



Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen



Impressum

Herausgeber	Unfallkasse Sachsen Abteilung Prävention
Autoren	Dipl.-Ing. Beate Mierdel, Dipl.-Ing. Frieder Fischer
Anschrift	Rosa-Luxemburg-Straße 17a 01662 Meißen Postfach 42, 01651 Meißen
Telefon	(0 35 21) 7 24 0
Fax	(0 35 21) 72 41 11
e-Mail	präV@unfallkassesachsen.com

Bestell-Nr. GUV-SI 8464

© September 2004
Alle Rechte vorbehalten

GUV-SI 8464

Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen



**Unfallkasse
Sachsen**

Gemeinsames Vorwort



der Staatsministerin für
Soziales,
Frau Helma Orosz,



des Vorstandsvorsitzenden der
Unfallkasse Sachsen,
Herrn Reiner Israel,



des Vorsitzenden der
Sächsischen
Landesarbeitsgemeinschaft
der Hilfsorganisationen,
Herrn Frank Weber.

Erste Hilfe wird von allen erwartet. Wird sie rechtzeitig und sachgerecht geleistet, kann sie Unfallfolgen mindern oder sogar Leben retten. Gerade von pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen erwarten Eltern, dass ihre Kinder bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen die erforderliche Hilfe erfahren.

Diese Broschüre gibt Ihnen eine umfassende Übersicht über die erste Hilfe bei Kindern, über die Wege der Aus- und Fortbildung, Hinweise zum Erste-Hilfe-Material sowie eine Anleitung zu Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Kindern. Die Unfallkasse Sachsen engagierte sich in enger Zusammenarbeit mit den Erste-Hilfe-Organisationen, nunmehr auch die Zielgruppen orientierte Ausbildung „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ landesweit anzubieten.

Nicht zuletzt sind es die praktischen Tipps, die diversen Tagesfragen, z. B. zur Verabreichung von Medikamenten und dem Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen, sowie Rechtsfragen, die diese Broschüre für die Träger und Erzieherinnen interessant macht. Dazu tragen auch die zahlreichen Kopiervorlagen bei.

Unser Wunsch ist, dass es gar nicht erst zur Erste-Hilfe-Leistung kommen muss. Deshalb werden auch Hinweise gegeben, was nach einem Unfall zu veranlassen ist, um Wiederholungen auszuschließen. Denn:

Jeder Unfall ist einer zu viel!

Wir hoffen, dass mit dieser Broschüre mehr Sicherheit in Fragen der Erste-Hilfe-Leistung erreicht und damit ein Beitrag zur Senkung des Unfallgeschehens in unseren Kindertageseinrichtungen geleistet wird.

Helma Orosz

Reiner Israel

Frank Weber

Inhalt

	Seite		Seite
Vorwort	3	5.3	Erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen 31
1 Warum ist erste Hilfe so wichtig?	5	5.3.1	Durchfall und Erbrechen 31
2 Welche Ausbildung ist erforderlich?	6	5.3.2	Asthma-Anfälle 31
2.1 Wer muss ausgebildet werden?	6	5.3.3	Krampfanfälle 32
2.2 Aus- und Fortbildung von Ersthelfern	7	5.3.4	Pseudokrapp/Epiglottitis 32
2.3 Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“	8	6 Sonstiges	34
3 Welche Ausstattung wird benötigt?	9	6.1	Verabreichen von Medikamenten 34
3.1 Erste-Hilfe-Material	9	6.2	Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen 35
3.2 Meldeeinrichtungen	11	7 Rechtsfragen	36
3.3 Wer trägt die Kosten für die Ausstattung?	12	7.1	Ansprüche gegen Hilfeleistende 36
3.4 Kennzeichnung von Erste-Hilfe-Einrichtungen	12	7.2	Unterlassene Hilfeleistung 36
4 Ein Unfall - was tun?	13	7.3	Ansprüche des Hilfeleistenden 36
4.1 Richtig entscheiden	13		
4.2 Arztbesuch	13		
4.3 Aufzeichnen oder Anzeigen?	14		
4.4 Eltern informieren	15		
4.5 Untersuchung und Auswertung	16		
5 Wie wird erste Hilfe bei Kindern geleistet?	17		
5.1 Sofortmaßnahmen	17		
5.1.1 Bewusstsein feststellen	17		
5.1.2 Atemwege frei machen	18		
5.1.3 Atemkontrolle	18		
5.1.4 Kreislaufkontrolle	18		
5.1.5 Seitenlagerung	19		
5.1.6 Atemspende	19		
5.1.7 Herz-Lungen-Wiederbelebung	20		
5.1.8 Bedrohliche Blutungen	21		
5.1.9 Schock	22		
5.2 Weitere Erste-Hilfe-Maßnahmen	23		
5.2.1 Wunden und Blutungen	23		
5.2.2 Verletzungen der Knochen und Gelenke	25		
5.2.3 Gewalteinwirkung auf den Kopf	26		
5.2.4 Insektenstiche	26		
5.2.5 Zeckenbisse	26		
5.2.6 Fremdkörper im Auge	27		
5.2.7 Verschlucken eines Fremdkörpers	27		
5.2.8 Verletzungen des Bauches und der Bauchorgane	28		
5.2.9 Tierbisse	28		
5.2.10 Vergiftungen	28		
5.2.11 Verbrennungen und Verbrühungen	29		
5.2.12 Beinahe-Ertrinken	29		
5.2.13 Stromunfall	30		
5.2.14 Sonnenstich	30		
5.2.15 Unterkühlung	31		

Kopiervorlagen

1	Antrag auf Kostenübernahme für die Aus- und Fortbildung von Ersthelfern
2	Antrag auf Kostenübernahme für den Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“
3	Unfallanzeige für Beschäftigte
4	Unfallanzeige für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studierende
5	Information über Erste-Hilfe-Leistung an die Eltern
6	Dokumentation der Unfalluntersuchung
7	Unfallerfassungsbogen
8	Information über Infektionskrankheiten
9	Bestätigung zur Wiedenzulassung

1 Warum ist erste Hilfe so wichtig?

Im Jahre 2003 wurden der Unfallkasse Sachsen insgesamt 74734 meldepflichtige Schülerunfälle angezeigt. Davon ereigneten sich 10862 in Kindertageseinrichtungen. Bezogen auf die Anzahl der versicherten Kinder ergibt sich daraus eine Tausendmannquote von rund 60. Die Tausendmannquote gibt an, wie viele Unfälle sich pro Eintausend Versicherte ereigneten. Das heißt, etwa jedes siebzehnte Kind in den Kindertageseinrichtungen Sachsens hatte 2003 einen meldepflichtigen Unfall.

Darüber hinaus ereignen sich in den Kindertageseinrichtungen jedes Jahr eine Vielzahl weiterer nicht meldepflichtiger Unfälle, bei denen erste Hilfe genügt, also ärztliche Behandlung nicht erforderlich ist. Die Zahl dieser (Bagatell-)Unfälle wird auf das Zehn- bis Zwanzigfache der meldepflichtigen geschätzt.

Leider sind auch die Beschäftigten, also Erzieherinnen und technisches Personal, am Unfallgeschehen beteiligt.

Alle Unfälle haben eines gemeinsam: Sie sind Ursache menschlichen Leids und sie kosten viel Geld, unser aller Geld.

Durch die Unfallkasse Sachsen wurden 2003 insgesamt 22,4 Millionen Euro zur Entschädigung von Schülerunfällen aufgewendet.

Es ist unumstritten, dass rechtzeitige und sachgerechte erste Hilfe Unfallfolgen mildern und im Extremfall auch Leben retten kann. So könnten jedes Jahr in Deutschland eine Vielzahl Menschen überleben, wenn ihnen bei akuten Erkrankungen oder Unfällen rechtzeitig und richtig erste Hilfe geleistet worden wäre.

Erste Hilfe wird von jedem erwartet.

Diesem Grundsatz wird in der Bundesrepublik Deutschland bereits im Grundgesetz Rechnung getragen. In Artikel 2 Abs. 2 heißt es:

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Darüber hinaus sind sowohl in einer Vielzahl weiterer Gesetze und Verordnungen des Staates (Bund und Länder) als auch im autonomen Recht der Unfallversicherungsträger Festlegungen zur ersten Hilfe getroffen.

Von diesen Rechtsvorschriften seien hier insbesondere genannt

- das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG),
- das Siebte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII),
- die Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“, (GUV-V A5, bisher GUV o.3).

Hauptadressat aller Vorschriften ist jeweils der Arbeitgeber bzw. der Unternehmer.

Aufgrund des breiten Geltungsbereiches der Gesetze und Unfallverhütungsvorschriften sind in diesen allerdings auch keine detaillierten Festlegungen enthalten, die die Belange von

Kindertageseinrichtungen umfassend berücksichtigen. Die Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ (GUV-V A5) beispielsweise gilt im Zuständigkeitsbereich der Unfallkasse Sachsen für alle zugehörigen Unternehmen, das heißt bei Abfallwirtschaft angefangen, über Bibliotheken, chemische Laboratorien usw. bis hin zu zoologischen Gärten.

GUV-V A5 verweist in den Durchführungsanweisungen zu § 1 Abs.2 für den Personenkreis der Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studenten auf besondere Regelungen:

Zu §1 Abs.2:

Für den Personenkreis nach § 2 Abs.1 Nr.2 und 8 SGB VII (Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studenten) treffen die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand besondere Regelungen. Daneben gelten für den Bereich der gesetzlichen Schüler-Unfallversicherung die einschlägigen Regelungen der Bundesländer.

Die vorliegende GUV-Information ist die „besondere Regelung“ der Unfallkasse Sachsen zum Thema „Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen“. Sie wurde mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales abgestimmt. Sie ist in allen sächsischen Einrichtungen zu beachten - unabhängig von der Trägerschaft.



Zielstellung der Autoren war es, sowohl den Trägern als auch dem pädagogischen Personal die rechtliche Situation praxisnah zu erläutern und Arbeitshilfen, z. B. Kopiervorlagen, für den Alltag zur Verfügung zu stellen sowie Wissenswertes zur ersten Hilfe bei Kinderunfällen zusammenzufassen. Für Letzteres diente die gemeinsam mit dem Malteser-Hilfsdienst e. V. heraus gegebene Broschüre „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (GUV-SI 8453, bisher GUV 20.5.2Sa) als Grundlage.

Wir danken dem Malteser Hilfsdienst, insbesondere der Regionalgeschäftsstelle Nordost für diese Unterstützung.

Das bisherige Merkblatt „Erste Hilfe in Kindergärten“ (GUV 20.38) wird durch die Unfallkasse Sachsen nicht mehr ausgegeben.

2 Welche Ausbildung ist erforderlich?

Wer bei Notfällen sachgerecht erste Hilfe leisten will und soll, muss vorher dazu befähigt werden. Die entsprechenden Lehrgänge vermitteln theoretische Grundlagen und deren Anwendung in der Praxis.

Erste Hilfe kann jeder erlernen.

Um dem Vergessen entgegen zu wirken, sind regelmäßige Wiederholungs- oder Auffrischungsmaßnahmen erforderlich. In § 23 SGB VII werden die Unfallversicherungsträger verpflichtet, für eine wirksame erste Hilfe zu sorgen. Damit wird den Verantwortlichen die unmittelbare Organisation vor Ort nicht abgenommen. Vielmehr handelt es sich um eine Beauftragung zur Ausbildung in der ersten Hilfe. Zur Realisierung haben die Unfallversicherungsträger sowohl separat als auch über ihre Spitzenverbände Vereinbarungen zu Inhalt, Organisationsform und Gebühren mit den Hilfsorganisationen abgeschlossen.

2.1 Wer muss ausgebildet werden?

Die Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ (GUV-V A5) legt in § 6 die Anzahl der Ersthelfer wie folgt fest:

Der Unternehmer hat dafür zu sorgen, dass für die Erste-Hilfe-Leistung Ersthelfer mindestens in folgender Zahl zur Verfügung stehen:

- Bei bis zu 20 Versicherten ein Ersthelfer,
- bei mehr als 20 Versicherten
 - in Verwaltungs- und Handelsbetrieben 5%,
 - in sonstigen Betrieben 10%.

Kindertageseinrichtungen sind hier, da nicht genannt, sinngemäß wie Verwaltungsbetriebe einzuordnen. In der Durchführungsanweisung zu § 6 wird nochmals klar gestellt, dass unter „anwesende Versicherte“ alle Beschäftigten zu verstehen sind.

Die Kinder, obwohl ebenfalls Versicherte, werden also bei der Festlegung der Anzahl erforderlicher Ersthelfer nicht berücksichtigt. Auch die Ausbildungsinhalte sind nicht auf die Besonderheiten der ersten Hilfe bei Kindern ausgerichtet. Ersthelfer werden für die erste Hilfe von Beschäftigten untereinander ausgebildet.

In jeder Kindertageseinrichtung muss für jeweils 20 Beschäftigte (pädagogisches und technisches Personal) mindestens ein Ersthelfer zur Verfügung stehen.

Jedem, der sich mit dem Geschehen in Kindertageseinrichtungen beschäftigt hat, wird klar sein, dass diese Mindestzahl von

Ersthelfern und die Art der Ausbildung in der Praxis keinesfalls ausreichen. Vor allem bei Spaziergängen oder anderen Aktivitäten außerhalb des eigenen Geländes kann jede Erzieherin schnell einmal in die Lage kommen, Hilfe leisten zu müssen. Bei nur einem Ersthelfer wäre das kaum realisierbar.

Dem trägt § 10 des Arbeitsschutzgesetzes Rechnung, in dem es den Arbeitgeber verpflichtet, bei der Befähigung zur Erste-Hilfe-Leistung die sonstigen anwesenden Personen, also die Kinder, zu berücksichtigen.

Damit wird für Kindertageseinrichtungen ein neues Schutzziel gesetzt, nämlich quantitativ über die Anzahl der Ausgebildeten und qualitativ über besondere Inhalte, der Anwesenheit der Kinder Rechnung zu tragen.

Das ist in der Praxis nur zu erfüllen, wenn jede Erzieherin zur Erste-Hilfe-Leistung befähigt wurde.

Jede Erzieherin muss zur Erste-Hilfe-Leistung befähigt sein.

Aus dem Vorstehenden ergeben sich zwei unterschiedliche Ausbildungsziele:

- Ersthelfer ist, wer bei einer für die Ausbildung in der ersten Hilfe von den Unfallversicherungsträgern anerkannten Organisation oder Stelle entsprechend GUV-V A5 ausgebildet wurde.
- Die Befähigung zur Erste-Hilfe-Leistung kann auch auf andere Weise erreicht werden. Sie kann sich an einer Zielgruppe orientieren.

Es gehört zu den Pflichten des Trägers bzw. der Leiterin dafür zu sorgen, dass alle Erzieherinnen zur Erste-Hilfe-Leistung befähigt werden und mindestens 5% der Beschäftigten Ersthelfer sind. Das gilt auch für die regelmäßige Fortbildung.



mind. 1 Ersthelfer

Alle anderen Erzieherinnen müssen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Ersten Hilfe besitzen.

Die Beschäftigten haben die der ersten Hilfe dienenden Maßnahmen zu unterstützen. Sie haben sich in der ersten Hilfe aus- und fortbilden zu lassen (§§ 17 und 19 GUV-V A5). Bei Erzieherinnen, die dazu auf Dauer ohne triftige Gründe nicht bereit sind, stellt sich die Frage der persönlichen Eignung für diese Tätigkeit.

2.2 Aus- und Fortbildung von Ersthelfern

Wer darf ausbilden?

Wie bereits unter Ziffer 2.1 ausgeführt, sind in §§ 7 und 8 GUV-V A5 eng gefasste Grenzen für die Aus- und Fortbildung von Ersthelfern vorgegeben.

Als Ausbildungsstätte generell zugelassen sind bisher die im Folgenden aufgeführten Hilfsorganisationen:



Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB)



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V. (DLRG)



Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)



Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (Die Johanniter)



Malteser-Hilfsdienst e. V. (Malteser)

Die Unfallversicherungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen weitere Stellen anerkennen. Im Zuständigkeitsbereich der Unfallkasse Sachsen wurde davon bisher nicht Gebrauch gemacht.

Dauer und Inhalte der Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt in einem 8 Doppelstunden (8 x 90 min) umfassenden Grundlehrgang.

Die Inhalte sind mit den Unfallversicherungsträgern abgestimmt. Die Ausbildung enthält die Herz-Lungen-Wiederbelebung in der

Ein-Helfer-Methode. Die Teilnehmer erhalten eine schriftliche Zusammenfassung der Ausbildungsinhalte und eine Teilnahmebescheinigung.

Andere Ausbildungsformen, wie z. B. die Unterweisung in den Sofortmaßnahmen am Unfallort nach § 8a Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO), reichen für die Aus- und Fortbildung von Ersthelfern nicht aus.

Fortbildung

In angemessenen Zeitabständen ist eine Fortbildung durchzuführen (§ 7 Abs.2 GUV-V A5). Dieses Schutzziel gilt als erfüllt, wenn der Zeitraum zur voran gegangenen Aus- oder Fortbildung zwei Jahre nicht wesentlich übersteigt.

Ersthelfer müssen in angemessenen Zeitabständen (in der Regel zwei Jahre) durch Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Training fortgebildet werden.

Die Fortbildung erfolgt durch Teilnahme an einem vier Doppelstunden umfassenden Erste-Hilfe-Training. Sie beinhaltet die Herz-Lungen-Wiederbelebung in der Ein- und Zwei-Helfer-Methode.

Wer trägt die Kosten?

Sowohl für die Ausbildung als auch für das Erste-Hilfe-Training werden die Kosten vom zuständigen Unfallversicherungsträger übernommen. Voraussetzung ist allerdings in jedem Fall, dass es sich um Personen handelt, die nach der Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ Aufgaben als Ersthelfer übernehmen und dass der Unfallversicherungsträger vor Ausbildungsbeginn die Kostenübernahme zugesichert hat. Zuständiger Unfallversicherungsträger ist immer derjenige, bei dem die Beschäftigten gegen Arbeitsunfälle versichert sind.

Das sind in Sachsen

- die Unfallkasse Sachsen für kommunale, staatliche und bestimmte freie Träger z. B. ASB, Die Johanniter;
- die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) für bestimmte freie Träger (z. B. Volkssolidarität, Arbeiterwohlfahrt, Diakonie);
- die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) für bestimmte freie Träger (z. B. Vereine).

Für die nach der Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ erforderlichen Ersthelfer übernehmen die für den Träger zuständigen Unfallversicherungsträger (Unfallkasse Sachsen, BGW, VBG) die Ausbildungskosten.

Wie ist das Verfahren?

Das Verfahren für die Kostenübernahme zur Aus- und Fortbildung von Ersthelfern wird vom zuständigen Unfallversicherungsträger festgelegt.

Im Zuständigkeitsbereich der Unfallkasse Sachsen gilt:

1. Träger bzw. Leiterinnen können sich selbst für eine (zugelassene) Ausbildungsstelle entscheiden.
2. Anschließend ist der Antrag auf Kostenübernahme für die Aus- und Fortbildung von Ersthelfern (5 % der Beschäftigten) an die Unfallkasse Sachsen zu richten. Die Formblätter (siehe Kopiervorlage im Anhang) sind auch bei

allen auszubildenden Stellen vorhanden; diese unterstützen gern beim Ausfüllen.

An einem Lehrgang sollen in der Regel nicht mehr als 15 Personen teilnehmen.

3. Ist der Antrag bewilligt, darf mit der Aus- oder Fortbildung begonnen werden. Achtung: Für Lehrgänge, die ohne verbindliche Kostenzusage durchgeführt werden, besteht kein Anspruch auf Finanzierung. Bei zugesagter Kostenübernahme rechnet die ausbildende Stelle direkt mit der Unfallkasse Sachsen ab.

Leiterinnen bzw. Träger, deren Beschäftigte bei der BGW oder VBG versichert sind, können die Modalitäten dort erfragen.

2.3 Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“

Alle Erzieherinnen, die nach den o. a. Grundsätzen nicht Ersthelfer sein müssen, sind aber in jedem Fall zur Erste-Hilfe-Leistung zu befähigen.

Das kann auf verschiedene Art und Weise realisiert werden:

- Zum einen ist die Teilnahme an den Aus- und Fortbildungsmaßnahmen der Ersthelfer möglich. Hierbei handelt es sich um die Maßnahme mit dem geringsten organisatorischen Aufwand (alle Erzieherinnen werden zu Ersthelfern). Dem steht allerdings entgegen, dass die erste Hilfe bei Kindern (worum es eigentlich geht) zu kurz kommt.
- Zum anderen ist es möglich und unserer Meinung nach auch sinnvoller, an besonderen Lehrgängen teilzunehmen, bei denen die erste

Erzieherinnen sollten möglichst an einer auf die Zielgruppe „Kind“ bezogenen Erste-Hilfe-Ausbildung teilnehmen.

Hilfe bei Kindern im Vordergrund steht.

Dafür eignen sich die Lehrgänge

- „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (Dauer 4 x 90 min) und
- „Erste Hilfe am Kind“ (Dauer 8 x 90 min).

Für den letztgenannten Lehrgang werden die Gebühren durch die Unfallkasse Sachsen nicht übernommen.

Der Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ wurde von der Unfallkasse Sachsen gemeinsam mit den Erste-Hilfe-Organisationen entwickelt, um eine neue, an der Zielgruppe „Kinder“ orientierte Ausbildung anzubieten.

Allerdings werden Grundkenntnisse in der ersten Hilfe vorausgesetzt, wie sie z. B. die Ersthelfer-Ausbildung vermittelt. Der Lehrgang ist dem Erste-Hilfe-Training juristisch gleichgestellt und dauert ebenfalls vier Doppelstunden. Er wird von den Erste-Hilfe-Organisationen seit Anfang 2003 in ganz Sachsen angeboten.

Damit können alle Erzieherinnen an der gleichen Ausbildung teilnehmen. Die nach Abschnitt 2.2 erforderlichen Ersthelfer (5% der Beschäftigten) müssen normalerweise mindestens aller zwei Jahre fortgebildet werden. Unter Beachtung der Tatsache, dass nicht 5 % sondern 100% der Beschäftigten eine Ausbildung in der ersten Hilfe erhalten, erachten wir im Einvernehmen mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und in Anlehnung an die gängige Praxis für die Erste-Hilfe-Fortbildung der Lehrer eine Auffrischung dieser Ausbildung nach spätestens vier Jahren als angemessen und praktikabel.

Für pädagogisches Personal von Kindertagesstätten, die der BGW angehören, können ebenfalls die Kosten übernommen werden (außer für die obligatorischen 5% Ersthelfer).

Die Kostenübernahme ist mit dem Formular im Anhang (Kopiervorlage) zu beantragen.

Am Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ können alle Erzieherinnen teilnehmen, da dieser auch als Erste-Hilfe-Training (Fortbildung der Ersthelfer) anerkannt ist.

Übersicht über mögliche Ausbildungsformen

Variante	I	II	III
5% der Beschäftigten	Ersthelferausbildung 8 x 90 min	Ersthelferausbildung 8 x 90 min	Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“
95% der Beschäftigten	Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“, 4 x 90 min	Fortbildung aller 2 Jahre	4 x 90 min Fortbildung spätestens aller 4 Jahre
Nachteile	Organisationsaufwand	nicht Kindbezogen	-

Grundsätzlich liegt es im Ermessen des Unternehmers, wie er die erste Hilfe organisiert. Es sei jedoch angemerkt, dass aus Sicht der Unfallkasse Sachsen der Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (Variante III) am geeignetsten ist.

In diesem Lehrgang werden die Besonderheiten von Säuglingen und Kindern, z. B. bei Feststellung der Vitalfunktionen, Seitenlagerung, Atemspende und Herz-Lungen-Wiederbelebung, nicht nur besprochen, sondern auch praktisch eingeübt. Selbstverständlich werden dabei Kinder-Übungsphantome verwendet.

Hinweis: Auch Kinder sollten frühzeitig mit dem Thema erste Hilfe vertraut gemacht werden. Das baut spätere Ängste ab und erzieht zur Hilfsbereitschaft. Deshalb empfehlen wir, entsprechende Übungen in die Erziehungsarbeit zu integrieren und Angebote, z. B. das Übungsmaterial „Abenteuer Helfen“ vom Malteser Hilfsdienst zu nutzen.

