

Dissertationsschrift im Fach Psychologie

Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen

von Dipl.-Päd. Harald Karutz



Mülheim an der Ruhr, Oktober 2003

Universität Dortmund
Fakultät Humanwissenschaften und Theologie (14)

Gutachter:
Prof. Dr. Bernd Gasch
Prof. Dr. Frank Lasogga

Vorwort

Als ich acht Jahre alt war, habe ich den Sommerurlaub mit meinen Eltern an der Ostsee verbracht. Als plötzlich Hilferufe zu hören waren, sich rasch eine Menschenmenge bildete und Sanitäter der Deutschen-Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) herbeigeeilt kamen, wurde natürlich auch meine eigene, kindliche Neugierde geweckt. Nachdem ich mich dann – klein, wie ich war – zwischen den Beinen der Erwachsenen und zweifellos unbemerkt von ihnen ganz nach vorne durchgedrängelt hatte, habe ich gesehen, wie ein älterer Mann blau angelaufen und mit Erbrochenem vor dem Mund auf der Strandpromenade lag. Die Helfer der DLRG begannen – wie ich heute weiß – mit den Maßnahmen zur Reanimation. Der Rettungshubschrauber Christoph 12 landete, Notfallkoffer wurden aufgeklappt; ein Rettungswagen und mehrere Streifenwagen der Polizei trafen am Unglücksort ein. Letztlich – das wurde deutlich, weil ein Leichenwagen bis an den Strand gefahren kam - wurden die Wiederbelebensmaßnahmen bei diesem Mann erfolglos eingestellt.

Diese Bilder von damals habe ich noch immer in deutlicher Erinnerung, und ich bin mir nicht sicher, ob sie nicht sogar mitentschieden haben, daß ich vor einigen Jahren Schulsanitäter, Rettungssanitäter und schließlich Rettungsassistent geworden bin. *Dauerhafte* psychische Folgen habe ich offenbar nicht davon getragen, wohl aber hatte ich einige Zeit Alpträume, Angst- und Erregungszustände.

Vor dem Hintergrund dieser sehr persönlichen Erfahrung und als Fortführung der bereits in meiner Diplomarbeit thematisierten „Psychischen Ersten Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern“ habe ich vor zwei Jahren damit begonnen, die vorliegende Dissertation zu schreiben.

Mit welchen Schwierigkeiten dieses Vorhaben verbunden sein würde, habe ich zunächst jedoch nicht vorausgesehen: Der beträchtliche Zeitaufwand und die umfangreiche Literaturrecherche, vor allem aber die bedrückenden Aussagen einiger Kinder haben mich teilweise selbst derart belastet, daß eine Fertigstellung dieser Arbeit nicht immer gesichert erschien.

Umso dankbarer bin ich deshalb denjenigen Menschen, die mir in den vergangenen Monaten nicht nur wichtige (Sach-) Informationen, sondern vor allem auch konstruktiv-

kritischen Rat, Kraft und Energie gegeben haben: Ohne sie hätte ich diese Arbeit niemals in der vorliegenden Form abschließen können.

Besonders nennen möchte ich in diesem Zusammenhang Herrn Dipl.-Psych. Prof. Dr. Bernd Gasch und Herrn Dipl.-Psych. Prof. Dr. Frank Lasogga, Herrn Dipl.-Pfl.-wiss. Herbert Hockauf, Herrn Landespfarrer Joachim Müller-Lange, Herrn Pfarrer Johannes Duven, Herrn Pfarrer Hajo Witte, Herrn Oberbrandrat Burkhard Klein, Herrn Brandamtsrat Heinz ter Wiel, Herrn Brandamtmann Uwe Sieger, meine Freundin Antje vom Berg sowie meine Freunde Jessica Demmer, Stefan Dreesen, Jörg Ehentraut, Christian Noetzel, Stephan Rinke und Sarah Vennhaus.

Dank gilt in besonderem Maße aber auch den notfallbetroffenen Kindern, mit denen ich sprechen konnte und deren Aussagen der zweifellos wichtigste und wertvollste Teil dieser Arbeit sind.

Mülheim, den 01.10.2003

Dipl.-Päd. Harald Karutz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
1. Einführung	6
1.1. Definition verwendeter Begriffe	6
1.2. Begründung, Zielsetzung, Fragestellungen, Gliederung	20
1.3. Thematische Einordnung	24
2. Der bisherige Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern	27
2.1. Wahrnehmung und Erleben von Notfallsituationen	27
2.2. Auswirkungen und Spätfolgen von Notfallsituationen	34
2.3. Bisherige Ansätze und Konzepte für die psychologische Hilfeleistung	42
2.4. Bestehende Defizite des bisherigen Forschungsstands	55
3. Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern	58
3.1. Planung einer explorativen Studie	58
3.2. Durchführung einer explorativen Studie	66
3.3. Auswertung einer explorativen Studie	74
3.4. Diskussion	101
4. Neue Hinweise für die Psychische Erste Hilfe	110
4.1. Grundsätzliche Überlegungen	110
4.2. Ableitung konkreter Regeln und Forderungen	111
5. Umsetzung der neuen Hinweise für die Psychische Erste Hilfe	117
5.1. Umsetzung der neuen Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe in der Schule	117
5.2. Umsetzung der neuen Regeln zur Psychischen Erste Hilfe im Rettungsdienst	124
6. Exkurs: Pädagogische Vorbereitung von Kindern auf Notfallsituationen	127
6.1. Konkrete Hinweise zu notfallpädagogischen Maßnahmen	128
7. Exkurs: Critical Incident Stress Management (CISM) bei Kindern	133
7.1. CISM-Methodik im kritischen Überblick	133
7.2. Entwicklung eines Nachsorge-Kindertreffens	138
8. Diskussion und Ausblick	148
9. Zusammenfassung	154
10. Literaturverzeichnis	156
11. Selbständigkeitserklärung	168
12. Anlagen	169
12.1. Fragebogen	170
12.2. Anschreiben	174
12.3. Bestätigung des Dissertationsvorhabens	176
12.4. Schreiben der Berufsfeuerwehr Dortmund	177
12.5. Schreiben der Berufsfeuerwehr Duisburg	178
12.6. Informationsbrief für Eltern	179
12.7. Tabelle 18	181
12.8. Tabelle 19	184

1. Einführung

1.1. Definition verwendeter Begriffe

Die einzufordernde Transparenz und Nachvollziehbarkeit wissenschaftlicher Forschungsvorhaben - insbesondere die geplante Durchführung einer eigenen Explorationsstudie - setzt zunächst voraus, daß diskutiert und begründet wird, in welcher Bedeutung die zentralen, in dieser Arbeit enthaltenen Begriffe verstanden und verwendet werden. In den folgenden Ausführungen werden deshalb die Begriffe „Notfall“, „unverletzt-betroffenes Kind“ sowie „Medizinische und Psychische Erste Hilfe“ ausführlich erläutert.

1.1.1. Notfall

Wenngleich die Bezeichnungen „Notfallpsychologie“, „Notfallseelsorge“ und „Notfallrettung“ – zumindest in den entsprechenden Fachkreisen - regelmäßig und auf eine durchaus selbstverständliche Weise gebraucht werden, ist mit einiger Verwunderung festzustellen, daß es eine einheitliche Definition des Begriffs „Notfall“ bislang offenbar nicht gibt. Die Verwendung dieses Wortes in der Literatur – und demzufolge auch das Verständnis der Sachverhalte, die mit ihm konkret bezeichnet werden sollen – ist stattdessen mehrdeutig und variiert in Abhängigkeit von individuellen Betrachtungsweisen der jeweiligen Autoren.

Ethymologisch läßt sich der Begriff „Fall“ zunächst – abgeleitet vom mittelhochdeutschen „val“ bzw. dem althochdeutschen „fal“ und der Vorstellung eines Würfelfalls - auf ein plötzlich eintretendes und in sich abgeschlossenes Geschehen zurückführen, während „Not“ das gemeingermanische Wort für „Zwang“ sowie „Bedrängnis“ ist und u. a. als sinn- und sachverwandt mit den Begriffen „Übel“, „Misere“, „Krise“, „Schwierigkeit“, „Zwickmühle“, „Schlamassel“, „Ausnahmefall“ und „Unglück“ eingeordnet wird. Ein Bedeutungswörterbuch kennzeichnet Notfälle zudem als *gefährvolle* Situationen (vgl. DUDEN 1985, S. 469; DUDEN 1986, S. 485; DUDEN 1989, S. 174 u. 489), so daß ein Notfall – in Abgrenzung zur längerfristig andauernden Notlage bzw. auch zum Notstand - als ein nur kurzfristig andauerndes Ereignis betrachtet werden kann, dem man zweifellos unfreiwillig ausgesetzt ist und das man mindestens als unangenehm empfindet.

In den Veröffentlichungen zur *medizinischen* bzw. explizit *präklinischen* Versorgung von erkrankten und verletzten Menschen durch Ersthelfer oder den Rettungsdienst wird ein Notfall allerdings vorrangig unter dem Aspekt seiner Auswirkungen *auf den Körper* des Betroffenen thematisiert.

Ein Notfall liegt demnach vor, wenn „sich eine lebensbedrohliche Störung der Vitalfunktionen¹ [...] anbahnt oder bereits vorliegt [oder wenn durch] schwerwiegende Störungen weiterer wichtiger Funktionskreise wie des Bewußtseins, des Wasser-Elektrolyt-Haushaltes, des Wärmehaushaltes, des Säure-Basen-Haushaltes und des Stoffwechsels lebensbedrohliche Einwirkungen auf die Vitalfunktionen erwartet werden müssen“ (GOR-GASS/AHNEFELD/ROSSI/LIPPERT 2001, S. 37; Zus. v. H.K.; vgl. auch GEIER 2002, S.492 u. KIRSCHNICK 1997, S. 6).

Die akute Gefahr für das Leben eines Menschen wird hier zum zentralen Bezugspunkt der Begriffsdefinition, und es könnte vor diesem Hintergrund diskutiert werden, ob die Fraktur des Handgelenks durch einen Sturz oder eine nur leicht blutende Schnittverletzung an einem Finger *aus medizinischer Sicht* überhaupt Notfälle sind.

Unabhängig vom Merkmal der bestehenden oder drohenden Lebensgefahr (die letztlich doch eher als eine *Folge* des Notfalls zu betrachten ist) lassen sich Notfälle allerdings auch in Abhängigkeit von bestimmten *Ursachen* definieren, wobei häufig und übereinstimmend Unfälle bzw. unfallbedingte Verletzungszustände, Vergiftungen und akute Erkrankungen als Notfallsituationen bezeichnet werden (vgl. z. B. KEGGENHOFF 2001, S.35; KARUTZ/VON BUTTLAR 1999, S. 13 u. BUCHFELDER/BUCHFELDER 1999, S. 2; Abb. 1)². Ähnlich lautende Definitionen bzw. ein offenbar identisches Begriffsverständnis enthalten auch die entsprechenden Normen sowie verschiedene Rettungsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer (vgl. z. B. RETTG NRW 1992, § 2 Abs. 1 Satz 2).

¹ Als Vitalfunktionen werden in der Notfallmedizin insbesondere die Herztätigkeit, d. h. der Blutkreislauf sowie die Lungenfunktion, d. h. die Atmung bezeichnet.

² Zur Problematik dieser Einteilung von Notfällen nach dem Typ der Verursachung bzw. Schädigung vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 17-18.

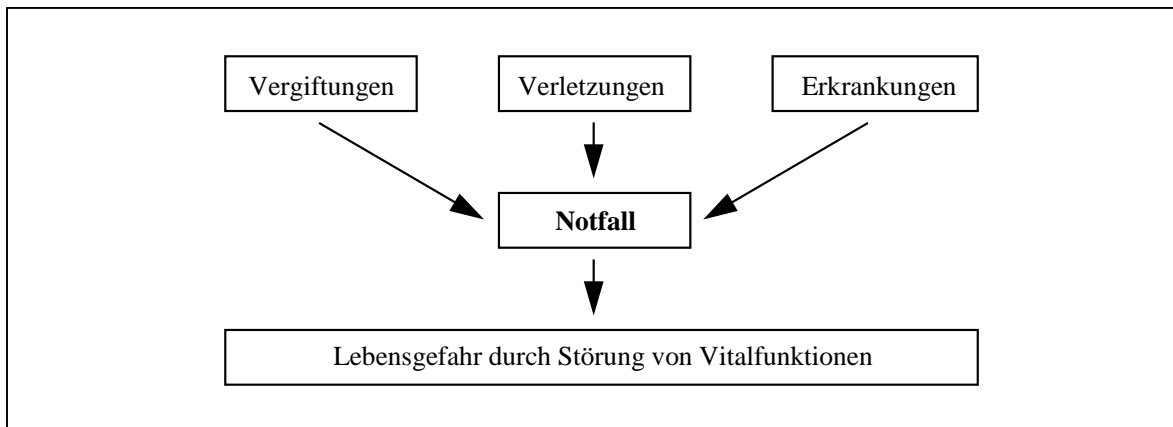


Abb. 1: Notfälle aus medizinischer Sicht

Zahlreiche Autoren, die sich um ein ganzheitlich-umfassenderes Verständnis von Notfallsituationen bemühen, verweisen seit einigen Jahren jedoch darauf, daß Notfälle grundsätzlich auch mit *psychischen* und *sozialen* Auswirkungen verbunden sind und daß das nur ursachenbezogene bzw. ausschließlich auf *körperliche* Folgen bezogene Verständnis von Notfällen insofern unvollständig und unzureichend ist (Abb. 2; vgl. z. B. RIEGER 1992, S. 610; REMKE 1993a, S. 107; STEPAN 1993, S. 154; BOURAUUEL 1994, S. 477; BUCHMANN 1997, S. 224 u. HANNICH 1997, S. 12; Abb. 2).

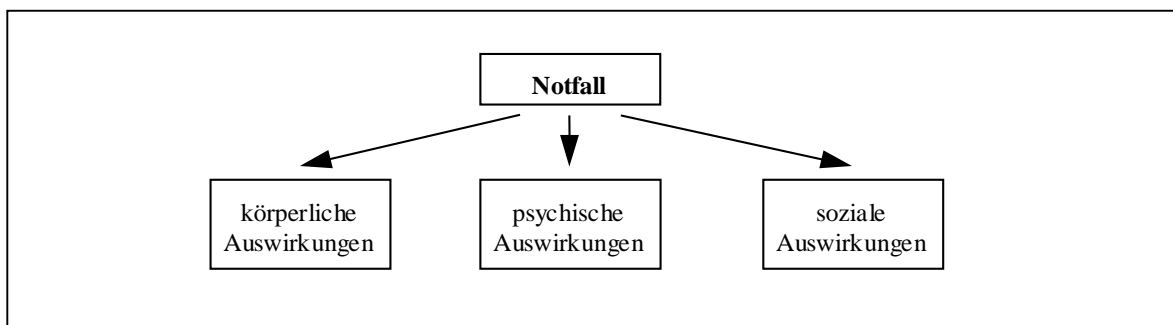


Abb. 2: Notfälle in einem ganzheitlich-umfassenderen Verständnis

Nicht zuletzt im Sinne der bekannten WHO-Definition von Gesundheit³ wird beispielsweise festgestellt, daß ein verletzter Mensch sicherlich mehr ist als nur eine Ansammlung von Organen (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 7-13), und daß es in Notfallsituationen nicht nur zu körperlichen Einschränkungen, sondern ebenso zu einer „erheblichen Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens“ (THIERBACH 2002, S. 324) kommt. Zwischen

³ Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens“ definiert (JUCHLI 1994, S. 37).

körperlichen und psychischen Auswirkungen eines Notfalls sind dabei zahlreiche Wechselwirkungen zu beobachten (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 27).

Allein aus diesen Ausführungen wird somit deutlich, daß äußerlich feststellbare, objektive Merkmale wie z. B. die Notfallursache („Es war ein Unfall“), die Anzahl beteiligter Personen, die meßbaren Witterungsbedingungen zum Zeitpunkt des Notfalls und die Beschränkung auf körperliche Auswirkungen („Der Arm ist gebrochen“) nicht ausreichen, um Notfälle umfassend definieren zu können. Vielmehr ist die Tatsache, daß Notfälle stets individuell wahrgenommen und (z. B. im Hinblick auf die Verletzungsschwere) bewertet werden, in das Verständnis von Notfällen einzubeziehen, so daß Lasogga und Gasch Notfälle auch als Ereignisse definieren, die „aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und/oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, daß sie zu negativen Folgen in der physischen und/oder psychischen Gesundheit führen können“ (LASOGGA/GASCH 2002b, S. 13).

