

# Begreifen, was ergreift: Stress und Betroffenheit in pädiatrischen Notfällen

Autor:

Dipl.-Päd.

**Harald Karutz**

Lehrrettungs-  
assistent,  
Gesundheits- und  
Pflegerwissen-  
schaftliches Institut  
St. Elisabeth,  
Studienzentrum  
der Fachhochschule  
für Oekonomie &  
Management  
gmbH,  
Staatlich aner-  
kannte Rettungs-  
assistentenschule,  
Beethovenstraße 15,  
D-45128 Essen,  
h.karutz@  
elisabeth-essen.de

**Pädiatrische Notfälle verursachen auch bei erfahrenen Rettungsassistenten Stress und große Betroffenheit (5, 17). Nachdem an anderer Stelle bereits auf die psychische Situation von verletzten und akut erkrankten Kindern eingegangen worden ist und Möglichkeiten einer speziellen Psychischen Ersten Hilfe für Kinder vorgestellt wurden (8, 10), geht es im folgenden Beitrag um die psychische Situation der Einsatzkräfte – die Frage nämlich, was Kindernotfälle eigentlich zu solchen „Angsteinsätzen“ macht und wie Rettungsassistenten sich psychologisch speziell auf Kindernotfälle vorbereiten können. Die Ausführungen basieren auf zahlreichen Diskussionen mit Rettungsassistenten im Rahmen von Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie den Ergebnissen einer explorativen Studie (9).**

## Grundsätzliches

Wie bei jedem Menschen, der von einer Notfallsituation betroffen ist, kann auch die psychische Situation von Einsatzkräften bei einem Kindernotfall zunächst als komplexe Wechselwirkung zahlreicher Belastungsfaktoren und Moderatorvariablen beschrieben werden (9, 12). Gleichwohl ist in der folgenden Darstellung auf einige Besonderheiten hinzuweisen, die speziell für pädiatrische Notfallsituationen typisch sind. Dabei enthält die Gliederung des Textes – etwa im Hinblick auf die statistische Häufigkeit der einzelnen Belastungsfaktoren – keinerlei Wertung. Vielmehr ist davon auszugehen, dass das individuelle Erleben eines Kindernotfalls stets durch mehrere der nachfolgend beschriebenen Faktoren beeinflusst wird, die noch dazu in höchst unterschiedlicher Art und Ausprägung miteinander kombiniert sind.

## Routine und Erfahrung

Pädiatrische Notfälle machen je nach Rettungsdienstbereich lediglich drei bis sieben Prozent des Gesamteinsatzaufkommens aus (7). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rettungsassistent im Laufe eines Jahres die Reanimation eines Kindes durchführen muss, liegt bei

0,04 (!) Prozent (16). Vor diesem Hintergrund ist es nur verständlich, dass Rettungsassistenten mangelnde Erfahrung mit Kindernotfällen beklagen und sie nicht so routiniert arbeiten können wie bei alltäglichen, d.h. wesentlich häufigeren Notfallsituationen wie z.B. einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einem Asthmaanfall (7).

## Kompetenzgefühl und Versagensängste

Fehlt Rettungsassistenten die gewohnte Routine, ist auch das subjektive Kompetenzgefühl eher gering. Unabhängig von der tatsächlichen, objektiv vorhandenen Kompetenz sind viele Rettungsassistenten davon überzeugt, auf Kindernotfälle nur schlecht vorbereitet zu sein. Das eigene fachliche Wissen und Können wird in Bezug auf Kindernotfälle auch aufgrund einer als unzureichend empfundenen Ausbildung als mangelhaft eingeschätzt (14). Daraus resultiert offenbar die Angst, bei Kindernotfällen etwas zu vergessen, etwas zu übersehen, etwas falsch zu machen oder insgesamt zu versagen.



**Abb. 1 und 2:**  
Einsatzmeldung  
„Verkehrsunfall  
mit Kind“ – eine  
besondere Situation  
auch für die Helfer



## Erwartungshaltung

Hinzu kommt nun, dass Kinder aus durchaus gutem Grund als besonders schwach und hilfsbedürftig gelten, weil sie sich kaum, d.h. nur sehr eingeschränkt oder überhaupt nicht selbst helfen können. Deshalb empfindet man Kindern gegenüber stärkeres Mitleid, und man fühlt sich ihnen gegenüber in besonderem Maße zur Hilfeleistung verpflichtet (18).

