

Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen

H. Karutz, R. D'Amelio, F.-G. B. Pajonk

Übersicht

| | |
|--|-----|
| Einführung | 121 |
| Die psychische Situation der Beteiligten | 121 |
| Hinweise für die Hilfeleistung | 126 |

Einführung

Pädiatrische Notfälle sind im Rettungsdienst relativ selten. Abhängig davon, welche Altersdefinitionen festgelegt worden sind und ob in Statistiken zwischen ärztlich und nicht ärztlich besetzten Rettungsmitteln unterschieden wird, beträgt ihr Anteil am Gesamteinsatzaufkommen zwischen 2,9 und 11% [1–4]. Einer Schätzung zufolge wird in Deutschland pro Jahr von rund 50 000 Kindernotfällen jenseits des Neugeborenenalters und etwa 15 000 Notarzteinsätzen bei Neugeborenen ausgegangen [5].

Da auf pädiatrische Notfälle spezialisierte Rettungsteams bislang nur in wenigen deutschen Großstädten etabliert sind, wird der Großteil dieser Einsätze von Einsatzkräften geleistet, die überwiegend in der Versorgung Erwachsener tätig sind [4,6]. Ein *nicht* auf pädiatrische Notfälle spezialisierter Rettungsdienstmitarbeiter wird im Durchschnitt jedoch nur alle 1,3 Monate im boden- bzw. alle 1,1 Monate im luftgestützten Rettungsdienst mit einem akut erkrankten oder verletzten Kind konfrontiert [4]. Dabei überwiegen im Luftrettungsdienst die traumatologischen Notfälle, während in bodengebundenen Notarztsystemen rund zwei Drittel der Kindernotfälle nicht traumatischer Genese sind [7].

Die häufigsten Einsatzanlässe sind Fieberkrämpfe, Fremdkörperaspirationen, Vergiftungs-, Verbren-

nungs- und Ertrinkungsunfälle sowie Verkehrsunfälle [2]. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rettungsdienstmitarbeiter im Laufe eines Jahres Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind durchführen muss, ist extrem gering – sie liegt lediglich bei 0,04% [8].

Die psychische Situation der Beteiligten

Nicht nur von den betroffenen Kindern und ihren Eltern, sondern auch von den Einsatzkräften werden pädiatrische Notfälle als besonders belastend erlebt [9–12].

Kindernotfälle sind die Einsätze, die von Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern am meisten gefürchtet werden und bei denen die Belastung mit Abstand als am höchsten erlebt wird.

Das Rettungsteam

Die besondere psychische Belastung der Rettungsdienstmitarbeiter ergibt sich aus spezifischen Situationsmerkmalen, durch die sich Kindernotfälle von anderen Ereignissen unterscheiden. Diese Charakteristika werden nachfolgend dargestellt.

Fehlende Routine und Kompetenz. In pädiatrischen Notfällen fehlt meist die Routine, weil sie wesentlich seltener sind als andere Einsätze. Neben der fehlenden Erfahrung wirken sich aber auch Ausbildungsdefizite aus. So wird die eigene fachliche Vorbereitung von vielen Rettungsdienstmitarbeitern als unzureichend empfunden. Das subjektive Kompetenzgefühl im Hinblick auf Kindernotfälle ist gering. Häufig werden Insuffizienz- und Versagensängste angegeben [13].

70% der in einer Studie befragten nicht ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter bewerten ihre Fähigkeiten im Hinblick auf die Versorgung von Kindern als „mangelhaft“. Die eigene Fähigkeit, Kinder zu intubieren, wird sogar von 84% der Befragten als lediglich „mittelwertig“ bzw. „mangelhaft“ eingeschätzt [9]. In einer anderen Studie beurteilen nur 25% der Befragten ihre Kenntnisse zur Reanimation von Kindern besser als „befriedigend“ [14]. Befragungen von Notärzten kommen zu vergleichbaren Ergebnissen [15, 16].

Besonders stark ausgeprägt ist die Unsicherheit des Rettungsdienstpersonals bei der Versorgung von Neugeborenen und Kleinkindern. So wird die Versorgung von Kindern im Alter zwischen 0 und 2 Jahren von 84% der Notärzte und von 73% der nicht ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter als „besonders schwierig“ angesehen [11]. Mit zunehmendem Alter der pädiatrischen Notfallpatienten steigt das subjektive Kompetenzgefühl zwar wieder an [6]. Dennoch wird konstatiert, dass die Hilfeleistung in vielen Fällen suboptimal verläuft.

Die rettungsdienstliche Versorgungsqualität bei Kindernotfällen wird den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen häufig nicht gerecht [17].

Anforderungen. Von vielen gewohnten und vertrauten Strategien, die bei erwachsenen Notfallpatienten üblich sind, muss bei pädiatrischen Notfallsituationen abgewichen werden [3]. Bereits die Anamneseerhebung und Diagnostik kann sich als problematisch erweisen. Die verbale Kommunikationsfähigkeit von Kindern ist entwicklungs- oder auch situationsbedingt häufig eingeschränkt. Auch die Kooperationsbereitschaft ist meist gering. Viele Kinder verhalten sich Rettungsdienstmitarbeitern gegenüber in einem Notfall aversiv oder sie schreien, jammern und weinen (Infobox 1). Welche Symptome vorliegen, seit wann diese bestehen und wodurch sie verursacht wurden, ist oft nur unter erheblichen Anstrengungen herauszufinden [18].

Aufgrund der speziellen anatomischen Verhältnisse sind zahlreiche Behandlungsmaßnahmen bei Kindern schwieriger auszuführen als bei Erwachsenen. Beim Legen eines i. v. Zugangs sowie bei der endotrachealen Intubation ist beispielsweise besonders viel Feingefühl erforderlich. Derartige Maßnahmen gehen bei Kindern mit einem hohen Komplikationsrisiko einher [17].

Die Dosierung von Medikamenten muss man bei Kindernotfällen fast in jedem Einzelfall neu errechnen. Unter großem Zeit- und Handlungsdruck gelingt dies jedoch nicht immer [3]. So haben 44% der Notärzte in einer Studie angegeben, dass ihnen die Medikamentendosierung in pädiatrischen Notfallsituationen erhebliche Probleme bereitet [11].

Darüber hinaus sind bei der Versorgung von Kindern weitere pathophysiologische Besonderheiten zu beachten, z. B. eine im Vergleich zu Erwachsenen verkürzte Hypoxietoleranz, ein erhöhter Stoffwechsel, eine relativ starke Hirnödemeigung sowie wesentlich geringere Kompensationsmöglichkeiten bei Hypoglykämie und Hypovolämie [5]. Weit über die Hälfte aller Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte hat daher den Eindruck, dass die Versorgung pädiatrischer Notfallpatienten besonders anspruchsvoll ist [11].

Verpflichtung. Verletzte und akut erkrankte Kinder erscheinen sehr hilflos und vulnerabel. Daher fühlen sich viele Helfer instinktiv dazu verpflichtet, „etwas Niedlichem und Schützenswertem Wärme und Geborgenheit geben zu müssen“ [19]. Sie verspüren offenbar ein starkes Bedürfnis, besonders sorgfältig und auch besonders rasch zu helfen. Die Ausrückzeiten und die Fahrgeschwindigkeiten von Rettungswagen sind ein Indikator dafür: Diese sind – im Vergleich zu anderen Einsatzanlässen – bei Kindernotfällen signifikant beschleunigt [20].

