



Abb. 1: Das Notfall-erleben von Kindern erfordert eine besondere Sensibilität des gesamten Rettungsteams.

Teil 1

Kinder in Notfällen: Empfehlungen für eine „kindgerechte“ Kommunikation

Zu einer professionellen Versorgung pädiatrischer Notfallpatientinnen und -patienten gehört – so kann es in zahlreichen Publikationen nachgelesen werden – immer auch eine „kindgerechte“ Kommunikation. Doch was bedeutet eigentlich „kindgerecht“? Wie tatsächlich mit Kindern in einer Notfallsituation kommuniziert werden kann, soll im ersten Teil des Beitrags konkretisiert und anhand einiger Beispiele deutlich gemacht werden (13).

Die Wortwahl und die Art der Informationsvermittlung in einer pädiatrischen Notfall- oder Behandlungssituation sollen allgemein „dem Alter des Kindes entsprechen“. Was genau mit dieser pauschalen Empfehlung eigentlich gemeint ist und welche Formulierungen denn tatsächlich „kindgerecht“ sind, kann jedoch sehr unterschiedlich interpretiert werden. Mitunter erscheint das Adjektiv „kindgerecht“ daher wie eine Worthülse, hinter der sich alles Mögliche verbergen kann: Einerseits wird so etwas wie „Babysprache“ mit zahlreichen Verniedlichungen und blumigen Umschreibungen als „kindgerecht“ betrachtet. Andererseits wird hin und wieder empfohlen, Kinder doch unbedingt „ernst zu nehmen“ – und deshalb ganz bewusst auf sprachliche

Vereinfachungen zu verzichten. Viele Erwachsene verändern, wenn sie mit Kindern sprechen, auch mehr oder weniger unbewusst ihre Stimmführung, ihre Sprechgeschwindigkeit und die Betonung einzelner Worte. Und einige empfinden v. a. „Lustiges“ und „Witziges“ als „kindgerecht“. Daher ist eine genauere Betrachtung des Themas angebracht.

Entwicklungspsychologische Aspekte

Unmittelbar in einer Notfallsituation kann keine entwicklungspsychologische Diagnostik vorgenommen werden. Dennoch sollte auf einige grundsätzliche Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen Rücksicht genommen werden: Das Notfallere-

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

ben von Kindern sowie ihre Art der Wahrnehmung und des Denkens erfordern eine besondere Sensibilität des gesamten Rettungsteams (9).

Je jünger Kinder sind, umso weniger Wissen und Verständnis wird bei ihnen z. B. über Organfunktionen, Notfall- bzw. Krankheitsursachen und Behandlungskonzepte vorhanden sein. Mitunter fehlt aber nicht nur Wissen, sondern Kinder gehen von sachlich unzutreffenden Vorstellungen und Fantasien aus. Die Schwere von Verletzungen und Erkrankungen kann sowohl über- als auch unterschätzt werden. Geringe Blutverluste werden unter Umständen als sehr bedrohlich empfunden, während eine Gefährdung durch innere, von außen eben nicht sichtbare Verletzungen unerkannt bleibt. Das kindliche Denken ist stark wahrnehmungsbezogen, sodass z. B. Haut und Haare manchmal als lebenswichtige Organe betrachtet werden. Andere Organe und Körperfunktionen, die nicht wahrnehmbar sind, werden als weniger bedeutsam eingeschätzt (12).

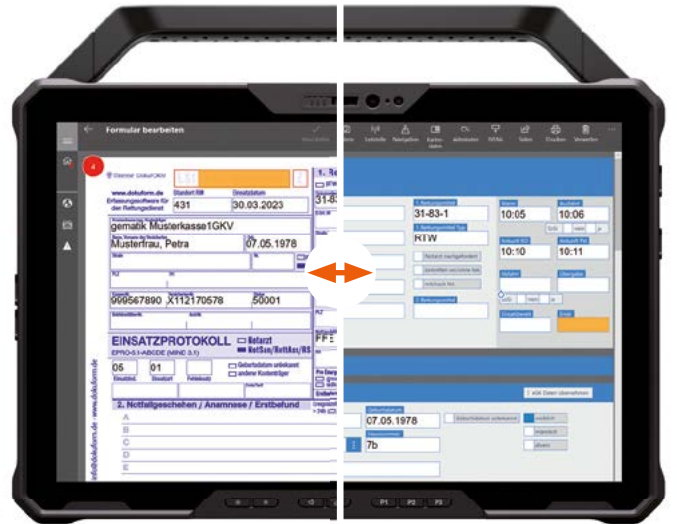
Zu beachten ist, dass es in einer pädiatrischen Notfallsituation nicht nur auf die Wortwahl und einzelne Formulierungen ankommt, sondern auf das Kommunikationsverhalten insgesamt.