Wohl jeder, der mit einem Kindernotfall konfrontiert



wird, möchte besonders schnell, besonders rasch und besonders sorgfältig helfen – und dies nicht zuletzt, um die besondere Hilfslosigkeit eines Kindes zu kompensieren. Aus diesem Bedürfnis heraus resultiert wiederum eine besondere Erwartungshaltung an sich selbst, man setzt sich stärker unter (Erfolgs-)Druck als bei der Versorgung eines Erwachsenen.

Verstärkt wird dieser Mechanismus noch durch die ebenfalls nicht ganz unberechtigte Annahme einer besonderen Verletzlichkeit von Kindern sowie das Wissen um die noch unterentwickelten und somit wenig leistungsfähigen Kompensationsmechanismen des kindlichen Organismus, sodass sich etwaige Versorgungsfehler weitaus problematischer auswirken als bei Erwachsenen: Eine Überdosierung von einigen Milligramm eines Medikaments bzw. wenigen Millilitern einer Infusionslösung kann bei Kindern beispielsweise mit teilweise erheblichen Folgen verbunden sein, während ähnliche Abweichungen von empfohlenen Standarddosierungen bei einem Erwachsenen ungleich besser toleriert würden (2). Auch diese Überlegungen münden dann vielfach in dem Gedanken: „Jetzt bloß keinen Fehler machen!“

### Sicht der Kindheit

Ein weiterer Grund für Stress und Betroffenheit in pädiatrischen Notfällen kann eine bestimmte Vorstellung der Kindheit sein, die mitunter offenbar – unbewusst – als „heile Welt“ idealisiert zu werden scheint. Auch dies wirkt sich auf Stress und Belastung des Rettungsdienstpersonals bei einem Kindernotfall aus, wie es an einem möglicherweise etwas makabren Vergleich verdeutlicht werden kann:

- *In einem Altenheim ist der Tod geradezu allgegenwärtig. Die Bewohner wissen, dass sie in relativ naher Zukunft sterben werden, die Mitarbeiter dort wissen dies ebenfalls – und mit dem Rettungswagen zu einer bewusstlosen Person in ein solches Altenheim gerufen zu werden, überrascht einen Rettungsassistenten eher wenig.*
- *Völlig anders ist die Situation bei der Notfallmeldung „bewusstloses Kind“: Im Kinderzimmer wird der Tod normalerweise eben nicht erwartet, und vor dem Hintergrund des beschriebenen Kindheitsverständnisses „passt“ er dort auch nicht hin. Stirbt ein Kind, bewertet man dies als unzeitgemäß und widernatürlich – der Tod eines Kindes entspricht eben nicht dem normalen Verlauf eines Lebens.*

Die Konfrontation eines – zumindest in der eigenen Vorstellung eher spielenden oder lachenden – Kindes, das doch „sein ganzes Leben noch vor sich hat“, mit der Erfahrung von Krankheit, Leid und Tod wird dementsprechend auch als ein besonders krasser Gegensatz empfunden.

### Glaube an eine gerechte Welt

Als Schutz- und Abwehrmechanismus, um den bedrohlichen, Angst auslösenden Charakter solcher Notfallsituationen zu



**Abb. 3:**  
Kinder und  
Notfälle – das passt  
nicht zusammen

vermindern oder sogar gänzlich zu beseitigen, wird in der psychologischen Fachliteratur unter anderem auf den unbewussten Glauben an eine gerechte Welt hingewiesen: Man vermutet ein Prinzip höherer Gerechtigkeit, demzufolge „jeder bekommt, was er verdient und jeder das verdient, was er bekommt. Die guten Menschen werden belohnt, die schlechten erhalten ihre wohlverdiente Strafe“ (13).

Das Miterleben einer Notfallsituation führt somit zwar zu einer Erschütterung dieses Glaubens an eine gerechte Welt. Um ihn nicht aufgeben zu müssen, wird spontan jedoch angenommen, das Notfallopfer müsse in irgendeiner Weise selbst die Verantwortung bzw. Schuld für das Geschehene tragen: Das Unheil – so die Selbsttäuschung – trifft schließlich nur diejenigen Menschen, die zuvor auch „Böses“ getan haben.

