

A stylized illustration of a child wearing a wide-brimmed blue hat and a matching blue suit jacket and trousers. The child has a simple, smiling face and is walking towards the right. The drawing uses thick black outlines and a limited color palette of blue and orange.

Anders als Erwachsene

*Erstellung von Info-Material
für Kinder und Jugendliche
mit chronischen Erkrankungen*

► *Grundlagen und Hilfen*

Inhalt

1.	Wozu diese Broschüre?	
	<i>Eine Einführung</i>	4
2.	Anders als Erwachsene	
	<i>Wie Kinder denken und fühlen und ihren Körper, Krankheit oder Gesundheit verstehen</i>	6
	Zielgruppe: Kinder bis ca. 2 Jahre.....	10
	Zielgruppe: Kinder von ca. 2 bis 6 Jahre.....	12
	Zielgruppe: Kinder von ca. 7 bis 11 Jahre.....	18
	Zielgruppe: Kinder und Jugendliche ab ca. 12 Jahre	23
3.	Zweckmäßig und zielgruppenorientiert	
	<i>Erstellung von Informationsmaterial</i>	26
	Die Auswahl der Zielgruppe: Enger ist besser als breit!	27
	Das Autorenteam: Die Mischung macht's!	31
	Medizinische Details: Weniger ist mehr!	33
	Thema für Eltern und Kinder: Der Alltag!	36
	Reden ist Gold: Am Anfang war das Wort.....	38
	Den Überblick behalten: Weiter mit Programm	41
	Zu guter Letzt	44
4.	Checkliste	
	10 kritische Fragen zur Überprüfung von Medien	46
5.	Mehr Informationen	
	Empfehlenswerte Schulungsprogramme und Informationsmaterialien	48
	Weiterführende Literatur	49
	Wer hilft weiter?	49

1.

Wozu diese Broschüre?

Eine Einführung

Nach Schätzungen von Experten leben in Deutschland ca. 10 % der Kinder und Jugendlichen, also fast 1,6 Millionen, mit chronischen Erkrankungen. Aus zahlreichen Untersuchungen geht hervor, dass ihre Zahl weiter zunimmt.¹

Nicht nur Eltern, auch die Kinder und Jugendlichen selbst wollen und sollen über ihre Erkrankung und die damit verbundenen ärztlichen Maßnahmen und Behandlungsmethoden informiert werden. Ein verständliches Informationsbedürfnis entsteht aus ihrem Wunsch, die neu eingetretene Situation – z. B. den Klinikaufenthalt – verstehen zu können.

Darüber hinaus hat das Kind in der Phase des Krankheitsbeginns eine natürliche Angst vor konkreten medizinischen Maßnahmen (Spritzen, Blutabnahmen, Eingriffen) und anderen möglicherweise bedrohlich erscheinenden Erfahrungen (Trennung etc.). Schließlich stellen Kinder bei (chronischen) Krankheiten wichtige Fragen nach Ursache und Verlauf ihrer Krankheit und den Einfluss auf das Alltagsleben, die es zu beantworten gilt. Sie fragen etwa: „Warum habe ich diese Erkrankung?“, „Warum brauche ich Spritzen, Infusionen, Medikamente, Inhalationen, eine lästige Diät etc.“ oder „Warum verschwindet meine Krankheit nicht mehr – die Masern im letzten Jahr gingen doch auch wieder weg?“, „Dürfen

andere Kinder nicht mehr mit mir spielen, weil meine Krankheit ansteckend ist?“ und anderes mehr.

Die Information über die Erkrankung ist noch aus einem weiteren Grund wichtig: Bei den meisten chronischen Krankheiten, die eine medizinische Therapie notwendig machen, wie bei vielen Organ- oder Stoffwechselerkrankungen, ist eine gute Behandlung nur durch entsprechende „Mitarbeit“ des Kindes möglich. Zwar sind Kindern bezüglich komplizierter Therapieschritte altersentsprechend Grenzen gesetzt, dennoch können selbst jüngere Kinder einzelne Maßnahmen durchaus eigenständig praktizieren. Kinder, die bezüglich ihrer Erkrankung über theoretisches, vor allem aber auch über entsprechendes praktisches Wissen verfügen, können:

- ▶ ihre Erkrankung besser verstehen,
- ▶ bedrohlichen Vorstellungen („Krankheit als Strafe“) objektives Wissen entgegensetzen,
- ▶ Therapiemaßnahmen teilweise selbst übernehmen und so einer „Überbehütung“ entgegenwirken,
- ▶ Verschlechterungen des allgemeinen Befindens bei Komplikationen deuten, vorbeugen und ggf. selbst behandeln (z. B. bei Asthma oder Diabetes),
- ▶ eine durch eigenverantwortliches Handeln geförderte Akzeptanz entwickeln.

「Eine gute Behandlung ist nur durch die entsprechende „Mitarbeit“ des Kindes möglich.

Diese Broschüre soll Ihnen helfen, selbst Informationsmaterial für Kinder bzw. Jugendliche und ihre Eltern, evtl. auch für wichtige Kontaktpersonen (z. B. Lehrer, Trainer oder Ausbilder) zu erstellen und dabei den Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Inhalte sollten verständlich sein und daneben auch Interesse, Lebensmut und Spaß an der Sache wecken, damit sie gerade bei den jungen Adressaten ankommen. Die Bandbreite der möglichen Informationsmaterialien reicht vom kurzen Falblatt zur Erstinformation bis hin zu umfangreichen Heften, die im Rahmen von Schulungen eingesetzt werden können.

2.

Anders als Erwachsene

*Wie Kinder denken und fühlen
und ihren Körper,
Krankheit oder Gesundheit verstehen*



„Die Kindheit ist etwas uns vollkommen Unbekanntes – mit den falschen Vorstellungen, die wir davon haben, gehen wir mehr und mehr in die Irre. Die vernünftigsten Leute halten sich an das, was der Mensch wissen muss, ohne zu überlegen, was zu lernen Kinder imstande sind.“

Jean-Jacques Rousseau (1762)

„Kinder denken nicht wie kleine Erwachsene, sie denken anders.“

Jean Piaget (1957)

„Insulin, das ist so'n flüssiges Zeug, wenn man das in 'ne Spritze macht, dann muss man's vorher drehen, und dann kommt's rein in die Spritze und dann rein... ..ksssss!“

(sticht imaginäre Spritze in seinen Oberschenkel) Oliver, 8 Jahre (1989)

„Bei der Phenylketonurie ist der Stoffwechselweg der Aminosäure Tyrosin blockiert. Die Phenylketonurie ist eine angeborene Aminosäure-Stoffwechselstörung.“

aus einem Kinderbuch über Phenylketonurie (1980)²

Die links zitierten Aussagen belegen, dass die Information von Kindern besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Kinder denken nicht wie „kleine Erwachsene“, sie denken und empfinden anders. Nur langsam und schrittweise entwickeln sie ihre Fähigkeiten bis zum Niveau Erwachsener. Wer Kinder über ihren Körper, Gesundheit, Krankheit oder damit zusammenhängende Wechselwirkungen (z. B. Ernährung, Fitness, biologische Zusammenhänge etc.) informieren will, muss dieser Tatsache Rechnung tragen.

Dies mag selbstverständlich erscheinen. Die Lektüre vieler Kinderbücher zum Thema „Kind und Krankheit“ zeigt aber, wie schwer es offensichtlich für uns Erwachsene ist, sich in das Denken und die Empfindungen von Kindern hineinzuversetzen und Informationen ihrem Verständnisniveau gemäß darzustellen.

Kommunikationswissenschaftler weisen immer wieder darauf, dass „Sender“ und „Empfänger“ einer Botschaft die gleiche Sprache sprechen müssen, damit sie wie beabsichtigt ankommt. In einem guten Gespräch wechseln in der Regel die Rollen von Sender und Empfänger, d. h. in einem Gespräch zwischen Kind und informierendem Erwachsenen sollte auch der Erwachsene bereit sein, Informationen vom Kind entgegenzunehmen und seien es nur Rückfragen zu seinen Mitteilungen. Kommunikation ist darüber hinaus nicht ausschließlich an Sprache gebunden. Nonverbale Botschaften stecken in Gesichtsausdruck, Blick, Gesten, Körperhaltung und der Art wie gesprochen wird (z. B. flüssig, stockend) und sagen dem, der sie empfängt, oft

Statt Details über medizinische Grundlagen brauchen Kinder angemessene, vor allem verständliche und damit inhaltlich begrenzte Informationen. Ein positives Beispiel ist das hier dargestellte Kinderbuch für bzw. über Kinder, die an Leukämie leiden.



aus: Charles M. Schulz:
Warum, Charlie Braun, warum?
(Titelbild)

mehr als tausend Worte. Sie können Neugier und Aufmerksamkeit signalisieren, aber auch Unverständnis, Angst, Scham usw. Während in einem Arzt-Patient-Gespräch oder in einer Schulung Kommunikation in beiden Richtungen und auf verschiedenen Kanälen möglich ist, fällt bei schriftlichem/bildlichem Informationsmaterial die Rückmeldung der Adressaten meist weg. Daraus folgt, dass eine Analyse der Bedürfnisse und des Verständnisniveaus der Zielgruppe im Vorhinein besonders wichtig ist. Gerade bei Bildmaterial sollte darauf geachtet werden, welche nichtsprachlichen Bot-

schaften, z. B. Gefühle in der Mimik der dargestellten Personen, übermittelt werden.

Um Erwachsenen, die Informationsmaterial erstellen wollen, den Einstieg in die Welt der Kinder und Jugendlichen zu erleichtern, wird in den nächsten Kapiteln deren alterstypische Entwicklung in wichtigen ausgewählten Bereichen beschrieben. Aus diesen Entwicklungsschritten werden jeweils Anregungen für die Erstellung von Infomaterial bzw. zum Umgang mit den Kindern in den betreffenden Altersgruppen abgeleitet. Zunächst soll jedoch ganz allgemein herausgearbeitet werden, welche Rolle der kindliche Entwicklungsstand in diesen Bereichen – im Denken, Fühlen und im Selbstverständnis – für das Körper- und Krankheitserleben und die Vermittlung von Informationen spielt.

Denken, Körper- und Krankheitsverständnis

Besonders einflussreich für die Erforschung des kindlichen Denkens sind die Arbeiten des Schweizer Psychologen Jean Piaget. Er hat eine Abfolge von Entwicklungsstufen beschrieben, die ungefähr bestimmten Altersabschnitten zugeordnet werden können. Die Grenzen dieser Stufen markieren besonders gravierende Fortschritte im kindlichen Denken, aber natürlich schreitet die Entwicklung auch innerhalb dieser Altersspannen langsam voran. Die spezifische Art des Denkens, d. h. über welche geistigen Werkzeuge das Kind verfügt, um sich und seine Umwelt zu verstehen, prägt auch das Verständnis von körperlichen Vorgängen, von Krankheiten und Behandlungsmaßnahmen.

Zu sagen, dass das Denken des Kindes anders als das des Erwachsenen ist, weil seine geistigen Werkzeuge anders sind, ist jedoch nur ein Erklärungsweg. In mancher Hinsicht gleicht der Unterschied auch nur dem zwischen zwei Erwachsenen, bei denen einer Experte auf einem Gebiet ist und der andere Laie. Ist der Laie motiviert zu lernen, kann er sich Informationen beschaffen und mit einiger Zeit und Mühe auf den Stand des Experten kommen. So ist auch das Krankheitsverständnis von Kindern in mancher Hinsicht hinter dem von Erwachsenen zurück, weil ihnen bisher keine Informationen gegeben wurden. Selbst von einer Krankheit betroffen, können Kinder hoch motiviert sein, etwas über den Körper zu lernen. Im Vergleich mit Gleichaltrigen können sie bald Experten sein, wenn nicht Angst oder ein Gefühl des Ausgeliefertseins die Informationsaufnahme hemmen.

Gefühle

Neben dem Denken sind Gefühle ein zweites System, das die Verarbeitung von Informationen aus der Umwelt ermöglicht. In der Regel kommen immer beide Verarbeitungsformen vor. Manche Gefühle helfen Kindern schon nach wenigen Lebensmonaten Erfahrungen zu bewerten und sehr schnell angemessen darauf zu reagieren, z. B. Angst und Neugier. Andere kommen erst später ins Spiel, z. B. Scham oder Schuld. Je weniger Informationen ein Kind hat, je weniger es neue Situationen versteht, desto wichtiger wird die gefühlsmäßige Verarbeitung von Situationen.

Selbstkonzept und Selbstbewertung

Das auf den Körper bezogene Selbstkonzept und den Körper betreffende Bewertungen bilden wichtige Teile des allgemeinen Selbstkonzeptes und der allgemeinen Selbstbewertung. Sich gut in seinem Körper zu fühlen, ihn als attraktiv, verlässlich oder leistungsfähig zu empfinden, bedeutet in einem hohen Maße auch, sich gut mit sich selbst zu fühlen. Sichtbare Zeichen chronischer Krankheit und körperliche Einschränkungen können zur Belastung für das Selbstwertgefühl werden. Informationsmaterialien sollten neben Schwächen und Belastungen auch Fähigkeiten und Stärken ansprechen.