Oftmals werden im Hinblick auf Krankheits- und Unfallursachen magisch-mystische Erklärungsansätze herangezogen, die ihrerseits mit zusätzlichen Belastungen verbunden sein können. Hinzu kommt, dass Kinder Geschehenes häufig mit sich selbst in Verbindung bringen bzw. auf sich selbst beziehen. Daraus können Schuldgefühle resultieren, obwohl es dazu – objektiv betrachtet – überhaupt keine Veranlassung gibt. Manche Kinder fürchten sich im Kontext einer Notfallsituation auch sehr davor, für ein vermeintliches Fehlverhalten bestraft zu werden. Insgesamt sind Ängste, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle stärker als bei Erwachsenen und auch ihr Verhalten (z. B. Schreien, Weinen) ist in einem Notfall meist viel affektiver geprägt (12).

Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich ausschließlich auf die präklinische (medizinische) Notfallversorgung. Sie wurden so formuliert, dass sie für Kinder aus sämtlichen Altersstufen geeignet und auch unter den besonderen Rahmenbedingungen einer Notfallsituation, z. B. einem besonderen Zeit- und Handlungsdruck, anwendbar sind. Selbstverständlich sind damit eine gewisse Pauschalisierung und Vereinfachung verbunden. Je länger und intensiver miteinander kommuniziert wird, umso mehr ist eine altersspezifische Diffe-

Retten einfach dokumentieren



Besuchen Sie uns vom 10.-12. Mai auf der
RETTMOBIL 2023 in Fulda:
Halle C, Stand 910

Sie haben die Wahl

Sie bevorzugen Ihr klassisches DIVI-Protokoll? Oder doch lieber die Tablet-optimierte Erfassungsmaske? DIVIDOK mobil ermöglicht eine beispiellose Individualisierung der Dokumentation.

Durch umfassende Schnittstellen sowie Informations-, Analyse- und Reportingmodule oder das optionale Abrechnungsmodul wird DIVIDOK zur Komplettlösung.

Auch für die Datenübergabe und Patientenvoranmeldung an Kliniken können wir die Digitalisierung Ihres Versorgungsbereichs optimieren.

Erfahren Sie mehr über die Möglichkeiten von DIVIDOK mobil:
www.dividok-mobil.de

Thieme DokuFORM GmbH
Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck
Telefon: 04 51 / 9 89 94 84-0
E-Mail: info@dokuform.de



Abb. 2: Das Notfallgeschehen und das Innere eines RTW können beängstigend auf die kleinen Notfallpatientinnen und -patienten wirken.

renzung erforderlich (5, 6). In Gesprächen über einen Suizid, Todesursachen, Tod und Sterben sowie im Hinblick auf tiefergehende Erklärungsansätze zu Gewalttätigkeiten wird dies v. a. von Psychosozialen Akuthelferinnen und Akuthelfern zu beachten sein. Die vorliegenden Ausführungen richten sich vorrangig jedoch an das Rettungsfachpersonal.

Grundsätzliches → Auch in einem pädiatrischen Notfall gilt zunächst einmal das, was gelingende Kommunikation auch in anderen Situationen kennzeichnet. Dazu gehört, in einer angemessenen Lautstärke zu sprechen, sich um Verständlichkeit zu bemühen, seinem Gegenüber geduldig und aufmerksam zuzuhören, äußere Störeinflüsse angemessen zu berücksichtigen sowie Gestik und Mimik bewusst und gezielt einzusetzen. Zahlreiche Theorien und Modelle helfen dabei, das eigene Kommunikationsverhalten zu reflektieren und die Entstehung von Missverständnissen zu vermeiden (15).