Aus psychologischer Sicht wurden allerdings noch zahlreiche weitere Merkmale von Notfallgeschehen thematisiert. Beispielsweise stellt Bierhoff fest, daß Notfälle plötzlich, selten und insofern meist unerwartet, jedoch in sehr unterschiedlicher Weise auftreten, wodurch v. a. eine angemessene Vorbereitung auf Notfälle außerordentlich erschwert wird (vgl. BIERHOFF 1990, S. 101-102).

Gasch, Hannich und Lasogga schreiben einander ergänzend, daß Notfälle mit einer besonders hohen Intensität erlebt werden, stets mit erheblichen Veränderungen für die gesamte Lebenssituation der Betroffenen einhergehen und insofern auch ein einschneidendes Ereignis von außerordentlich großer, mitunter existentieller Bedeutung für die beteiligten Menschen darstellen. Zudem sei man Notfällen häufig unausweichlich ausgeliefert, ohne Einfluß auf sie nehmen bzw. Kontrolle über sie ausüben zu können, so daß man letztlich auf die (möglichst rasch beginnende!) Hilfeleistung durch andere angewiesen ist (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 7 u. HANNICH 1997, S. 4, 9 u.11).

Rupp nennt schließlich Gefühle der Überforderung, den Verlust des seelischen Gleichgewichts sowie das Mißlingen eigener Problemlösungsversuche bzw. das Versagen eigener Bewältigungsstrategien als weitere Merkmale von Notfallsituationen, die er im übrigen auch als *psychosoziale Krisen* charakterisiert (vgl. RUPP 1996, S. 17)⁴.

⁴ Zur Problematik einer Abgrenzung zwischen Notfällen und Krisen vgl. den Beitrag von Schmitt, Pajonk und Poloczec (SCHMITT/PAJONK/POLOCZEK 2000).

Im Anschluß an die bisherigen Ausführungen wäre es nunmehr denkbar, Notfälle analog zu *psychisch traumatisierenden Ereignissen*⁵ zu definieren, und es ließe sich für Notfälle wie auch für psychisch traumatisierende Ereignisse feststellen, daß es sich um Geschehen handelt, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen, für die vergleichbare Vorerfahrungen fehlen und die die Ressourcen zur selbständigen Bewältigung übersteigen (vgl. MITCHELL/EVERLY 1998, S. 49-53 u. MÜLLER-LANGE 2001, S. 69; zur weiteren Definition eines psychischen Traumas sowie v. a. zur Unterscheidung von Typ I- und Typ II-Kindheitstraumata [wobei sich die vorliegende Arbeit in diesem Sinne ausschließlich auf Typ I-Traumata bezieht] vgl. auch FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 250 u. 351 u. FISCHER 2001, S. 16-20).

In eben diesem Sinne bezeichnet Lucas das psychologische Notfallgeschehen als *das Geschehen nach einem traumatischen Ereignis* (vgl. LUCAS 2001, S. 13), und auch Lasogga und Gasch schlagen eine Klassifikation von Notfällen vor, die der Klassifikation psychisch traumatisierender Ereignisse in anderen Veröffentlichungen durchaus ähnelt (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 13ff u. LANDOLT 2001, S. 6).

Demnach können Notfälle in mindestens drei Dimensionen betrachtet bzw. einander zugeordnet werden, nämlich 1. bezogen auf den Notfalltyp, 2. die betroffenen Personen (bzw. Personengruppen und -zahlen) sowie 3. die Zeit (Abb. 3):

1. Der *Notfalltyp* (mit der jeweiligen *Notfallursache*) entscheidet dabei z. B. darüber, in welchem Umfang es den Betroffenen möglich ist, sich unmittelbar auf das Notfallgeschehen vorzubereiten. Auch das Ausmaß des entstehenden (Sach- und Personen-) Schadens wird sehr wesentlich von der Notfallart bestimmt.
2. Die betroffenen *Personengruppen* sind aus psychologischer Sicht zunächst deshalb von Interesse, weil z. B. Kinder oder alte Menschen spezifisch anders auf Notfälle reagieren als Erwachsene mittleren Alters. Auch sind geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Wahrnehmung und das Erleben von Notfallsituationen denkbar.

Die *Anzahl* der betroffenen Personen ist v. a. für die einsatztaktische Planung der Rettungsdienste von Bedeutung. So sind bei Großschadensereignissen mit einem Massen-anfall von Verletzten (MANV) je nach Anzahl der Betroffenen verschiedene Alarmie-

⁵ Müller-Lange schlägt vor, bevorzugt nicht von *traumatisierenden*, sondern von *besonders belastenden* Ereignissen zu sprechen, weil in der Notfallsituation zunächst gar nicht erkannt werden kann, ob überhaupt ein Trauma verursacht wurde. Im übrigen wendet sich Müller-Lange gegen einen „inflationären Gebrauch“ des Traumbegriffs; und durch eine entsprechende Wortwahl soll schließlich auch verdeutlicht werden, daß

rungsstufen vorgesehen. Auch ist auf grundsätzliche Unterschiede in der Vorgehensweise der Rettungsdienste am Einsatzort hinzuweisen, je nachdem, ob z. B. ein einzelner Verletzter zu versorgen ist (Individualmedizin) oder ein Ungleichgewicht zwischen den Versorgungsbedürftigen sowie den zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen zunächst eine Beschränkung der Hilfeleistung auf einzelne Betroffene notwendig macht (Katastrophenmedizin; Triageproblematik)⁶.

3. Bezogen auf den Zeitfaktor ist neben der *zeitlichen Ausdehnung*⁷ eines Notfalls auch von Bedeutung, *wann*, d. h. zu welcher Tageszeit ein Notfall eingetreten ist. Ein weiterer Aspekt der zeitlichen Dimension von Notfällen ist schließlich auch die Dauer des Notfallgeschehens bis zum Beginn der Hilfeleistung (Hilfsfrist).

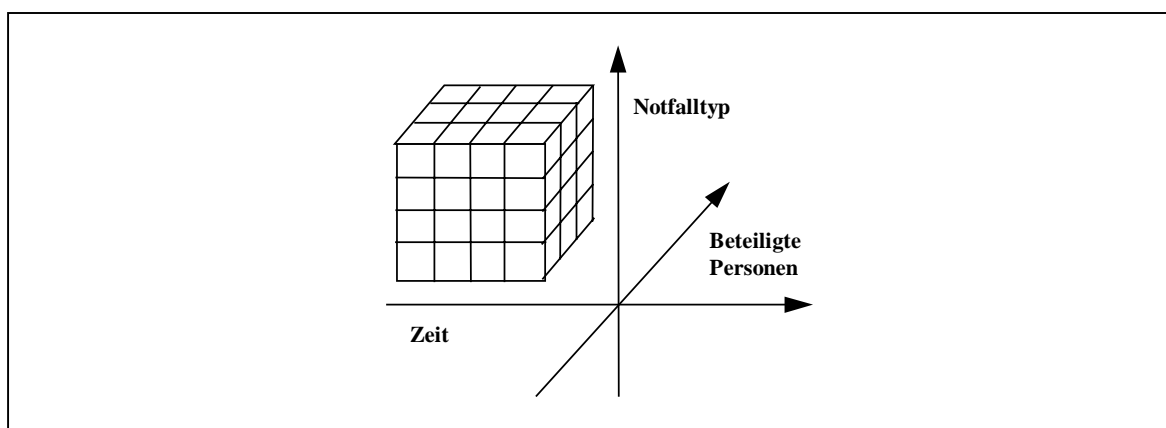


Abb. 3: Notfalldimensionen nach Lasogga und Gasch (LASOGGA/GASCH 2002a, S. 249)

Im Rahmen dieser „mehrdimensionalen“ Betrachtungsweise werden von mehreren Autoren allerdings nicht nur – wie oben beschrieben – Unfälle, Vergiftungen und akute Erkrankungen⁸ als Notfälle bezeichnet, sondern – im Sinne eines relativ weit gefassten Rahmens – auch Naturkatastrophen (u. a. Erdbeben, Schneestürme, Vulkanausbrüche, Stürme, Über-

(vorübergehende) Belastungsreaktionen zunächst völlig normal – und keineswegs immer Symptome einer bereits erfolgten Traumatisierung – sind (vgl. MÜLLER-LANGE 2001, S. 81).

⁶ Zur weiteren Unterscheidung und Definition der Begriffe „Katastrophe“, „Großschadensereignis“, „Großunfall“ und „Großschadensfall“ vgl. einen Beitrag von Häcker im Handbuch Notfallseelsorge (HÄCKER 2001, S. 225-226).

⁷ Zur zeitlichen Ausdehnung eines Notfalls ist kritisch anzumerken, daß zwar relativ klar festgestellt werden kann, was den *Eintritt* bzw. *Beginn* eines Notfallgeschehens kennzeichnet – daß die Frage danach, wann ein Notfall als abgeschlossen bzw. beendet gilt, allerdings nicht eindeutig beantwortet werden kann: Das Verlassen des Ortes, an dem der Notfall eingetreten ist, die Beendigung der ersten Phase der medizinischen Hilfeleistung; das Abklingen bestimmter Symptome (wie z. B. Schmerzen) oder auch die eigene Wahrnehmung und Bewertung von Betroffenen, die die Situation ab einem bestimmten Zeitpunkt eben nicht mehr unmittelbar als Notfall erleben, könnten gleichermaßen und jeweils gut begründet als das Ende eines Notfalls betrachtet werden.

schwemmungen sowie Waldbrände) und „zwischenmenschliche Notfälle“ wie z. B. Einbrüche, Raubüberfälle, Vergewaltigungen, Entführungen, Kriege und Terrorakte (vgl. LANDOLT 2001, S. 6 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 10; Abb. 4): Nach Auffassung von Lasogga und Gasch seien dies die Situationen, „an die man am ehesten bei dem Wort ‚Notfall‘ denkt“ (LASOGGA/GASCH 2002b, S. 16); gleichwohl könne auch eine solche Auflistung und Klassifikation von Notfallsituationen immer nur beispielhaften Charakter haben bzw. zu einer ersten Orientierung dienen (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 14)⁹.



Abb. 4: Notfallklassifikation nach Landolt (LANDOLT 2001, S. 6)

Einen weiteren Hinweis, der im Zusammenhang mit einer anzustrebenden und sehr umfassenden Definition von Notfällen deshalb ebenfalls noch berücksichtigt werden soll, gibt der Theologe Zippert. Im Referateband zum Bundeskongreß Notfallseelsorge 2001 schreibt er, daß „das, was wir als Notfälle wahrnehmen, ein Ergebnis der Kultur- und Mentalitätsgeschichte“ (ZIPPERT 2001, S. 11) ist, so daß Notfälle, deren Auswirkungen

⁸ Solche medizinischen Notfälle werden von Lasogga und Gasch auch als „biologische Notfälle“ bezeichnet (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 16).

⁹ Z. B. kann auch das Miterleben einer heftigen Auseinandersetzung zwischen den Eltern oder der Tod eines geliebten Haustieres bei Kindern als ein Notfall empfunden werden, obwohl diese Situationen – wie viele andere auch – nicht explizit in der Auflistung von Gasch und Lasogga enthalten sind.

und Folgen sowie die Reaktionsweisen von Menschen in Notfällen immer auch in einem gesellschaftlichen und historischen Kontext betrachtet werden müssen.

Die „Kasseler Thesen“ zur Notfallseelsorge vom 5. Februar 1997 verweisen schließlich auf explizit philosophisch-religiöse Zusammenhänge, indem festgestellt wird: „Notfallsituationen sind Schnittstellen des Lebens, an denen Sinn- und Wertfragen aufbrechen, der eigene Lebensentwurf und seine schlagartige Veränderung besonders bewußt werden, [die] Schuld- und Theodizeefrage die Gegenwart überschatten und die Lebenskraft absorbieren“ (HENNINGER 1999, S. 21; Zus. v. H.K.).

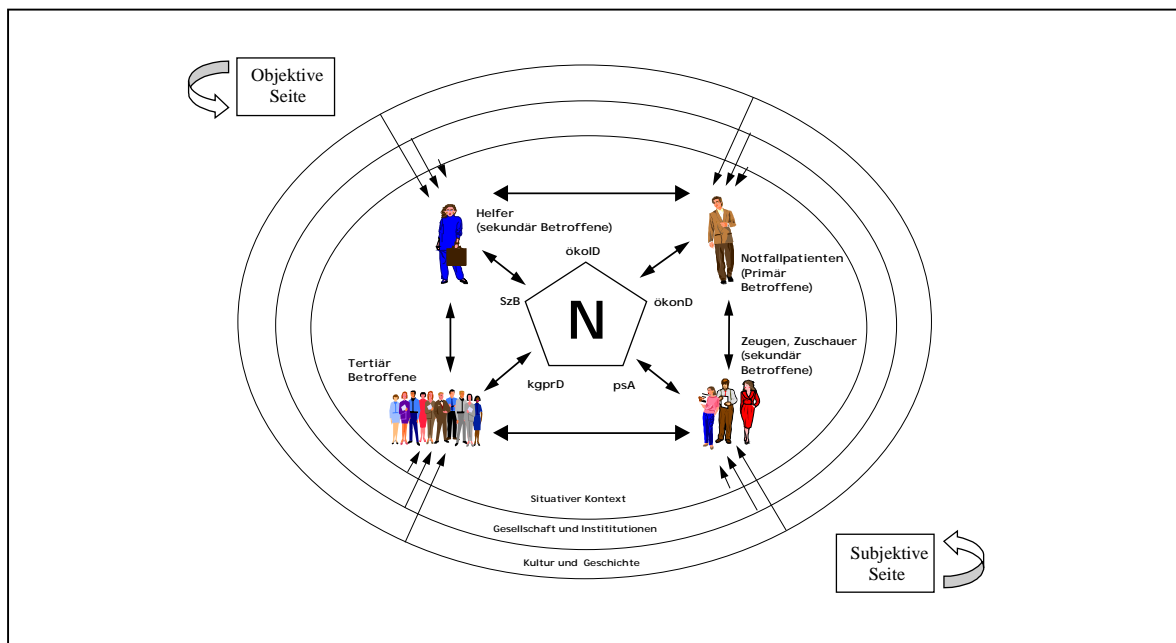


Abb.5: Zusammenfassung: Strukturelle Bestandteile und Interaktionsbezüge in Notfällen

In Abbildung 5 sollen die strukturellen Bestandteile und Interaktionsbezüge eines Notfallgeschehens nun vor dem Hintergrund der bisherigen Darstellung noch einmal zusammengefasst werden. In der Tat wird dabei deutlich, daß „ein Notfall ein außerordentlich komplexes [...] Geschehen darstellt“ (LASOGGA/GASCH 2002a, S. 248):

- Ein von der Art, der zeitlichen Ausdehnung und dem Zeitpunkt des Eintritts her zu bestimmendes Notfallereignis (N) wirkt demnach auf die beteiligten Personen bzw. Personengruppen ein, deren Verhalten sich wiederum wechselseitig beeinflusst und

zugleich jedoch durch den situativen Kontext¹⁰, gesellschaftlich-institutionelle¹¹ sowie kulturell-historische Rahmenbedingungen im Sinne Zipperts determiniert ist.

- Jeder Notfall hat – wie oben beschrieben und in der Abbildung 5 durch die gebogenen Pfeile dargestellt – eine objektive und eine subjektive Seite: Dabei ist diese Feststellung keineswegs so banal, wie sie sich zunächst möglicherweise anhört: So kann z. B. auch eine Verletzung, die objektiv betrachtet überhaupt nicht bedrohlich erscheint, durchaus massive Ängste bei einem Notfallpatienten verursachen.
- Abweichend bzw. in Ergänzung der von Lasogga und Gasch vorgeschlagenen und bereits beschriebenen Klassifizierung von Notfällen in *drei* Dimensionen werden zudem (mindestens) *fünf* (andere) Dimensionen gesehen, in denen sich Notfälle auswirken bzw. betrachtet und beschrieben werden können:

Erstens erfordern sämtliche Notfälle in gleichem Maße eine (technische) Strategie zur Bekämpfung der Notfallursache (SzB), dies kann eine medizinische Intervention (z. B. durch Ersthelfer oder den Rettungsdienst) sein, aber auch der Einsatz der Polizei (z. B. bei der Festnahme eines Geiselnahmers), das Löschen eines Brandes durch die Feuerwehr sowie die Durchsetzung politischer oder militärischer Mittel (z. B. bei kriegerischen Auseinandersetzungen).