Chronisch kranke Kinder – anders als andere?

Individuelle Unterschiede im Entwicklungsstand können in den jeweiligen Altersgruppen natürlich vorkommen und Unterschiede können auch bereits eine Folge chronischer Krankheit sein. Trotzdem liefern Kenntnisse über die „durchschnittliche“ Entwicklung immer noch den besten Ansatz für Informationsmaterialien, die sich an eine Zielgruppe wenden, deren Einzelpersonen unbekannt sind. Ideal wäre es natürlich, bei der Erarbeitung des Materials zusätzlich noch Kenntnisse über eventuelle Besonderheiten der Entwicklung von Kindern mit einem spezifischen Krankheitsbild heranzuziehen – aus der Literatur oder über die Mitarbeit von Experten in einem interdisziplinären Team.

Zielgruppe

Kinder bis ca. 2 Jahre

Das Denken

Die zentrale Aufgabe für das Kind besteht zunächst darin, die Zusammenarbeit zwischen seinen fünf Sinnen (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Empfindungen an der Oberfläche und in der Tiefe des Körpers) und seiner Motorik aufzubauen, z. B. gezielt mit seiner Hand Gegenstände oder Körperteile zu manipulieren und diesen Vorgang mit Hilfe des Sehens zu steuern. Man spricht von der sensumotorischen Entwicklungsphase (lat. in sensu = in den Sinnen, motorisch = die Bewegung betreffend). Auch nach dieser Phase werden Fertigkeiten mit zunehmendem Wissen noch weiter verfeinert und gezielter angewendet, doch steht dies nicht mehr im Zentrum der geistigen Entwicklung.

Im Laufe der sensumotorischen Phase beginnen Kinder auch Dinge, Handlungen und Ereignisse innerlich darzustellen und Symbole für sie zu bilden. Dies sind die Grundlagen von Erinnern und Nachahmen – unabhängig von unmittelbarer Wahrnehmung und von Sprache und symbolischem Spiel.

Das Körperverständnis

Kinder lernen in dieser Phase sehr viel über ihren eigenen Körper, doch handelt es sich dabei noch kaum um bewusstes Wissen, das sie in Worte kleiden könnten,

und das Lernen

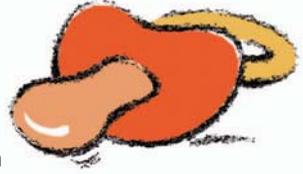
wird auch nur

zu einem geringen

Teil über Worte vermittelt. Es ist ein Lernen, das vor allem auf Körperempfindungen basiert, die in der körperlichen Interaktion mit anderen Personen und mit Gegenständen und durch seine eigene Aktivität entstehen. Kinder bilden ein Körperschema aus, das z. B. im Zusammenspiel der Körperteile bei den zunehmenden motorischen Leistungen zum Ausdruck kommt. Bezugspersonen spielen mit Säuglingen und Kleinkindern viele Körperspiele, in denen zunehmend auch das Bewusstsein für den Körper gestärkt wird. Im ersten Lebensjahr stehen für das Kind am eigenen Körper vor allem Hände und Füße im Zentrum der Aufmerksamkeit, im zweiten dominieren Gesicht, Genitalien und Bauch. Gegen Ende des zweiten Lebensjahres verstehen die meisten Kinder nicht nur eine Reihe von Bezeichnungen für sichtbare Körperteile, -ausscheidungen und Körperempfindungen (z. B. Schmerzen), sondern können auch einige selbst gebrauchen.

Das Krankheitsverständnis und die Behandlung

Kinder diesen Alters verfügen noch über kein Krankheitsverständnis. Die kindlichen Bindungspersonen, meist Eltern und Geschwister, sind der sichere Hafen in allen Situationen, die mit



Krankheit oder Schmerzen zu tun haben. Eine sichere Bindung entsteht, wenn andere Personen einfühlsam und zuverlässig auf seine Bedürfnisse eingehen. Wenn Eltern an der Behandlung beteiligt sind und für das Kind schmerzhaft und unangenehme Prozeduren durchführen müssen, ist es für sie schwieriger, Kindern diese Geborgenheit zu vermitteln.

Kinder sind in diesem Alter im engeren Sinn nicht inhaltlich informier- oder schulbar. Erste Informationen können sich ausschließlich an die Eltern richten. Dabei können Eltern für den Umgang mit dem eigenen kranken Kind sensibilisiert werden, z. B. für eigene Ängste, die zur Überbehütung führen können oder für Überlastungssituationen, die sie mit dem Kind erleben und in denen sie sich Hilfe holen können.

Die Gefühle

Das Gefühlsleben des Kindes ist schon sehr reichhaltig und die meisten grundlegenden Gefühle (z. B. Neugier, Freude, Angst, Ärger, Ekel, am Ende sogar Verlegenheit und Mitleid) können von ihm empfunden werden. Im Laufe seines weiteren Lebens verbindet das Kind diese Gefühle jedoch mit immer neuen Situationen. Macht es z. B. Schmerzerfahrungen, so wird es bereits auf Hinweise, die solche Situationen ankündigen (z. B. der Eingang einer Klinik, ein weißer Kittel), mit Angst reagieren und die angemessenen Reaktionen zeigen, die in Weinen, Flucht oder anderen Vermeidungsversuchen bestehen. Ebenso wichtig wie die Fähigkeit selbst Gefühle empfinden zu können, ist die Fähigkeit, die Gefühle anderer zu erkennen. Diese sind für das

Kind eine wichtige Informationsquelle über die Umwelt. Schon gegen Ende des ersten Jahres kann man in Situationen, in denen die Kinder unsicher sind, was sie tun sollen, bemerken, dass sie im Gesicht ihrer Bezugsperson nach Informationen suchen. Spiegelt sich dort z. B. Angst und Besorgnis, begeben sie sich nicht in eine potenziell gefährliche Situation. Im zweiten Lebensjahr empfinden Kinder schon Mitleid mit einer weinenden Person und manche trösten sie sogar.

Das Selbst

Das Selbst ist zunächst über weite Strecken fast ausschließlich körperliches Selbst. Das Kind entwickelt zunächst durch seine Sinneswahrnehmungen und Aktivitäten ein Gefühl für sich als eine von seiner Umwelt getrennte Person. Erst im zweiten Lebensjahr finden sich die Anfänge der objektiven Selbsterkenntnis, d. h. das Kind entwickelt auch ein Bewusstsein davon, dass es eine eigenständige Person ist. Es erkennt sich selbst im Spiegel und auf Bildern, während es vorher dort nur einfach ein Kind wahrgenommen hat, und es fängt an, auf sich selbst zu verweisen, durch seinen Namen oder „ich“. Das Wissen um ein Selbst ist der Ausgangspunkt dafür, dass es sich in seiner weiteren Entwicklung als „identische Person“ erleben kann, sich Eigenschaften und Fähigkeiten zuschreiben und sich selbst bewerten kann.

Zielgruppe

Kinder von ca. 2 bis 6 Jahre

Das Denken

Zunächst gewinnt das kindliche Denken an Geschwindigkeit und Dichte durch die weitere Verbesserung seiner Symbolisierungsfähigkeit, die sich u. a. durch die Verbesserungen der Sprache bemerkbar macht. Trotzdem ist sein Denken durch die Bindung an das konkret Vorliegende, Wahrnehmbare und eine geringere Informationsverarbeitungskapazität begrenzt, d. h. es kann nicht mehrere Aspekte einer Sache geistig präsent haben und in seinen Überlegungen und Argumentationen gegeneinander abwägen. Dem kindlichen Verständnisniveau entsprechen einfache Aussagen zu konkret wahrnehmbaren Ursachenzusammenhängen.

Das Kind hat erst eine begrenzte Zahl von Vorstellungen oder Konzepten erworben, mit denen es die Welt deutet (z. B. Wachsen und Entwicklung, Bewegung als Kennzeichen von Leben, Herstellen und Machen) und wendet diese nun auf alle möglichen Phänomene an, d. h. es verallgemeinert seine Vorstellungen und Erklärungsmuster übermäßig. So wird z. B. die Vorstellung des Wachsens zunächst nicht nur auf Lebendiges, sondern auch auf tote Materie, z. B. Berge, angewendet. Gerade in den ersten Jahren dieses Stadiums herrscht bei den Kindern ein Denken vor, das oft auch als „animistisch“ und „magisch“ bezeichnet wird. Der Animismus zeigt

sich darin, dass alles, was in Bewegung ist, als lebendig und mit Bewusstsein und Willen ausgestattet angesehen wird. Das magische Denken tritt in Erscheinung, wenn Ereignisse in der Umwelt vom Kind sehr leicht mit den eigenen Handlungen in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. Viele Kinder glauben z. B., dass der Mond ihnen folgt und dass sie ihn sogar dazu zwingen können. Kinder unterscheiden auch noch nicht klar zwischen einer psychischen, d. h. geistig-seelischen Seite des Menschen und einer physischen, d. h. körperlich-materiellen Seite; auch Träume, Gedanken und Namen sind für sie physisch existent.

Viele Begrenzungen des kindlichen Denkens lassen sich am besten an einem Versuch Piagets deutlich machen. Wird vor den Augen des Kindes eine Flüssigkeitsmenge von einem schmalen Glas in ein breites Glas umgegossen und das Kind gefragt, ob sich die Menge verändert hat, so wird es sagen, dass sie weniger geworden ist. In seinem Denken konzentriert es sich auf ein auffälliges Merkmal, nämlich die Höhe der Flüssigkeit im Glas. Der bestehende wahrnehmbare Zustand beherrscht sein Denken so stark, dass es sich nicht auf den Veränderungsprozess beziehen kann, ihn zurückverfolgen und z. B. sagen: Es wurde nichts dazugetan und nichts weggenommen, also muss es gleich viel sein.

Seine Unfähigkeit mehrere Informationen gleichzeitig zu berücksichtigen, z. B. über Höhe und Breite, wird ebenfalls deutlich. Es kann nicht sagen: Die Flüssigkeit ist jetzt in einem breiteren Glas, deshalb steht sie nicht so hoch im Glas.

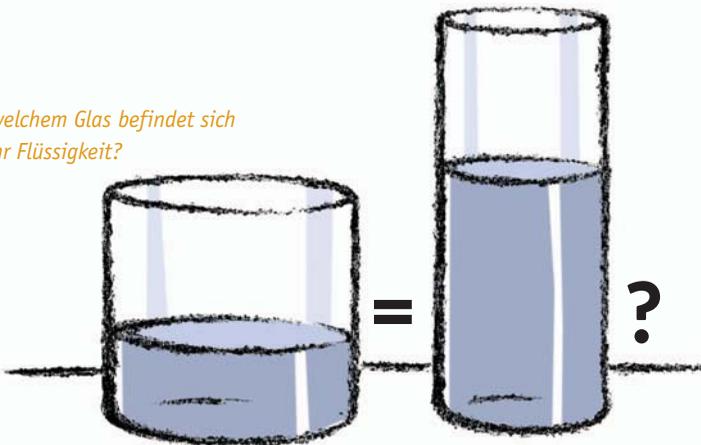
Charakteristisch ist auch, dass Sachverhalte in der kindlichen Umwelt noch recht eigenwillig, ohne tieferes Verständnis von Gemeinsamkeiten, und abhängig vom konkret Wahrnehmbaren Begriffen zugeordnet werden bzw. diese Einordnung wieder verändert wird. So wird z. B. das Geschlecht noch nicht als stabile Eigenschaft erkannt. Eine kleine Person mit Locken, die rosa gekleidet ist, würde wahrscheinlich zunächst als Mädchen bezeichnet. Durch Veränderungen von Äußerlichkeiten wie Kleidung oder Haare würde diese Person für ein Kind jedoch leicht zu einem Jungen.

Während sich für Erwachsene oft logische Widersprüche zwischen kindlichen Aussagen ergeben, ist dies für Kinder noch kaum der Fall, denn einmal gemachte Aussagen sind schnell wieder verges-

sen und sie denken noch nicht in größeren Zusammenhängen. Dem Kind fällt es noch schwer, sich in die Perspektive anderer hineinzuversetzen, sei es in der Wahrnehmung, sei es, dass andere Personen andere Gefühle oder Meinungen haben als es selbst. Piaget spricht in diesem Zusammenhang vom kindlichen „Egozentrismus“, der eine ganz normale Erscheinung der frühen Lebensalter ist und langsam abgebaut wird. Dies ist leicht beobachtbar: Zweijährige spielen gerne Verstecken, indem sie sich die Augen zuhalten und glauben, nun von anderen nicht mehr gesehen zu werden. Vierjährige würden dies nicht mehr tun. Sie verfügen zumindest schon über das Wissen, dass andere eine von ihnen unterschiedliche Perspektive auf einen Sachverhalt haben können, auch wenn es ihnen noch schwer fällt, sich in diese selbst hineinzuversetzen.

Wegen der starken Bindung an das Wahrnehmbare und wegen des Fehlens bestimmter Denkhaltungen (s. nächstes Kapitel) wird diese Phase auch als die des „voroperatorischen anschaulichen Denkens“ bezeichnet.

In welchem Glas befindet sich mehr Flüssigkeit?