3 Welche Ausstattung wird benötigt?

Wer bei Notfällen erste Hilfe leisten will, benötigt außer der in Abschnitt 2 erläuterten Qualifikation auch eine materielle Mindestausstattung. Da die Erste-Hilfe-Leistung nicht immer ausreicht, muss auch jederzeit ein Notruftelefon verfügbar sein.

3.1 Erste-Hilfe-Material

Bei vielen Unfällen genügt die Erste-Hilfe-Leistung. Dafür ist in jeder Kindertageseinrichtung mindestens ein Verbandkasten nach DIN 13157-C bereit zu stellen. Die Betonung liegt dabei weniger auf dem Kasten; wichtig ist der Inhalt.

Es ist durchaus möglich und legitim, einen vorhandenen Verbandschrank o. ä. zu benutzen, wenn das Erste-Hilfe-Material darin jederzeit zugänglich und gegen schädigende Einflüsse geschützt ist. Wir empfehlen Verbandkästen mit Wandhalterung. Diese sind gut sichtbar, ihr Fehlen wird sofort bemerkt und sie können komplett mit zum Unfallort genommen werden. Zur Kennzeichnung s. unter 3.4.

In jeder Kindertageseinrichtung muss mindestens ein Verbandkasten DIN 13157-C (kleiner Verbandkasten) vorhanden und allen ErzieherInnen jederzeit zugänglich sein.

In jeden Verbandkasten gehören u. a. ein Inhaltsverzeichnis und eine Anleitung zur ersten Hilfe. Günstig ist eine neben dem Kasten angebrachte Registerausführung (GUV-I 510-3, bisher GUV 30.10) bzw. der Aushang DIN A2 (GUV-I 510-1, bisher GUV 30.1).

Allerdings nehmen beide Anleitungen (wie auch die bei der Auslieferung im Kasten befindliche Broschüre) nicht auf die besonderen Belange der ersten Hilfe bei Kindern Bezug.

Abhilfe schafft die Broschüre „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (GUV-SI 8453).



Broschüre „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (GUV-SI 8453)

Es sei hier nochmals ausdrücklich darauf verwiesen, dass eine Anleitung zur ersten Hilfe, in welcher Form auch immer, niemals die Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Lehrgang ersetzt.

Zu jedem Verbandkasten gehören ein Inhaltsverzeichnis und eine Anleitung zur ersten Hilfe. Medikamente gehören nicht in Verbandkästen. Alle Verbandstoffe müssen mit dem CE-Zeichen gekennzeichnet sein. Wenn ein Verfalldatum angegeben ist, dürfen die Verbandstoffe nach Ablauf dieser Frist nicht mehr verwendet werden.

Für Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, z. B. Wanderungen oder Ausflüge, ist ausreichend geeignetes Erste-Hilfe-Material mitzunehmen. Eine Möglichkeit ist die Sanitätstasche nach DIN 13160. Auch hierbei kommt es nicht auf das Behältnis sondern den Inhalt an.

Sowohl die Unfallkasse Sachsen als auch die Erste-Hilfe-Organisationen in Sachsen sind allerdings der Meinung, dass der Inhalt der Sanitätstasche für Kindertageseinrichtungen nicht optimal ist. Besonders für kleine Ausflüge mit nur einer Kindergruppe findet die Sanitätstasche auch bei den ErzieherInnen wenig Akzeptanz. Darüber hinaus wird die Trageweise als belastend empfunden.

In Abstimmung mit den sächsischen Erste-Hilfe-Organisationen haben wir deshalb in der nachfolgenden Tabelle eine Mindestausstattung für kleine Ausflüge und Wandertage zusammengestellt. Für kleine Ausflüge wird die Unterbringung des Materials in einer Gürteltasche, die auch in der Handtasche der ErzieherInnen Platz findet, empfohlen. Für Wandertage sollte es ein Rucksack sein, der sich mittels Reißverschluss in der Mitte so öffnen lässt, dass der gesamte Inhalt mit einem Blick erfasst werden kann.



Gürteltasche



Rucksack

Bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung ist ausreichend Erste-Hilfe-Material mitzunehmen.

Verbandkasten DIN 13157-C und Sanitätstasche DIN 13160

Lfd. Nr.	Bezeichnung	Anzahl in Stück	
		Verbandkasten C	Sanitätstasche
1	Heftpflaster 500 cm x 2,5 cm	1	1
2	Wundschnellverband 10 cm x 6 cm	8	8
3	Fingerkuppenverband	5	–
4	Wundschnellverband 18 cm x 2 cm	5	–
5	Pflasterstrip mind. 7,2 cm x 1,9 cm	10	–
6	Verbandpäckchen DIN 13 151 – K	–	1
7	Verbandpäckchen DIN 13 151 – M	3	2
8	Verbandpäckchen DIN 13 151 – G	2	2
9	Verbandtuch DIN 13 152 – A	1	1
10	Verbandtuch DIN 13 152 – BR	1	2
11	Kompresse 10 cm x 10 cm ¹⁾	6	6
12	Augenkompressen 5 cm x 7 cm	2	–
13	Rettungsdecke	1	1
14	Fixierbinde 400 cm x 6 cm	3	2
15	Fixierbinde 400 cm x 8 cm	3	2
16	Netzverband für Extremitäten, mind. 4 m	1	–
17	Dreiecktuch	1	2
18	Schere ²⁾	1	1
19	Vliesstoff-Tuch mind. 20 cm x 30 cm	10	–
20	Folienbeutel mind. 30 cm x 40 cm	2	–
21	Einmalhandschuh, PVC, nahtlos	4	8
22	Erste-Hilfe-Broschüre	1	–
23	Diagnostikleuchte	–	1
24	Anhängekarte für Verletzte/Kranke	–	5
25	Inhaltsverzeichnis	1	1

Die Bezeichnung der Artikel ist nicht in jedem Fall DIN-gerecht und soll lediglich der Kontrolle auf Vollständigkeit dienen.

- 1) Möglichst einzeln verpackt; 7,5cm x 7,5cm sind auch ausreichend.
- 2) Vor Kauf ist zu prüfen, ob die Schere auch Verbandstoffe schneidet.

Empfohlene Mindestausstattung für Aktivitäten außerhalb der Einrichtung

Lfd. Nr.	Bezeichnung	Anzahl in Stück	
		kleine Ausflüge	Wandertage
1	Dreiecktuch	1	2
2	Einmalhandschuhe (Paar)	2	8
3	Pflasterstrip (7,2 x 2,5 cm)	6	10
4	Wundkompressen, 10 x 10 cm möglichst einzeln verpackt	4	10
5	Rolle Heftpflaster 10 – 12 mm breit	mind. 1 m	mind. 2 m
6	Verbandpäckchen DIN 13 151 – M	1	4
7	Kärtchen mit HLW	1	-
8	Fingerkuppenverband	-	2
9	Verbandtuch 400 x 600	-	1
10	Rettungsdecke	-	1
11	Fixierbinde FB 6	-	4
12	Erste-Hilfe-Broschüre	-	1
13	Inhaltsverzeichnis	1	1



Verbandkasten In Wandhalterung



Sanitätstasche

Nützliche Ergänzungen

Zusätzlich zum „Pflichtbestand“ an Verbandstoffen sind Kältepacks sinnvoll. Diese können z. B. bei Verstauchungen, Verrenkungen, Zerrungen oder Quetschungen Schmerzen lindern und die Anschwellung von vorn herein begrenzen.

Wegen Erfrierungsgefahr bleibt die Anwendung von Kältesprays Fachleuten vorbehalten.



Verschiedene Kältepacks

Ca. 1500 Schülerunfälle im Jahr 2003 verursachten Zahnschäden. Nun können gerade solche Unfälle eine langwierige Behandlung bis zur Ausbildung des bleibenden Gebisses nach sich ziehen. Um das dem Verletzten möglichst zu ersparen und mögliche Kosten zu reduzieren, sollten herausgeschlagene oder abgebrochene Zähne oder Zahnteile (auch Milchzähne!) in einer Zahnrettungsbox mit physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt und möglichst schnell nach dem Unfall mit zur Behandlung genommen werden.

Die Zahnrettungsbox ist rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Je schneller die Behandlung erfolgt, desto größer ist die Chance, dass ein implantierter Zahn wieder anwächst. Die Bereitstellung der Zahnrettungsbox ist freiwillig. Notfalls ist auch das Einlegen des Zahnes in kalte H-Milch möglich. Herausgeschlagene Zähne nicht an der Zahnwurzel anfassen, einwickeln oder reinigen!

Es ist sinnvoll, zur ersten Hilfe bei bestimmten Verletzungen Kältepacks und eine Zahnrettungsbox bereit zu halten.



Zahnrettungsbox „Dentosafe“

Zur Erste-Hilfe-Ausstattung gehört auch eine Liegemöglichkeit. Diese kann in größeren Kindertageseinrichtungen in einem separaten Sanitätsraum als (auch für Beschäftigte geeignete) stationäre Liege oder als Krankentrage nach DIN 13024 realisiert werden. In Einrichtungen, die über keinen separaten Sanitätsraum verfügen, ist (für Kinder) auch eine übliche Kinderliege ausreichend.

Für den Sanitätsraum gilt, dass sich dieser in zentraler Lage befindet und allen Beschäftigten jederzeit ohne Zeitverzug zugänglich ist. Er darf nicht artfremd, etwa als Lagerraum o. ä., genutzt werden. Durch eine günstige Lage im Erdgeschoß wird erreicht, dass Verletzte mittels Trage möglichst nicht über Treppen transportiert werden müssen.

3.2 Meldeeinrichtungen

Immer dann, wenn erste Hilfe nicht ausreicht, muss weitere (ärztliche) Hilfe herbei gerufen werden. Die dazu erforderlichen Meldeeinrichtungen (§ 3 GUV-V A5) können in Kindertageseinrichtungen nur amtsberechtigten Fernmeldeanschlüssen sein. Die entsprechenden Telefone müssen zentral gelegen und jederzeit ohne Zeitverzug für die Beschäftigten zugänglich sein.

In größeren Einrichtungen sind u. U. mehrere Telefonapparate erforderlich. Bei Einrichtungen mit Außenstellen ist selbstverständlich in jedem Gebäude ein Telefonanschluss zu schaffen.

Ein Telefon im Zimmer der Leiterin, das bei deren Abwesenheit verschlossen ist, genügt also nicht. Ebenso reichen öffentliche

Telefonzellen nicht aus. Auch das private Funktelefon der Erzieherinnen kann nur eine nützliche Ergänzung sein und ist allein nicht ausreichend. Bei Horten, die in Schulgebäuden untergebracht sind, gab es in der Vergangenheit manchmal Schwierigkeiten, weil sich der einzige Amtsanschluss im Schulsekretariat befindet und außerhalb der Schulzeit für die Erzieherinnen nicht zugänglich war.

In solchen Fällen ist sofort Abhilfe zu schaffen.

Für alle Beschäftigten muss ständig ein amt berechtigtes Telefon zugänglich sein, um einen Notruf absetzen zu können.

Zu einer funktionierenden Sicherheitsorganisation zählt ebenfalls, dass an allen Telefonen, mit denen Hilfe von außen herbeigerufen werden kann, ein Verzeichnis der aktuellen Notrufnummern angebracht ist. Dieses soll sich bereits durch Gestaltung und Anbringung deutlich von anderen Verzeichnissen, z. B. mit Rufnummern des Trägers, der Eltern, von Handwerkern o. ä. unterscheiden.

Wir empfehlen die Verwendung des Vordruckes GUV-SI 8456.

Welche Rufnummern werden benötigt?

Die in gewerblichen Betrieben und Verwaltungen verlangte Nennung der Rufnummer des nächsten erreichbaren Ersthelfers ist in Kindertageseinrichtungen verzichtbar, da alle Erzieherinnen zur ersten Hilfe befähigt sein müssen. Um so wichtiger sind die Rufnummern der nächstgelegenen Ärzte, des Durchgangsarztes, der Rettungsleitstelle und des Krankenhauses. Für besondere Verletzungsarten sind auch Zahn-, Augen- und HNO-Arzt aufzuführen. Für andere Notfälle, etwa Bombendrohungen, ist der polizeiliche Notruf 110 anzugeben.

Leider treten auch immer wieder Vergiftungen, z. T. sogar als Massenunfälle, auf. Für solche Fälle ist die Rufnummer der Giftzentrale erforderlich:

Berlin (0 30) 1 92 40
Erfurt (03 61) 73 07 30

Unter Umständen kann es günstig sein, Verletzte mit dem Taxi zu transportieren; deshalb wird die Rufnummer der Taxizentrale ebenfalls benötigt.

Die Vielzahl der in Notfällen möglichen Verbindungen zeigt, dass eine regelmäßige Unterweisung über das Zusammenwirken nach einem Unfall unverzichtbar ist.

An jedem Notruftelefon müssen die Notrufnummern deutlich sichtbar angebracht sein.

Was ist zu melden?

Unklar formulierte Notrufe ziehen Rückfragen nach sich und verzögern die ärztliche Hilfeleistung. Mitunter führen sie auch zum Einsatz unverhältnismäßiger Mittel.

Der Inhalt des Notrufes ergibt sich aus den fünf großen W:

1. Wo geschah es?
2. Was geschah?
3. Wie viele Verletzte?
4. Welche Arten von Verletzungen?
5. Warten auf Rückfragen?

Damit das im Ernstfall auch klappt, muss es allen klar sein. Der Vordruck für ein Notrufnummernverzeichnis mit Hinweisen für den Inhalt des Notrufes kann kostenfrei unter der Nummer GUV-SI 8456 bestellt werden.

Der Vordruck für ein Notrufnummernverzeichnis mit Hinweisen für den Inhalt des Notrufes kann kostenfrei unter der Nummer GUV-SI 8456 bestellt werden.



Notrufnummernverzeichnis GUV-SI 8456

3.3 Wer trägt die Kosten für die Ausstattung?

Diese Frage beantwortet § 2 Abs. 1 GUV-V A5:

- Der Unternehmer hat dafür zu sorgen, dass*
1. *zur ersten Hilfe und zur Rettung aus Gefahr für Leben und Gesundheit*
 - a) *die erforderlichen Einrichtungen, insbesondere Meldeeinrichtungen, Sanitätsräume, Erste-Hilfe-Material, Rettungsgeräte und Rettungstransportmittel und ... zur Verfügung stehen.*

...

Die Verantwortung hierfür liegt also eindeutig beim Träger der Einrichtung. Sie kann auf die Leiterin delegiert werden, wenn gleichzeitig die Befugnis über die dafür erforderlichen Mittel, z. B. im Rahmen der Budgetierung, übertragen wurde.

Die Kosten für die materielle Ausstattung der ersten Hilfe sind vom Unternehmer (Träger) zu übernehmen.

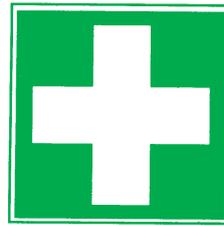
3.4 Kennzeichnung von Erste-Hilfe-Einrichtungen

Erste Hilfe kann nur dann wirkungsvoll sein, wenn die benötigten Materialien bei Bedarf auch schnell auffindbar sind. Aus diesem Grunde sind Erste-Hilfe-Einrichtungen zu kennzeichnen. § 12 GUV-V A5 legt dazu fest:

- Der Unternehmer hat dafür zu sorgen, dass die Erste-Hilfe-Einrichtungen sowie die Aufenthaltsorte von Erste-Hilfe-Material, Rettungsgeräten und Rettungstransportmitteln durch die jeweiligen Rettungszeichen gekennzeichnet werden.*

Die für die Kennzeichnung erforderlichen Rettungszeichen sind quadratisch oder rechteckig und tragen weiße Bildzeichen auf grünem Grund.

Für Kindertageseinrichtungen kommen insbesondere folgende Rettungszeichen für die erste Hilfe in Frage:



E 06 Erste Hilfe



E 07 Krankentrage



E 10 Notruftelefon



E 13 Richtungsangabe für Erste-Hilfe-Einrichtungen

Für Rettungswege und Notausgänge sind Rettungszeichen nach GUV-V A8 erforderlich.

Erste-Hilfe-Einrichtungen sind mit Rettungszeichen zu kennzeichnen.

Am häufigsten wird das Rettungszeichen E 06, z. B. zur Kennzeichnung des Verbandkastens oder des Schrankes oder Raumes, in dem dieser aufbewahrt wird, benötigt. Es kann als Aufkleber im Format 10 cm x 10 cm kostenfrei unter der Bestell-Nr. GUV-I 8577 bei der Unfallkasse Sachsen bezogen werden.

Bei weitläufigen Gebäuden kann es erforderlich sein, zusätzlich, etwa durch E 13 in Verbindung mit E 06 auf Erste-Hilfe-Einrichtungen hinzuweisen. Das Gleiche gilt für den Ort, an dem sich das Notruftelefon befindet.

Rettungszeichen sind im Fachhandel erhältlich. Die Kosten für ihre Beschaffung, Anbringung und Instandhaltung sind vom Träger zu übernehmen.

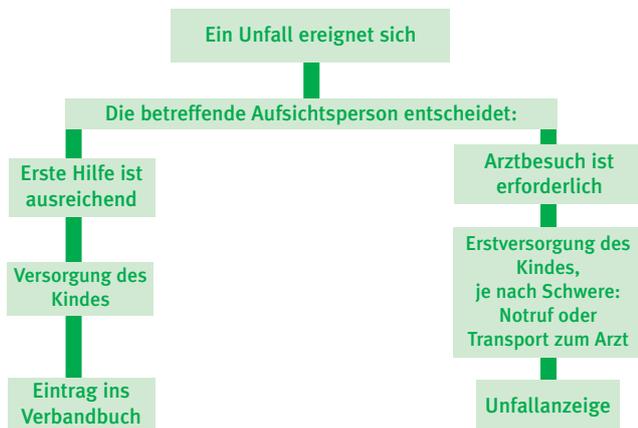
Bei konkreten Fragen zur Kennzeichnung in Ihrer Einrichtung wenden Sie sich bitte an Ihre Fachkraft für Arbeitssicherheit. Schließlich gilt auch hier für die Kennzeichnung: so viel wie nötig und nicht wie möglich.

4 Ein Unfall - was tun?

Nach einem Unfall ist schnell zu handeln. Zum einen muss der Verletzte angemessen versorgt, zum anderen die Gruppe weiter beaufsichtigt werden.

4.1 Richtig entscheiden

Im Moment des Unfalles ist mitunter, z. B. bei einem Spaziergang, nur eine Aufsichtsperson anwesend, nämlich die Erzieherin der Gruppe. Diese muss sofort, also ohne Zeitverzug, handeln.



Nachdem sie sich einen Überblick über die Situation verschafft hat, sind die Maßnahmen einzuleiten, die am wichtigsten sind. Diese Maßnahmen werden Sofortmaßnahmen genannt. Hierzu gehören die Überprüfung der lebenswichtigen Funktionen und alle Maßnahmen, die diese wiederherstellen.

In der Mehrzahl der Fälle wird die erste Hilfe, also ein Pflaster oder auch nur ein tröstender Zuspruch, ausreichen. In diesem Fall ist nur eine Eintragung im Verbandbuch erforderlich.

Stellt die Erzieherin hingegen fest, dass erste Hilfe nicht ausreicht, muss dem verletzten Kind ärztliche Hilfe zuteil werden. Besteht nicht die Gefahr, dass sich die Verletzungsfolgen durch eine geringe zeitliche Verzögerung verschlimmern, sollte immer Rücksprache mit den Eltern getroffen werden. In jedem Fall ist es günstig, wenn die ärztliche Konsultation mit oder durch die Eltern erfolgt. Sollten die Eltern nicht erreichbar sein, muss das pädagogische Personal selbst entscheiden, ob und zu welchem Arzt das Kind gebracht wird.

Bei schwerwiegenden Verletzungen, z.B. Kopf- oder Wirbelsäulenverletzungen, offenen Brüchen, Bewußtlosigkeit etc. ist immer der Notruf abzusetzen.

Aufgrund der jeweiligen Situation muss die Erzieherin entscheiden, ob sie den Notruf selbst durchführt oder andere Personen damit beauftragt. In jedem Fall muss der Verletzte bis zum

Eintreffen des Rettungsdienstes von ihr betreut und erste Hilfe geleistet werden.

Nach einem Unfall

- Ruhe bewahren,
- Überblick verschaffen,
- Sofortmaßnahmen einleiten, z. B. Unfallstelle (im Straßenverkehr) absichern, Verletzten aus dem Gefahrenbereich befreien,
- Überprüfen der lebenswichtigen Funktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf),
- bei Erfordernis ärztliche Hilfe veranlassen

4.2 Arztbesuch

Welcher Arzt ist der richtige?

Wenn die Aufsicht führende Erzieherin ärztliche Hilfe für notwendig hält, muss sie entscheiden:

- Wie schnell muss das Kind dem Arzt vorgestellt werden?
- Muss der Arzt zum Unfallort gerufen werden oder wird das Kind zum Arzt gebracht?
- Ist nach Art der Verletzung ein Facharzt nötig?
- Kann der Arztbesuch durch die Eltern erfolgen?

Zum Glück überwiegen Unfälle mit leichten Körperschäden, so dass es meist nicht erforderlich ist, den Notarzt zu rufen. Wird selbst ein Arzt aufgesucht, so ist das in der Regel der nächstgelegene praktische Arzt, bei Zahnverletzungen der nächstgelegene Zahnarzt bzw. bei anderen Verletzungen der entsprechende Facharzt.

Wenn die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich länger als eine Woche andauert, wird der erstbehandelnde Arzt eine Überweisung an den Durchgangsarzt (D-Arzt) veranlassen. Mitunter wird nachgefragt, welche Entscheidung denn nun die richtige sei. Dazu gibt es keine Standardantwort.

Treffen Sie Ihre Entscheidung immer so, als ob es sich um Ihr eigenes Kind handelt. In Zweifelsfällen veranlassen sie ärztliche Hilfe.

In jedem Fall den Notarzt zu rufen, ist keinesfalls eine angemessene Entscheidung. Zum einen halten Sie damit den Notarzt möglicherweise von wirklich lebenswichtigen Einsätzen fern, zum anderen werden die Kosten unnötig in die Höhe getrieben. Handeln Sie so, wie Sie es in den Lehrgängen zur ersten Hilfe gelernt haben.

Wer bringt das Kind zum Arzt?

Bei einer leichten Verletzung kann es nach der Erstversorgung des Kindes ausreichend sein, die Eltern zu benachrichtigen, damit diese ihr Kind selbst dem Arzt vorstellen können. Sind die Eltern nicht erreichbar, muss das pädagogische Personal diese Funktion übernehmen. Es ist in Kindertageseinrichtungen nicht zulässig, dass ein anderes Kind beauftragt wird, den Verletzten zu einem Arzt in der Nähe zu begleiten.

Die Chipkarte der Krankenversicherung wird für die ärztliche Konsultation nicht benötigt. Bei Arbeits-/Kita-/Schulunfällen ist keine Praxisgebühr zu entrichten.

Welches Transportmittel wird benutzt?

Befindet sich der Arzt nicht in der Nähe der Einrichtung, kann

auch ein Transport mit dem Privat-Pkw (soweit nicht vom Arbeitgeber untersagt) erfolgen. Entgegen der weit verbreiteten Auffassung stehen auch in diesen Fällen der Verletzte und die Erzieherin unter Versicherungsschutz. Die Kosten für die Fahrleistungen trägt die Unfallkasse Sachsen. Sie sind mit der Unfallanzeige formlos geltend zu machen.

In der Praxis ist allerdings zu bedenken, dass Kinder bis zu einem bestimmten Alter (bzw. Größe) in Pkw nur auf Kindersitzen befördert werden dürfen und verletzte Kinder auch während des Transportes betreut werden müssen. Damit sind mitunter zwei Personen für den Transport erforderlich (Fahrer und Betreuer). Schon aus diesen Gründen wird der Transport mit Privat-Pkw nur selten durchgeführt werden.

In vielen Fällen ist es einfacher und praktikabler, ein Taxi zu nutzen. Auch diese Kosten werden von der Unfallkasse Sachsen getragen. Die Verauslagung der Taxikosten erübrigt sich, wenn der Vordruck „Fahrauftrag Taxi und Rechnung“ (GUV-SI 8457) genutzt wird; das Taxiunternehmen rechnet dann direkt mit der Unfallkasse ab.



