



**Abb. 1:** In Notfallsituationen sollte stets ehrlich und konkret mit Kindern kommuniziert werden, unabhängig davon, ob sie selbst oder indirekt betroffen sind.

## Teil 2

# Kinder in Notfällen: Strategien für ein „kindgerechtes“ Versorgungssetting

Die Interaktion mit Kindern und ihren Angehörigen in einem Notfall ist oftmals mit Stress verbunden und emotional stark aufgeladen, sodass es angebracht ist, gezielte Kommunikationsstrategien zu entwickeln. Im zweiten Teil des Beitrages geht es nun um die Beantwortung kindlicher Fragen, effektive Ablenkungsstrategien, die Einbindung von Bezugspersonen und einige weitere Aspekte, die in pädiatrischen Notfällen aus einer psychosozialen Perspektive beachtet werden sollten (13).

## Fragen beantworten

Auf Fragen von Kindern sollte man stets so ehrlich und so konkret wie möglich antworten. Kinder haben ein sensibles Gespür dafür, ob sie belogen werden oder ob man ihnen etwas verheimlicht, sodass unehrliche Antworten nur zu einem Vertrauensverlust führen würden. Außerdem können Kinder die Wahrheit meist besser vertragen, als belogen zu werden. Die späteren psychischen Folgen eines Notfalls können bei Kindern jedenfalls „umso gravierender sein, je mehr ihnen eine ‚heile Welt‘ vorgegaukelt wird“ (3). Dies gilt für den Fall, wenn sie selbst verletzt oder akut erkrankt sind, aber auch wenn sie als indirekt Betroffene, z. B. als Zuschauer

oder Augenzeuge, eine Notfallsituation miterleben. Vor diesem Hintergrund sollen Kinder in einer Notfallsituation sogar explizit dazu aufgefordert werden, Fragen zu stellen, verbunden mit der Zusage, dass sie dann auch die entsprechenden Antworten erhalten. Wichtig ist allerdings, dass Antworten auf die jeweiligen Fragen zwar das gegebene Informationsbedürfnis stillen, aber möglichst nicht darüber hinausgehen sollen, um nicht zu überfordern. Man soll also keine Fragen beantworten, die sich ein Kind selbst noch gar nicht gestellt hat (12).

### Beispiel

Frage eines Kindes: „Was hat mein Opa denn überhaupt?“ Mögliche Antwort: „Es sieht so aus, als ob

Autor:  
**Dipl.-Päd. Prof. Dr. Harald Karutz**  
MSH Medical School  
Hamburg  
Fakultät  
Humanwissenschaften  
harald.karutz@  
medicalschoo-  
hamburg.de

das Gehirn von Deinem Opa im Augenblick nicht ausreichend durchblutet wird. Deshalb ist er vorhin auch so durcheinander gewesen. Vielleicht ist ein Blutgefäß verstopft, und deshalb kommt nicht mehr genug Blut im Gehirn an. Wir geben ihm jetzt erst einmal einige Medikamente, um seinen Zustand zu verbessern, und dann bringen wir ihn so schnell wie es geht ins Marienkrankenhaus, damit ihm dort weitergeholfen werden kann. Es ist aber eine schwere und ernste Erkrankung, die Dein Opa jetzt gerade, sehr plötzlich bekommen hat. Das möchte ich Dir ganz ehrlich sagen. Das sollst Du wissen, weil es die Wahrheit ist.“

Es ist auch denkbar, bestimmte (Detail-)Informationen erst zu einem späteren Zeitpunkt nachzutragen, wenn die Rahmenbedingungen für ein vertiefendes Gespräch günstiger sind oder z. B. eine (weitere) stabilisierende Bezugsperson dabei sein kann (16). Dies gilt allerdings nicht für die Klärung grundsätzlich relevanter Fakten wie z. B. die Information, dass Rettungsmaßnahmen erfolglos verlaufen sind und jemand gestorben ist. Eine derartige Nachricht sollte möglichst zeitnah mitgeteilt werden, um Irritationen und Verunsicherungen zu vermeiden und stattdessen relativ rasch für Klarheit zu sorgen (7). Sollte man eine konkrete Frage tatsächlich einmal – warum auch immer – nicht oder nicht sofort beantworten können, ist es wiederum unproblematisch, dies einzugestehen: Auch professionelle Helferinnen und Helfer müssen nicht auf jede Frage eine Antwort kennen (11).

