

Persönliche PDF-Datei für Karutz H.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Krisenintervention nach dem Tod eines Kindes

Notfallmedizin up2date

2025

101–119

10.1055/a-2186-7028

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

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Notfallmedizin up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1611-6550

Krisenintervention nach dem Tod eines Kindes

Harald Karutz

VNR: 2760512025167575849

DOI: 10.1055/a-2186-7028

Notfallmedizin up2date 2025; 20 (1): 101–119

ISSN 1611-6550

© 2025 Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Forensische Aspekte bei pädiatrischen Todesfällen J. Görg, C.-S. Schwarz, T. Germerott Heft 4/2024

Psychologisch angemessenes Verhalten bei Reanimationen von Kindern und Jugendlichen H. Karutz Heft 3/2024

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

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 zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:

<https://eref.thieme.de/1ES9S>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet?

Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung

Krisenintervention nach dem Tod eines Kindes

Das tote Kind am Einsatzort – Teil 3

Harald Karutz



Der plötzliche, notfallbedingte Tod von Kindern gehört zu den belastendsten Einsatzsituationen, mit denen man im Rettungsdienst überhaupt konfrontiert werden kann. Emotionale Reaktionen von Eltern sind mitunter kaum auszuhalten. Angesichts des traurigen und tragischen Notfallgeschehens werden häufig Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle erlebt. Der Beitrag gibt einen Überblick über Maßnahmen der Krisenintervention und enthält Empfehlungen für eine angemessene Einsatznachsorge.

ABKÜRZUNGEN

AGUS	Nachsorge- bzw. Selbsthilfegruppen der Angehörigen um Suizid
CISM	Critical Incident Stress Management
ENT	Einsatznachsorgeteams
GEPS	Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod
PSU	psychosoziale Unterstützung
SbE	Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
VEID	Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e. V.

HINWEIS

Die in diesem Beitrag enthaltenen Zitate wurden tatsächlich von Betroffenen geäußert. Zum Schutz der jeweiligen Personen und aus didaktischen Gründen wurden einzelne Formulierungen jedoch geringfügig modifiziert.

HINWEIS

Einige wenige Textpassagen des Beitrags wurden in modifizierter Form aus einer früheren Publikation des Autors übernommen, die ebenfalls im Thieme Verlag erschienen ist: Karutz H. Die Psychologie der präklinischen Kinderreanimation. Wie verhalten Sie sich angemessen? Anästhesie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2013; 48: 568–573.

Einleitung

Mit dem Tod eines Kindes konfrontiert zu werden, wird in der Regel grausamer, trauriger und tragischer erlebt als das Sterben eines älteren Menschen. Der plötzliche, notfallbedingte Tod eines Kindes verursacht in besonderer Weise Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle sowie eine kognitive Dissonanz, weil er dem natürlichen Lebensverlauf widerspricht und daher schwerer zu akzeptieren ist als der Tod eines hochbetagten Menschen [1].

In diesem Beitrag werden einige Hinweise zur Krisenintervention nach dem Tod eines Kindes gegeben. Das Thema ist anspruchsvoll und komplex, sodass hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Über die vorliegende Darstellung hinaus sind viele Ereigniskonstellationen denkbar, die abweichender oder zusätzlicher Kriseninterventionsstrategien bedürfen. Insbesondere gilt dies für Tötungsdelikte sowie den Tod von palliativmedizinisch begleiteten Kindern. Auch spezielle Fragestellungen im Hinblick auf eine etwaige Organspende können im vorgegebenen Rahmen nicht thematisiert werden; diese Aspekte bedürfen einer eigenen Betrachtung.

HINWEIS

Die psychologischen Herausforderungen der Reanimation von Kindern wurden bereits in einem korrespondierenden Beitrag thematisiert (Karutz H. Psychologisch angemessenes Verhalten bei Reanimationen von Kindern und Jugendlichen. In: Notfallmedizin up2date 2024; 19: 353–370).

HINTERGRUNDWISSEN**Statistische Angaben zu plötzlichen, notfallbedingten Todesfällen von Kindern**

Der Statistik der Schülerunfallversicherung sind für das Jahr 2022 bundesweit 8 tödliche Schulunfälle und 17 tödliche Schulwegunfälle zu entnehmen [2].

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 2022 insgesamt 51 Kinder bei Unfällen im Straßenverkehr tödlich verletzt [3].

In der Todesursachenstatistik für Deutschland wurden 2022 672 Todesfälle von Kindern registriert, die auf Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen zurückzuführen sind [4].

20 Kinder (8 Jungen und 12 Mädchen) unter 15 Jahren und 172 Kinder bzw. Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren (119 Jungen und 53 Mädchen) haben sich 2022 suizidiert [5].

101 Kinder wurden 2022 Opfer eines Tötungsdelikts. Der weit überwiegende Teil der getöteten Kinder war dabei jünger als 6 Jahre [6].

Die Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes ist in Deutschland in den vergangenen 30 Jahren stark gesunken: Hier stehen 84 Fälle im Jahr 2020 1285 Fällen, die noch 1991 registriert wurden, gegenüber. Dies entspricht einem Rückgang um 93% [7].

Maßnahmen nach der Feststellung des Todes eines Kindes

Wenn ein Kind gestorben ist, gibt es in der Akutsituation nichts, das auch nur ansatzweise Trost spenden kann. Das Geschehene ist „un-fassbar“, d.h. tatsächlich „nicht zu begreifen“. Dies zunächst einmal ernsthaft anzuerkennen und gemeinsam mit Hinterbliebenen *auszuhalten*, erfordert von jedem Mitglied eines Rettungsteams eine gereifte, reflektierte und gefestigte Persönlichkeit.

Gleichwohl können Rettungsteams nach dem Tod eines Kindes einige spezielle Aspekte beachten, die vor allem im späteren Trauerprozess hilfreich sind, die dabei helfen können, die Bewältigung einer traumatischen Verlust-erfahrung zu unterstützen, und die dazu beitragen, unnötige Zusatzbelastungen zu vermeiden (s. Infobox).

PRAXIS**Bedeutung von Kriseninterventionsmaßnahmen**

Angemessene Kriseninterventionsmaßnahmen können den Weg für einen günstigen Verarbeitungsprozess bereiten und werden in vielen Fällen auch nach Jahren noch von Betroffenen sehr positiv erinnert („Ich weiß noch genau, was der Notarzt damals gesagt hat. Das ganze Rettungsteam hat großartig reagiert.“). Umgekehrt kann unangemessenes Verhalten in einer Notfallsituation als enorme Belastungsverstärkung in Erinnerung bleiben („Wie kalt die damals reagiert haben. Und wie mit mir gesprochen worden ist. Das fand ich damals schon schlimm, und ich finde es heute immer noch schlimm.“).

Teilweise ist die Erinnerung an problematische Verhaltensweisen oder Äußerungen des Rettungsteams sogar belastender als das eigentliche Notfallgeschehen. Aus diesem Grund kommt nicht nur der medizinischen, sondern auch der psychosozialen Handlungskompetenz von Rettungsteams eine sehr hohe Bedeutung zu.

Verhalten des Rettungsteams

Ist der Tod eines Kindes festgestellt worden, sollte das Rettungsteam sich unbedingt Zeit nehmen und den Notfallort keinesfalls voreilig und sozusagen „fluchtartig“ verlassen, auch wenn man dies am liebsten tun würde, weil die Situation, in der man sich dann befindet, äußerst belastend ist [8, 9]. Einfach nur anwesend zu bleiben, stellt insofern bereits eine Herausforderung dar – für die Hinterbliebenen ist es aber wichtig, dass Rettungskräfte sich nicht sofort verabschieden, sondern noch vor Ort bleiben (► **Tab. 1**).

TAKE HOME MESSAGE

Die Reaktionen von Familienangehörigen nach der Todesfeststellung auszuhalten, ist zweifellos schwierig. Vielen Mitgliedern von Rettungsteams hilft es aber auch selbst, sich noch einige Zeit um die Angehörigen kümmern zu können, bis beispielsweise Psychosoziale Akuthelfer eingetroffen sind. Nach der Beendigung von Reanimationsmaßnahmen Psychische Erste Hilfe zu leisten, beinhaltet einerseits einen gewissen „Rollenwechsel“. Andererseits kann man auf diese Weise eben doch noch etwas Gutes tun und erlebt sich selbst nicht als so ohnmächtig, wie wenn man nur noch seine Gerätschaften einräumen und den Ort des Geschehens frustriert verlassen würde [10].

► **Tab. 1** Handlungsempfehlungen nach der Feststellung des Todes eines Kindes: Dos and Don'ts.

zu tun (Dos)	zu unterlassen (Don'ts)
für einige Zeit am Einsatzort verbleiben	vorschnell den Einsatzort verlassen
Todesnachricht in klaren, unmissverständlichen Worten mitteilen	Todesnachricht verschleiern
Namen des verstorbenen Kindes verwenden	anonym von „einem Kind“ sprechen
ehrlche Anteilnahme und ggf. auch eigene Betroffenheit zeigen	Floskeln verwenden
unterschiedlichste Trauerreaktionen akzeptieren und legitimieren	Trauerreaktionen bewerten
Unwissenheit eingestehen	über die Todesursache spekulieren und Mutmaßungen äußern
auf medikamentöse Sedierung möglichst verzichten	für rasche Sedierung sorgen
aktiv und geduldig zuhören	auf Hinterbliebene einreden
etwaige Schuldgefühle ernst nehmen	etwaige Schuldgefühle „wegwischen“
Benachrichtigung der Polizei erläutern	Eintreffen der Polizei im Vorfeld verheimlichen
Abschiednahme grundsätzlich ermöglichen und anbieten	von einer Abschiednahme pauschal abraten

Todesnachricht verständlich aussprechen

Die Todesnachricht sollte Eltern einerseits empathisch, andererseits auch mit sehr klaren, unmissverständlichen Worten mitgeteilt werden („Wir haben wirklich alles getan, was wir konnten, aber Ihr Kind ist tot“, nicht: „Wir haben die Reanimation beendet“) [10]. In manchen Fällen wird es eventuell auch notwendig sein, eine solche Todesnachricht mehrfach zu wiederholen [8].