Fahrauftrag Taxi und Rechnung (GUV-SI 8457) (Ausschnitt)

4.3 Aufzeichnen oder Anzeigen?

Bei Unfällen, die keine ärztliche Behandlung erfordern, genügt die Eintragung ins Verbandbuch. Dieses kann bei der Unfallkasse Sachsen unter der Bestell-Nr. GUV-I 511.1, bisher GUV 40.6, kostenfrei bezogen werden.

Andere Aufzeichnungsformen etwa als Kartei oder in Datenverarbeitungsanlagen sind zulässig. Wichtig sind folgende Angaben:

- Zeit, Ort, Hergang des Unfalls,
- Art und Umfang der Verletzung,
- Zeit, Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahmen,
- Namen des Versicherten,
- Zeugen,
- Namen des erste Hilfe Leistenden

Es ist zu beachten, dass Verbandbücher wie Personalunterlagen aufzubewahren sind, da sie personenbezogene Daten enthalten. Verbandbücher sind nach der letzten Aufzeichnung noch mindestens 5 Jahre aufzuheben, damit bei späteren Schäden der mögliche Zusammenhang zum Unfall nachgewiesen werden kann.

Erste-Hilfe-Leistungen, die keine ärztliche Hilfe erfordern, sind in Verbandbüchern aufzuzeichnen. Verbandbücher sind nach der letzten Eintragung noch fünf Jahre aufzubewahren.

Welche Unfälle sind anzuzeigen?

Wenn nach einem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen

wird, ist der Kinderunfall in jedem Fall dem zuständigen Unfallversicherungsträger anzuzeigen. Das gilt auch dann, wenn der Arztbesuch erst später durch die Eltern erfolgte.

Unfälle von Beschäftigten sind nur dann anzuzeigen, wenn durch den Unfall eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder der Tod eingetreten ist.



Verbandbuch (GUV-I 511.1)

Unfälle von Kindern sind anzuzeigen, wenn ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Welcher Unfallversicherungsträger ist zuständig?

- für Kinder in kommunalen und sonstigen Kindertageseinrichtungen gemeinnütziger freier Träger die Unfallkasse Sachsen,
- für das Personal die für den Träger zuständige Unfallkasse bzw. Berufsgenossenschaft.

Welche Formulare sind zu nutzen?

Die Unfallanzeige ist auf den amtlichen Formularen (Unfallanzeige bzw. Unfallanzeige für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studierende) unter Beachtung der Erläuterungen zu erstatten.

Seit 01.08.2002 sind neue Formulare für Unfallanzeigen gültig.

Noch vorhandene Restexemplare der bisherigen Form dürfen aufgebraucht werden; die im neuen Formular nicht mehr enthaltenen Felder brauchen nicht mehr ausgefüllt werden.

Die neuen Formulare befinden sich als Kopiervorlage im Anhang oder können von der Homepage der Unfallkasse Sachsen (www.unfallkassesachsen.com) herunter geladen werden. Eine Bereitstellung von Durchschreibeblocken über die Unfallkasse Sachsen erfolgt nicht mehr.

Abweichend von der bisherigen Praxis und den Forderungen der Verordnung genügt die Übersendung von einem Exemplar an die Unfallkasse Sachsen, ein weiteres Exemplar dient Ihrer Dokumentation.

Bei Unfällen von Beschäftigten sind weitere Kopien für den Betriebs- bzw. Personalrat und das zuständige Gewerbeaufsichtsamt zu fertigen.

Hinweise zum Ausfüllen des Vordruckes für Kinderunfälle

In Feld 3 des Vordruckes wird die Unternehmensnummer verlangt. Hierbei handelt es sich um die Mitgliedsnummer. Sollte diese nicht bekannt sein, geben wir gern unter der Telefonnummer 03521 724-0 Auskunft.

In Feld 14 (Ausführliche Schilderung des Unfallherganges) sind detaillierte Angaben zum Unfall zu machen. Insbesondere sind anzugeben:

- Unfallort z. B. Gruppenraum, eigener Spielplatz, Schaukel, Treppe, Flur;
- Art der Veranstaltung, z. B. freies Spiel, Ausflug, Besuch eines öffentlichen Spielplatzes;
- Umstände, die den Verlauf des Unfalls kennzeichnen, z. B. Stolpern, Zusammenprall mit einem anderen Kind, Sturz vom Dreirad;
- Besondere Bedingungen z. B. Schneeglätte.

In Feld 15 sind die verletzten Körperteile möglichst genau anzugeben, z. B. linker Fuß, rechter Zeigefinger, rechte Kopfseite; In Feld 16 ist die Art der Verletzung einzutragen, z. B. Prellung, Knochenbruch, Verstauchung, Verbrennung, Platzwunde, Schnittwunde, Abschürfung.

Es sind alle Felder der Unfallanzeige auszufüllen. Der Unfallhergang ist ausführlich zu schildern.

Wenn der Platz in den Feldern nicht ausreicht, können weitere Angaben auf einem formlosen Beiblatt gemacht werden.

Unfälle, die in der Einrichtung nicht bemerkt wurden, z. B. Wegeunfälle, sind nach den Angaben der Eltern anzuzeigen. In diesen Fällen ist in Feld 14 unten anzukreuzen, dass die Angaben auf der Schilderung anderer Personen beruhen.

Welche Fristen sind einzuhalten?

Der Unfall ist durch den Träger binnen drei Tagen, nachdem dieser von dem Unfall Kenntnis erhalten hat, anzuzeigen. Üblicherweise wird diese Pflicht auf die Leiterin der Einrichtung delegiert. Sie hat auch die Unfallanzeige zu unterzeichnen.

Tödliche Unfälle, Massenanfälle (mehr als drei Verletzte) und Unfälle mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden sind sofort per Telefon: 03521 - 724 0 oder Telefax: 03521 - 724 111 zu melden.

Unfälle sind binnen drei Tagen, nach dem die Einrichtung davon Kenntnis erhielt, anzuzeigen. Schwere, tödliche oder Massenanfälle sind sofort zu melden.

Die Verunfallten, bei Kindern deren gesetzlichen Vertreter, sind auf ihr Recht hinzuweisen, dass sie eine Kopie der Unfallanzeige verlangen können.

Die Leiterin muss sicherstellen, dass sie von jedem Unfall sofort erfährt, um ihrer Pflicht zur Erststellung der Unfallanzeige fristgemäß nachkommen zu können. Dazu gehört auch die regelmäßige Elterninformation über die Anzeige von Wegeunfällen.

4.4 Eltern informieren

Eltern bzw. sonstige gesetzliche Vertreter von Kindern haben einen Informationsanspruch gegenüber der Einrichtung, wenn ihr Kind dort einen Unfall erlitten hat. Wie diese Informationen gegeben werden, ist nicht näher festgelegt.

Bei Unfällen, die ärztliche Hilfe erfordern, wird es zweckmäßig sein, die Eltern z. B. telefonisch sofort zu informieren. Die Information kann in diesen Fällen auch durch eine Kopie der Unfallanzeige ergänzt werden (s. auch 4.3).

Bei Bagatellunfällen, die ärztliche Hilfe nicht erfordern, empfiehlt es sich ebenfalls, die Eltern in geeigneter Weise zu informieren. Das kann z. B. durch Ausfüllen der „Information über Erste-Hilfe-Leistung an die Eltern“ (Kopiervorlage im Anhang) geschehen.

Sollten die Eltern für ihr Kind nachträglich ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, so sind sie darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall von der Einrichtung eine Unfallanzeige zu erstellen ist. Die Rückmeldung ist ebenfalls über o. g. Vordruck möglich. Außerdem sollte dieses Thema bei den Elternabenden regelmäßig besprochen werden.

Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen – Kopiervorlage 4

UNFALLANZEIGE für Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studierende 2 Träger der Einrichtung	
1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung, Schule, Hochschule)	3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers
4 Empfänger Unfallkasse Sachsen Postfach 42 01651 Meißen	
5 Name, Vorname des Versicherten	6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr
7 Straße, Hausnummer	Postleitzahl Ort
8 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	9 Staatsangehörigkeit
10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter	
11 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute
13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
14 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)	

Unfallanzeige Kinder (Ausschnitt)

Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen – Kopiervorlage 5

**Information über
Erste-Hilfe-Leistungen an die Eltern**

Stempel der Einrichtung _____ (Ort, Datum)

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind _____
(Vor- und Zuname)

hatte heute einen Unfall in unserer Einrichtung. Die Erstversorgung wurde durch uns vorgenommen. Die Erste-Hilfe-Leistung wurde im Verbandsbuch der Kindertageseinrichtung dokumentiert.

Sollten Sie es für notwendig halten, stellen Sie Ihr Kind bitte einem Arzt vor.

Beim Arztbesuch brauchen Sie keine Chipkarte der Krankenversicherung vorlegen, da es sich hierbei um ärztliche Hilfe nach einem Unfall handelt und die Kosten von der Unfallkasse Sachsen übernommen werden. Nehmen Sie aber auf jeden Fall den Impfausweis Ihres Kindes mit.

Sollte sich Ihr Kind in ärztliche Behandlung begeben haben, werden wir den Unfall der Unfallkasse Sachsen anzeigen.

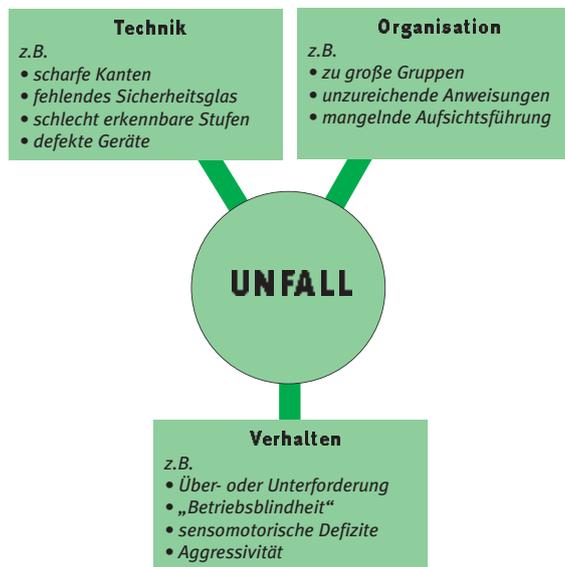
Information über Erste-Hilfe-Leistung (Ausschnitt)

4.5 Untersuchung und Auswertung

Nach Erstellen der Unfallanzeige hat die Leiterin die Pflicht, den Unfall nach zu untersuchen, um die Ursachen zu ermitteln. Dabei geht es nicht darum, eventuelle Schuldige zu finden, sondern Wiederholungen auszuschließen. Der oder die Sicherheitsbeauftragte und die betreffende Erzieherin sind einzubeziehen.

Ursachen ermitteln

Unfallursachen können aus den Bereichen Technik, Organisation und Verhalten vorliegen.



Sehr oft sind mehrere Ursachen gleichzeitig wirksam. Die Untersuchung sollte deshalb die Ursachen den genannten Bereichen zuordnen. Eine Dokumentation der ermittelten Ursachen und der getroffenen Festlegungen nach folgendem Muster (Kopiervorlage im Anhang) wird dringend empfohlen.

Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen – Kopiervorlage 6

	Dokumentation der Unfalluntersuchung	
--	---	--

Jeder Unfall in der Kindertageseinrichtung sollte durch die Leiterin nachuntersucht werden!

Ziel: Das Ursachenbild eines Unfalls erkennen, d. h. Gefahren und Bedingungen herausfinden, die zum Unfall geführt haben.

Unfälle sind keine Zufälle, Unfälle haben Ursachen!

Unfallursachen lassen sich folgenden Bereichen zuordnen:

- **Technik** (z. B. Mängel an Spielplatzgeräten, Stolperstellen, scharfe Kanten)
- **Organisation** (z. B. mangelnde Aufsicht, Auswahl altersgerechte Spielgeräte, fehlende Unterweisung)
- **Verhalten** (z. B. Bewegungsunsicherheit, motorische Defizite bei Kleinkindern, fehlendes Gefahrenbewusstsein, Aggressionen)

Nach dem Erkennen der Ursachen müssen geeignete Maßnahmen zur Unfallverhütung ergriffen werden.

Die Unfalluntersuchung kann nach folgendem Schema erfolgen und dokumentiert werden:

Dokumentation der Unfalluntersuchung (Ausschnitt)

Unfallstatistik

Um Unfallschwerpunkte zu erkennen, ist eine Statistik hilfreich. Aufgrund der meist relativ geringen Kinderanzahl und der Unfallhäufigkeiten ist allerdings eine Statistik der anzeigepflichtigen Unfälle kaum repräsentativ. Wir empfehlen deshalb, für alle Unfälle, anzeigepflichtige und solche, die nur im Verbandsbuch dokumentiert werden (Bagatellunfälle), den Unfallereignisbogen im Anhang zu nutzen.

Eine Unfallstatistik hilft Unfallschwerpunkte zu ermitteln und macht künftige Unfälle vorhersehbar.

Die Auswertung der Unfallstatistik sollte regelmäßig in den Beratungen mit den ErzieherInnen sowie dem Träger auf der Tagesordnung stehen, aber auch mit den Elternvertretern beraten und in Elternabenden thematisiert werden.

Maßnahmen festlegen

Im Ergebnis der ermittelten Ursachen wird die Leiterin Maßnahmen veranlassen, damit sich ähnliche Unfälle künftig vermeiden lassen. Bei technischen Ursachen ist in Zusammenarbeit mit dem Hausmeister bzw. dem Sachkostenträger auf Abstellung zu drängen. Bei komplizierten Sachverhalten kann es erforderlich sein, weitere Fachleute hinzu zuziehen.

Jeder Unfall ist nach zu untersuchen, um die Ursachen zu ermitteln und ähnlich gelagerte Unfälle künftig auszuschließen.

Rangfolge der Maßnahmen

1. Priorität haben technische Maßnahmen, durch die einvorhandene Gefahrenquelle vollständig beseitigt wird.

Beispiele:

- Bereitstellung altersgerechten Spielzeuges,
- sichere Treppengeländer mit Kinderhandläufen

2. Lassen sich Gefahrenquellen nicht oder nur unvollständig beseitigen, so ist nach Maßnahmen zu suchen, die die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Unfalles verringern.

Beispiele:

- Absperren von Gefahrstellen, wie defekten Spielplatzgeräten,
- Einrichten eines separaten Krippenspielplatzes,
- Trennung von Spiel- und Verkehrsbereichen,

3. Ergänzend oder alternativ ist nach Maßnahmen zu suchen, die die Schwere möglicher Unfälle mindern.

Beispiele:

- Einsatz von Geräten mit geringerer Fallhöhe,
- Fallschutz (stoßdämpfende Bodenarten im Fallbereich von Spielplatzgeräten),
- Abpolstern bzw. Abrunden scharfer Ecken und Kanten im Aufenthaltsbereich der Kinder.

4. Nicht immer ist es möglich oder pädagogisch sinnvoll, in Kindertageseinrichtungen eine völlig Gefahren freie Umwelt herzustellen. Kinder sollen schließlich auch lernen, mit Gefahren umzugehen. Deshalb ergänzt die Sicherheitserziehung die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Unfallverhütung.

Beispiele:

- Schulung des Gefahrenbewusstseins,
- Unterweisen und Einüben des sicheren Umgangs mit Gefahren,
- Vorbildwirkung aller Beschäftigten und der Eltern.

Gefahren sind erkennbar und müssen beseitigt werden, bevor sie zu einem Unfall führen. Bagatell- und Beinaheunfälle geben wichtige Hinweise auf vorhandene Gefahren. Die gesamte Einrichtung ist durch regelmäßige Begehungen auf Mängel und Gefahren zu überprüfen.

5 Wie wird erste Hilfe bei Kindern geleistet?

- Die Sofortmaßnahmen betreffen
- Feststellen des Bewusstseins,
 - Atemspende,
 - Seitenlagerung,
 - Herz-Lungen-Wiederbelebung,
 - Bedrohliche Blutungen,
 - Schockzustände.

Nach einem Unfall sind grundsätzlich die Vitalfunktionen zu überprüfen. Im Ergebnis wissen Sie, ob die Situation akut bedrohlich ist.

Eine lebensbedrohliche Situation liegt vor, wenn eine der Vitalfunktionen Bewusstsein, Atmung, Kreislauf gestört ist.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – auch nicht bei der Ersten-Hilfe-Leistung. Dieses Kapitel ist ein Auszug aus der Broschüre „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ (GUV- SI 8453), die gemeinsam von der Unfallkasse Sachsen und dem Malteser Hilfsdienst herausgegeben und 2003 über die Fachberaterinnen an alle sächsischen Kindertageseinrichtungen verteilt wurde.

5.1 Sofortmaßnahmen

Wenn sich ein Unfall ereignet hat, verschaffen Sie sich zuerst einen Überblick, was passiert ist und welche Gefahren drohen. Bei möglichem Kontakt mit elektrischen Leitungen schalten Sie gegebenenfalls Sicherungen aus. Bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung sollten Sie auf den Straßenverkehr achten und eine Gefährdung der Helfenden durch Absicherung der Unfallstelle ausschließen.

Erst dann können Sie mit den Sofortmaßnahmen beginnen. Denken Sie dabei daran, das betroffene Kind braucht Ihre Hilfe, und alles was Sie tun, trägt zur Verbesserung seiner Situation bei.

Ruhe bewahren, Überblick verschaffen und Sofortmaßnahmen einleiten .

5.1.1 Bewusstsein feststellen

Automatisch werden Sie auf das betroffene Kind zugehen und es fragen, was passiert ist und ob es Schmerzen hat. Indem Sie das Kind anschauen und ansprechen, überprüfen Sie bereits die Vitalfunktion Bewusstsein: Bewegt sich ein Säugling wie sonst auch? Reagiert er auf Ihr Ansprechen mit Bewegungen, Weinen oder seiner Entwicklung angemessenen Lauten? Sind Sie sich unsicher, ob das Kind schläft, rütteln Sie es vorsichtig an den Schultern. Bei einem älteren Kind handeln Sie entsprechend.

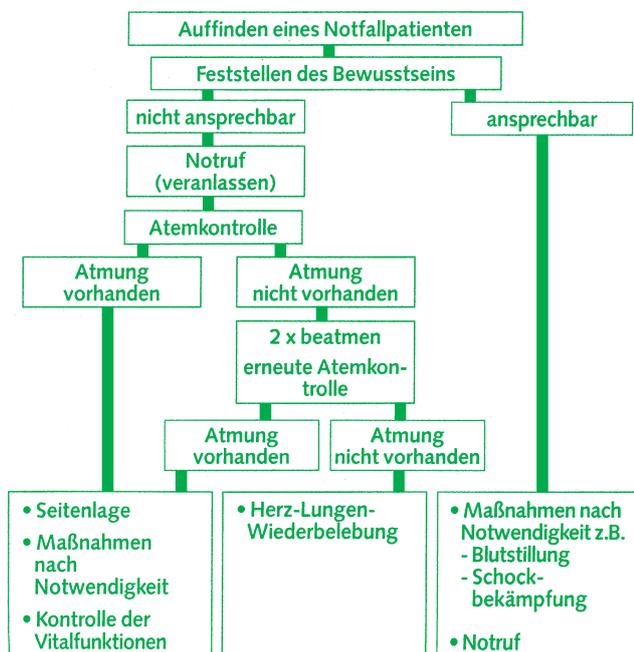
Überprüfen Sie das Bewusstsein durch Anschauen, Ansprechen und Anfassen des Kindes! Antwortet Ihnen das Kind, können Sie Näheres erfragen. Knien Sie in Höhe des Kopfes des Kindes. Geben Sie ihm das Gefühl der Sicherheit, dass Sie es ernst nehmen und ihm helfen wollen. Bleiben Sie möglichst ruhig, um das Kind nicht weiter zu verunsichern.

Das Bewusstsein wird durch Anschauen, Ansprechen oder Anfassen des Kindes geprüft. Das Bewusstsein ist nicht vorhanden, wenn alterstypische Reaktionen des Kindes ausbleiben.

Schicken Sie Schaulustige, Kinder oder Erwachsene weg. Dazu können Sie Aufgaben verteilen, etwa das Absetzen eines Notrufs oder die Bitte um eine Decke oder um ein Stofftier.

Wenn keine der genannten Maßnahmen zu einer altersgemäßen Reaktion führt, ist das betroffene Kind bewusstlos. Dann müssen Sie entsprechend dem Schema vorgehen und die beiden anderen Vitalfunktionen Atmung und Kreislauf überprüfen.

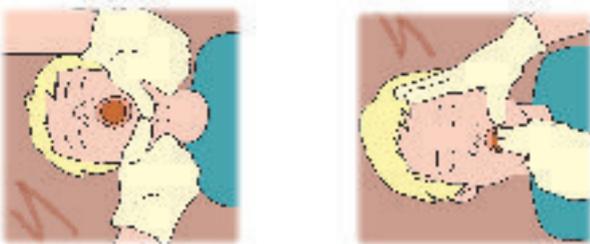
Das nachfolgende Schema zeigt den Ablauf nach dem Auffinden von Verletzten.



5.1.2 Atemwege frei machen

Wenn das verletzte Kind bewusstlos, das heißt nicht ansprechbar ist, muss als Nächstes die Atmung überprüft werden. Ist das Kind bei Bewusstsein, so können Sie davon ausgehen, dass auch die anderen beiden Vitalfunktionen (Atmung und Kreislauf) vorhanden sind. Sollten die Atemwege verstopft sein, sind sie frei zu machen. Schauen Sie dazu dem Kind in den Mund. Sollten Sie Schwierigkeiten haben, den Mund des Kindes zu öffnen, helfen Ihnen folgende Tipps:

- Legen Sie beide Daumen auf den Unterkiefer des Kindes und fassen Sie mit den Zeigefingern um den Kieferwinkel.
- Drücken Sie mit dem Daumen den Unterkiefer nach unten. So lässt sich der Mund leicht öffnen.
- Legen Sie einen Daumen von außen zwischen die Zahnreihen auf die Wange, so dass der Mund geöffnet bleibt.



Jetzt können Sie Fremdkörper, z.B. gelöste Zahnspangen, entfernen. Bei flüssigen Fremdkörpern, wie Erbrochenem oder Wasser, sollten Sie den Kopf mit geöffnetem Mund zur Seite drehen, so dass die Flüssigkeit abfließen kann.

Gegen Ekelgefühle und Infektionen schützen Einmalhandschuhe (sind in jedem Verbandkasten enthalten).

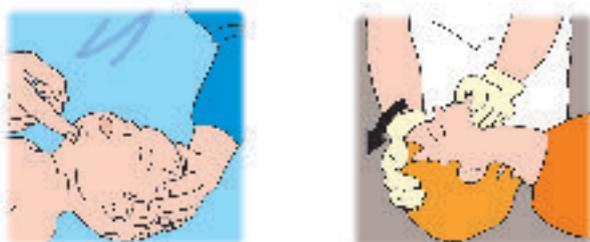
Vor jeder Atemkontrolle oder Atemspende müssen eventuell vorhandene Fremdkörper, Erbrochenes o. ä. aus dem Mund entfernt werden. Zum Öffnen des Mundes drücken Sie den Unterkiefer mit beiden Daumen nach unten.

5.1.3 Atemkontrolle

Nachdem Sie eventuell vorhandene Fremdkörper entfernt haben, müssen Sie bei einem bewusstlosen Kind die Atmung überprüfen. Legen Sie es dazu flach auf den Rücken.

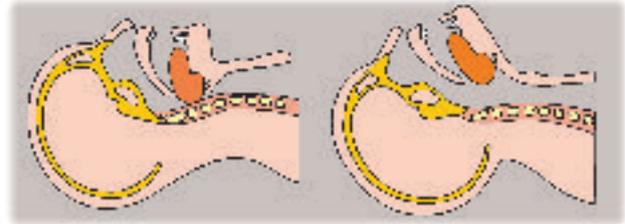
Bei Säuglingen heben Sie das Kinn an und überstrecken Sie den Kopf leicht- auf keinen Fall maximal.

Bei Kindern, die älter als ein Jahr sind, überstrecken Sie den Kopf, indem Sie mit einer Hand den Haaransatz, mit der anderen das Kinn fassen und anheben.



Die nächsten Schritte:

- Knien Sie sich neben den Kopf des Kindes und beobachten Sie, ob sich der Brustkorb beim Ein- und Ausatmen hebt und senkt.
- Halten Sie gleichzeitig Ihre Wange über Mund und Nase des Kindes. Bei vorhandener Atmung spüren Sie die Ausatemluft.
- Hören Sie zusätzlich auf Atemgeräusche.



Die Zunge verlegt die Atemwege ... durch überstrecken des Kopfes werden die Atemwege wieder frei

Wenn Sie keine Atmung feststellen, müssen Sie sofort 2-mal beatmen, da eine Störung der Atmung die wahrscheinliche Ursache für den Atemstillstand ist.

Durch Überstrecken des Kopfes werden die Atemwege wieder frei gemacht. Danach ist zu prüfen, ob die Atmung wieder eingesetzt hat.

5.1.4 Kreislaufkontrolle

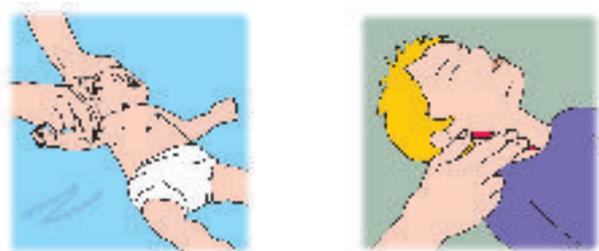
Wie aus dem Schema in Abschnitt 5.1. ersichtlich ist, erfolgt bei den Sofortmaßnahmen keine Pulskontrolle mehr. Wenn die Pulsfrequenz für andere Zwecke benötigt wird, ist wie folgt vorzugehen:

Säuglinge

Tasten Sie dazu mit Zeige- und Mittelfinger an der Innenseite des Oberarms des Säuglings seinen Puls.

Kleinkinder/Kinder

Tasten Sie dazu mit zwei Fingern den Kehlkopf und schieben Sie Ihre Finger dann seitlich auf die Furche des Halswendemuskels. Tasten Sie den Puls auf diese Weise zunächst an der einen Halsschlagader, dann an der anderen.



Bei Säuglingen wird der Puls am inneren Oberarm, bei Kindern an den Halsschlagadern getastet.

Die Normalwerte für die Pulsfrequenz hängen vom Alter und der Aktivität ab.

Als Richtwert können gelten (Herzschläge pro Minute)

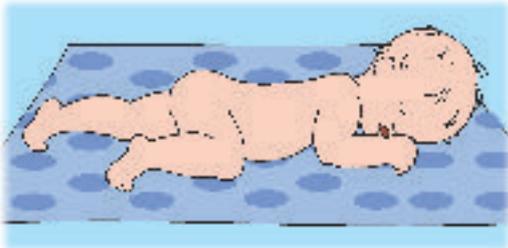
- Neugeborene 140
- Kinder von 6 Monaten 130
- Kinder von 1 Jahr 120
- Kinder von 2 Jahren 110
- Kinder von 6 Jahren 95
- Kinder von 10 Jahren 90

5.1.5 Seitenlagerung

Wenn der Säugling oder das Kind

- bewusstlos ist und
- ausreichend atmet,

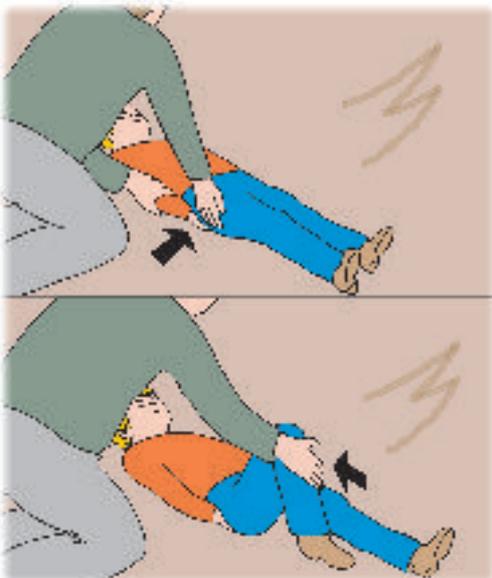
dann legen Sie den Säugling auf den Bauch und drehen seinen Kopf leicht zur Seite.



Ein verletztes Kind darf nur dann in die stabile Seitenlage gebracht werden, wenn es atmet.

Ein Kind, das älter als ein Jahr ist, bringen Sie wie folgt in die stabile Seitenlage.

- Knieen Sie seitlich neben dem Kind. Heben Sie es an der Hüfte etwas an und schieben Sie den gestreckten Arm auf Ihrer Seite möglichst weit unter den Körper.
- Beugen Sie das auf Ihrer Seite befindliche Bein und ziehen Sie den Fuß möglichst nah an den Körper.
- Legen Sie den gegenüberliegenden Arm auf die Schulter Ihrer Seite.
- Fassen Sie das Kind an Schulter und Hüfte auf der Gegenseite und „rollen“ Sie es zu sich heran.
- Ziehen Sie den unter dem Körper befindlichen Arm hervor und schieben sie die Ihnen zugewandte Hand unter die Wange des Kindes.



Das Kind liegt auf der Schulter und durch den geöffneten Mund kann Speichel o. ä. von allein abfließen.

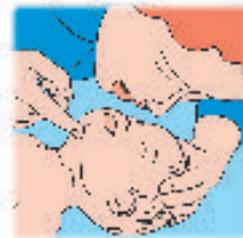
Kontrollieren Sie weiterhin die Vitalfunktionen bis der Rettungsdienst eintrifft. Decken Sie das Kind mit einer Decke zu.

5.1.6 Atemspende

Wenn der Säugling

- bewusstlos ist und
- nicht mehr atmet,

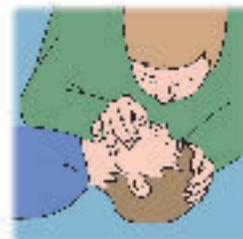
dann setzen Sie die Atemspende mit einer Frequenz von etwa 40 Beatmungen pro Minute fort. Das bedeutet, dass Sie etwas schneller beatmen müssen, als Sie selbst in dieser Situation atmen würden. Umschließen Sie dazu mit Ihrem Mund Nase und Mund des Säuglings und hauchen Sie den Luftinhalt Ihres Mundraumes ein.



Wenn das Kleinkind/Kind

- bewusstlos ist und
- nicht mehr atmet,

dann beginnen Sie die Atemspende mit Ihrer eigenen Atemfrequenz. Dazu überstrecken Sie den Kopf des Kindes und umschließen mit Ihrem Mund die Nase des Kindes. Beatmen Sie nur soviel, dass sich der Brustkorb hebt.



Bei Bewusstlosigkeit und Atemstillstand ist Atemspende erforderlich. Luftmenge und Frequenz sind altersabhängig.

5.1.7 Herz-Lungen-Wiederbelebung

Die Herz-Lungen-Wiederbelebung müssen Sie bei einem Kind mit folgenden drei Kennzeichen durchführen:

- Bewusstlosigkeit,
- Atemstillstand, auch nach 2 Beatmungen.

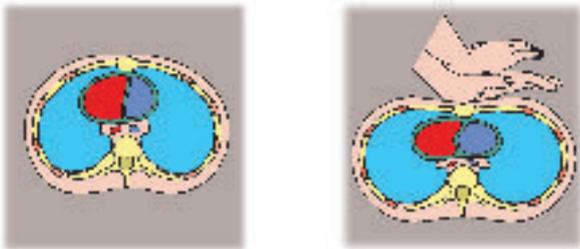
Das menschliche Gehirn reagiert besonders empfindlich auf einen Sauerstoffmangel. Nur etwa 3-5 Minuten kann es ohne Sauerstoff überleben. Bei einem Atem- und Kreislaufstillstand haben Sie als Hilfeleistender eine besondere Chance: Nur Sie können innerhalb der ersten Minuten beim verletzten Kind sein! Bis der Rettungsdienst alarmiert und angefahren ist, vergeht meistens eine gewisse Zeitspanne. Deshalb ist Ihre rasche Hilfe notwendig, um die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu überbrücken. In den allermeisten Fällen ist nur mit Ihrer Hilfe eine erfolgreiche Wiederbelebung möglich.

Da diese Maßnahme nur an geeigneten Übungsgeräten trainiert werden kann, frischen Sie Ihre Fertigkeiten in regelmäßigen Abständen auf!

Die Herz-Lungen-Wiederbelebung ist bei Atem- und Kreislaufstillstand die einzige Methode mit der medizinische Laien die Reanimation durchführen können.

Funktion der Herzdruckmassage

Das Herz, die Lungenflügel sowie die großen Blutgefäße liegen im Brustkorb, der vom Brustbein, den daran fixierten Rippen und der Wirbelsäule gebildet wird. Bei der äußeren Herzdruckmassage wird das Herz zwischen dem flachen Knochen des Brustbeins und der Wirbelsäule zusammen gedrückt.



Auf diese Weise wird das Blut aus dem Herzen ausgepresst und das natürliche Zusammenziehen des Herzens, die Kontraktion, ersetzt. Sobald das Brustbein entlastet wird, dehnt sich das Herz aus und füllt sich erneut mit Blut.

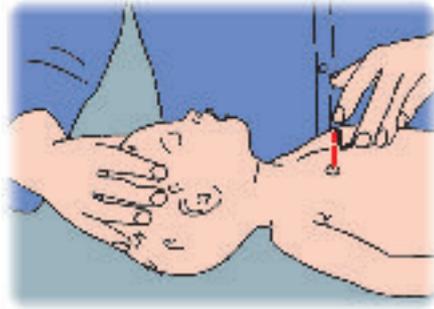
Durch den Wechsel von Be- und Entlastung des Brustbeins bei der Herzdruckmassage ersetzen Sie die Pumpfunktion des Herzens. Dies reicht aus, um die lebenswichtigen Organe mit Sauerstoff zu versorgen und so deren Überleben zu ermöglichen. Die von Ihnen durchgeführte Herzdruckmassage ist dann besonders wirksam, wenn Sie die folgenden Punkte berücksichtigen.

Herz-Lungen-Wiederbelebung beim Säugling (bis 1 Jahr)

Sie haben festgestellt, dass ein Säugling weder auf Ansprechen noch auf Rütteln reagiert. Der Notruf wurde veranlasst. Sie sehen keine Atembewegungen, fühlen keine Ausatemluft und hören keine Atemgeräusche. Daraufhin überstrecken Sie seinen Kopf leicht und beatmen zweimal über Mund und Nase des Säuglings. Wenn Sie danach immer noch keine Atmung feststellen können, entkleiden Sie den Oberkörper des Säuglings und legen ihn rücklings flach auf eine harte Unterlage.

Tasten Sie anschließend das flache Brustbein. Legen Sie Zeige-

und Mittelfinger einer Hand einen Querfinger unterhalb einer gedachten Verbindungslinie zwischen den Brustwarzen in Richtung des Bauchnabels auf das Brustbein. Ihre Fingerkuppen stehen dabei senkrecht auf dem Brustbein. Damit haben Sie den richtigen Druckpunkt für die Herzdruckmassage gefunden.



Lassen Sie den Zeige- und Mittelfinger der einen Hand auf dem Druckpunkt ruhen, während Sie mit der anderen Hand den Kopf in der richtigen Position halten. So können Sie ohne große Pausen zwischen der Herzdruckmassage und der Atemspende im Verhältnis 5:1 wechseln. Zur Herzdruckmassage drücken Sie mit Zeige- und Mittelfinger das Brustbein 5-mal etwa 2cm tief in Richtung Wirbelsäule. Dabei sollten Sie eine Frequenz von etwa 100 Massagen pro Minute erreichen, um die normale Herzaktivität zu ersetzen. Anschließend beatmen Sie einmal über Mund und Nase des Säuglings.

Beim Säugling ist das Verhältnis Herzdruckmassage zu Atemspende 5:1. Das Brustbein muss etwa 2cm tief eingedrückt werden. Es sind ca. 2 Herzdruckmassagen pro Sekunde erforderlich. Die Beatmung erfolgt über Mund und Nase.

Führen Sie diese Maßnahmen im Verhältnis von 5 Herzdruckmassagen zu 1 Beatmung so lange durch, bis:

- Sie eine Eigenatmung des Säuglings sehen, hören oder fühlen oder
- der Rettungsdienst eintrifft und Ihre Maßnahmen übernimmt.

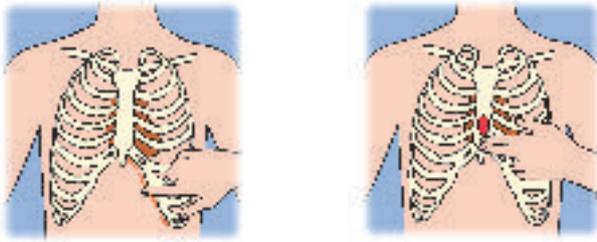
Herz-Lungen-Wiederbelebung bei Kindern

Bei der Überprüfung von Bewusstsein, Atmung und Kreislauf haben Sie festgestellt, dass das Kind

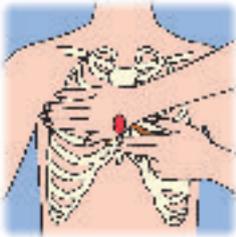
- bewusstlos ist,
- nicht mehr atmet, auch nicht nach 2 Beatmungen.

Legen Sie das Kind rücklings flach auf den Boden. Öffnen Sie anschließend die Oberkörperbekleidung des Kindes, und tasten Sie mit einem Zeigefinger den unteren Rippenbogen. Fahren Sie daran entlang, bis der untere Rippenbogen und das Brustbein zusammentreffen.

Lassen Sie Ihren Zeigefinger auf dieser Stelle liegen.



Setzen Sie wiederum unmittelbar daneben den Handballen der ersten Hand auf. So haben Sie den richtigen Druckpunkt für die Herzdruckmassage gefunden.



Belassen Sie die erste Hand auf dem Brustbein, und halten Sie Ihre Schultern senkrecht darüber. Strecken Sie Finger und Ellbogen durch, und drücken Sie das Brustbein mit Ihrem Handballen 5-mal etwa 3-4 cm in Richtung Wirbelsäule. Dabei sollten Sie eine Frequenz von etwa 100 Massagen pro Minute erreichen. Entlasten Sie nach jeder Druckmassage das Brustbein, ohne die Hand vom Brustkorb abzuheben. Dadurch kann sich der Herzmuskel wieder mit Blut füllen. Beatmen Sie nach den 5 Herzdruckmassagen einmal durch die Nase.

Bei Kleinkindern ist das Verhältnis Herzdruckmassage zu Atemspende 5:1, ab dem Schulalter 15:2. Das Brustbein muss beim Kleinkind 3 bis 4 cm, ab dem Schulalter 4 bis 5 cm tief eingedrückt werden. Die Beatmung erfolgt durch die Nase.

Führen Sie die Maßnahmen im Verhältnis von fünf Herzdruckmassagen zu einer Beatmung fort, bis

- Sie eine Eigenatmung des Kindes sehen, hören oder fühlen, bzw.
- der Rettungsdienst eintrifft und Ihre Maßnahmen übernimmt.

Hinweise:

Ab dem Schulkindalter führen Sie nach 15 Herzdruckmassagen lediglich zwei Beatmungen durch.

Wenn die Kraft einer Hand nicht ausreicht, legen Sie Ihre zweite Hand gekreuzt über die erste auf den Brustkorb des Kindes (Drucktiefe dann 4 bis 5 cm).

5.1.8 Bedrohliche Blutungen

Stark blutende Wunden ziehen immer besondere Aufmerksamkeit auf sich, wenn gleich sie meistens harmloser sind als sie aussehen. Besonders stark spritzende oder fließende Blutungen können einen Schock verursachen, da sich dann die im Blutgefäßsystem fließende Blutmenge so stark verringert, dass das Blut die Organe nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgen kann. Da lebensbedrohliche Blutungen deshalb Ihr rasches Handeln fordern, sind sie auch hier im Abschnitt „Sofortmaßnahmen“ beschrieben.

Tipps zur Versorgung der häufigeren und meist harmloseren Schürf- und Schnittwunden finden Sie in Abschnitt 5.2.1.

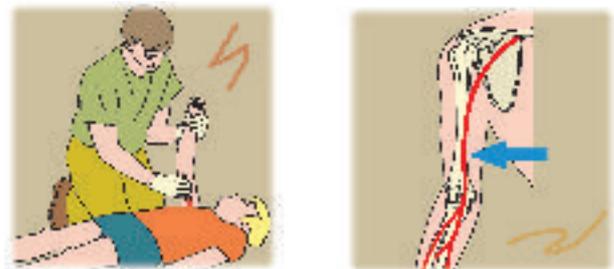
Bei bedrohlichen Blutungen können Sie durch die folgenden Maßnahmen wirksam helfen. Denken Sie aus hygienischen Gründen daran, bei der Wundversorgung möglichst Einmalhandschuhe (aus dem Verbandkasten) zu benutzen.

Generell gilt

- Halten Sie den betroffenen Arm oder das betroffene Bein des Kindes hoch.
- Drücken Sie die zur Wunde führende Schlagader gegen den darunter liegenden Knochen, so schränken Sie die Blutzufuhr soweit ein, dass die Blutung zum Stillstand kommt.

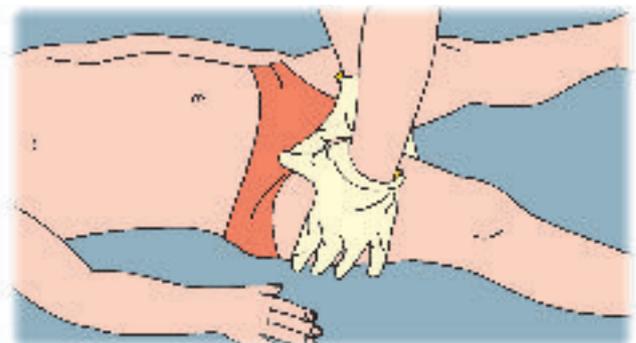
Bei Blutungen am Arm:

- Knien Sie sich dazu seitlich neben den Kopf des verletzten Kindes und halten Sie dessen Arm hoch.
- Tasten Sie dann mit Zeige-, Mittel- und Ringfinger den Oberarmknochen des Kindes, der unterhalb des Bizepses liegt, und drücken Sie unterhalb dieses Muskels fest auf den Knochen. So pressen Sie die Schlagader zusammen.



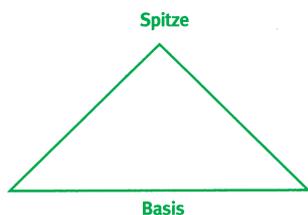
Bei Blutungen am Bein

- Knien Sie sich an die unverletzte Seite des Kindes, und drücken Sie mit Ihrem Daumen die Arterie in der Mitte der gegenüberliegenden Leistenbeuge gegen den darunter liegenden Knochen.
- Da Sie die Arterie nicht abdrücken können, bis der Rettungsdienst eintrifft, müssen Sie diese Maßnahme durch den Druckverband ablösen.
- Veranlassen Sie frühzeitig einen Notruf!



Druckverband mit Verbandpäckchen und Dreiecktuch

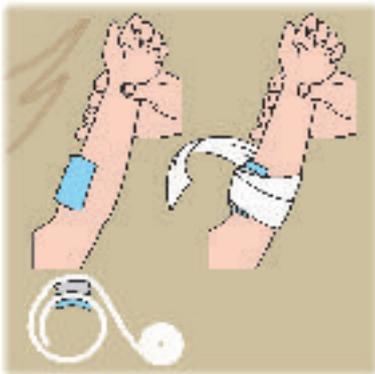
Sie können einen Druckverband am leichtesten mit Hilfe eines Verbandpäckchens und eines Dreiecktuchs anfertigen. Beide Materialien befinden sich in Verbandkästen. Gerade ein Verbandpäckchen eignet sich gut für verschiedene Wundversorgungen; deshalb ist es auch in allen Erste-Hilfe-Sets für Ausflüge (siehe auch Abschnitt 3.1) enthalten.



Verbandpäckchen gibt es in unterschiedlichen Breiten. Sie bestehen immer aus einer sterilen Wundauflage, die fest mit einer Binde verbunden ist. Dreiecktücher sind nicht steril, sondern dienen ausschließlich zur Befestigung steriler Wundauflagen. Durch Aufrollen von der Basis zur Spitze können Sie aus einem Dreiecktuch eine Krawatte herstellen, die besonders beim Druckverband hilfreich ist.

Druckverband mit Verbandpäckchen

- Öffnen Sie das Verbandpäckchen, ohne die sterile Wundauflage zu berühren.
- Legen Sie die sterile Wundauflage, die an die Binde angenäht ist, auf die Wunde.
- Befestigen Sie die Wundauflage mit einigen Bindengängen.
- Legen Sie dann ein Druckpolster, etwa eine Mullbinde oder notfalls ein mehrfach gefaltetes Taschentuch, über dem Wundbereich auf den Verband.
- Wickeln Sie weitere Bindengänge unter Zug kreisförmig über das Druckpolster.
- Verknoten Sie den Verband über dem Druckpolster.



Starke Blutungen müssen durch Druckverbände zum Stillstand gebracht werden. Wegen Infektionsgefahr sind Einmalhandschuhe zu tragen.

5.1.9 Schock

Ein Schock kann verschiedene Ursachen haben, eine starke Blutung ebenso wie starker Durchfall oder eine allergische Reaktion. Am besten können Sie verstehen, was bei einem Schock passiert, wenn Sie von einer starken Blutung ausgehen. Durch den Blutverlust steht dem Kreislauf nicht mehr genügend Blut zur Füllung der Blutgefäße und damit zum Transport des lebensnotwendigen Sauerstoffs zur Verfügung. Während das Blutgefäßsystem unverändert groß bleibt, nimmt die darin zirkulierende

Blutmenge ab; der Blutdruck fällt stark ab. Deshalb können Sie beim Schock auch den Puls nur schwach tasten.

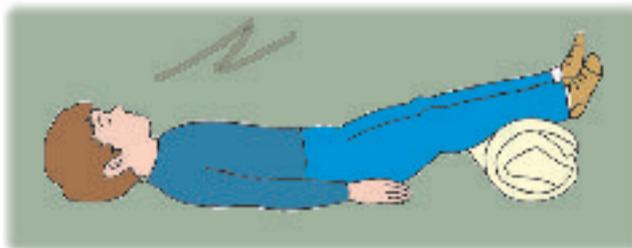
Der Körper versucht, diesen Mangel auszugleichen, indem er die Pulsfrequenz erhöht, um die noch vorhandene Blutmenge schneller durch den Körper zu pumpen. So gelangt mit weniger Trägerflüssigkeit für Sauerstoff immer noch relativ viel Sauerstoff an die Organe. Für Sie als Hilfeleistender ergibt sich das Schockkennzeichen eines schnellen Pulses. In einem nächsten Schritt stellt der Körper die Blutgefäße der Muskulatur und der Haut enger; Arme und Beine werden schwächer durchblutet. Die wichtigsten Organe – Gehirn, Herz, Lunge und Nieren – werden weiter mit Blut und Sauerstoff versorgt. Deshalb sieht das betroffene Kind blass aus und friert, die Haut fühlt sich kalt an. Der Körper kann diese Maßnahmen aber nur vorübergehend durchführen; ohne Behandlung versagt das Kreislaufsystem. Deshalb sollten Sie beim Auftreten von Schockkennzeichen rasch einige einfache Maßnahmen ergreifen. Auch bei starkem Flüssigkeitsverlust durch Verbrennungen, anhaltenden Durchfall oder Erbrechen kann es zu vergleichbaren Schockkennzeichen führen.

Typische Merkmale

- Schneller, schwach tastbarer Puls,
- blasse, kalte Haut,
- Frieren,
- kalter Schweiß auf der Stirn,
- auffallende Unruhe.

Erste Hilfe

- Überprüfen Sie die Vitalfunktionen (B-A-K).
- Ist das Kind ansprechbar, legen Sie es in die Schocklage, indem Sie es flach auf den Rücken und seine Beine 20 bis 30 m erhöht lagern. Sie können auch den ganzen Körper in Schräglage bringen. Dadurch fließt Blut aus den Beinen zum Körperstamm zurück.



Schocklage

- Decken Sie das Kind warm zu.
- Beruhigen Sie das Kind. Sorgen Sie auch am Notfallort für Ruhe, schicken Sie Herumstehende weg.
- Veranlassen Sie den Notruf.
- Kontrollieren Sie weiter die lebenswichtigen Funktionen. Sollte das Kind bewusstlos werden, bringen Sie es bei erhaltener Eigenatmung in die Seitenlagerung. Die Seitenlagerung hat Vorrang vor der Schocklage, da nur die Seitenlage vor einem möglichen Erstickten schützt!
- Bei einem Schock besteht Ess- und Trinkverbot.