Zweitens sind Notfälle, wie bereits dargestellt, mit psychischen und sozialen Auswirkungen (psA) verbunden, dies sind u. a. die entstehenden Gefühle und Gedanken, aber auch die individuellen Verhaltensweisen von Menschen in Notfällen.

Drittens darf die kulturell-gesellschaftliche bzw. auch philosophisch-religiöse Dimension (kgprD) von Notfällen nicht übersehen werden, in der es beispielsweise um die Begründung und Bewertung von Notfällen geht.

Viertens ist festzustellen, daß auch eine ökonomische Dimension (ökonD) von Notfällen nicht geleugnet werden kann: Jeder Notfall hat eine Ursache, die eine bestimmte Intervention notwendig macht, jeder Notfall wird auf eine bestimmte Weise erlebt, jeder Notfall wird auf eine bestimmte (kulturell-gesellschaftlich bzw. philosophisch-

¹⁰ Hier ist u. a. der Notfallort, die Witterung zum Zeitpunkt des Notfalls, aber auch die Aktivität der Anwesenden und ihr Verhältnis untereinander von Bedeutung: So ist es ein Unterschied, ob sich ein Notfall in einer Fabrikhalle während der Arbeitszeit und im Beisein von Kollegen oder in der Küche ereignet, während eine Familie zu Abend isst.

¹¹ Zu den gesellschaftlich-institutionellen Rahmenbedingungen gehören z. B. die jeweiligen Strukturen des Rettungsdienstes bzw. der öffentlichen Gefahrenabwehr und die in einer Gesellschaft üblichen Verfahrensweisen und vorhandenen Möglichkeiten im Umgang mit bzw. zur Bewältigung von Notfällen. So ist in infrastrukturell eher schwach entwickelten Ländern zweifellos eine andere Hilfeleistung zu erwarten als in einer hochentwickelten Industrie- bzw. High-Tech-Gesellschaft.

religiös geprägte) Weise begründet und bewertet – und jeder Notfall verursacht bestimmte Kosten: Neben etwaigen Behandlungskosten für die Betroffenen sind hier Reparatur- bzw. Instandsetzungskosten an beschädigten oder zerstörten Gegenständen, die Leistungen von Versicherungen sowie nicht zuletzt auch der volkswirtschaftliche Schaden zu nennen, der u. a. aus einer vorübergehenden oder sogar dauerhaft anhaltenden Verminderung der Arbeitsfähigkeit bzw. sogar einer Arbeitsunfähigkeit geschädigter Personen resultiert.

Fünftens könnte – insbesondere bei Erdbeben, Waldbränden, Überschwemmungen und anderen Naturkatastrophen – sogar noch eine ökologische Dimension (ökold) von Notfällen in Betracht gezogen werden.

In jeder dieser Dimensionen eines Notfalls lassen sich Probleme, Bedürfnisse der Betroffenen und drohende Gefahren, aber auch zur Verfügung stehende Ressourcen, situationsimmanente Chancen, durchzuführende Maßnahmen und anzustrebende Ziele definieren.

In der vorliegenden Arbeit sollen Notfälle *prinzipiell* durchaus in diesem umfassenden Sinne verstanden werden. Aus pragmatischen Überlegungen, vor dem Hintergrund der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit und insbesondere im Hinblick auf die Durchführung einer explorativen Studie scheint es dennoch sinnvoll und legitim, sich auf einige, anhand bestimmter Merkmale ausgewählte Notfallsituationen zu beschränken. Als Arbeitsdefinition für die vorliegende Arbeit soll daher gelten:

Notfälle sind außerordentlich komplexe Situationen, die – wie beschrieben - in vielen unterschiedlichen Dimensionen betrachtet werden können. Im Bewußtsein dieser Tatsache steht in der vorliegenden Arbeit dennoch die psychologische Dimension v. a. solcher Notfälle im Mittelpunkt, in denen bei mindestens einer Person eine medizinische Hilfeleistung durch den Rettungsdienst notwendig wird.

Im Hinblick auf die noch näher zu erläuternde Betroffenheit von Kindern rücken auf diese Weise vor allem folgende Notfälle in den Mittelpunkt der Betrachtungen:

- Unfälle in Schulen, Kindergärten und Kinderheimen sowie im Straßenverkehr und auf Spielplätzen,
- medizinische Notfälle bei Familien- und Kinderfesten,

- medizinische Notfälle (z. B. akute Erkrankungen) im häuslichen Bereich, sofern Kinder anwesend sind und das Notfallgeschehen miterleben,
- kriminelle Akte bzw. Gewaltverbrechen, bei denen Kinder (z. B. als Augenzeugen) anwesend sind,
 - Brandeinsätze, bei denen Kinder aus einem Gebäude evakuiert werden sowie
 - andere Einsätze des Rettungsdienstes, sofern Kinder am Einsatzort oder in der näheren Umgebung anwesend sind.

1.1.2. Unverletzt-betroffenes Kind

Die vorliegende Arbeit stellt Kinder in den Mittelpunkt, die einen Notfall zwar *körperlich unverletzt* miterlebt haben, aber durch das bloße Erleben *psychisch betroffen* sind. Lasogga und Gasch schreiben diesbezüglich, daß „auch Personen, die medizinisch kaum [oder gar nicht] verletzt sind, [...] psychisch außerordentlich stark beeinträchtigt sein [können]. Eine psychische Intervention kann bei ihnen sogar notwendiger sein als bei medizinisch Schwerverletzten“ (LASOGGA/GASCH 2002a, S. 250; Zus. v. H.K.).

Was unter dem Begriff „Betroffenheit“ verstanden wird, bedarf nun allerdings noch einer weiteren Klärung. Im Bedeutungswörterbuch wird Betroffenheit als „unangenehmes Berührtsein“ beschrieben, und ein Betroffener ist demnach ein „leidtragender Mensch“; jemand, der u. a. bestürzt, entsetzt, verwirrt und erschrocken ist, der die Fassung verliert und der etwas nicht mit ansehen oder anhören kann (vgl. DUDEN 1985, S. 140).

Weil jedoch davon auszugehen ist, daß letztlich *jeder* Mensch – in gewissem Maße – von Notfallsituationen betroffen ist, sobald er in *irgendeiner* Weise von ihnen erfährt, ist die beschriebene Erläuterung von Betroffenheit für die vorliegende Arbeit nur wenig hilfreich. Um zu einem exakteren Begriffsverständnis zu gelangen, wird deshalb folgende Unterscheidung vorgeschlagen:

- *Primär* betroffen sind Menschen, die – unabhängig von körperlichen Verletzungen (!) - *unmittelbar* an einem Notfallgeschehen beteiligt sind, wie z. B. als Fahrzeuginsasse bei einem Verkehrsunfall, als Bewohner einer brennenden Wohnung oder als Geisel bei einem Entführungsfall. Häufig werden diese primär bzw. direkt Betroffenen auch als „Notfallopfer“ bezeichnet (vgl. INNENMINISTERIUM NRW 1999, S. 4)¹²; im Hin-

¹² Ein erweitertes Verständnis des Opferbegriffs, demzufolge auch die im folgenden Text beschriebenen, sekundär und tertiär betroffenen Personenkreise explizit als „Opfer“ des Notfallgeschehens zu betrachten sind, findet sich bei Trappe (TRAPPE 2000, S. 16).

blick auf die Zuständigkeit für die Versorgung dieser Betroffenen durch den Rettungsdienst ist von „Notfallpatienten“ die Rede (vgl. RETTG NRW 1992, § 2 Abs. 1 Satz 2)¹³.

- *Sekundär* betroffen sind Menschen, die in nächster Nähe bzw. einer sehr geringen Distanz am tatsächlichen Notfallort anwesend sind und das Geschehen real miterleben, z. B. als Augenzeuge eines Unfalls, als Schaulustiger bei Feuerwehr- und Rettungsdiensteinsätzen oder als (Erst-) Helfer in den verschiedensten Notfällen (vgl. zum Ausmaß der Betroffenheit der genannten Personengruppen LASOGGA/GASCH 2002a, S. 251).
- *Tertiär* betroffen sind schließlich Menschen, die aus den Medien oder unmittelbar von anderen Menschen Nachricht von einem Notfall erhalten, z. B. indem sie eine Tageszeitung lesen, Radio hören, eine TV-Dokumentation sehen oder mit jemandem sprechen, der seinerseits primär oder sekundär von einem Notfall betroffen ist (vgl. erneut LASOGGA/GASCH 2002a, S. 251).

Die vorliegende Arbeit bezieht sich vor dem Hintergrund dieses Verständnisses von Betroffenheit nur auf Kinder, die von einem Notfall primär oder sekundär betroffen sind.

Gleichwohl ist es natürlich denkbar, daß auch auf die psychische Situation tertiär Betroffener und die bei ihnen angebrachte Psychische Erste Hilfe begründete Rückschlüsse gezogen werden können.

1.1.3. Medizinische und Psychische Erste Hilfe

Wie in den vorangegangenen Abschnitten der vorliegenden Arbeit beschrieben, wirken sich Notfälle gleichermaßen auf Körper und Psyche eines Menschen aus und machen demzufolge eine medizinische und auch eine Psychische Erste Hilfe erforderlich:

Medizinische Erste Hilfe (MEH) ist die Durchführung einer einfachen, vorläufigen, aber stets sehr wirkungsvollen medizinischen Hilfeleistung durch Laien (sog. „Ersthelfer“), um

¹³ Notfallpatienten sind demnach „Personen, die sich in [...] entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“ (RETTG NRW 1992, § 2 Absatz 1 Satz 2). Vor diesem Hintergrund ließe sich übrigens diskutieren, ob der Rettungsdienst nicht auch für die *unverletzten* Betroffenen zuständig ist: Die mögliche Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychischen Störung bei (allein) *psychisch* „Verletzten“ - die *zweifello*s als schwere gesundheitliche Schädigung im Sinne der Normung anzusehen ist - legt diesen Gedanken zumindest nahe bzw. könnte rechtfertigen, sogar die unverletzten Betroffenen als Notfallpatienten zu betrachten (vgl. hierzu auch SCHMITT/PAJONK/POLOCZEK 2000 u. DASCHNER 2001, S. 12).

drohende oder bestehende Gefahren für die Gesundheit von Betroffenen in einem Notfall abzuwenden, ihren Zustand zu stabilisieren und somit einer Verschlimmerung der Situation entgegenzuwirken (vgl. z. B. KÖHNLEIN/WELLER/VOGEL/NOBEL/MEINERTZ 1992, S. 1; PSCHYREMBEL 1994, S. 434; KARUTZ/VON BUTTLAR 1999, S. 11 u. SCHÄR/TAPPERT 1996, S. 1).

Die Rettung aus Gefahrenbereichen, die Herstellung der stabilen Seitenlage bei Bewußtlosen, die Durchführung der Atemspende und der Herzdruckmassage zur Wiederbelebung, die Wundversorgung, die Ruhigstellung von Knochenbrüchen sowie die sachgerechte Lagerung von Notfallpatienten, z. B. zur Schmerzlinderung, sind dabei als wesentliche Bestandteile der medizinischen Ersten Hilfe zu nennen.

Psychische Erste Hilfe (PEH)¹⁴ beschreiben Gasch und Lasogga als *den „psychologisch angemessenen Umgang mit Personen in akuten Notsituationen wie z. B. Unfällen. Nicht gemeint ist die längerfristige¹⁵ Betreuung im Rahmen von psychotherapeutischen Maßnahmen“* (LASOGGA/GASCH 1997a, S. 70; vgl. auch SCHMITT/PAJONK/POLOCZEK 2000, S. 533). In einer anderen Quelle wird Psychische Erste Hilfe als „eine besondere Art der verbalen und nonverbalen Zuwendung zum Betroffenen“ definiert (KARUTZ 1999b, S. 1008).

Als Ziele der Psychischen Ersten Hilfe werden dabei genannt: Die Ermutigung und Stärkung des Selbstvertrauens (KÜHNER 1988, S. 42-43), die Realisierung von Bedürfnissen des Betroffenen (vgl. REMKE 1995) sowie die Förderung von Sicherheit und Kontrolle des Patienten durch die Reduktion von Angst und Hilflosigkeit (vgl. NYBERG/MAYER/FROMMBERGER 2000, S. 29). An anderer Stelle ist von einer Haltefunktion und einer orientierend-strukturierenden Funktion der Psychischen Ersten Hilfe die Rede (vgl. HANNICH 1997, S. 13), während Lasogga und Gasch v. a. die psychische Stabilisierung und die kurzfristige Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit von Betroffenen als Ziele der Psychischen Ersten Hilfe nennen (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 59; vgl. aber auch MÜLLER-LANGE 2001, S. 80-81 u. BOURAUUEL 1994, S. 477).

¹⁴ Teilweise werden in der zur Verfügung stehenden Fachliteratur auch die Begriffe „psychologische Soforthilfe“ (vgl. z. B. NETZWERK-PSYCHOLOGIE 2002) sowie „Erste Hilfe für die Seele“ (vgl. NAUMANN 1996) verwendet.

¹⁵ Auf die problematische Feststellung, wann ein Notfall eigentlich „beendet“ ist, wurde bereits hingewiesen. Hier stellt sich nun z. B. die Frage, ab welchem Zeitpunkt eine so zu bezeichnende „psychische zweite Hilfe“ einsetzt!

Auf die o. g. Aspekte der Einfachheit, Vorläufigkeit sowie der nachgewiesenen Wirksamkeit kann bei den Maßnahmen zur Psychischen Ersten Hilfe übrigens in gleichem Maße hingewiesen werden wie bei der medizinischen Ersten Hilfe¹⁶.

Wichtig ist außerdem ein Hinweis darauf, daß die Psychische und die Medizinische Erste Hilfe sich nicht gegenseitig behindern bzw. die jeweiligen Zielsetzungen nicht im Gegensatz zueinander stehen, sondern vielmehr einander ergänzen. In einigen Definitionen wird die PEH im Übrigen auch als unmittelbarer Bestandteil der MEH betrachtet bzw. es ist von *einer* Ersten Hilfe die Rede, die aus den gleichberechtigten (!) Bestandteilen MEH und PEH besteht (vgl. z. B. BOURAUUEL 1994, S. 477 u. LASOGGA/GASCH 1997, S. 326). Der frühere Erste-Hilfe-Leitfaden des Deutschen Roten Kreuzes beinhaltet als entsprechende Lehraussage: „Physische und psychische Hilfeleistung bilden *eine* Einheit“ (DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 19a; Hervorh. v. H.K.).

Zur Verfügung steht inzwischen jedenfalls eine größere Anzahl unterschiedlicher Konzepte (bzw. Veröffentlichungen) zur Psychischen Ersten Hilfe, wobei es sich hier nur teilweise um die Ergebnisse notfallpsychologischer *Forschung* handelt (vgl. u. a. BENGEL 1997; STEPAN 1998; LASOGGA/GASCH 1999a u. b; LASOGGA/GASCH 2000; LASOGGA 2001a, b u. c; DASCHNER 2001 sowie MÜLLER-LANGE 2001).

„Empirisch abgesicherte Leitlinien zum Umgang mit Notfallpatienten“ (LASOGGA/GASCH 1999, S. 228) sowie persönliche Meinungsäußerungen einzelner sind insofern voneinander zu unterscheiden – wenngleich mit dieser Feststellung nicht notwendigerweise eine Wertung verbunden ist: Regeln zur Betreuung von Betroffenen, die z. B. auf persönlichen Erfahrungen basieren, können durchaus sinnvoll und korrekt sein, nur ist die Gültigkeit empirisch abgesicherter Konzepte eben eine andere.

Auch wird darauf hingewiesen, daß PEH-Konzepte unterschiedlich konkretisiert und „vielfach vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorieansätze, Menschenbilder [...] [,] Zielsetzungen [und Zielgruppen!] entwickelt worden sind: So stehen z. B. Regelwerke, die auf wissenschaftlich analysierten Bedürfnissen von Menschen in einem Notfallgeschehen bzw. der Bedürfnishierarchie nach Maslow basieren [...] neben anderen, die etwa in einer kirchlich-theologisch fundierten Seelsorgetradition stehen“ (KARUTZ 2001, S. 37-38; Zus. v. H.K.).

¹⁶ Bezugnehmend auf die Vorläufigkeit der psychischen Ersten Hilfe beschreiben z. B. mehrere Autoren Maßnahmen der PEH – wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise - als *einen* Bestandteil einer „(psychologischen) Rettungskette“ (vgl. z. B. FERTIG 1994, S. 7-11; LUCAS 2001, S. 17; POLOCZEK/SCHMITT/PAJONK 2001, S. 354).