Das Körperverständnis

Die Körperbeschreibungen der Kinder dieser Altersgruppe beinhalten weder ein detailliertes Organverständnis noch Beziehungen zwischen verschiedenen Organen. Benannt werden können einzelne wahrnehmbare Organe oder Körperfunktionen. Gerade in den ersten Jahren können Kinder viele Körperteile aufzählen, die sie in einer Zeichnung noch nicht darstellen würden. Befragt man ältere Kinder in dieser Phase über ihr Körperinneres, so nennen sie vor allem Teile des Blutkreislaufes – das (schlagende) Herz, die (bläulich schimmernden, gut sichtbaren) Adern oder das



Hannah, 6 Jahre

Selbst gegen Ende der voroperationalen Phase haben Kinder kaum Vorstellungen vom Inneren des Körpers und der Funktion von Organen. Ihr natürliches Interesse richtet sich vorwiegend auf konkrete Zusammenhänge und spürbare Folgen.

Blut – und des körperlichen Stützapparates – Knochen, z. B. das (gut sicht- und tastbare) Schlüsselbein. Häufiger genannt werden auch die Lunge bzw. Atmen oder Luft, die (häufiger schmerzenden und untersuchten) Mandeln, Essen und in diesem Zusammenhang manchmal der Darm. Kinder diesen Alters schreiben den Organen am häufigsten statische, vom Zweck abgeleitete Funktionen zu: „Das Herz ist da, weil man es braucht“ oder „das Herz ist da, weil es schlägt“, „der Magen ist zum Essen da“. Diese Antworten überwiegen selbst noch in den ersten Jahren der nächsten Phase.

Interessant ist in dieser Altersklasse auch das Verständnis der Haut. Kinder verstehen dieses Organ oft als „Sack“, der den Körper zusammenhält. Möglicherweise sind auf Grund dieser Auffassung heftige emotionale Reaktionen kleinerer Kinder zu verstehen, die sich geringfügig verletzt haben. Auch die Angst vor Blutabnahmen oder Injektionen könnte hier, abgesehen vom tatsächlichen Schmerz, eine Ursache haben, da hierdurch die als schützend erlebte Hülle verletzt wird.

Das Krankheitsverständnis und die Akzeptanz der Behandlung

Entsprechend den oben beschriebenen Besonderheiten des kindlichen Denkens dominieren in dieser Altersgruppe magisch-animistische Krankheitsvorstellungen verbunden mit äußerlichen Ursachen wie in den aus verschiedenen Interviews zusammengestellten Beispielen.

1

Interviewer: Wodurch bekommt man eine Erkältung?

Kind: Von der Sonne.

Interviewer: Wie macht die Sonne Erkältungen?

Kind: Sie macht das einfach so.

2

Interviewer: Wie bekommt man Masern?

Kind: Von Gott.

Interviewer: Wie macht Gott Masern?

Kind: Das macht der im Himmel.

3

Interviewer: Wie bekommt man eine Erkältung?

Kind: Von draußen.

Interviewer: Wie kommt das?

Kind: Die machen das einfach. Die kommen so, wenn jemand in deiner Nähe ist.

Interviewer: Und wie?

Kind: Ich weiß nicht. Ich glaube durch Zauberei.³

4

Interviewer: Wie kommt es, dass es weh tut?

Kind: Weil dann zwei spitze Kieselsteine waren, und da ist ein bisschen die Haut ab ..., dann platzt's auf, und dann fängt's an zu bluten.

Interviewer: Ja, wo kommt denn das Blut eigentlich her?

Kind: Aus der Haut.⁴

Da Kinder noch sehr egozentrisch denken und Ereignisse leicht in Verbindung mit ihrem eigenen Handeln sehen, kann bei ihnen der Eindruck auftauchen, dass sie selbst etwas falsch gemacht haben und Krankheit, vor allem aber schmerzhaft oder einschränkende Behandlungen eine Strafe sind.

Entsprechend dem kindlichen Stand der Begriffsbildung ist auch der Krankheitsbegriff an beobachtbare, fühlbare Eigenschaften (z. B. Ausschlag, Fieber) gebunden. Krankheit kommt und vergeht; sie ist nicht als Dauerzustand verständlich, der weiter besteht, auch wenn keine Symptome mehr vorliegen.

Treten Schmerzen auf, können Kinder noch kaum Unterschiede berichten, wo der Schmerz genau sich befindet, wie er sich anfühlt und wie stark er ist. Schmerzursachen werden immer äußerlich gesucht, in beobachtbaren Ereignissen, die der Schmerzentstehung unmittelbar vorausgegangen sind. Dabei verstehen Kinder schon einen Zusammenhang zwischen der Stärke der äußeren Ursache und der Stärke des Schmerzes, z. B. je stärker man gehauen wird, desto stärker tut es weh.

Maßnahmen gegen Schmerzen oder Krankheit haben rituellen Charakter und sind durch die regelmäßigen Verhaltensweisen Erwachsener bestimmt. Kinder beruhigen sich dann schnell und oft werden solche Mittel auch eingefordert,

z. B. das Pusten auf eine Wunde oder das Anbringen von Desinfektionsmittel und Pflaster.

Damit ein Kind Behandlungen akzeptiert, ist es weniger wichtig, ihm ein Krankheitsverständnis zu vermitteln als das Gefühl, dass Bezugspersonen und medizinisches Personal ihm nicht übel wollen und es Vertrauen haben kann. In Informationsmaterial mit Bildern können Gefühlsbotschaften gut dargestellt werden. Behandlungsmaßnahmen werden auch eher ertragen, wenn es gelingt, sie mit kurzfristig spürbaren, angenehmen Folgen für das Kind zu verbinden. Wichtig ist es auch, die bei der Behandlung angewendeten Verfahrensweisen in ihrem für das Kind sichtbar werdenden Verlauf vorher zu erklären.

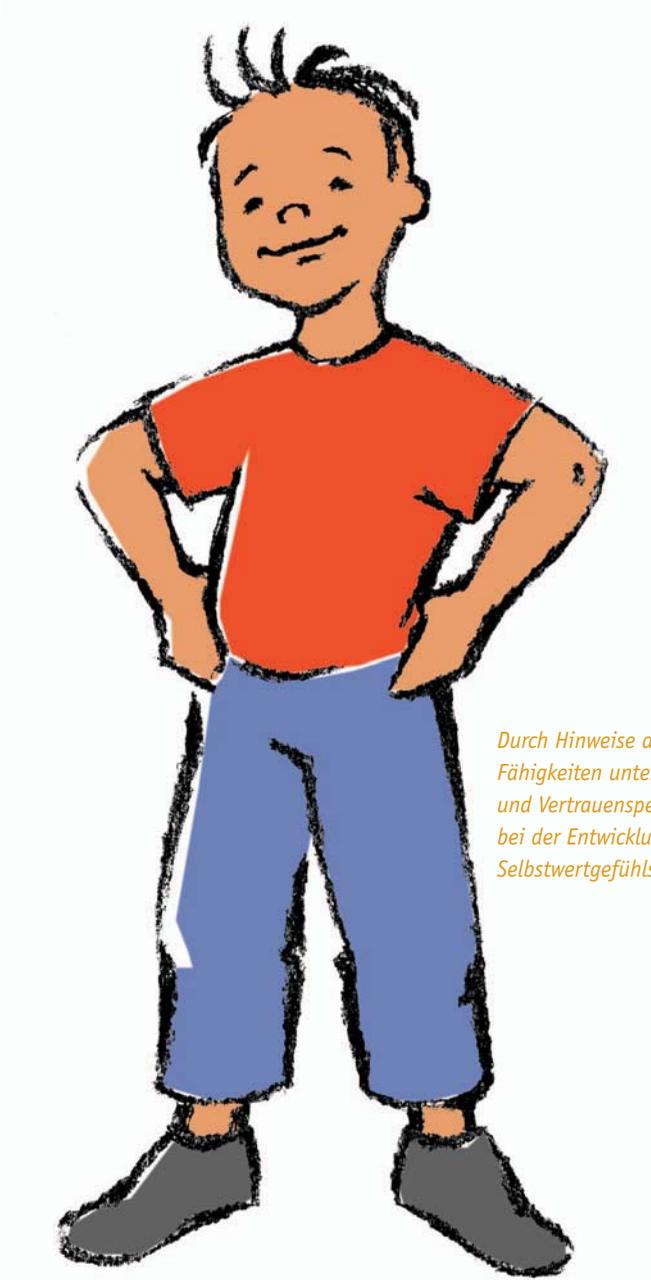
Das Selbst und die Gefühle

Wenn Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren sich selbst beschreiben sollen, so sprechen sie besonders über ihre Aktivitäten – über Dinge, die sie regelmäßig tun (z. B. „ich schaue Fernsehen“), ihre Kompetenzen (z. B. „ich kann meine Haare selber waschen“) und hilfreiches und folgsames Verhalten (z. B. „ich helfe Mama beim Tisch decken“). Nur in einem geringeren Umfang beschreiben sie auch ihr körperliches Aussehen (z. B. „ich habe Augen“). Besonders die Kleinsten sprechen auch über materiellen Besitz.

Um das Alter von vier Jahren tauchen die komplexen selbstbewertenden Gefühle Stolz, Scham, Peinlichkeit und

Schuld auf. Kinder beginnen ihr eigenes Tun und ihre Person an Regeln und Gütemaßstäben zu messen. Bei einem Versagen kann es zu negativen selbstbewertenden Gefühlen kommen. Besonders in den ersten Jahren spielt es noch eine Rolle, dass andere Personen das kindliche Verhalten auch tatsächlich bemerken und bewerten. Je mehr sich die Kinder in die Perspektive der anderen hineinversetzen können und Regeln und Maßstäbe verinnerlichen, desto unabhängiger werden Stolz oder Scham von der Beobachtung und Bewertung durch andere Personen. Dies beginnt besonders in der nächsten Altersperiode mit dem Eintritt ins Schulalter. Dann kann es zuweilen auch schon vorkommen, dass positive Bewertungen durch andere von Kindern nicht mehr ohne weiteres angenommen werden, weil sie nicht mit dem Selbstverständnis übereinstimmen, das die Kinder von sich bis dahin aufgebaut haben.

Deshalb ist es besonders im frühen Kindesalter, wo Kinder noch sehr offen für diese Botschaften sind, wichtig, dass Vertrauenspersonen in der kindlichen Umwelt auf Stärken und Fähigkeiten hinweisen und so das Kind bei der Entwicklung eines guten Selbstwertgefühls unterstützen. Gerade auch im Rahmen von Informationsmaterial für chronisch kranke Kinder dieser Altersgruppe sollte die Gelegenheit nicht versäumt werden, Stärken und Fähigkeiten herauszustellen, über die Kinder trotz möglicher krankheitsbedingter Einschränkungen verfügen.



Durch Hinweise auf Stärken und Fähigkeiten unterstützen Eltern und Vertrauenspersonen das Kind bei der Entwicklung eines guten Selbstwertgefühls.

Zielgruppe

Kinder von ca. 7 bis 11 Jahre

Das Denken

Erstmals in der Denkentwicklung können Kinder so genannte „Operationen“ vollziehen. Unter Operationen versteht man bestimmte, vollständig in das Denken hineingenommene, d. h. verinnerlichte Handlungen. Sie bilden die Voraussetzung für die schulischen Leistungen, die vom Kind gefordert werden. Ein Beispiel für eine Operation ist die Seriation, d. h. die ordnende Reihung von Elementen auf Grund eines Merkmals, z. B. der Größe. Das Kind kann nicht nur zwei, sondern zahlreiche Elemente in eine Reihe bringen und kann nun realisieren, dass das gleiche Element größer als das vorhergehende in der Reihe, gleichzeitig aber auch kleiner als das nachfolgende sein kann. Operationen mit vollständig abstrakten Symbolen, den Zahlen, sind möglich; das Kind könnte aber auch in Gedanken eine Beliebtheitsordnung seiner Freunde aufstellen.

Das Kind trennt nun zwischen einem körperlichen und einem geistigen Bereich der Person, zwischen körperlichen und geistigen Eigenschaften. Es kann sich in seinem Denken vom eigenen

Standpunkt lösen und verschiedene Perspektiven einbeziehen. Es ist in der Lage, sich von hervorstechenden Elementen der Wahrnehmung zu lösen und vielfältige Aspekte einer Situation zu bemerken und in Beziehung zu setzen. Es kann Denk- und Erkenntnisprozesse in der Vorstellung umkehren und zu ihrem Anfangspunkt zurücklaufen lassen (Reversibilität). So werden nun z. B. in dem auf Seite 12 geschilderten „Umschüttversuch“ die Dimensionen Höhe und Breite für die Beurteilung der Flüssigkeitsmenge in Beziehung gesetzt und der Prozess des Schüttens in der Vorstellung zum Ausgangszustand zurückgeführt. Das Kind gelangt so zu dem Schluss, dass sich die Flüssigkeitsmenge nicht verändert hat.

