



Abb. 1: So soll es sein: Die Anwesenheit eines Elternteils vermittelt der kleinen Patientin Sicherheit, der Rettungsassistent spricht mit ihr auf Augenhöhe

Kindgerechte Rettung: Psychosoziale Kompetenzen für die Kleinsten

Gerade in pädiatrischen Notfällen ist neben dem medizinischen Wissen und Können auch psychosoziale Handlungskompetenz erforderlich. Über die Umsetzung von Versorgungsalgorithmen hinaus sind im Umgang mit verletzten oder akut erkrankten Kindern z.B. Regeln für eine altersspezifisch differenzierte psychische Erste Hilfe zu beachten. Auf diese Weise soll aber nicht nur die Belastung der kleinen Patienten vermindert und der Entwicklung möglicher psychischer Folgen sekundärpräventiv entgegen gewirkt werden. Die Beachtung psychosozialer „Leitlinien“ kann am Einsatzort auch zu einer günstigen Arbeitsatmosphäre beitragen, ungünstige Eskalationsmechanismen verhindern und nicht zuletzt Stress und Unsicherheit innerhalb des Rettungsteams reduzieren (Tab. 1) (4, 12, 17, 19).

Autor:

**Prof. Dr. phil.
Harald Karutz**
Diplom-Pädagoge und
Lehrrettungsassistent
Redaktion
RETTUNGSDIENST
Notfallpädagogisches
Institut
Müller-Breslau-Str. 30a
45130 Essen
karutz@
notfallpaedagogik.de

STAND DER FORSCHUNG

Dass verunglückte oder akut erkrankte Kinder sich häufig in einem psychischen Ausnahmezustand befinden und daher einer besonderen Betreuung bedürfen,

ist keine neue Erkenntnis. Schon vor 40 Jahren wurde in der Fachliteratur ausdrücklich darauf hingewiesen (1). Wie diese Betreuung konkret gestaltet werden sollte, war lange Zeit allerdings unklar. In vielen

früheren Veröffentlichungen hieß es lediglich, dass man Kinder „trösten“ sollte (16). Was in einer Notfallsituation aber tatsächlich „tröstend“ wirkt, wurde nur selten näher thematisiert. Dadurch blieb das Verhalten gegenüber Kindern an der Einsatzstelle jedem Helfer selbst überlassen. Eine solche Versorgungsbeliebigkeit war und ist jedoch unbefriedigend. Erst seit wenigen Jahren wird die psychische Situation von verletzten oder akut erkrankten Kindern intensiv untersucht. Inzwischen liegen mehrere Studien vor, aus denen empirisch begründete Schlussfolgerungen für das psychologisch angemessene Verhalten gegenüber Kindern in verschiedenen Notfallsituationen abgeleitet werden können (6, 9, 10). Auf diese Weise lassen sich psychosoziale Aspekte der Patientenversorgung durchaus ähnlich standardisieren wie die Durchführung medizinischer Maßnahmen.

UMGANG MIT SICH SELBST

Ein psychologisch angemessener Umgang mit Kindern setzt zunächst eine „Selbstklärung“ voraus. Dazu gehört insbesondere, die eigene Befindlichkeit bei Kindernotfällen zu reflektieren (8). Viele Rettungsdienstmitarbeiter denken bei der Versorgung von Kindern z.B. an ihre eigenen Kinder. Helfer, die keine eigenen Kinder haben, können wiederum verunsichert sein, weil ihnen die generelle Erfahrung im Umgang mit Kindern fehlt (9).

Problematisch ist, wenn jemand davon überzeugt ist, selbst „nicht gut mit Kindern umgehen zu können“ oder Kindern stets „Angst zu machen“: Unabhängig davon, ob dies tatsächlich zutrifft oder nicht, resultieren daraus negative Erwartungshaltungen bzw. selbsterfüllende Prophezeiungen. Über eigene Ängste und Befürchtungen im Hinblick auf Kindernotfälle (siehe dazu auch den Beitrag zu psychologischen Aspekten der Kinderreanimation, S. 26) sollte im Kollegenkreis daher offen und ehrlich gesprochen werden.