Zusammenfassende Übersichten verschiedener Modelle und Regelwerke zur Psychischen Ersten Hilfe bzw. eine weitere Orientierungsmöglichkeit über bisherige Arbeiten zur PEH sind in diesem Zusammenhang bei Hockauf (HOCKAUF 2000) sowie Karutz (KARUTZ 2001, S. 37-45) zu finden.

1.2. Begründung, Zielsetzung, Fragestellungen, Gliederung

1.2.1. Begründung

Darauf, daß Kinder in Notfällen – unabhängig von körperlichen Verletzungen - erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, daß das Erleben von Notfällen langfristig anhaltende Auswirkungen auf die Psyche verursachen kann und daß eine altersgerechte psychologische Hilfeleistung grundsätzlich so früh wie möglich erfolgen sollte, wurde von Biermann bereits 1974 hingewiesen (vgl. BIERMANN 1974, S. 117).

In diesem Sinne – und mit einem erneuten Verweis auf Biermann – schreibt auch Riediger einige Jahre später, daß „Kinder [...] das Elementarereignis Unfall besonders stark [trifft]. Selbst ohne direkte Schadenseinwirkung von außen können psychische Schäden [...] auftreten, deren Behandlung einen erheblichen Aufwand nach sich ziehen kann. Die Beeinträchtigungen sind weitgehend unabhängig von der Schwere des erlittenen körperlichen Schadens. Die Heilungschancen erhöhen sich jedoch, je schneller das Kind von einer Person seines Vertrauens wieder umsorgt wird“ (RIEDIGER 1983, S. 211; Zus. v. H.K.).

Die Aktion Sorgenkind veröffentlicht daraufhin einige „Ratschläge für die Eltern verunglückter Kinder“ und stellt ein weiteres mal fest, daß „jeder – auch der scheinbar leichte – Unfall [...] Nachwirkungen auf die Psyche des Kindes [hat]“ (AKTION SORGENKIND 1987, S. 384). Ein wenig später veröffentlichter Beitrag von Kühner bestätigt die Notwendigkeit einer besonderen PEH bei Kindern dann noch einmal erneut (KÜHNER 1988, S. 43).

Dennoch vergehen von nun an einige Jahre, in denen die spezielle Situation von Kindern in Notfällen – zumindest in der Fachliteratur - offensichtlich nahezu unberücksichtigt geblieben ist: Wenngleich gerade in diesem Zeitraum zahlreiche Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe bei *Erwachsenen* entwickelt worden sind und durchaus – mit einigen Einschränkungen - von einem grundsätzlichen Bewußtseinswandel in den Rettungsdiensten die Rede sein kann, der zu einer zweifellos immer stärkeren Berücksichtigung psychologischer

Aspekte von Notfallsituationen führte (vgl. KARUTZ 1999a, S. 212 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 57-58), schien die Notwendigkeit einer besonderen Psychischen Erste Hilfe *bei Kindern* in diesem Zeitraum paradoxerweise fast ein wenig in Vergessenheit geraten zu sein.

Erst 1994 findet sich bei Bourauel (wieder) ein Hinweis darauf, daß es – neben den bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Regelwerken für die PEH bei Erwachsenen – auch lohnend erscheine, „in weiteren Forschungsarbeiten komplexere Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe [...] zu erarbeiten sowie dabei die Thematik der alters- [!] und geschlechtsspezifischen Wünsche [von] Unfallopfer[n] fortzuführen“ (BOURAUDEL 1994a, S. 19; Zus. v. H.K.). Ebenfalls 1994 stellt Linde erneut fest: „Nicht nur die Verletzten sind Opfer, sondern auch andere Unfallbeteiligte, desorientierte und verzweifelte Hinterbliebene, insbesondere Kinder“ (LINDE 1994, S. 7), und Crespin vertritt fast zeitgleich die Auffassung, daß gerade die Krisenintervention bei unverletzten Betroffenen noch weit entfernt sei (vgl. CRESPIAN 1995, S. 943).

Dementsprechend wird in den folgenden Jahren wieder häufiger – und durchaus noch deutlicher als zuvor - auf die Notwendigkeit einer besonderen Betreuung von (unverletzten) Kindern in Notfallsituationen hingewiesen (vgl. z. B. GLANZMANN 1997; HEINZ 1998; LANDOLT 2000, S. 615; NYBERG/MAYER/ FROMMBERGER, S. 28; SEFRIN 2001 u. KARUTZ 2001, S. 103 u. 107). Daschner schreibt hierzu, daß Kinder in Notfallsituationen *oft übersehen* würden (vgl. DASCHNER 2001, S. 95). Auf der Internet-Homepage der Notfallseelsorge Leverkusen wird darüber informiert, daß „Kinder und deren spezielle Bedürfnisse [...] bei den Vorbereitungen zur Bekämpfung von Schadensereignissen nicht oder nur selten berücksichtigt [werden]“ (NOTFALLSEELSORGE LEVERKUSEN 2001; Zus. v. H.K.), und in einem Fernsehbeitrag heißt es sogar, daß eben diese Situation nicht verwunderlich sei, weil das Thema „Psychische Erste Hilfe bei Kindern“ in der regulären Ausbildung von Rettungskräften überhaupt nicht auftauche (REPORT AUS MÜNCHEN 2001).

Vor dem gleichen Hintergrund sind dann auch die Ergebnisse einer Studie der Akademie Bruderhilfe zu betrachten, deren Ergebnisse 2002 in einer Broschüre mit dem Titel „unfallbeteiligtes Kind“ (P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002) veröffentlicht werden:

Hier wird u. a. darauf hingewiesen, daß es für fast 60 % der von einem Notfall betroffenen Kinder unmittelbar nach dem Geschehen überhaupt keine Möglichkeit gab, ausführlich

über das Erlebte zu sprechen; nur 13 % der betroffenen Kinder wurden in der ersten Zeit nach einem Notfall professionell psychisch betreut. 38 % der betroffenen Kinder litten auch noch nach mehreren Jahren unter den psychischen Folgen eines Notfallgeschehens, d. h. sie wiesen deutliche Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung wie z. B. Angstzustände, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Trennungsangst, Traurigkeit, Alpträume, Unruhezustände, Aggressionen, Wutausbrüche sowie ein Absinken der schulischen Leistungen auf.

50 % der Eltern von Kindern, die ein Notfallgeschehen miterlebt hatten, wünschten sich rückblickend, daß es mehr Angebote zur akuten und langfristigen Betreuung ihres Kindes gegeben hätte, und auch aus Sicht der professionellen Helfer (Notärzte, Rettungsdienstmitarbeiter, Polizei- und Feuerwehrbeamte sowie Notfallseelsorger) wurde überwiegend die Meinung vertreten, daß die Betreuung von Kindern – obwohl zweifellos außerordentlich notwendig – meist defizitär sei (vgl. P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S.38-40).

Zusammenfassend schreiben Wendler und Bandmann, daß „die Rettungskette [...] für Erwachsene gut organisiert [ist] – unverletzte Kinder dagegen [...] häufig am Unfallort mehr oder weniger sich selbst überlassen [bleiben]“ (WENDLER/BANDMANN 2002, S. 2; Zus. v. H.K.).

Schließlich bezeichnen auch Lasogga und Gasch die Psychische Erste Hilfe bei Kindern als „ein besonderes Problem“ und weisen noch einmal darauf hin, daß die Betreuung von Kindern mit besonderer Priorität erfolgen solle (LASOGGA/GASCH 2002b, S. 209 u. 214; vgl. abschließend auch JÜEN 2002, S. 6 u. HAUSMANN 2003, S. 177).

Vor diesem Hintergrund dürfte eine ausführliche und umfassende Thematisierung der Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfällen folglich mehr als begründet und gerechtfertigt erscheinen. Dies gilt noch umso mehr, weil festzustellen ist, daß trotz der häufig (und seit mehr als 25 Jahren!) erhobenen *Forderung* nach einer speziellen Betreuung von Kindern bislang offenbar nur relativ wenig getan worden ist, um diese Forderung auch tatsächlich umzusetzen. Zu dieser Problematik sei jedoch auf die Ausführungen im Abschnitt 2 der vorliegenden Arbeit hingewiesen.

1.2.2. Zielsetzung , Fragestellungen, Gliederung

Als Zielsetzung der vorliegenden Arbeit wird angestrebt:

1. auf Defizite der bisherigen Forschungslage zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen hinzuweisen (Abschnitt 2),
2. die psychische Situation von unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen zu analysieren (Abschnitt 3),
3. möglichst operationalisierte und einfach anwendbare Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen zu entwickeln (Abschnitt 4) sowie
4. einige Möglichkeiten zur konkreten Umsetzung dieser Regeln in der Praxis beispielhaft vorzustellen (Abschnitt 5).

Darüber hinaus sind zwei ergänzende Exkurse vorgesehen, die in engem Zusammenhang mit der Hauptthematik der vorliegenden Arbeit stehen und die sich – im Sinne einer Vor- und einer Rückschau – regelrecht aufdrängen:

So wird im ersten Exkurs (Abschnitt 6) aufgegriffen, welche Maßnahmen zur pädagogischen *Vorbereitung* von Kindern auf das (Mit-) Erleben von Notfallsituationen geeignet sind - und im Rahmen des zweiten Exkurses (Abschnitt 7) ist vorgesehen, die Anwendbarkeit der Methodik des Critical Incident Stress Management (CISM) nach Jeffrey T. Mitchell bei Kindern kritisch zu hinterfragen und Hinweise zu geben, wie ein mögliches „Debriefing für Kinder“, d. h. die weitere *Notfallnachsorge* gestaltet werden könnte, sofern ein belastendes Ereignis (mit-) erlebt worden ist.

Die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit lauten demnach:

1. Was charakterisiert die psychische Situation von Kindern, die eine Notfallsituation miterleben, *ohne* jedoch selbst körperlich verletzt worden zu sein? Wie wird das Geschehen wahrgenommen, empfunden und erklärt bzw. bewertet? Welche Ängste und Befürchtungen werden ausgelöst? Welche Wünsche bzw. Bedürfnisse und Hoffnungen bestehen aus Sicht eines Kindes?
2. Welche psychologische Hilfeleistung ist sinnvoll und angebracht? Welche Verhaltensweisen sind empfehlenswert, welche sollten vermieden werden?
3. Wie können die zu entwickelnden Empfehlungen für die Psychische Erste Hilfe bei körperlich unverletzt gebliebenen Kindern in Notfallsituationen praktisch umgesetzt werden? Wer kann diese Aufgabe wahrnehmen bzw. wer sollte für diese Aufgabe zu-

ständig sein? Welche strukturell-organisatorischen (auch einsatztaktischen) sowie personellen und materiellen Rahmenbedingungen bzw. Voraussetzungen müssen hierfür - z. B. im Rettungsdienst – erst noch geschaffen werden?

1.3. Thematische Einordnung

Lasogga und Gasch definieren die Notfallpsychologie als „Entwicklung und Anwendung von Theorien und Methoden der Psychologie sowie ihrer Nachbardisziplinen bei Einzelpersonen oder Gruppen, die von Notfällen betroffen sind. [...] Notfallpsychologie umfasst [dabei] Präventions-, Interventions- und Nachsorgemaßnahmen, bezogen auf einen relativ kurzfristigen Zeitraum“ (LASOGGA/GASCH 2002b, S. 13; Zus. v. H.K.).

In diesem Sinne ist die vorliegende Arbeit zweifellos in die Notfallpsychologie einzuordnen, zumal sie definitionsgemäß zentrale notfallpsychologische Fragestellungen aufgreift. Gleichwohl scheint es zur Klärung dieser Fragestellungen ausdrücklich angebracht und naheliegend, auch die Forschungsergebnisse bzw. Fachliteratur aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie, der Psychotraumatologie, der Pädagogik, der Kinderkrankenpflege sowie der Pädiatrie zu berücksichtigen, zumal davon ausgegangen wird, daß sich ein interdisziplinärer Ansatz bzw. ein Forschungsdesign, das auch für die Forschungsergebnisse, Theorien und Methoden *verschiedener* Disziplinen offen ist, grundsätzlich nur positiv, d. h. als Ergänzung und Bereicherung auswirken kann:

- Die Entwicklungspsychologie thematisiert die Wahrnehmung, das Denken und das Empfinden von Kindern in verschiedenen Altersstufen. Auch das kindliche Erleben einer Notfallsituation und das kindliche Verhalten in Notfällen kann demnach kaum verstanden werden, ohne auf bereits vorhandene entwicklungspsychologische Theorien und Erklärungsmodelle zurückzugreifen.
- Die Psychotraumatologie als unmittelbare Nachbardisziplin der Notfallpsychologie befasst sich mit der Erforschung seelischer Verletzungen und ihrer Entstehungsbedingungen, ihrem Verlauf, ihren unmittelbaren und Langzeitfolgen sowie den Maßnahmen und Verfahren im Rahmen einer Traumatherapie (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 348)¹⁷. Denkbar ist demnach, daß sich durchaus auch aus der psychotrauma-

¹⁷ Notfallpsychologie und Psychotraumatologie sind keineswegs identisch: Da Notfälle durchaus eine psychische Traumatisierung verursachen *können*, ist die notfallpsychologische Forschung einerseits Teil der Psy-

tologischen Forschung einige Hinweise zur notfallpsychologischen Soforthilfe ableiten lassen.

- Der Bezug zur Pädagogik ergibt sich daraus, daß Kinder in und nach Notfallsituationen stets auch einer besonderen, *pädagogisch* orientierten Zuwendung bedürfen (vgl. WOLF 1987, S. 159) und das Miterleben eines Notfallgeschehens – vor dem Hintergrund der darin enthaltenen Lern- und Entwicklungspotentiale - zweifellos auch zu *erzieherischen* Konsequenzen führen sollte. Zudem ist bereits die Vorbereitung von Kindern auf mögliche Notfallsituationen unmittelbarer Bestandteil der Erziehung, so daß gut begründet z. B. nicht nur von einer Verkehrs-, Gesundheits- und Brandschutzerziehung, sondern explizit auch von einer Sicherheits- bzw. Notfallerziehung die Rede sein kann, deren Aufgabe u. a. die notfallbezogene Psychoeducation sowie das Erlernen und Einüben sinnvoller und hilfreicher Verhaltensweisen in Notfällen ist.
- Die Kinderkrankenpflege könnte u. U. deshalb verwertbare Erkenntnisse liefern, weil sie sich seit einigen Jahren – wie die Krankenpflege insgesamt – als wissenschaftliche Disziplin etabliert, die sich in besonderem Maße um ein ganzheitlich-umfassendes Verständnis junger und hilfsbedürftiger Menschen mit ihren individuellen Sorgen, Ängsten und Bedürfnissen in Notsituationen bemüht. Auch für die Betreuung von Kindern, deren Geschwister verletzt oder (chronisch) erkrankt sind, wurden im Bereich der Kinder- bzw. Familienkrankenpflege einige Konzeptionen entwickelt, die möglicherweise interessante Anregungen für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern beinhalten (vgl. JUCHLI 1994, S. 561-570).
- Aufgabe der Pädiatrie ist schließlich die medizinische Behandlung erkrankter und verletzter Kinder, wobei die Bedeutung psychologischer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von Krankheits- bzw. Genesungsprozessen durchaus auch in dieser Disziplin seit Jahren bekannt und bereits in zahlreichen Veröffentlichungen thematisiert worden ist. Bereits 1984 forderte Kurz beispielsweise in einem Lehrbuch der (medizinischen) Kindertraumatologie, daß das „Bemühen, die medizinische Versorgung optimal zu gestalten, [...] sich mit der gleichen Gewissenhaftigkeit auf den psychischen Bereich erstrecken [sollte]“ (KURZ 1984, S. 29; Zus. v. H.K.). Weiter schreibt er: „Wie die Asepsis zu den Selbstverständlichkeiten der Krankenhausversorgung gehört, sollte auch die Prophylaxe gegen psychische Schäden selbstverständlich

chotraumatologie. Andererseits bezieht sich die Notfallpsychologie eben nicht nur auf die Erforschung von Traumatisierungen und ist insofern umfassender als die Psychotraumatologie.

sein. [...] Die Regeln der Hygiene nicht zu beachten, gilt heute als Kunstfehler, aber es gilt noch nicht als Kunstfehler, ein Kind unnötig in Angst zu versetzen. Eine Verbesserung dieser Situation lässt sich nur erreichen, wenn man sich die Not des Kindes immer wieder bewusst macht“ (KURZ 1984, S. 29; vgl. auch EINSIEDEL/WOLFF 1984; HAUPT 1984; SAUER 1984 u. LANDOLT 2000): Vor diesem Hintergrund soll die pädiatrische Fachliteratur in der vorliegenden Arbeit ebenfalls berücksichtigt und auf Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern aus medizinischer bzw. ärztlicher Sicht hin untersucht werden.