Trotz all dieser neuen Möglichkeiten des Kindes ist sein Denken noch an seinen konkreten Erfahrungsraum gebunden. Hypothetisches Denken im Sinne einer „Was-wäre-wenn?“-Simulation, die systematisch alle Seiten eines Problems einbezieht, ist in diesem Alter noch nicht möglich. Außerdem bedarf es für das Kind immer wieder erneuter Anstrengung und Übung, um seine geistigen Operationen auf verschiedene Gegenstandsbereiche und Situationen zu übertragen.

Das Körperverständnis

Beziehungen zwischen Organen werden in dieser Entwicklungsstufe verstanden, da das Kind schon mehrere Aspekte gedanklich verknüpfen kann. Dieses Verständnis ist aber vorerst auf die Anatomie beschränkt, da physiologische Zusammenhänge (Zusammenwirken von Organfunktionen im Körper) für diese Reifungsstufe meist zu komplex sind. Erst mit 9 bis 10 Jahren bringen die meisten Kinder das Herz mit der Funktion des Pumpens oder der Sauerstoffzufuhr in Verbindung. In diesem Alter stellen sich Kinder das Körperinnere als ein System von Organen vor, die für die Bewegung von Nahrung, Luft und Blut zuständig sind. Organe werden als Behälter begriffen, die durch Kanäle miteinander verbunden sind (Adern für das Blut, Röhren für die Nahrung).

Gegen Ende dieser Phase werden bereits Zusammenhänge zwischen Herz- und Lungenfunktion erkannt. Kinder begreifen dann auch schon, dass Stoffe im Körper umgewandelt werden können, Nahrung z. B. zu Energie und Abfall wird. Eine annähernd vollständige Erklärung der Funktion des Herzens im Zusammenhang mit der Blutzirkulation und in Zusammenwirken mit anderen Organen und Körperfunktionen kann erst in den folgenden Lebensjahren gegeben werden.

Im Alter zwischen 2 und 6 Jahren, teilweise aber auch noch in Phase zwischen 7 und 11 Jahren, glauben Kinder,

Jennifer, 7 Jahre



Obwohl die hier 7-jährige Jennifer bereits über organische Zusammenhänge informiert wurde, zeichnet sie in diesem Bild lediglich ihre Bauchspeicheldrüse (sie war zur Zeit der Bildentstehung an Diabetes erkrankt). Es bleibt unklar, ob sie die Zusammenhänge verstanden hat.

dass sich der Körper relativ leicht, z. B. auf Grund von Wünschen, verändern und individuell verschieden sein kann. Derartige Auffassungen werden teilweise auch durch wörtlich genommene Bemerkungen von Erwachsenen verstärkt. Beispiele dafür sind Aussagen wie: „Mir ist das Herz in die Hose gerutscht“ (also trägt

Kinder nehmen Bemerkungen und Wortbildungen von Erwachsenen oft „wörtlich“ – so z. B. die Aussage „Mir ist das Herz in die Hose gerutscht.“

dieser Mensch sein Herz in der Hose) oder „Ich habe die Nerven verloren“ (also hat dieser Mensch keine Nerven). Da solche Aussagen (wie auch: „du gehst mir auf die Nerven“) fast ausschließlich von Erwachsenen gemacht werden, glauben viele Kinder bis etwa zum 10. Lebensjahr, dass nur Erwachsene Nerven besitzen.

In einem ähnlichen Zusammenhang berichtet ein Oberarzt der Berliner Universitäts-Kinderklinik, dass ein achtjähriges Kind eine dem umstehenden medizinischen Fachpersonal zunächst unverständliche ängstliche, dann sogar panische Reaktion zeigte, als ihm „Kochsalz“ (gemeint war eine Infusion mit 0,9-prozentigem Salzgehalt) durch Infusion zugeführt werden sollte. Die Vorstellung des Kindes, nun „kochendes Salz“ verabreicht zu bekommen, macht selbst Erwachsenen die Verweigerungshaltung des Kindes verständlich.

Das Krankheitsverständnis und die Mitarbeit bei der Behandlung

In dieser Phase werden Krankheiten meist durch die Einverleibung krankheitsverursachender Stoffe (Gifte, Bakterien usw.) erklärt. Hierzu Zitate aus Interviews mit Kindern in der konkret-operationalen Phase:



1

Interviewer: Was ist eine Erkältung?

Kind: Das bekommt man im Winter.

Interviewer: Wie kommt das?

Kind: Du gehst ohne Mütze nach draußen und dann musst du niesen. Dein Kopf wird kalt – die Kälte berührt ihn – und dann geht es durch den ganzen Körper.

2

Interviewer: Was ist eine Erkältung?

Kind: Du musst häufig niesen und du hörst dich komisch an, weil deine Nase verstopft ist.

Interviewer: Wie bekommt man eine Erkältung?

Kind: Im Winter atmet man manchmal zu oft durch die Nase. Sie verstopft dadurch.

Interviewer: Wie kommt das?

Kind: Die Bakterien kommen durch die Atmung. Dann werden die Lungen zu weich und es geht weiter in die Nase.

Interviewer: Und wodurch wird das wieder besser?

Kind: Durch heiße, frische Luft. Sie strömt in die Nase und vertreibt die kalte Luft.⁵

Dieses Beispiel lässt vermuten, das Kind habe das Prinzip der Infektion verstanden. Dass dem nicht so ist, zeigt die Frage nach möglichen Gegenmaßnahmen. Nicht die Bakterien werden bekämpft oder verschwinden, sondern die „heiße, frische Luft drückt die kalte Luft zurück“, man wird gesund. Diese Kinder können zwar richtig Krankheits-

symptome und Aspekte der Verursachung (Kälte, Bakterien) nennen, aber ein echtes Verständnis der Zusammenhänge ist noch nicht gegeben. Trotzdem ist es ihnen grundsätzlich verständlich, dass durch Behandlungsmaßnahmen krankheitsverursachende Einflüsse wieder rückgängig gemacht werden sollen.

Schmerz bildet für Kinder nun die innerliche Folge einer äußerlichen Ursache. Kinder können zwischen verletzungs- und krankheitsbedingtem Schmerz unterscheiden und es gibt einfache Vorstellungen zu Übertragungswegen des Schmerzes. Schmerz breitet sich aus über Leitungen, z. B. Adern, Nerven. Dadurch können sie verstehen, dass Schmerzen nicht unbedingt an der Stelle auftreten müssen, an der ein Schaden im Körper vorliegt.

Insgesamt kann man sagen, dass die kindlichen Vorstellungen vom Körper, von Krankheitsverursachung und Schmerzen physikalisch-mechanistisch geprägt sind. Schmerz wird z. B. übertragen, weil durch einen Stoß eine Ader ins Wackeln gerät. Bei einer Verletzung durch einen Hammer wird bedacht, dass der aus hartem Material ist und die Kraft eines Schlages eine Rolle spielt. Bei einer Erkältung wird die Lunge weich und bei einer möglichen Behandlung vertreibt heiße, frische Luft die kalte (s. Beispiele oben).

Psychische Aspekte (z. B. Gefühlszustände) gewinnen in den Vorstellungen der Kinder sowohl bei der Entstehung von Krankheiten und Schmerzen an Bedeutung (z. B. Heimweh, Wut) als auch bei der Behandlung.

Kinder können nun auch schon Maßnahmen benennen, mit denen sie selbst etwas gegen Krankheiten oder Schmerzen tun können, und einige Maßnahmen sind in ihrer Funktion bekannt, z. B. durch einen feuchten Umschlag den Kopf bei Kopfschmerzen abkühlen.

In dieser Stufe ist es leichter, Kinder zur Akzeptanz von Behandlungsmaßnahmen oder zur Mitarbeit zu bringen. Sie können sich nun besser in die Perspektive anderer hineinversetzen und die Motive der Eltern und die Rolle des medizinischen Personals nachvollziehen. Obwohl die hauptsächliche Verantwortung für die alltägliche Durchführung der Behandlung bei den Eltern verbleibt, sollte daran gedacht werden, welche Maßnahmen das Kind selbstständig durchführen kann.

Das Selbst und die Gefühle

Kinder dieser Altersgruppe beginnen langsam, sich private Bereiche zu schaffen. Sie fangen u. a. an, ihren Gefühlsausdruck und Informationen über ihr Erleben zu kontrollieren, so dass es schwerer wird, zu verstehen, was in ihnen vorgeht.

Die Kinder bilden zunehmend Vorstellungen über stabile persönliche Eigenschaften aus und vergleichen sich dabei mit anderen. Annahmen über körperliche, sportliche Fähigkeiten sind wichtige Aspekte des Selbstkonzepts. Ständig wahrgenommene verfestigte Defizite bei körperlichen Fähigkeiten oder im Aussehen im Vergleich zu anderen Kindern können zur Quelle ständiger Schamerfahrungen werden.

Es ist daher wichtig, Kindern Rückmeldungen über ihre Stärken zu geben, vor allem sie auch ganz konkret die Erfahrung von Stärken machen zu lassen. Es sollte genau bedacht werden, welche z. B. sportlichen Einschränkungen unumgänglich sind und welche Aktivitäten für ein Kind trotz Krankheiten möglich sind. Da das Selbstkonzept auch nichtkörperliche Aspekte umfasst, können körperliche Defizite in anderen Bereichen ein Stück weit kompensiert werden. Kleine Schritte der Krankheitskontrolle und Behandlung, die die älteren Kinder in dieser Phase selbst durchführen können, erlauben ihnen, sich als selbstständig und der Krankheit nicht ausgeliefert zu erleben. Eine sachliche, problembewältigende Sicht der Krankheit wird gefördert.

Es ist wichtig, Kindern Rückmeldungen über ihre Stärken zu geben, vor allem sie auch ganz konkret die Erfahrung von Stärken machen zu lassen.

Kinder und Jugendliche ab ca. 12 Jahre

Das Denken

Das Denken schreitet nun immer stärker vom Konkret-Wirklichen zum Hypothetisch-Möglichen, von den jeweiligen konkreten Inhalten zu immer inhaltsunabhängigeren, abstrakteren Formen und Strukturen. Das Wirkliche wird als Sonderfall des Möglichen erkannt. Heranwachsende urteilen nicht nur auf der Basis gegebener Informationen, sondern suchen auch gezielt nach Informationen, um ihre Hypothesen, d. h. Annahmen über die Wirklichkeit zu prüfen. Situationen und Prozesse können nunmehr vollständig im Denken simuliert werden. Das Denken wird integrierter; komplexe Prozesse und Wirkungsketten können berücksichtigt werden. Ein Denken zweiter Ordnung wird möglich, d. h. ein Denken über das Denken. Die Überschreitung des Konkret-Wirklichen zeigt sich im Alltag z. B. darin, dass Jugendliche die persönliche und gesellschaftliche Situation in Frage stellen, Zukunftsentwürfe machen und gesellschaftliche Ideale vertreten. Mehr und mehr nähert sich das Denken nun dem der Erwachsenen, wobei ein direkter Vergleich erst ab etwa dem 15. Lebensjahr hergestellt werden kann. Piaget geht allerdings davon aus, dass nicht alle Personen und wahr-

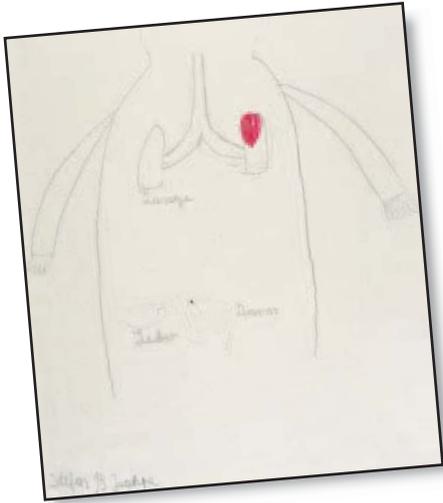
scheinlich auch nicht im Hinblick auf alle Erkenntnisfelder diese Entwicklungsstufe des Denkens erreichen, die auch als formal-operatorische bezeichnet wird.

Das Körperverständnis

Im Alter von etwa elf Jahren werden bereits abstrakte Funktionsbeschreibungen verstanden. Komplexe Abläufe, die unterschiedliche Körperbestandteile betreffen, können nun nachvollzogen werden. Es ist möglich, Modelle, etwa das des Regelkreises (z. B. Blutzuckerregulation) zu verstehen und auf verschiedene Bereiche zu übertragen. (Organ-) Prozesse können simuliert und deren Resultate vorausgesagt werden, ohne dass sie tatsächlich stattfinden müssen.