Wenngleich diese indirekte Schuldzuweisung objektiv betrachtet selbstverständlich absolut unangebracht und unberechtigt ist, trägt sie doch in vielen Fällen dazu bei, das mit einer Notfallsituation verbundene Leid zu ertragen und zu akzeptieren (13). Nur: Gerade bei einem Kindernotfall funktioniert dieser Mechanismus offenbar nicht, weil ein Kind doch generell „noch so unschuldig ist“. Es kann für sein Handeln und für das, was ihm in seinem jungen Leben widerfährt, eben nicht (wie ein Erwachsener) verantwortlich gemacht werden, sodass auch der Glaube an eine gerechte Welt bei einem Kindernotfall nicht mehr aufrecht erhalten werden kann und sich stattdessen die Theodizee-Frage nach dem Sinn des Geschehens („Wie kann Gott so etwas zulassen?“) umso stärker aufdrängt. Dies führt zu einer erneuten Belastungssteigerung.

### Angehörige

Darüber hinaus muss auch auf die psychologischen Auswirkungen hingewiesen werden, die mit der Anwesenheit von Angehörigen verbunden sind: Aus verständlichen Gründen ist die Angst von Eltern um ihr verletztes oder akut erkranktes Kind in Notfallsituationen außerordentlich

**Abb. 4:**  
„Zuschauer“  
bei Kindernot-  
fällen setzen die  
Rettungskräfte  
einem zusätzlich  
gesteigerten  
Erfolgsdruck aus

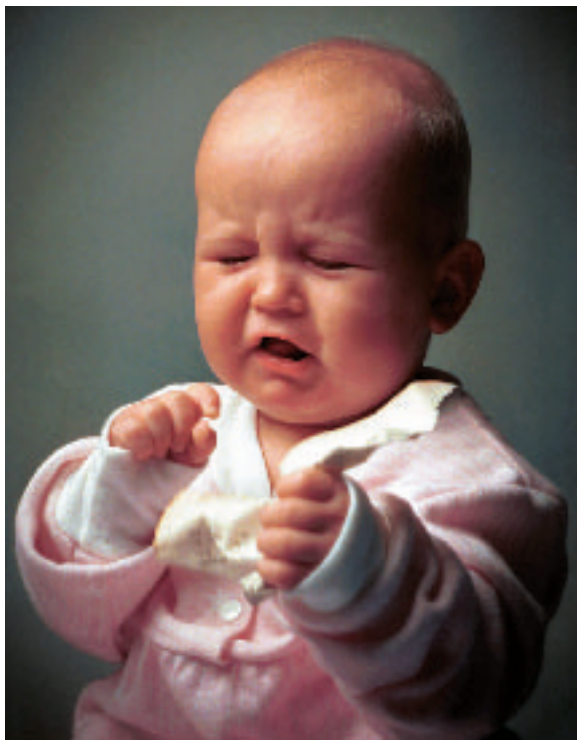


groß; sie empfinden häufig auch dann Todesangst, wenn es sich objektiv betrachtet um eine eher harmlose Erkrankung ihres Kindes handelt (1). Unter Umständen wird die Fürsorge bzw. Besorgnis der Eltern vom Rettungsdienstpersonal jedoch als Misstrauen empfunden, was wiederum Konfliktpotenzial beinhaltet, wenn Eltern sich beispielsweise weigern, der Aufforderung zu folgen, das Kinderzimmer für einen Augenblick zu verlassen.

Insbesondere bei chronisch erkrankten Kindern ist es außerdem häufig so, dass gerade die Eltern über ein enormes medizinisches Fachwissen verfügen und dies auch zeigen. Ein Rettungsteam fühlt sich dadurch u.U. von den Eltern bevormundet, in seiner eigenen Kompetenz nicht ernst genommen oder in einer unangenehmen und aufdringlichen Weise beobachtet.

Die Anwesenheit von Geschwisterkindern führt schließlich zu einer weiteren Verunsicherung von Einsatzkräften, nicht zuletzt deshalb, weil man ganz einfach nicht weiß, wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll.