Kindern gegenüber empfiehlt es sich, ruhig und langsam, mit einer etwas tiefer modulierten und keinesfalls zu lauten Stimme zu sprechen. Das eigene Kommunikationsverhalten bringt zum Ausdruck, ob und inwiefern man selbst z. B. aufgeregt oder gestresst ist, was sich im ungünstigsten Fall auf andere Anwesende übertragen und zu problematischen Eskalationsmechanismen beitragen kann.

Zu beachten ist, dass es in einer pädiatrischen Notfallsituation nicht nur auf die Wortwahl und einzelne Formulierungen ankommt, sondern auf das Kommunikationsverhalten insgesamt. Insbesondere wirkt sich aus, wie viele Personen anwesend sind und wie diese sich im Raum verhalten (Proxemik). Viele (fremde) Menschen, schnelle, abrupte Bewegungen und besonders rasche Annäherungen

können z. B. erschrecken und Angst erzeugen. Außerdem bewirkt die Art der Interaktion aller Anwesenden eine bestimmte Atmosphäre, die das kindliche Erleben des Geschehens prägt. Je weniger ein Kind versteht und kognitiv einordnen kann, umso sensibler wird das Notfallgeschehen empfunden. Auch die Gestaltung des Innern eines Rettungswagens und dort sichtbare Gerätschaften erzeugen eine bestimmte Wirkung. Farblich gestaltete oder mit Kindermotiven bemalte Behandlungsräume von Einsatzfahrzeugen gibt es in diversen Ländern durchaus, in Deutschland – auch systembedingt – jedoch kaum; spezielle Kinder-RTW werden nur sehr vereinzelt vorgehalten.

Kontakt aufnehmen, Sicherheit vermitteln →

Eine wichtige Aufgabe des Rettungsfachpersonals besteht darin, Angst zu reduzieren und Sicherheit zu vermitteln. Aus diesem Grund kommt der Kontaktaufnahme eine besondere Bedeutung zu; zumal der erste Eindruck („First-Impression- bzw. Primacy-Effekt“) zählt. Hier ist es wichtig, sich zu einem Kind herunterzubeugen, möglichst Blickkontakt aufzunehmen, sich vorzustellen und ggf. nach dem Namen zu fragen bzw. – wenn man diesen bereits genannt bekommen hat – ein Kind damit anzusprechen. Betont werden sollte, dass man gekommen ist, um zu helfen. Eine solche Aussage sollte ggf. auch mehrfach wiederholt werden, weil sie durch die Aufregung unter Umständen nicht sofort realisiert werden kann und weil zumindest jüngere Kinder die Absichten fremder Personen nicht immer gleich erkennen (9).

Aversives Verhalten eines Kindes sollte man daher nicht persönlich nehmen.

Selbstverständlich hilft auch eine wärmende Decke oder ein Kuscheltier dabei, Sicherheit zu vermitteln. Außerdem sollte im Umfeld des betroffenen Kindes nach Möglichkeit für Ruhe und Schutz vor äußeren Zusatzbelastungen (Zuschauer, Witterungseinflüsse, Lärm) gesorgt werden. Diese Forderung gilt in gleicher Weise aber auch für jede andere Notfallsituation.

Körperlicher Kontakt kann einerseits beruhigen, wenn ein Kind explizit Nähe sucht, etwa durch Festhalten oder Anklammern. Körperkontakt, der von einer Rettungsfachkraft initiiert wird, kann andererseits aber auch als übergriffig erlebt werden und erst recht verängstigen. Deshalb muss mit größter Achtsamkeit und sehr behutsam vorgegangen werden. Das Halten der Hand des Kindes ist z. B. legitim, aber auch eine vorsichtige Berührung an Arm oder Schulter, sofern keine ablehnenden oder abwehren-

Lesetipp:

RD-Praxisbuch Kommunikation



Art.-Nr. 522B1
€ 34,90



Wir bewegen mehr, als du denkst.

Rettungsdienst

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Rotkreuzgemeinschaften

Führungs- und Leitungskräftequalifizierung

Breitenausbildung

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Betrieblicher Sanitätsdienst

Aus-, Fort- und Weiterbildung

www.bildungsinstitut-rlp.drk.de



Abb. 3: Körperlicher Kontakt kann ein Mittel zur Beruhigung sein, jedoch sollte er vorsichtig eingesetzt werden.

den Signale zu erkennen sind. Wenn man unsicher ist, ob ein Kind mit der Berührung einverstanden ist, kann das ganz offen angesprochen werden.