Infobox 1

Verhalten von Kindern

Nicht alle Kinder zeigen in Notfällen eine starke Aktivität. Einige Kinder verhalten sich vielmehr still und ruhig und sie lassen Behandlungsprozeduren evtl. völlig teilnahmslos über sich ergehen. Oberflächlich betrachtet können sie daher einen sehr „tapferen“ Eindruck erwecken. Mitunter ist dies jedoch eine Fehlinterpretation. Ein derartiges Verhalten kann auch aus extremer Angst entstehen, sodass gerade vermeintlich „coole“ Kinder einer besonders aufmerksamen Zuwendung bedürfen. Kinder, die „psychisch kapituliert“ haben und bei der Versorgung z. B. keinerlei Gegenwehr mehr zeigen, haben in der Regel ein besonders hohes Traumatisierungsrisiko [27].

Kohärenzerleben, kognitive Dissonanz. Situationen, die für ein Kind lebensbedrohlich sind oder in denen ein Kind sogar verstirbt, widersprechen den tradierten Vorstellungen einer natürlich gegebenen Todesabfolge, bei der die ältere Generation auch stets zuerst stirbt. Insgesamt ist die Konfrontation von Kindern mit Krankheit, Leid und Tod nur schwer mit dem eigenen Weltbild in Einklang zu bringen [21,22].

Werden Rettungskräfte zu einer leblosen Person in ein Altenheim gerufen, ist dies z. B. keineswegs ungewöhnlich. Ältere Menschen haben – wie es scheint – „ihr Leben gelebt“. Dadurch fällt es leichter, ihren Tod zu akzeptieren. Sind Reanimationsmaßnahmen jedoch bei einem Kind erforderlich, ergibt sich eine kognitive Dissonanz, das Kohärenzerleben ist gestört. Dabei spielt sicherlich auch der Gedanke eine Rolle, dass Kinder „doch noch ihr ganzes Leben vor sich haben“ [21].

Ungerechtigkeitsempfinden. Die Verarbeitung zahlreicher Notfallereignisse wird dadurch erleichtert, dass man unbewusst von einer gerechten Welt ausgeht, in der „jeder bekommt, was er verdient – und jeder verdient, was er bekommt“ [23]. So geht man davon aus, dass ein polytraumatisierter Motorradfahrer seinen Unfall womöglich selbst verursacht hat, indem er zu schnell gefahren ist. Eine exazerbierte COPD wird als Resultat jahrelangen Rauchens betrachtet usw.

Auf pädiatrische Notfälle ist diese Theorie einer gerechten Welt jedoch kaum anwendbar, weil die Annahme eines „schuldhaften“ bzw. unmittelbar verantwortlichen Handelns zumindest bei kleineren Kindern geradezu absurd erscheint. Daher wirkt es umso ungerechter, wenn gerade einem Kind ein Unglück widerfährt. Auch die Theodizee-Frage, also die Frage danach, wieso Gott etwas Derartiges zulassen kann, drängt sich vor diesem Hintergrund in besonderer Weise auf.

Kausalattribution. In einem engen Zusammenhang mit dem zuvor aufgeführten Aspekt steht die Zuschreibung von Ursachen für das Verhalten eines kindlichen Notfallpatienten. Dies wird, obwohl es eigentlich nahe liegt, offenbar nicht vorrangig mit situativen Rahmenbedingungen, der Schwere einer Verletzung oder der Ausprägung bestimmter Symptome, d. h. *external* begründet. Stattdessen nehmen viele Rettungsdienstmitarbeiter eine *internale* Kausalattribution vor – für das Verhalten eines verletzten oder akut erkrankten Kindes schreiben sie sich in hohem Maße eine eigene Verantwortung zu.

Ein schreiendes, weinendes oder sich aversiv verhaltendes Kind führt häufig zu der Annahme, dass ein Rettungsdienstmitarbeiter „nicht mit Kindern umgehen kann“ [24].

Mitunter hat dies eine negative Erwartungshaltung und selbsterfüllende Prophezeiungen zur Folge: Ein Rettungsdienstmitarbeiter, der schon einmal einen ungünstig verlaufenen Kindernotfall miterlebt hat, befürchtet womöglich bereits auf der Anfahrt zu einem weiteren pädiatrischen Einsatz, dass „es diesmal wieder genauso schief geht“ oder er geht davon aus, dass „Kindernotfälle einfach nichts für ihn sind“. Je mehr jemand von solchen Überzeugungen ausgeht, umso zutreffender werden sie in der Einsatzpraxis sein.

Eigene Kinder. Einsatzkräfte, die keine eigenen Kinder haben, fühlen sich im Umgang mit pädiatrischen Unfällen besonders unsicher, weil sie z. B. nicht auf einen allgemeinen elterlichen Erfahrungsschatz zurückgreifen können. Die Versorgung von Kindern überlassen sie daher gern Kollegen, die Vater oder Mutter sind.

Umgekehrt werden Rettungsdienstmitarbeiter, die selbst Kinder haben, häufig an ihre eigenen Kinder erinnert. Womöglich wird ihnen bewusst, dass ein pädiatrischer Notfallpatient auch das eigene Kind sein könnte. Diese Einsatzkräfte wünschen sich deshalb häufig, dass die Behandlung von Kindern möglichst die Kollegen durchführen, die eben keine eigenen Kinder haben [24].

Angehörige. Nicht zuletzt kann die Anwesenheit von Angehörigen oder Eltern in pädiatrischen Notfallsituationen als eine weitere Belastung empfunden werden. Viele Einsatzkräfte fühlen sich durch sie unter einen großen Handlungs- und auch Erfolgsdruck gesetzt. Mitunter haben Helfer den Eindruck, dass man sie beobachtet oder ihnen bei der Versorgung eines Kindes Misstrauen entgegenbringt [25]. Zudem ruft gerade eine starke emotionale Reaktion der Angehörigen oder Eltern eine starke eigene Betroffenheit hervor.

Die Kinder

Die psychische Situation pädiatrischer Notfallpatienten ist zunächst – wie bei Erwachsenen auch – von einem Zusammenwirken unterschiedlichster Belastungsfaktoren und Moderatorvariablen geprägt [26]. Zusätzlich sind jedoch einige entwicklungspsychologische Besonderheiten zu beachten.

Vorerfahrung. Im Unterschied zu Erwachsenen können die meisten Kinder bei der Bewältigung von Notfallsituationen nur auf eine sehr geringe Vorerfahrung zurückgreifen. Üblicherweise handelt es sich dabei um Bagatellverletzungen, die mit einfachen Erste-Hilfe-Maßnahmen von den Eltern ausreichend therapiert werden können (z. B. in den Arm nehmen, Schmerzen „wegpusten“, buntes Pflaster aufkleben, Süßigkeiten). Schreck und Schmerzen sind in solchen Fällen bald wieder vergessen.