Merke

Unbedingt sollte der Name des Kindes verwendet werden: Auf diese Weise wird deutlich, dass auch das Rettungsteam das verstorbene Kind als einzigartiges Individuum (und nicht als anonymen Patienten) wahrgenommen hat [10].

Eine ebenfalls wichtige und hilfreiche Information könnte darin bestehen, dass der Tod des Kindes sehr schnell eingetreten ist und das Kind beispielsweise keine Schmerzen gehabt hat. Wenn dies zutrifft – aber auch wirklich nur dann –, kann man dies den Eltern sagen. Keinesfalls darf jedoch gelogen werden, um zu beschwichtigen oder vermeintlich für eine Entlastung zu sorgen: Stellt sich später heraus, dass das Kind sehr wohl gelitten hat und Eltern die Unwahrheit gesagt wurde, wird ihre Belastung nur umso größer sein.

Informationen zur Todesursache sollten nur gegeben werden, wenn sie bereits klar und eindeutig zu erkennen sind. Wenn sich später eine andere Ursache als die zunächst vermutete herausstellt, kann dies für den Trauerprozess u. U. problematisch sein. Von Mutmaßungen und Spekulationen („Das sieht mir sehr danach aus, als ob ...“) ist generell Abstand zu nehmen. Bei bestehenden Unklarheiten ist es günstiger, das fehlende Wissen ehrlich einzugeste-

hen: „Ich kann im Moment nicht sagen, was *genau* zum Tod geführt hat. Das müssen weitere Untersuchungen zeigen.“

Reaktionen legitimieren und akzeptieren

Wichtig zu wissen ist, dass Menschen, die eine Todesnachricht erhalten haben, sehr unterschiedlich reagieren können und diese Reaktionen sich einer Bewertung entziehen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Reaktionen – alles ist zunächst einmal legitim und verständlich – „alles darf sein“ [10]. Das gilt explizit auch für eine scheinbare Teilnahmslosigkeit bzw. eine gerade ausbleibende emotionale Reaktion, die man sicherlich am ehesten erwarten würde.

Die Nachricht vom Tod eines Kindes kann jedoch zu einer so starken Betroffenheit führen, dass es zu *Dissoziationen* kommt. In solchen Fällen wird das Geschehen nicht mehr realistisch wahrgenommen oder auch verleugnet: „Meine Tochter wird gleich wieder zu sich kommen. Da bin ich ganz sicher.“ Ein derartiges Verhalten hat nicht etwa mit einem grundsätzlichen kognitiven Defizit zu tun, sondern deutet lediglich auf eine extreme Überlastung bzw. Überforderungssituation hin, die eine reguläre Informationsverarbeitung vorübergehend unmöglich macht.

TIPP

In der Akutsituation empfiehlt es sich, jegliche Reaktionen verständnisvoll hinzunehmen. Nur bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung und wenn in einem verzweifelten Aggressionsausbruch z. B. größere Sachschäden verursacht werden, sollte eine Intervention erfolgen.

FALLBEISPIELE

Nach dem Tod seines Sohnes verliert ein Vater komplett die Beherrschung. Er schreit und schlägt voller Wut auf die Möbel im Wohnzimmer ein. Unter anderem wirft er auch mit Gegenständen um sich. Hier kann eventuell noch einen kurzen Augenblick abgewartet werden, ob der Mann sich beruhigt. Ansonsten wird von den anwesenden Rettungskräften selbstverständlich eingegriffen werden müssen. Notfalls – wenn eine Beruhigung unmöglich erscheint – ist auch die Polizei einzubeziehen.

Nach dem Tod ihrer Tochter äußert die alleinerziehende Mutter, dass ihr Leben nun auch zu Ende sei. Ohne ihre Tochter habe ihr Leben keinen Sinn mehr. Ihre Tochter sei das Einzige gewesen, was ihr noch Lebensmut gegeben habe. Nun wisse sie, was sie zu tun habe. Derartige Suizidandeutungen können und dürfen natürlich nicht ignoriert werden.

Nach dem Tod eines Kindes reagieren die offenbar sehr religiösen Eltern äußerst gefasst und teilen dem irritierten Rettungsteam mit: „Wenn Gott es so wollte, ist es in Ordnung für uns. Wir haben das hinzunehmen, und Gott wird seine Gründe haben“. Eine solche Reaktion mag verwundern. Ob man selbst eine solche Reaktion nachvollziehen kann oder nicht, ist nicht von Bedeutung.

Beileidsbekundung und Umgang mit eigener Betroffenheit

Floskeln sind als Trost prinzipiell ungeeignet. Insbesondere gilt dies für Formulierungen wie: „Glauben Sie mir, es war besser so!“ Für Eltern kann der plötzliche, notfallbedingte Tod eines Kindes *niemals* „gut“ sein [10]! Auch Hinweise auf ein weiteres Kind („Sie haben doch immer noch ein Kind!“) oder darauf, dass auch noch ein Kind gezeugt werden könnte („Sie sind noch so jung – da ist noch alles möglich!“), verbieten sich strikt, weil sie das verstorbene Kind entwerten und entwürdigen.

Cave

Solche Äußerungen können auch so interpretiert werden, als ob ein einzigartiges, geliebtes Kind ohne Weiteres durch ein anderes ersetzbar wäre [9]. Dies stellt eine massive verbale Verletzung dar!

Tatsächliche eigene Betroffenheit können und dürfen Rettungsfachkräfte jedoch zeigen. Authentische Äußerungen wie z. B. „Ich weiß gar nicht, was ich jetzt sagen soll!“ werden mitunter sogar hilfreicher erlebt als eine formelle Beileidsbekundung [10]. Wenn ein Mitglied des Rettungsteams selbst weinen sollte, weil ihm der Tod eines Kindes besonders nahegeht, ist auch dies kein Problem. Im Ge-

genteil: Eine solche Reaktion ist zutiefst menschlich, und sie muss niemandem unangenehm sein.

In Ordnung ist es auch, schlichtweg *nichts* zu sagen: Es muss nicht permanent geredet werden; vielmehr können auch das gemeinsame Schweigen bzw. die gemeinsame Sprachlosigkeit sowie das Aushalten von Stille wertvoll und unterstützend sein [10].

Gegen behutsamen körperlichen Kontakt wie z. B. eine Umarmung ist grundsätzlich nichts einzuwenden, *wenn sie von einem Hinterbliebenen ausgeht* und von einem Mitglied des Rettungsteams ebenfalls als unproblematisch erachtet wird. Eine Umarmung, die von einer Rettungsfachkraft aufgenommen wird („Ich muss Sie jetzt einfach mal feste drücken!“), ist prinzipiell jedoch übergreifig und sollte eher unterlassen werden.

TAKE HOME MESSAGE

Welcher körperliche Kontakt in einem psychischen Ausnahmezustand akzeptabel und angemessen ist, kann nicht pauschal und allgemeingültig beschrieben werden. Immer gilt es, sehr sensibel auf individuelle Bedürfnisse eines Hinterbliebenen zu achten sowie Nähe und Distanz zueinander respektvoll so zu regulieren, dass es letztlich hilfreich erlebt wird.

Auf medikamentöse Sedierung möglichst verzichten

Medikamente zur Beruhigung sollten Eltern in pädiatrischen Notfallsituationen möglichst nicht gegeben werden. Viele Eltern bereuen später, dass sie das Notfallgeschehen dadurch nur noch eingeschränkt wahrnehmen konnten [10]. Auch der spätere Trauerprozess wird durch die Gabe von Sedativa erschwert.

Merke

Ohnehin wird angenommen, dass Beruhigungsmittel oftmals nur deshalb gegeben werden, weil Rettungskräfte es selbst nicht aushalten können, die Betroffenheit der Hinterbliebenen mitzuerleben [8, 11].

Etwaige Schuldgefühle nicht „wegwischen“

Werden Schuldgefühle geäußert, obwohl es objektiv betrachtet dafür keine Veranlassung gibt, sollten diese nicht vorschnell „weggewischt“ werden, weil sie mitunter auch eine hilfreiche Funktion erfüllen können. In einigen Fällen wirkt die Annahme eigener Schuld beispielsweise Ohnmachtsgefühlen entgegen. Sie können auch eine Erklärung bieten, wenn es ansonsten keine Erklärung für das Geschehene gibt. Es empfiehlt sich daher zunächst ein aufmerksames, verständnisvolles, geduldiges und aktives Zuhören ohne eine Wertung oder Kommentierung des Gesagten.

Lediglich der *Äußerung von Mutmaßungen oder Überzeugungen*, die eindeutig unsinnig sind, aber dennoch für eine erhebliche psychische Belastung sorgen, kann eventuell eine zutreffendere Erklärung entgegengesetzt werden. In einem solchen Fall kann ggf. behutsam darauf hingewiesen werden, dass eine bestimmte Annahme sicherlich unzutreffend ist („Ihr Kind kann nicht gestorben sein, weil Sie so laute Musik gehört haben. Das ist definitiv ausgeschlossen!“).

Sofern *tatsächlich* ein schuldhaftes Handeln erkennbar sein sollte, das zum Tod eines Kindes geführt hat, hat das Rettungsfachpersonal keinerlei Vorwürfe zu äußern. Die juristische Aufarbeitung liegt in der Zuständigkeit von Polizei und Staatsanwaltschaft, eine moralische Bewertung – erst recht eine Verurteilung („Wie konnten Sie nur?“) – hilft in der Akutsituation niemandem.

FALLBEISPIELE

Ein Großvater setzt auf einem Garagenhof unachtsam einen PKW zurück und übersieht dabei sein Enkelkind: Das Kind wird überrollt und tödlich verletzt.

Ein Jugendlicher schubst einen Klassenkameraden, während die beiden auf dem Bahnsteig stehen. Der geschubste Junge verliert das Gleichgewicht, stürzt vor die einfahrende S-Bahn und wird dabei tödlich verletzt.

Benachrichtigung der Polizei erläutern

Darauf, dass bei einer ungeklärten Todesart bzw. -ursache grundsätzlich immer die Polizei zur Einsatzstelle kommt und ggf. auch Ermittlungen aufnimmt, müssen Eltern unbedingt vorbereitet werden [9, 10, 12].

Merke

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass mit der Anforderung der Polizei keine Schuldzuweisung und auch kein konkreter Verdacht verbunden ist. Vielmehr handelt es sich um einen „formellen Automatismus“ [13].

Weiterführende Krisenintervention

Im günstigsten Fall können Notfallseelsorgende und Mitglieder von Kriseninterventionsteams an die Maßnahmen eines Rettungsteams anknüpfen. Vom Rettungsteam sollte auf jeden Fall noch eine Übergabe erfolgen, sodass sich auch im Hinblick auf die psychosoziale Begleitung von Hinterbliebenen kein Bruch in der Versorgungskette ergibt.

In Absprache mit der Polizei sowie den Psychosozialen Akuthelfenden kann das Rettungsteam dann auch die Einsatzstelle verlassen – es sei denn, es wird vom Rettungs-

team selbst gewünscht, weiterhin vor Ort bleiben zu können. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, in diesem Fall ist aber eine Rücksprache mit der Rettungsleitstelle angebracht.

Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass die Anzahl der Einsatzkräfte im Verlauf des weiteren Geschehens deutlich reduziert wird. Gerade bei Kinderreanimationen bzw. beim Tod eines Kindes sind oftmals sehr viele Personen involviert. Neben der Besetzung von Rettungswagen und Notarzt-Einsatzfahrzeug ist ggf. noch ein Kindernotarzt einbezogen worden. Die Polizei entsendet Beamte aus dem regulären Streifendienst, und es kommt die Kriminalpolizei hinzu (s. u.) [10].

PRAXIS

Psychosoziale Akuthilfe

Einerseits sollen Rettungskräfte daher noch einige Zeit vor Ort bleiben, andererseits sollte der anwesende Personenkreis nicht übermäßig groß sein. Wenn Psychosoziale Akuthelfende eingetroffen sind, kann das Rettungsteam sich in der Regel verabschieden. Die weiteren Maßnahmen liegen dann vorrangig in den Händen der Psychosozialen Akuthelfenden.

Auch die Maßnahmen, für die v. a. Notfallseelsorgende bzw. Mitglieder eines Kriseninterventionsteams zuständig sind, werden nachfolgend aber dennoch dargestellt, um Rettungskräften Hintergrundinformationen für die weitere Versorgung zu vermitteln und ein Grundverständnis von Kriseninterventionsstrategien in derartigen Situationen zu ermöglichen. Zudem können auch Rettungskräfte sich an diesen Maßnahmen beteiligen, wenn sie den Eindruck haben, dass dies auch für sie selbst hilfreich sein könnte.

Abschiednahme, sofern gewünscht, ermöglichen

Viele, aber nicht alle Eltern möchten sich ganz bewusst von ihrem toten Kind verabschieden. Sie möchten z. B. noch etwas Zeit mit ihrem Kind verbringen, es eventuell noch einmal in den Arm nehmen oder zumindest anfassen. Wenn es irgendwie möglich ist, sollte diesem Wunsch stattgegeben werden. Pauschal von einer Abschiednahme abzuraten, nur weil man dies selbst womöglich zu grausam findet, ist unangebracht. Tatsächlich kann eine konkrete Abschiednahme für den Trauerprozess hilfreich sein [10].

Gleichwohl ist unbedingt eine sorgfältige Vorbereitung der Abschiednahme erforderlich. Um Irritationen der Hinterbliebenen zu vermeiden, wäre es sicherlich wünschenswert, wenn Spuren der medizinischen Versorgung beseitigt werden könnten.

Cave

Aus rechtsmedizinischen Gründen sind venöse und intraossäre Zugänge sowie Beatmungstuben jedoch im Körper zu belassen, weil eine unreflektierte Entfernung solcher Materialien die Todesursachenermittlung erschweren kann.

Unabhängig davon ist der Leichnam eines Kindes so würdevoll wie möglich aufzubahren. Der Kopf und vor allem das Gesicht eines Kindes sollten in der Regel sichtbar bleiben und nicht zugedeckt werden [8].

Bei äußerlich erkennbaren Verletzungen ist zu bedenken, dass Eltern diese oftmals anders wahrnehmen, als man es sich selbst vorstellen mag. Sichtbare Verletzungen müssen jedenfalls nicht zwingend dazu führen, dass man Eltern den Anblick ihres verstorbenen Kindes vorenthält. Allerdings muss im Vorfeld klar und unmissverständlich darauf hingewiesen werden, dass ggf. bestimmte Verletzungen zu sehen sind. Ein geeignet erscheinender Formulierungsvorschlag lautet: „Man sieht Ihrem Kind die Verletzungen an, die zum Tod geführt haben“ [10].

Merke

Entstellende, schwerste Verletzungen, Verbrennungen und Verstümmelungen sollten abgedeckt werden und auch bei der Abschiednahme abgedeckt bleiben.

Wenn Eltern in der Aufregung des Notfallgeschehens selbst nicht daran denken, sollten sie auf die Möglichkeit des Abschiednehmens aufmerksam gemacht werden, ohne sie dazu zu drängen: Wer nicht oder zumindest nicht in der Akutsituation Abschied nehmen möchte, muss dies selbstverständlich auch nicht tun; die jeweilige Entscheidung ist freizustellen. In der Regel kann der Leichnam eines verstorbenen Kindes auch später beim Bestatter noch einmal besucht und angeschaut werden. Dieser Hinweis ist insbesondere auch im Hinblick auf die Abschiednahme von Geschwisterkindern zu beachten (s. Infobox „Abschiednahme von anderen Kindern“).

Cave

Nicht unerwähnt bleiben darf an dieser Stelle, dass die Abschiednahme von einem verstorbenen Kind mit dem Interesse der Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft kollidieren kann, Hinweise auf eine mögliche Straftat zu sichern.

In Schätzungen wird beispielsweise davon ausgegangen, dass in 1–5% der (vermeintlichen) Fälle des plötzlichen Säuglingstodes (SIDS) eine vorsätzliche Kindstötung vorliegt. Daher sollte auf jeden Fall eine möglichst genaue Dokumentation sämtlicher Maßnahmen sowie eventuell vorgenommener Veränderungen erfolgen [13].

Merke

Eine Abschiednahme ist immer nur in der Art und Weise möglich, wie sie von der Polizei zugelassen wird. Mitunter wird z. B. darauf bestanden, dass eine Polizeibeamtin bzw. ein Polizeibeamter dabei anwesend ist. Wenn eine Abschiednahme dadurch grundsätzlich möglich gemacht wird, ist ein solches Prozedere jedoch ausdrücklich zu begrüßen [10].

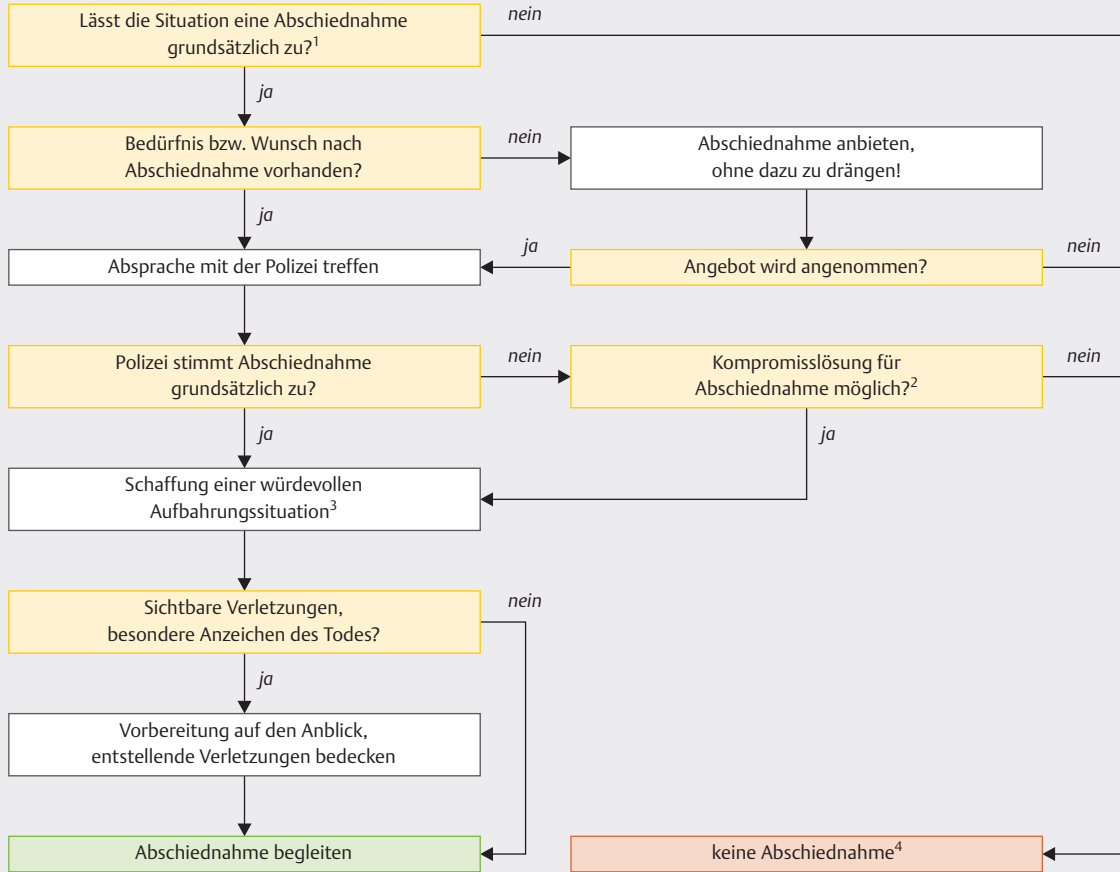
Eine zusammenfassende Übersicht, wann und unter welchen Umständen eine Abschiednahme von einem verstorbenen Kind stattfinden kann, ist in ► **Abb. 1** dargestellt.

PRAXIS**Abschiednahme von anderen Kindern**

Für die Abschiednahme von Geschwisterkindern gilt grundsätzlich das Gleiche wie für die Abschiednahme Erwachsener: Ein verstorbenes Geschwisterkind noch einmal zu sehen und anzufassen, kann hilfreich sein, um zu verstehen, was „tot“ bedeutet. Eine solche Abschiednahme ist aber nur dann angemessen, wenn sie dem Wunsch eines Kindes entspricht und absolut freiwillig erfolgt. Zudem muss eine besonders sorgfältige Vorbereitung und Begleitung der Abschiednahme gewährleistet sein [1]. Insbesondere die Herrichtung des Leichnams sowie die Gestaltung der Aufbahrungssituation stellt eine Herausforderung dar, der sich zu einem etwas späteren Zeitpunkt und mit mehr Ruhe – beispielsweise bei einem Bestatter – u. U. besser gerecht werden lässt als in der unmittelbaren Akutsituation. Meist kann die Abschiednahme eines Kindes von einem verstorbenen Kind dann auch von erwachsenen Bezugspersonen etwas besser begleitet werden als direkt im Anschluss an ein dramatisches Notfallgeschehen.

Abschiednahme von einem verstorbenen Kind

generell:
Abschiednahme darf nur absolut freiwillig erfolgen!



Anmerkungen

¹ Ausschlusskriterien sind z. B.:

- ▶ Notfallort kann bzw. darf von den Eltern nicht betreten werden
- ▶ Verstümmelung des Leichnams

² Eine Kompromisslösung könnte z. B. darin bestehen, dass die Abschiednahme nur im Beisein der Polizei stattfindet.

³ Zur Schaffung einer würdevollen Aufbahrungssituation gehört z. B.:

- ▶ Spuren der Reanimation beseitigen
- ▶ Leichnam in eine würdevolle Position bringen
- ▶ Achtung: alle vorgenommenen Veränderungen sorgfältig dokumentieren

⁴ Verabschiedung ist evtl. auch noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich. In Absprache mit den Hinterbliebenen kann ggf. eine Erinnerungsmöglichkeit geschaffen werden (Haarlocke, Foto).

▶ **Abb. 1** Algorithmus zur Entscheidung, wann und unter welchen Umständen eine Abschiednahme von einem Kind stattfinden kann.

FALLBEISPIEL

Dass Kinder mitunter recht unbefangen mit einer Verabschiedungssituation umgehen, kann mit einem realen Beispiel aus der Praxis verdeutlicht werden:

Ein 11-jähriger Junge besucht seinen verstorbenen, 9-jährigen Bruder, der beim Bestatter aufgebahrt worden ist. Er sagt: „Alexander sieht schon etwas anders aus als sonst.“ Zugleich relativiert er selbst: „Aber nur ein bisschen anders!“ Anschließend berührt er die Hand seines Bruders und meint: „Oh, die ist aber kalt.“ Dann schaut er auf seinen Brustkorb: „Stimmt. Der [sein Bruder] atmet wirklich nicht mehr“. Darauf ist er von einer Notfallseelsorgerin hingewiesen worden. Dennoch legt er ihm eine Tafel seiner Lieblingsschokolade in den Sarg – das hat er gemeinsam mit seinen Eltern und der Notfallseelsorgerin so abgesprochen. Nach dem Besuch bei seinem Bruder seufzt er tief und sagt: „Immerhin muss er jetzt nicht mehr so früh aufstehen. Das wird ihn freuen! Das frühe Aufstehen hat er immer gehasst.“

Erinnerungsmöglichkeit schaffen

In manchen Fällen kann es hilfreich sein, wenn Eltern eine Erinnerung an ihr Kind aufbewahren können, beispielsweise eine abgeschnittene Haarlocke oder ein Foto des verstorbenen Kindes [10]. Eventuell kann das Rettungsteam fragen, ob die Eltern noch ein Foto von ihrem verstorbenen Kind machen möchten. Insbesondere wenn weitere Bezugspersonen (z. B. Großeltern) den Tod des Kindes nicht miterlebt haben und auch keine Gelegenheit hatten, sich von dem verstorbenen Kind zu verabschieden, können solche Fotografien zu einem späteren Zeitpunkt hilfreich sein [1, 14].

Merke

Die Entscheidung, ob Eltern ein derartiges Foto haben möchten, ist freizustellen. Einige Angehörige werden schon allein den Gedanken als befremdlich empfinden, andere als eine wertvolle Anregung, die sie dankbar umsetzen.

Kulturelle und religiöse Bedürfnisse berücksichtigen

Nicht zuletzt sollten nach dem Tod eines Kindes religiöse Bedürfnisse der Hinterbliebenen beachtet werden. Fachkräfte der Psychosozialen Akuthilfe – insbesondere natürlich Notfallseelsorgende – können beispielsweise eine Aussegnung vornehmen. Dass religiöse Rituale niemals aufgezwungen, sondern allenfalls behutsam angeboten werden dürfen, versteht sich von selbst.

Merke

Ein Gebet kann zweifellos hilfreich sein – aber eben nur dann, wenn es auch wirklich gewünscht wird.

Sofern im eigenen Einsatzbereich eine entsprechende Verfügbarkeit besteht, kann bei Bedarf auch eine muslimische Notfallbegleitung einbezogen werden, die es inzwischen in vielen Orten gibt: Die Rettungsleitstelle sollte auf die jeweiligen Kontaktdaten zugreifen können.

Gegebenenfalls Obduktion thematisieren

Nach dem Tod eines Kindes steht außerdem im Raum, ob eine Obduktion gewünscht ist oder diese sogar von der Staatsanwaltschaft angeordnet wird. In mehreren Bundesländern ist beispielsweise durch eine Verordnung geregelt, dass *jedes* aufgrund einer unklaren Todesursache verstorbene Kind unter 6 Jahren obduziert wird. Diesbezügliche Regelungen variieren jedoch von Bundesland zu Bundesland.

Sofern die Eltern selbst entscheiden können, ob ihr Kind obduziert wird oder nicht, sollten sie diesbezüglich kompetent beraten werden. Zunächst können Psychosoziale Akuthelfende diese Aufgabe übernehmen. Gegebenenfalls kann aber auch eine fachlich fundierte Einschätzung der Notärztin bzw. des Notarztes hilfreich sein. Nicht zuletzt kann für eine ausführlichere Beratung aber auch an andere Fachkräfte verwiesen werden, beispielsweise eine Beratungsstelle vor Ort.

Merke

Für eine Obduktion spricht u. a., dass sie dazu beitragen kann, eine Todesursache zu ermitteln und dadurch häufig entlastend wirkt. Eltern können aber auch befürchten, dass der Leichnam ihres Kindes bei der Obduktion verstümmelt wird, oder allein die Vorstellung der Obduktion ist für sie sehr belastend [9].

Besonderer Beratungsbedarf

Nach einer erfolglosen Säuglingsreanimation werden ggf. Informationen zum Abstillen benötigt; diesbezüglich sollte an eine Hebamme oder den Frauenarzt verwiesen werden [15]. Auch im Hinblick auf die nächsten Schritte und die Gestaltung der folgenden Tage können konkrete Hinweise und Handlungsempfehlungen angebracht sein. Psychoedukative Informationen für den Umgang mit dem Erlebten, auch zu akuten Belastungsreaktionen und akuter Trauer, werden von Hinterbliebenen oftmals hilfreich erlebt.

Hilfen für andere anwesende Kinder

Geschwisterkinder und Klassenkameraden, die im Notfallgeschehen anwesend waren, sollten im Rahmen der Psychosozialen Akuthilfe eine besondere Aufmerksamkeit erfahren und keinesfalls ausgegrenzt werden. Wichtig ist, sie über das Notfallgeschehen und die durchgeführten Maßnahmen mit einfachen und verständlichen Worten zu

informieren. Sie sollten grundsätzlich verstehen können, was passiert ist, und sie sollten ausdrücklich auch mitgeteilt bekommen, dass ein Kind verstorben ist.

In vielen Fällen wird eine geeignete Sprachregelung benötigt. Hier kann gemeinsam überlegt werden, was geeignete Worte sein könnten („Dein Bruder wollte nicht mehr leben. Er hat sich selbst das Leben genommen“ versus „Dein Bruder hat Suizid begangen!“ oder „Dein Bruder hat sich aufgehängt. Da ist er erstickt.“). Einige Aspekte, die eine möglichst kindgerechte Kommunikation erleichtern können, sind in der Übersicht zusammengefasst [16, 17].

PRAXIS

Hinweise für eine kindgerechte Kommunikation im Notfall

Konkrete, klare und leicht verständliche Informationen geben.

Informationen dosieren, d. h. nicht zu viele Informationen auf einmal geben.

Keine Fachbegriffe verwenden („Das war ein Suizid!“).

Keine verschleiernenden Formulierungen („Dein Bruder ist für immer eingeschlafen!“ oder „Dein Bruder ist auf eine sehr weite Reise gegangen!“).

Fragen stets so ehrlich wie möglich beantworten.

Keine unnötigen, grausamen Details benennen – es sei denn, es wird konkret danach gefragt.

Möglichst keine belastenden Bilder („Kopfkino“) verursachen („Dein Bruder hat sehr schlimm geblutet!“).

Eingestehen, sofern man etwas selbst nicht weiß oder in der Akutsituation nicht beantworten kann. (nach [16, 17])

Cave

Unangebracht sind Aussagen wie „Du musst bzw. Ihr müsst jetzt stark sein“, weil gerade durch solche Formulierungen ein eher ungünstiges Bewältigungsverhalten angebahnt werden würde [10].

Spezifische Ängste sind ernst zu nehmen, und Fragen sind möglichst ehrlich zu beantworten. Geschwisterkinder können z. B. befürchten, jetzt ebenfalls sterben zu müssen. Oder sie fühlen sich für den Tod eines anderen Kindes verantwortlich, weil sie sich einige Zeit vorher mit ihm gestritten haben. Vor allem von kleineren Kindern vermutete Zusammenhänge sind nicht immer logisch nachvollziehbar. Häufig handelt es sich um magisch-mythische Überlegungen. Auch wenn sie rational betrachtet unzutreffend sind, stellen sie für die betroffenen Kinder eine erhebliche Belastung dar und machen es daher erforderlich, dass man sich ganz in Ruhe mit ihnen auseinandersetzt.

Je nach dem Alter der Kinder und ihrem Todesverständnis können weiterführende Informationen angebracht sein. Unter Umständen muss z. B. erklärt werden, was eigentlich „tot“ bedeutet – dass jemand nicht mehr atmet, sich nicht mehr bewegt, nicht mehr denkt, nicht mehr zur Toilette geht usw. [10]. Oftmals wird auch hinterfragt, wo denn der Verstorbene nun eigentlich ist. Einige kindliche Vorstellungen können dabei tröstlich sein:

FALLBEISPIEL

Einem 5-jährigen Kind wurde mitgeteilt, dass sein Vater ertrunken ist. Das Kind hat offenbar verstanden: Das Boot, mit dem sein Papa auf dem Meer gefahren ist, ist gesunken, und mit dem Boot ist auch Papa untergegangen. Als der Junge einige Wochen später ein Bilderbuch liest, in dem auch eine Unterwasserszene mit zahlreichen Fischen und Korallen gezeigt wird, ruft er laut: „Da lebt Papa jetzt!“

Insbesondere der Suizid eines anderen Kindes wirft Fragen auf, auf die es zweifellos keine einfachen Antworten gibt und die sich auch nicht ad hoc klären lassen. Auf die Frage eines Kindes, warum sich ein anderes Kind umgebracht hat, kann mit einem anschaulichen Modell jedoch eine erste Erklärung gegeben werden (s. Infobox).

PRAXIS

Modell für die kindgerechte Erklärung eines Suizids

„Stell Dir vor, dass im Kopf eines Menschen zwei Türen sind. Durch die eine Türe kommen Gefühle und Gedanken hinein, durch die andere Türe gehen Gefühle und Gedanken aber auch wieder heraus: Gefühle und Gedanken kommen und gehen. So ist das bei jedem Menschen. Manchmal ist man fröhlich, manchmal ist man traurig. Manchmal ärgert man sich, und manchmal hat man Angst. Das ist ganz unterschiedlich – mal so, mal so. Jetzt kann es aber sein, dass die eine Türe klemmt. Sie geht einfach nicht mehr auf. Dann kommen Gefühle und Gedanken in den Kopf hinein, aber nicht mehr heraus.“

Immer mehr und mehr Gefühle und Gedanken sammeln sich an. Alles ist gleichzeitig im Kopf! Dann kann man nicht mehr klar denken und ist so durcheinander, dass man auch nicht mehr weiter weiß vor lauter Gefühlen und Gedanken in seinem Kopf.

Und bei den vielen Gefühlen und Gedanken sind auch ganz komische dabei. Zum Beispiel kann jemand den Eindruck bekommen: So kann ich nicht mehr weiterleben. Und dann kommt jemand auf die Idee, sich selbst das Leben zu nehmen. Dabei hätte eigentlich nur die Türe im Kopf repariert werden müssen.“

(modifiziert und stark vereinfacht nach [18], S. 140 ff.)

Dieses Modell ist deshalb hilfreich, weil es in einfachen Worten ein hochkomplexes Thema – die Suizidgenese – verständlich macht. Zudem ist keinerlei moralische Aufladung enthalten, sondern die Suizidursache wird nüchtern mit einem „Defekt“ erklärt. Die Reparatur dieses „Defektes“ bietet im Übrigen zahlreiche Ansätze, um miteinander über Möglichkeiten der Suizidprävention ins Gespräch zu kommen.

Grundsätzlich gibt es gute Argumente dafür, Kinder darüber zu informieren, dass es einen Suizid gegeben hat. Sie dürften diese Tatsache eines Tages ohnehin erfahren, und sie haben durchaus auch ein Recht auf die Wahrheit. Zudem können sie – wenn ihnen etwas vorenthalten wird – spüren, dass „etwas nicht stimmt“, und nehmen dann womöglich an, dass die Verheimlichung etwas mit ihnen zu tun hat. Auf diese Weise kann die Entstehung von Schuldgefühlen begünstigt werden.

Merke

Gleichwohl gilt, dass der Wunsch der sorgeberechtigten Bezugspersonen eines Kindes respektiert werden muss: Wenn partout – und trotz einer ermutigenden Beratung – nicht gewünscht wird, dass einem Kind bestimmte Sachverhalte mitgeteilt werden, ist dies im Rahmen der Krisenintervention auf jeden Fall zu akzeptieren.

Zudem sollte z. B. in Schulklassen immer auch suizidpräventiv gehandelt werden, um einen Werther-Effekt, also weitere Suizide von Kindern, zu verhindern. Dies gehört jedoch eindeutig in das Aufgabengebiet der Psychosozialen Akuthilfe bzw. auch von Schulpsychologen, die speziell dafür ausgebildet sind [19]. Auf jeden Fall sollte auf jederzeit verfügbare Hilfsangebote hingewiesen werden, beispielsweise die „Nummer gegen Kummer“ (116 111), ein örtliches Beratungsangebot oder auch eine Online-Chatberatung, an die Kinder und Jugendliche sich jederzeit wenden können, z. B. (Stand: 03.04.2024):

- <https://jugendnotmail.de>
- <https://www.u25-deutschland.de>

Soziale Ressourcen aktivieren und auf weitere fachliche Hilfen hinweisen

Sichergestellt sein sollte, dass die Eltern unmittelbar nach der Akutsituation nicht allein sind und jemand weiterhin für sie da ist. Gegebenenfalls können – in Absprache mit den Hinterbliebenen – natürlich auch Verwandte, Freunde oder Nachbarn angerufen und an den Notfallort gebeten werden.

Außerdem sollte auf lokal zur Verfügung stehende Ansprechpartner bzw. Hilfsstrukturen hingewiesen werden, beispielsweise Nachsorge- bzw. Selbsthilfegruppen der Angehörigen um Suizid (AGUS), des Bundesverbandes der Verwaisten Eltern und trauernden Geschwister in Deutschland (VEID) oder der Gemeinsamen Elterninitia-

tive Plötzlicher Säuglingstod (GEPs) [10] (Kontaktdaten s. Übersicht).

HINTERGRUNDINFO

Kontaktanschriften

Angehörige um Suizid e. V. (AGUS)

Bundesgeschäftsstelle
Kreuz 40
95445 Bayreuth
www.agus-selbsthilfe.de

Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e. V. (VEID)

Bundesgeschäftsstelle
Roßplatz 8A
04103 Leipzig
www.veid.de

Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod e. V. (GEPs)

Bundesgeschäftsstelle
Fallingbosteler Straße 20
30625 Hannover
www.geps.de

(alle: Stand 03.04.2024)

Merke

Entsprechende Visitenkarten bzw. Informationsmaterialien und Flyer mit den jeweiligen Kontaktdaten und Erreichbarkeiten sollten in jedem Rettungswagen und in jedem Notarzt-Einsatzfahrzeug mitgeführt werden.