## Überbringen einer Todesnachricht

Eine schwierige Aufgabe besteht darin, Kindern eine Todesnachricht mitzuteilen. Dies kann sich im rettungsdienstlichen Kontext z. B. nach einer erfolglosen Reanimation im häuslichen Umfeld ergeben, während Kinder in der Wohnung anwesend sind. Hier wird empfohlen, ausdrücklich nichts zu verschleiern oder in blumige Worte zu fassen („Papa ist auf eine sehr weite Reise gegangen“, „Papa ist heute umgezogen, er wohnt jetzt auf einer Wolke“ usw.). Besser ist es, konkret davon zu sprechen, dass jemand gestorben bzw. tot ist, also nicht mehr lebt (5). Abhängig vom Todesverständnis eines Kindes kann es auch angebracht sein zu erläutern, was das bedeutet – dass z. B. alle Körperfunktionen aufgehört haben und dass der Tod irreversibel ist. Darüber hinaus sollten immer auch einige Erklärungen zur Todesursache gegeben werden (9). Wer die Nachricht überbringt, kann nicht pauschal festgelegt werden. Es gibt einige Hinweise darauf, dass es von Vorteil sein könnte, wenn ein Kind eine derartige Information von einer vertrauten Bezugsperson

erhält (1). Sofern Angehörige eines Kindes dazu aufgrund einer eigenen starken Trauerreaktion jedoch nicht in der Lage sind, kann diese Aufgabe auch von einem Mitglied des Rettungsteams oder Personen der Psychosozialen Akuthilfe (PSAH; Notfallseelsorger, Mitglieder eines Kriseninterventionsteams) übernommen werden.

**Um ein Gespräch aufrechtzuerhalten  
und fortzuführen, bietet sich  
die Formulierung offener Fragen an.**

## Weiteres Sprechen und Zuhören

Viele – wenn auch nicht alle – Kinder und Jugendliche möchten über die bloße Beantwortung einiger Fragen hinaus ausführlicher über das Erlebte sprechen, und es gibt inzwischen auch zahlreiche empirische Belege dafür, dass dieses Sprechen tatsächlich hilfreich ist (14, 15).

Gespräche können z. B. während der Fahrt in eine Klinik dazu beitragen, das Erlebte gedanklich zu strukturieren und Anspannung zu reduzieren. Nicht zuletzt ist der Kontakt zu einem geduldigen und interessierten Gesprächspartner auch eine Erfahrung von Wertschätzung und Zuwendung. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf das von Carl Rogers entwickelte „Aktive Zuhören“ (Abb. 2) hinzuweisen. Demnach soll sich der Zuhörer vor allem bemühen, die Gefühle, Gedanken und Sichtweisen seines Gegenübers so genau wie möglich zu verstehen. Was er verstanden hat, versucht der aktiv Zuhörende dann fortlaufend z. B. durch „Du meinst ...“, „Du befürchtest also ...“ oder „Du denkst ...“ widerzuspiegeln. Als weiteres Zeichen, dass man aufmerksam zuhört, sollte man möglichst Blickkontakt halten, mit dem Kopf nicken und seine Aufmerksamkeit auch durch Worte wie „ja“, „mhm“ oder „aha“ signalisieren.

Um ein Gespräch aufrechtzuerhalten und fortzuführen, bieten sich offene Fragen an. Werden geschlossene Fragen gestellt, die lediglich mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können, ist eine

**Abb. 2:** Zentrale Komponenten des Aktiven Zuhörens nach Carl Rogers

Zuhören	Verstehen	Gefühle verstehen
<p><b>verbal:</b> Wirklich!, Aha!, Ja</p> <p><b>nonverbal:</b> Blickkontakt, Kopfnicken, vorgebeugte Haltung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis überprüfen</li> <li>• mit eigenen Worten wiederholen (Paraphrasieren)</li> <li>• Zusammenfassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle verbalisieren</li> <li>• in den anderen hineinversetzen</li> <li>• Wünsche herausheören</li> </ul>



**Abb. 3:** Ablenkungsversuche können sich im Einzelfall als hilfreich erweisen. Sie sind aber kein „Patentrezept“ für alle Notfallsituationen.