Erfahrungsgemäß werden die kognitiven, d. h. verstandesmäßigen Leistungen von Kindern/Jugendlichen dieser Altersstufe jedoch leicht überschätzt. In zahlreichen Interviews mit älteren Kindern und Jugendlichen (Alter 12–19), die in einer Schulung intensiv über Körperfunktionen im Zusammenhang mit Stoffwechselerkrankungen informiert worden waren, zeigten sich – unabhängig von der Art der besuchten Schule (Hauptschüler bis Abiturient) – erhebliche Ver-

Robert, 13 Jahre



Der dreizehnjährige Robert kennt den menschlichen Körper bereits aus dem Biologieunterricht. Selbst er kann aber kaum zusammenhängende Körperfunktionen darstellen. So wie er würden wohl die meisten Erwachsenen das Körperinnere zeichnen. Wozu auch mehr? Wer von einer Erkrankung betroffen ist, interessiert sich für Diagnoseverfahren, Therapieaufwand, Krankheitsfolgen und mögliche Nebenwirkungen und kaum für Anatomie und andere Detailspekte.

ständnisprobleme bezüglich Stoffwechselabläufen (vgl. HALLER 1995). Dies kann auf verschiedene Art und Weise erklärt werden. Einerseits erreichen nicht alle Jugendlichen das abstrakteste Niveau des Denkens, andererseits kann auch gerade im Jugendalter die Motivation fehlen, sich mit Stoffwechselabläufen auseinander zu setzen, wenn andere Dinge im Leben wichtig werden (s. u.). Daher gilt, dass Informationsmaterial Sachverhalte auch dann noch beispielhaft konkret vermitteln sollte, wenn eine Vielzahl an Einflussfaktoren auf Krankheit einbezogen und komplexe Zusammenhänge dargestellt werden können. Vor allem sollte aber der Bezug zum Alltag der Jugendlichen und zur Anwendung des Gelernten deutlich werden.

Das Krankheitsverständnis und die Mitarbeit bei der Behandlung

In dieser Phase entwickelt sich langsam ein präzises Krankheitsverständnis. Auch hierzu zwei anschauliche Beispiele, die u. a. zeigen, dass auch komplexere Vorstellungen über ein Zusammenspiel von Geist und Körper, inneren und äußeren Krankheitsfaktoren in den jugendlichen Krankheitsvorstellungen Platz gefunden haben:

1

Interviewer: Was ist eine Erkältung?

Jugendlicher: Das ist, wenn alles verstopft ist. Deine Nebenhöhlen sind voller Schleim. Manchmal auch deine Lungen und dann musst du husten. Andere haben einen Virus und der geht in die Blutbahn und dadurch bekommt man eine Erkältung.

Interviewer: Warst du schon mal krank?

Jugendlicher: Ja.

Interviewer: Und was hat dir gefehlt?

Jugendlicher: Mein Blutbild war schlecht.

Interviewer: Was ist denn das?

Jugendlicher: In der Blutbahn sind so weisse Blutzellen. Die helfen, die Erreger zu zerstören.

Interviewer: Und wodurch wird man dann krank?

Jugendlicher: Das kommt, wenn es mehr Erreger als Blutzellen gibt, dann zerstören sie die Blutzellen.

2

Interviewer: Was ist ein Herzanfall?

Jugendlicher: Das kommt, wenn dein Herz aufhört, richtig zu arbeiten. Manchmal pumpt es dann zu langsam oder auch zu schnell.

Interviewer: Wie bekommt man einen Herzanfall?

Jugendlicher: Das kommt, wenn man mit den Nerven völlig fertig ist und man sich zu viel Sorgen macht. Das schlägt auf's Herz.⁶

Schmerz wird nun als ein internes Geschehen betrachtet und als ein physiologischer Prozess. Die biologische Signalfunktion des Schmerzes wird erkannt und dass eine Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Ursachen besteht. Verschiedene Schmerzarten können unterschieden werden.

Für Maßnahmen der Patientenschulung kann man festhalten: Bei Jugendlichen sind nun die kognitiven Voraussetzungen gegeben, Folgen des individuellen Lebensstils und des eigenen Gesundheitsverhaltens auf die Güte der körperlichen Befindlichkeit auch kurz- und langfristig nachzuvollziehen. Einem guten Krankheitsmanagement auf Grund des besseren kognitiven Niveaus stehen

jedoch bei einer Reihe von Erkrankungen die rasanten körperlichen Veränderungen und die Bewältigung von für das Jugendalter typischen Entwicklungsaufgaben entgegen.

Zu diesen Aufgaben gehört einerseits die Ablösung von den Eltern, die bisher durch ihre Kontrolle und ihren Einfluss die kindliche Mitarbeit bei der Behandlung gesichert haben, andererseits die zunehmende Orientierung an Gleichaltrigen, verbunden mit vielen sozialen Situationen, in denen das Krankheitsmanagement in Frage gestellt wird (z. B. langes abendliches Ausgehen, Alkoholgenuss, Essen außer Haus). Es ist günstig, in Informationsmaterial bei Jugendlichen für einen langsamen, zwischen Eltern und Kindern abgesprochenen Übergang von elterlicher Kontrolle zu eigener Verantwortung zu werben.

Das Selbst und die Gefühle

Die Beschäftigung mit der eigenen Attraktivität und Leistungsfähigkeit – auch im Hinblick auf die ersten Partnerschaften – hat in dieser Altersgruppe einen Höhepunkt erreicht. Eine insgesamt positive Bewertung des eigenen Körpers spielt eine mindestens ebenso große Rolle für ein gutes Krankheitsmanagement der Jugendlichen wie das körperbezogene Wissen. Wichtige neue Entwicklungsaufgaben in den Bereichen Freundschaft, Partnerschaft, Sexualität und Beruf sollten im Informationsmaterial angesprochen werden, wenn konkrete Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit absehbar sind.

3.

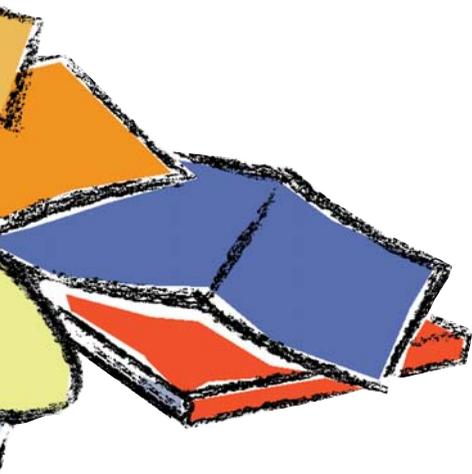
Zweckmäßig und zielgruppenorientiert

*Erstellung von
Informationsmaterial*



Die Auswahl der Zielgruppe

Enger ist besser als breit!



Immer noch existieren Informationsmaterialien, die gleichzeitig Kinder, deren ältere Geschwister, Eltern und Verwandte aufklären wollen.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und Kinder unterscheiden sich zwischen verschiedenen Altersklassen.

Die im vorigen Kapitel erläuterten Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie geben Anhaltspunkte für die Gestaltung von Informationsmaterialien, die den Denk- und Empfindungsweisen der jeweiligen Zielgruppe angepasst sind. Die vorgestellten Phasen der geistigen Entwicklung spiegeln sich schließlich auch in der Gliederung unseres Schulsystems (Vorschule, Grundschule, weiterführende Schule) und den jeweils vermittelten Lerninhalten wider.

Noch immer aber existieren Informationsmaterialien, die gleichzeitig Kinder, deren ältere Geschwister, Eltern und Verwandte aufklären wollen. Dies ist ebenso unmöglich, wie das Vorhaben, ein Geschichts- oder Mathematikbuch gestalten zu wollen, das Vorschul- oder Grundschulkindern, jugendliche Realschulabsolventen, Abiturienten und Erwachsene gleichermaßen zufrieden stellt. Leider wird dies heute immer noch, selbst bei



Titelbild „Ich mach dich gesund, sagte der Bär“ (Janosch)

Das gelungene Beispiel eines Buches für Kinder, das die Angst vor Erkrankungen und operativen Eingriffen nehmen soll. Es richtet sich von der Zielgruppe her an Kinder, macht aber auch Erwachsenen Spaß; eine selten erreichte, ideale Kombination.

Aufklärungsschriften über Leukämie oder andere bösartige Erkrankungen bei Kindern, von neuem versucht. Zwangsläufig muss dies dazu führen, dass Kinder nichts verstehen, schlimmstenfalls sogar bedrohliche Vorstellungen entwickeln. Andererseits erhalten Eltern oder Jugendliche auf ernst zu nehmende Fragen kindlich naive Antworten, die sie nicht zufrieden stellen können. Bei kritischer Durchsicht mancher gut gemeinter Informationsmaterialien drängt sich tatsächlich die Einsicht auf, dass mitunter keine Information besser ist als die (unfreiwillig) falsche.

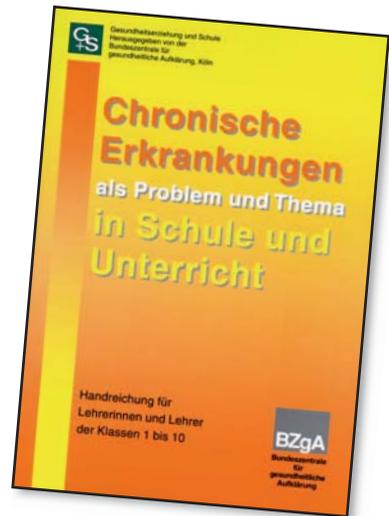
Darüber hinaus ist zu fragen: Was nutzt es aber dem (chronisch) kranken Kind oder dessen Eltern, wenn sie selbst gut über die Erkrankung und deren Therapie informiert sind, ihre Umwelt aber nicht? Die Einbeziehung der Umwelt ist gleichfalls wichtig, um Krankheitsakzeptanz bei Eltern und Kindern zu entwickeln.

Folgende Situationen sollten möglichst vermieden werden:

- ▶ Der Klassenlehrer will ein Kind mit Diabetes nicht mit auf die Klassenfahrt nehmen, weil er meint, dass Spritzen, Blutzuckerkontrollen und mögliche Unterzuckerungen zu gefährlich seien.
- ▶ Die Mitschülerin will plötzlich nicht mehr neben dem kranken Kind sitzen, weil sie Angst hat, Neurodermitis oder ein therapiebedingter Haarausfall wäre ansteckend.
- ▶ Der Trainer im Sportverein glaubt, Asthma wäre ein triftiger Ausschlussgrund vom Sportunterricht.
- ▶ Die Mutter der Freundin denkt, das Kind sollte besser nicht zum Kindergeburtstag eingeladen werden, weil sie nicht weiß, wie sie sich wegen der Phenylketonurie, der Zöliakie, des Morbus Crohn oder der Colitis ulcerosa bei der Essenszubereitung verhalten soll.
- ▶ Der Ausbilder in der Lehrlingswerkstatt behauptet, eine Jugendliche mit Epilepsie oder ein Jugendlicher mit einer rheumatischen Erkrankung sei besser für eine Behindertenwerkstatt geeignet als für einen Ausbildungsberuf.

Alle diese Befürchtungen oder Vorurteile sind verständlich, aber eben auch falsch. Verständlich sind sie, weil keinem

medizinischen Laien abverlangt werden kann, all diese Erkrankungen, ihre Behandlung und den Lebensalltag damit zu kennen. Eben darum ist Aufklärung auch des sozialen Umfeldes notwendig und Informationsmaterialien können Familien auch Mittel an die Hand geben, um diese Aufklärung in Situationen wie den oben genannten selbst ein Stück voranzutreiben. Ein aufgeklärtes und tolerantes Umfeld hilft den Familien langfristig, die Krankheit zu akzeptieren und Kräfte zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation zu mobilisieren.



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat zum Thema chronisch kranke Kinder in Schule und Unterricht ein Handbuch für Lehrer herausgegeben, das über allgemeine Informationen zu chronisch kranken Kindern hinaus auch Informationen zu ausgewählten Erkrankungen gibt und Unterrichtsvorschläge zu einzelnen Erkrankungen macht (z. B. Diabetes mellitus, Asthma, Neurodermitis u. a.).

Aufklärungsbuch für Jugendliche,
hier: Titelbild



Dieses Buch zur Sexuaufklärung wendet sich speziell an Jugendliche. Nur so kann die gewünschte Zielgruppe so angesprochen werden, dass Thema und Inhalt interessant und verständlich bleiben.

Aus diesem Grund sollten Schulungsmaterialien oder -programme möglichst für die im Folgenden aufgeführten Zielgruppen Informationen zur Verfügung stellen:

► **Informationsmaterial für Kinder (oder Jugendliche)**

(inkl. Informationen darüber, wie Kinder oder Jugendliche wiederum ihre Altersgenossen angemessen über ihre Erkrankung informieren können und sollen)

► **Medien bzw. Materialien für Eltern**

(inkl. Informationen darüber, wie und womit Eltern, Lehrer, Erzieher, Ausbilder, Trainer, Verwandte oder die Eltern von Freunden des Kindes angemessen informieren können und sollen)

► **Kurzinformationen für Lehrer, Erzieher, Ausbilder, Trainer**

(mit möglichst kurzer Krankheitsbeschreibung und der konkreten Nennung von Auswirkungen der Krankheit auf Schule, Ausbildung oder Sportarten sowie Hinweise darüber, wo – entgegen verbreiteter Vorurteile – keine Einschränkungen zu erwarten sind)

Die vorliegende Broschüre soll Ihnen beim Erarbeiten von Materialien für Kinder und Jugendliche helfen.

Die Mischung macht's!

