Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of affective disorders*, 255, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005>

Vint, P. E. (2005). An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.09.002>

VG Ansbach, Beschluss v. 04.11.2020 – AN 18 E 20.02303: Klage gegen das Verbot von Patientenbesuch. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2020-N-34333?hl=true>. 22.08.2022.

Ward, D., Tewes, J., Mitchell, S., Carvalho, M. A., Michaels, J. A., & Mahoney, P. (1994). Practical tips from clinical nurses: opinions about children visiting. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 13(3), 155-156.

Wiesemann, C (2016). *Moral Equality, Bioethics, and the Child*. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Springer.

Willemse, S., Smeets, W., Van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L., & Foudraine, N. (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care*, 57, 55-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.026>

Wincek, J. M. (1991). Promoting family-centered visitation makes a difference. *AACN Advanced Critical Care*, 2(2), 293-298. <https://doi.org/10.4037/15597768-1991-2015>

Yosha, H. D., Tadele, A., Teklu, S., & Melese, K. G. (2021). A two-year review of adult emergency department mortality at Tikur Anbesa specialized tertiary hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC emergency medicine*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00429-z>

Youngner, S. J., Coulton, C., Welton, R., Juknialis, B., & Jackson, D. L. (1984). ICU visiting policies. *Critical Care Medicine*, 12(7), 606-608. <https://doi.org/10.1097/00003246-198407000-00015>

Zegelin, A., Sunder, N., & Segmüller, T. (2019). Patientenedukation in der Pflege– Themensammlung & Unterrichtsvorschläge (Teil 2). *Padua*, 14(1), 64-70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000476>

Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 27(15-16), 3205-3224. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

Zobel, C., Dörpinghaus, M., Reuter, H., & Erdmann, E. (2012). Mortality in a cardiac intensive care unit. *Clin Res Cardiol*, 101(7), 521-524. <https://doi.org/10.1007/s00392-012-0421-9>

## 12 Das Autorenteam

### Das Kernteam

Maria Brauchle, DGKP  
Landeskrankenhaus Feldkich  
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Interdisziplinäre Intensivstation  
Feldkirch, Österreich  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Dr. Teresa Deffner  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Operative Intensivstationen  
Universitätsklinikum Jena  
Jena, Deutschland  
DIVI, Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin

Dr. Peter Nydahl  
Pflegerwissenschaft und -entwicklung  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland  
DIVI, Sektion Bewusstseinsstörungen und Koma

### Die Mitautor:innen

Prof. Dr. Sibylle Banaschak  
Institut für Rechtsmedizin  
Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Deutschland  
Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW

Prof. Dr. med. Alexander Brinkmann, MBA  
Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie  
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH  
Heidenheim, Deutschland  
DIVI, Sektion Sepsis und Infektiologie

Dr. med. Tanja Brüning  
Vestische Kinder- und Jugendklinien Datteln  
Abteilung für Medizinischen Kinderschutz und Kindergynäkologie, Datteln  
Leiterin des Standortes Datteln des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW

Svenja Dehner, Psychologin, M.Sc.  
Klinikum St. Georg gGmbH  
Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie mit Abteilung Palliativmedizin  
Operative Intensivstation  
Leipzig, Deutschland  
DIVI, Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin

Rolf Dubb B.Sc., M.A.  
Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH  
Reutlingen, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Diana Filzhofer  
KinderKrisenIntervention der AETAS Kinderstiftung  
München, Deutschland

Simon Finkeldei  
KinderKrisenintervention der AETAS Kinderstiftung  
München, Deutschland

Dr. phil. Birga Gatzweiler  
LMU Klinikum Kinderpalliativzentrum München, Campus Großhadern  
München, Deutschland  
DIVI, Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin

Anja Gerlach BScN, MScN  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Klinik für Intensivmedizin  
Hamburg, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Carsten Hermes, M.Sc.  
Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensivpflege  
Betriebswirt (IHK) im Sozial- und Gesundheitswesen  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Christian Heyd, B.Sc.  
Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen  
Universitätsmedizin Mainz  
Mainz, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Dr. Magdalena Hoffmann <sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup> Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Innere Medizin,  
Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

<sup>2</sup> Research Unit for Safety and Sustainability in Health Care, c/o Klinische Abteilung für Plastische,  
Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Univ. Klinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz,  
Österreich

<sup>3</sup> Verein Intensivstation.jetzt,

Dr. Marie-Madlen Jeitziner  
Universitätsklinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Bern (Inselspital)  
Universität Bern, Bern, Schweiz  
Verein Intensivstation.jetzt

Tim Johnen  
Klinik für Akut- und Notfallmedizin  
St.-Antonius-Hospital gGmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Deutschland  
DIVI, Sektion Ethik, DGINA

Arnold Kaltwasser, B.Sc.  
Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH  
Fachbereichsleitung Weiterbildung  
Reutlingen, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität  
Tita Kern, M.Sc.  
Fachliche Leitung  
KinderKrisenIntervention der AETAS Kinderstiftung  
München, Deutschland

Dr. med. Kathrin Knochel<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Klinikum rechts der Isar Technische Universität München  
Klinische Ethik  
München, Deutschland  
<sup>2</sup>Kinderklinik und Kinderpoliklinik Dr. von Haunersches Kinderspital  
Kinderpalliativzentrum  
LMU Klinikum  
München, Deutschland  
DIVI, Sektion Ethik

Lars Krüger, B.A., M.Sc.  
Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum  
Pflegedirektion, Projekt- und Wissensmanagement/Pflegeentwicklung Intensivpflege  
Bad Oeynhausen, Deutschland  
DIVI Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Heiner Melching  
Dipl. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Trauerbegleiter (ITA)  
Geschäftsführer  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin

Prof. Dr. med. Guido Michels  
Klinik für Akut- und Notfallmedizin  
St.-Antonius-Hospital gGmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen  
Eschweiler, Deutschland  
DIVI, Sektion Ethik, DGINA

Dr. Tilmann Müller-Wolff, M.A., RN  
Regionale Kliniken Holding, Akademie  
Ludwigsburg, Germany  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Sabrina Pelz, M.Sc.  
APN, Fachliche Leitung Intensivstation  
Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Univ.-Prof. Dr. Paul Plener  
Krankenhaus und Abteilung Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische  
Universität Wien/ Universitätsklinikum AKH  
Wien, Österreich  
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Cynthia Pönicke, Dipl.-Psych.  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin  
Bereich Pädiatrische Intensivmedizin  
DIVI, Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin

Andreas Schäfer, M.Sc.  
Asklepios Bildungszentrum Nordhessen  
Asklepios Klinik Schwalmstadt  
Schwalmstadt, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Julian Rudolph, DGKP  
Landeskrankenhaus Feldkich  
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Interdisziplinäre Intensivstation  
Feldkirch, Österreich  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Denise Schindele, M.Sc.  
Regionale Kliniken Holding, Klinikum Ludwigsburg  
RKH Akademie  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität

Dr. rer. med. Anna-Henrikje Seidlein, M.Sc., B.A., GKP <sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
<sup>2</sup>Interdisziplinär-operative Intensivstation, Zentrum für Intensiv- und Überwachungspflege  
Beide: Universitätsmedizin Greifswald  
Greifswald, Deutschland  
DIVI, Sektion Ethik

Prof. Dr. med. Arne Simon  
Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
Homburg/Saar  
Mandatsträger der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

Marina Ufelmann, cand. M.Sc. APN, B.A.  
Klinikum rechts der Isar Technische Universität München  
Pflegedirektion/Bildungszentrum  
München, Deutschland  
DIVI, Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität