

# Persönliche PDF-Datei für Karutz H.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

**Psychologisch angemessenes  
Verhalten bei Reanimationen  
von Kindern und Jugendli-  
chen**

**Notfallmedizin up2date**

2024

353–370

10.1055/a-2269-9790

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

## **Copyright & Ownership**

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Notfallmedizin up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,  
Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 1611-6550

# Psychologisch angemessenes Verhalten bei Reanimationen von Kindern und Jugendlichen

*Harald Karutz*

VNR: 2760512024165725480

DOI: 10.1055/a-2269-9790

Notfallmedizin up2date 2024; 19 (3): 353–370

ISSN 1611-6550

© 2024 Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

## Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

### Notfälle in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie

D. Ebrahimi-Fakhari, A. H. Groll, K. Masjosthusmann, C. Rössig  
Heft 1/2024

**Das schwerbrandverletzte Kind** A. Strack, K. Stübinger,  
K. Großer Heft 4/2023

**Notarzteinsätze in der ambulanten Palliativversorgung**  
L. Schmitz, L. Trocan, O. Dechert, G. Janßen Heft 3/2023

**Drogennotfälle bei Kindern und Jugendlichen – ein Update**  
M. S. Struckmeyer, A. Katthän, S. D. Nordmeyer, A. Schaper  
Heft 2/2023

**Die Big Five der Volumentherapie im Kindesalter**  
A. Große Lordemann Heft 3/2022

**Kinderkardiologische Notfälle** S. Ströbele, M. Kaestner,  
C. Apitz Heft 2/2022

**Schädel-Hirn- und Polytrauma – Besonderheiten im Kindes- und  
Adoleszentenalter** N. Franz, I. Marzi, P. Störmann Heft 1/2022

**Akut suizidale Jugendliche – was der Notarzt tun und lassen  
sollte** G. von Polier, S. Gilsbach, U. Hagenah Heft 4/2021

**Notfalltransporte von Neugeborenen** G. Hillebrand, B. Naust  
Heft 3/2021

**Notfallmedizinische Aspekte der Kindesmisshandlung**  
O. Berthold, S. Aslan, S. Ahne, T. John, J. M. Fegert, A. von Moers  
Heft 3/2020

**(Gefäß-)Anatomie im Neugeborenen-, Säuglings- und  
Kleinkindesalter** F. Eifinger, Z. Fuchs Heft 2/2020

**Kinderchirurgische Notfälle – was in der Akutsituation wichtig  
ist** T.-M. Theilen, U. Rolle Heft 1/2020

**Das Neugeborene als Notfallpatient – Teil 2** R. Hentschel  
Heft 4/2019

**Akut lebensbedrohliche Infektionen im Kindesalter**  
K. Seidemann, P. Jung, C. Härtel Heft 3/2019

**Das Neugeborene als Notfallpatient – Teil 1** R. Hentschel  
Heft 2/2019

**Der plötzliche Säuglingstod – Aufgaben des Notarztes**  
J. Spermhake Heft 1/2019

**Akute Herzrhythmusstörungen bei Kindern und Jugendlichen**  
D. Backhoff, U. Krause, M. J. Müller, H. Schneider, T. Paul  
Heft 3/2018

**Ertrinkungsunfälle bei Kindern und Jugendlichen** J. Olfe,  
U. Gottschalk, D. Singer Heft 2/2018

**Elektronfälle im Kindes- und Jugendalter** D. Singer  
Heft 4/2017

**Alpine pädiatrische Notfälle** A. G. Brunello, A. Trippel,  
I. Breitenmoser, R. Albrecht, H. Frima, C. Sommer, C. Mann  
Heft 2/2017

**Management thermischer Verletzungen im Kindesalter**  
I. Königs, M. Fattouh Heft 1/2017

**Die kardiopulmonale Reanimation von Kindern (Paediatric  
Life Support)** C. Eich, B. Landsleitner Heft 1/2016

**Transporte zur ECMO im Kindesalter** J.-B. Kleber, T. Schaible  
Heft 4/2015

**Kindesmisshandlung und -vernachlässigung** B. Herrmann  
Heft 3/2014

**Der plötzliche Säuglingstod – Was muss der Notarzt beachten?**  
J. Spermhake Heft 2/2014

**Akutes Leberversagen bei Kindern und Jugendlichen –  
Wann tritt es auf, was ist zu tun?** R. Ganschow, F. Brinkert,  
E. Grabhorn Heft 1/2014

### ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen  
Sie Ihre Zeitschrift:  
online wie offline,  
am PC und mobil,

alle bereits erschienenen Artikel.  
Für Abonnenten kostenlos!  
<https://eref.thieme.de/ARUHU>

### IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit  
und überall auf Ihr  
up2date-Archiv zu-  
greifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-  
Sammelordner finden Sie unter:  
<https://eref.thieme.de/1ES9S>

### JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeit-  
schrift noch nicht  
freigeschaltet?  
Ein Klick genügt:

[www.thieme.de/eref-registrierung](http://www.thieme.de/eref-registrierung)

# Psychologisch angemessenes Verhalten bei Reanimationen von Kindern und Jugendlichen

## Das tote Kind am Einsatzort – Teil 1

Harald Karutz



Dass Kinder oder Jugendliche reanimiert werden müssen, ist in der präklinischen Notfallversorgung nur sehr selten der Fall. Wenn sich eine solche Situation ergibt, ist allerdings nicht nur medizinische Handlungskompetenz erforderlich. In der Regel stehen sämtliche Beteiligten unter extremem Stress und befinden sich in einem psychischen Ausnahmezustand. Deshalb kommt psychologisch angemessenem Verhalten eine besondere Bedeutung zu.

### ABKÜRZUNGEN

ABCDE	Airway – Breathing – Circulation – Disability – Exposure/Examination
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung

## Psychologische Charakteristika

Reanimationen von Kindern oder Jugendlichen sind im Rettungsdienst vergleichsweise selten erforderlich. Verschiedene Statistiken liefern entsprechende Zahlen (s. Infobox). Diese Angaben können allerdings nicht verdeutlichen, welche individuellen und familiären Schicksale sich hinter jedem einzelnen Notfallgeschehen verbergen.

## Einleitung

Pädiatrische Notfälle sind für alle Beteiligten – für anwesende Angehörige ebenso wie für das Fachpersonal – mit starken Belastungen verbunden [1]. Rettungsteams sind nicht nur mit notfallmedizinischen, sondern vor allem auch mit hoch emotionalen Herausforderungen konfrontiert. Insbesondere gilt dies dann, wenn das Leben eines Kindes unmittelbar gefährdet ist [2].

In diesem Beitrag werden zunächst die psychologischen Besonderheiten von Kinderreanimationen im Überblick dargestellt. Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Eltern und ggf. anwesenden weiteren Kindern sowie einige Hinweise zu Selbsthilfestrategien für das Rettungsfachpersonal schließen sich an. Großschadenslagen mit mehreren reanimationspflichtigen Kindern wie z. B. Schulbusunglücke, Amokläufe bzw. School Shootings sowie Terrorakte, die sich gezielt gegen Kinder gerichtet haben, bleiben nachfolgend unberücksichtigt – im Fokus stehen stattdessen Notfallsituationen, in denen jeweils *ein* Kind reanimiert werden muss.

### Merke

**Ergänzende Hinweise zur Krisenintervention nach der Feststellung des Todes eines Kindes werden in einem korrespondierenden Beitrag dargestellt [3].**

### HINTERGRUNDINFO

#### Statistische Angaben zu Reanimationen von Kindern

- Reanimationen von Kindern sind etwa 20-mal seltener als Reanimationen bei Erwachsenen [4].
- Bei 1740 von insgesamt 235 567 Reanimation, die in der Zeit von 2007 bis 2021 beim Deutschen Reanimationsregister dokumentiert wurden, handelte es sich um Patienten, die jünger als 18 Jahre alt waren. Der Anteil der Kinderreanimationen beträgt in dieser Stichprobe somit 0,74%. Zudem wird eine Inzidenz der Reanimation von 3,08/100 000 pro Jahr angegeben [5].
- Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rettungsdienstmitarbeiter im Laufe eines Jahres Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind durchführen muss, liegt bei 0,04% [6].
- Ein durchschnittlich häufig tätiger Notarzt hat alle 9 Jahre mit einer Kinderreanimation zu rechnen [7].
- In 57,13% der Fälle, bei denen Kinder außerhalb eines Krankenhauses einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten hatten, wurde die Reanimation noch in der Akutsituation erfolglos eingestellt [5].
- Insgesamt sind die Erfolgsaussichten bei einer Kinderreanimation gering und variieren zwischen 5 und 10% [8].
- Die überwiegende Mehrheit der Kinderreanimationen wird von Rettungsteams durchgeführt, die nicht auf Kindernotfälle spezialisiert sind [9].

**TAKE HOME MESSAGE**

Grundsätzlich handelt es sich bei Kinderreanimationen somit um Ausnahmestände abseits der üblichen Einsatzroutine [10]. Den drohenden Tod eines Kindes „auszuhalten“ und in angemessener Weise psychisch zu bewältigen, stellt eine problematische Erfahrung dar, die auch erfahrene Rettungskräfte an ihre Belastungsgrenzen bringen kann [11].