Wenden Sie die Schocklage nicht an bei:

- Bewusstlosigkeit,
- Schädelverletzungen,
- Atemnot,
- plötzlichen Schmerzen im Brust- und/oder Bauchraum.

Ganzkörperschräglage ist nach Möglichkeit anzuwenden bei:

- Brüchen der Beine oder im Bereich des Beckens,
- Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung,
- Bewusstlosigkeit, aber erhaltener Eigenatmung und tastbarem Puls.

5.2 Weitere Erste-Hilfe-Maßnahmen

In den folgenden Abschnitten werden Erste-Hilfe-Maßnahmen bei typischen Unfallverletzungen in Kindertageseinrichtungen beginnend mit blutenden Wunden über Insektenstiche bis hin zu den sehr seltenen Unfällen durch Einwirkung von Strom erläutert.

5.2.1 Wunden und Blutungen

Schnitt- und Schürfwunden sind bei Kindern schon beinahe alltäglich und nur in den seltensten Fällen bedrohlich. Stark blutende Wunden sollten Sie so versorgen, wie Sie es in Abschnitt 5.1.8 „Bedrohliche Blutungen“ nachlesen können. Aber auch bei nicht lebensbedrohlichen Blutungen bestehen drei Wundgefahren:

- Blutung,
- Infektion durch Eindringen von Keimen in die Wunde,
- Schmerz.

An erster Stelle Ihrer Hilfeleistung steht das Beruhigen und Trösten des Kindes. Um sich ein Bild von der Wunde zu machen, können Sie Schürfwunden vorsichtig ringsherum mit lauwarmem Wasser und sterilen Zellstoffmullkompressen abtupfen. Wunden, die durch verklebtes Blut oder oberflächlichen Schmutz zunächst beeindruckend aussehen, entpuppen sich oft als weit harmloser. Dann können Sie die Wunde mit einem Wundschnellverband („Pflaster“) oder einem Verband vor weiteren Infektionen schützen.

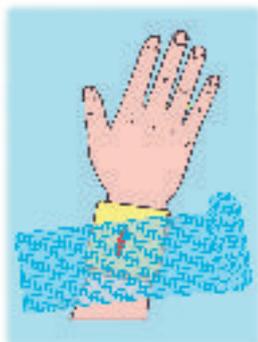
Sollten sich Fremdkörper, etwa Glassplitter oder spitze Steine, in der Wunde befinden, müssen Sie das Kind einem Arzt vorstellen, der die Fremdkörper entfernt und die Wunde fachgerecht versorgt.

Grundsätzlich gilt, dass Sie als Hilfeleistender eine Wunde nicht medizinisch behandeln, also auf Desinfektionsmittel verzichten sollten. Besonders wenn Sie sich entschließen, mit dem Kind zum Arzt zu gehen, dürfen Sie vorher keine Desinfektionsmittel verwenden, da diese meist das Wundbild verändern und so die ärztliche Diagnose erschweren.

Kleinere Wunden, die keiner ärztlichen Hilfe bedürfen, werden zum Schutz vor Infektionen mit sterilem Verbandmaterial abgedeckt.

Um das Eindringen von Schmutz und Krankheitserregern zu vermeiden, sollten Sie einen Verband anlegen. Dieser besteht grundsätzlich aus einer

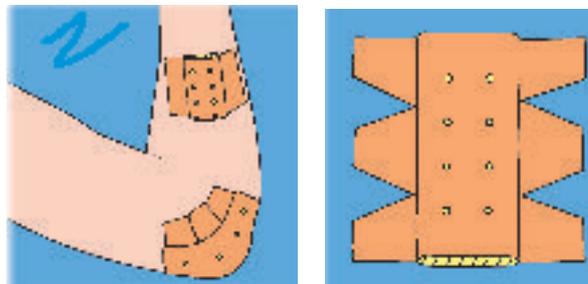
- keimfreien Auflage, z. B. Zellstoffmullkompressen,
- Polsterung,
- Befestigung.



Für kleine Wunden eignet sich der Wundschnellverband, den Sie in unterschiedlichen Breiten und Materialien kaufen können. Größere Wunden können Sie mit einem Verbandpäckchen versorgen oder eine Zellstoffmullkompressen mit Heftpflasterstreifen über der Wunde fixieren.

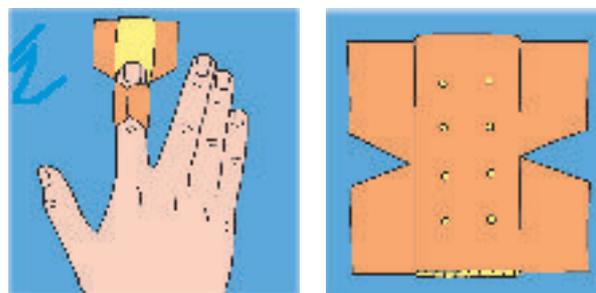
Wundschnellverband

Achten Sie beim Anlegen eines Wundschnellverbandes darauf, dass die Mullauflage größer als die Wunde ist, damit das Pflaster nicht mit der Wunde verklebt. Ziehen Sie beide Folien so ab, dass das Mullkissen nicht berührt wird, und legen Sie dieses auf die Wunde. Anschließend drücken Sie die Pflasterstreifen vorsichtig auf der Haut an. Befindet sich die zu versorgende Wunde am Ellbogen oder Kniegelenk, ist es günstig, wenn Sie den Klebestreifen zweimal keilförmig einschneiden und das Gelenk beim Anlegen des Pflasters leicht anwinkeln.



Möchten Sie einen Schnitt an der Fingerkuppe mit einem Wundschnellverband versorgen, so empfiehlt sich der Fingerkuppenverband. Schneiden Sie einen Streifen Wundschnellverband ab, der doppelt so lang ist wie die zwei obersten Fingerglieder. Schneiden Sie dann beidseits in der Mitte ein keilförmiges Stück aus den Klebestreifen heraus.

Nachdem Sie beide Folien abgezogen haben, legen Sie den verletzten Finger etwa auf die Hälfte des Wundschnellverbandes und befestigen den unteren Teil der Pflasterstreifen. Anschließend fassen Sie die überstehende Pflasterhälfte an beiden Ecken mit Daumen und Zeigefinger, ziehen sie über die verletzte Fingerkuppe und kleben sie fest.



Bei Kindern bietet es sich an, dass Sie aus dem Pflaster eine Fingerpuppe gestalten. Drücken Sie dazu das umgeknickte Pflaster links und rechts der Fingerkuppe vorsichtig heraus, so formen Sie die Ohren der Fingerpuppe. Malen Sie jetzt mit einem Stift vorsichtig zwei Augen und einen lachenden Mund auf das Pflaster, und das Kind hat schon wieder einen Grund zum Lachen und Spielen.

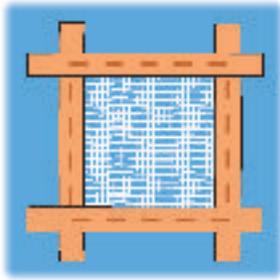
Pflasterverbände

Mit einer keimfreien, also einzeln verpackten, Zellstoffmullkompressen und Heftpflaster können Sie Wunden rasch keimfrei abdecken und so das Eindringen von Fremdkörpern und Krankheitserregern verhindern. Schneiden Sie dazu eine Zellstoffmullkompressen in ihrer Verpackung auf die gewünschte Größe zurecht.

Bemessen Sie die Kompresse so, dass sie über den Wundbereich hinausreicht.

Entnehmen Sie dann die Kompresse der Verpackung. Achten Sie dabei darauf, dass Sie die Kompresse nur an den Ecken anfassen. Legen Sie die Kompresse auf die Wunde.

Befestigen Sie die Kompresse mit vier Pflasterstreifen. Das Heftpflaster darf dabei die Wunde nicht berühren.



Bei Kindern mit empfindlicher Haut verwenden Sie am besten hautfreundliches, weißes Pflaster.

Verbandpäckchen

Das Verbandpäckchen eignet sich besonders gut dazu, schnell und unkompliziert eine Wunde keimfrei zu bedecken. Es besteht aus einer sterilen Wundaufgabe, der Polsterung und einer Mullbinde zur Befestigung des Verbandes. Außerdem ist es klein und handlich, so dass Sie es bei Ausflügen oder zum Spielplatz mitnehmen können (siehe auch Abschnitt 3.1).

Mit einem Verbandpäckchen können Sie leicht einen Verband anlegen:

- Öffnen Sie das keimfreie Verbandpäckchen, indem Sie die Papierumhüllung aufreißen.
- Ziehen Sie dann das Verbandpäckchen so auseinander, dass die Bindenrolle in der einen Hand, der Bindenanfang in der anderen Hand liegt. Achten Sie bitte darauf, dass Sie die Wundaufgabe nicht berühren.
- Legen Sie die Wundaufgabe leicht schräg auf die Wunde.
- Halten Sie den kurzen Bindenanfang fest und führen Sie die Bindenrolle einmal um den betroffenen Körperteil herum. Schlagen Sie dann den Bindenanfang um und wickeln Sie ihn bei den nächsten zwei Bindengängen mit ein.
- Führen Sie die weiteren Bindengänge so aus, dass die Wundaufgabe völlig bedeckt ist. Wichtig ist dabei, dass der Verband seine Funktion erfüllt, und nicht, dass er perfekt aussieht.

Möchten Sie den Verband am Ellbogen-, Knie- oder Fußgelenk anlegen, dann beugen Sie das Gelenk leicht und legen Sie in dieser Position die Wundaufgabe auf die Wunde. Führen Sie die Bindenrolle mehrfach über das Gelenk und die Wundaufgabe.



Anschließend führen Sie die Binde in Form eines Achterganges abwechselnd einmal unterhalb und einmal oberhalb des Gelenks herum. Idealerweise sollte dabei jeder Bindengang den vorheri-

gen zur Hälfte überlappen.

Nasenbluten

Durch einen Schlag auf die Nase oder durch heftiges Naseputzen kann es zu Nasenbluten kommen, das im Allgemeinen ungefährlich ist. Nur lang anhaltendes Nasenbluten muss ärztlich versorgt werden, um einen schädlichen Blutverlust zu verhindern. Meist können Sie mit einfachen Maßnahmen die Blutung beenden:

- Beruhigen Sie das Kind.
- Lassen Sie es sich hinsetzen und den Kopf nach vorne beugen. Keinesfalls sollte es den Kopf nach hinten halten, da dann Blut in die Luftröhre fließen kann.
- Legen Sie zusätzlich einen kalten Waschlappen oder eine Kältepackung auf den Nacken. Dadurch verengen sich die Blutgefäße.
- Rufen Sie bei starker Blutung einen Arzt oder veranlassen Sie den Notruf.

Blutungen im Mund, Zahnverletzungen

Durch Stürze oder Gerangel kann es zu Verletzungen der Mundhöhle oder der Zähne kommen. Grundsätzlich gelten ähnliche Maßnahmen wie beim Nasenbluten:

- Lassen Sie das Kind sich hinsetzen und den Kopf nach vorn beugen, damit das Blut abfließen kann.
- Eine Blutung der Lippen oder der Zunge können Sie stillen, indem Sie eine Zellstoffmullkompresse auf legen und beidseits zusammendrücken.
- Blutungen des Zahnfleisches oder des Gaumens können Sie stillen, indem Sie eine Kompresse aufdrücken. Entfernen Sie ausgeschlagene Zähne aus der Mundhöhle, und bewahren Sie diese nach Möglichkeit in einer „Zahnrettungsbox“ (siehe auch Abschnitt 3.1). Ein richtig gelagerter Zahn kann vom Zahnarzt wieder eingesetzt werden.



Fremdkörper in Wunden

Fremdkörper können beim Spiel der Kinder oder aus Unachtsamkeit in das Gewebe eindringen und stecken bleiben. Belassen Sie den Fremdkörper unbedingt in der Wunde, da Sie sonst folgende zusätzliche Schädigungen verursachen können:

- Blutung beim Herausziehen des Fremdkörpers,
- Abbrechen des Fremdkörpers, so dass ein Teil in der Wunde verbleibt,
- zusätzliche Verletzung des Gewebes durch Widerhaken.

Handeln Sie deshalb wie folgt:

- Beruhigen Sie das Kind!
- Belassen Sie den Fremdkörper in der Wunde. Bedecken Sie die Wunde locker mit keimfreiem Verbandmaterial:
- Umpolstern Sie große Fremdkörper so, dass sie nicht weiter in die Wunde eindringen können.
- Stellen Sie das Kind einem Arzt vor oder veranlassen Sie in schweren Fällen den Notruf.

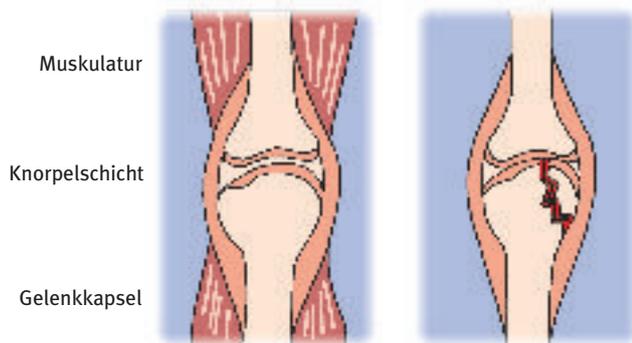
5.2.2 Verletzungen der Knochen und Gelenke

Knochenbrüche sind im Kindesalter nicht so häufig wie im fortgeschrittenen Alter, da die Knochen noch wesentlich biegsamer sind. Bricht dennoch ein Knochen, heilt die Verletzung im Allgemeinen rasch und problemlos. Im Bereich der Gelenke kommt es eher zu Verstauchungen oder Verrenkungen, die Sie im Anschluss dargestellt finden. All diese Verletzungen gehen mit Schmerzen, Schwellungen und einer veränderten Bewegungs- und Belastungsfähigkeit einher.

Knochenbrüche

Bei Knochenbrüchen finden Sie zusätzlich folgende sichere Kennzeichen:

- Die betroffene Extremität zeigt eine unnatürliche Lage und Beweglichkeit.
- Im Bereich des Bruchs erkennen Sie eine Stufenbildung.
- Bei offenen Knochenbrüchen sehen Sie möglicherweise Knochenenden.
- Bei einem Rippenbruch hat das Kind starke Schmerzen beim Einatmen und kann Zeichen von Atemnot entwickeln



Auch wenn Sie sich unsicher sind, ob bei dem betroffenen Kind tatsächlich ein Knochenbruch vorliegt, müssen Sie annehmen, es sei so.

Erste Hilfe bei Knochenbrüchen

- Beruhigen Sie das Kind, und gehen Sie auf seine Wünsche ein.
- Bewegen Sie den betroffenen Körperbereich nicht unnötig.
- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen (B-A-K). Ist der Puls schnell und schlecht tastbar, lagern Sie die Beine des Kindes hoch. Verzichten Sie auf die Schocklage bei Schädelverletzungen, Verletzungen der Wirbelsäule oder des Beckens, Brüchen der Beine.
- Rufen Sie einen Arzt.
- Polstern Sie die betroffene Stelle einschließlich der beiden benachbarten Gelenke, und stellen Sie den Bruch auf diese Weise ruhig.
- Decken Sie das Kind zu.
- Bedecken Sie offene Wunden locker mit keimfreiem Verbandmaterial, etwa einem Verbandpäckchen.

Verstauchung (Distorsion)

Verstauchungen (Zerrungen) entstehen durch Überdehnen der Bänder beim Sport oder „Umknicken“. Während bei Erwachsenen häufig das Sprunggelenk betroffen ist, sind die Gelenkbänder beim Kind noch wesentlich unempfindlicher. Deshalb sind Verstauchungen im (Klein-) Kindesalter sehr selten. Die Kennzeichen sind diffus:

- Das Kind hat ein Gelenk übermäßig gedehnt.

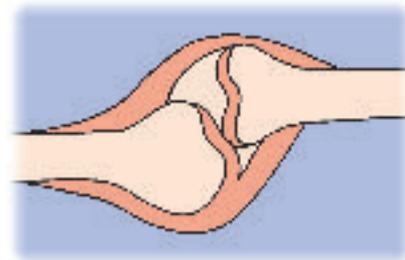
- Das betroffene Gelenk schmerzt und ist geschwollen.

Vergleichen Sie diese Kennzeichen mit denen eines Knochenbruchs und einer Verrenkung. Wenn Sie sicher sind, dass keine der beiden letztgenannten Verletzungen vorliegt, dann

- kühlen Sie die schmerzende Stelle mit feuchten Umschlägen (anschließend kann die schmerzende Stelle mit einer Sportsalbe eingerieben werden),
- können Sie mit einer elastischen Binde einen Stützverband anlegen,
- veranlassen Sie ärztliche Hilfe.

Verrenkung (Luxation)

Bei Kindern kommt es zu Verrenkungen vorwiegend im Bereich des Ellbogengelenks. Die Ursache liegt meist in einem Sturz, den das Kind mit einer Hand abfangen wollte. Dadurch werden das Hand- und Ellbogengelenk stark belastet. Eine Verrenkung ist aber an jedem Gelenk möglich.



Sie erkennen eine Verrenkung an ähnlichen Kennzeichen wie bei einem Knochenbruch:

- Das Kind hat Schmerzen im Bereich des verrenkten Gelenks
- Das betroffene Gelenk zeigt eine abnorme Lage.
- Möglicherweise ist das Gelenk unnatürlich beweglich.

Versuchen Sie nie, das Gelenk wieder einzurenken. Dadurch könnten Sie Nerven oder Blutgefäße verletzen. Beschränken Sie Ihre Maßnahmen deshalb auf folgende, einfache Punkte:

Erste Hilfe bei Verrenkungen

- Beruhigen Sie das Kind.
- Umpolstern Sie das betroffene Gelenk. Helfen Sie dem Kind, sich nach den eigenen Wünschen zu lagern.
- Veranlassen Sie einen Notruf, damit das Kind schonend zu einem Arzt gebracht werden kann. Kinder mit kleineren Verletzungen, etwa an einem Fingergelenk, können Sie natürlich selbst zu einem Arzt bringen.
- Denken Sie an die Wärmeerhaltung, besonders wenn der Unfall beim Sport oder Herumtoben passiert ist.

Bei Verletzungen der Knochen und Gelenke ist die Diagnose schwierig. Veranlassen Sie deshalb ärztliche Hilfe.

5.2.3 Gewalteinwirkung auf den Kopf

Auch nach „harmloseren“ Stürzen sollten Sie das Kind genau beobachten. Ein Sturz vom Wickeltisch, von einer Schaukel oder dem Fahrrad kann zu einer Gehirnerschütterung führen; es besteht auch die Gefahr, dass es zu einer Blutung im Gehirn und dadurch zu schwerwiegenden Störungen der lebenswichtigen Funktionen kommen kann. Bei einer erneuten Bewusstlosigkeit kann es zu einer Verletzung der Atemwege durch die eigene Zunge oder eingeatmete Fremdkörper kommen.

Besonders achten sollten Sie auf

- Veränderungen im Allgemeinverhalten wie Quengeleien, scheinbar unmotiviertes Weinen, Schläfrigkeit oder Verzicht auf Leckereien,
- Veränderungen der Bewusstseinslage (Reagiert das Kind langsamer als sonst oder gar nicht?),
- eine Erinnerungslücke,
- Kopfschmerzen,
- Übelkeit bis zum Erbrechen,
- Veränderungen der Atmung.

Wenn sich ein Kind nach einer Gewalteinwirkung auf den Kopf nicht mehr an das Unfallgeschehen erinnern kann, weist diese Erinnerungslücke auf eine Gehirnerschütterung hin!

Erste Hilfe bei Gehirnerschütterungen

- Führen Sie bei Störungen der lebenswichtigen Funktionen Bewusstsein, Atmung oder Kreislauf die in Abschnitt 5.1 erläuterten Sofortmaßnahmen durch und veranlassen Sie einen Notruf.
- Eine Wunde im Schädelbereich sollten Sie anschließend mit einem Verbandpäckchen oder einer Kompresse keimfrei bedecken.

Bei Veränderungen des kindlichen Verhaltens, die nicht akut bedrohlich erscheinen, verständigen Sie einen Arzt. Meistens sind Kinder nach einem Sturz bei Bewusstsein. Lagern Sie es dann nach dessen Wunsch, am besten mit leicht erhöhtem Kopf.

Wenn Sie sich unsicher sind, verständigen Sie den Rettungsdienst.

Jedes Kind mit Verdacht auf eine Gehirnerschütterung muss in ärztliche Behandlung gebracht werden, nur so kann ernsten Folgen vorgebeugt werden!

5.2.4 Insektenstiche

Mund-Rachen-Raum

Vor Begeisterung über das Eis oder die Limonade übersehen Kinder leicht Wespen, die sich darauf niedergelassen haben. Im Mund-Rachen-Raum des Kindes befällt die Wespe Angst und sie sticht. Da die meisten Stiche die Zunge betreffen, ist die Angst oft größer als die tatsächliche Gefahr. Bei nicht allergischen Kindern kommt es lediglich zu einer Anschwellung der Einstichstelle, meist der vorderen Zunge. Eine lebensgefährliche Verletzung der Atemwege entsteht dadurch kaum.

Bei einem Stich im hinteren Rachenraum dagegen schwellen die Schleimhäute stark an, und die Atemwege verengen sich. Immer bedrohlich sind Insektenstiche bei Kindern und Erwachsenen, die auf Insektenstiche allergisch reagieren.

Erste Hilfe bei Insektenstichen im Mund-Rachenraum

- Beruhigen Sie das Kind.
- Lagern Sie das Kind mit erhöhtem Oberkörper.
- Geben Sie dem Kind möglichst viel Eis zu lutschen oder lassen Sie es mit kaltem Wasser gurgeln.
- Legen Sie kalte Umschläge an.
- Achten Sie auf Kennzeichen eines Schocks.
- Veranlassen Sie einen Notruf.

Übriger Körper:

Insektenstiche am Körper sind überwiegend harmlos, verursachen aber besonders bei Kindern einen heftigen Juckreiz. Deshalb empfiehlt es sich, bei Ausflügen ein kühlendes Gel mitzunehmen, das die Schwellung wie den Juckreiz verringert. Kinder, die auf bestimmte Insektenstiche allergisch reagieren,

können ungeachtet der Einstichstelle allergische Reaktionen entwickeln.

Insektenstiche im Mund-Rachenraum sind für allergisch reagierende Personen lebensbedrohlich und erfordern den sofortigen Notruf.

5.2.5 Zeckenbisse

Zecken können über ihren Speichel zwei verschiedene Krankheiten übertragen: die Zeckenborreliose (Wanderröte) und die Frühsommermeningoencephalitis (FSME).

Wenn Sie an einem Kind eine Zecke bemerken, besteht noch kein Anlass zur akuten Sorge.

Um das Risiko einer Infektion zu verringern, sollten Sie die Zecke mit einer spitzen Pinzette direkt über der Haut fassen und senkrecht herausziehen. Hierzu können Sie eine einfache Splitterpinzette oder eine extra in Apotheken erhältliche „Zeckenzange“ verwenden. In der Regel werden Sie so die gesamte Zecke aus der Haut lösen. Ansonsten müssen Sie zurückgebliebene Teile der Zecke ebenfalls mit der Pinzette entfernen.

Bitte tropfen Sie weder Öl noch Klebstoff auf die Zecke! Dadurch sondert die Zecke zusätzlich möglicherweise infektiösen Speichel in die Blutbahn des Menschen ab.

Zeckenborreliose und FSME

Die Zeckenborreliose wird durch Bakterien ausgelöst, die von Zecken übertragen werden. Sie äußert sich durch eine Hautrötung, die von der Bissstelle ausgeht und sich über die Umgebung ausbreitet. Allgemeine Kennzeichen einer Infektion, wie Fieber und Krankheitsgefühl des Kindes, können hinzukommen. Die Gefahr liegt in möglichen chronischen Spätschäden, die die Gelenke und das Nervensystem betreffen.

Im Gegensatz zur FSME ist die Zeckenborreliose im gesamten Bundesgebiet verbreitet. Allerdings ist der Anteil der infizierten Zecken unterschiedlich; er schwankt zwischen 5 und 40%. Doch nur bei etwa jeder zweiten infizierten Zecke führt ihr Biss auch zu einer Erkrankung des Menschen an Borreliose. Die Behandlung erfolgt mittels Antibiotika; eine Schutzimpfung ist nicht möglich.

