

Psychische Erste Hilfe bei Kindern

Teil 2: Regeln für die Einsatzpraxis

Autor:

Dipl.-Päd.

Harald Karutz

Bildungsinstitut

am Elisabeth-

Krankenhaus

Essen,

Beethovenstr. 15,

D-45128 Essen,

h.karutz@

elisabeth-essen.de

Im ersten Teil dieses Beitrags (RETTUNGSDIENST 5/2002) wurde die psychische Situation von Kindern in Notfallsituationen dargestellt, um die Notwendigkeit besonderer Betreuungsstrategien zu verdeutlichen. Außerdem wurden langfristige Auswirkungen von Notfallgeschehen auf die Psyche von Kindern beschrieben. In diesem Teil sollen konkrete Regeln für eine spezielle Psychische Erste Hilfe bei Kindern (PEHK) vorgestellt werden, die durch die Überarbeitung eines bereits bestehenden Betreuungskonzeptes entwickelt worden sind (12).



Abb. 1: Die Vorbereitung auf Notfallsituationen ist gerade bei Kindern von besonderer Bedeutung

Das KASPERLE-Konzept von 1999

Durch die Ausführungen im ersten Teil des vorliegenden Beitrags, aber auch vor dem Hintergrund einer Studie, bei der RD-Mitarbeiter, Eltern und Kinder im Rahmen der erwähnten Diplomarbeit (vgl. Teil 1 dieses Beitrags) zu ihren Erfahrungen mit pädiatrischen Notfallsituationen befragt wurden, ist das bereits in dieser Zeitschrift veröffentlichte Betreuungskonzept KASPERLE (11) zunächst einmal grundsätzlich bestätigt worden (**Tab. 1**): Die in ihm enthaltenen Regeln beinhalten offenbar tatsächlich viele der wesentlichsten Aspekte einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern. Dennoch mussten einige Ergänzungen bzw. Detailveränderungen vorgenommen werden, die im folgenden Abschnitt des Textes dargestellt werden.

Ein neues Konzept für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern

Vor allem im Rahmen der Befragung von RD-Mitarbeitern wurde zunächst deutlich, dass pädiatrische Notfallsituat-

Das Betreuungskonzept KASPERLE von 1999

Abk.	Bedeutung
K	→ Kontakt aufnehmen und → Körperkontakt herstellen
A	→ Für Ablenkung sorgen
S	→ Situation erklären
P	→ Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen
E	→ Entscheidungsfreiheit lassen
R	→ Ruhe bewahren
L	→ Lieblingsstofftier holen und dem Kind geben
E	→ Das Kind ernst nehmen

Tab. 1

tionen nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht ganz besondere Anforderungen an die Helfer beinhalten und dementsprechend eine gute psychologische Vorbereitung erfordern – die bislang allerdings nicht Bestandteil der Ausbildung ist.

So banal es vielleicht klingen mag, ist demnach zu fordern, Helfer im Rahmen ihrer Ausbildung – auf der Grundlage entwicklungspsychologischer und psychotraumatologischer Erkenntnisse – möglichst frühzeitig auf die bei Kindernotfällen bestehenden psychologischen Probleme aufmerksam zu machen und für diese grundsätzlich zu sensibilisieren. Jeder Helfer sollte dazu aufgefordert und angeregt werden, sich persönlich, individuell und v.a. *intensiv* mit Kindernotfällen als Bestandteil einer möglichen Realität auseinanderzusetzen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rettungsdienstmitarbeiter bei der Befragung angegeben haben, regelrecht handlungsunfähig geworden zu sein, weil sie sich z.B. beim Anblick eines verletzten Kindes an eigene Kinder erinnert haben. Regel 1 lautet demnach:

Medizinische Notfälle bei Kindern sind zugleich psychische Notfälle für alle Beteiligten. Machen Sie sich diese Tatsache bewusst und setzen Sie sich mit ihr auseinander!