Drei kurze Einsatzschilderungen sollen exemplarisch die Tragik, Dramatik und weitere situationsspezifische Charakteristika verdeutlichen, die mit der Versorgung vital akut bedrohter Kinder bzw. mit dem Auffinden eines leblosen Kindes verbunden sind:

**FALLBEISPIEL****Fall 1**

An einem Samstagmorgen finden junge Eltern ihre 13 Monate alte Tochter leblos in ihrem Kinderbett auf. Der alarmierte Rettungsdienst stellt unmittelbar nach dem Eintreffen Leichenstarre und Leichenflecken fest. Das Kind ist eindeutig tot, sodass auf ohnehin aussichtslose Reanimationsmaßnahmen verzichtet wird. Nachdem der Notarzt die Todesnachricht überbringt, reagieren die Eltern unterschiedlich: Während die Mutter weinend und schluchzend zusammenbricht, schreit der Vater seine Fassungslosigkeit heraus, schlägt auf Möbel ein und ist kaum zu beruhigen. Das Rettungsteam fühlt sich selbst hilflos und ohnmächtig.

**FALLBEISPIEL****Fall 2**

Um noch einen Schulbus zu erreichen, läuft ein 9 Jahre alter Junge zwischen am Fahrbahnrand parkenden PKWs eilig und unachtsam auf die Straße. Er übersieht dabei einen herannahenden LKW, der den Jungen erfasst: Das Kind wird frontal erfasst und überrollt, bevor der LKW-Fahrer reagieren und bremsen kann. Der Junge wird vom eintreffenden Rettungsteam polytraumatisiert und mit Herz-Kreislauf-Stillstand aufgefunden. Unter laufenden Reanimationsmaßnahmen wird der Patient zwar noch in eine nahegelegene Klinik der Maximalversorgung transportiert – im dortigen Schockraum wird nach kurzer Zeit jedoch der Tod des Jungen festgestellt.

Das Rettungsteam ist selbst sehr betroffen, zumal einige der eingesetzten Kräfte eigene Kinder im Alter des verstorbenen Jungen haben. Zu erwähnen ist auch, dass an der Einsatzstelle zahlreiche Freunde des Jungen zurückgeblieben sind, die das Unfallgeschehen beobachtet haben.

**FALLBEISPIEL****Fall 3**

Ein 14-jähriger Junge wird von seinem alleinerziehenden Vater leblos im Kinderzimmer aufgefunden; auf dem Bett liegt ein handschriftlich verfasster Abschiedsbrief. Das Rettungsteam kann nur noch den Tod des Jugendlichen feststellen. Äußere Verletzungszeichen sind nicht zu erkennen. Diverse herumliegende Tabletten in unterschiedlichen Farben lassen eine tödliche Drogenintoxikation vermuten. Der Vater ist kaum ansprechbar und wirkt wie erstarrt. Ein Gespräch ist kaum möglich, auf Nachfragen des Rettungsteams und der herbeigerufenen Beamten der Kriminalpolizei kann der Vater auch nicht adäquat antworten.

**Die Situation des Rettungsteams**

Mit der relativen Seltenheit von Kinderreanimationen im Rettungsdienst ist zunächst eine mangelnde Routinebildung sowie ein nur gering ausgeprägtes Kompetenzgefühl verbunden [12]: 70% der in einer Studie befragten (nichtärztlichen) Rettungsdienstmitarbeiter bewerteten ihre eigenen Fähigkeiten im Hinblick auf die Versorgung von Kindern als „mangelhaft“. In einer anderen Studie beurteilen nur 25% der Befragten ihre Kenntnisse zur Reanimation von Kindern besser als „befriedigend“ [13]. Befragungen von Notärzten kommen zu vergleichbaren Ergebnissen [14, 15].

Als besondere *fachliche Herausforderungen* gelten Maßnahmen, deren Durchführung schon aufgrund der anatomischen Verhältnisse bei Kindern schwieriger ist als bei Erwachsenen, beispielsweise die Anlage eines venösen Zugangs sowie die Atemwegssicherung (s. Infobox).

**Cave**

**Die eigene Fähigkeit, Kinder zu intubieren, wird von 84% der in einer Studie befragten Notärzte als lediglich „mittelwertig“ bzw. „mangelhaft“ eingeschätzt. Auch die Medikamentendosierung bereitet nach eigenem Bekunden fast jedem zweiten Notarzt erhebliche Schwierigkeiten [16]. Bei einer Studie zur intravenösen Applikation von Adrenalin im Rahmen von Kinderreanimation zeigte sich, dass dieses Medikament in lediglich 34% der Fälle korrekt dosiert worden war [17].**

**ÜBERSICHT****Besondere fachliche Herausforderungen bei einer Kinderreanimation**

- fehlende Übung bzw. Handlungsroutine
- anatomische und physiologische Besonderheiten
- handwerklich schwieriger durchzuführende invasive Maßnahmen
- Atemwegssicherung
- Medikamentendosierung

(nach [2])

Über die *fachlichen* Anforderungen hinaus sind spezielle *psychologische Belastungsfaktoren* zu berücksichtigen. Zahlreiche Rettungskräfte entwickeln im Hinblick auf Kinderreanimationen Ängste vor fachlichen Fehlern bzw. eigenem Versagen und fürchten sich insbesondere vor heftigen emotionalen Reaktionen anwesender Eltern, sollte eine Kinderwiederbelebung erfolglos eingestellt werden müssen.

Gerade bei Kinderreanimationen ergibt sich daher ein starker Erfolgs- bzw. Handlungsdruck, der nicht zuletzt auch die Entstehung von Konflikten innerhalb des Rettungsteams begünstigen kann („Mach schneller! Warum brauchst du so lange?“)<sup>1</sup>.

Auch der Gedanke, dass Kinder „doch noch ihr ganzes Leben vor sich haben“, dürfte wesentlich dazu beitragen, dass Reanimationsmaßnahmen bei Kindern oftmals noch einige Zeit fortgeführt werden, und zwar selbst dann noch, wenn eigentlich längst schon keine Aussicht auf Erfolg mehr besteht [18, 19]. Die Reanimation eines Kindes erfolglos zu beenden, wird häufig als besonders frustrierend und enttäuschend erlebt. Zudem werden Sinnfragen aufgeworfen, und das persönliche Gerechtigkeitsempfinden wird verletzt („Warum muss so ein junger Mensch sterben?“). Manchen Einsatzkräften stellt sich möglicherweise auch die (Theodizee-)Frage: „Wie kann Gott bloß den Tod eines Kindes zulassen?“ [20].

Ein weiterer Belastungsfaktor besteht bei Kinderreanimationen darin, dass die eingesetzten Rettungskräfte ggf. an eigene Kinder denken und sie dadurch emotional stärker involviert sind als bei anderen Einsätzen [20]. In einigen Fällen liegen möglicherweise auch problematische bzw. unzureichend aufgearbeitete Vorerfahrungen aus früheren Einsätzen vor, die in der Akutsituation reaktiviert werden und dann zusätzlich belasten („Bitte, bloß nicht noch ein totes Kind!“).

<sup>1</sup> Die in diesem Beitrag enthaltenen Zitate wurden im Rahmen von Einsätzen tatsächlich so geäußert. Zum Schutz der jeweiligen Personen und aus didaktischen Gründen wurden einzelne Formulierungen jedoch geringfügig modifiziert.

Nicht zuletzt dürften biologische bzw. ethologische Aspekte von Bedeutung sein: Da der Tod eines Kindes entwicklungsgeschichtlich bedingt – unbewusst – immer auch als Gefährdung des Nachwuchses der eigenen Art erlebt wird, fühlt sich jeder erwachsene Mensch instinktiv dazu verpflichtet, sich besonders gut um Kinder zu kümmern und auf Kinder zu achten [20].

**ÜBERSICHT****Besondere psychologische Belastungsfaktoren bei einer Kinderreanimation**

- geringes Kompetenzgefühl
- Empfinden eines starken Handlungs- und Erfolgsdrucks
- Gefahr von eskalierenden Konflikten innerhalb des Rettungsteams
- Ängste vor Fehlern, eigenem Versagen sowie starken emotionalen Reaktionen der Eltern
- Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle
- Empfinden einer kognitiven Dissonanz angesichts der Tatsache, dass Kinder doch eigentlich noch „ihr ganzes Leben vor sich haben“
- Sinnfragen
- Verletzung des persönlichen Gerechtigkeitsempfindens
- Theodizee-Problematik
- Gedanken an eigene Kinder
- Angst davor, Eltern die Todesnachricht überbringen zu müssen

(nach [2])

Im Zusammenwirken der genannten Faktoren wird Stress verursacht, der wiederum Versorgungsfehler begünstigen kann. Die Wahrnehmung, das Denken, Prozesse der Entscheidungsfindung und das Kommunikationsverhalten werden u. U. negativ beeinflusst.

**Merke**

**In Studien zu den Belastungen von Rettungsfachkräften werden pädiatrische Notfälle im Allgemeinen, insbesondere Kinderreanimationen, regelmäßig als diejenigen Einsätze bezeichnet, die man lieber nicht erleben möchte [21, 22].**

Ein Indikator, an dem sich die besondere psychische Situation von Rettungsfachkräften ablesen lässt, sind die Ausrückzeiten und die Fahrgeschwindigkeiten von Rettungswagen: Bei Einsatzstichworten in Verbindung mit dem Wort „Kind“ rücken Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte signifikant rascher aus, und die Einsatzstelle wird mit deutlich höheren Geschwindigkeiten angefahren als bei sämtlichen anderen Einsatzanlässen [23].



Allerdings kann auch darauf hingewiesen werden, dass die erhöhte Anspannung bei Kindernotfällen keineswegs nur negative Auswirkungen hat. Die Ausschüttung von Stresshormonen führt ebenso zu einer stärkeren Konzentration sowie zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit, d. h. ein starkes Stresserleben kann mitunter auch zu einer *verbesserten* Leistung führen [21].

Wenn Rettungsfachkräfte bei sich selbst eine starke Anspannung bemerken, kann vor diesem Hintergrund auch ein Reframing – eine Neubewertung der Situation – hilfreich sein: Demnach ist es *gut* (!), etwas aufgeregt zu sein, weil man auf diese Weise noch etwas *besser* helfen kann. Außerdem ist eine besondere Anspannung den besonderen Herausforderungen des Notfallgeschehens auch einfach angemessen.

#### TAKE HOME MESSAGE

Insgesamt ist die Motivation, besonders sorgfältig zu arbeiten, sich größte Mühe zu geben und „alles richtig zu machen“, bei Kindernotfällen außerordentlich hoch.

#### Die Situation der Eltern und anderer erwachsener Bezugspersonen

Für Eltern dürfte es zu den schrecklichsten vorstellbaren Erfahrungen überhaupt gehören, ein eigenes Kind leblos aufzufinden (s. Übersicht). Kinder sind für ihre Eltern oftmals das höchste Gut, das Wertvollste auf der Welt. Träume, Lebensziele und Hoffnungen sind unmittelbar mit ihnen verknüpft [24]. Dass Eltern, die Wiederbelebungsversuche bei ihrem Kind miterleben, eine starke Betroffenheit zeigen, versteht sich daher von selbst und muss nicht weiter ausgeführt werden.

#### ÜBERSICHT

##### Spezifische Belastungsfaktoren von Eltern bei einer Kinderreanimation

- Anblick des leblosen Kindes
- Erkenntnis: Das „höchste Gut“ ist vital bedroht!
- Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Schwanken zwischen Hoffen und Bangen
- starke Anspannung und Erregung
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- Wartezeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes
- Unkenntnis bzw. Unverständnis medizinischer Prozeduren und Abläufe
- ambivalentes Erleben der Hilfeleistung

(mod. nach [2])

#### KOMMENTAR

Vom deutschen Schriftsteller Berthold Auerbach (1812–1882) stammt das treffende Zitat: „Für einen Vater, dessen Kind stirbt, stirbt die Zukunft.“

Die möglichen Reaktionen sind allerdings sehr unterschiedlich: Schreiende oder weinende, völlig in Panik geratene Eltern, die in der Akutsituation kaum zu beruhigen sind, können vom Rettungsteam ebenso angetroffen werden wie Väter und Mütter, die äußerlich besonnen, ruhig und gefasst wirken [11, 24]. In einigen Fällen beginnen die Eltern bereits mit eigenen Reanimationsbemühungen, oder sie fahren im Schockzustand mit ihrem Kind selbst in ein Krankenhaus, wobei sie nicht selten sich und andere Verkehrsteilnehmer erheblich gefährden [24].

Manche Eltern machen sich auch Selbstvorwürfe. Sie fragen sich beispielsweise, ob ein Unfall nicht zu verhindern gewesen wäre, hätten sie nur sorgfältiger aufgepasst. Derartige Schuldgefühle werden mitunter auch auf das Rettungsteam projiziert und dann in Vorwürfen oder Beschimpfungen zum Ausdruck gebracht („Wo bleiben Sie denn?“, „Jetzt kommen Sie endlich!“) [2].

Die Arbeit eines Rettungsteams erleben viele Eltern als ambivalent: Einerseits erhoffen sie sich eine rasche, professionelle und vor allem erfolgreiche Hilfeleistung. Im günstigsten Fall werden die rettungsdienstlichen Maßnahmen auch dementsprechend positiv wahrgenommen. Die Durchführung bestimmter (invasiver) Maßnahmen kann jedoch auch als brutal und verletzend erlebt werden sowie zusätzliche Ängste und Befürchtungen wecken, insbesondere dann, wenn das Rettungsteam keine angemessenen Informationen vermittelt bzw. die durchgeführten Interventionen zuvor nicht ausreichend erläutert hat [2].

#### Die Situation von Geschwisterkindern

Neben den Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen sind bei Kinderreanimationen und nach der Feststellung des Todes eines Kindes eventuell anwesende Geschwisterkinder bzw. Freundinnen und Freunde sowie Klassenkameraden zu beachten. Auch sie befinden sich in einem psychischen Ausnahmezustand. Ihnen fehlen Informationen und Vorerfahrungen, um ein derart verstörendes Notfallgeschehen überhaupt verstehen zu können.

#### Todesverständnis von Kindern und Jugendlichen

Zudem ist das Todesverständnis von Kindern und Jugendliche u. U. noch nicht so ausgereift wie bei Erwachsenen, was für zusätzliche Irritationen, Unklarheiten und Belastungen sorgen kann [25]; eine schematische Übersicht zeigt ► **Tab. 1.**

► **Tab. 1** Entwicklung des Todesverständnisses von Kindern und Jugendlichen (mod. nach [25]).

Altersstufe (ungefähre Angaben)	Einsicht in Aspekte des Todes			
	Irreversibilität des Todes (Der Tod ist unumkehrbar.)	Universalität des Todes (Jeder muss sterben.)	Nonfunktionalität (Alle Körperfunktionen hören auf.)	Kausalität des Todes (Realistisches Verständnis verschiedener Todesursachen.)
0–3 Jahre	–	–	–	–
3–6 Jahre	– +	– +	–	–
7–11 Jahre	+	+	+	– +
ab 12 Jahren	+	+	+	+

+ = vorhanden; – = nicht vorhanden

Die in ► **Tab. 1** angegebenen Altersgrenzen sollten jedoch lediglich als grobe Orientierungshilfe betrachtet werden, weil das Todesverständnis von Kindern vor allem abhängig von spezifischen Vorerfahrungen sowie dem familiären Umgang mit dem Thema Tod individuell auch deutlich variieren kann.

Von Kindern in den ersten 2–3 Lebensjahren wird der Tod vor allem als Trennung empfunden. Wenn jemand, zu dem ein Kind bereits eine emotionale Bindung aufgebaut hat, plötzlich nicht mehr da ist, wird ein Kind darüber weinen und verzweifelt sein. Weil die Möglichkeiten, sich verbalsprachlich auszudrücken, noch wenig entwickelt sind, kann Trauer jedoch nicht in Worte gefasst werden [25].

#### Merke

**Ein tieferes Todesverständnis ist bei Kleinkindern noch nicht vorhanden.**

Bis zum 7. Lebensjahr glauben viele Kinder noch, der Tod könne unter Umständen verhindert werden und sei womöglich reversibel – ein Verstorbener schlafe nur und könne auch wieder aufwachen. Daraus resultiert bei einigen Kindern der Gedanke, dass ein Verstorbener in einem Sarg Platzangst bekommen könnte oder ihm vielleicht langweilig ist.

Magisches Denken erlaubt Kindern in diesem Alter zudem gedankliche Verbindungen zu Verstorbenen: „Mein Bruder passt vom Himmel aus auf mich auf, und deshalb kann mir nichts passieren“ [25]. Zugleich können magische Vorstellungen aber auch Belastungen verstärken. Ein Geschwisterkind kann sich z. B. denken: „Gestern habe ich mich mit meinem Bruder gestritten. Ich habe mir so sehr gewünscht, dass er einfach weg sein soll. Jetzt ist er tot – und ich bin daran schuld.“

#### Merke

**Dass der Tod alle Körperfunktionen gleichermaßen betrifft, können Kinder im Kindergartenalter noch nicht verstehen. Auch die Einsicht, dass sie selbst sterben können, fehlt Kindern in diesem Alter noch.**

#### FALLBEISPIEL

##### Fall 4

Der Bruder des 6-jährigen Leon ist an einer schweren Erkrankung verstorben. Einige Wochen nach diesem Todesfall, der durchaus auch in Leons Schulklasse thematisiert worden ist, kommen Leon auf dem Schulhof einmal die Tränen: Er vermisst seinen Bruder und trauert! Daraufhin fragt eine gleichaltrige Mitschülerin ihre Klassenlehrerin: „Warum weint denn der Leon?“ Die Lehrerin erklärt: „Du weißt doch, dass der Bruder von Leon gestorben ist!“ – woraufhin die Schülerin sagt: „Oh nein! Nicht schon wieder!“

Zwischen dem 7. und 11. Lebensjahr stellen Kinder sich den Tod häufig personifiziert vor, z. B. als Skelett, Sensenmann oder Geist. Daraus kann ein gesteigertes Interesse an dem Thema (als Interesse am Unheimlichen, Gruseligen), aber auch stärkere Angst vor dem Tod resultieren. Viele Kinder dieses Alters verstehen bereits, dass der Tod endgültig ist. Sie vertreten aber häufig die Meinung, dass nur sehr alte Menschen sterben. Der Tod eines Kindes ist in der Regel noch nicht vorstellbar; dass letztlich jeder Mensch jederzeit sterben kann, ist für sie nur schwer nachzuvollziehen. Das natürliche Lebensende wird von ihnen als Todesursache verstanden, nicht jedoch ein Unfall oder eine akute Erkrankung. Mitunter wird auch angenommen, dass Menschen früher sterben, wenn sie etwas Böses getan haben [25].



**Merke**

**In diesem Alter kann der Tod daher auch als Bestrafung eines Fehlverhaltens verstanden werden.**

Erst im Grundschulalter entwickeln Kinder ein umfassenderes Todesverständnis. Entscheidend ist hierbei, inwiefern sie bereits mit dem Thema Tod – z. B. durch den Tod des Großvaters oder eines anderen Verwandten – in Berührung gekommen sind.

Zwischen dem 11. und 12. Lebensjahr reift das kindliche Todesverständnis so weit, dass es dem eines Erwachsenen ähnelt: Kinder erkennen, dass der Tod (auch für sie selbst) unvorhersehbar, unabwendbar, irreversibel und all-gemeingütig ist. Kinder, die bereits eine weiterführende Schule besuchen, setzen sich zunehmend mit religiösen Vorstellungen eines Lebens nach dem Tod und mit Sinnfragen auseinander. Abhängig von Einflüssen aus der näheren Umgebung, speziell der Peergroup von Jugendlichen, kann sich allerdings auch eine besondere, mitunter problematische Faszination für Totenkulte, Mythisches und Jenseitiges entwickeln [25].