Notfallsituationen, in denen ein Kind vom Rettungsdienst versorgt werden muss, unterscheiden sich von derartigen Vorerfahrungen deutlich. Sie sind in besonderer Weise neu, und das Kind erlebt sie dadurch auch besonders intensiv [24, 27].

Wissensdefizite. Um eine Notfallsituation und die Maßnahmen des Rettungsteams adäquat bewerten zu können, reichen die den Kindern zur Verfügung stehenden Informationen meist nicht aus. Je jünger pädiatrische Notfallpatienten sind, umso unverständlicher und fremdartiger ist ein Notfall für sie.

Wissensdefizite oder auch unzutreffende Annahmen im Hinblick auf den Bau des menschlichen Körpers und die Funktion einzelner Organe können auch eine Ursache dafür sein, dass Kinder die Verletzungsschwere fehlinterpretieren. Tatsächlich bedrohliche Verletzungen (insbesondere die Verletzung innerer Organe) unterschätzen sie womöglich, während sie Bagatellverletzungen wie eine oberflächliche Wunde evtl. als extrem bedrohlich erleben [28, 29].

Denkweise. Die beschriebenen Wissensdefizite werden von Kindern häufig mit magisch-mythischen, teilweise sehr irrationalen Annahmen und Vorstellungen geschlossen, die ihrerseits eine Belastung darstellen können. Jüngere Kinder denken zudem „egozentriert“, sie beziehen Ereignisse also auf sich selbst oder erklären sie aus sich selbst heraus. Dies kann mit der Entwicklung starker Schuldgefühle verbunden sein, auch wenn dafür objektiv kein Grund vorhanden ist. Ein Kind ist z. B. fest davon überzeugt, dass ein Notfall eingetreten ist, weil es zuvor laut gelacht hat oder „unartig“ war.

Die Denkweise pädiatrischer Notfallpatienten ist von Erwachsenen manchmal kaum nachzuvollziehen [29].

Weil Kinder noch nicht dazu in der Lage sind, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, d. h. sich in andere Personen hineinzusetzen, können sie auch die

Absicht der Einsatzkräfte mitunter nicht erkennen. Auch deshalb nimmt das Kind Rettungsdienstmitarbeiter nicht unbedingt als Helfer wahr, sondern als Fremde oder „Eindringlinge“, deren Auftreten möglicherweise Angst auslöst.

Ferner ist das kindliche Denken von der unmittelbaren Wahrnehmung geprägt. Dass eine unangenehme Maßnahme wie das Legen eines i. v. Zugangs etwas Positives (z. B. Schmerzlinderung) bewirken soll, ist zumindest für jüngere Kinder kaum vorstellbar. Derartige Prozeduren können sie evtl. sogar als eine Bestrafung empfinden [2].

Sprachkompetenz. Vor allem jüngere Kinder können Schmerzen oder andere Dinge, die sie belasten, nicht ausreichend verbalisieren. Dies wird als „altersbedingtes Fehlen des sprachlichen Ausdrucks für innerpsychische Vorgänge“ bezeichnet [30].

Körperbewusstsein. Zumindest jüngere Kinder haben noch kein differenziertes Körperbewusstsein entwickelt. Daher neigen pädiatrische Notfallpatienten zu einem generalisierten oder oft auf den Bauch projizierten Schmerzempfinden [2]. Neben dem Stand der Sprachentwicklung ist dies ein weiterer Grund dafür, dass genaue Angaben zur Lokalisation von Schmerzen häufig nicht möglich sind.

Körperbau. Bedingt durch ihren Körperbau reagieren Kinder besonders sensibel auf hohe oder niedrige Temperaturen und auf einen Flüssigkeitsverlust. Sie frieren und schwitzen rascher als Erwachsene und entwickeln schneller ein Durstgefühl. Auch dies kann die psychische Situation von Kindern in einem Notfall negativ beeinflussen [12].

Körperbeherrschung. Kinder haben einen stärkeren Bewegungsdrang als Erwachsene – ihre Körperbeherrschung ist noch nicht so ausgeprägt. Zudem wird der natürliche Bewegungsdrang durch die Erregung in einem Notfall gesteigert. Bewegungseinschränkungen, etwa durch eine Fraktur oder eine Fixierung bei bestimmten Behandlungsprozeduren, erleben Kinder daher als belastend. Sie verhindern auch eine wichtige Möglichkeit zur Erregungsabfuhr. Besonders problematische Situationen können sich dadurch ergeben, dass ein Kind, je aufgeregter es ist und umso mehr es sich bewegen möchte, auch umso mehr in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden muss, sofern dies für die Notfallbehandlung erforderlich ist [24].

Geruchswahrnehmung. Kinder nehmen Gerüche intensiver wahr als Erwachsene. Unangenehme, unbekanntere oder „stechende“ Gerüche, etwa von Desinfektionsmitteln oder verbrannter Haut, können daher besonders rasch zu Angst, Übelkeit oder Kopfschmerzen führen [28].

Die aufgeführten Belastungen verursachen bei vielen pädiatrischen Notfallpatienten starke Erregung, Angst und Verunsicherung sowie ein ausgeprägtes Gefühl von Hilflosigkeit und Kontrollverlust [12]. Längerfristig anhaltende psychische Notfallfolgen treten bei Kindern relativ häufig auf (Infobox 2).

Infobox 2

Psychische Notfallfolgen bei Kindern

8–23% der Kinder, die durch einen Verkehrsunfall verletzt worden sind, entwickeln das Vollbild einer *akuten Belastungsstörung*. Einzelne Symptome wie z. B. Hyperarousal, Intrusionen, Dissoziationen oder Vermeidung treten noch weitaus häufiger auf (bis zu 80%) [31]. Die Häufigkeit der *posttraumatischen Belastungsstörung* variiert bei Kindern in einzelnen Untersuchungen zwischen 14 und 100%. Die Studienlage ist hierzu allerdings ausgesprochen heterogen und insgesamt eher unbefriedigend [32].

Die Eltern

Auch die Eltern verunglückter oder akut erkrankter Kinder befinden sich meist in einem psychischen Ausnahmezustand. Wie bei den Kindern hat dies viele verschiedene Ursachen, von denen nachfolgend nur einige wenige aufgeführt sind.

Emotionaler Bezug. Zwischen Eltern und ihren Kindern besteht in der Regel eine sehr starke emotionale Bindung. Für viele Eltern sind ihre Kinder das höchste Gut, das Wertvollste auf der Welt. Träume, Lebensziele und Hoffnungen vieler Eltern sind unmittelbar mit ihren Kindern verknüpft [33]. Eine derart intensive Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern führt bei pädiatrischen Notfällen zu einer starken eigenen Betroffenheit. Die Eltern überschätzen allerdings häufig die konkrete Bedrohlichkeit einer Notfallsituation – selbst harmlose Blessuren interpretieren sie gelegentlich als vitale Gefährdung [34].

Schuldgefühle. Manche Eltern machen sich bei einer Notfallsituation ihres Kindes heftige Selbstvorwürfe. Mitunter fragen sie sich, ob ein Unglück nicht zu verhindern gewesen wäre, hätten sie nur sorgfältiger aufgepasst. Solche Schuldgefühle können extrem belastend sein.

