



Abb. 1: Die Kommunikation mit Kindern in Notfällen stellt für Rettungsfachkräfte eine besondere Herausforderung dar.

Pädiatrische Notfallsituationen: Stress für alle Beteiligten

Pädiatrische Notfälle werden nicht nur von den betroffenen Kindern und ihren Angehörigen, sondern auch vom Rettungsfachpersonal als besonders belastend erlebt – es sind die Einsätze, die am meisten gefürchtet werden. Oftmals ist die Situation am Unglücksort emotional stark aufgeladen und bei allen Beteiligten mit Ängsten, Stress und Verunsicherung verbunden (6, 7, 13). In den folgenden Ausführungen wird vor allem auf die psychische Situation der Helfenden fokussiert. Zudem werden einige einfache Handlungsempfehlungen gegeben, um sich in Kindernotfällen psychologisch möglichst angemessen verhalten zu können.

Interessenkonflikte:
Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Besonderheiten pädiatrischer Notfälle

Dass die Versorgung kindlicher Patienten – euphemistisch formuliert – eine besondere „Herausforderung“ darstellt, ergibt sich aus speziellen „Situationscharakteristika“. Mehrere Faktoren wirken dabei zusammen:

Seltenheit, fehlende Erfahrung → Pädiatrische Notfälle sind zunächst einmal relativ selten. Ihr Anteil am Gesamteinsatzaufkommen beträgt – je nach Studienstichprobe – zwischen 2,9 und 11 % (3, 12, 15). Ein Rettungsdienstmitarbeiter wird im Durchschnitt somit nur alle 1,3 Monate im boden- bzw. 1,1 Monate im luftgestützten Rettungsdienst mit einem akut erkrankten oder verletzten Kind konfrontiert (2).

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Rettungsfachkraft im Laufe eines Jahres Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind durchführen muss, liegt – rein statistisch – lediglich bei 0,04 % (11). Schon daraus resultiert, dass in pädiatrischen Notfällen nicht so routiniert gearbeitet werden kann wie bei anderen Einsätzen, die schlichtweg häufiger sind.

Ausbildungsdefizite → Neben der fehlenden Erfahrung wirken sich Ausbildungsdefizite aus. Die eigene fachliche Vorbereitung wird von vielen Rettungsdienstmitarbeitern als unzureichend empfunden. Das subjektive Kompetenzgefühl in Bezug auf Kindernotfälle ist sehr gering, häufig werden Insuffizienz- und Versagensängste angegeben (6). 70 % der in einer

Autor:
Prof. Dr. Harald Karutz
Diplom-Pädagoge
MSH Medical School
Hamburg,
Fakultät
Humanwissenschaften
harald.karutz@
medicalschoo-
hamburg.de

Studie befragten Rettungsfachkräfte bewerteten ihre Fähigkeiten im Hinblick auf die Versorgung von Kindern als „mangelhaft“. Die eigene Fähigkeit, Kinder zu intubieren, wurde sogar von 84 % der Befragten als lediglich „mittelwertig“ bzw. „mangelhaft“ eingeschätzt (1). In einer anderen Studie haben nur 25 % der Befragten ihre Kenntnisse zur Reanimation von Kindern besser als „befriedigend“ beurteilt. Befragungen von Notärzten kommen zu vergleichbaren Ergebnissen (6, 14).

Beim Legen eines i.v. Zugangs sowie bei der endotrachealen Intubation ist viel Feingefühl erforderlich, derartige Maßnahmen gehen bei Kindern mit einem hohen Komplikationsrisiko einher.