**TAKE HOME MESSAGE**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass fehlendes oder falsches Wissen im Hinblick auf den Tod zu einer psychischen Belastung führen kann. In einigen Fällen können naive, spezifisch kindliche Annahmen über den Tod oder einzelne Aspekte des Todes aber auch eine hilfreiche und entlastende Wirkung haben.

**Die Situation in Bildungseinrichtungen**

Sofern Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind in einer Kindertagesstätte oder einer Schule durchgeführt werden müssen, sind in der Regel zahlreiche andere Kinder direkt oder indirekt in das Notfallgeschehen involviert. Viele von ihnen werden das Notfall- sowie Einsatzgeschehen mitbekommen haben, d. h. sie sind zu Augenzeugen, vielleicht auch zu Ersthelfern geworden. Einige werden dadurch sehr aufgeregt oder auch verängstigt sein. Sicherlich gibt es zudem Kinder, die das betroffene Kind gut kennen oder mit ihm befreundet sind. Meist gibt es erheblichen Informationsbedarf („Was ist denn passiert?“, „Warum ist der Notarztwagen gekommen?“ usw.), und sehr oft verbreiten sich Gerüchte, die zusätzlich belasten können.

Nicht zuletzt sind in Bildungseinrichtungen immer pädagogische Fachkräfte vor Ort. Einerseits können diese sich zwar rasch um die betroffenen Kinder kümmern. Andererseits sind sie u. U. auch selbst betroffen und benötigen ebenfalls eine Krisenintervention [25].

**TAKE HOME MESSAGE**

Sicherlich ist es nicht Aufgabe des Rettungsdienstes, sämtliche Anwesenden umfassend psychosozial zu unterstützen. Die Menschen, die im Umfeld des Notfallgeschehens betroffen sind, sollten jedoch im Blick sein und hinsichtlich des eigenen Verhaltens an der Einsatzstelle sehr wohl berücksichtigt werden. Darüber hinaus sind ggf. Fachkräfte hinzuzuziehen, die speziell für die Krisenintervention zuständig und ausgebildet sind: Die Benachrichtigung dieser Kräfte stellt definitiv eine Aufgabe des Rettungsteams dar.

**Psychologisch angemessenes Verhalten**

Psychologisch angemessenes Verhalten bei einer Kinderreanimation setzt zunächst voraus, dass sämtliche Mitglieder des Rettungsteams sich im Vorfeld nicht nur in fachlicher Hinsicht fort- und weitergebildet, sondern auch mit den psychologischen Aspekten solcher Einsätze beschäftigt haben.

**Maßnahmen im Vorfeld**

Schon im Vorfeld kann einiges getan werden, um eine möglichst umfassende Handlungskompetenz für entsprechende Notfallsituationen aufzubauen.

**Emotionsregulation**

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Trainingsprogramme erarbeitet, um adäquat auf starke Emotionalität zu reagieren bzw. starke Emotionen so zu regulieren, dass man weiterhin hoch professionell handlungsfähig bleibt und möglichst dauerhaft gesund bleiben kann. Unter anderem wird in diesen Trainings neurobiologisches Hintergrundwissen vermittelt. Darüber hinaus geht es um die Selbstwahrnehmung sowie die Reflexion der Ursachen eigener Emotionen [26, 27].

**TIPP**

Die Teilnahme an solchen Trainings zur Emotionsregulation kann nur ausdrücklich empfohlen werden.

**Simulationsbasierte Teamtrainings**

Ebenfalls hilfreich ist die Teilnahme an realitätsnahen Einsatzsimulationen, bei denen nicht nur die Durchführung einzelner Maßnahmen, sondern stets der *gesamte* Versorgungsablauf trainiert wird. Auf die Kommunikation und die Interaktion mit Angehörigen, den Austausch innerhalb des Rettungsteams, den Umgang mit Akutstress sowie die Patientensicherheit bzw. Fehlerprävention sollte dabei besonders geachtet werden [28, 29].

**TIPP**

Da angeeignetes Wissen und trainierte Fertigkeiten bereits nach 3–8 Monaten wieder signifikant abnehmen, wird empfohlen, einmal pro Halbjahr ein Auffrischungstraining für den dauerhaften Kompetenzerhalt zu absolvieren [29].

In diesem Zusammenhang ist auch auf zertifizierte Kurssysteme hinzuweisen, die wesentlich dazu beitragen können, die Handlungsfähigkeit in pädiatrischen Notfallsituationen zu erhöhen [30] (► **Tab. 2**).

**Hospitationen**

Schließlich tragen auch regelmäßige Hospitationen in Kinderkliniken, in der Kinderanästhesie sowie auf pädiatrischen Intensivstationen dazu bei, die Handlungssicherheit bei einer Kinderreanimation zu erhöhen [16]. Bedauerlich ist, dass Einsätze in der Pädiatrie im Rahmen der Notfall-sanitätausbildung zwar vorgesehen sind, im weiteren Berufsleben aber nur äußerst selten eine Wiederholung erfolgt. Für die Trainingssituation von Notärzten dürfte Ähnliches gelten.

**Merke**

**Wünschenswert wäre, dass Rettungsfachkräfte und Notärzte regelmäßig Gelegenheiten hätten, unter Aufsicht, Begleitung und Anleitung die Durchführung invasiver Maßnahmen an Kindern zu üben.**

**Maßnahmen während einer Kinderreanimation**

Bei Kinderreanimationen sind – wie in anderen Hochstresssituationen auch – unbedingt Regeln des Crew Resource Managements bzw. Team Resource Managements umzusetzen [31]. Für den Umgang mit Eltern und weiteren Kindern, die während einer Kinderreanimation ggf. anwesend sind, gelten außerdem sämtliche Grundsätze der Psychischen Ersten Hilfe (s. Infobox). Dazu gehört ins-

besondere eine kurze Begrüßung bzw. ein informierender Erstkontakt („Müller mein Name, ich bin der Notarzt. Wir kümmern uns sofort um Ihren Sohn!“): Auf diese Weise wird deutlich gemacht, dass jetzt zumindest kompetentes Fachpersonal eingetroffen ist [32].

**PRAXIS****Psychische Erste Hilfe**

Psychische Erste Hilfe wird als „psychologisch angemessenes Verhalten“ gegenüber direkten und indirekten Notfallbetroffenen definiert. Sie wird von Einsatzkräften parallel zur medizinischen Versorgung geleistet, steht mit dieser in einer engen Wechselwirkung und soll die psychischen Belastungen in einem Notfall vermindern, zu einer ersten Stabilisierung von Betroffenen beitragen und der Entwicklung negativer psychischer Folgen sekundärpräventiv entgegenwirken [32].

Über die Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe hinaus können noch zahlreiche weitere Handlungsempfehlungen gegeben werden (► **Tab. 3**).

**Vorwürfe und Beschimpfungen als Stressreaktion betrachten**

Vorwürfe und Beschimpfungen („Warum haben Sie so lange gebraucht?“, „Wieso kommen Sie erst jetzt?“) sollten nicht als persönlicher Angriff gewertet, sondern als Abbau eines Affektstaus betrachtet werden [11].

**Cave**

**Eine eskalierende Konfliktsituation muss unbedingt vermieden werden, weil sie nur die Versorgung des Kindes beeinträchtigen und von allen Beteiligten als ein zusätzlicher, noch dazu völlig unnötiger Belastungsfaktor erlebt würde.**

► **Tab. 2** Zertifizierte Kurssysteme für ein simulationsbasiertes Teamtraining zur Kinderreanimation [30].

Abkürzung	Bezeichnung	Inhalte
EPALS	European Pediatric Advanced Life Support Provider	Reanimationsmaßnahmen bei Kindern
ITLS Pediatric	International Trauma Life Support	Versorgung traumatisierter Kinder
NLS	Newborn Life Support	Versorgung von Neugeborenen
EPC	Emergency Pediatric Care	Diagnostik und Versorgung kritisch kranker Kinder
PALS	Pediatric Advanced Life Support	Reanimationsmaßnahmen bei Kindern
PEARS	Pediatric Emergency Assessment, Recognition & Stabilization	Diagnostik und Versorgung kritisch kranker Kinder

► **Tab. 3** Handlungsempfehlungen für die unmittelbare Reanimationssituation: Dos and Don'ts.

zu tun (Dos)	zu unterlassen (Don'ts)
Vorwürfe und Beschimpfungen als Stressreaktion betrachten.	Vorwürfe und Beschimpfungen persönlich nehmen und dadurch zu einer Eskalation der Situation beitragen.
Psychologische Selbsthilfestrategien anwenden.	Aus Scham auf die Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Dosierungstabellen) verzichten.
Psychosoziale Akuthilfe frühzeitig, schon während der noch laufenden Reanimationsmaßnahmen, alarmieren.	Mit der Alarmierung Psychosozialer Akuthilfe warten, bis der Tod eines Kindes festgestellt worden ist.
Eltern nach Möglichkeit und sofern gewünscht in das Reanimationsgeschehen integrieren.	Eltern pauschal ausgrenzen.
Hilfreiches Verhalten loben.	Kritik üben oder Vorwürfe machen.
Bei sicheren Todeszeichen: Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen.	Durchführung von Reanimationsmaßnahmen, obwohl eine erfolgreiche Wiederbelebung von vornherein ausgeschlossen ist.

### Psychologische Selbsthilfestrategien anwenden

Bei sehr starker eigener Aufregung im Einsatz sind ggf. Strategien der psychologischen Selbsthilfe anzuwenden, etwa die Nutzung von Distanzierungstechniken, imaginativen Strategien oder kurzfristig wirksamen Entspannungsmethoden wie z. B. der progressiven Muskelrelaxation [21].