Diese Kontaktvermittlung ist wichtig, weil nach dem Tod eines Kindes in vielen Familien oftmals noch weit über die Akutsituation hinaus psychosoziale Unterstützung bzw. weitere fachliche Beratung notwendig ist – zunächst beispielsweise hinsichtlich der Gestaltung der Trauerfeier sowie der Auswahl einer angemessenen Grabstätte (Kindergrab oder nicht?).

Langfristig können unterschiedliche Trauerreaktionen und Bewältigungsstrategien zu Irritationen, Beziehungsschwierigkeiten und familiären bzw. partnerschaftlichen Konflikten führen. Nicht selten fehlt gegenseitiges Verständnis, und erschwerend kommen noch persönliche Sinn- und Glaubenskrisen der einzelnen Familienmitglieder hinzu. Ein Weg, ohne das verstorbene Kind weiterzuleben, muss erst mühsam gefunden werden [20].

Geschwisterkinder können nach dem Tod eines Kindes besonders in den Fokus geraten und von nun an „überbehütet“ werden, weil Eltern voller Sorge sind, womöglich auch noch dieses Kind zu verlieren. Umgekehrt können Geschwisterkinder aber auch aus dem Blick geraten, weil

die Trauer über das verstorbene Kind im Vordergrund steht.

Insgesamt verändert sich nach dem Tod eines Kindes die „Statik“ des Familiensystems: Ein Elternpaar, dessen einziges Kind stirbt, ist auf einmal keine „Familie“ mehr. Ein Geschwisterkind wird zum Einzelkind usw. Auch verändern sich innerfamiliäre Rollenverteilungen, mentale Modelle und Grundüberzeugungen [10, 21, 22].

Weiterführende Hilfeinrichtungen sind meist jedoch leider nicht niederschwellig erreichbar, und oftmals sind sie schlichtweg unbekannt. In einigen wenigen Regionen existieren daher *mittelfristige* Nachsorgeprojekte, die ggf. auch *aufsuchend* arbeiten, d.h. von sich aus Kontakt zu betroffenen Familien aufnehmen. Zu ihren Aufgaben gehört die Trauerbegleitung innerhalb des Familiensystems, die Unterstützung bei der Klärung von Formalitäten sowie das Erbnen der Wege zu weiterführenden Hilfsangeboten [23, 24, 25]. Sofern es vor Ort ein solches Angebot gibt, das nach dem Tod eines Kindes eine Lotsen- bzw. Wegweiserfunktion übernehmen kann, sollte natürlich auch darauf explizit hingewiesen werden.

Für Rückfragen zur Verfügung stehen

Darüber hinaus sollte das Rettungsteam eine Kontaktmöglichkeit für Rückfragen hinterlassen; hier bietet sich die Rufnummer der Rettungsleitstelle an. Manchmal ergeben sich im weiteren Verlauf noch Rückfragen, oder Hinterbliebene möchten sich bei den am Einsatz Beteiligten bedanken. Ein Gespräch, das erst mit einigem zeitlichem Abstand stattfindet, wird oftmals als sehr hilfreich erlebt, weil der Ablauf des Einsatzgeschehens und die durchgeführten Maßnahmen dabei noch einmal ganz in Ruhe und recht ausführlich erläutert werden können. Nicht selten lassen sich dabei auch etwaige Missverständnisse klären.

Merke

Befürchtungen, dass sich aus einem Gespräch mit Hinterbliebenen juristische Konsequenzen ergeben könnten, sind weitgehend unangebracht und sollten nicht dazu führen, dass ein nachvollziehbar vorhandenes Informationsbedürfnis von Hinterbliebenen von vornherein unbefriedigt bleibt [1].

Auf persönliche Psychohygiene achten

Einsätze, bei denen Kinder verstorben sind, „wirken nach“ und können – vor allem von jüngeren, unerfahren oder vorbelasteten Rettungskräften – in der Regel nicht so abgeschlossen werden wie Routinesituationen, mit denen man häufiger konfrontiert wird.

Merke

Das gesamte Rettungsteam sollte sich dieser Tatsache bewusst sein, etwaige Belastungsreaktionen akzeptieren und in der Folgezeit entsprechend gut auf sich achten.

Dazu gehört, in Absprache mit der Rettungsleitstelle beispielsweise eine etwas längere Pause einzulegen, d.h. die eingesetzten Rettungsmittel vorübergehend außer Dienst zu nehmen. Persönliche Rituale (etwas trinken, duschen, sich umziehen, einen kurzen Spaziergang machen usw.) können dabei helfen, zur Ruhe zu kommen und das Erlebte gedanklich zu sortieren. Bei einer besonders starken Belastung kann es auch angebracht sein, die Dienstschicht vorzeitig zu beenden und sich von Kolleginnen oder Kollegen ablösen zu lassen.

TIPP

Ein solches Verhalten ist kein Ausdruck von Schwäche, sondern sollte als Indikator für eine realistische Einschätzung der eigenen Belastbarkeit gewertet werden. Eine eigene Belastung nicht zu ignorieren, sondern ernst zu nehmen, ist Teil einer zeitgemäßen und vor allem auch gesunden Professionalität.

Wenn keine Ablösung möglich sein sollte, ist notfalls natürlich auch die vorübergehende Außerdienststellung eines Rettungsmittels in Betracht zu ziehen. Gleichwohl sollte darauf geachtet werden, dass die rettungsdienstliche bzw. notärztliche Versorgung eines Einsatzbereichs nicht gefährdet werden darf. Hier ist die Rettungsleitstelle gefordert, ggf. für die Kompensation nicht einsatzbereiter Rettungsmittel zu sorgen.

Wer feststellt, dass er erheblich und auch längere Zeit unter dem Erlebten leidet, sollte sich darüber hinaus nicht scheuen, fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Inzwischen gibt es in den meisten Rettungsdienstorganisationen kollegiale bzw. psychosoziale Ansprechpartner, sogenannte „Peers“. Darüber hinaus stehen bundesweit fast flächendeckend Einsatznachsorgeteams zur Verfügung, die teilweise auch organisationsübergreifend arbeiten und zuständig sind (s. Infobox).

EINSATZNACHSORGE

Einsatznachsorgeteams (ENT) – teilweise auch als Teams für die Psychosoziale Unterstützung (PSU) oder als Teams für die Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen (SbE) bezeichnet – bieten Rettungskräften Einzel- oder Gruppengespräche an, die bei der Bewältigung besonders belastender Einsätze hilfreich sein können. Sehr weit verbreitet ist dabei die von Mitchell und Everly entwickelte Nachsorgemethode des Critical Incident Stress Managements (CISM) [26]. Inzwischen gibt es aber auch einige andere Nachsorgeverfahren, die in entsprechenden Schulungen vermittelt und trainiert werden können.

Rettungsfachpersonal sollte darüber informiert sein, wer im eigenen Rettungsdienstbereich welche Methoden anwendet und wie die vorhandenen Unterstützungsangebote ganz konkret erreicht bzw. in Anspruch genommen werden können.

Einsatz nachbereiten

Reanimationsleitlinien sehen vor, dass nach einer Kinderreanimation innerhalb des Rettungsteams stets eine Nachbesprechung („Debriefing“) durchgeführt werden soll, „um das eigene Handeln noch einmal zu reflektieren“ [27]. Vor dem Hintergrund der besonderen psychologischen Aspekte von Wiederbelebungsversuchen bei Kindern, aber auch zur Analyse eines etwaigen Optimierungsbedarfs bei künftigen vergleichbaren Einsatzsituationen ist diese Forderung sicherlich berechtigt.

Grundsätzlich sollte nicht nur über Fehler gesprochen werden, sondern auch über das, was gut geklappt hat, weil sich auch daraus lernen lässt. Inzwischen liegen empirische Belege dafür vor, dass die Durchführung von „Postreanimationsbesprechungen“ die Team-Performance verbessert und sogar zu erhöhten Überlebenschancen führen kann [28].

In einem eher kurz gehaltenen Debriefing unmittelbar oder sehr zeitnah nach dem Notfallgeschehen („Hot Debriefing“) können drängende Fragen geklärt oder besonders emotionale Aspekte des Geschehens angesprochen werden, um für eine erste Entlastung zu sorgen. Der Vorteil eines solchen Gesprächs besteht darin, dass alle Beteiligten noch unmittelbar verfügbar sind und das Erlebte sehr präsent ist [28].

In einem ausführlicheren Debriefing zu einem späteren Zeitpunkt („Cold Debriefing“) kann eine detailliertere Nachbereitung des Notfallgeschehens erfolgen. Anhand der vorliegenden Dokumentation ist dann – ganz in Ruhe – eine sorgfältige, systematische Auswertung des Einsatzes möglich. Dabei können ggf. auch Kolleginnen und

Kollegen einbezogen werden, die selbst nicht involviert gewesen sind [28].

FALLBEISPIEL

Zwei Tage nach einer Kinderreanimation setzen sich die Besatzungen des RTW und des Notarzt-Einsatzfahrzeuges gemeinsam mit einem Oberarzt der örtlichen Kinderklinik zusammen und gehen den Einsatzablauf von der Alarmierung bis zum Verlassen des Notfallortes noch einmal im Detail durch.

Am Gespräch nimmt auch ein auszubildender Notfallsanitäter teil, der sich fragt, ob er etwas hätte anders, schneller oder „besser“ machen müssen. Dies wird im Austausch thematisiert: Es zeigt sich, dass der Auszubildende in Teilbereichen noch ein vertiefendes Training benötigt. Die Notärztin spricht ihrerseits über Unsicherheiten in Entscheidungsprozessen. Vor diesem Hintergrund wird im Team diskutiert, welche alternativen Handlungsmöglichkeiten es gegeben hätte. Im Ergebnis des Debriefings wird deutlich, dass der Einsatz für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dargestellt hat – und jeder einzelne nimmt Hinweise für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung mit.