Beispiel

*„Ich halte Deine Hand, damit Du merkst,
dass Du nicht alleine bist.
Ist das in Ordnung für Dich?
Oder soll ich lieber loslassen?
Du kannst ganz ehrlich sagen,
wie Du es möchtest, okay?“*

Grundsätzlich ist es zu empfehlen, dass eher die vertrauten Bezugspersonen von kindlichen Notfallpatientinnen und -patienten für Berührungen (streicheln, halten, in den Arm nehmen, kuscheln) sorgen: Im Kontext von Klinikaufhalten konnte empirisch belegt werden, dass eine solche körperliche Nähe signifikant dazu beiträgt, die Ausschüt-

Abb. 4: Körperliche Nähe von vertrauten Bezugspersonen kann das Stresslevel bei Kindern senken.



zung von Stresshormonen zu reduzieren und das Wohlbefinden zu erhöhen (14).

Hilfsmittel für die Diagnostik nutzen → Die Diagnostik bzw. Anamneseerhebung stellt bei pädiatrischen Notfällen eine besondere Herausforderung dar. Kinder können Symptome oftmals noch nicht so detailliert beschreiben wie Erwachsene. Kleinere Kinder haben auch noch kein ausdifferenziertes Körperbewusstsein, sodass Schmerzen manchmal pauschal auf den Bauch projiziert werden (11). Fragen einer fremden Person beantworten zu sollen und von ihr womöglich sogar untersucht zu werden, wird als unangenehm und verängstigend erlebt. Zudem können Verständnisschwierigkeiten auftreten, die sich aus dem Stand der kindlichen Sprachentwicklung ergeben.

Aversives Verhalten eines Kindes sollte man daher nicht persönlich nehmen. Es resultiert aus dem erheblichen Stress bzw. dem psychischen Ausnahmezustand, in dem es sich befindet. Geeignete Materialien wie z. B. eine Smiley-Analog-Skala mit unterschiedlichen Gesichtern (1, 10) (Abb. 4), „Emotionskarten“ (2, 3) oder Bilder, auf die ein Kind tippen kann, um bestimmte Symptome anzugeben (z. B. TipDoc®), können diagnostische Bemühungen unterstützen – gerade auch bei zusätzlich vorhandenen Sprachbarrieren. Es wäre wünschenswert, solche Materialien auch in Rettungswagen mitzuführen.

Verständlich informieren → Nahezu immer verursachen Notfälle ein starkes Informationsbedürfnis. Kinder benötigen Angaben, um sich zu orientieren und das Geschehene zu verstehen. Mitunter wissen sie in einem Notfall überhaupt nicht, „wie ihnen geschieht“. Die Vermittlung von Informationen ist deshalb von besonderer Bedeutung. Sie trägt nicht nur dazu bei, Fakten zu klären, Unklarheiten zu reduzieren und Gewissheit zu geben. Sie wirkt insbesondere auch der Entstehung belastender Fantasien entgegen (17). Angesprochen werden sollte auf jeden Fall, was eigentlich passiert ist, welche Maßnahmen nun durchgeführt werden und wie es weitergeht.

Die Wortwahl sollte bei der Vermittlung von Informationen an Kinder möglichst einfach, konkret und eindeutig bzw. unmissverständlich sein. Kurze, klare Aussagesätze sind verständlicher als komplizierte grammatikalische Konstruktionen. Gleichwohl ist „Babysprache“ unangebracht. Auch Metaphern, Verschleierungen und Bagatellisierungen sind zwar möglicherweise gut gemeint, aber letztlich nicht hilfreich.

Fachbegriffe sollten in der Kommunikation mit Kindern vermieden werden; es sei denn, sie wer-

den extra erläutert. Bei älteren Kindern kann die bewusste Verwendung einzelner Termini sogar zweckmäßig sein, weil auf diese Weise signalisiert wird, dass man Jugendliche ernst nimmt und ihnen zutraut, die fachsprachlichen Formulierungen zu verstehen (9).