Konversation meist rasch beendet. Günstig ist es außerdem, Gespräche mit Kindern in einem Notfall auf positive Aspekte wie z. B. die erfolgte Hilfeleistung, eigene Ressourcen oder allgemeine Themen zu fokussieren.

**Beispiel**

„Auf welche Schule gehst Du denn eigentlich?“, „Was machst Du denn am liebsten in Deiner Freizeit?“, „Was ist eigentlich Dein Lieblingsspiel?“, „Was hast Du sonst immer getan, wenn Du schon einmal traurig gewesen bist?“

**Abb. 4:** Kinder in Notfallsituationen sollten möglichst nicht festgehalten werden. Anstelle dessen sollte ihnen verständlich gemacht werden, warum sie sich nicht bewegen dürfen.



**Für Ablenkung sorgen**

In einigen Notfallsituationen können auch Ablenkungen angebracht sein. Ein verletztes oder erkranktes Kind kann z. B. dazu aufgefordert werden ...

- 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.

Im Rettungsdienst ist auch das Aufpusten eines Infektionsschutzhandschuhs beliebt, auf den man noch ein Gesicht malen kann. Zudem könnte es hilfreich sein, ein geeignetes Video auf einem Smartphone oder Tablet zu zeigen, z. B. einzelne Folgen einer Kindersendung, die über eine Mediathek online abrufbar sind. Solche Ablenkungsversuche sind jedoch kein Allheilmittel und können u. U. auch eine problematische Wirkung entfalten: Zwar können Kinder durch Ablenkung Distanz zu einem Notfall gewinnen und sich wieder stabilisieren, sie können diese Versuche aber auch durchschauen und sich durch sie nicht ernst genommen fühlen.

**Beispiel**

„Wir müssen jetzt noch fünf Minuten warten. Kennst Du ein Spiel, das wir so lange spielen könnten?“ Oder: „Wir können im Augenblick nur abwarten. Möchtest Du erst einmal etwas trinken?“

Besonders günstig ist es, wenn ein Kind sich mit einer frei gewählten Aktivität selbst beschäftigt oder wenn man den Ablenkungscharakter einer Maßnahme ganz offen eingesteht. Ein verletztes Kind kann ggf. aufgefordert werden, laut bis zu einer bestimmten Zahl zu zählen oder während der Durchführung einer medizinischen Prozedur die Hand einer HelferIn oder eines Helfers so fest zu drücken, wie es selbst Schmerzen empfindet. Dies erfordert ein gewisses Maß an Konzentration, sodass das betroffene Kind abgelenkt ist. Auch eine solche Ablenkung wirkt allerdings nicht immer, und ihr Effekt sollte in Notfällen auch nicht überschätzt werden (7).

**Auf Humor verzichten**

Auf vermeintliche „Späße“ und „Erheiterungen“ sollte man verzichten, weil vor allem jüngere Kinder den Humor von Erwachsenen nicht immer richtig interpretieren können (17). Erst ab einem Alter von acht bis zehn Jahren wird Ironie verstanden, sodass bestimmte Aussagen u. U. sehr stark irritieren (2).

Manches, von dem Erwachsene annehmen, dass Kinder es lustig fänden, empfinden diese auch eher albern, deplatziert oder peinlich. Wenn überhaupt, sollte Humor daher von einem Kind selbst initiiert werden. Darauf können Erwachsene dann in einer angemessenen Weise (z. B. schmunzelnd oder bestärkend) reagieren.

### Bei Bedarf entlastende Korrekturen vornehmen

Manche Überlegungen und Vorstellungen von Kindern zu einem Notfallgeschehen oder Behandlungsprozeduren sind aus Erwachsenensicht unlogisch und kaum nachzuvollziehen. Sachlich unzutreffende und unnötige Befürchtungen, die lediglich für eine zusätzliche Belastung sorgen, sollten behutsam korrigiert werden. Dabei kann die „Amtsautorität“ uniformierter Einsatzkräfte hilfreich sein (7).

#### Beispiel

Ein Kind äußert nach der erfolglosen Reanimation des Großvaters sachlich unbegründete Schuldgefühle und meint: „Opa ist wegen mir gestorben. Ich habe ihn so geärgert, dass er umgefallen ist. Und jetzt muss ich ins Gefängnis!“ Darauf könnte eine Erwiderung lauten: „Schau mich mal an. An meiner Uniform siehst Du, dass ich ein richtiger Experte bin. Dann will ich Dir etwas ganz Wichtiges sagen: Dein Opa ist ganz plötzlich sehr schwer krank geworden. Und für diese Krankheit kannst Du nichts. Da bin ich mir ganz sicher.“ Man könnte hier ggf. auch weitere Informationen zu Ursachen eines Notfallgeschehens anfügen – je nachdem, wie viele Informationen erforderlich sind, um eine unzutreffende Erklärung abzulösen und je nachdem, wie viele Informationen ein Kind in der Akutsituation überhaupt aufnehmen kann.

### Möglichst nicht festhalten

Weil Bewegungseinschränkungen generell unangenehm sind und Ohnmachtsgefühle dadurch verstärkt werden könnten, sollten Kinder in einer Notfallsituation möglichst nicht festgehalten werden. Besser ist es, einem Kind zu erklären, aus welchen Gründen es sich im Moment nicht bewegen darf. Entsprechende Erläuterungen sind aber nur hilfreich, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht; nicht immer kann eine kurzzeitige Fixierung vermieden werden. Diese Einschränkung kann jedoch auch zur weiteren Zunahme von Angst und Aufregung führen, was den Bewegungsdrang bzw. Abwehrbewegungen unter Umständen noch verstärkt (5).

### Hilfreiches Verhalten loben

Zeigen Kinder erwünschte Verhaltensweisen, sollten sie dafür gelobt werden. Dadurch lernen sie, dass sie selbst etwas zur Überwindung einer schwierigen Situation beitragen können; ihr Selbstwirksamkeitserleben wird nochmals gestärkt. In vielen Krankenhäusern und auch bei einigen Rettungsdiensten bekommen Kinder z. B. einen Aufkleber oder eine Anstecknadel als „Orden“ geschenkt, um sie für hilfreiches Verhalten auszuzeichnen. Oftmals bereiten solche Aufmerksamkeiten zumindest eine kleine Freude und machen auch etwas stolz.

### Bezugspersonen einbeziehen

Die Anwesenheit einer vertrauten Bezugsperson vermittelt Kindern in einem Notfall Sicherheit und Geborgenheit. Bei jüngeren Kindern sollten daher – wenn es irgendwie möglich ist – vor allem die Eltern in die notfallmedizinische Versorgung einbezogen werden (8, 6). Bei Jugendlichen kann – wenn das verletzte oder erkrankte Kind dies ausdrücklich wünscht – evtl. auch ein enger anwesender Freund oder eine Freundin dabeibleiben und den Transport in die Klinik begleiten.

 <p><b>12. – 14.10.2023</b> <b>MESSE DRESDEN</b></p>  <p><b>112</b> <b>AG FReDi</b> Tickets hier!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Teilnahmegebühr 20 € (inkl. Messebesuch)</li> <li>◆ Fortbildungsnachweis für Teilnehmer (Fortbildungsnummer unter <a href="http://www.messe-florian.de/ft-rettungsdienst">www.messe-florian.de/ft-rettungsdienst</a>)</li> <li>◆ 6 Fortbildungspunkte Landesärztekammer</li> <li>◆ 8 h Rettungsdienstfortbildung für die Mitarbeitenden der Dresdner Rettungsdienste</li> </ul> <p>ORTEC · <a href="http://www.aescutec.de">www.aescutec.de</a></p>	<p><b>Programm 14.10.</b> <b>4. Fachtagung Rettungsdienst</b></p> <p><small>Änderung vorbehalten!</small></p> <p><b>Moderation:</b> Michael Storz (Berufsfeuerwehr München) und Sven Botta (Berufsfeuerwehr Dresden)</p> <p><b>09:40</b> „HWS-Orthese, quo vadis?“ Dr. med. Christian Maschmann, Notfallzentrum Kantonsspital St. Gallen</p> <p><b>10:30</b> „Alptraum: kindliches Polytrauma – Strategien zur präklinischen Versorgung“ Dr. med. Katrin Fritzsche, Oberlausitz Klinikum Bautzen, Chefärztin Anästhesie/Intensivmedizin</p> <p><b>11:20</b> E-CPR bei Traumapatienten? Chancen und Grenzen ... Prof. Dr. med. Peter Spieth, Uniklinik Dresden</p> <p><b>13:00</b> „Zusammen im Einsatz! CRM für Alle?“ Dr. med. Marcus Rall, Institut für Patientensicherheit und Teamtraining</p> <p><b>13:35</b> „Eingeklemmt ... Was nun?“ Aktuelles zur med. technischen Rettung Dr. med. Frank Mieck, DRF Luftrettung; Axel Jilek, OrgL und Notfallsanitäter</p> <p><b>14:10</b> „Der kritische Patient im RTH“ – Grenzen der Luftrettung Dr. Arne Fleischhacker, ADAC Luftrettung</p> <p><b>15:10</b> „Von der Straße in die Klinik – Schnittstelle Schockraum“ Dr. med. Mark Frank, Städtisches Klinikum Dresden</p>
--	---

Aufregung von Kindern und ihren Eltern kann sich auch wechselseitig hochschaukeln, was für Einsatzkräfte ein zusätzlicher Belastungsfaktor ist. Mitunter berichten Rettungsdienstmitarbeitende sogar davon, dass ein zunächst schreiendes und weinendes Kind sofort still gewesen sei, nachdem die ebenfalls sehr emotional reagierenden Eltern einfach des Raumes verwiesen worden seien. Dennoch sollten Eltern nicht pauschal weggeschickt werden: Dass ein Kind aufhört zu weinen und zu schreien, ist möglicherweise kein Zeichen der Beruhigung, sondern es könnte auch ein Indiz dafür sein, dass seine Angst – ohne die schützenden Eltern um sich zu wissen – nun derart zugenommen hat, dass es sich noch nicht einmal mehr traut zu weinen.

Eltern kann wiederum eine einfache Aufgabe übertragen werden, um sie zu beschäftigen und ihnen das Gefühl zu vermitteln, auch selbst mitgeholfen zu haben. Sie können z. B. die Hand ihres Kindes oder eine Infusion halten. Sie können auch gebeten werden, die Fülldruckanzeige der Sauerstoffflasche im Auge zu behalten und Bescheid zu sagen, wenn ein bestimmter Wert unterschritten wird (3, 6, 8).

Die sogenannte Realitätsprüfung ist für Eltern von großer Bedeutung, insbesondere weil auf diese Weise verfolgt werden kann, wie intensiv und engagiert sich ein Rettungsteam darum bemüht, ihrem Kind zu helfen. Nur wenn das Verhalten von Eltern die medizinische Versorgung beeinträchtigt bzw. ein Rettungsteam nicht mehr effektiv arbeiten kann, sollten sie freundlich, aber bestimmt gebeten werden, in einem Nebenraum oder in einiger Distanz zu warten.

### Beispiel

„Ich kann Ihre Aufregung sehr gut verstehen. Es ist auch wirklich eine ernste Situation. Aber bitte gehen Sie jetzt für einen Augenblick nach nebenan. Wir brauchen hier dringend Platz und Ruhe, um Ihrem Kind zu helfen. Ich verspreche Ihnen: In zehn Minuten komme ich zu Ihnen und halte Sie auf dem Laufenden. Ich erkläre Ihnen dann auch ganz genau, was wir hier alles unternommen haben.“

Keinesfalls dürfen Eltern Vorwürfe gemacht werden: Weder ein tatsächliches Fehlverhalten wie z. B. eine Verletzung ihrer Aufsichts- oder Sorgfaltspflicht, die womöglich zu einem Einsatz geführt hat, noch unbedachte Äußerungen gegenüber den Rettungskräften dürfen dazu verleiten, dass sich eine Notfallsituation emotional zusätzlich aufschaukelt. Sofern Eltern Rettungspersonal beschimpfen („Warum haben sie so lange gebraucht, bis Sie hier gewesen sind?“), sollte man dies z. B. nicht als per-

sönlichen Angriff, sondern zunächst einmal als Ausdruck eines extremen Stresszustandes werten und unbedingt Ruhe bewahren (6, 8).