#### TIPP

Bei starker Anspannung kann man sich zunächst auf die eigene Atmung fokussieren, d. h. ganz bewusst einige tiefe und ruhige Atemzüge ausführen. Auch kann man sich selbst – ohne, dass andere es hören – beispielsweise sagen: „Ich bleibe ruhig. Ich schaffe das.“ Solche Sätze müssen allerdings positiv formuliert werden. Ungünstig wäre eine Formulierung wie: „Bloß jetzt nicht hektisch werden!“ Solche Formulierungen erzielen den gegenteiligen Effekt von dem, was eigentlich beabsichtigt wird.

Zudem sollten Rettungskräfte keine Scheu haben, auf *Hilfsmittel* zurückzugreifen wie z. B. Notfalllineale, Dosierungstabellen, Kitteltaschenkarten, Checklisten und Mnemonics wie das bekannte ABCDE-Schema usw. [29, 33].

#### Merke

**Durch Verwendung geeigneter Hilfsmittel lässt sich die Rate der korrekten Dosierung von Adrenalin bei einer Kinderreanimation nachweislich verdoppeln [17].**

Auch *Team-Time-outs*, um einen kurzen Augenblick innezuhalten, die aktuelle Situation zu reflektieren und das weitere Vorgehen zu strukturieren, stellen eine wesentliche Hilfestellung dar. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass der *Führung eines Rettungsteams* die Aufgabe zukommt, durch klare Anweisungen für effektives, ruhiges

Arbeiten und eine strukturierte Versorgung zu sorgen [29].

### Alarmierung Psychosozialer Akuthilfe

Mit der Alarmierung Psychosozialer Akuthilfe, d. h. der Notfallseelsorge, Notfallbegleitung oder eines Kriseninterventionsteams (s. Infoboxen) sollte keinesfalls gewartet werden, bis ggf. der Tod eines Kindes festgestellt worden ist. Vielmehr sollte – noch während der laufenden Reanimationsmaßnahmen – eine frühestmögliche Alarmierung erfolgen [34]. In einigen Rettungsdienstbereichen wird dies bei Kinderreanimationen bereits zeitgleich mit der Alarmierung des Rettungsteams automatisiert veranlasst, teilweise muss aber auch nachalarmiert werden. Wird eine Nottaufe oder eine Krankensalbung gewünscht, ist besondere Eile geboten, weil diese Maßnahmen nur durchgeführt werden können, solange der Tod eines Kindes noch nicht festgestellt worden ist.

#### HINTERGRUNDINFO

Zwar gibt es bundeseinheitliche Qualitätsstandards für die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV), die 2010 in einer Konsensuskonferenz vereinbart wurden [35]. Zahlreiche organisatorische Details der PSNV-Einsatzpraxis sind bislang jedoch nicht verbindlich geregelt. So gibt es Systeme der Psychosozialen Akuthilfe, die mit Einsatzfahrzeugen unterwegs sind und bei Bedarf auch mit Sondersignalen anrücken können. Weit verbreitet ist jedoch die Praxis, dass die jeweils diensthabende Fachkraft mit ihrem Privat-PKW zum Einsatzort fährt. Gerade im ländlichen Raum muss daher regelmäßig mit Eintreffzeiten von 30 min und mehr gerechnet werden.

**PRAXIS****Psychosoziale Akuthilfe**

Psychosoziale Akuthilfe stellt einen Teilbereich der Psychosozialen Notfallversorgung dar. Sie wird in Deutschland von der Notfallseelsorge sowie Notfallbegleitungs-, Notfallnachsorge- und Kriseninterventionsteams geleistet und setzt eine mindestens 100-stündige Ausbildung nach bundeseinheitlichen Standards voraus [36]. Sie führt die Grundgedanken der Psychischen Ersten Hilfe fort, beinhaltet jedoch eine deutlich weitergehende Intervention. Dazu gehören

- eine systematische Bedarf- und Bedürfniserhebung,
- die gezielte Aktivierung individueller Bewältigungsressourcen,
- die Vermittlung von Informationen und Sicherheit sowie
- die Kontaktaufnahme zu Unterstützungsinstanzen, die für die weitere Begleitung ggf. erforderlich und angemessen sind.

Darüber hinaus können auch seelsorgerliche Angebote wie ein Gebet, das Spenden von Sakramenten usw. Elemente der Psychosozialen Akuthilfe sein [35].

### Festlegung eines Ansprechpartners und Integration der Eltern in das Geschehen

Nach Möglichkeit sollte *ein* Mitglied des Rettungsteams festgelegt werden, das den Eltern – sofern diese anwesend sind – während der gesamten Reanimation als Ansprechpartner zur Verfügung steht und insbesondere auch für ihre Integration in den Gesamttablauf der Hilfeleistung zuständig ist. Eine solche Einbeziehung ist aus einer ganzen Reihe von Gründen wichtig [2, 8, 18, 37, 38]:

- Eltern können dem Rettungsteam Hinweise zu Vorerkrankungen, zu einem eventuellen Unfallhergang usw. geben, die für die weiteren Reanimationsmaßnahmen u. U. von Bedeutung sind [11].
- Den Eltern wird geholfen, Erregung durch Aktivität abzubauen. Sie können z. B. einfache Aufgaben übernehmen wie das Halten einer Infusionslösung, das Streicheln der Hand ihres Kindes usw.
- Viele Eltern sind davon überzeugt, dass ihre Anwesenheit sich positiv auf ihr Kind auswirkt [39].
- Der Entwicklung von Selbstvorwürfen („Was bin ich nur für eine Mutter! Ich habe mein Kind in dieser schlimmen Situation allein gelassen!“) wird entgegen gewirkt.

- Es wird eine Realitätsprüfung ermöglicht, d. h. die Eltern nehmen wahr, dass für ihr Kind alles getan wird, was möglich ist. Gegebenenfalls erkennen sie auf diese Weise aber auch, dass sämtliche Wiederbelebungsversuche in der Tat vergeblich sind [39]. Umgekehrt kann ein Ausschluss der Eltern von der Versorgung ihres Kindes gegenüber den Rettungsdienstmitarbeitern rasch zu Misstrauen führen [11].
- Wird Eltern, die eine Reanimation nicht unmittelbar miterleben konnten, der Tod ihres Kindes mitgeteilt, können Gedanken reifen wie „Die haben bestimmt zu früh aufgehört!“.
- Die meisten Eltern möchten schlichtweg gern dabei bleiben und bei der Versorgung mithelfen – und von denjenigen, die diese Erfahrung bereits gemacht haben, würden über 90% dies auch explizit wieder wollen [39, 40].
- Nachweislich entwickeln Eltern, die in die Behandlung ihres Kindes einbezogen wurden, signifikant seltener negative psychische Notfallfolgen als Eltern, denen dies verwehrt blieb [41]. Die Reanimation – insbesondere bei erfolglosem Ausgang – miterlebt zu haben, führt ggf. auch zu einem günstigeren Trauerprozess [42].
- Nicht zuletzt haben Eltern einen moralischen Anspruch darauf, in die Versorgung einbezogen zu werden [32].

Ein Elternteil könnte beispielsweise die Hand des Kindes streicheln, eine Infusionsflasche halten oder im Reanimationsgeschehen eine andere, sehr einfache Aufgabe übernehmen. Allerdings gibt es auch einige Gründe, die dafür sprechen, Eltern *nicht* in die Reanimationssituation zu integrieren [2]:

- Rettungsdienstmitarbeiter könnten sich beobachtet oder unter zusätzlichen Druck gesetzt fühlen und dadurch verunsichert werden.
- Eltern könnten im Weg stehen und die Rettungsmaßnahmen behindern.
- Eltern könnten derart aufgeregt sein, dass ihre Beruhigung wertvolle Ressourcen des Rettungsteams bindet und daher letztlich auch die Qualität der medizinischen Versorgung leidet.
- Eine besonders starke emotionale Reaktion der Eltern mitzerleben, kann die Betroffenheit des Rettungsteams erhöhen und dazu beitragen, dass dessen professionelle Distanz zum Geschehen ggf. durchbrochen wird.
- Die Kommunikation innerhalb des Rettungsteams könnte beeinträchtigt werden, weil einzelne Teammitglieder durch die Anwesenheit der Eltern gehemmt sind, sich so äußern, wie sie es sonst tun würden.
- Zentrale Entscheidungsprozesse – etwa hinsichtlich eines bevorstehenden Reanimationsabbruchs – könnten durch die Anwesenheit der Eltern emotional überlagert bzw. erschwert werden.

**TIPP**

Vor- und Nachteile der Einbindung von Eltern in eine präklinische Reanimationsituation sollten daher in jedem Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Ein rasches Eintreffen der Notfallseelsorge, der Notfallbegleitung oder eines Kriseninterventionssteams während einer noch laufenden Reanimation könnte für eine deutliche Entlastung sorgen und wäre sicherlich optimal. In der Praxis wird sich dies aber nicht immer gewährleisten lassen.

Überwiegen in der Bewertung eines noch auf sich allein gestellten Rettungsteams nachteilige bzw. störende Effekte, empfiehlt es sich, Eltern zunächst freundlich und höflich in einen anderen Raum bzw. bei außerhäuslichen Notfallsituationen z. B. in ein bereit gestelltes Einsatzfahrzeug zu bitten. Vom jeweiligen Aufenthaltsort aus sollten Eltern jedoch immer noch eine Gelegenheit haben, die Hilfeleistung mitzuverfolgen, etwa durch einen geöffneten Türspalt oder eben aus einer gewissen Distanz. Außerdem sollte ein Mitglied des Rettungsteams in Abständen von 5–10 min zu ihnen gehen und sie über die aktuelle Lage informieren [24].