Hilfeleistung. Die Arbeit der Rettungsdienstmitarbeiter erleben Eltern häufig ambivalent: Einerseits erhoffen sie sich eine rasche und professionelle Versorgung ihres Kindes. Im günstigsten Fall wird die Hilfeleistung auch dementsprechend positiv erlebt. Die Durchführung bestimmter Prozeduren kann aber auch zusätzliche Ängste und Befürchtungen wecken, insbesondere dann, wenn diese für das Kind schmerzhaft sind.

Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten

Die psychische Belastung der betroffenen Kinder, Eltern und Rettungsdienstmitarbeiter kann durch ungünstige Interaktionsmechanismen weiter zunehmen. Angst, Erregung und Verunsicherung können sich wechselseitig übertragen (Abb. 1):

- zwischen Eltern und Kind,
- zwischen Kind und Rettungsteam,
- zwischen Eltern und Rettungsteam.

Daraus ergibt sich, dass keineswegs nur die pädiatrischen Notfallpatienten, sondern ggf. *alle* am Geschehen Beteiligten einer angemessenen psychologischen Intervention bedürfen.

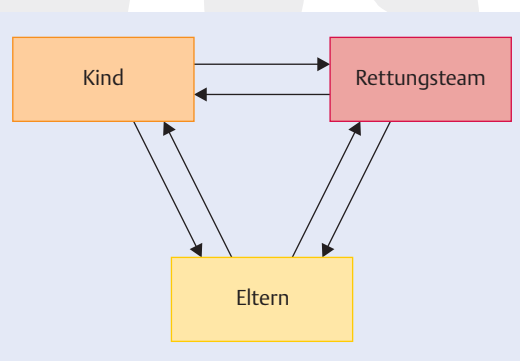


Abb. 1 Wechselseitige Übertragung von Angst, Erregung und Verunsicherung.

Hinweise für die Hilfeleistung

Während den Kindern und Eltern *psychische Erste Hilfe* geleistet werden sollte, können Einsatzkräfte, um Ruhe zu bewahren und ihre eigene Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten, Strategien der *psychologischen Selbsthilfe* anwenden (Infobox 3).

Infobox 3

Psychische Erste Hilfe

Psychische Erste Hilfe wird als „psychologisch angemessenes Verhalten“ gegenüber direkten und indirekten Notfallopfern definiert. Sie soll psychische Belastungen in einem Notfall vermindern, zu einer psychischen Stabilisierung beitragen und der Entwicklung negativer psychischer Folgen sekundärpräventiv entgegenwirken [26].

Psychologische Selbsthilfe

Wie in anderen Einsatzsituationen, die mit einer besonders hohen psychischen Belastung verbunden sind, empfiehlt sich auch bei Kindernotfällen die Anwendung von Distanzierungstechniken, positiven Selbstinstruktionen, imaginativen Strategien oder kurzfristigen wirksamen Entspannungsmethoden wie der progressiven Muskelrelaxation [35].

Von besonderer Bedeutung ist auch eine angemessene Erwartungshaltung: Der Umgang mit Kindern in Notfallsituationen ist nun einmal schwierig. Ein verletztes oder akut erkranktes Kind lässt sich nicht ohne Weiteres beruhigen. Dies muss man akzeptieren – schon allein, um sich nicht selbst unter zusätzlichen Druck zu setzen. Ferner sollten Rettungsdienstmitarbeiter sich schon im Vorfeld von Kindernotfällen mit weiteren psychologischen Aspekten solcher Einsätze beschäftigen [21]:

- Kindernotfälle sind mit besonderen psychischen Belastungen verbunden. Setzen Sie sich mit diesem Aspekt auseinander und hinterfragen Sie die Ursachen dafür.
- Nutzen Sie geeignete Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, um sich so gut wie möglich auf Kindernotfälle vorzubereiten.
- Wenn Sie bei Kindernotfällen selbst sehr aufgeregt sind oder eine besonders starke Betroffenheit verspüren, wenden Sie psychologische Selbsthilfestrategien an. Diese müssen jedoch im Vorfeld trainiert worden sein!

Psychische Erste Hilfe für Kinder

Die Umsetzung von Interventionskonzepten aus dem Erwachsenenbereich [26, 36] reicht in pädiatrischen Notfallsituationen oft nicht aus. Stattdessen sollte man bei Kindern eine altersspezifisch differenzierte psychische Erste Hilfe leisten, wobei zahlreiche Einzelaspekte zu beachten sind [12].

Kontaktaufnahme. Kindern, die von einem Notfallereignis betroffen sind, sollte man sich möglichst behutsam und langsam nähern. Grelle Einsatzjacken legt man nach Möglichkeit ab [24]. Zu empfehlen ist außerdem, dass zunächst nur eine Person Kontakt aufnimmt, indem sie sich herunterbeugt, sich vorstellt und nach dem Namen des Kindes fragt.

Der eigenen Gestik und Mimik sowie der Stimmführung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu: Vermeiden sollte man hektische Bewegungen, ein hohes Sprechtempo und eine hohe Stimmlage. Hilfreich sind demgegenüber ein freundlicher Gesichtsausdruck sowie eine ruhige und tiefe Stimme.

Keinesfalls sollte sich das gesamte Rettungsteam regelrecht auf ein verletztes Kind stürzen, dadurch würde es nur zusätzlich verängstigt [24].

Körperkontakt. Körperkontakt kann bei Kindern grundsätzlich intensiver ausfallen als bei Erwachsenen. Behutsame Berührungen an den Händen, Armen und Schultern wirken meist beruhigend. Von vielen jüngeren Kindern wird auch das Streicheln ihres Kopfes als angenehm empfunden. Gleichwohl muss man jederzeit sehr sensibel auf ablehnende Signale achten. Wenn Berührungen dem Kind offensichtlich unangenehm sind, muss man den Körperkontakt rasch wieder zurücknehmen [26].

Informationen. Rettungsdienstmitarbeiter sollten verletzten oder akut erkrankten Kindern ausdrücklich sagen, dass sie gekommen sind, um ihnen zu helfen. Anschließend sollten sie mit einfachen Worten über die festgestellten Verletzungen, die notwendige Hilfeleistung und das weitere Vorgehen informieren. Wichtig sind konkrete Zeitangaben (z. B. „Wir sind in 10 Minuten im Krankenhaus“ statt „Wir sind bald im Krankenhaus“). Viele Kinder machen sich zudem Gedanken darüber, ob ihre Eltern bereits benachrichtigt sind und wann diese bei ihnen sein können. Auch diesbezüglich sollte man sie informieren [12].

Auf die Verwendung von Fachbegriffen wird bei der Vermittlung von Informationen an Kinder verzichtet. „Babysprache“ ist allerdings falsch, weil Kinder sich durch einen zu primitiven Sprachstil möglicherweise nicht ernst genommen oder unverstanden fühlen [2,24].

Fragen von Kindern – etwa, ob eine Wunde genäht werden muss – sollten die Rettungsdienstmitarbeiter stets ehrlich beantworten. Falsche Versprechungen (z.B. „Nein, das tut überhaupt nicht weh!“) sind unangebracht. Kinder haben ein sensibles Gespür dafür, ob sie belogen werden oder nicht.