Von besonderer Bedeutung ist es bei Kindernotfällen, sich professionell distanzieren und die eigene Handlungsfähigkeit aufrechterhalten zu können. Ein bitterlich weinendes oder schreiendes Kind wird keinen Rettungsdienstmitarbeiter völlig „kalt lassen“. In

Tab. 1: Ziele psychischer Erster Hilfe in pädiatrischen Notfällen

- Verminderung psychischer Belastungen
- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit
- positive Beeinflussung späterer Verarbeitungsprozesse
- positive Beeinflussung der Compliance der Betroffenen
- Verbesserung der Arbeitsatmosphäre
- Verhinderung ungünstiger Eskalationsmechanismen zwischen Kindern, Eltern und Einsatzkräften
- Verminderung von Stress und Unsicherheit bei den Einsatzkräften

einer aktuellen Studie, in der psychosoziale Aspekte eines Massenfalls verletzter Kinder untersucht worden sind, wurde das Schreien und Weinen der Kinder sogar als einer der wesentlichsten Belastungsfaktoren für die Einsatzkräfte identifiziert (13). Umso wichtiger ist es, das Verhalten verletzter oder akut erkrankter Kinder „empathisch auszuhalten“, d.h. mitzuempfinden, ohne mitzuleiden.

Zu empfehlen ist außerdem, sich nicht durch einen überhöhten Anspruch an sich selbst bzw. an das eigene Handeln unnötig unter Druck zu setzen. Dass Einsatzkräfte bei der Versorgung von Kindern stets ein besonderes Engagement zeigen, versteht sich von selbst. So sehr man es sich gerade bei einem schwerwiegenden pädiatrischen Notfall auch wünschen mag, gilt jedoch zu akzeptieren, dass man das Geschehene – trotz aller Bemühungen und beim besten Willen – nun einmal nicht ungeschehen machen kann. Zudem ist und bleibt der Umgang mit verletzten oder akut erkrankten Kindern außerordentlich schwierig. Man sollte also nicht frustriert sein, wenn sich ein Kind z.B. nicht gleich beruhigen lässt. Dies resultiert aus der Situation heraus, die schlichtweg ist, wie sie ist.

UMGANG MIT KINDERN IN NOTFÄLLEN

Zusätzlich zu den Mechanismen, die auch für das psychische Erleben von Erwachsenen prägend sind (20, 21), sollten bei Kindern in Notfällen einige entwicklungspsychologische Besonderheiten beachtet werden; die Maßnahmen der psychischen Ersten Hilfe sind dem jeweiligen Entwicklungsstand anzupassen

Hanseatische ZertifizierungsAgentur

Ihr erfahrener Partner für Zertifizierungen im Rettungsdienst!

Zertifizierung von Managementsystemen nach ISO 9001:2008 im Rettungsdienst und im Gesundheitswesen.
 Unser Team steht Ihnen für Fragen rund um den Zertifizierungsprozess gerne zur Verfügung!

Schellerdamm 18 - 21079 Hamburg - Tel.: 040-76794290 – Fax: 040-767942928 – info@hansezertag.de – www.hansezertag.de