Ein Algorithmus, der die Entscheidungsfindung bezüglich der Einbindung oder Nichteinbindung von Eltern in ein Reanimationsgeschehen erleichtern soll, ist in ► **Abb. 1** dargestellt.

**TIPP**

Dass ein Rettungsteam durch die Anwesenheit von Eltern in seinen Maßnahmen verunsichert wird, stellt – bei allem Verständnis für den Einzelfall – keine befriedigende Begründung dafür dar, dass Eltern *pauschal immer*, sozusagen *standardisiert*, von Reanimationsmaßnahmen ausgegrenzt werden. Vielmehr sollte die Verunsicherung eines Rettungsteams dann als Entwicklungsauftrag betrachtet werden, um die eigene Handlungskompetenz so weiterzuentwickeln, dass eben auch und gerade in Anwesenheit von Eltern weiterhin souverän und professionell gehandelt werden kann.

Zu beachten ist ferner, dass die Frage der Einbindung oder Nichteinbindung von Eltern im Verlauf des Reanimationsgeschehens immer wieder neu gestellt werden muss:

Denkbar ist beispielsweise, dass Eltern zu Beginn der Reanimation gebeten werden, das Rettungsteam allein arbeiten zu lassen, bis beispielsweise die Atemwegsicherung erfolgt ist und ein venöser oder intraossärer Zugang gelegt werden konnte. Anschließend könnten Eltern jedoch einbezogen werden. Auch ist denkbar, dass sehr

aufgeregte Eltern gebeten werden, Abstand zu halten und die Maßnahmen nicht zu behindern. Wenn die Eltern sich aber etwas beruhigt haben, ist eine Einbindung in das unmittelbare Reanimationsgeschehen wieder möglich usw.

**Merke**

**Im gesamten Verlauf der Reanimation sollte regelmäßig überprüft und reflektiert werden, ob die Anwesenheit oder Nichtanwesenheit der Eltern gerade sinnvoll und hilfreich ist.**

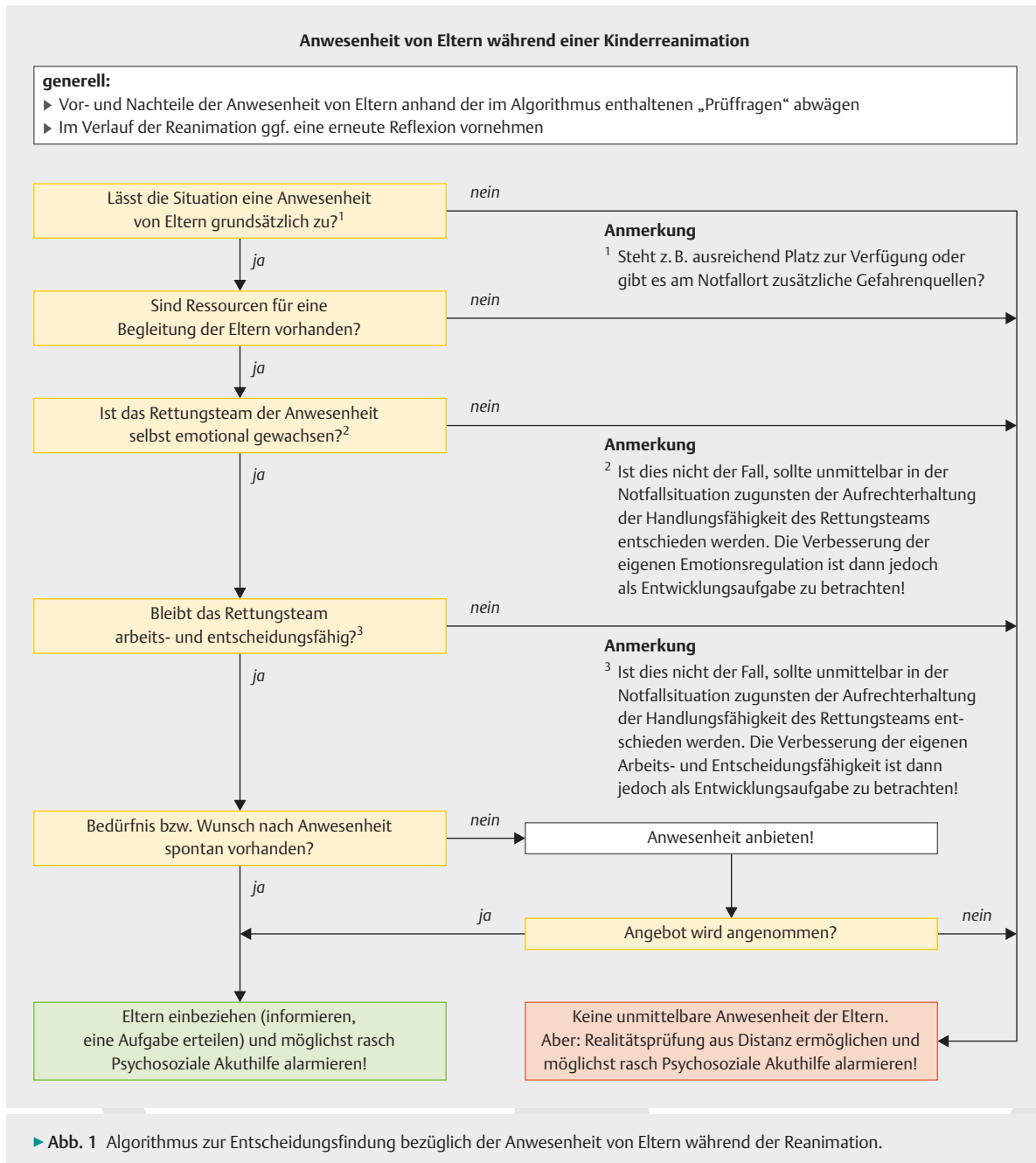
Sofern Eltern in der Akutsituation *nicht* anwesend sind, sollten sie so rasch wie möglich informiert werden. Idealerweise findet diese Benachrichtigung nicht telefonisch, sondern persönlich statt, und zumindest ein Elternteil wird umgehend abgeholt, um rasch an den Ort des Geschehens bzw. in ein Krankenhaus zu kommen. Das Abholen kann evtl. von der Polizei übernommen werden, dies ist dann über die Rettungsleitstelle zu organisieren.

**Anwesenheit von Kindern in einer Reanimationsituation**

Sind in einer Reanimationsituation von Kindern Geschwister oder Klassenkameraden anwesend, ergibt sich ein Dilemma: Einerseits sollten sie unbedingt vor den für sie belastenden und verstörenden Anblicken geschützt werden – beispielsweise einer Defibrillation, dem Legen eines intraossären Zugangs, der endotrachealen Intubation usw. Insofern empfiehlt es sich definitiv, Kinder vom Notfallgeschehen abzuschirmen [43]. Andererseits sollen aber auch Kinder erkennen und verstehen können, dass zumindest alles unternommen wird, um ein reanimationspflichtiges Kind zu retten. Vor diesem Hintergrund ergeben sich zwei praktikable Lösungsansätze:

- Kinder können abgeschirmt (in einen Nebenraum, ihr eigenes Zimmer usw. geschickt) werden. Dort sollten sie sich idealerweise mit einer Aktivität (einem Spiel, einem Kuscheltier) beschäftigen können. Regelmäßig und in möglichst kurzen Abständen sollte nach ihnen geschaut werden. Darüber hinaus sollte man sie explizit darüber informieren, dass es sich um eine ernste Situation handelt und dass nun aber auch professionelle Helfer vor Ort sind, die sich um das betroffene Kind kümmern.
- In Einzelfällen kann es durchaus angebracht sein, Kinder *aus einer sicheren Distanz heraus und fachlich begleitet* zuschauen zu lassen, um der Entstehung zusätzlich belastender Fantasien entgegenzuwirken und das Verständnis des Geschehens zu fördern [43]. Diese Vorgehensweise erfordert allerdings zwingend, dass Psychosoziale Akuthilfe bereits eingetroffen ist und eine kompetente Begleitung der Kinder sicherstellen kann.





### TAKE HOME MESSAGE

Wichtig zu wissen ist, dass man Kinder in einer Reanimationssituation keinesfalls unbeachtet einfach zuschauen lassen darf. Ebenso wenig sinnvoll ist es aber, Kinder lediglich fortzuschicken, wenn sie dann keine weiteren Informationen mehr erhalten und auf sich allein gestellt sind.

### Reanimationsmaßnahmen erläutern

Die aktuelle Situation und die einzelnen Maßnahmen, die bei einer Reanimation durchgeführt werden, sollten Eltern mit einfachen Worten verständlich gemacht werden [2]. Einige Formulierungsvorschläge lauten wie folgt:

- „Im Augenblick schlägt das Herz Ihres Kindes nicht, und Ihr Kind atmet nicht.“
- „Um weiterhin das Blut durch den Körper fließen zu lassen, machen wir die Herzmassage.“
- „Der Schlauch im Hals führt in die Luftröhre. So können wir Ihrem Kind Sauerstoff zuführen.“



- „Hier am Monitor sehen wir, was mit dem Herz Ihres Kindes los ist. Im Augenblick steht das Herz komplett still.“
- „Das ist jetzt eine sehr, sehr ernste Situation. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie es ausgehen wird. Es besteht absolute Lebensgefahr.“
- „Wir geben jetzt regelmäßig ein Medikament, das vielleicht helfen kann. Wir müssen schauen, ob es wirkt.“

### Hilfreiches Verhalten loben

Für – wie auch immer geartetes – hilfreiches Verhalten im Notfallgeschehen sollten Eltern ausdrücklich gelobt werden. Auf diese Weise wird das erwünschte Verhalten positiv verstärkt, und die Bezugspersonen gewinnen den für sie entlastenden Eindruck, dass sie ihrem Kind zumindest irgendwie noch ein wenig helfen konnten [2].