**Abb. 5:**  
Die entwicklungs-  
bedingt andere  
(Schmerz-)  
Wahrnehmung  
eines Kindes ist  
für manchen  
RD-Mitarbeiter  
schlecht nachzu-  
vollziehen



## Zuschauer

Auch das Interesse der Öffentlichkeit ist bei Kindernotfällen besonders ausgeprägt, was möglicherweise sogar ethologisch erklärt bzw. mit genetisch veranlagten Reaktionsweisen erklärt werden kann: Durch ein verletztes oder sterbendes Kind wird letztlich auch der Fortbestand der eigenen Art, der eigene Nachwuchs – und damit das Wertvollste einer Gesellschaft gefährdet, so dass intensive Schutzinstinkte, enorme Aufmerksamkeit und Anteilnahme geweckt werden. Die Anwesenheit von Zuschauern mit einer besonders hohen Erwartungshaltung setzt Rettungskräfte dadurch einem nochmals gesteigerten Erfolgsdruck aus.

## Falsche Ursachenzuschreibung

Zudem interpretieren viele Rettungsassistenten das Verhalten kindlicher Notfallpatienten nicht – wie es in den meisten Fällen angemessen wäre – als weitgehend unbeeinflussbar und entwicklungsbedingt, sondern vielmehr als ein Resultat der eigenen Unfähigkeit, mit Kindern umzugehen.

Wenn es beispielsweise nicht gelingt, ein schreiendes Kind zu beruhigen oder wenn ein Kind nicht aufhört, sich den Einsatzkräften gegenüber aversiv zu verhalten, wird dies als persönliches Versagen gewertet, ohne die entwicklungsbedingt andere (Schmerz-)Wahrnehmung des Kindes, die Unfähigkeit zum Perspektivwechsel und weitere Besonderheiten des kindlichen Situationserlebens adäquat zu berücksichtigen („Ich kann mit Kindern nicht umgehen“) (3, 9).

## Eigene Kinder/keine eigenen Kinder

Ein weiterer Aspekt, der die psychische Situation von Einsatzkräften bei Kindernotfällen beeinflussen kann, ist das Vorhandensein bzw. eben das Nicht-Vorhandensein eigener Kinder: So meinen viele Rettungsassistenten, die keine eigenen Kinder haben, sie würden sich insbesondere deshalb bei Kindernotfällen unsicher fühlen, weil sie auch im grundsätzlichen Umgang mit Kindern keinerlei Erfahrung hätten. Die direkte Versorgung von Kindern im Notfall würden sie deshalb lieber denjenigen Kollegen überlassen, die eigene Kinder haben.

So verständlich diese Argumentation ist, so verständlich ist allerdings auch die Auffassung der Rettungsassistenten, die eigene Kinder haben: Sie wiederum gaben nämlich an, in pädiatrischen Notfallsituationen intensiv an ihre eigenen Kinder erinnert zu werden und deshalb besonders stark emotional betroffen zu sein. Sie würden insofern wünschen, sich bei der Behandlung von verletzten und akut erkrankten Kindern zurückhalten zu können und die Durchführung der einzelnen Maßnahmen denjenigen Kollegen zu überlassen, die keine eigenen Kinder haben.

## Selbsterfüllende Prophezeiungen

Abschließend darf die Gefahr selbst erfüllender Prophezeiungen nicht unerwähnt bleiben: Wenn man schon auf der

**Abb. 6:** So sehr man es auch möchte: Man kann ein verletztes oder akut erkranktes Kind nicht heiter und völlig gesund ins Krankenhaus bringen



Anfahrt zum Notfallort davon überzeugt ist, dass der bevorstehende Einsatz im Grunde genommen nur schief gehen kann, weil es wieder mal „einer von diesen Einsätzen ist, auf die man am liebsten verzichten würde“, dann wird es erfahrungsgemäß auch genau solch ein Einsatz (11): Dieser Mechanismus wird vor allem dadurch begünstigt, dass negative Vorerfahrungen mit früheren, tatsächlich suboptimal verlaufenen Notfalleinsätzen bei verletzten oder akut erkrankten Kindern zu einer negativen Erwartungshaltung im Hinblick auf künftige Kindernotfälle führen (9).