Neben Ärzten, insbesondere Kinderärzten, sollten nach Möglichkeit Pädagogen und/oder Psychologen in die Entwicklung und Gestaltung von Informations- oder Schulungsmaterialien einbezogen werden. Betroffene Eltern und das medizinische Fachpersonal sollten dabei festlegen, welche Inhalte den Kindern vermittelt werden sollen. Pädagogen oder Psychologen sollten vorschlagen

können, wie diese Inhalte vermittelt werden sollten. Optimal ist, wenn diese dabei über Erfahrungen im Umgang mit (chronisch) kranken Menschen, möglichst auch Kindern, verfügen und deren Bedürfnisse aus der Praxis kennen. Ist dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht möglich, ist es hilfreich, wenn zumindest erfahrene Experten aus Pädagogik oder Psychologie als Gutachter oder Ratgeber gewonnen werden können.



Namen und Adressen möglicher Ansprechpartner sind in der Regel über Fachgesellschaften und/oder Selbsthilfeinitiativen zu erfragen.⁷

Ein Witz besagt: „Zwei Juristen – drei Meinungen.“ Ähnliche Eindrücke können sich mitunter auch im Gesundheitsbereich aufdrängen, gehen doch bei medizinischen Experten die Fachmeinungen – zumindest in Detailfragen – mitunter deutlich auseinander. Falls die jeweilig bestehenden Ansichten über Krankheitsursachen, Therapieformen und grundlegende Aspekte nicht zu weit auseinander liegen, so empfiehlt es sich, Materialien oder Programme zu entwickeln, die unterschiedliche Ansätze zusammenführen. Durch Formulierungen wie: „Welche Menge des Medikamentes du brauchst und wie du es benutzen sollst, sagt dir deine Ärztin oder dein Arzt“ o. Ä. bleiben bei gleicher Aussage unterschiedliche Einzellösungen möglich. Ähnliche Möglichkeiten ergeben sich durch frei bleibende Textfelder, in die Medikamentennamen, Wirkprofile, Konzentrationen, Dosierungen etc. jeweils individuell eingetragen werden können.

Ein solcher Prozess der Abstimmung mit verschiedenen Experten erfordert anfänglich etwas mehr Aufwand. Von Vorteil ist jedoch die später zu erwartende größere Akzeptanz. Außerdem werden sich Sponsoren für Informationsmaterialien aus der Gesundheitspolitik, der Pharma- oder Geräteindustrie immer dann leichter finden lassen, wenn dahinter stehende Aussagen (und Personen bzw. Experten) ein möglichst breites Einverständnis ermöglichen und nicht nur Einzel- oder gar Außenseitermeinungen widerspiegeln.

Erste Entwürfe – und nicht erst fertige Konzepte und druckreife Texte – sollten betroffenen Kindern und deren Eltern mit der Bitte vorgelegt werden, sie kritisch zu prüfen und zu bewerten. Kinder und Eltern, die täglich mit einer Krankheit und deren Therapie leben, wissen am besten, was für sie wichtig ist, was sie verstehen können, was sie interessiert und was – wenn auch gut gemeint und formuliert – an ihren Bedürfnissen möglicherweise vorbeigeht.

Erste Entwürfe und druckreife Texte sollten betroffenen Kindern und deren Eltern mit der Bitte um kritische Prüfung und Bewertung vorgelegt werden.

Weniger ist mehr!

Viele Informationsmaterialien für (chronisch) kranke Kinder, Jugendliche oder deren Eltern erinnern an medizinische Fachbücher. Sie beginnen meist mit Informationen über Anatomie und Krankheitslehre, um dann über mögliche und empfohlene Behandlungsformen zu berichten. Die Ursache hierfür ist leicht verständlich: Oft werden solche Informationen von besonders engagierten Ärzten verfasst. Natürlicherweise greifen diese dann auf Muster der Informationsvermittlung zurück, die sie selbst kennen. Nicht zuletzt deshalb erinnern manche Fortbildungsveranstaltungen für Eltern chronisch kranker Kinder auch mehr an

Medizinvorlesungen der Universität, als an Veranstaltungen, auf denen Fragen von Eltern beantwortet werden.

Medizinisches Detailwissen ist mitunter durchaus notwendig, um eine Situation, die Diagnose oder die Therapie zu erklären oder zu begründen. Es sollte aber damit sparsam umgegangen werden und Raum für mögliche (Detail-)Fragen bleiben (die in der Praxis seltener vorkommen als erwartet). Eltern oder Patienten, die sich auf solche Sachinformationen stürzen, sind oftmals solche, die sich aus einer nachvollziehbaren Vermeidungshaltung heraus weniger mit den emotionalen Auswirkungen beschäftigen können oder möchten. So verständlich dies – gerade in der Anfangsphase einer chronischen Erkrankung – auch sein mag, besonders die emotionale Auseinandersetzung ist aber notwendig, um eine langfristig notwendige Annahme (Akzeptanz) der Krankheit aufbauen zu können.



Auch ohne auf komplizierte biologische Details einzugehen, lässt sich Kindern zum Beispiel der Zusammenhang von Insulin, Ernährung und körperlicher Fitness vermitteln. Wichtig ist Kindern dabei der konkrete Bezug zum Alltag.

(aus Diabetes-Buch für Kinder, S. 10)

(aus Diabetes-Buch für Kinder, S. 26)



Mit zunehmendem Alter benötigen Kinder auch konkretere Informationen über die Zusammenhänge zwischen ihrer Erkrankung und deren Therapie. Diese Informationen können und müssen aber so aufbereitet werden, dass sie – ohne medizinische Details – verständlich und auf das konkrete Erleben der Kinder bezogen bleiben.

In diesem Konfliktfeld liegt auch der zweite Grund für die Tatsache, dass viele Informationen für chronisch Kranke biologisch-medizinische Erklärungen in den Vordergrund stellen: Eltern, Kinder oder Jugendliche mit Sachwissen einzudecken ist viel leichter, als gemeinsam mit ihnen Trauer, Verzweiflung oder Wut zu erleben, zu thematisieren und schließlich aufzuarbeiten. Im medizinischen Alltag der Kliniken und Fachpraxen, die immer noch vorwiegend auf akutmedizinische Problemfälle ausgerichtet sind, fehlt mitunter die notwendige Zeit (z. B. für ausführliche Diagnose-, Eröffnungs- und Informationsgespräche) oder geeignete Räumlichkeiten mit entsprechender Atmosphäre und Einrichtung (z. B. Gesprächs- oder Schulungsräume).

Um dies sicherzustellen ist es entscheidend, möglichst viele Kinder, Jugendliche oder Eltern in den Entstehungsprozess solcher Informationsmaterialien einzubinden. Oft sind hierbei nur besonders engagierte Eltern aus Selbsthilfeinitiativen beteiligt, deren Krankheitserleben schon viele Jahre zurückliegt und die nicht immer nachvollziehen können, was „früher“ für sie und möglicherweise für andere wichtig und richtig war. Auch hier ist es deshalb sinnvoll, Patienten und deren Angehörige einzubeziehen, die noch nahe an diesen Fragen und Problemen stehen, möglichst Menschen mit unterschiedlicher Schulbildung und beruflicher Ausrichtung.

Informationsmaterialien für Eltern, Kinder oder Jugendliche sollten so gestaltet sein, dass sie die oben beschriebenen Mängel zumindest teilweise aufwiegen können. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn entsprechend offen und ehrlich die tatsächlich erlebten Fragen und Probleme und nicht vordergründig Informationen über medizinische Zusammenhänge behandelt werden.

Im Zusammenhang mit der Auswahl relevanter medizinischer Inhalte für Informationsmaterialien soll hier noch auf ein generelles Problem aufmerksam gemacht werden: die notwendige Aktualität medizinischer Literatur. Medizinisches Fachwissen unterliegt auf Grund der vielfältigen Forschungsarbeiten und neuer Studien mitunter raschem Wandel. Therapieprinzipien können sich innerhalb weniger Jahre stark fortentwickeln oder evtl. ganz neu beurteilt werden. Diese finden sich dann nicht in Lehrbüchern oder Publikationen, deren Auflagen auch nur wenige Jahre zurückliegen. Für die Erstellung von Informationsmaterial können bei einigen Krankheiten aber besonders aktuelle medizinische Literaturquellen wichtig sein. Eine Recherche hierzu ist aus der Erfahrung des Kindernetzwerks e. V., das sich gerade auch im Bereich seltener Erkrankungen engagiert, mitunter aufwändig und schwierig. Mit der mehr und mehr aufkommenden Internet-Nutzung können diese Informationsdefizite zwar reduziert werden.

Trotzdem muss in diesem Zusammenhang gesagt werden, dass nur ein geringer Teil der Fachleute und ein noch geringerer Teil der betroffenen chronisch Kranken heute in der Lage ist, aktuelle und nützliche Informationen aus dem Internet herauszuholen. Hilfreich für die zielgerichtete Recherche ist hier wiederum die Ansprache von Fachgesellschaften. Diese entwickeln Leitlinien und Behandlungsempfehlungen und können häufig Experten benennen.⁸

Offen und ehrlich die tatsächlich erlebten Fragen und Probleme thematisieren und nicht vordergründig medizinische Zusammenhänge behandeln.

Thema für Eltern und Kinder

Der Alltag!

Für betroffene Kinder, Jugendliche und deren Eltern stehen in der Regel nicht Fragen nach biologisch-medizinischen

Zusammenhängen im Vordergrund. Vielmehr interessieren diese Zielgruppe – jeweils etwas unterschiedlich, ob es sich um Eltern oder Kinder handelt – Fragen wie die folgenden:



Fragen zur Ursache

- ▶ Habe ich etwas falsch gemacht? War damit ein bewusster oder unbewusster, möglicherweise vermeidbarer Fehler von mir Auslöser der Erkrankung? Und damit eng verbunden ...
- ▶ Habe ich Schuld an dieser Erkrankung, weil ich einen Fehler gemacht oder helfende Maßnahmen nicht (rechtzeitig) eingeleitet habe? Wie stehe ich und meine Umwelt zu dieser Schuldfrage?
- ▶ Habe ich als Vater/Mutter genetische Anlagen vererbt, die zur Erkrankung führten? Wäre es deshalb damals besser gewesen, auf das Kind/ein nächstes Kind zu verzichten? Hätte ich dieses Risiko vorher kennen müssen?



Fragen zur Therapie und zu Hilfsangeboten

- ▶ Wie sieht jetzt die akute Therapie aus? Welche Untersuchungen werden gemacht? Sind Operationen möglich/notwendig? Ist die Krankheit mit Schmerzen oder Behinderung verbunden?
- ▶ Welche Alternativen (auch außerhalb

der Schulmedizin) gibt es zu schmerzhaften, einschneidenden oder lästigen Therapiemöglichkeiten? Wo liegen deren Vor- und Nachteile?

- ▶ Kann ich den behandelnden medizinischen Fachkräften vertrauen? Kann man in einer anderen Klinik oder „in Amerika“ kompetentere Hilfe bekommen als in dieser (möglicherweise kleinen oder Provinz-)Klinik?
- ▶ Wo finde ich Gleichberechtigte, mit denen ich mich auf gleicher Ebene austauschen kann (Selbsthilfegruppen)?



Fragen zu kurz- und langfristigen Auswirkungen auf das Alltagsleben

- ▶ Wie sieht das Leben mit der Erkrankung und deren Therapie wirklich aus? Wie gestaltet sich das Leben nach dem ersten Klinikaufenthalt zu Hause, in der Schule, im Kindergarten, im Hort?
- ▶ Wie wird die Erkrankung unsere Zukunftspläne beeinträchtigen (Freundschaften und Kontakte, Ernährung, Sport, Schule, Berufswünsche, Urlaub, Kinderwunsch)?
- ▶ Wie werden sich langfristig Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung gestalten? Wie sehr wird uns die Erkrankung beeinträchtigen oder behindern? Schaffe ich es/schaffen wir es, damit (alleine) fertig zu werden?
- ▶ Welche Auswirkungen hat die chronische Erkrankung auf die Familie insgesamt und insbesondere auf die (gesunden) Geschwister innerhalb der Familie (Geschwisterproblematik)?

Alle diese Fragen sind „normal“. Jeder – auch der erfahrenste medizinische Spezialist – wird sich diese oder ähnliche Fragen stellen, wenn er von

einer akuten oder chronischen Erkrankung betroffen ist. In dieser Situation helfen weder dem Laien noch dem betroffenen medizinischen Experten Informationen über die Lage und den Aufbau von Organen oder Körperzellen oder Wissen über Stoffwechselfolgenhänge. Nicht ein medizinisches Problem prägt eine solche Situation, sondern ein umfassendes Lebensproblem, das durch Angst vor Schmerzen, dem Verlust von Lebensqualität und persönlicher Freiheit oder gar von Todesangst gekennzeichnet ist. Bei wirklich einschneidenden Erkrankungen bzw. Behandlungsformen werden sich so z. B. manche Eltern – insbesondere Frauen – in Folge der vergangenheitsbezogenen (Schuld-)Fragen und angesichts offener Zukunftsaspekte fragen, ob sie ihren Beruf oder spezielle Pläne aufgeben müssen, um ein Leben mit der Erkrankung des Kindes zu ermöglichen. Solche Fragen stehen im Vordergrund und müssen besprochen und – soweit möglich – beantwortet werden.