Beispiel

„Du hast einen Verkehrsunfall gehabt.
Dein Arm ist gebrochen, und Du hast eine
Verletzung an Deinem rechten Bein.
Darum kümmern wir uns jetzt.
Wir geben Dir auch gleich ein Medikament
gegen die Schmerzen.“

Informationen dosieren → Generell ist die Menge der Informationen zu begrenzen, d. h. Kinder dürfen nicht „zugetextet“ werden. Zu viele Informationen können von Kindern, insbesondere wenn sie sehr aufgeregt sind, nicht mehr aufgenommen werden und führen dann zu einer Überforderung bzw. zu einer Belastungsverstärkung. Aus diesem Grund empfiehlt es sich auch, Informationen nicht in einem einzelnen, relativ langen und ununterbrochenen Gespräch mitzuteilen, sondern wohl dosiert, in

„kleinen Portionen“: Viele Kinder benötigen immer wieder Pausen, um Informationen in einer Notfallsituation überhaupt verarbeiten zu können.

Auf Maßnahmen vorbereiten → Sofern die medizinische Lagebeurteilung es zulässt, sollte man verletzte oder erkrankte Kinder und Jugendliche auf bevorstehende Behandlungsprozeduren vorbereiten. So kann Vertrauen gewonnen und eine bessere Mitarbeit erreicht werden (8, 16). Bewährt hat sich dabei eine Kombination von empfindungs- und eingriffsbezogenen Informationen (7):

- Dem Kind sollte mitgeteilt werden, um was für eine Art der Maßnahme es sich handelt und welche Person die Maßnahme durchführt.
- Ängste des Kindes sollten thematisiert werden.
- Ergänzend sollte dem Kind gesagt werden, wie es sich dabei verhalten soll.

Bei jüngeren Kindern sollten darüber hinaus folgende Punkte beachtet werden (nach [7]):

- sich darauf einstellen, dass sich das Kind wehren könnte
- das Kind erst kurz vor der Maßnahme vorbereiten
- erwünschte Verhaltensweisen vormachen,



Abb. 5: Nicht nur bei der Kommunikation mit Kindern empfehlenswert: der Einsatz von Leichter Sprache (4).

“

Wir bauen E-Mobilität,
auf die du dich
verlassen kannst.

Hidayet Ates, KFZ-Mechaniker

Europaweit erster
E-RTW in der 5,5 t
Klasse bei der
Feuerwehr Hannover
im Regeleinsatz.



Wir haben für dich geforscht, weiterentwickelt und geprüft! Mit dem Ergebnis: E-Mobilität der Marke WAS bedeutet leistungsstarke Technik, auf die sich das Rettungswesen verlassen kann. Und wird nach vielen erfolgreich getesteten E-Ambulanzen und wachsenden europaweiten Nachfragen nach einem Einsatz im Regelrettungsdienst nun in Serienproduktion hergestellt.

Begeisterung in Serie: Die WAS E-Ambulanz

- dynamische Fahreigenschaften
- perfekt für innerstädtische Einsätze
- kurze Ladezeiten
- nicht brennbare Batterietechnik
- zulässiges Gesamtgewicht von 5,5 t
- motorunabhängige Stromversorgung der medizinischen Ausstattung



www.was-vehicles.com/e-rtw

Wietmarscher Ambulanz- und Sonderfahrzeug GmbH | info@was-vehicles.com | www.was-vehicles.com