### Vorbereitung auf Kindernotfälle

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen werden nun einige Möglichkeiten aufgezeigt, sich psychologisch speziell auf pädiatrische Notfallsituationen vorbereiten zu können:

- **Fachliche Kompetenz beruhigt** → Wer fachlich kompetent ist und sich seine Stärken (ohne Über- oder Untertreibung!) bewusst gemacht hat, kann dem nächsten Kindernotfall bereits etwas gelassener entgegensehen! Dementsprechend sollten Fortbildungsangebote zu pädiatrischen Notfallsituationen genutzt werden, wann und wo immer dies möglich ist.
- **Allgemeine Techniken zur Stressbewältigung** → Allgemeine Techniken zur Stressbewältigung wurden bereits in zahlreichen anderen Beiträgen dargestellt (19, 20). In besonderem Maße zu nennen sind hier jedoch das intensive Training von kurzfristig wirksamen Entspannungsübungen sowie die Strategien positiver Selbstinstruktion („Wir schaffen das schon!“) und kognitiver

Neustrukturierung („Was lerne ich daraus, wenn etwas schief gegangen ist?“). Zudem sollten Rettungsassistenten ihre eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen in einem Kindernotfall verstehen und begründen können („begreifen, was ergreift“) (4, 20), wobei die vorangegangene Darstellung möglicherweise hilfreich ist.


- **Angemessene Erwartungshaltung** → Besonders wichtig scheint auch, sich von unangemessenen Erwartungen an sich selbst und die eigenen Fähigkeiten zu befreien (11): Kindernotfälle sind „schlimm“ und bleiben „schlimm“. Und ganz gleich, wie sehr man sich bemüht: Man kann das eigentliche Notfallgeschehen nicht rückgängig machen, und man kann ein verletztes oder akut erkranktes Kind auch nicht heiter und völlig gesund ins Krankenhaus bringen – so sehr man sich dies wünschen würde. Kindernotfälle müssen in dieser Hinsicht akzeptiert werden, wie sie sind; und hierzu gehört auch, ein Stück weit die eigene Ohnmacht ertragen zu lernen. Dies darf nicht fatalistisch-resignierend missverstanden werden („Da kann man sowieso nichts machen), sondern dient lediglich dazu, den selbstverursachten Stress zu reduzieren (Nicht: „Wir haben versagt“, sondern „In dieser Situation hatten wir keine andere Möglichkeit – wir haben alles getan, was möglich gewesen ist“).
- **Angemessene Erklärungen** → Das (u.U. auch aversive) Verhalten von Kindern sollte angemessen interpretiert und nicht auf ein grundlos vermutetes eigenes (Fehl-)Verhalten bezogen werden („Das liegt immer an mir, wenn die Kinder weinen!“): Die Aufregung und die Ablehnung eines Kindes Einsatzkräften gegenüber resultiert weitaus häufiger aus zahlreichen Besonderheiten seiner Wahrnehmung und seines Denkens (9), und insofern sollten Rettungsassistenten in ihrer Ausbildung auch Kenntnisse über die psychologische Situation von Kindern in einem Notfall vermittelt werden.
- **Gemeinsam ist man stark!** → Die große Unsicherheit von Rettungsassistenten in pädiatrischen Notfallsituationen legt es nahe, bei der Versorgung verletzter oder akut erkrankter Kinder eng mit seinen Teamkollegen zusammenarbeiten und diese in alle Überlegungen und Prozesse der Entscheidungsfindung einzubeziehen, wie es beispielsweise auch im Team-Ressource-Management empfohlen wird (15).

**Abb. 7:** Belastungspotenzial für Einsatzkräfte, z.B. nach erfolgloser Reanimation





• **Bezugspersonen als Partner** → Ähnliches gilt auch für die Eltern eines kindlichen Notfallpatienten, die als Partner betrachtet, in die Versorgung integriert und – selbst bei der Durchführung von Reanimationsmaßnahmen – nach Möglichkeit nicht ausgegrenzt werden sollten. In vielen Fällen können sie wertvolle Hinweise zu eventuellen Vorerkrankungen ihres Kindes geben; sie können kleinere Aufgaben übernehmen (z.B. eine Infusion halten, auf die Füllung der Sauerstoffflasche achten etc.) und damit die Einsatzkräfte entlasten, sie vermitteln dem Kind Sicherheit – und nicht zuletzt ist es für die Eltern selbst von Vorteil, wenn sie die Versorgung ihres Kindes unmittelbar miterleben. Bei erfolglos verlaufenen Reanimationsversuchen kann unter Umständen sonst der Eindruck entstehen, das Rettungsteam hätte „nicht alles getan, und das Kind könnte möglicherweise noch leben“, und es können sich schwere Schuldgefühle entwickeln, weil Eltern den Eindruck haben, ihr Kind in dieser besonders furchtbaren Situation alleine gelassen zu haben: Beides wirkt sich ungünstig auf die Verarbeitung des Erlebten aus (6). Lediglich dann, wenn die Eltern so aufgeregt sind, dass sie durch Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe weder beruhigt noch einbezogen werden können und sie die Versorgung ihres Kindes massiv behindern, sollte man in Erwägung ziehen, sie abzuschirmen (9).