Damit die geforderte gedankliche Auseinandersetzung mit Kindernotfällen bei den Helfern nun aber nicht *nur* darin besteht, bestehende Probleme zu erkennen (was letztlich vielleicht sogar neue Ängste schafft und die Handlungs-

Rettungsassistenten-Ausbildung

Regelausbildung

(Nach § 4 des RettAssG)

Termine: 01.08.02 - 31.07.03 Regensburg
02.09.02 - 15.08.03 Nellinghof

Ausbildungskosten: € 4.250,- zzgl. Prüfung € 250,-

Verkürzte Ausbildung (für Rettungssanitäter)

(Nach § 8 (2) des RettAssG)

Termine: 01.07.02 - 20.12.02 Herstein
26.08.02 - 04.04.03 Bonn
07.10.02 - 07.03.03 Nellinghof
04.11.02 - 25.04.03 Aachen

Ausbildungskosten: € 2.750,- zzgl. Prüfung € 250,-

Ergänzungslehrgang (für Krankenpflegepersonal)

(Nach § 8 (3) des RettAssG)

Termin: 03.06.02 - 24.07.02 Regensburg
01.07.02 - 09.08.02 Bonn
03.09.02 - 19.12.02 Bonn (Abendlehrgang)
09.09.02 - 15.11.02 Aachen
07.10.02 - 20.12.02 Herstein

Ausbildungskosten: € 1.550,-
zzgl. Prüfung € 250,-

Ausbildung

Rettungsassistenten-Ausbildung

Rettungsassistenten Grundlehrgänge und Rettungssanitäter Abschlusslehrgänge. Angebotener Lehrgangsbeginn ca. alle 2 Wochen. Genaue Termine auf Anfrage.

Ausbildungskosten: € 850,- (Grundlehrgänge)
€ 270,- (Abschlusslehrgänge) zzgl. Prüfung € 80,-

Lehrrettungsassistenten-Ausbildung

Termine: 02.09.02 - 20.09.02 Nellinghof
11.11.02 - 29.11.02 Bonn (3 Blöcke)

Ausbildungskosten: € 1.050,- (350,- je Block)

Fortbildung

Aachen

Interdisziplinäre Fortbildungswoche
Termin: 18.08.02 - 23.08.02

Patientengerechte technische und medizinische Rettung
Termin: 07.09.02

Gefahrenlehre
Termin: 28.09.02 - 29.09.02

Airwaymanagement
Termin: 19.10.02

EKG-Schnellinterpretation
Termin: 20.10.02

Bonn

Dozent im Rettungsdienst
Termin: 26.08.02 - 30.08.02

Ausbildung zum ACLS-Trainer (Mega-Code-Trainer)
Termin: 07.10.02 - 10.10.02

Pädiatrische Notfälle (mit PALS)
Termin: 28.10.02 - 29.10.02

Organisatorischer Leiter
Termin: 04.11.02 - 08.11.02

Rettungsdienst nach Curriculum der AGBF-NW

Termin: 04.11.02 - 08.11.02

Herstein

LRA-Fortbildung
Termin: 15.06.02 und 16.06.02

Ertrinkungsunfälle; Tauchunfälle
Termin: 24.08.02

Beatmung und Narikose im RD
Termin: 25.08.02

Besondere Notfallsituationen
Termin: 16.11.02 - 17.11.02

Nellinghof

Dozent im Rettungsdienst
Termin: 17.06.02 - 21.06.02

Medikamente im Rettungsdienst
Termin: 27.08.02

Toxikologie im Rettungsdienst
Termin: 28.08.02

SEK-Fortbildung
Termin: 26.10.02 - 27.10.02

Weiterbildung zum Organisatorischen Leiter
Termine: 12.11.02 - 15.11.02

Regensburg

Frühdefibrillation, Trainersausbildung
Termin: 05.07.02 - 06.07.02

RA/LRA: Wege in die Zukunft
Termin: 25.10.02 - 26.10.02

Belastungssituationen im Einsatz I
Termin: 08.11.02 - 09.11.02

Belastungssituationen im Einsatz II
Termin: 13.12.02 - 14.12.02



Malteser Hilfsdienst e.V.
Schule Aachen
Auf der Hüls 201
52068 Aachen
Telefon: 02 41 / 9 67 01 24
Telefax: 02 41 / 9 67 01 29
aachen@malteser-schule.de
www.malteser-schule.de