Making vehicles special

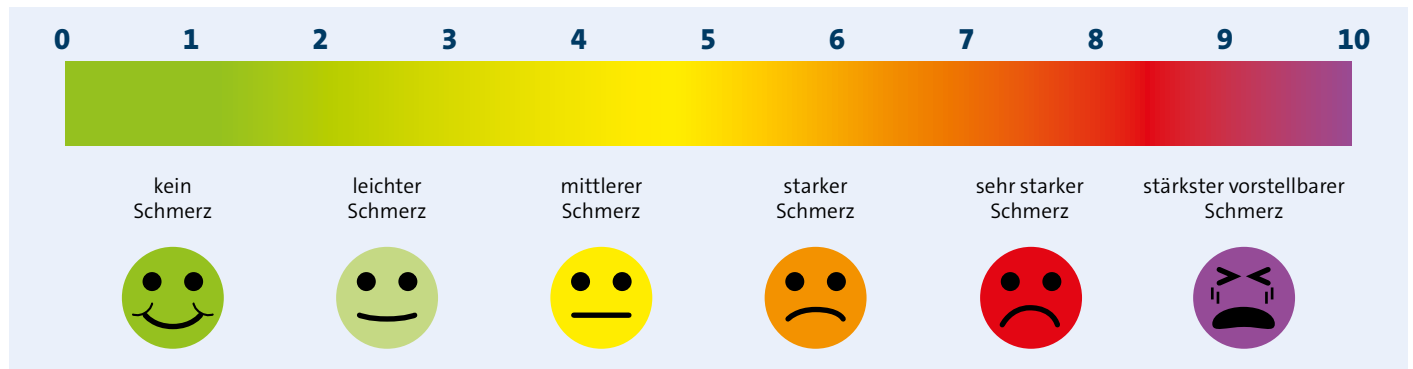


Abb. 6: Visuelle Hilfen, wie die Smiley-Analog-Skala, bieten eine Unterstützung bei Diagnostik und Kommunikation.

Leichte Sprache

Leichte Sprache wurde ursprünglich entwickelt, um Informationen für Menschen mit Lernschwierigkeiten, Demenz oder geringen Deutschkenntnissen verständlich zu machen. Die Beachtung von Regeln der Leichten Sprache kann aber auch die Kommunikation mit jüngeren Kindern (und ggf. auch mit ihren Eltern) erleichtern, insbesondere wenn die deutsche Sprache nicht die Muttersprache ist. In einem Leitfaden des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (4) werden u. a. folgende Empfehlungen gegeben:

- Sprechen Sie in kurzen Sätzen.
- Sprechen Sie langsam.
- Sprechen Sie laut genug.
- Machen Sie Sprech-Pausen.
- Benutzen Sie einfache Wörter.
- Benutzen Sie immer die gleichen Wörter für die gleichen Dinge: Die Begriffe „Schmerzmittel“, „Medikament“, „Spritze“ und „Medizin“ meinen womöglich immer das Gleiche, können aber für Verwirrung sorgen.
- Verzichten Sie auf Fremdwörter und Fachwörter.
- Vermeiden Sie den Genitiv: „Sind das die Tabletten Deines Bruders?“ Besser: „Sind das die Tabletten von Deinem Bruder?“
- Vermeiden Sie den Konjunktiv: „Es könnte sein, dass ...“ Besser: „Vielleicht ist ...“
- Vermeiden Sie Redewendungen und bildliche Sprache.
- Verwenden Sie keine Ironie und keinen Sarkasmus.

- dem Kind erklären, dass es in Ordnung ist, wenn es weint
- dem Kind immer nur eine Anweisung auf einmal geben
- das Kind Entscheidungen auswählen, es mithelfen lassen
- Angst auslösende Gegenstände außer Sichtweite halten
- diejenigen Aspekte besonders betonen, die eine Kooperation verlangen (z. B. ruhig liegen zu bleiben)
- sehr kleine Kinder während des Eingriffs und danach streicheln
- dem Kind sagen, wenn die Maßnahme beendet ist

Interessenkonflikte:
Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

- Eltern getrennt von dem Kind informieren, um zu vermeiden, dass es Worte missversteht.

Beispiel

„Mein Kollege gibt Dir jetzt eine Spritze. Es gibt einen kurzen Piks, der sich nicht vermeiden lässt. Aber sofort danach lassen die Schmerzen nach. In der Spritze ist ein Medikament gegen die Schmerzen. Und während Du die Spritze bekommst, kannst Du am besten ganz fest meine Hand drücken.“

Fazit

Mit einem verletzten oder akut erkrankten Kind so zu kommunizieren, dass Stress und Belastung vermindert werden, stellt eine besondere Herausforderung dar. Manche der hier vorgestellten Handlungsempfehlungen mögen beim Lesen trivial und selbstverständlich erscheinen – ihre praktische Umsetzung in einer Notfallsituation ist aber keineswegs leicht. Ein Fokus sollte auf die Gestaltung der Kontaktaufnahme, die Vermittlung von Informationen sowie die Vorbereitung einzelner Behandlungsprozeduren gelegt werden. Weitere wichtige Aspekte sind die ehrliche, verständnisfördernde Beantwortung kindlicher Fragen, die Nutzung effektiver Ablenkungsstrategien und der Einbezug von Bezugspersonen in das Versorgungssetting. Um diese Themen wird es im zweiten Teil des Beitrags gehen. ☉

Literatur unter www.skverlag.de/lit

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).