Tab. 2: Entwicklungspsychologische Besonderheiten des Notfallerebens

entwicklungspsychologische Besonderheit	Relevanz in einer Notfallsituation
wenig Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> intensives Erleben, Unverständnis, Angst
fehlendes, teilweise falsches Wissen über Notfallursachen, Bau und Funktion des menschlichen Körpers, Verletzungsfolgen sowie Therapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> Fehlinterpretation der Verletzungsschwere Entwicklung magisch-mythischer Erklärungsansätze und Fantasien, die mit einem zusätzlichen Belastungserleben verbunden sein können
egozentriertes Denken	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von Schuldgefühlen, auch wenn diese – objektiv betrachtet – unangebracht sind
wahrnehmungsbezogenes Denken	<ul style="list-style-type: none"> Fehlinterpretation von Behandlungsprozeduren (eine schmerzhafte, unangenehme Maßnahme wie das Legen eines venösen Zugangs kann aus Sicht jüngerer Kinder z.B. kaum hilfreich sein!)
Unfähigkeit zum Perspektivwechsel	<ul style="list-style-type: none"> Unfähigkeit, die Absicht von Rettungsdienstmitarbeitern zu erkennen (u.U. nicht: „Die kommen, um mir zu helfen“, sondern: „Das sind böse Menschen, die wollen mir etwas tun!“) Entwicklung von Bedrohungsgefühlen
Sprachentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> Unfähigkeit, Emotionen verbal differenziert zum Ausdruck zu bringen Unfähigkeit, eine exakte Schmerzlokalisierung zum Ausdruck zu bringen erschwerter Anamneseerhebung
Abhängigkeit von (erwachsenen) Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> Übertragung von Angst und Aufregung zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen starke Trennungs- bzw. Verlustangst Irritationen, wenn Bezugspersonen bei der Durchführung schmerzhafter Maßnahmen beteiligt werden (z.B. durch das Festhalten des Kindes beim Legen eines venösen Zugangs)
Körperbau, insbesondere das Verhältnis von Körperoberfläche und Körpergewicht	<ul style="list-style-type: none"> Entstehung von Durstgefühl stärkeres Schwitzen und Frieren
undifferenziertes Körperbild	<ul style="list-style-type: none"> generalisiertes Schmerzempfinden oder Projektion von Schmerzen auf den Bauch
geringe Körperbeherrschung	<ul style="list-style-type: none"> starker Bewegungsdrang

Tab. 3: Ablenkungsstrategien

- Kind auffordern, laut bis zu einer bestimmten Zahl oder auch rückwärts zu zählen
- Kind etwas summen oder singen lassen
- Kind etwas anschauen lassen
- mit Kind sprechen bzw. das Kind etwas erzählen lassen
- Kind Fragen stellen bzw. Fragen beantworten lassen
- Kind etwas festhalten lassen (z.B. die Hand eines Helfers oder einen Gegenstand)
- einen Infektionsschutzhandschuh aufpusten und mit einem Gesicht bemalen
- Musik oder ein Hörspiel abspielen (sofern dies technisch im RTW möglich)
- bei längeren Wartezeiten bzw. Transportwegen: etwas vorlesen

(Tab. 2) (12, 17). Sehr stark differenzierende Interventionsstrategien sind unmittelbar in einer Notfallsituation allerdings kaum praktikabel und vermutlich auch nicht erforderlich: Eine grobe Unterscheidung von „jüngeren“ (bis 10 Jahre) und „älteren“ Kindern (ab 10 Jahre) wird im rettungsdienstlichen Einsatzalltag als ausreichend erachtet (6, 9). Im Einzelnen sind die folgenden Aspekte zu beachten.

Ruhe bewahren und für Ruhe sorgen → Pädiatrische Notfälle sind für alle Beteiligten mit besonderem Stress verbunden. Angst und Aufregung können sich wechselseitig übertragen. Hektisch agierende Helfer wirken nicht besonders kompetent und sorgen für eine zusätzliche Beunruhigung (6, 17). Rettungskräfte sollten daher gerade bei Kindernotfällen Ruhe bewahren und ggf. auch im Umfeld des betroffenen Kindes für Ruhe sorgen. Psychische Erste Hilfe für Kinder setzt immer voraus, dass den anwesenden Erwachsenen ebenfalls psychische Erste Hilfe geleistet wird (12, 14).

Kontakt aufnehmen → Zu Beginn des Einsatzgeschehens sollten sich nicht alle beteiligten Rettungskräfte „auf ein Kind stürzen“, weil dies nur noch mehr Angst verursachen kann. Je nach Ursache der Notfallsituation kann es sinnvoller sein, sich zunächst kurz mit einem anwesenden Elternteil auszutauschen, aus einiger Distanz Blickkontakt aufzunehmen und sich erst dann behutsam anzunähern (6, 9). Wichtig ist auch, dass man sich auf das körperliche Niveau eines Kindes herunterbeugt, freundlich vorstellt und nach dem Namen des betroffenen Kindes fragt, bevor mit der eigentlichen Versorgung begonnen wird.