Bedauerlicherweise werden solche Debriefings jedoch nur selten durchgeführt. Gründe dafür sind offenbar mangelnde Zeit, Arbeitsüberlastung, fehlende Unterstützung durch Führungskräfte und fehlende fachlich qualifizierte Moderatoren. Allein zu organisieren, dass alle beteiligten Einsatzkräfte an einem Termin noch einmal zusammenkommen können, stellt sich in der Praxis oftmals als eine schwierige Herausforderung dar [28].

TAKE HOME MESSAGE

Neben dem Rettungsteam, das vor Ort im Einsatz gewesen ist, dürfen schließlich auch die beteiligten Leitstellenmitarbeitenden bei Nachsorgemaßnahmen nicht vergessen werden. Auch für sie stellen Kinderreanimationen schwierige und emotional sehr stark aufgeladene Situationen dar. Die Entgegennahme von Notrufen, die sich auf das Auffinden eines leblosen Kindes beziehen, wurde von rund 56% der in einer Studie befragten Leitstellenmitarbeitenden beispielsweise als äußerst belastend beschrieben [29]. In der Praxis bleiben Leitstellenmitarbeitende bei Einsatznachsorgemaßnahmen jedoch oftmals „außen vor“. Gleiches gilt für Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte, Einsatzkräfte der Feuerwehr sowie „First Responder“: Auch ihnen sollte eine psychosoziale Nachsorge angeboten werden.

Fazit für die Praxis

Der Umgang mit dem Tod eines Kindes erfordert von jedem einzelnen Mitglied eines Rettungsteams in hohem Maße *psychosoziale* Handlungskompetenz.

Abschließend soll aber auch nicht unerwähnt bleiben, dass der Tod eines Kindes immer traurig und tragisch ist und *bleibt*. Letztlich kann es nur darum gehen, mit dem Geschehenen so gut wie möglich umzugehen; einfach ist dies niemals. Die in diesem Beitrag enthaltenen Handlungsempfehlungen sollten vorrangig als Orientierungshilfe und Ermutigung verstanden werden.

TAKE HOME MESSAGE

Im günstigsten Fall tragen Sie dazu bei, dass eine ohnehin traumatische Situation zumindest *nicht noch schlimmer* gemacht wird. Wenn dies gelingt, ist bereits viel erreicht.

HINTERGRUNDINFORMATION

Weiterführende Internetquellen

- www.aetas-kinderstiftung.de
- www.kindertrauer.info
- www.familientrauerbegleitung.de

KERNAUSSAGEN

Zusammenfassend sollten folgende Hinweise beachtet werden:

- Vermitteln Sie die Nachricht, dass ein Kind verstorben ist, mit eindeutigen und unmissverständlichen Formulierungen.
- Akzeptieren Sie in der Akutsituation: Es gibt keinen Trost.
- Eigene Betroffenheit zu zeigen, ist ausdrücklich erlaubt.
- Notärztinnen und Notärzte sollten Hinterbliebenen nach Möglichkeit keine sedierenden Medikamente verabreichen.
- Erläutern Sie den Eltern, dass das Hinzuziehen der Polizei bei jedem „nicht natürlichen“ bzw. „ungeklärten“ Todesfall einen formellen Automatismus darstellt.
- Benachrichtigen Sie Psychosoziale Akuthelfer und weisen Sie auf vor Ort verfügbare Nachsorge- bzw. Selbsthilfegruppen hin.
- Wenn es gewünscht wird, sollte Hinterbliebenen eine Abschiednahme vom verstorbenen Kind ermöglicht werden. Bei der Gestaltung der Abschiednahme sind Vorgaben der Polizei jedoch zwingend zu beachten!

- Intravenöse und intraossäre Zugänge sowie Beatmungstuben sind im Körper zu belassen. Unabhängig davon sollte das verstorbene Kind so würdevoll wie möglich aufgebahrt werden.
- Wenn es gewünscht wird: Helfen Sie dabei, ein Andenken anzufertigen (Foto erstellen, Haarlocke abschneiden).
- Führen Sie innerhalb des Rettungsteams Nachbesprechungen durch, bei der sowohl medizinische als auch psychologische Aspekte des Notfallgeschehens noch einmal reflektiert werden können. Sowohl Debriefings direkt im Anschluss an den Einsatz („Hot Debriefings“) als auch ausführlichere Nachbesprechungen mit einigem zeitlichem Abstand („Cold Debriefings“) sind sinnvoll und angebracht.

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

Ich bin ehrenamtliches Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Verwaisten Eltern und Geschwister in Deutschland e. V.

Autorinnen/Autoren



Prof. Dr. phil. Harald Karutz

Diplom-Pädagoge, Notfallseelsorger 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@medicalschoo-hamburg.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

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

Literatur

- [1] Fässler-Weibel P. Wenn Kinder im Notarztendienst sterben. Vom Umgang mit einer für alle beteiligten schwierigen Lebenssituation. *Notfall Rettungsmed* 2006; 9: 604–610
- [2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Statistik Schülerunfallgeschehen 2022. Zugriff am 26. März 2024 unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4757>
- [3] Statistisches Bundesamt. 25800 Kinder im Jahr 2022 im Straßenverkehr verunglückt. Zugriff am 26. März 2024 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/ZahlderWoche/2023/PD23_33_p002.html
- [4] Statistisches Bundesamt. Tödliche Verletzungen von Kindern und Jugendlichen. Statistisches Bundesamt. Zugriff am 26. März 2024 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen-toedliche-verletzungen-alter.html>
- [5] Statistisches Bundesamt. Anzahl der Suizide nach Altersgruppen. Zugriff am 26. März 2024 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen-Tabellen/sterbefaelle-suizid-erwachsene-kinder.html>
- [6] Die Bundesregierung. Polizeistatistik zu Kindesmissbrauch: „Die digitale Welt für Kinder sicherer machen“. Zugriff am 14. Dezember 2024 unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/zahlenzukindesmissbrauch-2192390>
- [7] Deutsches Ärzteblatt. Plötzlicher Kindstod in 30 Jahren um 93% zurückgegangen. Zugriff am 26. März 2024 unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139643/Plötzlicher-Kindstod-in-30-Jahren-um-93-Prozent-zurueckgegangen>
- [8] Helmerichs J. Psychosoziale Folgen des Plötzlichen Säuglingstodes und Familienbetreuung. Kurz R, Kenner T, Poets C, Kerbl R, Vennemann M, Jorch G (Hrsg.). *Der plötzliche Säuglingstod*. 2 ed. Wien: Springer; 2014: 97–108
- [9] Jorch H. Plötzlicher Säuglingstod. Müller-Lange J, Rieske U, Unruh J (Hrsg.). *Handbuch Notfallseelsorge*. 3rd ed. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2013: 125–137
- [10] Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland (VEID). Wenn ein Kind stirbt. Hinweise für Ersthelfer und helfende Berufsgruppen. Leipzig: Eigenverlag; 2022.
- [11] Meyer W, Balck F. Psychologische Betreuung von Angehörigen. Bengel J (Hrsg.). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1997: 205–212
- [12] Bogner JC, Bogner C, Heiß JM. Plötzlicher Kindstod im Notarzteinsatz. *NOTARZT* 2009; 25: 127–130. DOI: 10.1055/s-0028-1090114
- [13] Schiffmann H. Unerwarteter Tod im Säuglingsalter – Schicksal oder Misshandlung? *Notfallmed up2date* 2007; 2: 173–186. DOI: 10.1055/s-2007-965263
- [14] Salzbrenner R. Eine lebenswichtige Begegnung. Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland. Hinweise für Rettungsdienste, Notfallseelsorge, Krisenintervention, Polizei. Ohne Orts- und Jahresangabe Eigenverlag;
- [15] Poets CF. Der plötzliche Kindstod. *Notfall Rettungsmed* 2004; 8: 533–538
- [16] Karutz H. Kinder in Notfällen: Empfehlungen für eine „kindgerechte“ Kommunikation. *Rettungsdienst* 2023; 46: 440–446
- [17] Karutz H. Kinder in Notfällen: Strategien für ein „kindgerechtes“ Versorgungssetting. *Rettungsdienst* 2023; 46: 738–743
- [18] Kern T. Leuchtturm sein. Trauma verstehen und betroffenen Kindern helfen. München: Kösel; 2019.
- [19] von Polier G, Gilsbach S, Hagenah U. Akut suizidale Jugendliche – was der Notarzt tun und lassen sollte. *Notfallmed up2date* 2021; 4: 473–490. DOI: 10.1055/a-1002-4721
- [20] Bergstraesser E, Inglin S, Hornung R et al. Dyadic coping of parents after the death of a child. *Death Stud* 2015; 39: 128–138. DOI: 10.1080/07481187.2014.920434
- [21] Hohn P. Plötzlich ohne Kind. Gütersloh: Gütersloher Verlags-haus; 2008.
- [22] Dyregrow A, Dyregrow K. Parents perception of their relationship following the loss of a child. *OMEGA* 2017; 76: 35–52. DOI: 10.1177/0030222815590728
- [23] Karutz H. Mittelfristige Notfallnachsorge für Kinder und ihre Familien: Das fehlende Bindeglied. *Im Einsatz* 2021; 28: 20–23
- [24] Posingies C, Karutz H. Mittelfristige Notfallnachsorge für Kinder und ihre Familien (MINI) [unveröff. Projektbericht]. Hamburg: MSH Medical School Hamburg; 2023.
- [25] Kern T, Finkeldei S. Aufsuchende psychosozial-systemische Notfallversorgung. Karutz H, Juen B, Kratzer D, Warger R (Hrsg.). *Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung*. 2 ed. Innsbruck: Studia; 2023: 238–257
- [26] Mitchell JT, Everly GS, Müller-Lange J (Hrsg.). *Critical incident stress management. Handbuch Einsatznachsorge. Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode*. 3rd ed. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2019
- [27] 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
- [28] Heimberg E, Daub J, Schmutz J B. Debriefing in der Kindernotfallversorgung. Grundlage für eine Verbesserung der Patientenversorgung. *Notfall Rettungsmed* 2021; 24: 43–51
- [29] Scheidl W. Herausforderungen der psychosozialen Notfallversorgung für Leitstellendisponenten [unveröff. Bachelorarbeit]. Hamburg: MSH Medical School Hamburg; 2023.