Malteser Hilfsdienst e.V.
Schule Bonn
Hochstadenering 43
53119 Bonn
Telefon: 02 28 / 96 99 2 - 54
Telefax: 02 28 / 96 99 2 - 55
bonn@malteser-schule.de
www.malteser-schule.de

Malteser Hilfsdienst gGmbH
Schulungsstätte Hessen
Lanzenhainer Straße 6a
36358 Herstein
Telefon: 0 66 43 / 80 35 - 36
Telefax: 0 66 43 / 72 10
herstein@malteser-schule.de
www.malteser-schule.de

Malteser Hilfsdienst gGmbH
Schulungszentrum Nellinghof
Holdorfer Straße 33
49434 Neuenkirchen
Telefon: 0 54 93 / 99 10 - 0
Telefax: 0 54 93 / 99 10 - 29
nellinghof@malteser-schule.de
www.malteser-schule.de

Malteser Hilfsdienst e.V.
Schulungszentrum Regensburg
Am Singrün 1
93047 Regensburg
Telefon: 09 41 / 5 85 15 - 30
Telefax: 09 41 / 5 85 15 - 15
regensburg@malteser-schule.de
www.malteser-schule.de

Alle Angebote auch als In-House-Seminare möglich.
Fordern Sie weiteres, detailliertes Informationsmaterial zu den einzelnen Veranstaltungen an!

fähigkeit im Notfall noch weiter senkt), scheint gleichzeitig notwendig, auch *Verständnis* für die in der Tat schwierige Situation von Helfern auszudrücken: Gerade zuzugestehen, dass eine gewisse emotionale Betroffenheit und ein deutlich gesteigerter Aktivierungsgrad des gesamten Organismus bei Helfern in Kindernotfällen normal sind, kann u.U. schon entlastend wirken und demzufolge helfen, situationsgerecht zu handeln. Somit lautet Regel 2:

Dass alle Beteiligten und auch Sie selbst aufgeregt sind, ist verständlich und völlig normal!

Die dritte Regel soll ebenfalls eine entlastende Funktion haben: So gaben einige RD-Mitarbeiter bei der Befragung an, dass ihnen der angemessene Umgang mit einem betroffenen Kind ganz generell außerordentlich schwer gefallen ist. Dies und die Tatsache, dass es ihnen im Einsatz offenbar nicht gelungen ist, ein verletztes Kind zu beruhigen (bzw. aufzumuntern oder wie auch immer zu trösten), hat mitunter zu mindestens teilweise unangebrachten Schuldgefühlen bei den Helfern (!) geführt. Denn davon abgesehen, dass sich die Kommunikation zwischen Helfern und dem betroffenen Kind durch eine entsprechende Ausbildung sicherlich in vielen Fällen noch verbessern ließe, sollte eingesehen werden (Regel 3):

Auch eine optimale Psychische Erste Hilfe kann die psychischen Belastungen für ein Kind im Notfallgeschehen nicht völlig nehmen, sondern nur vermindern! Der Umgang mit verletzten und akut erkrankten Kindern ist schwierig, und situationsbedingt bleibt er es häufig auch – ganz unabhängig vom Verhalten des Helfers!

Trotzdem ist Psychische Erste Hilfe keineswegs wirkungslos, und die folgenden Regeln beinhalten dementsprechend (aufbauend auf den Informationen der jetzt dem überarbeiteten Betreuungskonzept KASPERLE vorangestellten Regeln 1 bis 3), welches konkrete Verhalten bei Kindernotfällen sinnvoll ist.