Vorsichtiger Körperkontakt (Halten der Hand, Streicheln des Kopfes, in den Arm nehmen) kann bei Kindern ebenfalls hilfreich sein. In der Regel sollte damit jedoch abgewartet werden, bis das betroffene Kind zu einem Helfer Vertrauen gefasst hat (6). Zudem muss aufmerksam auf ablehnende Signale geachtet werden, ggf. ist der Körperkontakt umgehend wieder zurück zu nehmen.

Ablenken → Versuche, Kinder in einer Notfallsituation abzulenken, sind zwiespältig zu bewerten. Einerseits wird Ablenkung von vielen Rettungsdienstmitarbeitern als eine sehr wirksame Handlungsoption dargestellt (9). Andererseits wirken derartige Ablenkungsversuche längst nicht immer. Kinder können sich durch sie auch unverstanden oder nicht ernst genommen fühlen. Zudem ist es ein Irrtum anzunehmen, dass Kinder z.B. keine Schmerzen mehr

haben, nur weil man sie abgelenkt hat (3). Die Effektivität von Ablenkungsstrategien (Tab. 3) sollte daher nicht überbewertet werden. Günstig ist, wenn Kinder sich mit einer nahezu beliebigen Aktivität selbst ablenken.

Selbstkontrolle stärken → Besonders wichtig ist, Kindern das Gefühl zu vermitteln, die Notfallsituation bzw. 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 (6). 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 im Rettungswagen z.B. selbst auf die Trage klettern kann, erlebt sich dadurch eben nicht passiv, ohnmächtig und hilflos, sondern aktiv und engagiert (Abb. 2).

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?“ usw.) (12).

Wenn Kinder offenkundig damit überfordert sind, eine eigene Entscheidung zu finden, sollte man sie allerdings auch nicht unter zusätzlichen Druck setzen oder ungeduldig zu etwas drängen („Du musst wissen, was Du willst! Jetzt entscheide Dich!“). Kinder sollten stets nur die Entscheidungen treffen können, zu denen sie entwicklungsbedingt schon bzw. situationsbedingt noch in Lage sind (9).

Gelingt es Kindern, sich – wie auch immer – hilfreich zu verhalten, sollten sie dafür ausdrücklich gelobt bzw. auch belohnt werden. In Rettungswagen könnten z.B. Urkunden, Aufkleber oder Ansteck-Button mitgeführt werden, die Kinder für ihre Mithilfe und Tapferkeit geschenkt bekommen.

Personen einbeziehen → Kinder sollten in Notfällen so rasch wie möglich mit vertrauten Bezugspersonen – in der Regel den Eltern oder zumindest einem Elternteil – zusammengebracht werden (6, 14, 17). Älteren Kindern bzw. Jugendlichen hilft es oftmals sehr, wenn ein enger Freund oder eine Freundin sie begleitet (10). Nach Möglichkeit sollten solche Bezugspersonen auch auf dem Weg ins Krankenhaus bei dem betroffenen Kind bleiben können. Unter Umständen können sie sogar in die Behandlung einbezogen werden, etwa indem sie eine Sauerstoffmaske vor das

Tab. 4: Vermittlung von Informationen an Kinder

- einfache Worte wählen, aber: keine Babysprache!
- in kurzen Sätzen, langsam und mit ruhiger, tiefer Stimme sprechen
- konkrete Angaben machen (z.B. „Wir sind in 10 Minuten im Krankenhaus“ statt „Wir sind bald im Krankenhaus“)
- Fragen so ehrlich wie möglich beantworten
- Informationen ggf. mehrfach wiederholen
- keine Fachbegriffe verwenden („Fraktur“, „Hämatom“, „Apoplex“ usw.)
- keinesfalls in missverständlichem Rettungsdienstjargon sprechen („Den schießen wir gleich erst mal ab!“)
- sofern dies zutrifft: mitteilen, dass die Eltern eines Kindes bereits informiert sind

Gesicht eines Kindes halten, eine Mullkomresse fixieren o.Ä. (19).