Wenn Kinder feststellen, dass ihnen einmal nicht die Wahrheit mitgeteilt wurde, ist jedes mühevoll aufgebautes Vertrauensverhältnis augenblicklich und meist irreparabel zerstört. Die weitere Versorgung eines Kindes wird dadurch wesentlich erschwert.

Vorbereitung auf Maßnahmen. Auf die Durchführung einzelner Behandlungsmaßnahmen sollte man Kinder in angemessener Weise vorbereiten. So kann man das Vertrauen des Kindes gewinnen und eine bessere Mitarbeit erreichen. Bewährt hat sich eine Kombination von empfindungs- und eingriffsbezogenen Informationen [25]:

- Man teilt dem Kind mit, welche Maßnahme geplant ist und wer sie durchführt.
- Ängste des Kindes sollte man thematisieren.
- Ergänzend gibt man Informationen über das gewünschte Verhalten des Kindes.

Bei jüngeren Kindern sind darüber hinaus folgende Punkte zu beachten [25]:

- sich darauf einstellen, dass sich das Kind wehren könnte,
- das Kind erst kurz vor der Maßnahme vorbereiten,
- erwünschte Verhaltensweisen vormachen,
- dem Kind mitteilen, dass es in Ordnung ist, wenn es weint,
- dem Kind immer nur eine Anweisung auf einmal geben,
- wenige, einfache Begriffe verwenden,
- angstauslösende Gegenstände außer Sichtweite halten,
- diejenigen Aspekte besonders betonen, die eine Kooperation verlangen (z.B. ruhig liegen bleiben),
- sehr kleine Kinder während des Eingriffs und danach streicheln,
- dem Kind sagen, wenn die Maßnahme beendet ist,
- Eltern getrennt von dem Kind informieren, um zu vermeiden, dass es Worte missversteht.

Selbstkontrolle stärken. Kindern sollte man das Gefühl vermitteln, die Notfallsituation oder zumindest einzelne Aspekte des Geschehens in irgendeiner Weise kontrollieren zu können. So bietet es sich an, ihnen kleinere Aufgaben zu übertragen, mit denen sie sich im günstigsten Fall an der Behandlung beteiligen. Entscheidend ist dabei nicht, dass es sich um eine tatsächlich effektive Mitwirkung handelt – wichtig ist lediglich, dass subjektiv ein entsprechender Eindruck entsteht. Ein Kind, das z.B. selbst auf die Trage im Rettungswagen klettern darf (und dies auch noch kann), erlebt sich dadurch eben nicht passiv und hilflos, sondern aktiv und engagiert.

Eine weitere Möglichkeit, ein Gefühl der Kontrolle zu vermitteln, besteht darin, Kinder in einem Notfall Entscheidungen treffen zu lassen. Am empfehlenswertesten sind dabei „Ja-Nein-“ bzw. „Entweder-Oder-Fragen“ (z.B. „Möchtest Du zugedeckt werden?“, „Möchtest Du zum Rettungswagen laufen oder lieber getragen werden?“).

Im Übrigen sollte man Kinder möglichst nicht festhalten. Besser ist es, dem Kind zu erklären, warum es sich für einen Augenblick nicht bewegen darf. Entsprechende Erklärungen sind natürlich nur möglich, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht. Häufig wird es sich daher nicht vermeiden lassen, dass ein Kind vorübergehend fixiert werden muss.

Ablenkung. Viele Rettungsdienstmitarbeiter geben an, verletzte und akut erkrankte Kinder v.a. abzulenken [24]. In vielen Fällen funktioniert dies auch. Ein verletztes Kind kann man z.B. dazu auffordern,

- laut bis zu einer bestimmten Zahl oder auch rückwärts zu zählen,
- etwas zu summen oder zu singen,
- sich etwas anzuschauen,
- etwas zu erzählen,
- eine Frage zu beantworten,
- etwas festzuhalten (z.B. die Hand eines Helfers oder einen Gegenstand).

Häufig pusten Rettungsdienstmitarbeiter auch Infektionsschutzhandschuhe auf und bemalen sie mit einem Gesicht. Sofern vorhanden, kann man auf dem Transportweg ins Krankenhaus aus einem Bilderbuch vorlesen oder eine Hörspielkassette abspielen. Derartige Ablenkungsversuche wirken allerdings nicht immer (Infobox 4).

Infobox 4

Ablenkung

Kinder können sich durch Ablenkungsversuche auch unverstanden oder nicht ernst genommen fühlen. Zudem ist es ein Irrtum anzunehmen, dass Kinder keine Schmerzen mehr haben, nur weil man sie abgelenkt hat [26]. Die Effektivität von Ablenkungsstrategien sollte man daher nicht überbewerten.

Lob. Zeigt ein Kind erwünschte Verhaltensweisen, sollten man es dafür ausdrücklich loben oder auch belohnen. Auf diese Weise wird deutlich gemacht, dass das Kind selbst etwas zur Bewältigung beitragen konnte. Kindern kann man z. B. einen Aufkleber oder eine Anstecknadel als „Orden“ schenken, um sie für hilfreiches Verhalten auszuzeichnen.

Stofftiere. Vor allem bei jüngeren Kindern haben Kuscheltiere, beispielsweise ein Stoffaffe oder ein Teddybär, eine außerordentlich positive Wirkung [24, 25].

Viele Kinder haben solche Kuscheltiere zu Hause und vertrauen ihnen ihre Ängste und Nöte an. Kuscheltiere sollte man deshalb auch in jedem Rettungswagen mitführen.

Die Stofftiere sollten nicht zu klein, aber auch nicht zu groß sein. Empfehlenswert ist eine Größe zwischen 20 und 40 cm. Außerdem sollte man auf ein freundliches Gesicht und ein möglichst weiches Fell achten [37].

Als kurze Zusammenfassung sowie als Merkhilfe für die hier vorgestellten Hinweise zur psychischen Ersten Hilfe eignet sich das Akronym „KASPERLE“. Die Ursprungsversion dieses Regelwerks wurde bereits 1999 veröffentlicht [38], in den folgenden Jahren wurde es allerdings mehrfach überarbeitet und neuen Erkenntnissen angepasst (Tab. 1) [12, 24].

Psychische Erste Hilfe für Eltern

Über die allgemein bekannten Hinweise zur psychischen Ersten Hilfe [26, 36] hinaus sind im Umgang mit Eltern in Notfallsituationen einige spezielle Aspekte zu beachten.