Fachliche Anforderungen → Von vielen gewohnten und vertrauten Strategien, die bei erwachsenen Notfallpatienten üblich sind, muss bei Kindernotfällen abgewichen werden (13). Bereits die Anamneseerhebung bzw. Diagnostik kann sich als problematisch erweisen. Die verbale Kommunikationsfähigkeit von Kindern ist entwicklungs- oder auch situationsbedingt häufig eingeschränkt, und auch die Kooperationsbereitschaft ist meist gering. Viele Kinder verhalten sich dem Rettungsteam gegenüber in einem Notfall aversiv oder sie schreien, jammern und weinen. Welche Symptome vorliegen, seit wann diese bestehen und wodurch sie verursacht wurden, ist oftmals nur mit erheblichen Anstrengungen herauszufinden (10). Bedingt durch die speziellen anatomischen Verhältnisse sind zahlreiche Behandlungsmaßnahmen bei Kindern außerdem „handwerklich“ schwieriger auszuführen als bei Erwachsenen. Beim Legen eines intravenösen Zugangs sowie bei der endotrachealen Intubation ist z. B. besonders viel Feingefühl erforderlich, und derartige Maßnahmen gehen bei Kindern mit einem hohen Komplikationsrisiko einher (8). Auch die korrekte



Abb. 2: Für Kinder stellen Notfälle einen extremen psychischen Ausnahmezustand dar.

Medikamentendosierung bereitet bei Kindernotfällen oftmals Schwierigkeiten (1, 13).

Instinktive Verpflichtung → Verletzte und akut erkrankte Kinder erscheinen besonders hilflos und vulnerabel. Daher verspüren viele Rettungsfachkräfte ein sehr starkes Bedürfnis, besonders sorgfältig und auch besonders schnell zu helfen (5). Die Ausrückzeiten und die Fahrgeschwindigkeiten von Rettungswagen sind ein Indikator dafür: Erstere sind, im Vergleich zu anderen Einsatzanlässen, bei Kindernotfällen verkürzt, während letztere signifikant erhöht sind (9).

Kohärenzerleben, kognitive Dissonanzen → Situationen, die für ein Kind lebensbedrohlich sind oder in denen sogar ein Kind zu Tode kommt, widersprechen

SYSTEM STROBEL

QUALITÄT DIE LEBEN RETTET

Der neue **SYSTEM STROBEL** Rettungswagen mit Kofferaufbau auf Basis des neuen Mercedes Benz Sprinter bietet modernste Technologie und mehr Raumangebot.

Komfort wird dem Patienten mit dem luftgefederten Tragetisch geboten, wie auch mit der Klimaautomatik im Behandlungsraum.

Um das Rettungsdienstpersonal ein ergonomisches Arbeiten zu gewährleisten bietet **SYSTEM STROBEL** eine neue elektrische Einzugshilfe für alle gängigen Fahrtragen an. Dadurch wird das Rettungsdienstpersonal beim Be- und Entladen von Patient und Fahrtage entlastet.

SYSTEM STROBEL GmbH & Co. KG • Rettungs- und Notarztfahrzeuge
Schafgasse 27 • D-73433 Aalen • Tel. +49(0)7361 97 87-0 • info@system-strobel.de



DER NEUE SYSTEM STROBEL
RTW KOFFER MERCEDES SPRINTER

www.system-strobel.de

Tab. 1: Empfehlungen zur psychologischen Selbsthilfe für das Rettungsfachpersonal