FSME wird durch Zecken übertragen, wobei die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung regional unterschiedlich ist. In bestimmten Gebieten Süddeutschlands, Österreichs und der Schweiz sowie in Thüringen, Teilen Sachsens und Brandenburgs sowie in weiten Teilen Mecklenburgs können Zecken Träger des Virus sein.

Eine Schutzimpfung wirkt lediglich gegen FSME, nicht gegen Zeckenborreliose. Allerdings bietet sie einen Schutz vor dem Risiko einer Hirnhautentzündung, die im Laufe einer FSME auftreten kann.

Kennzeichen

Zeckenborreliose	FSME
4 bis 8 Wochen nach Biss <ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerzen • Übelkeit • Fieber • Ausschläge • Muskel-/Gelenkschmerzen 	3 bis 28 Tage nach Biss <ul style="list-style-type: none"> • Kopf- und Gliederschmerzen • Fieber, ca. 39°C • nach 3 bis 7 Tagen beschwerdefrei Es kann eine zweite Krankheitsphase folgen mit <ul style="list-style-type: none"> • Fieber • Hirnhautentzündung

Besprechen Sie die Vorteile und Risiken der Schutzimpfung mit den Eltern. Kompetente Beratung finden Sie bei einem Arzt und im Gesundheitsamt.

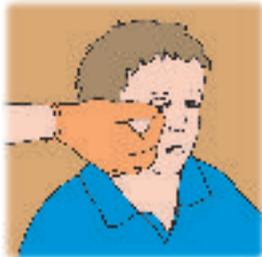
5.2.6 Fremdkörper im Auge

Fremdkörper aus Metall, Holz oder hartem Kunststoff

- Belassen Sie den Fremdkörper im Auge, um weitere Verletzungen zu vermeiden!
- Beruhigen Sie das Kind und erklären Sie ihm genau Ihre Maßnahmen.
- Legen Sie vorsichtig eine keimfreie Zellstoffmullkompressen auf das verletzte Auge.
- Legen Sie vorsichtig eine Dreieckstuchkrawatte über beide Augen und befestigen Sie damit sanft die Kompressen. So stellen Sie beide Augen ruhig und verhindern, dass der Fremdkörper bei Drehbewegungen des Auges reibt.
- Vermeiden Sie jeden Druck auf das Auge und erklären Sie dem Kind, was gerade geschieht.
- Veranlassen Sie einen Notruf, oder verständigen Sie den nächsten Augenarzt.

Sandkorn, Insekt, Wimper oder Ähnliches

- Beruhigen Sie das Kind und erklären Sie ihm Ihre Maßnahmen.
- *Befindet sich der Fremdkörper unter dem Oberlid:* Lassen Sie das Kind nach unten blicken. Ziehen Sie vorsichtig das Oberlid über das Unterlid, damit die Unterseite des Oberlids von den Wimpern des Unterlids abgewischt wird.
- *Befindet sich der Fremdkörper unter dem Unterlid:* Lassen Sie das Kind nach oben sehen. Ziehen Sie vorsichtig das Unterlid herunter, und wischen Sie den Fremdkörper mit einem sauberen Taschentuchzipfel nach unten oder zur Nase hin weg.
- Führen diese Maßnahmen zu keinem Erfolg, so veranlassen Sie einen Notruf oder verständigen Sie den nächsten Augenarzt.



Flüssigkeit

- Beruhigen Sie das Kind und erklären Sie ihm Ihre Maßnahmen.
- Drehen Sie den Kopf des Kindes zur Außenseite des betroffenen Auges.
- Spülen Sie mit Wasser das betroffene Auge von innen nach außen, also von der Nase weg! Bei ätzenden Flüssigkeiten ca. 20 min.
- Veranlassen Sie einen Notruf oder verständigen Sie den nächsten Augenarzt.

Schmerzen, Tränenfluss oder eine Rötung des Augenbindegewebes sowie Sehstörungen können auf einen Fremdkörper im Auge hindeuten.

5.2.7 Verschlucken eines Fremdkörpers

Kleinkinder wollen bei der Entdeckung ihrer Umwelt alles in den Mund nehmen. Deshalb kommt es immer wieder vor, dass ein Kind einen Gegenstand verschluckt. Gelangt dieser über die

Speiseröhre in den Magen, so besteht im Allgemeinen keine akute Gefahr. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob der Gegenstand für das Kind schädlich sein könnte, das Kind aber keine Beschwerden hat, rufen Sie einen Arzt an. Bei starken Schmerzen, dem Verschlucken von spitzen Fremdkörpern oder von Reinigungsmitteln usw. müssen Sie unbedingt einen Arzt aufsuchen oder den Rettungsdienst verständigen.

Da der Kehlkopf die engste Stelle der Atemwege ist, können Fremdkörper auch dort hängen bleiben, wenn das Kind sie in die Luftwege bekommt, statt sie hinunter zu schlucken. Ein solches „Einatmen“ von Fremdkörpern bezeichnet man als Aspiration. Bei Kleinkindern kommt es leicht zur Aspiration von Marmeln, kleinen Bausteinen oder hastig gegessenen Lebensmitteln.



Ein Fremdkörper blockiert die Luftröhre

Aufgrund des Unfallhergangs werden Sie die Situation rasch erkennen.

Kennzeichen

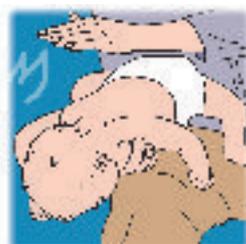
- Starker Hustenreiz
- Blauverfärbung der Haut
- pfeifendes Atemgeräusch, wenn der Fremdkörper in der Luftröhre fest sitzt
- Atemnot
- Schluckbeschwerden
- Schmerz in der Speiseröhre
- Panikstimmung

Husten Kleinkinder, so weist das auf einen Fremdkörper in der Luftröhre hin. Husten sie nicht, sondern haben ein „drückendes Gefühl“, sitzt der Fremdkörper in der Speiseröhre.

Sind sie sich nicht sicher, ob der Fremdkörper in der Speise- oder in der Luftröhre sitzt, sollten Sie dem Kind keinesfalls etwas zu trinken geben. Ältere Kinder können sicher sagen, ob der Fremdkörper in der Speiseröhre sitzt. Nur dann und wenn das betroffene Kind nicht über Atemnot klagt, dürfen Sie ihm etwas zu trinken geben.

Erste Hilfe bei verschluckten Fremdkörpern

- Halten Sie das Kind mit vornüber gebeugtem Oberkörper.
- Schlagen Sie mit der flachen Hand zwischen die Schulterblätter. Dadurch werden Hustenstöße ausgelöst, die den Fremdkörper wieder heraus befördern können.
- Sollten Ihre Maßnahmen nicht sofort Erfolg haben: Veranlassen Sie einen Notruf.
- Versuchen Sie das Kind zu beruhigen und Panik zu vermeiden.



Haltung für Kleinkinder



Haltung für Jugendliche

Falls Sie zu einem Kind gerufen werden, bei dem eine Verlegung der Atemwege erst vermutet wurde, nachdem es bewusstlos geworden war, orientieren Sie sich an den Sofortmaßnahmen (Abschnitt 5.1). Überprüfen Sie das Bewusstsein, die Atmung und den Kreislauf, und treffen Sie die entsprechenden Maßnahmen. Die Atemspende bei einem Atemstillstand ist auch hier sinnvoll, weil Sie ausreichend Luft an einem möglichen Fremdkörper vorbei in die Lunge beatmen können.

Bei verschluckten Fremdkörpern, die im „Hals“ stecken geblieben sind, können durch Schläge mit der flachen Hand zwischen die Schulterblätter Hustenstöße ausgelöst werden, die den Fremdkörper wieder ausstoßen.

5.2.8 Verletzungen des Bauches und der Bauchorgane

Durch eine Gewalteinwirkung auf den Bauch oder Rücken kann es zu einer inneren Verletzung des Bauches und der Bauchorgane kommen. Dabei besteht die Gefahr von Blutungen unter der Bauchdecke, die einen Schock verursachen können. Außerdem kann es durch den Austritt von Magen-, Darm- oder Blaseninhalt zu Infektionen kommen.

Kennzeichen

- Der Puls des Kindes ist schnell und nur schlecht tastbar.
- Die Bauchdecke ist stark gespannt und fühlt sich bretthart an.
- Blutergüsse auf dem Bauch oder Rücken deuten auf eine Gewalteinwirkung hin.
- Möglicherweise ist die Kleidung des Kindes am Bauch oder Rücken zerrissen, oder Sie sehen eine offene Wunde.

Da Sie Blutungen im Bauch weder direkt erkennen noch stoppen können, müssen Sie Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen.

Erste Hilfe bei Verletzungen des Bauches und der Bauchorgane

- Beruhigen Sie das Kind und lassen Sie es nicht allein.
- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“). Denken Sie besonders an die Pulskontrolle, und merken Sie sich, ob der Puls schneller oder schlechter tastbar wird.
- Lagern Sie das Kind nach seinem Wunsch. Sie können ein Kissen oder eine Decke unter die Knie legen, um die Bauchdecke zu entspannen.
- Veranlassen Sie den Notruf.
- Geben Sie dem Kind nichts zu essen oder zu trinken. Decken Sie offene Wunden mit einem Verbandtuch locker ab.



Verletzungen des Bauches und der inneren Organe können Sie nur an bestimmten Kennzeichen erkennen. Ergreifen Sie Sofortmaßnahmen, lagern Sie das Kind bequem und rufen Sie einen Arzt.

5.2.9 Tierbisse

Tierbisswunden müssen wegen der Infektionsgefahr immer ernst genommen werden. Häufig sehen die Verletzungen nur oberflächlich aus, reichen tatsächlich jedoch weiter in die Tiefe. Auf diese Weise können Krankheitserreger aus dem Speichel des Tieres in die Wunde übertragen werden. Die größte Gefahr besteht in der Infektion mit Tollwut durch ungewöhnlich zutrauliche Wildtiere.

Erste Hilfe bei Tierbissen

- Beruhigen Sie das Kind.
- Versorgen Sie die Wunde mit einem Verband.
- Suchen Sie mit dem Kind einen Arzt auf, damit eine Impfung gegen Tollwut erfolgen kann.

5.2.10 Vergiftungen

Eine Vergiftung im Kindesalter hat ihre Ursache fast immer im kindlichen Erkundungsdrang. Schwerwiegende Verläufe oder Todesfälle sind relativ selten. Typischerweise werden Gifte bei Kindern über den Mund und die Verdauungsorgane aufgenommen. Dämpfe, etwa von Lösungs- oder Pflanzenschutzmitteln, gelangen über die Atemwege in den kindlichen Organismus. Kontaktgifte, also Substanzen, die zur Insektenbekämpfung eingesetzt werden, wirken direkt über die Haut.

Der beste Schutz gegen Vergiftungen bei Kindern ist die Vorbeugung: Verschließen Sie Arzneimittel, chemische Substanzen, Putzmittel, Lacke, Farben und Pflanzenschutzmittel! Auch kleine Batterien, etwa für Fotoapparate, sollten für Kinder nicht erreichbar sein. Verschaffen Sie sich eine Übersicht zu vorhandenen Giftpflanzen auch im Außengelände und überlegen Sie gemeinsam mit den Eltern, wie Sie durch Sicherheitserziehung Unfälle mit Giftpflanzen verhindern können. Eine Übersicht an Giftpflanzen enthält u. a. die Broschüre „Giftpflanzen Beschauen, nicht kauen“ (GUV-SI 8018, bisher GUV 29.15). Ungiftig sind Buntstiftminen, Fingerfarben, Kreide, Lebensmittel- und Ostereierfarben ebenso wie Zahnpasta und einige Bisse Seife.

Unabhängig von den verschiedenen Aufnahmewegen führen Gifte über den Blutkreislauf zu einer Schädigung des gesamten Organismus.

Kennzeichen

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- plötzlich auftretende Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen und Schwindelgefühl
- ungewöhnliche Müdigkeit
- Bewusstseinstörung bis zur Bewusstlosigkeit
- Atemstörungen
- Veränderungen der Pulsfrequenz
- gleiche Krankheitszeichen bei mehreren Personen (z. B. bei Lebensmittel- oder Salmonellenvergiftung)

Sie sollten die Kinder danach fragen, was sie in letzter Zeit gegessen oder getrunken haben. Suchen Sie auch nach leeren Verpackungen und Giftresten, um Hinweise auf die Art des Giftes zu finden.

Auch wenn Sie die Ursache der Vergiftungserscheinungen nicht kennen, überprüfen Sie Bewusstsein, Atmung und Kreislauf des Kindes!

Erste Hilfe bei Vergiftungen

Beruhigen Sie das Kind. Sind die Vitalfunktionen nicht gestört, rufen Sie einen Arzt an, um zu erfahren, ob besondere Maßnahmen notwendig sind. Giftstoffe, die sich im Körper befinden, müssen entfernt oder verdünnt werden; dabei können Sie

sich an dem folgenden Schema orientieren. Voraussetzung ist immer, dass das Kind voll ansprechbar ist, also altersgerecht auf Ihr Ansprechen reagiert! Bei Kindern, deren Bewusstsein getrübt ist, können Flüssigkeit oder Erbrochenes in die Atemwege gelangen.

Nahrungs- und Genussmittel, Medikamente

- Bringen Sie das Kind zum Erbrechen. Reizen Sie dazu die Rachenwand mit dem Finger.
- Bewahren Sie Erbrochenes auf, weil ein Arzt Rückschlüsse auf die Art des Giftes ziehen kann.

Schaumbildner (Spül- und Waschmittel)

- Bringen Sie das Kind nicht zum Erbrechen, weil dadurch Schaum in die Atemwege gespült wird und diese verlegt!
- Notwendig ist die Gabe von Medikamenten, die die Oberflächenspannung der schäumenden Substanz verringern. Der Rettungsdienst verfügt über derartige Medikamente.

Säuren und Laugen

- Bringen Sie das Kind nicht zum Erbrechen, weil dadurch die Gefahr einer erneuten Verätzung bestünde.
- Verdünnen Sie das Gift, indem Sie dem Kind so viel Wasser oder Tee zu trinken geben wie möglich. Geben Sie dem Kind keine Milch oder kohlenstoffhaltige Getränke.

Unabhängig von der Art des Giftes ist es immer wichtig, dass Sie

- die lebenswichtigen Funktionen ständig überprüfen,
- das Kind beruhigen und trösten,
- für die Wärmeerhaltung sorgen und
- ärztliche Hilfe veranlassen.

Wichtige Informationen können Sie auch bei den Giftinformationszentren erhalten. Das gemeinsame Giftinformationszentrum der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sitzt in Erfurt:

Tel. 0361/730-730 Fax: 0361/730-7317

5.2.11 Verbrennungen und Verbrühungen

Verbrennungen werden durch heiße Gegenstände (etwa Bügeleisen, Herdplatte, Kerzen, auch Kerzenwachs) oder offenes Feuer verursacht; Verbrühungen entstehen durch heiße Flüssigkeiten (kochendes Wasser). Unachtsamkeit, Neugier oder die Fehleinschätzung von Gefahren, zum Beispiel von Feuerwerkskörpern oder Hochspannungsleitungen, sind die häufigsten Ursachen von Verbrennungen und Verbrühungen. Besonders gefährdet sind etwa 5-jährige Kinder, die unbeaufsichtigt fast überall hinkommen, ohne mögliche Gefahren zu erkennen.

Durch Brandwunden verliert das betroffene Kind Gewebeflüssigkeit und Salze. Bei Kleinkindern kann schon eine zweitgradige Verbrennung oder Verbrühung eines Armes oder des Gesichts zu einem Schock aufgrund des Flüssigkeitsverlusts führen. Schmerzen belasten das Kind zusätzlich. Da die Haut zerstört ist, können Krankheitserreger in die Wunde gelangen, die später zu Eiterungen und einer starken Narbenbildung führen können.

Kennzeichen

- Hautrötung,
- Schwellung und Blasenbildung,
- Schmerzen,
- bei schwersten Verbrennungen ist die Haut zerstört und deshalb schwarz verfärbt.

Für das Ausmaß der Schädigung sind die Art der Wärme und die Einwirkzeit entscheidend.

Erste Hilfe bei Verbrennungen und Verbrühungen

- Löschen Sie Kleiderbrände, indem Sie die Flammen mit einer Decke ersticken.
- Entfernen Sie bei Verbrühungen sofort, aber vorsichtig die nasse Kleidung.
- Belassen Sie verklebte Kleidungsstücke auf der Haut. Kühlen Sie die Wunde sofort ausgiebig mit fließendem kaltem Wasser, bis die Schmerzen abklingen (nach 2-3 min mit lauwarmem Wasser). Bei großflächigen Verbrennungen sollten Sie mit feuchten Tüchern kühlen, um das Kind nicht zu unterkühlen.
- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“).
- Falls das Kind Schockkennzeichen aufweist, lagern Sie es mit erhöhten Beinen auf dem Rücken.
- Veranlassen Sie ärztliche Hilfe.
- Bedecken Sie die Wunde erst nach der Kaltwasseranwendung mit einem keimfreien Verbandtuch (s. auch 5.2.1).

Je jünger das Kind ist, desto gefährlicher sind die Verletzungen. Als Faustregel gilt: Die Innenfläche der Hand des betroffenen Kindes entspricht 1% seiner Körperoberfläche. Verbrennungen / Verbrühungen im Gesicht oder der Genitalgegend oder von mehr als 5% der Körperoberfläche müssen unbedingt ärztlich versorgt werden.

5.2.12 Beinahe-Ertrinken

Wasser übt bereits auf Kleinkinder eine große Anziehungskraft aus. Eine Fehleinschätzung von Gefahren kann zum Ertrinkungsunfall führen. Der frühkindliche Erkundungsdrang lässt auch Planschbecken, Gartenteiche oder Regentonnen zu einem Risiko werden. Daher ist es wichtig, Kinder frühzeitig auf mögliche Gefahren und Verhaltensregeln hinzuweisen.

Erschöpfung und Unterkühlung durch zu langen Aufenthalt im Wasser sind die häufigste Ursache von Ertrinken. Zunächst dringt Wasser in Mund und Rachen ein, der Atem wird angehalten, eine erhebliche Wassermenge geschluckt. Dadurch kann Erbrechen ausgelöst werden. Anschließend kommt es zu heftigen Atembewegungen, wodurch Wasser und möglicherweise Erbrochenes angeatmet, aspiriert, wird, was zu Schädigungen der Lungenbläschen führt. Das in Mund und Rachen eindringende Wasser kann aber auch einen Stimmritzenkrampf auslösen. Dabei besteht die Gefahr des Erstickens, wenn sich der Krampf nicht rechtzeitig löst. Da in diesem Fall die Lunge durch Wasser nicht geschädigt ist, bestehen besonders hier gute Überlebenschancen und Wiederbelebungschancen. Aber auch nach dem Verschlucken von Wasser begünstigt das Absinken der Körpertemperatur durch das kühle Wasser eine erfolgreiche Wiederbelebung, zumal Kinder einen Sauerstoffmangel längere Zeit überleben als Erwachsene.

Nach jeder Form des Beinahe-Ertrinkens besteht die Gefahr der Lungenschädigung und des Kreislaufversagens. Anzeichen dafür (Atemnot; schneller, schlecht tastbarer Puls) können sich 15 Minuten oder auch noch 48 Stunden nach dem Unfallereignis herausbilden. Deshalb ist in jedem Fall eine ärztliche Behandlung notwendig.

An erster Stelle Ihrer Maßnahmen steht die Rettung des betroffenen Kindes aus dem Wasser.

An Land orientieren Sie sich an dem bereits bekannten Vorgehen

bei Notfallpatienten. Legen Sie das Kind flach auf den Rücken und überprüfen Sie sofort die lebenswichtigen Funktionen. Wasser, Erbrochenes und andere Fremdkörper müssen Sie aus dem Mund entfernen, indem Sie den Mund öffnen und den Kopf zur Seite drehen.

Möglicherweise in die Lunge gelangtes Wasser können Sie nicht entfernen; alle Versuche dazu sind verlorene Zeit!

Erste Hilfe nach Beinahe-Ertrinken

- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“) und führen Sie ggf. die notwendigen Sofortmaßnahmen durch.
- Veranlassen Sie einen Notruf, auch wenn es dem Kind gut geht.
- Denken Sie an die Wärmeerhaltung durch Zudecken.
- Beruhigen des Kindes, falls es ansprechbar ist.

5.2.13 Stromunfall

Unfälle mit elektrischem Strom sind im Kindesalter relativ selten. Aus Sicherheitsgründen sind in Kindertageseinrichtungen für Kinder zugängliche Steckdosen nur mit Kindersicherung zulässig. Die Gefahr beim Kontakt mit Niederspannung (Netzspannung) besteht in einer Schädigung des Herzens, genauer der elektrischen Reizbildung, die im Herzen selbst erfolgt. Muskelverkrampfungen sowie Herzkammerflimmern, gleichzusetzen mit einem Kreislaufstillstand, sind die wahrscheinliche Folge. An den Ein- und Austrittstellen des Stroms können Verbrennungen, so genannte „Strommarken“, sichtbar sein.

Sollten Sie zu einem Stromunfall hinzukommen, müssen Sie unbedingt zuerst an Ihre eigene Sicherheit denken! So verständlich der Wunsch ist, sofort zu dem betroffenen Kind hinzulaufen, so gefährlich wäre es für Sie. Versuchen Sie deshalb, den Strom abzuschalten, indem Sie die Sicherung herausdrehen oder den Leitungsschutzschalter betätigen. Nur wenn dies nicht möglich sein sollte, können Sie das eigene Risiko abwägen: Überlegen Sie, ob Sie durch dicke Gummisohlen an den Schuhen vom Boden isoliert sind und mittels nicht leitender Gegenstände, zum Beispiel aus Holz, das Kind von der Stromquelle trennen können. In Zweifelsfällen muss der Selbstschutz Vorrang haben, da Sie sonst selbst hilfebedürftig würden.

Erste Hilfe bei Stromunfällen

- Schließen Sie eine Eigen- und Fremdgefährdung aus!
- Unterbrechen Sie den Stromkreis.
- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“).
- Ergreifen Sie die sich daraus ergebenden Maßnahmen.
- Veranlassen Sie einen Notruf.
- Nach Beseitigung der akuten Lebensgefahr bedecken Sie die Brandwunden keimfrei.
- Vermeiden Sie jegliche Anstrengung des betroffenen Kindes.

Besonders gefährlich sind Hochspannungsanlagen, etwa Überlandleitungen oder Fahrleitungen der Eisenbahnen. Weisen Sie Ihre Kinder unbedingt auf diese Gefahr hin, damit sie nicht auf Strommasten oder Eisenbahnwaggons klettern! Bereits die Annäherung an eine Hochspannungsleitung auf einige Meter ist gefährlich, da ein Überspringen des Stroms in einem Lichtbogen erfolgen kann. Die Hochspannung verursacht schwerste Verbrennungen und lebensgefährliche Störungen der Vitalfunktionen. Zur Warnung sind entsprechende Anlagen deshalb mit einem Schild gekennzeichnet.



Sollten Sie zu einem Hochspannungsunfall gerufen werden, hat Ihr Eigenschutz Vorrang vor allen Maßnahmen!

Erste Hilfe bei Hochspannungsunfällen

- Halten Sie einen Sicherheitsabstand zum Stromleiter von mindestens 5 Metern. Berührt die Stromquelle den Boden, dürfen Sie nicht näher als 10 Meter herantreten!
- Veranlassen Sie einen Notruf, und geben Sie dabei den Ort des Stromunfalls genau an. Die Abschaltung des Stroms kann dann veranlasst werden.
- Erst wenn sichergestellt ist, dass kein Strom mehr durch den Stromleiter fließt oder dass der Sicherheitsabstand ausreicht, gehen Sie zu dem betroffenen Kind.
- Überprüfen Sie dann die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“), und treffen Sie die sich daraus ergebenden Maßnahmen.
- Sichern Sie den Unfallort ab.

5.2.14 Sonnenstich

Eine direkte Sonneneinstrahlung auf den ungeschützten Kopf führt zur Reizung der Hirnhaut. Vor allem Säuglinge und Kleinkinder können nach längerem Aufenthalt in der Sonne scheinbar grundlos hohes Fieber bekommen, oft erst nach längerer Zeit. Die Kinder zeigen einen hochroten, heißen Kopf, Fieber kann auftreten.