### Keinesfalls Kritik üben oder Vorwürfe machen

Dass den Eltern – umgekehrt – für ein eventuell kritikwürdiges Verhalten im Vorfeld oder während einer Reanimation keinesfalls Vorwürfe gemacht werden dürfen, versteht sich von selbst [2].

#### Cave

Äußerungen wie „Warum haben Sie denn nicht besser aufgepasst?“ oder „Jetzt hören Sie doch auf so zu schreien, damit helfen Sie Ihrem Kind auch nicht mehr!“ sind unangebracht.

### Keine „Hollywood“-Reanimation durchführen

Wird ein Kind von vornherein mit eindeutigen, unumkehrbaren Todeszeichen aufgefunden, sollen *keine* Wiederbelebungsmaßnahmen und auch kein Transport ins Krankenhaus mehr durchgeführt werden. Bogner et al. [44] verweisen explizit darauf, dass dies im Interesse der Eltern liegt. Demnach sind „Hollywood“-Reanimationen aus ethischen Gründen abzulehnen, auch wenn sie aus der guten Absicht heraus erfolgen, deutlich zu machen, dass „alles getan wurde“.

Viele Rettungsteams werden sicherlich einen starken inneren Impuls verspüren, auf jeden Fall noch mit einer Reanimation zu beginnen. Dies vermittelt jedoch falsche Hoffnungen und dürfte zumindest in einigen Fällen auch aus der (verständlichen!) Angst resultieren, Eltern mitteilen zu müssen, dass ihr Kind verstorben ist. Zudem können Wiederbelebungsversuche, die nur als „Alibi“ durchgeführt werden, massive Schuldgefühle wecken: Wird mit einer Beatmung und Herzdruckmassage zunächst noch begonnen, können Eltern z. B. annehmen, sie hätten nur Sekunden oder wenige Minuten früher zu reagieren brauchen, um ihr Kind vor dem Sterben zu bewahren [45].

### KERNAUSSAGEN

Die präklinische Kinderreanimation erfordert von Rettungsteams nicht nur hohe medizinische, sondern auch psychosoziale Handlungskompetenz. Im Umgang mit anwesenden Eltern und weiteren Kindern sollten in Reanimationsituationen und nach dem Tod eines Kindes zusammenfassend folgende Hinweise beachtet werden:

- Sorgen Sie dafür, dass ein bestimmtes Mitglied des Rettungsteams möglichst permanent als Ansprechpartner zur Verfügung steht.
- Beziehen Sie anwesende Eltern nach Möglichkeit aktiv in die Hilfeleistung ein und übertragen Sie ihnen eine einfache Aufgabe.
- Vermitteln Sie den Eltern ruhig und sachlich Informationen, insbesondere über die einzelnen Maßnahmen und den Verlauf der Wiederbelebung.
- Loben Sie hilfreiches Verhalten.
- Wenn sichere Todeszeichen vorliegen, führen Sie keine „Alibi“- bzw. „Hollywood“-Reanimation durch.

### Interessenkonflikt

#### Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/ interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/ Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/ Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein

#### Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

H.K. ist ehrenamtliches Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Verbandes der Verwaisten Eltern und Geschwister in Deutschland e. V.

### Autorinnen/Autoren



#### Prof. Dr. phil. Harald Karutz

Diplom-Pädagoge, Notfalleseelsorger und Notfallsanitäter, ist Professor für Psychosoziales Krisenmanagement an der MSH Medical School Hamburg. Die Psychosoziale Notfallversorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien stellt seit vielen Jahren einen seiner Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte dar. Ehrenamtlich ist er Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes der Verwaisten Eltern und trauernden Geschwister e. V. (VEID).

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Harald Karutz  
MSH Medical School Hamburg,  
Institute for Psychosocial Crisis Management (IPCM)  
Am Kaiserkai 1  
20457 Hamburg  
Deutschland  
harald.karutz@medicalschooll-hamburg.de

## Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen: Prof. Dr. med. Jan-Thorsten Gräsner, Kiel

## Literatur

- [1] Karutz H. Pädiatrische Notfallsituationen: Stress für alle Beteiligten. *Rettungsdienst* 2022; 45: 36–39
- [2] Karutz H. Die Psychologie der präklinischen Kinderreanimation. Wie verhalten Sie sich angemessen? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013; 48: 568–573. DOI: 10.1055/s-0033-1355239
- [3] Karutz H. Krisenintervention nach dem Tod eines Kindes. *Notfallmedizin up2date* 2024. DOI: 10.1055/a-2186-7028
- [4] Topijan AA, Berg RA, Nadkarni VM. Pediatric cardiopulmonary resuscitation: advances in science, techniques and outcomes. *Pediatrics* 2008; 122: 1086–1098. DOI: 10.1542/peds.2007-313
- [5] Katzenschlager S, Kelpanides IK, Ristau P. Out-of-hospital cardiac arrest in children: an epidemiological study based on the German Resuscitation Registry identifying modifiable factors for return of spontaneous circulation. *Crit Care* 2023; 27: 349. DOI: 10.1186/s13054-023-04630-3
- [6] Richter H, Poloczek S. Invasive ärztliche Maßnahmen durch Rettungsassistenten. Eine kritische Betrachtung. *NOTARZT* 2003; 19: 141–146
- [7] Bernhard M, Helm M, Luiz T et al. Pädiatrische Notfälle in der prähospitalen Notfallmedizin. Implikationen für die Notarztqualifikation. *Notfall Rettungsmed* 2011; 14: 554–566
- [8] Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J et al. Lebensrettende Maßnahmen bei Kindern (Paediatric Life Support, PLS). Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notfall Rettungsmed* 2021; 24: 650–719
- [9] Eich C, Landsleitner B. Die kardiopulmonale Reanimation von Kindern (Paediatric Life Support). *Pädiatrie up2date* 2016; 4: 367–381
- [10] Tegtmeyer F, Fischer T. Notfalltransporte im Kindesalter. *Notfallmedizin up2date* 2010; 5: 225–239
- [11] Fässler-Weibel P. Wenn Kinder im Notarztendienst sterben. Vom Umgang mit einer für alle beteiligten schwierigen Lebenssituation. *Notfall Rettungsmed* 2006; 9: 604–610
- [12] Nadler G, Schrödel M. Probleme bei der Ausbildung zum Rettungsassistenten und Rettungssanitäter. Ergebnisse einer Online-Umfrage. *Rettungsdienst* 2003; 22: 6–17
- [13] 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.
- [14] Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement AGNNW. Notärzte in NRW: Berufszufriedenheit und subjektiver Fortbildungsstand. *NOTARZT* 2004; 20: 133–138. DOI: 10.1055/s-2003-815019
- [15] Sefrin P, Brandt M. Die Bedeutung des Rettungsdienstes bei Verkehrsunfällen mit schädel-hirn-traumatisierten Kindern. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen; 2002.
- [16] Bartels U. Kindernotfälle. *NOTARZT* 2001; 17: 31–36. DOI: 10.1055/s-2001-12530
- [17] Kaji AH, Gausche-Hill M, Conrad H. Emergency medical services system changes reduce pediatric epinephrine dosing errors in the prehospital setting. *Pediatrics* 2006; 118: 1493–1500. DOI: 10.1542/peds.2006-0854
- [18] Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P et al. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notfall Rettungsmed* 2021; 24: 720–749
- [19] Kaerlein KT, Bohn A, Lukas RP. Abbruch einer Reanimation im Rettungsdienst. *Notfallmedizin up2date* 2014; 4: 327–338. DOI: 10.1055/s-0033-1358065
- [20] Karutz H. Psychische Belastungen von Helfenden bei Einsätzen mit Kindern. Karutz H, Juen B, Kratzer D, Warger R (eds.). *Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte Psychosozialer Notfallversorgung*. 2 ed. Innsbruck: Studia; 2023: 633–640
- [21] Lasogga F, Karutz H. Hilfen für Helfer. Belastungen, Folgen, Unterstützung. 2 ed. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2012.
- [22] Scheidl W. Herausforderungen der psychosozialen Notfallversorgung für Leitstellendisponenten [unveröff. Bachelorarbeit]. Hamburg: MSH Medical School Hamburg; 2023.
- [23] Lipp M, Paschen H, Jähnichen G et al. Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. *Notfall Rettungsmed* 1999; 2: 285–292
- [24] Helmerichs J. Psychosoziale Folgen des plötzlichen Säuglingstodes und Familienbetreuung. Kurz R, Kenner T, Poets C, Kerbl R, Vennemann M, Jorch G (eds.). *Der plötzliche Säuglingstod*. 2 ed. Wien: Springer; 2014: 97–108
- [25] Karutz H. Notfälle und Krisen in Schulen. Prävention, Nachsorge, Psychosoziales Management. 2 ed. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2020.
- [26] Gold K, Stamouli E, Zimmermann M. Rettungsdiensttraining für emotionale und medizinische Kompetenzen bei Kindernotfällen. *Rettungsdienst* 2009; 32: 1057–1061
- [27] Buruck G, Kircheis J. Emotionsregulation im RD-Einsatz: Wie sich Burnout- und Zynismus-Anzeichen vermeiden lassen. *Rettungsdienst* 2019; 42: 664–667
- [28] Murr C, Meis S. Für den Fall der Fälle: Pädiatrische Notfälle intensiv trainieren. *Rettungsdienst* 2014; 9: 820–822
- [29] Daub J, Mileder L, Jung P et al. Patientensicherheit in der Kindernotfallversorgung. *Notfall Rettungsmed* 2022; 25: 605–618
- [30] Gütlich C. Zertifizierte Kurssysteme: üben, üben, üben! *Retten* 2017; 6: 426–430
- [31] Rall M, Langewand S, Op Hey F. Crew Resource Management für den Rettungsdienst. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2022.
- [32] Lasogga F, Gasch B. Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 4 ed. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2006.
- [33] Kaufmann J, Laschat M, Wappler F. Medikamentenfehler bei Kindernotfällen. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 609–616. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0609
- [34] Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland (VEID). Wenn ein Kind stirbt. Hinweise für Ersthelfer und helfende Berufsgruppen. Leipzig: Eigenverlag; 2022.