2. Der bisherige Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern

Zweifellos kann eine Psychische Erste Hilfe nur dann wirksam geleistet werden, wenn sie die psychische Situation des Betroffenen adäquat berücksichtigt, d. h. wenn die Art seiner Wahrnehmung und seines Erlebens der Notfallsituation durch den oder die Helfer zumindest *prinzipiell* nachvollzogen werden kann und beispielsweise auch die spezifischen Ängste, Sorgen, Wünsche und Bedürfnisse eines Notfallbetroffenen wenigstens ansatzweise bekannt sind. Insofern liegt es nahe, daß im folgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit zunächst der Forschungsstand zur psychischen Situation notfallbetroffener Kinder thematisiert wird, bevor die bereits veröffentlichten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe vorgestellt und diskutiert werden.

2.1. Wahrnehmung und Erleben von Notfallsituationen

Die psychische Situation (v. a. chronisch) erkrankter Kinder (im Krankenhaus) wurde bereits von mehreren Autoren ausführlich untersucht und dargestellt, wobei hier in besonderem Maße auf die grundlegenden Beiträge von Petermann und seinen Mitarbeitern hinzuweisen ist (vgl. z. B. PETERMANN 1995 u. PETERMANN/WIEDEBUSCH 1995). Zudem wird der Aufbau impliziter Konzepte von Kindern über Krankheit und Gesundheit im deutschsprachigen Raum seit einigen Jahren v. a. von Lohaus erforscht (vgl. z. B. LOHAUS 1990 u. LOHAUS 1993) wobei die genannten Arbeiten im wesentlichen auf der Theorie der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget sowie einer Vielzahl empirischer Untersuchungen basieren (vgl. LOHAUS 1990, S. 5-7).

Darüber hinaus sind einige (ältere) Beiträge zur psychischen Situation von unfallbedingt verletzten Kindern aus dem Bereich der Pädiatrie zu finden, die primär jedoch ebenfalls auf die medizinische Versorgung von Kindern *im Krankenhaus* bezogen sind und somit die Wahrnehmung und das Erleben von Kindern an der Unfallstelle bzw. dem Notfallort (im eigentlichen Notfallgeschehen) interessanterweise eher ausgeblendet haben (vgl. z. B. EINSIEDEL/WOLFF 1984; HAUPT 1984 u. KURZ 1984).

Diese originär notfallpsychologische Thematik wurde bislang – unterschiedlich strukturiert und z. T. offenbar auch für unterschiedliche Zielgruppen aufbereitet¹⁸ - nur von wenigen Autoren aufgegriffen (vgl. GLANZMANN 1997; HEINZ 1998; KARUTZ 2001; KARUTZ 2002a; KARUTZ 2002d; JUEN 2002; P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002 u. HAUSMANN 2003, S. 177-183), wobei wiederum die psychische Situation von *verletzten* oder akut *erkrankten* Kindern eindeutig im Vordergrund steht.

Hinweise zur psychischen Situation *unverletzt*-betroffener Kinder in Notfällen finden sich *explizit* nur in vier von diesen Beiträgen (vgl. KARUTZ 2002d; P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002; JUEN 2002 u. HAUSMANN 2003, S. 181-183), wenngleich einschränkend festzustellen ist, daß sich auch diese Beiträge letztlich kaum auf empirisch gesicherte Erkenntnisse, sondern vielmehr auf theoretisch begründete Überlegungen, subjektive Erfahrungen der jeweiligen Autoren und zahlreiche Schlussfolgerungen stützen können, die letztlich v. a. anhand der zur Verfügung stehenden Fachliteratur gezogen worden sind.

Zusammenfassend lässt sich die psychische Situation unverletzt-betroffener Kinder in Notfallsituationen demnach zunächst – wie bei Erwachsenen auch - als ein „komplexes Gefüge von Belastungsfaktoren und Moderatorvariablen mit zahlreichen Beeinflussungsmöglichkeiten und Wechselwirkungen untereinander“ (KARUTZ 2002a, S. 451) beschreiben, und prinzipiell können durchaus auch die gleichen physischen, kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Stressreaktionen auftreten wie bei Erwachsenen (vgl. auch FROMMBERGER/LASOGGA 1997; HANNICH 1997; LASOGGA/GASCH 2000, S. 21-38; KARUTZ 2001, S. 27-35; LASOGGA/GASCH 2002b, S. 27-46 u. P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 13; Abb. 6).

¹⁸ Während Glanzmann beispielsweise - analog zu den Phasen der kognitiven Entwicklung nach Piaget - eine recht anspruchsvolle Darstellung der psychischen Situation von notfallbetroffenen Kindern in verschiedenen Altersstufen vornimmt, wurde in den Beiträgen von Karutz auf eine altersabhängige Differenzierung aus didaktischen Gründen weitgehend verzichtet und stattdessen, sofern möglich, eine behutsame „Verallgemeinerung“ der darzustellenden Inhalte angestrebt, um die Zielgruppe der Veröffentlichungen – nämlich das rettungsdienstliche Fachpersonal – nicht zu überfordern.

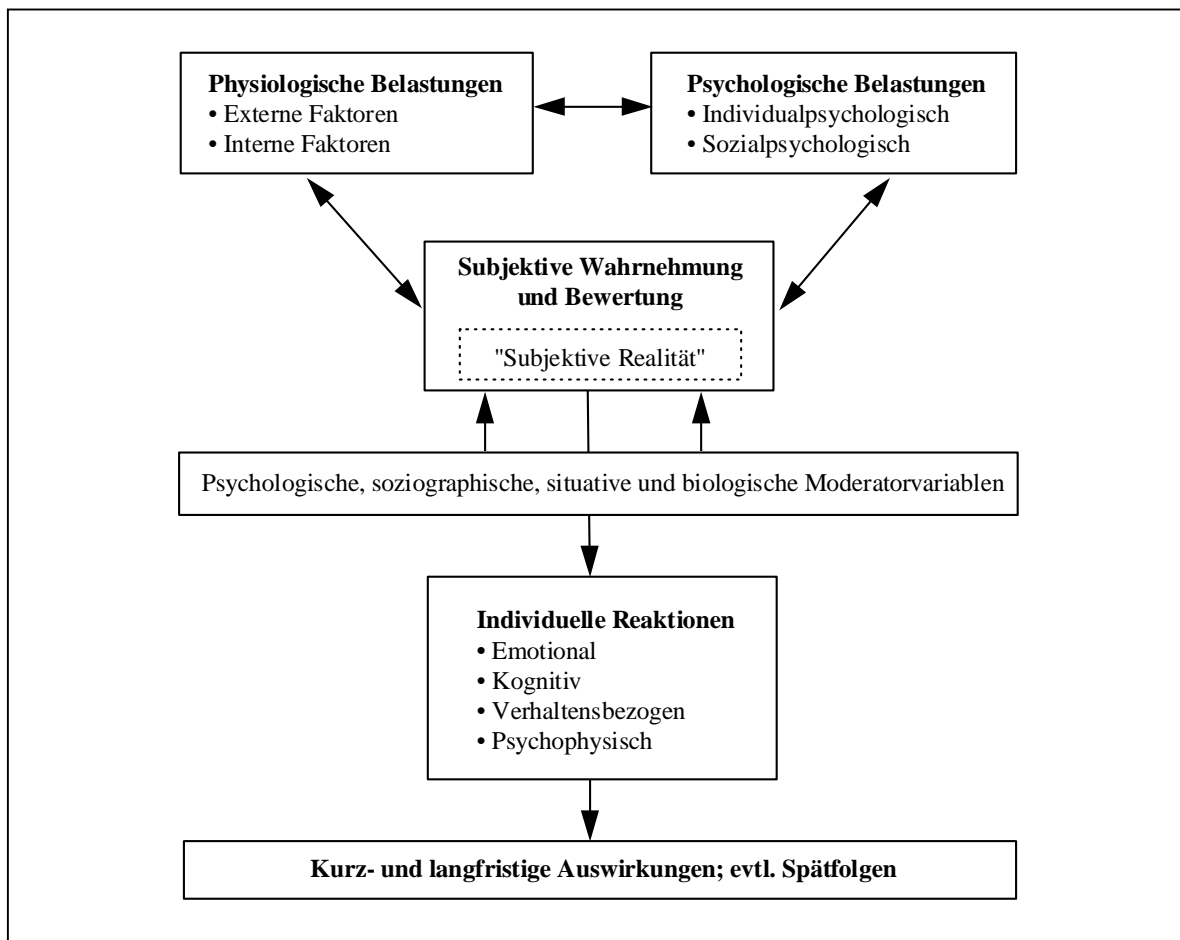


Abb. 6: Die psychische Situation Betroffener in einem Notfallgeschehen (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 21; KARUTZ 2001, S. 35 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 28)

Jedoch ist ergänzend auf zahlreiche Eigenarten des spezifisch kindlichen Erlebens einer Notfallsituation hinzuweisen, wobei die Qualität der Neuheit eines Notfallgeschehens, die bisherigen Vorerfahrungen mit Notfällen, wahrnehmungspsychologische Aspekte, das Auftreten etwaiger Bewegungseinschränkungen, die An- oder Abwesenheit von Bezugspersonen, der Stand der Sprach- und der kognitiven Entwicklung, Erziehungseinflüsse sowie nicht zuletzt auch die Art der erfolgenden Hilfeleistung bzw. das Verhalten (und die Anzahl) der Helfer an der Einsatzstelle offenbar von besonderer Bedeutung sind (vgl. KARUTZ 2001, S. 52-87; KARUTZ 2002a u. KARUTZ 2002d):

- Während Erwachsene in ihrem Leben meist schon mehrere unterschiedliche Notfallsituationen (mit-) erlebt haben, dürften Kindern (zumindest bis zu einem gewissen Alter) vergleichbare Vorerfahrungen fast vollständig fehlen. Insofern ist die Qualität der Neu-

heit von Notfallsituationen für Kinder eine andere als für Erwachsene, und insofern dürften Notfälle auch als besonders belastend empfunden werden.

- Falls bereits Vorerfahrungen mit Notfällen gesammelt werden konnten, wirkt sich aus, ob und wie ein Kind in ihnen lernen konnte, selbständig auf neue und unbekannte Situationen zu reagieren. In diesem Zusammenhang kann beispielsweise auch auf das Phänomen der erlernten Hilflosigkeit hingewiesen werden (vgl. MIETZEL 1994, S. 191).
- Bezogen auf wahrnehmungspsychologische Aspekte ist zunächst festzustellen, daß Kinder Notfallgeschehen aus einer besonderen Lageperspektive wahrnehmen, was möglicherweise dazu führt, daß die Umgebung – und z. B. auch ein herbei eilender Mitarbeiter des Rettungsdienstes, dessen medizinisches Gerät oder auch nur eine einzelne Bewegung – ungewöhnlich verzerrt erscheint und als bedrohlich empfunden wird. Zudem wird von einigen Autoren darauf hingewiesen, daß die Wahrnehmung von Kindern in besonderem Maße und stärker als bei Erwachsenen durch Gerüche geprägt wird, die – v. a. wenn sie scharf und unangenehm sind (wie beispielsweise Desinfektionsmittel oder Brandgase) – zusätzliche Ängste auslösen können (vgl. DE KUIPER 1999, S. 39).
- Bewegungseinschränkungen - die z. B. durch eine Fraktur verursacht worden sind oder im Rahmen der Behandlung anderer Verletzungen notwendig werden - führen bei Kindern aus mehreren Gründen zu besonderen Belastungen: Weil Kinder ohnehin einen stärkeren Bewegungsdrang verspüren als Erwachsene, sind Bewegungseinschränkungen auch von vornherein mit einer deutlicheren Einschränkung des Lebensraumes verbunden. Zudem haben Kinder i. d. R. noch nicht eine solche Körperbeherrschung gelernt, wie dies bei Erwachsenen zweifellos vorausgesetzt werden kann, so daß es einem verletzten Kind auch weitaus größere Probleme bereiten dürfte als einem Erwachsenen, z. B. zu Untersuchungszwecken ruhig liegen zu bleiben oder bei der Durchführung einzelner Hilfsmaßnahmen still zu halten. Letztlich kann von einer regelrechten Paradoxie gesprochen werden, weil der Notfall (im Sinne der Erregungsabfuhr) womöglich sogar den natürlichen Bewegungsdrang noch steigert, während er zugleich jedoch – verletzungs- oder krankheitsbedingt – eine Bewegungseinschränkung verursacht bzw. erforderlich macht¹⁹. Besonders problematische Situationen können sich insbesondere da-

¹⁹ Bezogen auf das Thema der vorliegenden Arbeit kann auch darauf hingewiesen werden, daß Kinder sich beispielsweise bei einer Geiselnahme in einer Schule u. U. ebenfalls kaum bewegen dürfen und möglichst

durch ergeben, daß ein Kind, je aufgeregter es ist und umso mehr es sich bewegen möchte, auch umso mehr in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden muss, sofern dies etwa für die Behandlung notwendig ist. Die Anwendung von Zwang bzw. das regelrecht gewaltsame Festhalten eines Kindes lässt sich dann häufig nicht vermeiden, wodurch wiederum die psychische Erregung und folglich auch der Bewegungsdrang gesteigert werden (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 257-258).

- Die Anwesenheit der Bezugspersonen (bzw. der Eltern) in einem Notfallgeschehen ist für Kinder deshalb von größter Bedeutung, weil Kinder sich in deren Nähe *prinzipiell* zweifellos sicher und geborgen fühlen (vgl. DE KUIPER 1999, S. 40). Umgekehrt werden die in Notfallsituationen ohnehin schon bestehenden Ängste und Gefühle der Unsicherheit i. d. R. nochmals verstärkt, wenn ein Kind zusätzlich die Abwesenheit seiner Bezugspersonen ertragen muss und sich u. U. auch alleine gelassen fühlt. Fischer und Riedesser weisen in diesem Zusammenhang auf die Forschungsarbeiten von Anna Freud und deren Mitarbeiterinnen hin: In Studien, die kurz nach dem zweiten Weltkrieg durchgeführt wurden, ließ sich dabei feststellen, daß Kinder, die massive Bombenangriffe gemeinsam mit ihren Eltern erlebt hatten, diese Erfahrung offenbar besser verarbeiten konnten und weniger häufig psychisch traumatisiert wurden als Kinder, die in durchaus guter Absicht von ihren Eltern getrennt und in ländliche Regionen bzw. dortige Kinderheime verschickt wurden, um vor den Angriffen der Alliierten geschützt zu sein (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 248).

Allerdings ist die Anwesenheit von Bezugspersonen eines Kindes in Notfallgeschehen keineswegs *immer* positiv zu bewerten (vgl. HOFMANN 1999, S. 991): Problematische Auswirkungen ergeben sich v. a. dann, wenn sich eine eigene Aufregung und Unsicherheit der Bezugspersonen auf ihr Kind (und wieder zurück) überträgt, die sonst Halt und Sicherheit vermittelnden Bezugspersonen plötzlich selbst als völlig hilflos erlebt werden oder durch die Anwesenheit von Bezugspersonen eine Beunruhigung bzw. Verunsicherung des Rettungsdienstpersonals verursacht und somit möglicherweise auch die Qualität der notwendigen Hilfeleistung beeinträchtigt wird (vgl. EINSIEDEL/WOLFF 1984, S. 51; GLANZMANN 1997, S. 130 u. KARUTZ 2001, S. 57-59).

Zudem können erhebliche Störungen im Vertrauen des Kindes zu seinen Bezugspersonen ausgelöst werden, sofern diese nämlich selbst an der Durchführung von unange-

still verhalten müssen, sofern der Täter dies von ihnen verlangt. Die weiteren Ausführungen zu den Auswirkungen von Bewegungseinschränkungen gelten dementsprechend auch in diesem Fall.

nehmen oder sogar schmerzhaften Maßnahmen (des Rettungsdienstes) beteiligt sind (vgl. GLANZMANN 1997, S. 127).