Auch wenn es tatsächlich zu einem Unglück gekommen ist, weil Eltern nicht aufgepasst oder sich – wie auch immer – nicht „korrekt“ verhalten haben, verbietet sich in der Notfallsituation jede Schuldzuweisung und Kritik. Die juristische Klärung von Schuld- und Verantwortungsfragen ist in Deutschland Aufgabe von Polizei und Justiz. Eine moralische Bewertung bzw. Beurteilung elterlichen Handelns („Wie kann man nur so unaufmerksam sein?“) ändert nichts an der momentanen Situation, sondern dient allenfalls der Affektabfuhr des Rettungsteams – die auf eine solche Art und Weise jedoch unangebracht und auch unprofessionell sein würde.

Wenn ein direkter Kontakt zu den gewünschten Bezugspersonen eines Kindes nicht sofort möglich ist, kann in bestimmten Notfallsituationen auch ein Anruf hilfreich sein. Die vertraute Stimme eines nahestehenden Menschen zu hören und zumindest telefonisch mit demjenigen zu sprechen, kann bereits zu einer Beruhigung beitragen (4). Sofern ein Kind jedoch selbst sehr aufgeregt oder verängstigt ist, sehr deutlich Schmerzen äußert und dies wiederum die angerufenen Bezugspersonen beunruhigen könnte, sollte ein Mitglied des Rettungsteams vor dem Gesprächsbeginn kurz selbst mit ihnen sprechen, ggf. auch nochmals am Ende der Unterhaltung, um für Beruhigung zu sorgen.

Auf jeden Fall muss sehr sorgfältig abgewogen werden, ob eine telefonische Benachrichtigung von Eltern überhaupt verantwortet werden kann oder ob es besser ist, Eltern persönlich aufzusuchen und über eine Notfallsituation zu informieren. Diese Aufgabe sollte dann selbstverständlich von Psychosozialen Akuthelferinnen und -helfern übernommen werden und ist auf jeden Fall zwingend angebracht, wenn ein Kind schwerer verletzt worden ist bzw. eine ernste, akute Erkrankung vorliegt.

### Psychosoziale Notfallversorgung

Personen der Psychosozialen Akuthilfe (PSAH; Notfallseelsorger und Mitglieder von Kriseninterventionsteams), die zu einem Kindernotfall hinzugerufen werden, haben mehr Zeit zur Verfügung und besitzen aufgrund ihrer Ausbildung auch ein erweitertes Handlungsrepertoire. Sie können psychosoziale Bedarfe und Bedürfnisse von Betroffenen systematisch identifizieren, Sicherheit vermitteln, das Selbstwirksamkeitserleben der Angehörigen stärken und weiterführende, hilfreiche Informationen vermitteln. Zur sogenannten Psychoedukation gehören z. B. die Vermittlung von Strategien für den Umgang mit

Intrusionen, Hyperarousal, kreisenden Gedanken und anderen Symptomen einer akuten Belastungsreaktion. Dabei kann auf verschiedene Distanzierungstechniken und vor allem auf eine Vielzahl von Erklärungsmodellen zurückgegriffen werden, die dabei helfen können, das Erlebte verständlich zu machen und konstruktiv damit umzugehen.

**Auch die Fähigkeit, mit diesen Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, muss in Schulungen und praktischen Trainings erarbeitet und eingeübt werden.**

In Einsatzsituationen, bei denen ein Kind betroffen ist, wird seitens der Psychosozialen Akuthilfe üblicherweise ein systemischer Ansatz verfolgt, d. h. auch Geschwisterkindern, anwesenden Freundinnen und Freunden sowie den erwachsenen Bezugspersonen eines Kindes wird Unterstützung angeboten. Um eine bruchfreie und lückenlose psychosoziale Versorgungskette zu initiieren, sollte die Alarmierung der PSAH jedoch gerade bei einem Kindernotfall stets möglichst frühzeitig erfolgen.