Einbindung. Aus einer Vielzahl von Gründen sollte man Eltern grundsätzlich in die Hilfeleistung einbeziehen:

- Die Einbindung ist für das betroffene Kind wichtig. Es hat in Notfällen ein starkes Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit und wünscht sich, dass die Eltern bei ihm sind. Die Anwesenheit der Eltern vermittelt ihm Sicherheit [24].
- Den Eltern hilft die Einbindung, Erregung durch Aktivität abzubauen. Sie können einfache Aufgaben übernehmen, z. B. eine Infusionslösung halten oder die Hand ihres Kindes streicheln.
- Der Entwicklung von Selbstvorwürfen („Was bin ich nur für eine Mutter? Ich habe mein Kind in dieser schlimmen Situation alleine gelassen!“) wird entgegengewirkt.
- Eine „Realitätsprüfung“ wird ermöglicht – die Eltern sehen also, dass für ihr Kind alles getan wird, was möglich ist. Umgekehrt kann ein Ausschluss der Eltern von der Versorgung ihres Kindes rasch zu Misstrauen gegenüber den Rettungsdienstmitarbeitern führen [22].
- Die meisten Eltern würden schlichtweg gern bei der Versorgung mithelfen. Selbst bei der Reanimation eines Kindes möchten viele Eltern anwesend bleiben und von denjenigen, die diese Erfahrung bereits gemacht haben, würden fast 90% es wieder wollen [30, 39].

Tabelle 1

Das KASPERLE-Konzept.

| | |
|----------|---|
| K | Kontaktaufnahme nur durch eine Person. Dieser Rettungsdienstmitarbeiter sollte sich dem Kind möglichst langsam nähern und auf seine Ebene herunterbeugen. Anschließend sollte er sich vorstellen und nach dem Namen des Kindes fragen. |
| A | Insbesondere bei jüngeren Kindern kann Ablenkung sehr hilfreich sein. Nach Möglichkeit sollte sich das Kind mit einer beliebigen Aktivität selbst ablenken. |
| S | Die Selbstkontrolle des Kindes kann man durch die Übertragung einfacher Aufgaben stärken, z. B. durch das Festhalten einer Mullkompressen oder das Festhalten an der Krankentrage. |
| P | Eltern oder andere Personen, die dem Kind nahestehen , sollte man nach Möglichkeit in die Hilfeleistung einbeziehen. |
| E | Helfer sollten zu ihren Maßnahmen einfache Erklärungen geben. Fragen stets ehrlich beantworten. |
| R | Rettungsdienstmitarbeitern gegenüber reagieren Kinder häufig aversiv. Ein solches Verhalten sollte man professionell aushalten und hinnehmen, wie es ist. |
| L | Lieblingsspielzeuge oder Stofftiere des Kindes sollte man ins Krankenhaus mitnehmen. Wenn ein Kind kein eigenes Stofftier bei sich hat, sollte man ihm umgehend eines schenken. |
| E | Man sollte das Kind ausdrücklich dazu ermutigen , Fragen zu stellen sowie Wünsche, Bedürfnisse und Schmerzen zu äußern. |

- Nicht zuletzt haben Eltern einen moralischen Anspruch darauf, in die Versorgung einbezogen zu werden [26].

Allerdings gibt es auch einige Gründe, die dafür sprechen, Eltern an der Versorgung *nicht* zu beteiligen:

- Rettungsdienstmitarbeiter könnten dadurch verunsichert werden.
- Eltern könnten im Weg stehen und die Rettungsmaßnahmen behindern.
- Eltern machen ihrem Kind womöglich Vorwürfe.
- Die Beteiligung der Eltern, insbesondere bei der Durchführung schmerzhafter Maßnahmen, kann evtl. zu einer starken Irritation des Kindes führen.
- Eltern könnten derart aufgeregt sein, dass ihre Beruhigung Ressourcen des Rettungsteams bindet und daher letztlich auch die Qualität der medizinischen Versorgung leidet.

Vor- und Nachteile der Einbindung von Eltern sollten in jedem Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.

Überwiegen die negativen Effekte, so empfiehlt es sich, Eltern ggf. höflich und freundlich in einen anderen Raum zu bitten. Auch von dort aus sollten sie jedoch Gelegenheit haben, die Hilfeleistung mitzuverfolgen, etwa durch einen geöffneten Türspalt. Außerdem sollte ein Rettungsdienstmitarbeiter in Abständen von 5–10 min zu ihnen gehen und sie über die aktuelle Lage informieren [33].

Lob. Auch Eltern sollte man für hilfreiches Verhalten loben. Auf diese Weise wird das erwünschte Verhalten positiv verstärkt und die Bezugspersonen gewinnen den für sie entlastenden Eindruck, dass sie ihrem Kind tatsächlich helfen konnten [2].

Psychosoziale Akuthilfe. Die Alarmierung eines Notfallseelsorgers oder eines Kriseninterventionsteams sollte man bei pädiatrischen Notfällen grundsätzlich immer in Erwägung ziehen. Auf jeden Fall sollte sichergestellt sein, dass die Eltern auch unmittelbar nach der Akutsituation nicht alleine gelassen werden und jemand weiterhin für sie da ist. Das Rettungsteam sollte eine Kontaktmöglichkeit für eventuelle Rückfragen hinterlassen und explizit auf zur Verfügung stehende Ansprechpartner und Hilfestrukturen verweisen. Je nach Notfallgeschehen und dessen Ausgang bietet sich eine Vermittlung an eine lokale Selbsthilfe- oder Nachsorgegruppe an (Infobox 5).

Infobox 5

Kontaktanschriften (Auswahl)

- Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland (VEID) e. V.
www.veid.de
- Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPs) e. V.
www.geps.de
- Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e. V.
www.paulinchen.de

Kernaussagen

Kindernotfälle sind für alle Beteiligten eine außergewöhnliche psychische Belastung. Bei Rettungsdienstmitarbeitern lässt sich dies u. a. auf eine mangelnde Einsatz- bzw. Behandlungsroutine, aber auch auf Gedanken an eigene Kinder zurückführen. Ein systemisches Verständnis pädiatrischer Notfallsituationen erfordert die Anwendung psychologischer Selbsthilfestrategien sowie die Beachtung spezifischer Regeln zur psychischen Ersten Hilfe.

Um die Handlungssicherheit bei Kindernotfällen zu erhöhen, sollten verstärkt Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden, die gezielt auf die Bedürfnisse und Besonderheiten pädiatrischer Notfallpatienten ausgerichtet sind [17]. Das bisherige Angebot wird von 88% der Ärzte und 80% der nicht ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter als „nicht ausreichend“ angesehen [11].

Neben den medizinischen Interventionen sollten dabei auch die psychologischen Aspekte pädiatrischer Notfälle sowie der psychologisch angemessene Umgang mit Kindern und ihren Angehörigen thematisiert werden. Besonders wünschenswert sind realitätsnahe Einsatzsimulationen, mit denen nicht nur die Durchführung einzelner Maßnahmen, sondern insbesondere auch die Kommunikation sowie die Teamarbeit trainiert werden kann [41].

Ebenfalls zu empfehlen sind häufigere Hospitationsmöglichkeiten in Kinderkliniken oder auf pädiatrischen Intensivstationen [11]. Darüber hinaus sollten standardisierte Behandlungskonzepte (leitliniengerechte Algorithmen) und spezialisierte Rettungsmittel wie Baby-Notarztwagen oder Kinder-Notarzt-Einsatzfahrzeuge eine weitere Verbreitung finden als bisher [5, 42].