• **Statt „Mut zur Lücke“: „Mut, die Lücke zu schließen!“**  
→ Die Dosierung eines selten benötigten Medikamentes zunächst nicht auswendig zu kennen, ist unter Umständen nachvollziehbar und verzeihlich, sofern man im Notfall zuverlässig in der Lage ist, solche Wissenslücken rasch zu schließen. Sich zu trauen, gegebenenfalls in einem Notfalltaschenbuch nachzuschlagen (mit dessen Gebrauch man sich vorher intensiv vertraut gemacht hat), scheint aus Sicht des Verfassers immer noch besser, als aus der Unfähigkeit heraus, eine Schwäche einzugestehen, schwere Versorgungsfehler in Kauf zu nehmen! 

#### Literatur:

1. Ballnus S (2002) Das Kind als Notfallpatient: Qualitätssicherung in der notärztlichen Versorgung. *Retten* 25: 466-470
2. Bastigkeit M (2003) Analgetika bei Säuglingen und Kleinkindern: Kinder leiden anders. *Retten* 25: 472-474
3. De Kuiper M (1999) Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Ullstein Medical Wiesbaden
4. Everly GS, Mitchell JT (2002) Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas-Verlag Wien
5. Gerds K-G (2002) Plötzlicher Säuglingstod: Der schwerste aller Einsätze. *Retten* 25: 456-459
6. Helmerichs J, Saternus K-S (1997) Psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern nach plötzlichem Säuglingstod. In: Bengel J (1997) *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer-Verlag Berlin - Heidelberg - New York, S. 137-146
7. Heinz W (2001) Das Kind als Notfallpatient. In: Stepan T (2001) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele*. Psychologie in der Notfallmedizin. 2., überarb. Aufl., Stumpf & Kossendey-Verlag Edewecht - Wien, S. 273-281
8. Karutz H (1999) Kasperle: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Retten* 22: 212-213
9. Karutz H (2001) Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Duisburg
10. Karutz H (2002) Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Retten* 25: 450-454 (Teil 1), 556-561 (Teil 2) u. 650-652 (Teil 3)
11. Karutz H, Bethäuser D, Meyer V, Rost A, Sautmann H, Wagner U (2003) Entscheidungsfindung in Notfallsituationen. „Leitlinien“ für Berufsanfänger. *Retten* 26: 126-133
12. Lasogga F, Gasch B (2000) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 2., überarb. Aufl., Stumpf & Kossendey-Verlag Edewecht - Wien
13. Mietzel G (1994) *Wege in die Psychologie*. Klett-Cotta-Verlag Stuttgart
14. Nadler G, Schrödel M (2003) Probleme bei der Ausbildung zum Rettungsassistenten und Rettungsassistenten. Die Ergebnisse einer online-Umfrage. *Retten* 22, Heft 2, S. 6-17
15. NN (2002) Faktor Mensch: Team Ressource Management. *Retten* 1, Heft 1, S. 35-37
16. Richter H, Polczek S (2003) Invasive ärztliche Maßnahmen durch Rettungsassistenten – eine kritische Betrachtung. *Der Notarzt* 19: 141-146
17. Rode H, Kerinnes I (1998) Plötzlicher Kindstod: Helfende Worte. *Retten* 3, Heft 2, S. 54-60
18. Schwind H-D (1998) Alle gaffen ... keiner hilft: Unterlassene Hilfeleistung bei Unfällen und Straftaten. Hüthig-Verlag Heidelberg
19. Singer S, Bengel J (1997) Belastungsverarbeitung und Stressbewältigung. In: Bengel J (1997) *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer-Verlag Berlin - Heidelberg - New York, S. 230-242
20. Wagner U (2002) „Es kommt auf jede Sekunde an...“: Die akute Stressreaktion im Rettungsdienst. Teil 2. *Retten* 25: 240-243