Wenn Bezugspersonen eines Kindes an der Durchführung schmerzhafter Prozeduren beteiligt werden (Eltern sollen z.B. den Arm ihres Kindes für eine Venenpunktion festhalten), kann dies allerdings auch zu Irritationen führen (5): Ein kleineres Kind wird kaum verstehen können, warum seine Mama oder sein Papa ihm „so etwas antut“ und es auch nicht verhindert.

Erklärungen geben → Ein weiteres, wesentliches Element der psychischen Ersten Hilfe ist die Vermittlung von Informationen (6, 17). Rettungsdienst-



Abb. 2: Selbst in den RTW einsteigen zu können, stärkt das Selbstwirksamkeitserleben

Tab. 5: Vorbereitung von Kindern auf bevorstehende Behandlungsprozeduren

- Eltern möglichst getrennt von dem Kind informieren, um zu vermeiden, dass es Worte missversteht
- das Kind immer erst kurz vor der Maßnahme informieren
- mitteilen, welche Maßnahme von wem durchgeführt werden soll; bei der Beschreibung wenige, einfache Begriffe verwenden
- deutlich sagen, wie sich das Kind bei der Durchführung der Maßnahme selbst verhalten soll
- eventuelle Ängste des Kindes offen ansprechen und dem Kind mitteilen, dass es in Ordnung ist, wenn es evtl. weinen sollte
- Angst auslösende Gegenstände möglichst außer Sichtweite halten
- sich darauf einstellen, dass sich das Kind während der Durchführung wehren könnte
- während der Durchführung immer nur eine Anweisung auf einmal geben
- jüngere Kinder während des Eingriffs und danach streicheln
- dem Kind deutlich sagen, wenn die Maßnahme beendet ist

mitarbeiter 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 (Tab. 4).

Fragen von Kindern, etwa ob eine Wunde genäht werden muss, sollten Rettungsdienstmitarbeiter stets ehrlich beantworten (17). „Falsche Versprechungen“ bzw. Versprechungen, die sich nicht halten lassen

Tab. 6: KASPERLE-Konzept

- K** Die **Kontaktaufnahme** sollte nur durch eine Person erfolgen. 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** hilfreich sein. Nach Möglichkeit sollten Kinder sich mit einer beliebigen Aktivität selbst ablenken.
- S** Die **Selbstkontrolle** eines Kindes kann durch die Übertragung einfacher Aufgaben gestärkt werden, z.B. durch das Festhalten einer Mullkompressen oder das Festhalten an der Krankentrage.
- P** Eltern oder andere **Personen**, die einem Kind nahe stehen, sollten nach Möglichkeit in die Hilfeleistung einbezogen und in das Krankenhaus mitgenommen werden.
- E** Helfer sollten zu ihren Maßnahmen einfache **Erklärungen** geben. Fragen sind stets ehrlich zu beantworten. Auf bevorstehende Maßnahmen sollten Kinder vorbereitet werden.
- R** Die **Reaktionen** von Kindern gegenüber Rettungsdienstmitarbeitern sind häufig ablehnend. Ein solches Verhalten sollte man professionell aushalten und hinnehmen.
- L** **Lieblingsspielzeuge** oder Stofftiere eines Kindes sollten ins Krankenhaus mitgenommen werden. Wenn ein Kind kein eigenes Stofftier bei sich hat, sollte es eines geschenkt bekommen.
- E** Kinder sollten ausdrücklich dazu **ermutigt** werden, Fragen zu stellen sowie Ängste und Bedürfnisse zu äußern. Individuelle Wünsche sind nach Möglichkeit zu erfüllen.

(„Das tut überhaupt nicht weh!“), sind unangebracht (14). Kinder haben ein sensibles Gespür dafür, ob sie belogen werden oder nicht. Wenn sie 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.