Bibliografie

Notfallmedizin up2date 2025; 20: 101–119

DOI 10.1055/a-2186-7028

ISSN 1611-6550

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
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/CXMMME6Z> 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 2760512025167575849



Frage 1

Die Nachricht, dass Reanimationsmaßnahmen bei einem Kind erfolglos eingestellt worden sind, ...

- A muss so schonend und behutsam wie möglich vermittelt werden, idealerweise wird vermieden, dass explizit vom Tod des Kindes die Rede ist.
- B sollte empathisch, aber klar und unmissverständlich mitgeteilt werden.
- C sollte ausschließlich schriftlich mitgeteilt werden, damit keine Missverständnisse entstehen.
- D darf – anders als bei erfolglosen Reanimationen von Erwachsenen – ausschließlich von einem Polizeibeamten mitgeteilt werden.
- E darf vom Notarzt erst mitgeteilt werden, wenn die Polizei bereits eingetroffen ist.

Frage 2

Die Abschiednahme von einem verstorbenen Kind ...

- A gilt als potenziell traumatisch und ist daher strikt abzulehnen.
- B hilft in vielen Fällen, den späteren Trauerprozess positiv zu beeinflussen; aus diesem Grunde sollte sie den Hinterbliebenen zumindest angeboten werden.
- C sollte auf jeden Fall unterbunden werden, weil sie gegen ethische Versorgungsstandards verstößt.
- D ist von vornherein ausgeschlossen, weil der Leichnam eines verstorbenen Kindes beschlagnahmt wird und Eltern sich dem Leichnam grundsätzlich nicht mehr nähern dürfen.
- E setzt immer die Anwesenheit von mindestens zwei Angehörigen voraus, die sich ggf. gegenseitig trösten und stabilisieren können.

Frage 3

Heftige emotionale Reaktionen von Eltern nach dem Tod eines Kindes ...

- A sollten rasch unterbunden werden, weil sie den Trauerprozess ungünstig beeinflussen.
- B sind problematisch und weisen in vielen Fällen auf eine vorbelastete Eltern-Kind-Beziehung hin.
- C können nur hingenommen und akzeptiert werden: Hier gibt es kein „Richtig“ oder „Falsch“.
- D dürfen nur kurzzeitig toleriert werden, weil sie ansonsten das sogenannte Traumagedächtnis der Hinterbliebenen aktivieren, was unbedingt vermieden werden muss.
- E sind als Ärgernis zu betrachten, weil sie nicht zuletzt auch als Ausdruck von Respektlosigkeit gegenüber dem Rettungsteam verstanden werden können.

Frage 4

Eine Sedierung der Hinterbliebenen ...

- A gehört auf jeden Fall zum Versorgungsstandard, um den Hinterbliebenen das Erleben des Geschehens zu erleichtern.
- B trägt dazu bei, den Trauerprozess positiv zu beeinflussen.
- C wirkt sekundärpräventiv einer psychischen Traumatisierung entgegen.
- D sollte nach Möglichkeit vermieden werden.
- E ist in den entsprechenden Leitlinien vorgesehen und sollte auf jeden Fall Teil einer ganzheitlichen Versorgungsstrategie sein.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 5

Welche Aussage trifft zu?

- A Das Eintreffen der Polizei sollte im Vorfeld nicht angekündigt werden, damit potenziellen Tätern keine Vorbereitungs-möglichkeit geboten wird und die Polizeibeamten eine möglichst unvorbereitete Reaktion der Eltern erleben können.
- B Das Eintreffen der Polizei sollte Hinterbliebenen als formeller Automatismus angekündigt und erläutert werden.
- C Polizei sollte nur hinzugezogen werden, wenn die Eltern den Verdacht auf eine unnatürliche Todesursache äußern.
- D Die Polizei einzubeziehen, sollte vermieden werden, um Eltern nicht dem Verdacht auszusetzen, für den Tod ihres Kindes selbst verantwortlich zu sein.
- E Die Polizei ist nach dem Tod eines Kindes nur dann für weitere Ermittlungen zuständig, wenn das Jugendamt seine Zuständigkeit dafür formell abgegeben hat.

Frage 6

Im Umgang mit Schuldgefühlen ist welche der folgenden Aussagen richtig?

- A Schuldgefühle können auch einen Sinn haben und bedürfen ggf. einer behutsamen Klärung im Rahmen der längerfristigen Trauerbegleitung bzw. einer Psychotherapie.
- B Etwaige Schuldgefühle sind nach dem Tod eines Kindes völlig normal. Sie klingen meist rasch wieder ab und sind als kurzfristige Belastungsreaktion zu betrachten.
- C Schuldgefühle sollten so rasch wie möglich genommen werden, weil sie erheblich zur Entwicklung pathologischer Trauer beitragen können.
- D Schuldgefühle weisen grundsätzlich darauf hin, dass das Verhältnis zum verstorbenen Kind problematisch gewesen ist.
- E Im Sinne einer paradoxen Intervention wird Schuldgefühlen durch möglichst konkrete Vorwürfe bestmöglich entgegengewirkt.

Frage 7

Wodurch zeichnet sich eine möglichst kindgerechte Kommunikation aus?

- A durch das Vermeiden einer jeden Information, die Sorgen oder Ängste verursachen könnte
- B durch Beschwichtigungen, Erheiterungen, Aufheiterungen, bunte Sprachbilder und möglichst viele Späße
- C durch konkrete, klare und leicht verständliche Informationen, die möglichst ehrliche Beantwortung von Fragen sowie den Verzicht auf grausame Details
- D durch möglichst ausführliche, umfangreiche und detaillierte Erläuterungen, um sicherzustellen, dass die Kinder auch wirklich alles verstanden haben
- E durch den Verzicht auf Erklärungen, weil Kinder ohnehin vieles nicht verstehen können

Frage 8

Die Nachricht vom Suizid eines Kindes ...

- A sollte Geschwisterkindern nicht mitgeteilt werden, weil ihnen das Verständnis dafür fehlt und sie von einer solchen Nachricht auch überfordert würden.
- B sollte aus juristischen Gründen immer erst mitgeteilt werden, wenn die Geschwisterkinder volljährig sind.
- C geht Geschwisterkinder schlichtweg nichts an.
- D darf Geschwisterkindern nicht mitgeteilt werden, solange die polizeilichen Ermittlungen zur genauen Todesursache noch nicht abgeschlossen sind.
- E kann prinzipiell auch Geschwisterkindern mitgeteilt werden, sofern die Sorgeberechtigten damit einverstanden sind.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 9

Wodurch sind Nachsorgemaßnahmen nach dem Tod eines Kindes gekennzeichnet?

- A Sie sind für Rettungsfachpersonal unangebracht, weil man auch derartige Erfahrungen schlichtweg aushalten muss.
- B Sie sollten von Rettungsfachpersonal standardisiert in Anspruch genommen werden. Sie sind auch kein Zeichen von Schwäche oder Inkompetenz, sondern von Professionalität.
- C Sie sind beim Rettungsfachpersonal frühestens nach einer Woche indiziert, sofern sich zeigen sollte, dass das Erlebte die Entwicklung einer Traumafolgestörung nach sich gezogen hat.
- D Sie sind bei Rettungsfachpersonal nur dann angebracht, wenn es im Einsatzverlauf besondere Komplikationen gegeben hat.
- E Sie sollten beim Rettungsfachpersonal nicht durchgeführt werden, damit es den Eltern des verstorbenen Kindes nicht unangenehm sein muss, für zusätzlichen Aufwand gesorgt zu haben.

Frage 10

Nur eine der Aussagen zum Debriefing ist korrekt. Welche?

- A Von einem „Hot Debriefing“ wird gesprochen, wenn eine Konfliktsituation eskaliert und ein Mediator einbezogen werden muss.
- B Ein „Cold Debriefing“ findet im Anschluss an das Einsatzgeschehen statt, sobald der Tod des Kindes festgestellt worden ist.
- C Ein „Hot Debriefing“ bietet sich an, weil alle beteiligten Rettungskräfte noch unmittelbar zusammen sind und das Geschehene präsent ist. Auf diese Weise können erste Eindrücke ausgetauscht und besonders drängende Fragen geklärt werden.
- D Als „Hot Debriefing“ bezeichnet man Nachbesprechungen im Abstand von ca. 14 Tagen, wenn bei den eingesetzten Rettungskräften weiterhin akute Belastungsreaktionen festzustellen sind.
- E Die Bezeichnung „Cold Debriefing“ verweist darauf, dass emotionale Aspekte des Einsatzgeschehens möglichst keine Rolle spielen sollten.