- Kindernotfälle stellen eine besondere Herausforderung dar. Reflektieren Sie, woraus ggf. eigene Belastungen resultieren könnten, und tauschen Sie sich darüber mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aus.
- Nutzen Sie geeignete Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, um sich fachlich und psychologisch so gut wie möglich auf Kindernotfälle vorzubereiten.
- Erlernen und trainieren Sie kurzfristig wirksame Distanzierungs- und Entspannungstechniken wie den „Gedankenstopp“, die positive Selbstinstruktion oder die progressive Muskelrelaxation. Wenn Sie bei einem Kindernotfall selbst sehr aufgeregt sind oder eine besonders starke Betroffenheit verspüren, wenden Sie derartige Selbsthilfestrategien an.
- Nehmen Sie aversives Verhalten verletzter oder akut erkrankter Kinder sowie etwaige Vorwürfe und Beleidigungen ihrer Angehörigen niemals persönlich. Betrachten und akzeptieren Sie solche Verhaltensweisen vielmehr als Ausdruck eines sehr starken Stresserlebens. Auch Notfälle, die vom Rettungsfachpersonal womöglich als „Bagatelle“ betrachtet werden, stellen für Kinder und ihre Eltern u. U. einen psychischen Ausnahmezustand dar – zeigen Sie also Verständnis dafür.
- Wenn ein Kindernotfall für Sie selbst sehr belastend gewesen ist, scheuen Sie sich nicht, psychosoziale Unterstützungsangebote bzw. Einsatznach-sorge in Anspruch zu nehmen. Wenden Sie sich ggf. an die entsprechenden Fachkräfte in Ihrer Organisation bzw. Ihrem Rettungsdienstbereich.

Tab. 2: Empfehlungen für den psychologisch angemessenen Umgang mit Kindern in Notfällen

- Nehmen Sie den Kontakt zu einem verletzten oder akut erkrankten Kind möglichst langsam und behutsam auf. Beugen Sie sich herunter, stellen Sie sich vor und fragen Sie nach dem Namen des Kindes bzw. sprechen Sie das Kind mit seinem Namen an. Sagen Sie explizit, dass Sie dem Kind jetzt helfen werden.
- Informieren Sie ein verletztes oder akut erkranktes Kind mit einfachen Worten und in kurzen Sätzen über die Situation und darüber, was Sie als nächstes tun („Dein Bein ist gebrochen. Jetzt bekommst Du ein Medikament gegen Deine Schmerzen!“). Sprechen Sie ruhig und langsam. Machen Sie stets konkrete Angaben („In zehn Minuten sind wir im Krankenhaus. Deine Eltern kommen auch dorthin!“). Vermeiden Sie Fachbegriffe, aber sprechen Sie auch nicht in „Babysprache“. Antworten Sie auf Fragen immer ehrlich. Lügen Sie nicht und machen Sie auch keine falschen Versprechungen.
- Die Selbstwirksamkeit eines Kindes kann durch die Übertragung einfacher Aufgaben gestärkt werden, etwa durch das Festhalten einer Mullkom- presse oder das Festhalten an der Krankentrage. Wenn ein Kind grundsätzlich noch dazu in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen, kann man am besten einfache „Ja-Nein-Fragen“ stellen („Möchtest Du selbst zum Auto laufen oder möchtest Du lieber getragen werden?“). Hilfreiches Verhalten soll ausdrücklich gelobt werden.
- Nach Möglichkeit sollten Kinder sich mit einer beliebigen Aktivität ablenken können. Sie können z. B. aufgefordert werden, laut rückwärtszuzählen oder sie können sich während des Transports zum Krankenhaus ein für Kinder geeignetes Handyvideo anschauen. Bewährt hat sich auch, einen Handschuh aufzupusten und mit einem Gesicht zu bemalen usw.
- Ein Lieblingsspielzeug bzw. das Lieblingsstofftier eines Kindes sollte ins Krankenhaus mitgenommen werden. Wenn ein Kind kein eigenes Stofftier bei sich hat, sollte es vom Rettungsdienst eines geschenkt bekommen.

den tradierten Vorstellungen einer natürlich gegebenen Todesabfolge, bei der die ältere Generation stets zuerst verstirbt. Insgesamt ist die Konfrontation von Kindern mit Krankheit, Leid und Tod nur schwer mit dem eigenen Weltbild in Einklang zu bringen. Dabei spielt sicherlich auch der Gedanke eine Rolle, dass Kinder „doch noch ihr ganzes Leben vor sich haben“ (5). Kindernotfälle verursachen auf diese Weise eine kognitive Dissonanz.