- Der aktuelle Stand der Sprachentwicklung wirkt sich auf die psychische Situation von Kindern in Notfällen insofern aus, als daß es durch ihn – besonders dann, wenn ein Kind große Angst hat - u. U. verhindert wird, z. B. Schmerzen und andere Empfindungen so *in Worten* auszudrücken, wie es der Situation entsprechend notwendig und auch aus Sicht des Kindes durchaus wünschenswert wäre. Diese „kommunikative Barriere“ könnte dann wiederum dazu führen, daß ein Kind im Rahmen der Hilfeleistung weitgehend unverstanden bleibt und auf seine individuellen Bedürfnisse auch nicht angemessen eingegangen wird, weil diese von vornherein nicht erkannt worden sind (vgl. DE KUIPER 1999, S. 6-7 u. 10; LOHAUS 1990, S. 19).
- Der Stand der kognitiven Entwicklung bedingt das Verständnis der Notfallursache und der Abläufe in einem Notfallgeschehen insgesamt; je nach Entwicklungsphase werden spezifisch andere Konzepte zur Erklärung (und zur Verarbeitung!) des Erlebten herangezogen. Von besonderer Bedeutung sind dabei – v . a. im präoperationalen Stadium der kognitiven Entwicklung - die Neigung zur Entwicklung von Schuldgefühlen und Bestrafungsphantasien, der fehlende Zeit- und Erhaltungsbegriff, das ausschließlich wahrnehmungsgebundene und egozentrierte Denken; die Unfähigkeit, Teil-Ganzes-Relationen zu erkennen; die Unfähigkeit, komplexe Kausalzusammenhänge realistisch nachzuvollziehen sowie die Unfähigkeit zur Perspektivübernahme bzw. zum gedachten Rollenwechsel. Außerdem ist bei Kindern von Wissensdefiziten sowie - z. B. im Hinblick auf die Anatomie, die Funktionsweise und die Bedeutung einzelner Körperbestandteile - vom Vorhandensein eines regelrecht „falschen“ Wissens auszugehen, wodurch magisch-mystische, mitunter auch vollkommen irrationale Erklärungen von Kindern für miterlebte Notfallsituationen zumindest teilweise verständlich werden (vgl. LOHAUS 1990). Ausführliche Darstellungen hierzu finden sich im Übrigen bei Glanzmann (GLANZMANN 1997) und Karutz (KARUTZ 2001, S. 61-68).
- Durch Erziehungseinflüsse können bei Kindern feste Assoziationen zwischen Ungezogenheit und einer Erkrankung bzw. einer Behandlungsmethode geschaffen werden, die im Notfall dann - als eine Form des oben genannten „falschen“ Wissens und im Kontext der Tatsache, daß ohnehin die beschriebene Neigung zur Entwicklung von Schuldgefühlen und Bestrafungsphantasien besteht - zusätzlich belastend wirken (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 257-258 u. 268). Dies ist z. B. dann der Fall, „wenn [...] zu Hause

von Spritzen als ‚Strafe‘ gesprochen wurde“ (REMSCHMIDT 1994, S. 268) oder die bei Erkrankungen häufig notwendige Bettruhe zuvor unreflektiert als Erziehungsmittel eingesetzt worden ist. „Auch bevorstehende Operationen können von Kindern mit einer Bestrafung in Verbindung gebracht werden, wenn ein entsprechendes Verhalten der Eltern in der bisherigen Erziehung solche Gedankengänge nahelegt“ (KARUTZ 2001, S. 56).

Darüber hinaus hängt das kindliche Erleben einer Notfallsituation auch vom grundsätzlichen Erziehungsstil der Eltern, der Beziehung zwischen einem Kind und seinen Eltern sowie davon ab, ob und in welchem Umfang eine erzieherische Vorbereitung auf solche Geschehen erfolgt ist (vgl. LOHAUS 1990; GLANZMANN 1997, S. 133 u. FISCHER 2001, S. 124-126).

- Die Art der Hilfeleistung ist zweifellos auch bei Erwachsenen eine Moderatorvariable, die das Erleben von Notfallsituationen wesentlich beeinflusst. Lasogga und Gasch berichten sogar von möglichen Sekundärtraumatisierungen durch ein unangemessenes Verhalten der Helfer am Einsatzort (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 46). Bei Kindern scheint allerdings v. a. die weiß-rote Einsatzkleidung sowie die Anzahl der eintreffenden Helfer als besonders belastend und angstausslösend empfunden zu werden (vgl. KARUTZ 2001, S. 76, 87 u. 92).

In einem schematisierten Verlaufsmodell wird das kindliche Erleben schließlich vor dem Hintergrund dieser Faktoren als ein Teufelskreislauf beschrieben, der mit einer Schockreaktion auf den Eintritt des Notfallgeschehens beginnt und der - nach und nach bzw. im Sinne einer regelrechten Kettenreaktion - eine „fragende Verunsicherung“, belastende (v. a. Angst- und Schuld-) Gefühle, ein verstärktes Informationsbedürfnis, eine Verminderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit, eine zunehmende Erregung, eine verminderte Fähigkeit zur zielgerichteten Informationsaufnahme und -verarbeitung, Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit sowie letztlich – nach dem Eintritt in einen „psychischen Gefahrenbereich“ - einen völligen Kontrollverlust zur Folge hat, wodurch die anfängliche Verunsicherung noch einmal erneut verstärkt wird (Abb. 7; eine ausführliche Beschreibung dieses Teufelskreises enthält KARUTZ 2002d).

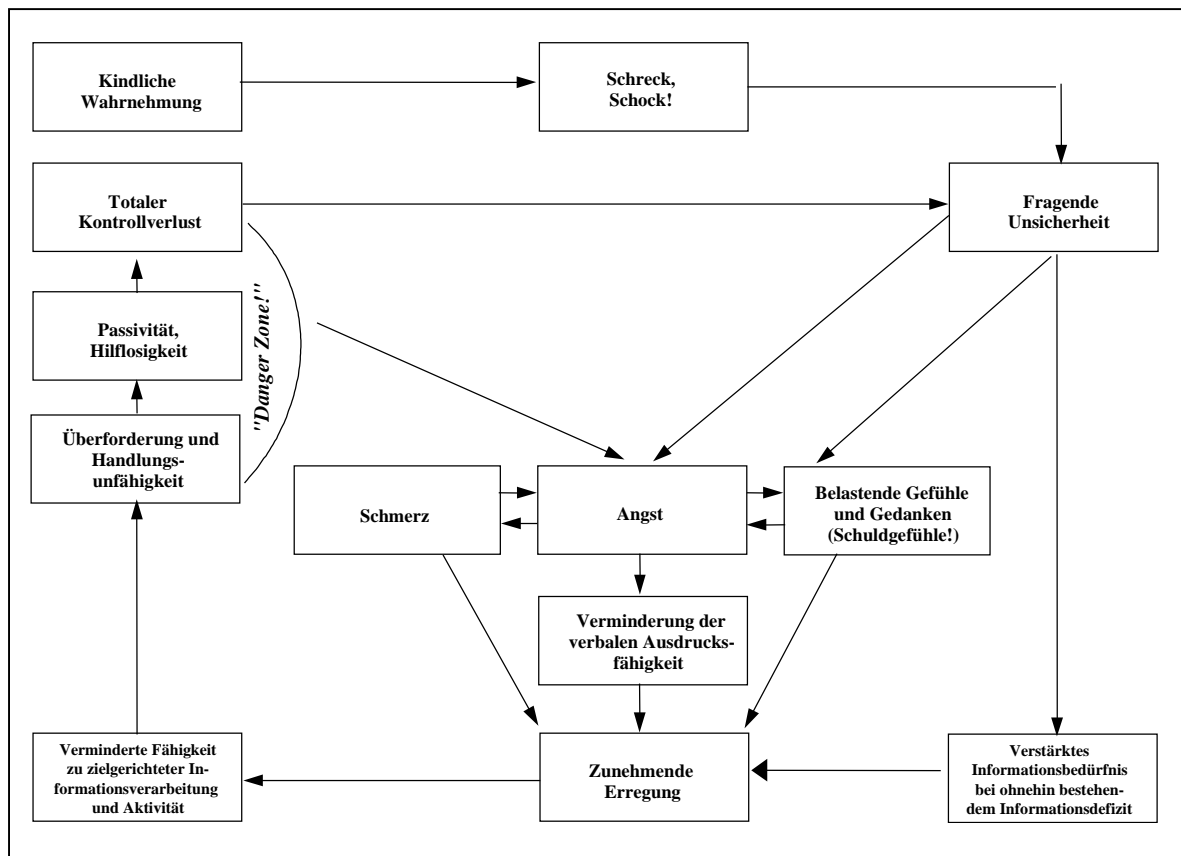


Abb. 7: Die psychische Situation von Kindern in einem Notfall als Teufelskreis (KARUTZ 2002d)

2.2. Auswirkungen und Spätfolgen von Notfallsituationen

2.2.1. Allgemeine Symptome kurz- und langfristiger Auswirkungen

In der gesamten Fachliteratur besteht offenbar völlige Übereinstimmung dahingehend, daß Notfälle für Kinder sehr häufig bzw. sogar fast immer mit (überwiegend negativen) psychischen Auswirkungen verbunden sind (vgl. LANDOLT 2000, S. 617). So schreibt Fischer: „Wir wissen heute, daß Traumatisierung [bzw. das Miterleben eines Notfalls als potentiell traumatisierende Situation] im Kindesalter in aller Regel schwerwiegende Kurz- und Langzeitfolgen nach sich zieht“ (FISCHER 2001, S. 121; Zus. v. H.K.).

Weiterhin ist in der Fachliteratur von „vielfältigen psychosozialen Konsequenzen“, „einer großen Spannbreite psychischer Reaktionen“ (LANDOLT 2000, S. 615) sowie „grundlegenden Veränderungen der kindlichen Lebenssituation“ (vgl. REMSCHMIDT 1994, S.

257) die Rede, und auf die aus dieser Erkenntnis resultierende Forderung nach einer möglichst frühzeitig einsetzenden Psychischen Ersten Hilfe wurde bereits im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit hingewiesen.

Im folgenden Teil der Darstellung sollen die verschiedenen psychischen Symptome, die das kindliche Miterleben einer Notfallsituation verursachen kann, nun im einzelnen beschrieben und erläutert werden:

Die Aktion Sorgenkind nennt zunächst Kopfschmerzen, Schlafstörungen, „Straßenängste“, aggressive Verhaltensweisen, Konzentrationsschwächen, rasche Ermüdung und Unaufmerksamkeit. Zudem weisen die Autoren auf Beeinträchtigungen des familiären Lebens hin, und außerdem wird ein – allerdings nicht näher begründeter - Zusammenhang zwischen miterlebten Verkehrsunfällen und dem Auftreten von Schulängsten hergestellt (vgl. AKTION SORGENKIND 1987, S. 384).

In einer neueren Informationsbroschüre der Akademie Bruderhilfe werden neben diesen Symptomen ergänzend auch eine erhöhte Reizbarkeit, Gedächtnis- bzw. Erinnerungsschwierigkeiten, aber auch eine erhöhte Suizidgefährdung sowie eine - zumindest bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen - drohende Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit aufgeführt (vgl. P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANNIGE/SEFRIN 2002, S. 17-22), wobei eine noch weitaus strukturiertere Darstellung der psychischen Notfallfolgen bei Fischer und Riedesser zu finden ist: Sie verweisen darauf, daß die wesentlichsten Symptome, die bei Kindern nach Notfällen auftreten können, dem psychotraumatischen Belastungssyndrom bei Erwachsenen ähneln, so daß sich im Endeffekt vier Merkmale bzw. Symptomgruppen unterscheiden lassen. Dies sind

1. wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen (insbesondere in Albträumen und sogenannten „Flashbacks“),
2. sich ständig wiederholende, also „repetitive“ Verhaltensweisen wie z. B. das traumatische Spiel, bei dem immer und immer wieder das Notfallgeschehen nachgespielt wird, ohne daß dabei ein Bewusstsein für den Zusammenhang des Spiels mit der verursachenden Situation besteht,
3. Ängste in Bezug auf das traumatisierende (Notfall-) Ereignis und schließlich
4. eine veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft sowie der Verlust des Vertrauens und negative Erwartungen an das Leben (vgl. FISCHER 2001, S. 121 u. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 251).

Auch in der bereits erwähnten Broschüre der Akademie Bruderhilfe heißt es zu diesem letztgenannten Aspekt: „Besonders nach schweren Unfällen, bei denen womöglich schwere Verletzungen aufgetreten oder Menschen umgekommen sind, entwickeln die ‚Überlebenden‘ ein starkes Gefühl für die Zerbrechlichkeit des eigenen Lebens. Dies kann zu einer pessimistischen Sicht der Zukunft führen, die sich oft in einer vollständigen Vermeidung des Nachdenkens über die Zukunft äußert“ (P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 21).

Das *Verhalten* betroffener Kinder nach dem Miterleben einer potentiell traumatisierenden (Notfall-) Situation beschreiben Fischer und Riedesser dementsprechend als teilnahmslos und eher depressiv. Unter Umständen können, so Fischer, aber auch hyperaktive und tyrannische Verhaltensweisen beobachtet werden, denn „nachdem [...] [ein Kind] der unkontrollierten [Notfall-] Situation des Traumas ausgeliefert war [...], streb[t] [...] [es] jetzt danach, in [...] [seiner] Umgebung alles unter Kontrolle zu halten und zu kommandieren, sogar [...] [seine] Eltern“ (FISCHER 2001, S. 251; Zus. v. H.K.).

Außerdem erläutern Fischer und Riedesser „traumakompensatorische Maßnahmen“ als eine psychologische Strategie bzw. den Versuch betroffener Kinder, das traumatische Erlebnis v. a. mit phantasievollen und ausgesprochen kreativen Überlegungen unter Kontrolle zu bringen – was dann entwicklungsbedingt auch mehr oder weniger realistisch und situationsgerecht (sowie mehr oder weniger erfolgreich!) gelingt. Diese Maßnahmen seien dabei mit drei Aspekten verbunden, nämlich einem ätiologischen (in dem die Notfallursache thematisiert wird bzw. für das Kind verstehbar gemacht werden soll), einem restaurativen (in dem das Kind z. B. im Spiel eine Wiedergutmachung des Geschehenen anstrebt) sowie einem präventiven Aspekt (in dem das Kind Überlegungen anstellt und Verhaltensweisen entwickelt, um eine zukünftige Wiederholung des Notfallgeschehens wirksam zu verhindern) (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 255).

Eine besonders ausführliche Darstellung psychischer Folgen von Notfällen bei Kindern ist schließlich in einem Zeitschriftenbeitrag von Landolt aus dem Jahre 2000 zu finden, der analog zur Klassifikation psychotraumatischer Reaktionen gemäß ICD-10²⁰ bzw. DSM IV²¹ auf die Entstehung akuter Belastungsreaktionen, Posttraumatischer Belastungsstörun-

²⁰ ICD steht für „International Classification of Diseases“, das „Krankheitsverzeichnis“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

²¹ DSM IV ist das „Diagnostic and Statistik Manual of Mental Disorders“, ein von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) aufgestelltes Verzeichnis psychischer Störungen.

gen (PTBS) und verschiedener Anpassungsstörungen hinweist (vgl. LANDOLT 2000, S. 616):

- Akute Belastungsreaktionen sind demnach vorübergehende Störungen, die sich als normale Reaktion eines ansonsten psychisch gesunden Kindes auf außergewöhnliche – eben nicht normale – Belastungen entwickeln, mit zahlreichen der bereits genannten Symptomen, aber auch mit psychophysischen Zeichen wie z. B. Tachykardie, Schwitzen und Erröten einher gehen und die i. d. R. innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen auch wieder vollständig abklingen.
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) zeichnen sich demgegenüber durch die gleichzeitige und in jedem Fall länger als einen Monat fortbestehende „Symptomtrias“ von beständigem Wiedererleben der traumatischen Situation (in Bildern, Alb- oder Tagträumen, Flashbacks oder Spielen), anhaltendem Vermeidungsverhalten (um jede Möglichkeit einer Erinnerung an die traumatische Situation von vornherein auszuschließen) sowie einer physiologischen Übererregung (mit einer dauerhaft vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen) aus, wobei diese Symptome in den Diagnosekriterien des DSM IV nochmals wesentlich differenzierter beschrieben sind²² (vgl. LANDOLT 2000, S. 616).
- Anpassungsstörungen werden abschließend als „Zustände subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung [bezeichnet], die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einem belastenden Ereignis auftreten“ (LANDOLT 2000, S. 616; Zus. v. H.K.). Diese Anpassungsstörungen können ebenfalls mit Depressionen und Ängsten, aber auch mit Störungen des Sozialverhaltens wie z. B. einem dissozialem Verhalten verbunden sein.