Für das Leben mit der Krankheit ist es günstig, wenn Kinder und Eltern das Gefühl entwickeln können, nicht hilflos der Krankheit ausgeliefert zu sein, sondern selbst aktiv Probleme bewältigen zu können, und wenn neben den Einschränkungen durch die Krankheit auch Fähigkeiten, Lebensmöglichkeiten und vielleicht sogar „Gewinne“ (z. B. Verantwortungsgefühl der Familienmitglieder, Organisations-talent) thematisiert werden können.

Unverzichtbar bei Informationsmaterialien ist es, konkrete Aussagen zu machen. In vielen Informationsmaterialien, die heute im Einsatz sind, finden

sich reichlich nichts sagende Aussagen wie: „Achten Sie darauf, dass das Kind dies macht oder das unterlässt!“ oder: „Vermeiden Sie es unbedingt, dem Kind eine Sonderrolle zuzuweisen!“ Gut gemeint sind diese Ratschläge immer. Nur, was bedeutet all das im Alltag? Wie erreicht man diese Ziele? Es gibt einige Möglichkeiten, Leerformeln zu vermeiden:

- 1. Klare, konkrete und erreichbare Ziele** beschreiben (z. B.: „Wenn dies passiert, tun Sie bitte genau das!“ – je nach Krankheitsbild).
- 2. Beispiele aus dem Alltag Betroffener** geben (Sprichwort: „Ein Beispiel sagt mehr als tausend Worte.“).
- 3. Aussagen auf die Lösung** (nicht auf das Problem) konzentrieren.

Gerade an diesen Grundsätzen zeigt sich, wie wichtig es ist, betroffene Kinder und Eltern mit in die Gestaltung von Informationsmaterialien einzubeziehen. Die Wirklichkeit des Lebens mit der Erkrankung kennt das medizinische Fachpersonal oft nur aus kurzen Freizeitveranstaltungen oder aus „zweiter Hand“. Ausschließlich von Medizinern gemachte Medien beschäftigen sich deshalb auch vorwiegend mit Themen und Problemen aus Klinik oder Arztpraxis. Informationsmaterialien, die nur von Betroffenen gemacht werden, haben neben dem unbestrittenen guten Alltagsbezug dagegen oft auch einen mitleidigen, mitunter sogar anklagenden Tonfall, der den „gesunden Abstand“ vermissen lässt. Sie geben auch nicht immer kompetenten medizinischen Rat. Nach aller Erfahrung liegt die Qualität solcher Materialien meist in der gesunden Mischung eines interdisziplinären Autorenteam (s. o.).

Reden ist Gold

Am Anfang war das Wort

Das medizinische Fachpersonal weiß oft kaum etwas von den Familien, denen es bei der chronischen Erkrankung eines Kindes gegenübersteht. Vor allem bezüglich der oben aufgeführten Aspekte aus Vergangenheit und Zukunft, die für das individuelle Erleben sehr prägend sind, wissen die helfenden Fachkräfte aus dem Klinik- oder Praxenbereich meist sehr wenig. Da aber besonders dort viele Ängste ihren Ursprung haben, sind konkrete Aussagen hierzu in guten und wirklichkeitsbezogenen Informationsmaterialien unverzichtbar.

Selbstverständlich ist es nicht leistbar, auf alle denkbaren Fragen der Kinder oder Eltern einzugehen. Zu vielfältig sind mögliche Sorgen, Nöte oder Zweifel der Betroffenen. Engagierte Ärzte, die mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern bei Schulungsprogrammen oder z. B. in Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, wissen, dass folgende Themen im Erstgespräch zur Orientierung der Familie wichtig sind. Neben einem solchen Gespräch zur Diagnoseeröffnung sollten diese Themen, jeweils für die angesprochene



Zielgruppe (Eltern, Kinder oder Jugendliche) aufbereitet, auch in den schriftlichen Basisinformationen enthalten sein:



1 Art der Erkrankung und deren typische Symptome

Ursachen für die Erkrankung

- ▶ genetische Faktoren
- ▶ Schuldaspekte (z. B. „Unvermeidbarkeit“)
- ▶ Aufzählung von Faktoren, die fälschlicherweise oft als Ursache angenommen und schuldhaft verarbeitet werden (falsche Ernährung, kurze Stillzeit, zu viel Fernsehen, Aussagen wie: „Das ist alles psychosomatisch“ etc.)

2 Möglicherweise notwendig werdende weitere diagnostische Verfahren

- ▶ Was kommt auf das Kind und die Familie zu?
- ▶ Was bedeutet das für die Zeit der Diagnostik?

3 Therapieformen

- ▶ empfohlene Behandlungsverfahren
- ▶ Wirkungen und Nebenwirkungen
- ▶ Alternativen hierzu
- ▶ Begründung für die gewählten Therapieansätze

4 Wahrscheinlicher Krankheitsverlauf/Zukunftsaspekte

- ▶ Wie sieht in groben Zügen der Alltag mit der Erkrankung aus?
- ▶ Wo bestehen Einschränkungen?
- ▶ Wo bleiben Freiheiten?

5 Soziale Krankheitsaspekte

- ▶ Wie viele Kinder/Jugendliche gibt es, die diese Krankheit haben?
- ▶ Wo werden weitere Hilfsmöglichkeiten angeboten?
- ▶ ggf. Kontakt zu anderen betroffenen Familien ermöglichen

6 ggf. weitere Schritte im Schulungsprogramm

- ▶ Wie sieht das Schulungsprogramm aus?
- ▶ Wie gestaltet sich das weitere Vorgehen? etc.

Ein solches Gespräch kann jeweils gesondert für Eltern und Kinder oder Jugendliche angeboten werden. So ist es möglich, dass gerade die Eltern alle Fragen und Probleme auch ansprechen, die sie bewegen (z. B. „Mein Vater ist an dieser Erkrankung gestorben, droht uns das gleiche Schicksal?“ oder: „Die Tochter meiner Arbeitskollegin hat das Gleiche. Bei ihr ist es später ganz schlimm geworden.“ oder: „Meine Tante hat das auch gehabt, da hat aber der Heilpraktiker gesagt ...“).

Es sollte nicht nach dem Erstgespräch erwartet werden, dass die Beteiligten alle besprochenen Inhalte tatsächlich verstanden haben. Schließlich sind zu Beginn einer (chronischen) Krankheit alle Beteiligten noch im „Schock der Diagnose“ und ihre Aufmerksamkeit ist entsprechend einseitig ausgerichtet.

Wie immer wieder den Medien zu entnehmen ist, brechen manche Eltern – auch oder gerade bei einer sehr ernsten Erkrankung ihres Kindes – eine viel versprechende Behandlung ab und suchen Hilfe in sehr exotischen Therapieansätzen oder gar bei einem offensichtlichen Scharlatan und bringen ihre Kinder u. U. in ernsthafte Lebensgefahr. Ohne den behandelnden Ärzten aus solchen bekannten Fällen Unrecht tun zu wollen, darf doch angenommen werden, dass manche dieser dramatischen Therapieabbrüche zustande kommen, weil ein solches strukturiertes und offenes Gespräch unter den o. g. Bedingungen – das auch Alternativmedizin oder Außenseitermethoden nicht tabuisiert – nicht zu Stande kam. Leider

lassen sich solche anfänglichen Versäumnisse später nicht (vollständig) rückgängig machen. Ein weiterer Aspekt hierbei ist auch der Wunsch der Eltern, selbst etwas aktiv beizutragen. Nicht nur Mängel in der Kommunikation sind hierfür ausschlaggebend, sondern auch, dass die Schulmedizin oft wenig aktive Eigenverantwortlichkeit vorsieht.

Daher kann sehr hilfreich sein, dass Informationsmaterialien, die ja nicht immer einen direkten Bezug zu Arztgesprächen in der Klinik oder Praxis haben, die oben genannten Aspekte aufnehmen. Gerade die im medizinischen Alltag oft mangelnde Zeit macht ausführliche Gespräche zu Beginn einer (chronischen) Krankheit leider eher selten.

Existieren dagegen gute Informationsmaterialien, können diese eine fruchtbare Ergänzung darstellen. Auch für weniger erfahrenes medizinisches Fachpersonal kann ein gut gestaltetes Informationsmaterial oder gar Schulungsprogramm zudem als Leitfaden und Orientierung für künftige Gespräche mit den Patienten(-Eltern) dienen.

Weiter mit Programm

Maacht eine chronische Erkrankung (wie z. B. eine Zuckerkrankheit) eine umfassende Schulung zum Umgang mit der Krankheit und der Therapie notwendig, sind Schulungsprogramme förderlich. Hierbei sollten weitere Informationen mit praktischen Übungen systematisch, nach Themen geordnet gegeben werden. In entsprechend aufbauenden Abschnitten sollte ein Schulungsprogramm alles das enthalten, was Kinder und ihre Eltern über die Erkrankung und deren Therapie wissen müssen. Besonders Kindern gegenüber sollte das Motto gelten:

***So viel wie nötig,
aber so wenig wie möglich.***

Zur Begrenzung trägt es bei, den Entwicklungsstand des Kindes im Auge zu behalten. Kinder und Eltern brauchen zwar eine Zukunftsperspektive für das Leben mit der Krankheit, detaillierte, über die Notwendigkeiten einer Entwicklungsphase hinausgehende Informationen, sollten aber besser erst dann gegeben werden, wenn der Übergang in eine neue Phase ansteht.

Systematische Schulungsprogramme für häufiger vorkommende Erkrankungen wie z. B. Diabetes oder Asthma existieren heute schon in kind- bzw. jugendgerechter Form. Je seltener oder komplexer eine chronische Krankheit ist, desto seltener liegen geeignete Informationsmaterialien und komplette Schulungsprogramme vor. Nicht zuletzt wegen des kleineren Betroffenenkreises ist es schwieriger, geeignete Autorenteam zu bilden und über den individuellen Fall hinaus Schulungsprogramme zu ent-



wickeln. Viele grundsätzliche Herangehensweisen, die bisher beschrieben wurden, sind jedoch in der Erstellung von Material zur Schulung von Kindern oder Jugendlichen auf die verschiedenen Krankheitsgruppen übertragbar.

Allgemein sollten weniger theoretisch-medizinische als alltagsnahe Themen Schulungsprogramme für chronisch kranke Kinder auszeichnen. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Schulung der Eltern. Wichtig sind hierbei auch Themen über Sorgen, Ängste und die vielen Alltagsfragen, mit denen sich Eltern und Kinder auseinander setzen müssen. Für die Behandlung dieser Themen haben sich folgende Grundsätze bewährt:

1

Logischer Aufbau (Gliederung)

Allgemeines über die Erkrankung

- ▶ Symptome und Ursache der Symptome
- ▶ Wodurch kam es zur Erkrankung (ohne sich in medizinischen Details zu verlieren)?
- ▶ Entlastung von möglichen Schuldannahmen der Kinder (s. o.)

Direkte Auswirkungen der Erkrankungen

- ▶ Medikamentöse Therapie
- ▶ krankengymnastische Auswirkungen
- ▶ ernährungsbezogene Konsequenzen (Diät)
- ▶ Selbsttestungen von Blut, Urin, Atemvolumen etc.
- ▶ sonstige Verhaltensänderung
- ▶ Hinweis, dass diese Maßnahmen keine Strafen für angenommene Verfehlungen darstellen

Langfristige Auswirkungen der Erkrankung

- ▶ Hinweise, wie diese Auswirkungen möglichst angenehm gestaltet werden können (leckere Diätzubereitungen, Musik bei der Gymnastik, Fernsehen oder Geschichtenvorlesen bei der Inhalation, Belohnungen für erduldete Schmerzen usw.)
- ▶ Hinweise, was Kinder anderen Kindern sagen können, wenn diese Fragen stellen („Ist das ansteckend?“, „Tut was weh?“, „Warum machst du das?“ etc.)
- ▶ Hinweise über die künftige Behandlung/Arztbesuche (Was wird da passieren? Wie oft wird behandelt, nachuntersucht? etc.)

2

Kind-/jugendgerechte Vermittlung der Inhalte

Kindern die Auswirkungen der Erkrankung und ihrer Behandlung durch eine Leitfigur beschreiben lassen. Diese sollte

- ▶ sich an der oberen Grenze des Alters der Zielgruppe bewegen (Vorbildfunktion)
- ▶ nicht zu ideal gestaltet sein (kein „Musterknabe“)
- ▶ darstellen, dass auch er/sie manchmal versagt und wie er/sie mit schwierigen Situationen umgeht



3

Mut machen, aber nicht beschönigen oder Unwahrheiten mitteilen

- ▶ Nie aussagen, dass etwas nicht weh tue, wenn es tatsächlich schmerzhaft ist
- ▶ keine falschen Versprechungen machen, wenn diese nicht einzuhalten sind
- ▶ Mut machen, z. B. von bekannten Persönlichkeiten berichten, welche die gleiche Erkrankung haben/hatten und sie bewältigt haben (viele bekannte Politiker oder Sportler waren selbst von chronischen Erkrankungen betroffen) oder
- ▶ aufzeigen, wie viele Kinder von den gleichen Auswirkungen betroffen sind („ich bin nicht allein mit meinem Schicksal“)

4

Zeitliche und mengenmäßige Beschränkung

- ▶ Nach Möglichkeit sollten Unterrichtseinheiten, die mit Kindern durchgeführt werden, 45 Minuten, solche mit Erwachsenen 60 Minuten nicht überschreiten.
- ▶ Schriftliche Unterlagen sollten nach Möglichkeit so gestaltet sein, dass sie jeweils „portionsweise“ (nach jeder Schulungseinheit) übergeben und später ggf. aktualisiert werden können (Ringbuchversion, Sammelmappen etc.).