Abb. 2: Die Kontaktaufnahme zu Kindern in Notfallsituationen ist oftmals schwierig



Die grundsätzliche Forderung danach, zum betroffenen Kind auf eine besondere Weise Kontakt herzustellen, wurde in diesem Zusammenhang bereits erhoben (11). Ergänzen ließe sich – v. a. als Konsequenz aus den Ergebnissen der Befragung von RD-Mitarbeitern und Kindern – hier jedoch der Hinweis darauf, dass möglichst nur *eine* Person Kontakt zum Kind aufnimmt, und die übrigen anwesenden Helfer sich zunächst außerhalb des kindlichen Blickfeldes aufhalten. Empfehlenswert scheint auch, dass der kontaktaufbauende Helfer nicht in einer möglicherweise furchterregenden roten Rettungsdienstjacke erscheint, sondern diese zuvor auszieht.

Ansonsten kann es u.U. hilfreich sein, zunächst – für das Kind sichtbar – für kurze Zeit mit den Eltern zu sprechen und zu ihnen Kontakt aufzubauen: Wenn das Kind erkennt, dass seine Eltern dem Helfer vertrauen, dürfte es ihm deutlich leichter fallen, dem dann ja schon nicht mehr *völlig* fremden Menschen auch Zugang zu ihm selbst zu ermöglichen bzw. dessen Annäherung angstfrei zu akzeptieren. Folglich ist festzuhalten (Regel 4):

Möglichst nur ein Helfer sollte behutsam Kontakt zum betroffenen Kind aufnehmen. Dabei kann helfen, Warn- bzw. Sicherheitsbekleidung abzulegen, sich dem Kind langsam zu nähern, sich auf sein körperliches Niveau herunterzubeugen, sich mit Vornamen vorzustellen und nach dem Vornamen des Kindes zu fragen. Ist das Kind besonders ängstlich und hat man genug Zeit, sollte man zunächst versuchen, den Kontakt zum Kind über die Eltern aufzubauen.

Auch die Aufforderung an den Helfer, vorsichtig Körperkontakt zum betroffenen Kind herzustellen, ist im bisherigen Betreuungskonzept KASPERLE bereits enthalten (11). Hier ist – ebenfalls basierend auf den Befragungsergebnissen der Studie – jedoch zu ergänzen, dass der Körperkontakt zum Kind offenbar nur dann mit Sicherheit hilfreich ist, wenn er von den eigenen Eltern oder anderen bekannten Bezugspersonen hergestellt wird.

Versucht ein anderer (fremder) Helfer, z.B. ein RS oder RettAss, Körperkontakt herzustellen, kann dies ein ängstliches Kind mitunter auch noch mehr verängstigen und von ihm eher als unangenehm empfunden werden. Hier kommt es demnach darauf an, sensibel die Reaktion des Kindes wahrzunehmen und den ggf. schon aufgebauten Körperkontakt auch wieder zurückzunehmen. Während bei der PEH für Erwachsene vorsichtiger Körperkontakt häufig hilfreich ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Helfer und Notfallpatient aufzubauen, gilt bei Kindern, dass der Körperkontakt erst dann gesucht werden sollte, wenn zuvor schon ein gewisses Vertrauen zwischen Helfer und Kind bestanden hat (9).

Der bislang formulierte Hinweis, dass der Körperkontakt *vorsichtig* zu suchen ist, muss also noch deutlicher hervorgehoben werden (Regel 5):

V.a. Körperkontakt der Bezugspersonen zum betroffenen Kind wirkt meist beruhigend und sollte demnach ermöglicht werden. Als fremder Helfer Körperkontakt zu einem verletzten oder erkrankten Kind aufzubauen, ist schwierig und sollte nicht gleich zu Beginn der Hilfeleistung erfolgen, sondern – außerordentlich vorsichtig – erst dann, wenn schon ein gewisses Vertrauen zwischen dem Kind und dem Helfer besteht und das Kind den Körperkontakt toleriert.