2.2.2. Hinweise zu den Symptomen weiterer Komplikationen

Zahlreiche weitere Hinweise in der Fachliteratur beziehen sich auf die mitunter *sehr* langfristigen psychischen („Sekundär“-) Folgen eines Notfallgeschehens bzw. auf jene Komplikationen, die sich unter Umständen erst aus den bereits beschriebenen („Primär“-) Folgen ergeben.

²² Insbesondere die ebenfalls nachweisbaren Veränderungen im Bereich des Immunsystems und der hormonellen Regulation betroffener Menschen (vgl. LANDOLT 2000, S. 619 u. MITCHELL/EVERLY 1998, S. 53-55) sollen in der vorliegenden Arbeit jedoch weitgehend unberücksichtigt bleiben.

So neigen Eltern mitunter dazu, notfallbetroffene Kinder übertrieben zu beschützen oder auch übermäßig zu verwöhnen (vgl. LOHAUS 1990, S. 92), wodurch dann wiederum Veränderungen (bzw. gerade auch Einschränkungen!) des kindlichen Verhaltens ausgelöst werden könnten. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn Eltern ihrem Kind aus Angst vor einer erneuten Notfallsituation verbieten, mit Freunden zu einer Zeltfreizeit zu fahren – sie ihm stattdessen jedoch ein hochmodernes Computerspiel schenken, mit dem es sich – völlig gefahrlos – zu Hause beschäftigen kann. Akzeptiert ein Kind diese fragwürdigerzieherischen Maßnahmen, drohen dadurch Veränderungen im eigenen Freundeskreis. Lehnt ein Kind sich stattdessen gegen den übertriebenen Schutz der Eltern auf, sind Konflikte zwischen ihm und seinen Eltern wahrscheinlich.

Sofern das Miterleben einer Notfallsituation die Einschätzung der eigenen Krankheits- bzw. Verletzungsanfälligkeit eines Kindes verändert haben sollte, kann dies ebenfalls zur Desintegration aus einem Freundeskreis führen: „So wäre zu erklären, daß ein Kind nach einem Unfall z. B. nicht mehr mit Freunden Fußball spielen möchte, weil es zu große Angst vor einer erneuten Verletzung hat [und folglich lieber alleine zu Hause bleibt]“ (KARUTZ 2001, S. 15; Zus. v. H.K.).

Schließlich bewirken auch Entwicklungsrückstände und –verzögerungen durch eventuell erlittene (körperliche!) Schäden ähnliches (vgl. SEIFFGE-KRENKE 1994): Im Mittelpunkt der langfristigen („Sekundär“-) Folgen eines Notfalls stehen insofern immer wieder Veränderungen der familiären Interaktionsstruktur sowie gravierende Auswirkungen auf das übrige soziale Umfeld (vgl. LOHAUS 1990, S. 92), wobei die Akademie Bruderhilfe noch ein zusätzliches, kommunikationspsychologisches Problem beschreibt:

Demzufolge haben „traumatisierte Kinder [...] häufig ein starkes Bedürfnis, über das Erlebte zu sprechen. Paradoxe Weise fällt es aber gleichzeitig vielen schwer, mit ihren Eltern oder Gleichaltrigen zu reden. Dies mag mit dem Versuch zusammenhängen, die Schwere des eigenen Leides vor Erwachsenen zu verbergen. Gegenüber Gleichaltrigen kann auch der Wunsch, sich nicht durch das eigene Erlebnis von den anderen abzuheben, ‚am Rand zu stehen‘ eine Rolle spielen. Gleichzeitig vermeiden Gleichaltrige es oft, nach dem Erlebnis zu fragen, um den Spielkameraden nicht aufzuregen. Dies wird von den Betroffenen unter Umständen als eine subtile Form von Zurückweisung aufgefasst“ (P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 20), so daß die bereits erläuterten Konfliktpotentiale und Probleme im sozialen Umfeld notfallbetroffener Kinder nochmals verstärkt werden können.

2.2.3. Häufigkeit von Spätfolgen

Die Forschungslage zur Prävalenz langfristiger Spätfolgen bei Kindern nach Notfällen ist derzeit uneinheitlich und kaum zu überschauen (vgl. hierzu auch LASOGGA/GASCH 2002b, S. 52). In der jüngeren Vergangenheit wurden allerdings einige Studien durchgeführt, denen zufolge Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern offenbar unerwartet häufig sind.

Landolt stellt die Ergebnisse dieser Studien in einem Gesamtüberblick vor und weist – übrigens in weitgehender Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer aktuellen Untersuchung der Akademie Bruderhilfe, auf die bereits im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit hingewiesen wurde²³ - darauf hin, daß bis zu 40 Prozent der betroffenen Kinder noch nach Monaten an den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. In einer Studie wurden sogar bei allen sieben Jugendlichen, die einen Schulbusunfall miterlebt hatten, nach drei Monaten klinisch relevante Auffälligkeiten festgestellt, die die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten (vgl. LANDOLT 2000, S. 617-618 u. 620).

Kritisch anzumerken ist allerdings, daß zunächst „die Spannbreite der Befunde aufgrund unterschiedlicher methodischer Zugänge recht breit ist. [Zudem] [...] konzentrieren sich die bisher publizierten Studien fast ausschließlich auf die Opfer von Verkehrsunfällen, obwohl es deutliche Hinweise gibt, daß auch anderweitig verunfallte Kinder (z. B. brandverletzte Kinder) hohe Raten an posttraumatischen psychischen Reaktionen aufweisen können“ (LANDOLT 2000, S. 618; Zus. v. H.K.).

Darüber hinaus ist in den bisherigen Studien eine überwiegende Fokussierung auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgt, so daß andere psychische Spätfolgen (z. B. die beschriebenen Anpassungsstörungen und Veränderungen im sozialen Umfeld) nicht berücksichtigt wurden, und schließlich stammt ein Großteil der vorliegenden Studien aus anderen Ländern, so daß eine Übertragbarkeit auf die unterschiedlichsten Notfälle in der Bundesrepublik Deutschland u. U. auch von daher nicht uneingeschränkt möglich ist (vgl. zur Übertragbarkeit von Untersuchungen, die in anderen Ländern durchgeführt wurden, LOHAUS 1990, S. 6).

²³ Vgl. S. 21-22.

2.2.4. Moderatorvariablen für die Entstehung und Ausprägung von Spätfolgen

Von verschiedenen Autoren wird in der Fachliteratur schließlich auf Moderatorvariablen hingewiesen, die nicht nur das Erleben der Notfallsituation an sich, sondern insbesondere auch die Wahrscheinlichkeit, Ausprägung und Dauer der soeben beschriebenen psychischen Spätfolgen beeinflussen können.

Um den Überblick über die psychische Situation von Kindern in und nach Notfällen zu vervollständigen, wurden diese Moderatorvariablen in den Tabellen 1 und 2 – einem Vorschlag von Landolt folgend - als notfall-, personen- und umfeldspezifische Merkmale schematisch aufgelistet und den jeweiligen Quellen zugeordnet (vgl. LANDOLT 2000, S. 618-619):

- Protektive Faktoren können dabei eine Traumatisierung verhindern, deren Verlauf mildern oder bereits durch eine Traumatisierung aufgetretene Schäden wieder ausgleichen. Fischer und Riedesser bezeichnen dies als „korrektive Wirkung“ (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 133 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 52), während
- Risikofaktoren bzw. „zusätzlich traumatisierende Situationsfaktoren“ (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 252) die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung erhöhen und die Ausprägung der entsprechenden Symptome i. d. R. verstärken²⁴.

Protektive Faktoren	
Notfallbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> • Der Notfall ist Folge einer Naturkatastrophe und nicht von Menschen verursacht worden 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 47)
Personenbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> • Eine relativ schnelle Öffnung des Betroffenen gegenüber anderen vertrauten Personen • Gute Beziehungen des Betroffenen zur eigenen Familie • Fähigkeit des Betroffenen, sich selbständig Unterstützung zu holen 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 52)
<ul style="list-style-type: none"> • Eine dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson • Überdurchschnittliche Intelligenz • Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament („easy temperament“) • Sicheres Bindungsverhalten • Eine geringe Risiko-Gesamtbelastung 	(vgl. FISCHER/ RIEDESSER 1999, S. 133 u. 134)

Tab. 1: Protektive Faktoren für die Entwicklung psychischer Spätfolgen (Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite)

²⁴ Es ist unschwer nachvollziehbar, daß das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren auch zu einem entsprechend größeren Risiko führt bzw. sich das Risiko potenziert. Um das tatsächliche PTBS-Risiko eines Betroffenen individuell errechnen zu können, wurde vor diesem Hintergrund der Kölner Risiko-Index entwickelt, der sich allerdings vorrangig auf die PTBS-Entwicklung nach *Gewalterfahrungen* bezieht (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 253 u. 301-316).

Protektive Faktoren	
Umfeldbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> Anwesenheit der Eltern in der Notfallsituation 	(vgl. FISCHER 2001, S. 122-125 u. LANDOLT 2000, S. 619).
<ul style="list-style-type: none"> Eine soziale Umgebung, die eine Verarbeitung zulässt und individuelle Bewältigungsstrategien unterstützt Familie und Freunde, die keine Sekundär-Traumatisierung vornehmen, z. B. durch Schuldzuweisungen 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 52)
<ul style="list-style-type: none"> Soziale Unterstützung in der Schule 	(vgl. LANDOLT 2000, S. 619 u. FISCHER/ RIEDESSER 1999, S. 133).
<ul style="list-style-type: none"> Ein gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust Aufwachsen in einer Großfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu den Großeltern und entsprechender Entlastung der Eltern Soziale Förderung, z. B. durch Jugendgruppen oder Kirche 	(vgl. FISCHER/RIEDES-SER 1999, S. 133)

Tab. 1: Protektive Faktoren für die Entwicklung psychischer Spätfolgen (Fortsetzung)

Risikofaktoren bzw. zusätzlich „traumatisierende Situationsfaktoren“	
Notfallbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> Der Notfall ist eine Folge menschlichen Handelns 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 47)
<ul style="list-style-type: none"> Der Notfall war lebensbedrohlich Der Notfall hat lange andauert Es wurden schwere körperliche Verletzungen verursacht 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 53). Allerdings stellt Landolt fest, daß „objektive Ereignismerkmale wie beispielsweise Art oder Schweregrad der Verletzung in den meisten Studien nicht oder nur minimal mit dem Vorhandensein von posttraumatischen psychischen Reaktionen zusammen [hängen]“ (LANDOLT 2000, S. 618; Zus. v. H.K.)! ²⁵
Personenbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat Früher Verlust der Mutter Sexueller und/oder aggressiver Mißbrauch Häufig wechselnde frühe Beziehungen Ein Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind von unter 18 Monaten Geburt als uneheliches Kind Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen Kontakte zu Einrichtungen der sozialen Kontrolle 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 135 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 36)
<ul style="list-style-type: none"> Jungen sind vulnerabler als Mädchen 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 135). Allerdings wird auch auf Studien hingewiesen, in denen gerade bei Mädchen ein erhöhtes PTBS-Risiko gefunden wurde (vgl. EHLERS 1999, S. 8 u. LANDOLT 2000, S. 618)! ²⁶

Tab. 2: Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Spätfolgen (Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite)

²⁵ Hier wird deutlich, wie ungesichert bzw. sogar widersprüchlich bisherige Erkenntnisse der notfallpsychologischen Forschung sind und in welchem Maße demnach weiterer Forschungsbedarf besteht!

²⁶ Siehe Fußnote 25.

Risikofaktoren bzw. zusätzlich „traumatisierende Situationsfaktoren“	
Personenbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> Niedrigere sozioökonomische Schichtzugehörigkeit 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 135; LANDOLT 2000, S. 619 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 36 u. 53)
<ul style="list-style-type: none"> Frühere belastende (Vor-) Erfahrungen Geringere Schulbildung 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 53)
<ul style="list-style-type: none"> Frühere psychiatrische Störungen 	(vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 53 u. LANDOLT 2000, S. 618-619)
<ul style="list-style-type: none"> Je jünger ein Kind ist, umso größer das Risiko einer PTBS-Entstehung 	(vgl. FISCHER 2001, S. 122). Allerdings bezeichnen Lasogga und Gasch v. a. die Jugendzeit als problematisch (vgl. LASOGGA/ GASCH 2002b, S. 53), und Landolt gibt an, daß sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Kindern besondere PTBS-Risiken bestehen könnten (vgl. LANDOLT 2000, S. 618; vgl. zur ausführlicheren Diskussion, ob jüngere oder ältere Kinder gefährdeter sind, an einer PTBS zu erkranken, schließlich auch FAUST 2003) ²⁷ .
<ul style="list-style-type: none"> Im Notfall wurde starke Angst empfunden Für die Verursachung des Notfalls wird eine Mitschuld empfunden 	(vgl. LANDOLT 2000, S. 619)
Umfeldbezogene Merkmale	
<ul style="list-style-type: none"> Alleinerziehende Mutter Autoritäres väterliches Verhalten Schlechte Schulbildung der Eltern Große Familien und sehr wenig Wohnraum Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils Chronische Disharmonie im Umfeld 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 135 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 36)
<ul style="list-style-type: none"> Abwesenheit der Eltern (Trennungsschock, Separationstraumata bzw. Deprivations- und Hospitalismusschäden) 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 248)
<ul style="list-style-type: none"> Konfliktreiche und belastete Familienverhältnisse 	(vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 252)
<ul style="list-style-type: none"> Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters 	(vgl. LANDOLT 2000, S. 619 u. LASOGGA/ GASCH 2002b, S. 36)

Tab. 2: Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Spätfolgen (Fortsetzung)

2.3. Bisherige Ansätze und Konzepte

für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern

Wenngleich die Notwendigkeit einer Psychischen Ersten Hilfe für Kinder in Notfallsituationen – wie in der Begründung der vorliegenden Arbeit bereits beschrieben wurde - bereits seit mindestens 1974 gesehen wird und die in den vorigen Abschnitten dargestellten Spätfolgen des Miterlebens einer Notfallsituation zweifellos erheblich sind, gibt es bislang nur relativ wenige Studien bzw. Veröffentlichungen, die konkrete Hinweise auf die not-

²⁷ Siehe Fußnote 25, S. 41.

wendige psychologische Hilfeleistung bei Kindern beinhalten²⁸. Zudem stehen – wenn überhaupt – wiederum Kinder als *Patienten* im Mittelpunkt: Wie bei der bisherigen Erforschung der psychischen Situation von Menschen in Notfällen sind die *unverletzt-betroffenen* Kinder auch bei den Überlegungen zur Psychischen Ersten Hilfe weitgehend unberücksichtigt geblieben.

Der folgende Abschnitt der vorliegenden Arbeit stellt die vorliegenden Ansätze und Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern nun in einem chronologisch angeordneten Überblick dar.

- In einem Lehrbuch zur Kinderchirurgie aus dem Jahre 1984 finden sich zunächst einige allgemeine Hinweise zur Vermeidung von Trennungsschäden durch längere Krankenhausaufenthalte (vgl. SAUER 1984a). In besonderem Maße wird hier darauf hingewiesen, daß in allen außergewöhnlichen und psychisch belastenden Situationen – also auch in Notfällen - die Anwesenheit von Bezugspersonen eines Kindes angestrebt werden sollte. Ist dies nicht möglich, wird gefordert, daß zumindest *eine* (!) andere Helferperson dauerhaft für die Betreuung eines Kindes zuständig ist (vgl. KURZ 1984, S. 32). Außerdem ordnen Einsiedel und Wolff einzelnen medizinisch-therapeutischen Interventionen stichwortartig „mögliche stützende psychosoziale Maßnahmen“ (EINSIEDEL/WOLFF 1984, S. 48-49) zu. In einer tabellarischen Übersicht werden dabei durchaus auch „notfalltypische“ Situationen genannt, wie z. B. die Notwendigkeit einer apparativ betriebenen Diagnostik, die Verletzung des kindlichen Schamgefühls im Rahmen der Versorgung von Verbrennungen sowie das Anlegen von Verbänden bei Verletzungen.
- 1987 veröffentlicht die Aktion Sorgenkind „psychologische Ratschläge für die Eltern verunglückter Kinder“ (AKTION SORGENKIND 1987, S. 387). U. a. wird darin erneut auf die Bedeutung der Nähe notfallbetroffener Kinder zu ihren Bezugspersonen hingewiesen. Zudem wird geraten, daß „alle in den Lebensraum des Kindes eingreifenden Veränderungen [...] [- beispielsweise Umzüge, Umschulungen und bereits länger geplante Operationen -] in den Wochen nach einem Unfall möglichst vermieden werden [sollten]“ (AKTION SORGENKIND 1987, S. 384; Zus. v. H.K.). Wohlgermerkt sind diese Hinweise eher zur Anwendung *nach* als zur Anwendung *in* Notfällen geeignet.