Auf pädiatrische Notfälle ist die Theorie einer gerechten Welt kaum anwendbar, weil die Annahme eines „schuldhaften“ Handelns zumindest bei kleineren Kindern geradezu absurd erscheint.

Eigene Kinder → Sowohl das Vorhandensein als auch das Fehlen eigener Kinder kann das Rettungsfachpersonal in pädiatrischen Notfällen zusätzlich belasten: 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 Kolleginnen und 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 (5).

Die Verzweiflung einer schockierten Mutter bzw. eines schockierten Vaters mitzuerleben, ist mitunter kaum auszuhalten.

Ungerechtigkeitsempfinden → Die Verarbeitung zahlreicher Notfallereignisse wird dadurch erleichtert, dass man u. U. (unbewusst) von einer gerechten Welt ausgeht, in der „jeder bekommt, was er verdient – und jeder verdient, was er bekommt“. So kann der Eindruck entstehen, dass ein polytraumatisierter Motorradfahrer seinen Unfall doch letztlich selbst verursacht hat, indem er zu schnell gefahren ist, und 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. Aus diesem Grund wirkt es umso ungerechter, wenn gerade einem Kind ein Unglück widerfährt. Auch die Theodizee-Frage, d. h. die Frage danach, wieso Gott

etwas Derartiges zulassen kann, drängt sich vor diesem Hintergrund in besonderer Weise auf (5).

Eltern, weitere Angehörige → Nicht zuletzt kann die Anwesenheit von Eltern bzw. weiteren Angehörigen als belastend empfunden werden. Viele Rettungsfachkräfte fühlen sich durch sie einem hohen Handlungs- bzw. auch Erfolgsdruck ausgesetzt. Mitunter haben Helfende den Eindruck, dass man sie beobachtet oder ihnen bei der Versorgung eines Kindes Misstrauen entgegengebracht wird. Zudem ruft eine starke emotionale Reaktion der Angehörigen bzw. Eltern pädiatrischer Notfallpatienten eine starke eigene Betroffenheit hervor: Die Verzweiflung einer schockierten Mutter bzw. eines schockierten Vaters mitzuerleben, ist mitunter kaum auszuhalten. Unter Umständen schaukeln sich Emotionen auch zwischen allen Anwesenden auf.

Psychologisch angemessenes Verhalten

Während den Kindern und Eltern Psychische Erste Hilfe geleistet werden sollte, können Einsatzkräfte Strategien der psychologischen Selbsthilfe anwenden. Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand zur Psychosozialen Notfallversorgung von Kindern und ihren Angehörigen geben die Tabellen 1 – 3 einen kurzen Überblick über die wichtigsten Handlungsempfehlungen. Um die Versorgungssicherheit bei Kindernotfällen zu erhöhen, kann im Übrigen nur ausdrücklich empfohlen werden, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu nutzen, in denen realitätsnahe Simulationstrainings stattfinden und neben der medizinischen Versorgung auch psychologische Aspekte berücksichtigt werden (4, 8). ☉

Literatur:

1. Bartels U (2001) Kindernotfälle. Fragebogen zur Sicherheit der Versorgung pädiatrischer Notfallpatienten. Notarzt 17: 31-36.
2. Bernhard M et al. (2011) Pädiatrische Notfälle in der prähospitalen Notfallmedizin. Implikationen für die Notarztqualifikation. Notfall Rettmed 14: 554-566.
3. Eich C et al. (2009) Präklinische Kindernotfälle – Notärztliche Wahrnehmung und Einschätzung. Anaesthesist 58: 876-883.
4. Gold K, Stamouli E, Zimmermann M (2009) Rettungsdiensttraining für emotionale und medizinische Kompetenzen bei Kindernotfällen. RETTUNGSDIENST 32: 1057-1061.
5. Karutz H (2017) Psychische Belastungen von Helfern bei Einsätzen mit Kindern. In: Karutz H, Juen B, Kratzer D, Warger R (Hrsg.)