Kennzeichen

- Hochroter, heißer Kopf
- Kopfschmerzen
- Unruhe, „Quengeligkeit“
- Schwindelgefühl
- Übelkeit, Erbrechen
- Nackensteifheit
- Störungen des Bewusstseins

Erste Hilfe bei Sonnenstich

- Beruhigen Sie das betroffene Kind.
- Kontrollieren Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“), und treffen Sie die entsprechenden Maßnahmen.
- Reagiert das Kind auf Ihr Ansprechen, lagern Sie es mit leicht erhöhtem Oberkörper, um die Durchblutung des Gehirns etwas zu verringern.
- Sorgen Sie für eine schattige, möglichst kühle Umgebung.
- Kühlen Sie den Kopf mit nassen Tüchern.
- Verständigen Sie einen Arzt.
- Wird das Kind bewusstlos, veranlassen Sie sofort einen Notruf.

Bei Verdacht auf Sonnenstich ist das betroffene Kind sofort in den Schatten zu bringen und der Kopf mit nassen Tüchern zu kühlen. Veranlassen Sie ärztliche Hilfe.

5.2.15 Unterkühlung

Bei Kindern kann es durch einen Sturz in kaltes Wasser oder einen zu langen Aufenthalt in kalter Umgebung zu einer Unterkühlung kommen. Kalte, nasse Kleidung und kalter Wind führen dazu, dass die Körperwärme verloren geht.

Der Organismus reagiert auf den Wärmeverlust, indem er die Körperoberfläche schwächer durchblutet und so weniger Wärme über sie abgibt. Dadurch sieht ein unterkühltes Kind blass bis bläulich aus. Die sinkende Körpertemperatur führt dazu, dass die Stoffwechselfvorgänge langsamer ablaufen. Müdigkeit und Verlangsamung von Atmung und Puls sind die Folgen. Werden keine Maßnahmen getroffen, um die fortschreitende Unterkühlung zu verhindern, wird das betroffene Kind bewusstlos. Vermeiden Sie aktive und passive Bewegungen des Kindes, da bei einem stark unterkühlten Kind der Rückfluss des kalten Blutes aus den Beinen zum Herzen ein Absinken der Körperkerntemperatur um 10°C bewirken kann. Sinkt die Körpertemperatur auf unter 30°C, kommt es zum Kreislaufstillstand. Aufgrund der extremen Verlangsamung des Stoffwechsels sind jedoch die Wiederbelebungschancen auch nach einer relativ langen Zeit noch hoch.

Kennzeichen

- kalte Umgebung
- blasse Haut
- Blauverfärbung von Lippen und Fingernägeln
- Steifwerden von Armen und Beinen
- unüberwindliche Schlafsucht bis zur Bewusstlosigkeit
- langsame Atmung
- langsamer Puls.

Erste Hilfe bei Unterkühlung

- Beruhigen Sie das betroffene Kind.
- Bringen Sie es an einen windgeschützten, möglichst warmen Ort.
- Vermeiden Sie aktive und passive Bewegungen des Kindes!
- Entfernen Sie vorsichtig nasse Kleidung.
- Hüllen Sie das Kind in eine oder mehrere Decken ein.
- Ist das Kind ansprechbar, können Sie ihm einen warmen Tee zu trinken geben (möglichst mit Zucker). Keinesfalls dürfen Sie Alkohol anbieten, da dieser die Gefäße erweitert und so die Auskühlung verstärkt!
- Überprüfen Sie regelmäßig die lebenswichtigen Funktionen „B-A-K“.
- Veranlassen Sie den Notruf.

Bei langem Aufenthalt in kalter Umgebung kann es zur Unterkühlung des Körpers kommen, zu erkennen u. a. an blauen Lippen und Fingernägeln. Wichtigste Maßnahme bis zur ärztlichen Hilfe ist vorsichtiges Aufwärmen (nasse Kleidung ausziehen, in Decken einhüllen, heißen Tee geben, wenig bewegen).

5.3 Erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen

5.3.1 Durchfall und Erbrechen

Durch starkes Erbrechen oder anhaltende Durchfälle kann ein Kind so große Flüssigkeitsmengen verlieren, dass es in einen lebensgefährlichen Zustand kommt. Je jünger das Kind, desto kritischer ist ein Flüssigkeitsverlust oder zu geringe Flüssigkeitszufuhr, da die Gefahr der Austrocknung (Exsikkose) besteht.

Kennzeichen

- Appetitlosigkeit
- Durst
- Fieber
- Erbrechen
- dünner Stuhlgang
- Gewichtsverlust (Bei einem Flüssigkeitsverlust, der mehr als 10 % des Körpergewichts beträgt, ist mit einer ersten körperlichen Störung zu rechnen.).

Erste Hilfe bei Durchfall und Erbrechen

- Je jünger ein Kind ist, desto eher muss es bei Krankheitszeichen wie Durchfall, Erbrechen oder Nahrungsverweigerung einem Arzt vorgestellt werden.
- Je früher das Kind einer Behandlung zugeführt wird, desto eher ist ein Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.
- Bei anhaltendem Erbrechen sollte frühzeitig einen Arzt aufgesucht werden, da sich dahinter auch andere Erkrankungen, wie beispielsweise ein eingeklemmter Leistenbruch, verbergen können.

Im Vordergrund steht bei Kindern meist nicht die medikamentöse Beendigung des Durchfalls (die nur auf ärztliche Anordnung erfolgen sollte), vielmehr kommt es auf einen zuverlässigen Ersatz der verlorenen Flüssigkeit und der verlorenen Körpersalze an. Die im Folgenden erläuterten Maßnahmen werden in der Regel im Elternhaus durchgeführt. Zu empfehlen sind Fertigpräparate, die Flüssigkeit, Traubenzucker und Salze in einem ausgewogenen Verhältnis enthalten. Diese Lösungen können auch mit anderen Getränken gemischt werden, da der Geschmack der Lösungen für Kinder oft wenig überzeugend ist. Die Flüssigkeitszufuhr sollte in kleinen Mengen, zu Beginn löffelweise, erfolgen, dafür in kurzen Zeitabständen. Durch diese einfachen Maßnahmen kann der weitaus größte Teil der Magen-Darm-Infektionen im Kindesalter erfolgreich behandelt werden.

5.3.2 Asthma-Anfälle

Asthma ist eine chronische Erkrankung, bei der es zu Atemnotfällen kommt. Durch eine gezielte medikamentöse Therapie und die Vermeidung der auslösenden Faktoren ist zumindest Linderung der Beschwerden möglich. Bei einem Asthma-Anfall verengen sich die Bronchien, weil sich die Muskulatur zusammen zieht; zäher Schleim wird ausgesondert. Ausgelöst werden kann der Anfall durch Allergene, durch Viren oder Bakterien oder durch psychische Belastung.



Da die Ausatmung aufgrund der Eigenelastizität des Gewebes geschieht, die verengten Bronchien aber diesem Vorgang einen erhöhten Widerstand entgegensetzen, ist die Ausatmung zeitlich verlängert. Aus der Verengung der unteren Atemwege erklärt sich das mitunter pfeifende Atemgeräusch während der Ausatemphase.

Kennzeichen

- Das Kind sitzt nach Möglichkeit aufrecht.
- Es ist unruhig und hat Angst.
- Sie hören ein pfeifendes, keuchende Ausatemgeräusch.

- Das Kind zeigt zunehmende Atemnot.
- Die Lippen, später das Gesicht, verfärben sich bläulich.
- Die Haut ist kaltschweißig. Der Puls steigt an.

Erste Hilfe bei Asthma-Anfällen

- Besonders wichtig ist, dass Sie das Kind beruhigen.
- Lagern Sie es so, wie es das Kind möchte, am besten mit erhöhtem Oberkörper.
- Veranlassen Sie ärztliche Hilfe.
- Öffnen Sie das Fenster, damit kühle Luft hereinströmt.
- Ermutigen Sie das Kind zur langsamen, tiefen Ein- und Ausatmung.
- Beengende Kleidung öffnen.
- Wird das Kind bewusstlos, denken Sie an die Überprüfung der lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“) und die Sofortmaßnahmen (s. auch Abschnitt 5.1).

5.3.3 Krampfanfälle

Fieberkrämpfe

Fieber ist ein natürlicher Abwehrmechanismus des Körpers gegen Krankheiten. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann ein rascher Fieberanstieg zu einem kurzzeitigen Krampfanfall führen, dem Fieberkrampf. Er kommt am häufigsten bei Kindern zwischen dem sechsten Lebensmonat und dem fünften Lebensjahr vor, da die körperliche Entwicklung Krampfanfälle in diesem Alter mehr begünstigt als bei Erwachsenen. Die Krampfanfälle können am ganzen Körper (generalisierte Krampfanfälle) oder nur an den Gliedmaßen einer Körperseite (seitenbetonte Krampfanfälle) auftreten.

Obwohl derartige Fieberkrämpfe bedrohlich aussehen, da das Kind mit den Extremitäten unkontrolliert zuckt und nicht wie gewohnt auf Ansprechen reagiert, verlaufen sie doch in den allermeisten Fällen ohne Folgeschäden. Meist dauern die Fieberkrämpfe nicht länger als eine Minute.

Fieberkrämpfe wirken auf Unkundige sehr bedrohlich. Sie sind sehr kurz und verursachen fast nie Folgeschäden.

Erste Hilfe bei Fieberkrämpfen

- Hohes Fieber sollten Sie durch kühle Umschläge oder ärztlich verordnete Medikamente senken. Da diese Maßnahmen nicht sofort wirken, sollten Sie sich mit einigen Sofortmaßnahmen vertraut machen, denn bei einem länger andauernden, unbehandelten Fieberkrampf besteht die Gefahr der Bewusstlosigkeit und des Sauerstoffmangels.
- Nehmen Sie einen Säugling auf den Arm oder legen Sie ihn so, dass er sich nicht verletzen kann. Lassen Sie den Säugling nicht unbeaufsichtigt.
- Wenn der Fieberkrampf länger als 1 Minute dauert oder Sie sich unsicher fühlen: Verständigen Sie den Notarzt.
- Halten Sie die Atemwege frei, indem Sie den Kopf eines Säuglings vorsichtig in der „Schnüffelposition“ zu halten versuchen. Diese Lagerung ist auch nach dem Krampfanfall die richtige.
- Kleinkinder, die älter als zwei Jahre sind, drehen Sie nach beendetem Fieberkrampf in die stabile Seitenlage.
- Wenn der Fieberkrampf kürzer als 1 Minute andauert, verständigen Sie einen Arzt.

Nach dem ersten Fieberkrampf wird der Arzt die weiteren Maßnahmen mit den Eltern besprechen und, wenn es sinnvoll ist, ein geeignetes Medikament verschreiben.

Hirnbedingte Krampfanfälle

Krampfanfälle sind eine besondere Reaktion des Gehirns auf verschiedene Einflüsse. Sie geben keinen Hinweis auf die geistige Leistungsfähigkeit des betroffenen Kindes! Als Ursache kommen Stoffwechsellentgleisungen, Vergiftungen oder Drogenentzug ebenso in Frage wie Schädel-Hirn-Verletzungen, eine Hirnhautentzündung oder andere Erkrankungen. Auch Sauerstoffmangel während der Geburt kann später Krampfanfälle verursachen.

Die Krampfneigung kann medikamentös oder durch die natürliche Entwicklung des Kindes verringert werden. Jedes Kind sollte durch die Eltern, zumindest nach dem ersten Krampfanfall, dem Kinderarzt vorgestellt werden, damit dieser über die Notwendigkeit einer Therapie entscheiden und weitere Untersuchungen veranlassen kann.

Kennzeichen

- Plötzliches Umfallen.
- Das betroffene Kind ist nicht ansprechbar. Es kommt zu zuckenden Bewegungen oder Verkrampfungen des ganzen Körpers oder einzelner Körperteile.
- Einnässen.
- Möglicherweise blutiger Speichelfluss aus dem Mund wegen eines Zungenbisses.

Erste Hilfe bei hirnbedingten Krampfanfällen

- Entfernen Sie Gegenstände, die das betroffene Kind verletzen könnten, aus dessen Umgebung.
- Veranlassen Sie ärztliche Hilfe.
- Halten Sie krampfende Extremitäten auf keinen Fall fest.
- Kontrollieren Sie nach dem Krampfanfall regelmäßig die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“).
- Führen Sie die Seitenlagerung durch, sobald die Krämpfe beendet sind, wenn das Kind atmet und sein Puls am Hals tastbar ist.

Kinder oder Jugendliche, die bereits öfter einen Krampfanfall erlitten haben, spüren oft, wenn ein neuer beginnt. Bringen Sie dann das Kind nach Möglichkeit an einen ruhigeren Ort oder setzen Sie es rasch hin.

In der Praxis kaum durchführbar ist der alte Tipp, der krampfenden Person einen Beißschutz zwischen die Zähne zu schieben, da es aufgrund der Verkrampfung der Muskulatur während eines Krampfanfalls meist unmöglich ist, den Mund zu öffnen.

5.3.4 Pseudokrupp/Epiglottitis

Pseudokrupp

Im Gegensatz zum Asthma-Anfall ist beim Pseudokrupp die Einatmung durch eine akute Verengung im Bereich des Kehlkopfs erschwert. Bei Kindern im Säuglings- bis frühen Schulkindalter können Viren, seltener auch Bakterien, dazu führen, dass die Kehlkopfschleimhaut anschwillt. Da die Schleimhaut der Luftröhre (der Trachea) im Bereich des Kehlkopfs (des Larynx) entzündet ist, wird der Pseudokrupp auch als Tracheolaryngitis bezeichnet. Am häufigsten tritt der akute Pseudokrupp-Anfall bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 6 Monaten bis zu 3 Jahren auf. Durch den Anfall kommt es zu einer weiteren Verengung der in diesem Alter ohnehin engen oberen Atemwege. Begünstigt wird die Erkrankung möglicherweise durch Umwelteinflüsse wie Luftverschmutzung oder kaltes Wetter. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass der Pseudokrupp im Herbst und Winter häufiger auftritt.

Der echte Krupp findet sich nur bei der Diphtherie, die dank der

Schutzimpfung und der besseren Lebensbedingungen äußerst selten geworden ist. Allerdings kann diese positive Entwicklung nur aufrechterhalten werden, wenn auch Sie auf ausreichenden Impfschutz bei Kindern und Erwachsenen drängen!

Der Pseudokrapp beginnt ähnlich wie ein grippaler Infekt: Heiserkeit und ein bellender Husten sind die ersten Anzeichen. Innerhalb mehrerer Stunden bis Tage kann sich die Krankheit in vier Stadien entwickeln, wenn Sie ihr Auftreten nicht rechtzeitig bemerken und einen Kinderarzt oder den Rettungsdienst verständigen.

Kennzeichen und erste Hilfe bei Pseudokrapp

Stadium	Kennzeichen	Erste Hilfe
I	Heiserkeit, Bellender Husten	Beruhigen Sie das Kind. Rufen Sie einen Arzt an.
II	Atemnot beginnt, Atemgeräusch bei Einatmung	Kind mit erhöhtem Oberkörper lagern. Für kühle, feuchte Luft sorgen. Wasserdampf aus Wanne einatmen lassen.
III	Starke Atemnot, bläuliche Hautfarbe, deutlich hörbares Einatemgeräusch, Unruhe, Angst, erhöhter Puls, kühle Arme und Beine	Notruf absetzen. Vitalfunktionen überprüfen („B-A-K“) und Sofortmaßnahmen einleiten (s. Abschnitt 5.1).
IV	Blauverfärbung, Bewusstlosigkeit, schnappende Atmung, kein Atemgeräusch hörbar, Puls kaum tastbar	Notruf absetzen. Ggf. Atemspende, Herz-Lungen-Wiederbelebung Bei vorhandener Eigenatmung: stabile Seitenlage.

Hat das Kind bereits einen Pseudokrapp-Anfall erlebt, verschreibt der Kinderarzt Medikamente, die bei einem erneuten Auftreten der Krankheit verabreicht werden können.

Wenn Sie unsicher sind, ob das Kind eine normale Erkältung oder einen Pseudokrapp entwickelt, rufen Sie unbedingt einen Arzt an.

Sobald Atemnot auftritt, verständigen Sie den Rettungsdienst.

Epiglottitis

Die Epiglottitis stellt sich ähnlich wie der Pseudokrapp dar, entwickelt sich aber rascher und ist für das Kind akut bedrohlich. Haemophilus-influenzae-Bakterien (HIB) lösen eine rasche, entzündliche Anschwellung des Kehldeckels, der Epiglottitis, aus. Dies kann zu einer vollständigen Verlegung der Atemwege führen, wenn die Krankheit nicht sofort notärztlich versorgt wird. Die Eltern sollten deshalb mit ihrem Kinderarzt die HIB-Schutzimpfung, die ab dem dritten Lebensmonat möglich ist, besprechen.

Kennzeichen

- Der geschwollene Kehldeckel verursacht starke Schluckbeschwerden sowie vermehrten Speichelfluss.
- Die Entzündung führt zu hohem Fieber, das Kind macht einen offenbar schwerkranken Gesamteindruck. Die Epiglottitis kann im Alter von etwa 2 bis 7 Jahren auftreten.

Da die Kennzeichen des Pseudokrapps und der Epiglottitis ähnlich sind, letztere aber sofort behandelt werden muss, finden Sie

die Kennzeichen der beiden Krankheiten tabellarisch gegenübergestellt.

	Pseudokrapp	Epiglottitis
Entwicklung	meist langsam	innerhalb von Stunden
Husten	bellend	keiner
Schlucken	problemlos	schmerzhaft
Fieber	um 38 °C	meist 39 °C und höher
Stimme	heiser	leise, klosig

Vermeiden Sie bei jedem Verdacht auf eine Epiglottitis, den Rachenraum zu begutachten oder mit einem Spatel oder Löffel abzutasten. Jede mechanische Reizung kann die Schwellung des Kehldeckels schlagartig verstärken und zum Atemstillstand führen. Eine genaue Untersuchung bleibt deshalb dem erfahrenen Kinder- oder Notarzt vorbehalten.

Da die Epiglottitis zu den Kinderkrankheiten gehört, bei der es wirklich auf rasche ärztliche Maßnahmen ankommt, ergeben sich daraus Ihre Maßnahmen.

Erste Hilfe bei Epiglottitis

- Beruhigen Sie das Kind. Lagern Sie es mit erhöhtem Oberkörper.
- Verständigen Sie den Notarzt.
- Sorgen Sie für kühle Frischluftzufuhr: Nehmen Sie das Kind auf den Arm, und stellen Sie sich an das offene Fenster. Manchmal hilft auch Wasserdampf (mit einer heißen Dusche erzeugt).
- Überprüfen Sie die lebenswichtigen Funktionen („B-A-K“), und treffen Sie dementsprechend die weiteren Maßnahmen.

6 Sonstiges

Bedenken, dass eine Erzieherin in einer Kindertageseinrichtung ein ärztlich verordnetes Medikament einem bestimmten Kind verabreicht.

IV. Die vereinbarte Verabreichung von Arzneimitteln wird vom Träger einem Mitarbeiter/in im Rahmen des Arbeitsverhältnisses übertragen. Dieser muss eine geeignete Person auswählen, das heißt eine Person, die insbesondere zuverlässig und gewissenhaft ist (§ 278 BGB). Der Träger hat des Weiteren im Rahmen seiner Verkehrssicherungspflicht die Medikamente so aufzubewahren, dass ein unbefugter Zugriff durch Dritte, insbesondere Kinder, ausgeschlossen ist. Die beauftragte Person erfüllt mit der vereinbarten Verabreichung des Medikaments eine Arbeits- bzw. Dienstpflicht.

6.1 Verabreichen von Medikamenten

Die Verabreichung von Medikamenten in Kindertageseinrichtungen ist keine erste Hilfe, und wird auch nicht vom Unfallversicherungsträger geregelt.

Aufgrund der vielen Anfragen, die uns dazu aber immer wieder erreichen, wollen wir die allgemeine Rechtsauffassung hier wieder geben.

Es versteht sich von selbst, dass akut kranke Kinder nicht in eine Kindertageseinrichtung gehören. Dies ist in der Regel schon im Betreuungsvertrag festgeschrieben.

Dennoch kann es im Einzelfall erforderlich sein, Medikamente bei bestimmten (chronischen) Erkrankungen in der Einrichtung zu verabreichen - wenn das Kind einrichtungsfähig ist.

In diesem Fall ist eine Absprache mit Eltern und behandelndem Arzt unbedingt Voraussetzung (u.a. zu genauer Dosierung).

Zur Verabreichung von Medikamenten in Kindertageseinrichtungen bezieht das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie im Schreiben an den Sächsischen Städte- und Gemeindetag vom 25.04.1994,

Az.: 42/7360-0-000/405 folgende Position (Auszüge):

I. Ich gehe davon aus, dass in diesem Fall gegen den Besuch der Einrichtung keine gesundheitsbezogenen Bedenken bestehen und das Kind auch nicht erkrankt, also einrichtungsfähig; ist.

II. Gemäß § 1626 Abs. 1 BGB umfasst die elterliche Sorge die Personensorge und die Vermögenssorge. Die Personensorge umfasst insbesondere das Recht und die Pflicht, das Kind zu pflegen, zu erziehen und zu beaufsichtigen (§ 1631 Abs. 1 BGB). Die Pflege des Kindes schließt auch die Fürsorge für die Gesundheit des Kindes ein. Mit Aufnahme des Kindes in eine Kindertageseinrichtung übertragen die Personensorgeberechtigten und sonstigen Erziehungsberechtigten (meist stillschweigend) ihre vorgenannten Rechte und Pflichten auf den Träger der Kindertageseinrichtung. In welchem Umfang Rechte und Pflichten der elterlichen Sorge übertragen werden, wird von den Vereinbarungen zwischen Eltern und Träger der Einrichtung bestimmt.

III. Der Träger delegiert die ihm übertragenen Rechte und Pflichten auf seine pädagogischen Mitarbeiter/innen. Demgemäß haben die Mitarbeiter/innen auch Aufgaben zur Pflege des Kindes zu erfüllen. Die Verabreichung ärztlich verordneter Medikamente kann deshalb nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Es ist jedoch erforderlich, dass die Personensorgeberechtigten dem Einrichtungsträger alle im Zusammenhang mit der Verabreichung des Medikaments erforderlichen Informationen mitteilen (z. B. Nebenwirkungen). Die Verpackung oder Umhüllung des Arzneimittels ist dauerhaft mit dem Namen des Kindes zu versehen. Aus arzneirechtlicher Sicht bestehen keine

Die Leiterin hat dafür zu sorgen dass

- die Eltern über die Festlegungen zur Verabreichung von Medikamenten informiert werden,
- Medikamente nur im Einzelfall verabreicht werden, nach Absprache mit den Eltern und Rücksprache mit dem behandelnden Arzt,
- nur Medikamente in Originalverpackung angenommen werden,
- die Verpackung eindeutig mit dem Namen des Kindes gekennzeichnet wird,
- die Medikamente entsprechend Herstellerangaben gelagert werden und für Unbefugte kein Zugriff besteht (nicht in Verbandkästen),
- die Verabreichung entsprechend den Informationen erfolgt (auch bei Personalwechsel, Schichtsystem etc.),
- Restbestände nicht mehr benötigter Medikamente an die Eltern zurückgegeben werden.

6.2 Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen

Treten meldepflichtige Erkrankungen auf, sind diese unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen. Der Gesetzgeber hat im Infektionsschutzgesetz (IfSG) Maßnahmen festgelegt, damit sich bestimmte ansteckende Erkrankungen nicht unheimlich ausbreiten können.

Davon sind auch Kindertageseinrichtungen betroffen, denn gerade dort besteht erhöhte Ansteckungsgefahr.

Die meldepflichtigen Krankheiten sind in §34 IfSG aufgeführt, z. B.

- Keuchhusten
- Scharlach
- Windpocken
- Masern
- Mumps
- Salmonellose
- Ornithose
- Poliomyelitis
- Diphtherie
- Meningokokken-Infektion
- Meningitis
- Hepatitis
- Krätze.

Wer muss diese Erkrankungen melden?

Die Pflicht zur Meldung trifft in erster Linie die behandelnden Ärzte.