Die bisherige Regel „Für Ablenkung sorgen“ (11) muss ebenfalls ergänzt werden: Denn wenngleich Ablenkung von vielen Helfern als die wohl effektivste Maßnahme einer Psychischen Ersten Hilfe genannt werden mag, ist sie kein „Allheilmittel“. De Kuiper bezeichnet es z.B. als einen häufigen Irrtum, wenn angenommen wird, dass Kinder keine Schmerzen mehr haben, bloß weil man sie ablenkt (2). Somit gilt, dass die Wirksamkeit der Ablenkung nicht überschätzt werden darf. Im Übrigen sind neben den im Betreuungskonzept KASPERLE genannten Möglichkeiten besonders solche Strategien empfehlenswert, die gerade die Aufmerksamkeit und die erhöhte Aktivierung eines Kindes im Notfallgeschehen nutzen, indem z.B. ein Kind aufgefordert wird, sich während der Durchführung einer schmerzhaften Maßnahme auf das Zifferblatt einer Uhr zu konzentrieren und anschließend zu sagen, wieviel Zeit vergangen ist. Man kann ein Kind bei der Durchführung schmerzhafter Maßnahmen auch dazu auffordern, einen beteiligten Helfer jeweils so stark zu kneifen, wie es gerade Schmerzen empfindet. Dies lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes von der bloßen Schmerzempfindung insofern ab, dass dem Kind nun zusätzlich eine Möglichkeit gegeben wird, seine Schmerzen auch mitzuteilen – was nämlich ebenfalls Aufmerksamkeit und v.a. Aktivität (!) des Kindes erfordert (2). Ansonsten darf Ablenkung keinesfalls als Bagatellisierung des Geschehens missverstanden werden. Als Regel 6 lässt sich somit festhalten:

Durchaus empfehlenswert ist es, für Ablenkung zu sorgen. Besonders hilfreich sind hierbei Strategien, die die kindliche Aufmerksamkeit gerade ausgehend vom Geschehen nutzen und das Kind zu aktivem Handeln anregen! Ablenkung darf aber nicht beinhalten, ein Kind „zuzutexten“ oder die Situation zu bagatellisieren. Ablenkung ist auch kein „Allheilmittel“!

Bislang, d.h. im bisherigen KASPERLE-Konzept, lautete die nun folgende Regel „Die Situation soll erklärt werden“ – wobei das *Erklären* offenbar als ein *Aufklären* des Kindes, v.a. über bevorstehende Maßnahmen, zu verstehen ist (11). Hierzu sind gleich mehrere Ergänzungen notwendig. So ist die Information eines kindlichen Notfallpatienten zunächst zweifellos hilfreich, um die psychische Bearbeitung des Geschehens zu fördern und Gefühle des Kontrollverlustes bzw. der Hilflosigkeit zu vermindern (2, 7, 18).

Zu beachten ist nun aber, dass *allein* die Aufklärung bzw. das Wissen eines verletzten oder erkrankten Kindes nicht automatisch auch dessen Angst nimmt. Vielmehr ist anzustreben, dass bei Kindern erst Angst abgebaut wird, bevor man Erklärungen bzw. Informationen gibt: Solange ein zu hoher „Angstlevel“ besteht, ist es nicht sinnvoll, Informationen zu vermitteln, weil diese in einem solchen emotionalen Zustand ohnehin kaum verarbeitet werden können und somit sogar angstverstärkend wirken können (18).

Lohaus weist außerdem darauf hin, dass der kognitive Entwicklungsstand eines Kindes bei der Informationsvermittlung keinesfalls *unterschätzt* werden darf: Durch das eventuelle „Verhätscheln“ eines Kindes würden regressive Verhaltensweisen im Notfallgeschehen womöglich nur begünstigt bzw. verstärkt (9). Zudem würden die Möglichkeiten eines Kindes, sich aktiv und hilfreich in die Notfallsituation einzubringen, noch weiter verringert.