Über die Autoren

Harald Karutz



Dr. phil. Jahrgang 1975. Studium der Pädagogik, Psychologie und evangelischen Theologie. Diplom-Pädagoge, Lehrrettungsassistent und Leiter des Notfallpädagogischen Instituts in Essen (staatlich anerkannte Berufsfachschule für Rettungsdienstmitarbeiter). Lehrbeauftragter an der Universität Bonn und Vertretungsprofessor für Medizinpädagogik an der Medical School in Hamburg. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkt: psychische Erste Hilfe, psychosoziale Akuthilfe für Kinder und Jugendliche.

Roberto D'Amelio



Dipl.-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut. Jahrgang 1963. Studium der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Weiterbildungen in Verhaltenstherapie und Hypnotherapie. Verhaltenstherapeutischer Supervisor. Dozent in der Weiterbildung zum ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Neuzentrum des Universitätsklinikums des Saarlandes.

Frank-Gerald B. Pajonk



Prof. Dr. med. Jahrgang 1965. Studium der Humanmedizin an den Universitäten Essen und München. 1994 Promotion. 1999 Facharzt für Psychiatrie. 2002 Habilitation. 1992–1994 Chirurgische Klinik Innenstadt Ludwig-Maximilians-Universität München. 1994–1995 Psychiatrische Universitätsklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München. 1995–2000 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. 2001–2002 Janssen-Cilag GmbH. 2002–2006 Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes. Seit 2007 Chefarzt der Privat-Nerven-Klinik Dr. Kurt Fontheim, Liebenburg.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Päd. Dr. phil. Harald Karutz
Notfallpädagogisches Institut
Müller-Breslau-Str. 30 a
45130 Essen
Telefon: 02 01/43 93-82
Fax: 02 01/43 93-6 59
E-Mail: karutz@notfallpaedagogik.de

Literatur

- 1 Albrech M, Berner J, Altemeyer KH. Kindernotfälle im Luftrettungsdienst. Eine retrospektive Qualitätsanalyse der präklinischen Versorgung, des klinischen Verlaufs und des Outcome. *Notfall & Rettungsmedizin* 2000; 3: 156–169
- 2 Heinz W. Das Kind als Notfallpatient. In: Stepan T. Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2001: 273–281
- 3 Sefrin P. Kindernotfälle – eine besondere Herausforderung für den Notarzt. *Der Notarzt* 2009; 25: 107–108
- 4 Bernhard M, Helm M, Luiz T et al. Pädiatrische Notfälle in der prähospitalen Notfallmedizin. Implikationen für die Notarztqualifikation. *Notfall & Rettungsmedizin* 2011; 14: 554–566
- 5 Tegtmeyer FK, Fischer T. Notfalltransporte im Kindesalter. *Notfallmedizin up2date* 2010; 5: 225–239
- 6 Eich C, Roessler M, Timmermann A et al. Präklinische Kindernotfälle – Notärztliche Wahrnehmung und Einschätzung. *Anaesthesist* 2009; 58: 876–883
- 7 Schlechtriemen T, Masson R, Burghofer K. Pädiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin. Schwerpunkte des Einsatzspektrums im bodengebundenen Rettungsdienst und in der Luftrettung. *Anaesthesist* 2005; 55: 255–262
- 8 Richter H, Poloczek S. Invasive ärztliche Maßnahmen durch Rettungsassistenten – eine kritische Betrachtung. *Der Notarzt* 2003; 19: 141–146
- 9 Pajonk FG, Gärtner U, Sittinger H et al. Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern. *Notfall & Rettungsmedizin* 2004; 7: 161–167
- 10 Pajonk FG, Lubda H, Sittinger H et al. Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten – eine Reevaluation nach 7 Jahren. *Anaesthesist* 2004; 53: 709–716
- 11 Bartels U. Kindernotfälle. Fragebogen zur Sicherheit der Versorgung pädiatrischer Notfallpatienten. *Der Notarzt* 2001; 17: 31–36
- 12 Karutz H, Lasogga F. Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2008
- 13 Nadler G, Schrödel M. Probleme bei der Ausbildung zum Rettungsassistenten und Rettungssanitäter. Ergebnisse einer Online-Umfrage. *Rettungsdienst-Journal* 2003; 22: 6–17
- 14 Seligmann O. Bedeutung des Ausbildungs- und Kenntnisstandes des nichtärztlichen Personals für die Versorgungsqualität im Notfallrettungsdienst. Eine vergleichende Analyse anhand der Selbsteinschätzung von 1270 Rettungsdienstmitarbeitern. Berlin: Blunk; 2000
- 15 Sefrin P, Brandt M. Die Bedeutung des Rettungsdienstes bei Verkehrsunfällen mit schädel-hirn-traumatisierten Kindern. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen; 2002
- 16 Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement AGNNW. Notärzte in NRW: Berufszufriedenheit und subjektiver Fortbildungsstand. Umfrageergebnisse der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der AGNNW. *Notarzt* 2004; 20: 133–138
- 17 Landsleitner B, Eich C, Weiss M et al. Präklinisches Atemwegsmanagement bei Kindern. *Notfall & Rettungsmedizin* 2011; 14: 526–534
- 18 Nicolai T. Der Kindernotfall im Rettungsdienst. *Notfall & Rettungsmedizin* 2007; 2: 77
- 19 Gerdts KG. Plötzlicher Säuglingstod: Der schwerste aller Einsätze. *Rettungsdienst* 2002; 25: 456–460
- 20 Lipp M, Paschen H, Jähnichen G et al. Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. *Notfall & Rettungsmedizin* 1999; 2: 285–292
- 21 Karutz H. Begreifen, was ereignet: Stress und Betroffenheit in pädiatrischen Notfällen. *Rettungsdienst* 2002; 27: 22–27
- 22 Fässler-Weibel P. Wenn Kinder im Notarztendienst sterben. Vom Umgang mit einer für alle beteiligten schwierigen Lebenssituation. *Notfall & Rettungsmedizin* 2006; 9: 604–610
- 23 Mietzel G. Wege in die Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2009
- 24 Karutz H. Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Rettungsdienst* 2002; 25: 450–454 (Teil 1), 556–561 (Teil 2), 650–652 (Teil 3)
- 25 Glanzmann G. Psychologische Betreuung von Kindern. In: Bengel J, Hrsg. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin: Springer; 2004: 133–141
- 26 Lasogga F, Gasch B. Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2006
- 27 Karutz H. Zur Psychischen Situation von Kindern in Notfällen: Anregungen zur Psychischen Ersten Hilfe. *Bevölkerungsschutz* 2002; 4: 23–26
- 28 De Kuiper M. Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1999
- 29 Lohaus A. Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe; 2002
- 30 Lueger-Schuster B, Pal-Handl K. Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. Wien: Springer; 2004
- 31 Zehnder D. Notfallpsychologische Interventionen. In: Landolt MA, Hensel T, Hrsg. Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe; 2008: 243–264
- 32 Landolt MA. Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe; 2004
- 33 Helmerichs J, Saternus KS. Psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern nach plötzlichem Säuglingstod. In: Bengel J, Hrsg. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg: Springer; 2004: 143–150
- 34 Ballnus S. Das Kind als Notfallpatient: Qualitätssicherung in der notärztlichen Versorgung. *Rettungsdienst* 2002; 25: 466–470
- 35 Karutz H. Wenn die Belastungsgrenze erreicht ist: Psychologische Selbsthilfe in Extremsituationen. *Rettungsdienst* 2009; 32: 1172–1177
- 36 D'Amelio R, Archonti C, Falkai P et al. Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Psychologischen Krisenintervention in der Notfallmedizin. *Notfall & Rettungsmedizin* 2006; 9: 194–204
- 37 Karutz H. Kuschehbären für Kindernotfälle: Nicht jeder Teddy ist einsatztauglich. *Rettungsmagazin* 2008; 5: 34–36
- 38 Karutz H. Kasperle: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Rettungsdienst* 1999; 22: 212–213
- 39 Baskett PJF, Steen PA, Bossaert L. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Abschnitt 8 der Leitlinien zur Reanimation 2005 des European Resuscitation Council. *Notfall & Rettungsmedizin* 2006; 9: 155–163
- 40 Biarent D, Bingham R, Eich C et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010: Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation* 2010; 81: 1364–1388
- 41 Gold K, Stamouli E, Zimmermann M. Rettungsdiensttraining für emotionale und medizinische Kompetenzen bei Kindernotfällen. *Rettungsdienst* 2009; 32: 1057–1061
- 42 Heinzel O, Eppich WJ, Schwindt JC et al. Der lebensbedrohliche Kindernotfall im Notarztendienst. *Notfall & Rettungsmedizin* 2011; 14: 151–166