Aber auch Leiterinnen von Kindertageseinrichtungen sind verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen bzw. den Verdacht dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich zu melden. Dies gilt auch beim Auftreten von zwei oder mehreren gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind (z. B. bei Durchfallerkrankungen).

Das trifft auch bei Verlaugung zu (§34 Abs.1 IfSG).

Information der Eltern

Das IfSG trifft dazu keine Festlegungen. Trotzdem empfehlen wir, die Eltern über aktuelle Infektionskrankheiten zu informieren. Selbstverständlich dürfen in dieser Information die erkrankten Kinder nicht benannt werden.

Möglichkeiten für diese Informationen sind ein gut sichtbarer Aushang z. B. Im Eingangsbereich, sowie die Ausgabe von Merkblättern in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt.

Erste Hilfe in Kindertageseinrichtungen – Kopiervorlagen 8 und 9

Information über Infektionskrankheiten

Sehr geehrte Eltern,

Seit sind in unserer Kindertageseinrichtung Kinder

an erkrankt.

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, in welchen Fällen erkrankte Kinder die Kindertageseinrichtung nicht besuchen dürfen. Im Einzelfall kann das Gesundheitsamt ein Besuchsverbot aussprechen.

Der erneute Besuch der Kindertageseinrichtung ist nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes dann wieder zulässig, wenn die **ansteckende** Erkrankung abgeklungen ist.

Leiterin

Muster eines Aushanges (s. Kopiervorlage)

Gleichfalls müssen Eltern die Einrichtung informieren, wenn bei ihrem Kind meldepflichtige Krankheiten aufgetreten sind (vgl. § 34 Abs. 5 IfSG).

Besuchsverbot der Einrichtung

Das Besuchsverbot erkrankter Kinder gilt, bis das lokal zuständige Gesundheitsamt bzw. der behandelnde Facharzt der Wiederzulassung zugestimmt haben.

Es wird empfohlen, Kinder nach abgeklungener ansteckender Erkrankung nur mit einer Bestätigung (Kopiervorlage 9) zum Besuch der Kindertageseinrichtung wieder zuzulassen.

Bestätigung zur Wiederzulassung

Mein Kind ist laut Urteil des behandelnden Arztes klinisch gesund und darf ab sofort die Kindertageseinrichtung wieder besuchen. Mir ist bekannt, dass bei erneutem Auftreten von Krankheitssymptomen mein Kind die Einrichtung nicht weiter besuchen darf und eine erneute Konsultation beim Arzt erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Muster einer Bestätigung zur Wiederzulassung

Vorbeugen durch Impfen

Die Eltern sollten regelmäßig zum Thema Impfungen informiert werden. So können z. B. bei Elternabenden Broschüren des Gesundheitsamtes / Impfkalender ausgegeben werden.

7 Rechtsfragen

Gerade im Straßenverkehr kommt es mitunter gar nicht zur Erste-Hilfe-Leistung, weil Notfallzeugen befürchten, ggf. Schadensersatz leisten zu müssen oder gar wegen „falscher“ Hilfeleistung bestraft zu werden. Dass diese Befürchtungen grundlos sind, soll nachfolgend dargelegt werden.

7.1 Ansprüche gegen Hilfeleistende

Erzieherinnen brauchen grundsätzlich nicht mit Schadensersatzansprüchen des Verletzten zu rechnen, wenn sie bestmögliche Hilfe geleistet oder so sachgerecht gehandelt haben, wie sie es in ihrer Ausbildung durch die Hilfsorganisationen gelernt haben, oder wie es für sie nach bestem Wissen erforderlich schien.

Nur wenn der Hilfeleistende grob fahrlässig oder vorsätzlich die Verletzung verschlimmert oder den Tod des Verletzten herbeiführt hat, kann er schadenersatzpflichtig sein.

Vorsätzliches Verhalten liegt vor, wenn jemand bewußt und gewollt bei einer Hilfeleistung eine Verletzung zufügt.

Erfolgt die Hilfeleistung mit der geforderten Sorgfalt, so fällt auch eine Verschlimmerung oder der Tod des Verletzten nicht unter den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung. Bei der Beurteilung des Einzelfalles wird die Ausnahmesituation des Notfalles, d. h. akute Gefahr einerseits, die zwingende Notwendigkeit zu handeln und die beschränkten medizinischen Kenntnisse des Hilfeleistenden andererseits berücksichtigt.

Grobe Fahrlässigkeit kann z. B. vorliegen, wenn bei einem Verkehrsunfall auf einer dicht befahrenen Straße die Unfallstelle trotz vorhandener Möglichkeiten nicht abgesichert wird und dadurch weitere Folgeunfälle geschehen.

Grundsätzlich kann der Hilfeleistende auch nicht zum Schadensersatz für die Beschädigung fremder Sachen, z. B. aufgeschnittene Hose bei Knieverletzung oder für ungewollte Körperverletzungen, z. B. Bruch einer Rippe bei der Herz-Lungen-Wiederbelebung, herangezogen werden. Das sogenannte geschützte Interesse (Leben des Verletzten) überwiegt das sogenannte beeinträchtigte Interesse (Unversehrtheit der Kleidung des Verletzten, Körperverletzung); dies gilt auch dann, wenn die Erste-Hilfe-Maßnahmen letztlich nicht zum Erfolg führten. Selbst Ordnungswidrigkeiten, die zur Rettung von Verletzten dringend erforderlich sind, können straflos bleiben.

Der Hilfeleistende ist grundsätzlich nicht schadenersatzpflichtig.

Voraussetzung für die Straflosigkeit ist, dass der Hilfeleistende annimmt, die Ordnungswidrigkeit begehen zu müssen, um in Ermangelung anderer Möglichkeiten Leben und Gesundheit eines Verletzten zu retten.

7.2 Unterlassene Hilfeleistung

Grundsätzlich wird von Jedem erwartet, dass er entsprechend seinen Kenntnissen und Fähigkeiten sofort erste Hilfe leistet. Das gilt nicht bei Unzumutbarkeit. Unzumutbarkeit wird bei erheblicher Eigengefahr (z. B. Nichtschwimmer rettet Ertrinkenden aus tiefem Wasser) unterstellt. Erste Hilfe kann auch dann unzumutbar sein, wenn der Hilfeleistende andere wichtige Pflichten verletzen muss, etwa eine Kindergruppe in einer gefährlichen Situation allein lassen müsste. In beiden Fällen wird aber erwartet, dass unverzüglich anderweitig Hilfe herbeigerufen wird.

Bewusstes und gewolltes Unterlassen oder Verzögern der Hilfeleistung ist strafbar

7.3 Ansprüche des Hilfeleistenden

Der Hilfeleistende kann Ersatz für eigene Körper- und Sachschäden sowie Aufwendungen aus der Hilfeleistung verlangen. Im Gegenzug zur Verpflichtung zur ersten Hilfe und zur Strafandrohung bei unterlassener Hilfeleistung hat der Gesetzgeber einen Ausgleich geschaffen, damit Hilfeleistenden aus diesen Tätigkeiten keine Nachteile erwachsen. Ansprüche auf Schadensersatz sind an den zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu stellen.

- Gegen erlittene Körperschäden sind Hilfeleistende beitragsfrei in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Gefahr der Eigenschädigung rechtfertigt nicht, erste Hilfe zu unterlassen.

versichert.

- Auch für Sachschäden, z. B. Reinigung oder Ersatz blutverschmierter Bekleidung leistet die gesetzliche Unfallversicherung Ersatz.
- Weitere Aufwendungen, z. B. Fahrleistungen mit dem eigenen Pkw, um einen Verletzten der ärztlichen Behandlung zuzuführen, werden ebenfalls von der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen.

Die genannten Ansprüche sind unabhängig von einer versicherten Tätigkeit, z. B. als Erzieherin. Sie gelten auch in der Freizeit. Entscheidend ist, ob erste Hilfe geleistet wurde, unabhängig von einem Beschäftigungsverhältnis.

Der Hilfeleistende ist unabhängig von einem Beschäftigungsverhältnis beitragsfrei in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Bei der Hilfeleistung eingetretene Sachschäden werden ebenfalls entschädigt.

Kopiervorlagen



Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches (SGB VII) und der Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Erste Hilfe“ (GUV-V A5, bisher GUV 0.3) sind in jedem Unternehmen Ersthelfer auszubilden. Nach dieser UVV haben Verwaltungsbetriebe 5 % und sonstige Betriebe 10 % ihrer versicherten Beschäftigten zu Ersthelfern ausbilden zu lassen. Die Lehrgangsgebühren werden von der Unfallkasse Sachsen übernommen.

Im Interesse einer sparsamen Haushaltsführung können wir deshalb die Kosten der Ersthelfer- Aus- und Fortbildung nur in o. g. Rahmen übernehmen.

Kosten werden z. B. nicht für Personen übernommen, die bereits aufgrund ihrer beruflichen Aus- und Fortbildung entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten erworben bzw. erhalten haben, die unmittelbar zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlich sind (z. B. Angehörige medizinischer Heilberufe, Aufsichtspersonen in Schwimmbädern, Angehörige von Feuerwehren) sowie Azubi's und Praktikanten.

Um uns einen Überblick über die notwendige Zahl von Ersthelfern verschaffen zu können, bitten wir Sie, dieses Formblatt vollständig auszufüllen und uns rechtzeitig (4 Wochen) vor Beginn der Ersthelfer (EH)-Ausbildung zuzusenden.

Dieses Formblatt mit der von uns unterzeichneten Kostenübernahmeerklärung geben Sie bitte an die Hilfsorganisation zurück, die die EH-Ausbildung bei Ihnen durchführt.

Kostenübernahmeerklärung

(Gilt nicht für Beamte)

Die Lehrgangsgebühren werden auf der Grundlage der zwischen der Unfallkasse Sachsen und den Hilfsorganisationen in Sachsen geschlossenen Vereinbarungen im laufenden Kalenderjahr übernommen.

für _____ Ersthelfer (EH-Lehrgang mit 8 Doppelstunden)

für _____ Ersthelfer (EH-Training mit 4 Doppelstunden)

Meißen, _____

Unterschrift
(Stempel)

Ersthelfer-Ausbildung

Unfallkasse Sachsen
Abteilung Prävention
Postfach 42

01651 Meißen

Absender:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Mitgliedsnummer:

Angaben zum Antrag auf Kostenübernahme:

Betriebsart Unternehmen Dienststelle	Anzahl der versicherten Beschäftigten	Anzahl der bereits aus- gebildeten Ersthelfer	Anzahl der im nächsten Kurs auszubildenden Ersthelfer	
			Lehrgang 8 Do.-Std.	Training 4 Do.-Std.
Bauhof				
Bürobetrieb / Verwalt.				
Deponie / Wertstoffhof				
ABS / AFG				
Forstwirtschaft				
JVA				
Kindertageseinrichtung				
Krankenhaus (Verwalt.)				
Müllbeseitigung				
Museum				
Schule				
Sparkasse				
Straßen-/Flussmeisterei				
Theater / Bühne				
Uni / Fachhochschule				
Falls Ihr Betrieb bzw. Unternehmen oder Dienststelle in dieser Aufstellung nicht enthalten ist, so ergänzen Sie bitte die entsprechend Bezeichnung hier:				

Bitte beachten Sie,

dass pro Kurs (Lehrgang od. Training) ein solches Formblatt auszufüllen ist. Sollten z. B. 10 Personen ausgebildet und diese in 2 Gruppen zu unterschiedlichen Zeiten in 2 getrennten Kursen geschult werden, so ist für jeden Kurs unter Angabe der Anzahl der auszubildenden Ersthelfer ein solches Formblatt auszufüllen und einzureichen.

Gemäß Ziffer 3.2 der Anlage zu § 8 der Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ GU-V A5 sollen an einem Aus- und Fortbildungslehrgang grundsätzlich nicht mehr als 15 Versicherte teilnehmen.

geplanter Kurstermin:

Datum:

Unterschrift:

Dienststempel:



Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches (SGB VII) und der Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Erste Hilfe“ (GUV-V A5, bisher GUV 0.3) sind in jedem Unternehmen Ersthelfer auszubilden.

Nach dieser UVV haben Verwaltungsbetriebe (dazu zählen auch Kindertageseinrichtungen und Schulen) 5 % ihrer versicherten Beschäftigten zu Ersthelfern ausbilden zu lassen. Zur Ausbildung berechtigt sind die Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB), die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. (DLRG), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Johanniter-Unfallhilfe (JUH) und der Malteser-Hilfsdienst (MHD). Die Lehrgangsgebühren werden von der für das Unternehmen zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse übernommen.

Darüber hinaus sollte jede(r) ErzieherIn, jede(r) LehrerIn in der ersten Hilfe ausgebildet sein. Für pädagogisches Personal, das in Schulen und Kindertageseinrichtungen Kinder bis zum 10. Lebensjahr betreut, bieten wir die zielgruppenorientierte Ausbildung „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ an.

Diese Ausbildung ist dem Erste-Hilfe-Training juristisch gleich gestellt, nimmt aber auf die besonderen Belange der ersten Hilfe bei Kindern dieser Altersstufe besonderen Bezug.

Die Unfallkasse Sachsen übernimmt die Kosten dieser Ausbildung für die zugehörigen Unternehmen. Für Unternehmen im Zuständigkeitsbereich der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) können ebenfalls die Kosten übernommen werden (außer für den nach der UVV „Erste Hilfe“ erforderlichen Personenkreis, siehe oben).

Wir bitten Sie, diese Formblatt vollständig auszufüllen und uns rechtzeitig (4 Wochen) vor Beginn der Ausbildung zuzusenden.

Dieses Formblatt mit der von uns unterzeichneten Kostenübernahmeerklärung geben Sie bitte an die Hilfsorganisation zurück, die den Lehrgang „Erste Hilfe bei Kinderunfällen“ bei Ihnen durchführt.

Kostenübernahmeerklärung

Die Lehrgangsgebühren werden auf der Grundlage der zwischen der Unfallkasse Sachsen und den Hilfsorganisationen in Sachsen geschlossenen Vereinbarungen im laufenden Kalenderjahr übernommen.

für _____ Personen (Erste Hilfe bei Kinderunfällen)

Meißen, _____

Unterschrift
(Stempel)

Erste Hilfe bei Kinderunfällen

(nur für pädagogisches Personal von Kindertageseinrichtungen und Schulen)

Unfallkasse Sachsen
Abteilung Prävention
Postfach 42

01651 Meißen

Absender:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Mitgliedsnummer:

Angaben zum Antrag auf Kostenübernahme:

Betriebsart	Anzahl der versicherten Beschäftigten	Anzahl der bereits ausgebildeten Ersthelfer	Anzahl der zur Ausbildung vorgeschlagenen Personen
Kindertageseinrichtung			
Schule			

Bitte beachten Sie,

dass pro Kurs ein solches Formblatt auszufüllen ist.

Sollten z. B. 10 Personen ausgebildet und diese in 2 Gruppen zu unterschiedlichen Zeiten in 2 getrennten Kursen geschult werden, so ist für jeden Kurs unter Angabe der Anzahl der Auszubildenden ein solches Formblatt auszufüllen und einzureichen.

Gemäß Ziffer 3.2 der Anlage zu § 8 der Unfallverhütungsvorschrift „Erste Hilfe“ GUV-V A5 sollen an einem Aus- und Fortbildungslehrgang grundsätzlich nicht mehr als 15 Versicherte teilnehmen.

geplanter Kurstermin:

Datum:

Unterschrift:

Dienststempel:

Angaben zum Unternehmen

Kommunalen Träger

Freier Träger

Für den freien Träger zuständiger Unfallversicherungsträger

Unfallkasse Sachsen (UKS)

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Berufsgenossenschaft der Banken, Versicherungen, freie Berufe und besonderer Unternehmen (VBG)
Für diese Unternehmen ist eine Kostenübernahme nicht möglich.

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tageseinrichtungen,
Schüler, Studierende

2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung (Tageseinrichtung,
Schule, Hochschule)

4 Empfänger

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

Unfallkasse Sachsen

Postfach 42

01651 Meißen

5 Name, Vorname des Versicherten

6 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

männlich weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

11 Tödlicher Unfall?
 ja nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung des Versicherten anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat der Versicherte den Besuch der
Einrichtung unterbrochen?

nein

sofort

später am

Tag

Monat

Stunde

18 Hat der Versicherte den Besuch der
Einrichtung wieder aufgenommen?

nein

ja, am

Tag

Monat

Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)

War diese Person Augenzeuge?

ja

nein

20 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Stunde

Minute

Stunde

Minute

Beginn

Ende

22 Datum

Leiter (Beauftragter) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Information über Erste-Hilfe-Leistungen an die Eltern

Stempel der Einrichtung

(Ort, Datum)

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind _____

(Vor- und Zuname)

hatte heute einen Unfall in unserer Einrichtung. Die Erstversorgung wurde durch uns vorgenommen. Die Erste-Hilfe-Leistung wurde im Verbandbuch der Kindertageseinrichtung dokumentiert.

Sollten Sie es für notwendig halten, stellen Sie Ihr Kind bitte einem Arzt vor.

Beim Arztbesuch brauchen Sie keine Chipkarte der Krankenversicherung vorlegen, da es sich hierbei um ärztliche Hilfe nach einem Unfall handelt und die Kosten von der Unfallkasse Sachsen übernommen werden. Nehmen Sie aber auf jeden Fall den Impfausweis Ihres Kindes mit.

Sollte sich Ihr Kind in ärztliche Behandlung begeben haben, werden wir den Unfall der Unfallkasse Sachsen anzeigen.

Bitte geben Sie Ihrem Kind in diesem Fall dieses Schreiben wieder mit in die Kindertageseinrichtung.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Arztbesuch wurde durchgeführt / ist vorgesehen

Name und Anschrift des Arztes:

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Eltern)

	<h2 style="margin: 0;">Dokumentation der Unfalluntersuchung</h2>	 <p style="margin: 0;">Unfallkasse Sachsen</p>
---	--	---

Jeder Unfall in der Kindertageseinrichtung sollte durch die Leiterin nachuntersucht werden!

Ziel: Das Ursachenbild eines Unfalls erkennen, d. h. Gefahren und Bedingungen herausfinden, die zum Unfall geführt haben.

**Unfälle sind keine Zufälle,
Unfälle haben Ursachen!**

Unfallursachen lassen sich folgenden Bereichen zuordnen:

- **Technik** (z. B. Mängel an Spielplatzgeräten, Stolperstellen, scharfe Kanten)
- **Organisation** (z. B. mangelnde Aufsicht, Auswahl altersgerechte Spielgeräte, fehlende Unterweisung)
- **Verhalten** (z. B. Bewegungsunsicherheit, motorische Defizite bei Kleinkindern, fehlendes Gefahrenbewusstsein, Aggressionen)

Nach dem Erkennen der Ursachen müssen geeignete Maßnahmen zur Unfallverhütung ergriffen werden.

Die Unfallnachuntersuchung kann nach folgendem Schema erfolgen und dokumentiert werden:

Nachuntersuchung des Unfalls von:

Unfalldatum:

Unfallhergang:

Unfallursachen	Maßnahmen	realisiert am:
t e c h n i s c h :		
o r g a n i s a t o r i s c h :		
v e r h a l t e n s b e d i n g t :		

Vorgehensweise bei der Suche nach wirksamen Maßnahmen zur Unfallverhütung

Zunächst sind Maßnahmen zu suchen, die sicher und zuverlässig (d. h. unabhängig vom Verhalten der Kinder und Erzieherinnen) verhindern, dass sich ein Unfall ereignet bzw. wiederholt. Solche Maßnahmen bestehen im allgemeinen darin, dass ein gefährlicher Zustand durch technische Sicherheit oder entsprechende Organisation beseitigt wird.

Bsp.: Entfernen besonders gefährlicher bzw. mangelhafter Klettergeräte,
Auswahl altersgerechter und sicherer Spielplatzgeräte,
Beseitigen baulicher Mängel

**sichere
Technik**

Lassen sich Gefahren nicht beseitigen, so sind Maßnahmen zu suchen, die es unwahrscheinlich(er) machen, dass sich ein Unfall ereignet bzw. wiederholt.

Bsp.: Trennung von Verkehrs- und Spielbereichen,
nach Altersbereichen getrennte Spielbereiche,
sicherheitsgerechte Organisation von Bewegungsspielen,
Vermeiden von Bewegungsstaus durch zu langes Sitzen,
Absichern einer Gefahrenstelle durch Absperrungen u. ä.

**sichere
Organisation**

Ggf. sind Maßnahmen zu suchen, die die Verletzungsfolgen von Unfällen mindern.

Bsp.: Verringerung der Fallhöhe an Klettergeräten,
Fallschutz gewährleisten (nachgiebiger, stoßdämpfender Untergrund,
z.B. Sand, Feinkies oder Fallschutzplatten),
Abpolstern bzw. Runden von scharfen Ecken und Kanten

**geeignete
Schutz-
maßnahmen**

Da sich nicht immer Maßnahmen finden oder durchführen lassen, die Gefahren total beseitigen und es auch pädagogisch nicht wünschenswert ist, in der Kindertageseinrichtung eine völlig „sterile“ und gefahrenfreie Umwelt zu präsentieren, müssen Kinder lernen, Gefahren zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Eine so verstandene Sicherheitserziehung wirkt längerfristig und ergänzt technische und organisatorische Maßnahmen.

Bsp.: Einüben des sicheren Umgangs mit gefährlichen Gegenständen bzw. Situationen,
Schulung des Gefahrenbewusstseins,
Vorbildverhalten

**sicheres
Verhalten**

Vorhersehbarkeit von Unfällen

- ⇒ Gefahren sind erkennbar und müssen beseitigt werden, bevor sie zu einem Unfall führen!
- ⇒ Bagatell- und Beinaheunfälle geben wichtige Hinweise auf vorhandene Gefahren!
- ⇒ Im Rahmen regelmäßiger Begehungen ist die Kindertagesstätte auf Mängel bzw. Gefährdungsschwerpunkte zu überprüfen!

Unfallerfassungsbogen

Kindertageseinrichtung:

Datum	Bsp: 3.3.03																		
Alter des Kindes																			
Krippe																			
Kindergarten	x																		
Hort																			
Unfallart																			
Kita-Unfall	x																		
Wegeunfall																			
Tätigkeit vor dem Unfall																			
Freies Spiel innen																			
Aufenthalt im Freien	x																		
Sportstunde																			
Ausflug																			
Beteiligte Gegenstände																			
Klettergerüst																			
Rutsche	x																		
Schaukel																			
Wippe/Wipptier																			
Sandkasten																			
Sonst. Geräte																			
Kinderfahrzeug																			
Treppen																			
Türen																			
Möbel																			
Spielzeug																			

Hinweise:

Diese Übersicht soll Ihnen helfen, **Schwerpunkte des Unfallgeschehens** herauszufinden. Deshalb sollten Sie alle Unfälle, auch die „Bagatellfälle“ aus dem Verbandbuch, hier eintragen.

In regelmäßigen Abständen, z.B. einmal jährlich, ist eine Auswertung vorzunehmen, z.B. nach folgenden Kriterien:

- welche Altersgruppe hat die meisten Unfälle
- sind Wegeunfälle ein Problem
- bei welchen Tätigkeiten ereignen sich die meisten Unfälle (z.B. Spiel im Freien)
- welche Gegenstände/ Spielgeräte sind am häufigsten beteiligt.

Bestimmt hilft Ihnen Ihre Sicherheitsfachkraft und ihr Sicherheitsbeauftragter gern bei der Auswertung und vor allem - und das ist das Ziel - bei den Schlussfolgerungen für erforderliche Sicherheitsmaßnahmen.

Information über Infektionskrankheiten

Sehr geehrte Eltern,

Seit sind in unserer Kindertageseinrichtung Kinder

an erkrankt.

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, in welchen Fällen erkrankte Kinder die Kindertageseinrichtung nicht besuchen dürfen. Im Einzelfall kann das Gesundheitsamt ein Besuchsverbot aussprechen.

Der erneute Besuch der Kindertageseinrichtung ist nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes dann wieder zulässig, wenn die **ansteckende** Erkrankung abgeklungen ist.

Leiterin



Bestätigung zur Wiederezulassung

Mein Kind ist laut Urteil des behandelnden Arztes klinisch gesund und darf ab sofort die Kindertageseinrichtung wieder besuchen. Mir ist bekannt, dass bei erneutem Auftreten von Krankheitssymptomen mein Kind die Einrichtung nicht weiter besuchen darf und eine erneute Konsultation beim Arzt erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