Auf die Durchführung einzelner Behandlungsmaßnahmen (wie z.B. das Legen eines intravenösen Zugangs) sollte man Kinder vorbereiten (Abb. 3). Empfohlen wird dazu eine Kombination von empfindungs- und eingriffsbezogenen Informationen (Tab. 5) (5).

Reaktionen aushalten → Einige Kinder verhalten sich Rettungskräften gegenüber aversiv, d.h. sie wehren sich gegen die Behandlung oder schon allein die Kontaktaufnahme. Dass ein Rettungsteam ihnen lediglich helfen möchte, können sie häufig nicht nachvollziehen. Vor allem jüngeren Kindern fehlt die Fähigkeit zum so genannten Perspektivwechsel: Sie können sich nicht in eine andere Person hineinversetzen und deren Absichten erkennen (18).

Bei aversivem Verhalten sollten Rettungskräfte daher gelassen und verständnisvoll reagieren – auch wenn es im Einzelfall schwerfallen mag. Die Ablehnung bezieht sich jedoch nicht auf sie persönlich, sondern resultiert aus der speziellen Situation heraus, die innerhalb kurzer Zeit auch kaum zu ändern ist. Wichtig ist, aversives Verhalten keinesfalls mit eigener Aggression zu erwidern (z.B. in gereiztem, drohenden Tonfall: „Jetzt bleib doch endlich mal still liegen!“). Dies würde nur eine weitere Eskalation der Lage begünstigen.

Lieblingsspielzeug mitnehmen → Fast jedes Kind besitzt ein Lieblingsspielzeug, in der Regel auch ein Kuscheltier, das ihm Sicherheit und Geborgenheit vermittelt (5, 9). Ist ein solches Lieblingsspielzeug oder ein Kuscheltier zur Hand, sollte es unbedingt ins Krankenhaus mitgenommen werden. Ist dies nicht der Fall, sollten jüngere Kinder z.B. einen Teddybären geschenkt bekommen. Dabei ist vor allem auf eine ausreichende Größe (20–40 cm), ein freundliches Gesicht und ein weiches Fell des Stoffgefährten zu achten. Uniformierte „Rettungsteddys“ sind nur bedingt zu empfehlen (11).

Ermutigen → Viele Kinder haben in einem Notfall große Angst – vor einer befürchteten Bestrafung, vor vermuteten Behandlungsprozeduren oder weil das Geschehene ihnen schlichtweg unverständlich erscheint. Vor diesem Hintergrund sollten sie aus-

drücklich dazu ermutigt werden, Fragen zu stellen sowie Ängste und Befürchtungen offen anzusprechen: Wenn Kinder Ihre Bedürfnisse äußern, kann darauf auch umso rascher und zielgerichteter reagiert werden. Individuelle Wünsche sollten z.B. erfüllt werden, sofern medizinische Gründe dem nicht entgegenstehen. Daran wird deutlich, dass Rettungskräfte ein Kind ernst nehmen und nicht nur als „Versorgungsobjekt“ betrachten. Dies wiederum schafft Vertrauen (6, 17, 19).

Für weitere Unterstützung sorgen → Einige Kinder benötigen über die psychische Erste Hilfe hinaus weitere Unterstützung, die zweifellos nicht vom Rettungsdienst geleistet werden kann. Die Indikation zur Alarmierung psychosozialer Akuthelfer (Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteam) ist bei Kinderunfällen daher generell großzügig zu stellen. Sofern vorhanden, sollte auf spezialisierte Fachkräfte zurückgegriffen werden (siehe hierzu auch den Beitrag von Klinge, S. 22).

Ein wesentlicher Aspekt ergänzender Hilfsangebote ist z.B. die Information und Aufklärung der betroffenen Kinder über mögliche Belastungsreaktionen. Auch Eltern benötigen nach einem Unglück häufig Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und eine Beratung für den weiteren Umgang mit ihren Kindern (17). In diesem Zusammenhang hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BBK) zwei psychoedukative Faltblätter veröffentlicht, die seit kurzem kostenlos bestellt bzw. auf der Homepage des BBK heruntergeladen werden können (Abb. 3).