5

So viel Theorie wie nötig – so viel Praxis wie möglich

- ▶ Zur Förderung der Selbstständigkeit von Kindern und Eltern sollten viele praktische Übungen zu den einzelnen Behandlungsmaßnahmen enthalten sein. Hierbei sollten die „Schüler“ in der Regel aktiver sein dürfen als die „Lehrer“ (Lernen durch Handeln).

6

Lernen mit Spaß und Freude

- ▶ Die deutschen Wörter „Wissen“ und „Witz“ haben den gleichen sprachlichen Wortstamm. In diesem Sinne lernt man mit Spaß am besten – auch wenn der Hintergrund des Lernens ein durchaus ernster sein kann.
- ▶ (Lehrreiche) Spiele, Quiz oder Bewegungselemente lockern jeden Unterricht auf und machen Spaß.
- ▶ Lassen Sie traurigen Kindern oder solchen Eltern Zeit, die sich noch in der Schockphase der Erstdiagnose befinden. Beide sind ebenso wenig für „Späße“ aufgelegt, wie aufnahmefähig für Wissen und neue Fertigkeiten.



Die Entwicklung von Informationen für Kinder mit chronischen Erkrankungen und deren Eltern ist nicht einfach. Basisinformationsmaterial oder ganze Schulungsprogramme,

- ▶ die ihre jeweiligen Zielgruppen wirklich ansprechen,
- ▶ die so attraktiv sind, dass sie wirklich mit Freude und Interesse bearbeitet/gelesen werden,
- ▶ die inhaltlich und pädagogisch so gut aufbereitet sind, dass durch die erworbenen Kenntnisse und/oder Fähigkeiten die Behandlung tatsächlich unterstützt wird,
- ▶ deren fachmedizinische Aussagen so konkret, aber auch konsensfähig sind, dass die Materialien auch bei einem Arzt- oder Ortswechsel noch genutzt werden können,

sind ein hohes, aber lohnendes Ziel für alle Beteiligten.

Bei der Gestaltung solcher Materialien empfiehlt es sich, nicht nur mit einem guten Autorenteam und einer breiten Unterstützung von betroffenen Kindern und Eltern an die Arbeit zu gehen. Vielmehr sollte man sich auch um ein fundiertes, gutes Konzept bemühen, das dem Material zugrunde liegt. Hierzu gehört auch die Überlegung, welche Ziele mit dem Material/Programm verfolgt werden sollen.

Ist diese Basis geschaffen, so ist es durchaus möglich, Förderer (Sponsoren) für die Umsetzung und Gestaltung zu finden. Als mögliche Ansprechpartner kommen dabei Stiftungen, Pharmafirmen, Gerätehersteller, Krankenkassen oder gar Buchverlage in Frage. Je besser dabei das Konzept, je größer der Gültigkeits- bzw. Einsatzbereich, desto eher besteht die Chance, ein gut gemachtes, ansprechendes Infomaterial verwirklichen zu können. Diese Broschüre soll Ihnen Anregungen und Hilfestellungen geben, dies zu erreichen.

Lernen ist immer ein lebenslanger Prozess: Dies gilt natürlich auch bei chronischen Erkrankungen, bei denen sich Therapieformen durch das Krankheitsbild, das zunehmende Alter der Patienten oder die Entwicklung in der Medizin verändern. Aus diesem Grund muss das Erlernte immer wieder auf seine Aktualität hin überprüft und aufgefrischt werden.

Für Kinder und Jugendliche haben sich hierfür auch einwöchige oder zumindest mehrtägige Veranstaltungen (z. B. „Training Camps“) bewährt. Hier lernt man annähernd Gleichaltrige kennen, die mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben wie man selbst. So sieht man nicht nur, wie andere ihre Probleme lösen, sondern auch, dass man mit seiner Erkrankung – auch was deren Bewältigung betrifft – nicht allein ist.

Solche Aktionen – vor allem wenn sie attraktive Anreize und nicht nur die Themen Krankheit und Behandlung beinhalten – sind besonders gut geeignet, Informationen zu aktualisieren und die

Krankheitsakzeptanz zu fördern. In diesem Sinne ist es empfehlenswert, die am Ende dieser Broschüre genannten Beratungsstellen auch daraufhin anzusprechen, wie solche Maßnahmen geplant und finanziert werden können. Schließlich gilt es – wie bereits zu Anfang gesagt – alles zu tun, dass aus den noch behandelten (chronisch kranken) Kindern von heute die im weitesten Sinne eigenverantwortlich handelnden jungen Erwachsenen von morgen werden können.

Lernen ist immer ein lebenslanger Prozess.



4.

Checkliste



10 kritische Fragen zur Überprüfung von Medien – **speziell** für Kinder und Jugendliche

1

Immer zuerst: Die Frage nach der Zielgruppe!

Ist klar bestimmt worden, welche Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen Sie mit Ihrem Medium informieren wollen?

2

Ohne Ziel kein Weg!

Haben Sie exakt festgelegt, was Sie konkret bei Ihrer Zielgruppe mit der Herausgabe des Mediums erreichen wollen? Sind konzeptioneller Aufbau, Text und Gestaltung des Mediums auf die Erreichung dieser Ziele ausgerichtet?

3

„Was ich eigentlich sagen wollte ...!“

Was soll Ihre Zielgruppe denken und sagen und wie soll sie handeln, wenn sie Ihre Informationsschrift gelesen hat? Formulieren Sie diese Botschaften in einfachen Sätzen vor. Wird die Botschaft auch über mehrere Sinne (sehen, fühlen, hören) vermittelt? Je mehr Sinne bei der Vermittlung beteiligt werden, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Botschaft ankommt, verstanden und geglaubt wird.



4

Der Ton macht die Musik!

Schreiben Sie die Sprache der Kinder und Jugendlichen? Kennen die Kinder und Jugendlichen die einzelnen Begriffe und Worte bzw. sind diese klar und verständlich erläutert worden?

5

Die Aufmachung aber auch!

Ist das Medium für die Zielgruppe gut lesbar? Sind die bildlichen Darstellungen auch ohne Bildunterschriften verständlich und klar?

6

Wissen ist nicht immer Macht!

Steht die Vermittlung von Wissen bzw. medizinischen Details und die emotionale Auseinandersetzung mit Ihrem Thema in einem ausgewogenen Verhältnis?

7

Alles was langweilig ist, fliegt in die Ecke!

Wird eine positive Grundstimmung bei den jungen Leserinnen und Lesern erzeugt? Wirkt die Aufmachung, die Geschichte interessant, vielleicht sogar etwas spannend? Hat das Ganze eine Story?

8

Was nun – was tun?

Regt das Medium die Kinder und Jugendlichen zum selbstständigen Handeln an bzw. fordert es dazu auf? Werden Handlungsalternativen aufgezeigt? Sind Ihre Aussagen und Handlungsanweisungen hinreichend konkret formuliert?

9

Kritik willkommen. Aber besser vorher als hinterher!

Sind vor Fertigstellung der Reinzeichnung die Texte und Layouts des Mediums betroffenen Eltern, Kindern und Jugendlichen zur kritischen Prüfung und Bewertung vorgelegt worden? Ist die Kritik reflektiert und hinreichend berücksichtigt worden?

10

Eine letzte lästige Frage!

Haben Sie schon darüber nachgedacht, wie Ihr Medium in die Hände Ihrer Zielgruppe gelangt?



5. Mehr Informationen

Empfehlenswerte Schulungsprogramme und Informationsmaterialien (zum praktischen Einsatz oder zur Orientierung bei Neugestaltungen)

HALLER, R., LANGE, K.: Leitfaden und Elternbroschüre zum Diabetes-Kinderprogramm (s. o.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989.

Kommentar: Pädagogischer Leitfaden für medizinisches Fachpersonal und Elternbroschüre zu o. g. Schulungsprogramm

HÜRTER, P. et al.: Diabetes-Buch für Kinder. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989.

Kommentar: Schulungsbuch für Schulkinder mit Diabetes mellitus

JANOSCH: Ich mach dich gesund, sagte der Bär. Diogenes Verlag, Zürich 1991.

Kommentar: (Vor-)Lesebuch zum Themenbereich „Kinder und Krankheit“ für Vorschul- und jüngere Schulkinder

LANGE, K., BURGER, W., HALLER, R. et al.: Jugendliche mit Diabetes – Ein Schulungsprogramm; Kirchheim Verlag, Mainz 1995.

Kommentar: Schulungsprogramm für Jugendliche (12–18 Jahre) mit Diabetes mellitus

SCHNEIDER, S., RIEGER, B.: Das Aufklärungsbuch. Ravensburger Verlag, München 1995.

Kommentar: Ansprechende, zielgruppengerechte Aufklärungsbroschüre für Jugendliche

SCHULZ, C. M.: Warum, Charlie Brown, warum? – Der große Kampf der kleinen Janice. Haffmans Verlag, Zürich 1995. (Thema: Leukämie für Vorschul-/Schulkinder)

Kommentar: (Vor-)Lesebuch zum Themenbereich „Kinder mit Leukämie“ für Vorschul- und jüngere Schulkinder

WIEDEBUSCH, S., GANSER, G. (1992): GeLENKig – Ein Rheumabuch für Kinder. Erlangen: Kabi Pharmacia.

Kommentar: Broschüre für betroffene 7- bis 11-Jährige, Geschwister und Mitschüler ... vermittelt Krankheits- und Behandlungswissen zur juvenilen chronischen Arthritis

Weiterführende Literatur

- BLUME, A. (1987): Den Umständen entsprechend optimistisch. Ratgeber für Eltern chronisch kranker Kinder, Reinbek.
- BROCHER, T. (1985): Wenn Kinder trauern, Reinbek.
- BUGGLE, F. (1993): Die Entwicklungspsychologie Jean Piagets (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- FREUD, A./BERGMANN, T. (1972): Kranke Kinder, Frankfurt/M.
- GARDNER, H. (1993): Der ungeschulte Kopf – Wie Kinder denken, Stuttgart.
- HALLER, R. (1995): Schulung von Kindern mit chronischen Erkrankungen – am Beispiel des Diabetes mellitus Typ I, München.
- KINDERNETZWERK für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e. V. (1999): Wer hilft weiter? Ein bundesweiter Wegweiser, Lübeck.
- LOHAUS, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, Göttingen.
- MURKEN, A. H. (1983): Kind, Krankheit und Krankenhaus im Kinder- und Jugendbuch seit 1800, Herzogenrath.
- OERTER, R./MONTADA, L. (Hg.) (1995): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (3., überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- OERTER, R./HAGEN C. VON/RÖPER, G./NOAM, G. (Hg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- PETERMANN, F. et al. (1990): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, Köln.
- PETERMANN, F. (Hg.) (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. (4., korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- PIAGET, J./INHELDER, B. (1989): Die Psychologie des Kindes, Stuttgart.
- ROBERTSON, J. (1974): Kinder im Krankenhaus, München.
- SEIFFGE-KRENKE, I. (Hg.) (1990): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer.

Wer hilft weiter?

Kindernetzwerk e. V.
Hanauer Straße 15
63739 Aschaffenburg
www.kindernetzwerk.de

NAKOS – Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Albrecht-Achilles-Straße 65
10709 Berlin
www.nakos.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Mielenforster Straße 2
51069 Köln
www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Psychologie – Sybille Claßen –
Hollandtstraße 61
48161 Münster
Expertendatenbank der DGPs im Internet:
www.dgps.de/expertendatenbank/

- ¹ Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen neben Neurodermitis und Bronchialasthma auch Herzerkrankungen, Sichelzellanämie, Zöliakie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Epilepsie und rheumatische Erkrankungen.
- ² Zitate nach Haller, R.: Schulung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, München 1995
- ³ Zitat nach Haller, R.: Schulung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, München 1995
- ⁴ Zitat nach Maxin, D. & Smith (1990): Der Schmerz im Denken und Erleben von Kindern. Eine Entwicklungspsychologische Untersuchung. In: I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer, S. 39–55.
- ⁵ Zitate nach Haller, R.: Schulung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, München 1995
- ⁶ Zitate nach Haller, R.: Schulung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, München 1995
- ⁷ Siehe Kapitel 5 „Wer hilft weiter?“
- ⁸ Siehe Kapitel 5 „Wer hilft weiter?“

Herausgeber:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA), 51101 Köln, im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit
und Soziale Sicherung.

Alle Rechte vorbehalten.

Konzept und Text:

Dr. Reinhold Haller, Prof. Dr. Bettina Schuhrke

Redaktion: BZgA

Umsetzung: www.projekt-pr.de, P. Pinger, Bonn

Illustrationen: Christa Gutt

Auflage: 3.6.11.03

Erscheinungsdatum: 2001

Druck: Druckpunkt, Bergheim

Diese Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der
BZgA, 51101 Köln.

Bestell-Nr.: 12030000



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: BZgA, 51101 Köln