Zum Thema
Kindernotfall
siehe die
RETTUNGSDIENST-
Schwerpunktausgabe
Mai 2002



Abb. 3: Der Körperkontakt zwischen Helfer und Kind sollte vorsichtig hergestellt werden

Ebenfalls wichtig für die Informationsvermittlung sind die eventuell – v. a. in der präoperationalen Entwicklungsphase – auftretenden Schuldgefühle (vgl. Teil 1 dieses Beitrags). Hierfür sollten Helfer besonders aufmerksam sein und ggf. intervenieren, indem sie einem Kind beispielsweise ausdrücklich mitteilen, dass seine Schuldgefühle unbegründet sind.

Helfer sollten aber nicht nur von sich aus Erklärungen geben, sondern vor allem und in erster Linie auch dem betroffenen Kind die Möglichkeit geben, Ängste und Befürchtungen zu äußern sowie Fragen zu stellen, auf die dann gezielt (und vor allem ehrlich) eingegangen werden sollte (16).

Die Erklärung der Situation setzt folglich voraus, dass das Kind in gewissem Sinne selbst mitteilt, was aus seiner Sicht erklärungsbedürftig ist; vermittelt werden sollten die Informationen, die das Kind auch aus der eigenen Sicht benötigt (17). Dieser Aspekt wurde bislang allerdings nicht im KASPERLE-Konzept berücksichtigt. Zusammenfassend lautet Regel 7:

Die Vermittlung von Informationen ist sehr wichtig. Sie ist aber erst dann möglich und sinnvoll, wenn man bestrebt ist, sie dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen und wenn zuvor auch Angst abgebaut wurde. Das Geschehen sollte in leicht verständlichen Worten erklärt werden, ohne ein betroffenes Kind zu „verhätscheln“ bzw. den Stand der kognitiven Entwicklung zu unterschätzen. Besonders zu achten ist auf eventuell vorhandene Schuldgefühle; ggf. muss hier interveniert werden. Außerdem sollte ein verletztes oder akut erkranktes Kind ständig Gelegenheit haben, Fragen zu stellen, die von den Helfern stets wahrheitsgemäß zu beantworten sind.

Die Vorbereitung auf bevorstehende Maßnahmen soll nun in einer neuen, eigenen Regel beschrieben werden und ist nicht länger in der Regel „Die Situation soll erklärt werden“ (11) enthalten. Neben der Vermittlung von Informationen über Wahrnehmungen und die Vorgehensweise bei der Durchführung einer Maßnahme (7) wird diesbezüglich angeregt, auch Informationen über das erwartete Verhalten des Kindes zu geben (2). Regel 8 lautet entsprechend:

Auf bevorstehende Maßnahmen soll ein Kind vorbereitet werden, indem die folgenden Fragen möglichst anschaulich beantwortet werden: 1. Was wird von wem und wie getan? 2. Was wird das Kind bei der Durchführung der Maßnahme empfinden? 3. Welches Verhalten wird vom Kind während der Maßnahme erwartet? sowie 4. Was kann das Kind selbst tun, um die Durchführung der Maßnahme positiv zu beeinflussen?

Möglichst aktiv soll das verletzte oder akut erkrankte Kind nun aber nicht nur – wie beschrieben – zur Ablenkung und bei der Durchführung von Maßnahmen sein, sondern ebenso im gesamten übrigen Notfallgeschehen. Dies ergibt sich u.a., wenn man einen Notfall vor dem Hintergrund der in ihm enthaltenen Anforderungen und Chancen betrachtet: So kann auch aus einem Notfallgeschehen tatsächlich Kraft und Selbstbewusstsein gewonnen werden – sofern es dem Betroffenen möglich war, selbst einen (wenn auch geringen) Beitrag zu leisten, um die Situation zu meistern.

Das Kind darf dieser Überlegung entsprechend nicht in eine passive Haltung gedrängt werden („Bleib einfach ganz ruhig liegen, wir machen das schon!“), sondern sollte – sofern es medizinisch vertretbar ist – möglichst viel *selbst tun können*. Dazu gehört beispielsweise, das Kind nicht auf jeden Fall in den Rettungswagen zu tragen, sondern es evtl. selbst laufen oder zumindest einsteigen zu lassen.