MERKHILFE

Als Merkhilfe für die hier vorgestellten Hinweise zur psychischen Ersten Hilfe eignet sich das Akronym KASPERLE. Die Ursprungsversion dieses Regelwerkes wurde bereits 1999 veröffentlicht (7), in den folgenden Jahren wurde es allerdings mehrfach überarbeitet und neuen Erkenntnissen angepasst (Tab. 6). Im deutschsprachigen Raum hat das Konzept eine erfreuliche Verbreitung gefunden. Inzwischen liegt sogar eine französische Übersetzung vor (2). ☉

Literatur:

1. Biermann G (1974) Die psychologische Situation von Unfallkindern. In: Nissen G, Strunk P (Hrsg.) Seelische Fehlentwicklungen und Gesellschaftsstruktur. Luchterhand, Neuwied, S. 117-125
2. Charrière G (2010) Aspects psychologiques et relationnels autour de l'urgence pédiatrique. Travail de diplôme présenté à L'Ecole supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf CESU. Eigenverlag, Lausanne
3. De Kuiper M (1999) Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Ullstein Medical, Wiesbaden



Abb. 3: Die beiden Faltblätter sind beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (www.bbk.bund.de) kostenlos erhältlich

4. Ecker R (2012) Psychische Erste Hilfe: Prävention für Helfer? Stumpf & Kossendey, Edewecht
5. Glanzmann G (2004) Psychologische Betreuung von Kindern. In: Bengel J (Hg.) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 133-141
6. Hartl F (2013) Umgang mit Kindern in Notfallsituationen. Ein Leitfaden für Einsatzkräfte vor Ort am Beispiel von Polizeibeamten zum Umgang mit von Notfällen betroffenen Kindern. Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, Saarbrücken
7. Karutz H (1999) Kasperle: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. Rettungsdienst 22: 212-213
8. Karutz H (2004) Begreifen, was ergreift: Stress und Betroffenheit in pädiatrischen Notfälle. Rettungsdienst 27: 22-27
9. Karutz H (2002) Psychische Erste Hilfe bei Kindern. Rettungsdienst 25: 450-454, 556-561, 650-652
10. Karutz H (2004) Psychische Erste Hilfe für unverletzt-betroffene Kinder in Notfallsituationen. LIT, Münster
11. Karutz H (2008) Kuschelbären für Kindernotfälle: Nicht jeder Teddy ist einsatztauglich. Rettungsmagazin 5: 34-36
12. Karutz H, D'Amelio R, Pajonk F G (2012) Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfälle. Notfallmed Up2date 7: 121-134
13. Karutz H (2013) Psychosoziale Akuthilfe nach einem schweren Schulbusunfall (in Vorb.)
14. Kröger C (2013) Psychologische Erste Hilfe. Hogrefe, Göttingen
15. Krüger A (2012) Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 3. Aufl. Patmos, Düsseldorf
16. Kurz R (1984) Ärztliches Eingehen auf den kindlichen Patienten. In: Sauer H (Hrsg.) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Thieme, Stuttgart, New York, S. 29-32
17. Landolt MA (2012) Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 2., überarb. u. erw. Aufl. Hogrefe, Göttingen
18. Lohaus A (2002) Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Hogrefe, Göttingen
19. Nicolai T (2009) Generelle Hinweise zum Umgang mit kranken Kindern. In: Madler C et al. (Hrsg.) Akutmedizin – Die ersten 24 Stunden: Das NAW-Buch. 4. Aufl. Elsevier, München, S. 981
20. Nyberg E et al. (2000) Erleben der präklinischen Versorgung nach einem Verkehrsunfall. BAST-Bericht M 117, NW, Bremerhaven
21. Wendrich P (2000) Psychisch-emotionale Reaktionen nach einem Unfall. In: Rettungsdienst 23: 1070-1075
22. Zehnder D (2008) Notfallpsychologische Interventionen. In: Landolt MA, Hensel T (Hrsg.) Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen, S. 243-264