CME-Fragen

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Wie hoch ist der Anteil pädiatrischer Notfalleinsätze in der präklinischen Rettungsmedizin?

- A 11–20%
- B 2,9–11%
- C 20–40%
- D 40–60%
- E über 80%

2

Was gehört nicht zu den Techniken der psychologischen Selbsthilfe?

- A Distanzierungstechniken
- B positive Selbstinstruktionen
- C imaginative Strategien
- D kurzfristig wirksame Entspannungsmethoden wie progressive Muskelrelaxation
- E Einsatz von Sedativa

3

Welche Aussage zur psychischen Erste Hilfe ist falsch?

- A Wird als „psychologisch angemessenes Verhalten“ gegenüber direkten und indirekten Notfall-
opfern definiert.
- B Soll psychische Belastungen in einem Notfall vermindern.
- C Soll zu einer psychischen Stabilisierung beitragen.
- D Kann der Entwicklung negativer psychischer Folgen sekundärpräventiv entgegenwirken.
- E Darf nur von approbierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden.

4

Welche Aussage zum Akronym „KASPERLE“ ist falsch?

- A Bezeichnet einen altersgerechten Ansatz zur psychologischen Hilfe bei Kindern.
- B Die einzelnen Buchstaben bezeichnen bestimmte Interventionsmöglichkeiten.
- C Die Interventionen können in beliebiger Reihenfolge angewendet werden.
- D KASPERLE eignet sich auch für die psychische Erste Hilfe bei Erwachsenen.
- E Berücksichtigt auch, dass Kinder aversiv auf Rettungsdienstmitarbeiter reagieren können.

5

Was zählt nicht zu den Maßnahmen nach dem „KASPERLE“-Konzept?

- A Kontaktaufnahme
- B Ablenkung
- C Relaxanzien
- D Lieblingsspielzeuge
- E Ermutigung

CME-Fragen

Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen

6

Welche Aussage zu den psychischen Folgen eines Notfalls ist falsch?

- A** 8–23% der Kinder, die durch einen Unfall im Straßenverkehr verletzt worden sind, entwickeln das Vollbild einer akuten Belastungsstörung.
- B** Einzelne Symptome wie z. B. Hyperarousal, Intrusionen, Dissoziationen oder Vermeidung kommen bei bis zu 80% der betroffenen Kinder vor.
- C** Die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung variiert bei Kindern in einzelnen Untersuchungen zwischen 14 und 100%.
- D** Kinder, die „psychisch kapituliert“ haben und bei der Versorgung z. B. keinerlei Gegenwehr mehr zeigen, weisen in der Regel ein besonders hohes Traumatisierungsrisiko auf.
- E** Kinder, die sich still und ruhig verhalten und Behandlungsprozeduren völlig teilnahmslos über sich ergehen lassen, sind als besonders „robust“ einzuschätzen und bedürfen daher keiner besonderen Zuwendung.

7

Welche Aussage zur Epidemiologie pädiatrischer Notfälle ist falsch?

- A** Ein nicht auf pädiatrische Notfälle spezialisierter Rettungsdienstmitarbeiter wird im Durchschnitt nur alle 1,3 Monate im boden- bzw. 1,1 Monate im luftgestützten Rettungsdienst mit einem akut erkrankten oder verletzten Kind konfrontiert.
- B** Im Luftrettungsdienst überwiegen die traumatologischen Notfälle, während in bodengebundenen Notarztsystemen rund zwei Drittel der Kindernotfälle nicht traumatischer Genese sind.
- C** In Deutschland geht man von weniger als 10 000 Notarzteinsätzen mit Kindern pro Jahr aus.
- D** Die häufigsten Einsatzanlässe sind Fieberkrämpfe, Fremdkörperaspirationen, Vergiftungs-, Verbrennungs- und Ertrinkungsunfälle sowie Verkehrsunfälle.
- E** Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rettungsdienstmitarbeiter im Laufe eines Jahres Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind durchführen muss, beträgt nur 0,04%.

8

Welche Aussage zu Schwierigkeiten der Rettungskräfte mit pädiatrischen Notfällen ist falsch?

- A** Einsatzkräfte, die keine eigenen Kinder haben, fühlen sich besonders sicher im Umgang mit pädiatrischen Notfällen.
- B** Bei Kindernotfällen fühlen sich Notärzte besonders verpflichtet zu helfen.
- C** Bei der Reanimation von Kindern tritt bei Notarzt und Rettungsdienstmitarbeitern häufig das Phänomen der kognitiven Dissonanz auf.
- D** Die Anwesenheit von Angehörigen erhöht in der Notfallsituation meist den Druck auf die Einsatzkräfte.
- E** Mangelnde Kompetenz und Routine werden häufig als Gründe für die Unsicherheit mit Kindernotfällen angegeben.

9

Was zählt nicht zu den Gründen dafür, dass pädiatrische Notfälle eine besondere Herausforderung darstellen?

- A** allgemeine Schmerzlagerung in den Bauch
- B** eingeschränkte Sprechfähigkeiten
- C** im Vergleich zu Erwachsenen unterschiedliche Medikamentendosierungen
- D** verstärkte Hyperglykämieeigung
- E** verkürzte Hypoxietoleranz

CME-Fragen

Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen

10

Welche Aussage zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern ist richtig?

- A** Körperkontakt ist nicht zu empfehlen.
- B** Nach Möglichkeit sollte man eine Einsatzjacke tragen, damit den Kindern Sicherheit vermittelt wird.
- C** Es ist kontraproduktiv, viel zu erklären.
- D** Die Bewegungsfreiheit des Kindes sollte nach Möglichkeit erhalten bleiben.
- E** Lob zeigt bei Kindern in einer Notfallsituation keinen Effekt.