- [35] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Psychosoziale Notfallversorgung. Qualitätsstandards und Leitlinien. Bonn: Eigenverlag; 2011.
- [36] Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Akuthilfe. Mindeststandards in der Psychosozialen Akuthilfe. Zugriff am 03. Juli 2024 unter: [https://notfallseelsorge.de/wp-content/uploads/2022-01\\_Mindeststandards-in-der-Psychosozialen-Akuthilfe\\_PSAH.pdf](https://notfallseelsorge.de/wp-content/uploads/2022-01_Mindeststandards-in-der-Psychosozialen-Akuthilfe_PSAH.pdf)
- [37] Karutz H, D'Amelio R, Pajonk FGB. Psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen. Notfallmedizin up2date 2012; 7: 121–134. DOI: 10.1055/s-0031-1298553
- [38] Nibert L, Ondrejka D. Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice. J Pediatr Nurs 2005; 20: 145–147. DOI: 10.1016/j.pedn.2004.05.017
- [39] 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. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.012
- [40] Boie ET, Moore GP, Brummet C et al. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. Ann Emerg Med 1999; 34: 70–74. DOI: 10.1016/s0196-0644(99)70274-x
- [41] Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL et al. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1998; 352: 614–617. DOI: 10.1016/s0140-6736(97)12179-1
- [42] Baskett P J F, Steen P A, Bossaert L. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Abschnitt 8 der Leitlinien zur Reanimation 2005 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 2006; 9: 155–163
- [43] Karutz H. Kinder als Zuschauer und Augenzeugen von Notfällen. Karutz H, Juen B, Kratzer D, Warger R (eds.). Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte Psychosozialer Notfallversorgung. 2nd ed. Innsbruck: Studia; 2023: 423–435
- [44] Bogner J C, Bogner C, Heiß J M. Plötzlicher Kindstod im Notarzteinsatz. NOTARZT 2009; 25: 127–130. DOI: 10.1055/s-0028-1090114
- [45] Daschner C. Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2001.

### Bibliografie

Notfallmedizin up2date 2024; 19: 353–370  
 DOI 10.1055/a-2269-9790  
 ISSN 1611-6550  
 © 2024. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
 70469 Stuttgart, Germany

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://cme.thieme.de/CXN9KJZ> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512024165725480



### Frage 1

Welche Aussage trifft zu?

- A Bundesweit stehen glücklicherweise Rettungsteams zur Verfügung, die auf die Durchführung von Kinderreanimationen spezialisiert sind.
- B Der Tod eines Kindes wird nicht anders erlebt als der Tod eines älteren Menschen.
- C Die präklinische Kinderreanimation gehört zum Einsatzalltag.
- D Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rettungsdienstmitarbeiter im Laufe eines Jahres eine Kinderreanimation durchführen muss, liegt bei 40%.
- E Präklinische Kinderreanimationen sind sehr seltene Ereignisse, in denen die übliche Routine und Handlungssicherheit fehlt.

### Frage 2

Wie häufig hat ein durchschnittlich tätiger Notarzt mit einer Kinderreanimation zu rechnen?

- A alle 2 Jahre
- B alle 4 Jahre
- C alle 9 Jahre
- D alle 10 Jahre
- E alle 15 Jahre

### Frage 3

Wodurch ist das Stresserleben bei einer Kinderreanimation gekennzeichnet?

- A Stresserleben in einer Reanimationssituation ist ausschließlich negativ zu bewerten.
- B Stresserleben in einer Reanimationssituation ist ausschließlich positiv zu bewerten.
- C Kinderreanimationen verursachen kein anderes Stresserleben als andere Reanimationen.
- D Stresserleben kann einerseits belastend erlebt werden, andererseits aber auch die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit steigern.
- E Das Stresserleben bei einer Kinderreanimation ist im Hinblick auf die notfallmedizinische Versorgung irrelevant.

### Frage 4

Wodurch ist die Reaktion von Eltern bei einer Kinderreanimation gekennzeichnet?

- A Eltern reagieren fast immer zunächst gelassen; der Tod ihres Kindes wird immer erst verzögert realisiert.
- B Typischerweise reagieren Eltern panisch.
- C Es gibt keine typische Reaktion, sondern es ist vielmehr mit unterschiedlichsten Reaktionsweisen zu rechnen.
- D Wenn Eltern sehr ruhig und gefasst reagieren, ist dies immer verdächtig und sollte das Rettungsteam unbedingt dazu veranlassen, die Polizei zu benachrichtigen.
- E Die Reaktion von Eltern beinhaltet immer die zeitliche Abfolge der 3 Phasen Trauer, Panik, dann Wut.

### Frage 5

Welches sind die Merkmale des Todesverständnisses?

- A Irreversibilität, Kontinuität, Empathie und Kausalität
- B Irreversibilität, Spezialisierung, Differenzierung und Kausalität
- C Irreversibilität, Universalität, Nonfunktionalität und Kausalität
- D Irreversibilität, Wachstum, Nonfunktionalität und Kontinuität
- E Kontinuität, Spezialisierung, Konkretisierung und Kritikalität

### Frage 6

Nur eine der Aussagen zum Todesverständnis von Kindern ist korrekt. Welche?

- A Das Todesverständnis von Kindern ist erst ab einem Alter von ca. 5 Jahren so entwickelt wie bei Erwachsenen.
- B Das Todesverständnis beinhaltet in der Pubertät typischerweise auch in sich widersprüchliche Vorstellungen, beispielsweise, dass ein Verstorbener im Sarg Langeweile hat.
- C Das Todesverständnis von Kindern ist für die Psychosoziale Akutversorgung irrelevant.
- D Durch das Todesverständnis von Kindern kann eine psychische Belastung verursacht werden; kindlich-naive Todesvorstellungen können aber auch entlastend und hilfreich wirken.
- E Es gibt kaum Unterschiede zwischen dem Todesverständnis von Kindern und dem eines Erwachsenen.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

### Frage 7

Zur Vorbereitung auf Kinderreanimationen ist welche Maßnahme wichtig?

- A sich emotional abzu härten und Gefühle möglichst vollständig abspalten und ausblenden zu können
- B eigene Emotionen regulieren zu können und sich mit den psychologischen Aspekten dieser Einsätze zu beschäftigen
- C emotionale Aspekte möglichst gar nicht erst an sich heranzulassen
- D ganz gelassen zu bleiben, weil man immer irgendwie improvisieren kann und dies in der Regel auch ausreichend ist
- E an einem Training teilzunehmen, in dem die Abspaltung von Gefühlen und eine besondere Abhärtung vermittelt werden

### Frage 8

Psychosoziale Akuthelfende ...

- A sollten erst nach der Todesfeststellung alarmiert werden, um nicht vorzeitig für eine Beunruhigung der Angehörigen zu sorgen.
- B sollten gerade bei einer Kinderreanimation stets so früh wie möglich alarmiert werden.
- C kommen generell immer erst im Anschluss an den Rettungsdienst zum Einsatz.
- D werden ausschließlich von der Polizei alarmiert, sofern dies unbedingt erforderlich ist.
- E sollten nur dann zum Einsatz kommen, wenn es auch wirklich um religiöse Bedürfnisse der Betroffenen geht.

### Frage 9

Welche der folgenden Aussagen hinsichtlich der Anwesenheit von Eltern bei einer Kinderreanimation ist korrekt?

- A Eltern sollten bei einer Kinderreanimation unbedingt den Raum verlassen, weil das Reanimationsgeschehen für sie traumatisch ist und ihnen daher erspart werden sollte.
- B Grundsätzlich sollten Eltern während einer Kinderreanimation den Raum verlassen, damit sie nicht im Weg stehen und die Reanimationsmaßnahmen beeinträchtigen.
- C Nach Möglichkeit sollten Eltern bei einer Kinderreanimation einbezogen werden, um eine Realitätsprüfung vorzunehmen und wahrzunehmen, dass „alles getan worden ist“.
- D Eltern sollten bei einer Kinderreanimation nach Möglichkeit anwesend bleiben; Körperkontakt zu ihrem Kind gilt es jedoch zwingend zu vermeiden.
- E Nach Möglichkeit sollten Eltern bei der Reanimation ihres Kindes immer nur aus der Ferne zuschauen, damit sie nicht zu viel von den belastenden und verstörenden Reanimationsmaßnahmen mitbekommen.

### Frage 10

Was wird unter einer „Hollywood“-Reanimation verstanden? Als „Hollywood“-Reanimationen werden Reanimationsmaßnahmen bezeichnet, ...

- A die keine Aussicht auf Erfolg mehr haben und daher strikt zu unterlassen sind.
- B die selbst in hoffnungslosen Fällen durchgeführt werden, um Eltern zu vermitteln, dass auf jeden Fall noch alles getan wurde.
- C die so sorgfältig durchgeführt werden, dass sie die psychische Belastung der anwesenden Eltern deutlich reduzieren.
- D die auch dann noch durchzuführen sind, wenn bereits sichere Todeszeichen erkennbar sind.
- E bei denen man etwaige Versorgungsfehler durch eine entsprechende Inszenierung sorgfältig vertuscht.