Beim Anlegen eines Verbandes kann das Kind ebenfalls mithelfen, indem es z.B. die Wundauflage festhält – und vor der Durchführung einer Venenpunktion kann dem Kind möglicherweise zumindest die Entscheidung freigestellt werden, ob diese am rechten oder linken Arm erfolgen soll. Unter Umständen ist sogar denkbar, dass das Kind selbst die Punktionsstelle mit einem Spray oder Mulltupfer desinfiziert. Was das Kind (entwicklungsbedingt) *schon* und was es (krankheits- bzw. verletzungsbedingt) *noch* kann, sollte das Kind auch tun!



Abb. 4: Was ein Kind selbst (noch) kann, soll es auch tun, z.B. das Einsteigen in den RTW

Dass anschließend – durch ein entsprechendes Lob bzw. eine Belohnung – eine positive Verstärkung erfolgen sollte (hier: um das Kind zu weiterer Aktivität zu ermutigen), zeigen Erkenntnisse der behaviouristischen Lernpsychologie. Vor dem Hintergrund der bisherigen KASPERLE-Regel „Die Situation soll erklärt werden“ (11), ist nunmehr also zu formulieren (Regel 9):

Als Ziel aller Informationsvermittlungs- bzw. Erklärungsversuche sollte angestrebt werden, dass das Kind nicht nur über das Geschehen Bescheid weiß, sondern auch erfährt, was es selbst im Geschehen tun kann. Das Kind sollte möglichst aktiv in die Situationsgestaltung bzw. Behandlung einbezogen und für jede hilfreiche Verhaltensweise belohnt werden.

Zur Einbeziehung von Personen, die dem Kind nahe stehen, ist festzustellen, dass in jeder Notfallsituation neu überlegt und entschieden werden muss, wie zu verfahren ist. Pauschalurteile wie die Aussage eines RettAss: „Als erstes schicke ich die Eltern immer raus!“ sind auf jeden Fall unangebracht. Notwendig ist ein differenziertes und begründetes Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Vorgehensweisen. Die zehnte Regel soll dabei helfen:

Die Anwesenheit bzw. die Einbeziehung von Bezugspersonen eines Kindes in die Hilfeleistung ist dann sinnvoll und anzustreben, wenn diese nicht selbst zu aufgeregt sind. Außerdem darf die Anwesenheit von Bezugspersonen nicht zur Verunsicherung der Helfer führen.



Abb.5: Das Lieblingsstofftier eines Kindes tröstet und beruhigt

Die bisherige Forderung im KASPERLE-Konzept, einem verletzten oder erkrankten Kind Entscheidungsfreiheit zu lassen (11), kann nunmehr ebenfalls ergänzt werden.

So dürfte in den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden sein, dass es nicht nur darauf ankommt, Situationen so zu gestalten, dass ein Kind sich entscheiden und somit einen eigenen konstruktiven Beitrag zur Bewältigung des Notfallgeschehens leisten *kann*, sondern dass es dies aufgrund einer entsprechenden Motivation durch die Helfer auch *tut*! Im Übrigen sollte einem Kind im Notfall neben der Entscheidungsfreiheit auch weitestgehend mögliche Bewegungsfreiheit sowie die Freiheit, sich sprachlich zu äußern, eingeräumt werden – d.h. ein Kind soll wissen, dass es eigene Gedanken und Gefühle aussprechen kann, ohne Widerspruch bzw. wie auch immer geartete Sanktionen befürchten zu müssen.