Tab. 3: Empfehlungen für den psychologisch angemessenen Umgang mit Eltern in Notfällen

- Binden Sie anwesende Eltern – auch und gerade bei einer Kinderreanimation – in die Versorgung ein, um eine „Realitätsprüfung“ zu ermöglichen und späteren Schuldgefühlen („Ich habe mein Kind allein gelassen.“) entgegenzuwirken. Nur wenn Eltern tatsächlich die Hilfeleistung behindern sollten, bitten Sie sie freundlich, aber bestimmt, den Raum zu verlassen bzw. etwas mehr Abstand zu halten.
- Informieren Sie anwesende Eltern und weitere Angehörige mit klaren, unmissverständlichen Worten über den Zustand des kindlichen Notfallpatienten sowie darüber, welche Maßnahmen nun durchgeführt werden.
- Geben Sie auch den Eltern und weiteren Angehörigen kleine Aufgaben (z. B. ein Lieblingsspielzeug oder ein Kuscheltier herbeizuholen, die Hand des Kindes zu halten usw.). Loben Sie, wenn es angebracht ist, auch das Verhalten dieser Personen ausdrücklich („Sie machen das genau richtig. Sie helfen sehr gut mit!“).
- Machen Sie Eltern und weiteren Angehörigen unter keinen Umständen Vorwürfe („Sie hätten besser aufpassen müssen!“) und stellen Sie keine kritischen Fragen („Warum haben Sie uns nicht eher gerufen?“). Das macht nichts besser und hilft nicht weiter.
- Alarmieren Sie bei Kindernotfällen frühzeitig psychosoziale Akuthelfer (Kriseninterventionsteam, Notfallseelsorge, Notfallbegleitung) und bedenken Sie, dass neben den erwachsenen Angehörigen u. U. auch Geschwisterkinder, anwesende Freundinnen und Freunde bzw. Kinder aus der Schulklasse des kindlichen Notfallpatienten eine fachliche Begleitung benötigen.

Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung. Studia, Innsbruck, S. 531-539.

6. Karutz H, D'Amelio R, Pajonk FG (2012) Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen. In: NotfallmedizinUp2date 7: 121-134.
7. Karutz H, Lasogga F (2016) Kinder in Notfällen. 2. Aufl., Stumpf + Kossendey, Edewecht.
8. Landsleitner B et al. (2011) Präklinisches Atemwegsmanagement bei Kindern. Notfall Rettmed 14: 526-534.
9. Lipp M et al. (1999) Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettmed 2: 285-292.
10. Nicolai T (2007) Der Kindernotfall im Rettungsdienst. Notfall Rettmed 2: 77.
11. Richter H, Poloczek S (2003) Invasive ärztliche Maßnahmen durch Rettungsassistenten – eine kritische Betrachtung. Notarzt 19: 141-146.
12. Schleichtriemen T, Masson R, Burghofer K (2005) Pädiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin. Schwerpunkte des Einsatzspektrums im bodengebundenen Rettungsdienst und in der Luftrettung. Anaesthesist 55: 255-262.
13. Sefrin P (2009) Kindernotfälle – eine besondere Herausforderung für den Notarzt. Notarzt 25: 107-108.
14. Seligmann O (2000) Bedeutung des Ausbildungs- und Kenntnissstandes des nichtärztlichen Personals für die Versorgungsqualität im Notfallrettungsdienst. Blunk, Berlin.
15. Tegtmeyer FK, Fischer T (2010) Notfalltransporte im Kindesalter. NotfallmedizinUp2date 5: 225-239.



Wir sind auch nach dem Kauf für Sie da!
Wartung, Reparatur, Service
entsprechend MPG und MPBetreibV und BG.

FERNO®
 Transportgeräte

FERNO Transportgeräte GmbH, Gewerbering 16, 08451 Crammitschau, Telefon: 03762/7047-0, Fax: 03762/704716, service@ferno.de, www.ferno.de