## Abschließende Hinweise

In diesem Beitrag sollte deutlich geworden sein, dass Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen in Notfallsituationen durchaus erlernt werden kann, wenn man bestimmte Grundsätze und Regeln beachtet. Dennoch ist der psychologisch angemessene Umgang mit ihnen in der Einsatzpraxis keineswegs selbstverständlich. Auch die Fähigkeit, mit diesen Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, muss in Schulungen und praktischen Trainings erarbeitet und eingeübt werden. Rettungsfachkräften allein zu empfehlen, dass die Kommunikation pädiatrischen Notfallpatientinnen und -patienten gegenüber „kindgerecht“ sein soll, hilft wenig weiter. Vielmehr bedarf es hierzu entwicklungspsychologisch begründeter Konkretisierungen und Operationalisierungen. ☉

### Literatur:

1. Fegert AK, Karutz H (2019) Psychosoziale Notfallversorgung nach dem Tod eines Elternteils. Leitlinien für den Umgang mit betroffenen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 68: 170-181.
2. Haug-Schnabel G (2012) Umgang mit Ironie. In: DGUV Kinder, Kinder 4: 8-10.
3. Hausmann C (2021) Interventionen der Notfallpsychologie. Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert. Facultas, Wien.
4. Karutz H, Armgart C (2015) Psychosoziales Einsatzmanagement nach einem schweren Schulbusunfall. Der Notarzt 31: 82-92.
5. Karutz H, Lasogga F (2016) Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge. 2. Aufl., Stumpf + Kossendey, Edewecht.
6. Karutz H (2014) Die Psychologie der präklinischen Kinderreanimation. Wie verhalten Sie sich angemessen? Der Notarzt 30: 246-252
7. Karutz H (2022) Kinder und Jugendliche. In: Nikendei A (Hrsg.) Rettungsdienst-Praxisbuch Kommunikation. Verstehen und Verstärken. Stumpf + Kossendey, Edewecht, S. 68-86.
8. Karutz H, D'Amelio R, Pajonk FG (2012) Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen. Notfallmedizin Update 7: 121-134.

9. Kern T, Rinder N, Rauch F (2017) Wie Kinder trauern. Ein Buch zum Verstehen und Begleiten. Kösel, München.
10. Kiegelmann M (2010) Sprachentwicklungspsychologische Voraussetzungen von Kindern und Jugendlichen und deren Konsequenzen für die Kompetenzen von Befragenden. In: Walther E, Preckel F, Mecklenbräuer S (Hrsg.) Befragung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder. Hogrefe, Göttingen.
11. Meili-Lehner D (2005) Wir müssen nicht alle Antworten wissen. Hilfen für den Umgang mit Todesfällen in der eigenen Klasse. Pädagogik 4: 16-21.
12. Nikendei A (2017) Psychosoziale Notfallversorgung. Praxisbuch Krisenintervention. 2., vollständig überarb. u. erg. Aufl. Stumpf + Kossendey, Edewecht.
13. Nikendei A (Hrsg.) (2022) Rettungsdienst-Praxisbuch Kommunikation. Verstehen und Verstärken. Stumpf + Kossendey, Edewecht.
14. Salmon K, Bryant RA (2002) Posttraumatic Stress Disorder in Children: The Influence of Developmental Factors. Clinical Psychology Review 22: 213-216.
15. Stallard P, Velleman R, Baldwin S (2001) Recovery from Post-Traumatic Stress Disorder in Children following Road Traffic Accidents: the Role of Talking and Feeling Understood. Journal of Community & Applied Social Psychology 11: 37-41.
16. Wiemann I, Lattschar B (2019) Schwierige Lebensthemen für Kinder in leicht verständliche Worte fassen. Schreibwerkstatt Biografiearbeit. Beltz Juventa, Weinheim.
17. Wiemann I (2006) Wieviel Wahrheit braucht mein Kind? 3. Aufl., Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

### Der Autor



#### Prof. Dr. Harald Karutz

ist Diplom-Pädagoge, Notfallsanitäter und Notfallseelsorger. An der MSH Medical School Hamburg ist er Professor für Psychosoziales Krisenmanagement, und er leitet dort auch das Institute for Psychosocial Crisis Management (IPCM).



Leistung, die sich auszahlt.



**Zeit für mehr Durchblick  
bei der Abrechnung.**

Einfach mal zurücklehnen – wenn es um Ihre Abrechnung geht. Denn wir übernehmen die vollständige Abrechnung – gesetzeskonform, schnell und unkompliziert. Den Zeitpunkt der Auszahlung bestimmen Sie dabei selbst. Auch Express-Zahlungen sind möglich.

Wir machen Ihnen gerne ein maßgeschneidertes Angebot.

**Jetzt QR-Code scannen**  
und Kontakt aufnehmen



RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH  
Am Schornacker 32  
46485 Wesel  
[www.rzh.de](http://www.rzh.de)