Dies setzt, wie es bereits im Konzept KASPERLE formuliert worden ist, voraus, dass man als Helfer soweit wie nur irgendwie möglich auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Druck auf ein verletztes oder erkranktes Kind verzichtet und eine vertrauensvolle Beziehung zumindest aufzubauen versucht. Auch ist unbedingt zu fordern, dass Helfer bei der Versorgung eines Kindes niemals lügen, weil eben dadurch das erwünschte Vertrauensverhältnis zwischen Helfer und Kind (sofern es schon besteht) abrupt zerstört bzw. dessen Entstehung von vornherein nahezu unmöglich gemacht würde (10). Als weitere, elfte Regel ist somit festzuhalten:

Einem verletzten oder erkrankten Kind sollen soweit wie möglich Freiräume geschaffen werden, um eigene Entscheidungen zu treffen, sich sprachlich zu äußern und um sich wie gewünscht zu bewegen. Zur Nutzung dieser Freiräume sollte ein Kind ermutigt werden. Zu lügen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden bzw. Druck auf ein Kind auszuüben, sollten Helfer unbedingt vermeiden.

Die bisherige Regel „Ruhe bewahren“ (11) ist auch nach den bisherigen Ausführungen noch gut zu begründen, da Unsicherheit bzw. Angst und Aufregung eines Helfers sich stets – wie beschrieben – auf das betroffene Kind übertragen können. Weil aber auch die in der Notfallsituation grundsätzlich enthaltene Hektik angst- und schmerzverstärkend wirken kann (2), ist die (zwölfte) Regel nun noch mit einem Zusatz zu versehen:

Der Helfer sollte – soweit möglich – Ruhe bewahren und auch im Notfallgeschehen für Ruhe sorgen. Eigene Aufregung des Helfers und die Hektik im Umfeld können sich sonst auf das Kind übertragen und seine psychische Belastung verstärken.

Der folgenden Regel im KASPERLE-Konzept, Lieblingsstofftiere zu holen und dem Kind zu geben (11), ist bezogen auf ihre Begründung und Zielsetzung nichts hinzuzufügen, zumal die beruhigende Wirkung von Teddybären und anderen Kuschtieren offenbar allgemein anerkannt ist. Ergänzt werden kann allenfalls, dass – sofern das Lieblingsstofftier eben nicht verfügbar ist (z.B. bei einem Verkehrsunfall) – ein entsprechender Ersatz zur Verfügung gestellt werden muss. Die meisten Rettungswagen sind für diesen Zweck bereits mit Teddybären ausgestattet; wo dies bislang nicht der Fall ist, sollten Stofftiere baldmöglichst angeschafft werden. Die folgende Regel 13 lautet somit:

Einem verletzten oder erkrankten Kind sollte unbedingt sein Lieblingsstofftier gegeben werden, weil dies meist eine enorm beruhigende Wirkung auf das Kind ausübt. Steht das Lieblingsstofftier nicht zur Verfügung, muss von den Helfern so rasch wie möglich für entsprechenden Ersatz gesorgt werden.

Neu in das überarbeitete beziehungsweise erweiterte Regelwerk aufzunehmen ist nun noch eine (vierzehnte) Regel, die die Aufmerksamkeit der RD-Mitarbeiter insbesondere auf unverletzte Kinder in einem Notfallgeschehen lenken soll (26).

Auch diese vordergründig unbeteiligten Kinder sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt, die bislang aber oftmals unterschätzt werden; offenbar kann schon bzw. sogar gerade das bloße Beobachten eines Notfallgeschehens bei Kindern zu schweren psychischen Nachwirkungen führen (1, 18):

Psychische Erste Hilfe benötigen nicht nur verletzte oder erkrankte, sondern auch alle anderen Kinder, die in einem Notfallgeschehen anwesend sind. Die körperliche Unversehrtheit eines Kindes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei ihm trotzdem enorme psychische Belastungen auftreten. Jedes Kind in einem Notfallgeschehen braucht deshalb besondere Aufmerksamkeit; kein Kind darf übersehen werden, nur weil es nicht selbst verletzt oder erkrankt ist!

Den dritten und letzten Teil des Beitrages lesen Sie in der nächsten Ausgabe. Dort wird auch die Literaturliste abgedruckt.