²⁸ Eine Ausnahme sind Hinweise zur Begleitung *trauernder* Kinder, die mittlerweile in unzähligen Veröffentlichungen verschiedenster Autoren, Vereine und Organisationen zu finden sind und die insbesondere vom Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland (VEID e. V.) und der Gemeinsamen Elterninitiative zur Erforschung des plötzlichen Kindstodes (GEPS e. V.) sehr engagiert verbreitet werden. Gleichwohl sind diese Hinweise nur in begrenztem Umfang auf die psychische Erste Hilfe in Notfallsituationen übertragbar.

- Einige Jahre später folgen mehr oder weniger strukturierte und operationalisierte Veröffentlichungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Beiträgen von Glanzmann (vgl. GLANZMANN 1997) und Heinz (vgl. HEINZ 1998). Spezielle Hinweise für die Betreuung von Geschwistern nach plötzlichem Kindstod werden ebenfalls 1997 von Helmerichs und Saturnus veröffentlicht (HELMERICHS/SATERNUS 1997).
- 1999 wird dann erstmals ein zumindest ansatzweise didaktisch aufbereitetes Konzept für die PEH bei Kindern vorgestellt, daß auf der inhaltlichen Auswertung von insgesamt 35 Fachpublikationen zur Ersten Hilfe durch Laien bzw. zur notfallmedizinischen Versorgung des Rettungsdienstes (sogenannte „Taschen“- „Hand“- und „Lehrbücher“ sowie „Praxisleitfäden“) basiert (vgl. KARUTZ 1999b u. KARUTZ 2001, S. 43-45). Als Zielsetzung dieses Regelwerks war angestrebt worden, die ohnehin nur vereinzelt zu findenden und sich z. T. auch wiederholend überlagernden Anregungen für die Psychische Erste Hilfe zu einem *einheitlichen* und v. a. auch *vermittelbaren* Betreuungsmodell zusammenzuführen. Hierzu wurden unterschiedliche Elemente der PEH bei Kindern möglichst konkret formuliert bzw. operationalisiert in acht Kategorien betreuerischen Handelns eingeordnet und mit den Anfangsbuchstaben K-A-S-P-E-R-L-E als Merkhilfe bzw. „Ankerbegriff“ festgehalten (Tab. 3).

Zu dieser ursprünglichen Fassung des KASPERLE-Konzepts ist allerdings kritisch anzumerken, daß die methodische Vorgehensweise bei der Kategorisierung einzelner Regeln durchaus problematisch war. So „ergibt sich durch die erfolgte Anordnung der Regeln zwar ansatzweise ein chronologischer Ablauf der Hilfeleistung, zugleich blieb jedoch eine Bewertung der jeweiligen Maßnahmen, die zu einer hierarchisch gegliederten Struktur des Konzeptes hätten führen können, weitgehend unberücksichtigt. Ebenso waren inhaltliche Redundanzen bzw. inhaltliche Überschneidungen nicht völlig zu vermeiden“ (KARUTZ 2001, S. 44).

KASPERLE: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern		
K	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt aufnehmen und Körperkontakt herstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich dem Kind möglichst langsam nähern • Sich auf das körperliche Niveau des Kindes begeben • Sich mit Vornamen vorstellen und nach dem Vornamen des Kindes fragen • Das Kind nicht alleine lassen • In der Nähe des Kindes bleiben • Das Kind streicheln • Das Kind in den Arm nehmen • Die Hand des Kindes halten
A	<ul style="list-style-type: none"> • Für Ablenkung sorgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen bedecken • Geschichten erzählen • Trostlieder singen
S	<ul style="list-style-type: none"> • Situation erklären 	<ul style="list-style-type: none"> • Kindgerechte und altersgemäße Erklärungen geben • Ehrlich auf Fragen antworten • Nicht lügen
P	<ul style="list-style-type: none"> • Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugspersonen, z. B. die Eltern, benachrichtigen, herbeiholen und in die Hilfeleistung einbeziehen
E	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreiheit lassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Soweit möglich, Zwang und Druck bei der Hilfeleistung vermeiden, z. B. das Kind möglichst nicht festhalten
R	<ul style="list-style-type: none"> • Ruhe bewahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene verbale und nonverbale Signale kontrollieren • Aufregung ausdrückende Signale vermeiden
L	<ul style="list-style-type: none"> • Lieblingsstofftier holen und dem Kind geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Teddybären und andere Stoff- bzw. Kuscheltiere holen und dem Kind geben
E	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind ernst nehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich empathisch in die Situation des Kindes einfühlen • Nicht bagatellisieren • Nicht mit dem Kind in „Babysprache“ sprechen

Tab. 3: KASPERLE (Fassung von 1999): Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern (KARUTZ 1999b, S. 1011; im Original mit zusätzlichen Erläuterungen)

- Ebenfalls 1999 wird im „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ eine Tabelle veröffentlicht, die u. a. kindliche Altersstufen und jeweilige Entwicklungsaufgaben zueinander in Bezug setzt, so daß hieraus zahlreiche Hinweise für die Durchführung einer Psychotherapie nach dem Erleben einer Notfallsituation bzw. nach einer psychischen Traumatisierung abgeleitet werden können (FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 249). Ebenso wäre es denkbar, aus dieser Übersicht Ansätze für eine Psychische Erste Hilfe abzuleiten; bislang ist dies allerdings noch nicht geschehen.
- Stattdessen weist Landolt 2000 erstmals explizit auf *zwei* wichtige Bereiche der Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern hin, nämlich erstens die Beratung und Anleitung *der Eltern* eines betroffenen Kindes zu eigenem hilfreichen Verhalten und erst zweitens auch die Durchführung direkter Interventionen durch andere Helferpersonen – und zwar v. a. dann, wenn auch psychotherapeutische Maßnahmen notwendig sein sollten. Psy-

chische Erste Hilfe bei Kindern wird von Landolt demnach so aufgefasst, daß sie nach Möglichkeit nur bzw. v. a. durch die Eltern geleistet werden sollte – was wiederum voraussetzt, daß man bereits im Vorfeld ausdrücklich auch ihnen eine psychologische Hilfe anbietet (vgl. LANDOLT 2000, S. 620).

- 2001 wird dann das Regelwerk KASPERLE in einer erziehungswissenschaftlichen Diplomarbeit ergänzt und aktualisiert. Grundlage dafür sind umfassende theoretische Überlegungen vor dem Hintergrund der in der Zwischenzeit zahlreich erschienenen Veröffentlichungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Erwachsenen, Schlussfolgerungen aus der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget sowie schließlich auch eine explorative Studie, in deren Rahmen 30 Mitarbeiter des Rettungsdienstes, neun Väter und neun Mütter sowie sieben Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren zu ihren Erfahrungen mit tatsächlich erlebten Notfallsituationen befragt wurden (vgl. KARUTZ 2001).

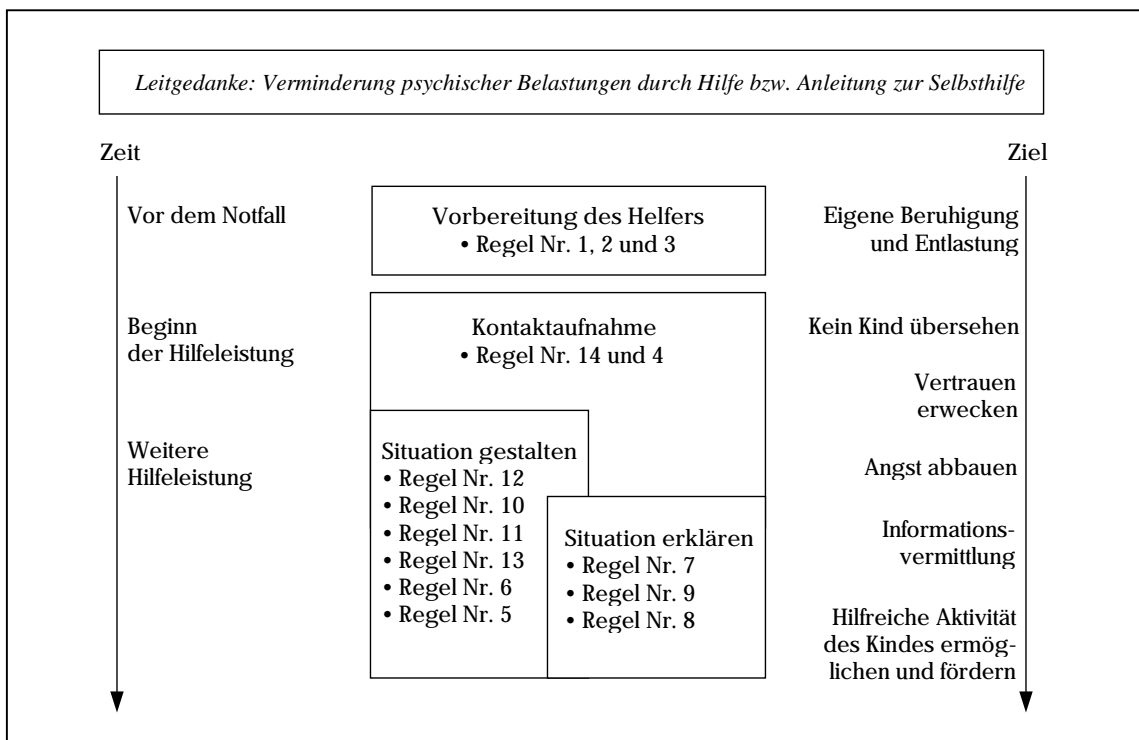


Abb. 8: Gesamtkonzept zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern (KARUTZ 2001, S. 104)

Es erfolgt dabei die Formulierung von 14 sehr konkreten Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern, die unterschiedlichen Phasen, Zielsetzungen bzw. Prioritäten der Hilfeleistung zugeordnet wurden und chronologisch angeordnet einen systematischen Gesamtzusammenhang ergeben (Abb. 8). Diese Regeln lauten im Einzelnen:

1. *Medizinische* Notfälle bei Kindern sind zugleich *psychische* Notfälle für *alle* Beteiligten. Machen Sie sich diese Tatsache bewußt und setzen Sie sich mit ihr Auseinander!
2. Daß alle Beteiligten und auch Sie selbst aufgeregt sind, ist verständlich und vollkommen normal!
3. Auch eine optimale Psychische Erste Hilfe kann die psychischen Belastungen für ein Kind im Notfallgeschehen nicht völlig nehmen, sondern nur vermindern! Der Umgang mit verletzten und akut erkrankten Kindern *ist* schwierig, und situationsbedingt bleibt er es häufig auch – ganz unabhängig vom Verhalten des Helfers!
4. Möglichst nur *ein* Helfer sollte behutsam Kontakt zum betroffenen Kind aufnehmen. Dabei kann helfen, Warn- bzw. Sicherheitsbekleidung abzulegen, sich dem Kind langsam zu nähern, sich auf sein körperliches Niveau herunterzubeugen, sich mit Vornamen vorzustellen und nach dem Vornamen des Kindes zu fragen. Ist das Kind besonders ängstlich und hat man genug Zeit, sollte man zunächst versuchen, den Kontakt zum Kind über die Eltern aufbauen.
5. V. a. Körperkontakt *der Bezugspersonen* zum betroffenen Kind wirkt meist beruhigend und sollte demnach ermöglicht werden²⁹. Als fremder Helfer Körperkontakt zu einem verletzten oder erkrankten Kind aufzubauen, ist schwierig und sollte nicht gleich zu Beginn der Hilfeleistung erfolgen, sondern – außerordentlich vorsichtig – erst dann, wenn schon ein gewisses Vertrauen zwischen dem Kind und dem Helfer besteht und das Kind den Körperkontakt toleriert.
6. Durchaus empfehlenswert ist es, für Ablenkung zu sorgen. Besonders hilfreich sind hierbei Strategien, die die kindliche Aufmerksamkeit gerade *ausgehend vom Geschehen* nutzen und das Kind zu aktivem Handeln anregen! Ablenkung darf aber nicht beinhalten, ein Kind „zuzutexten“ oder die Situation zu bagatellisieren. Ablenkung ist auch kein „Allheilmittel“!
7. Die Vermittlung von Informationen ist sehr wichtig. Sie ist aber erst dann möglich und sinnvoll, wenn man bestrebt ist, sie dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen und wenn zuvor auch Angst abgebaut wurde. Das Geschehen sollte in leicht verständlichen Worten erklärt werden, ohne ein betroffenes Kind zu „verhätscheln“ bzw. den Stand der kognitiven Entwicklung zu unterschätzen. Besonders zu achten

²⁹ Zugleich muß die Anwesenheit von Bezugspersonen jedoch auch kritisch betrachtet werden. Vgl. hierzu S. 31-32.

ist auf eventuell vorhandene Schuldgefühle; ggf. muß hier interveniert werden. Außerdem sollte ein verletztes oder akut erkranktes Kind ständig Gelegenheit haben, Fragen zu stellen, die von den Helfern stets wahrheitsgemäß zu beantworten sind.

8. Auf bevorstehende Maßnahmen soll ein Kind vorbereitet werden, indem die folgenden Fragen möglichst anschaulich beantwortet werden: 1. Was wird von wem und wie getan? 2. Was wird das Kind bei der Durchführung der Maßnahme empfinden? 3. Welches Verhalten wird vom Kind während der Maßnahme erwartet? sowie 4. Was kann das Kind selbst tun, um die Durchführung der Maßnahme positiv zu beeinflussen? Kindgerechte Medien können bei der Vorbereitung hilfreich sein, so z. B. eine Puppe oder ein Bilderbuch.
9. Als Ziel aller Informationsvermittlungs- bzw. Erklärungsversuche sollte angestrebt werden, daß das Kind nicht nur über das Geschehen *Bescheid* weiß, sondern auch erfährt, was es selbst im Geschehen tun kann. Das Kind sollte möglichst aktiv in die Situationsgestaltung bzw. Behandlung einbezogen und für jede hilfreiche Verhaltensweise belohnt werden.
10. Die Anwesenheit bzw. die Einbeziehung von Bezugspersonen eines Kindes in die Hilfeleistung ist dann sinnvoll und anzustreben, wenn diese nicht selbst zu aufgeregt sind. Außerdem darf die Anwesenheit von Bezugspersonen nicht zu einer Verunsicherung der Helfer führen.
11. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollen soweit wie möglich Freiräume geschaffen werden, um eigene Entscheidungen zu treffen, sich sprachlich zu äußern und um sich wie gewünscht zu bewegen. Zur Nutzung dieser Freiräume sollte ein Kind ermutigt werden. Zu lügen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden bzw. Druck auf ein Kind auszuüben, sollten Helfer unbedingt vermeiden.
12. Der Helfer sollte – soweit möglich - Ruhe bewahren und auch im Notfallgeschehen *für Ruhe sorgen*. Eigene Aufregung des Helfers und die Hektik im Umfeld können sich sonst auf das Kind übertragen und seine psychische Belastung verstärken.
13. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollte unbedingt sein Lieblingsstofftier gegeben werden, weil dies meist eine enorm beruhigende Wirkung auf das Kind ausübt. Steht das Lieblingsstofftier nicht zur Verfügung, muß von den Helfern so rasch wie möglich für entsprechenden Ersatz gesorgt werden.
14. Psychische Erste Hilfe benötigen nicht nur verletzte oder erkrankte, sondern auch alle anderen Kinder, die in einem Notfallgeschehen *anwesend* sind. Die körperliche

Unversehrtheit eines Kindes darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß bei ihm trotzdem enorme psychische Belastungen auftreten. *Jedes* Kind in einem Notfallgeschehen braucht deshalb besondere Aufmerksamkeit, und kein Kind darf übersehen werden, nur weil es nicht selbst verletzt oder erkrankt ist!

Neben diesen Regeln und ihrem Zusammenhang wurde schließlich der Leitgedanke erarbeitet, daß es vor allem darauf ankommt, Gefühle des Kontrollverlusts und der Hilflosigkeit bei den betroffenen Kindern dadurch zu vermindern, daß sie zu einer hilfreichen eigenen Aktivität angeleitet werden: „Was das Kind (entwicklungsbedingt) *schon* und was es (krankheits- bzw. verletzungsbedingt) *noch* kann, soll das Kind auch tun“ (KARUTZ 2001, S. 99): Anstatt ein Kind *ausschließlich* (noch dazu in einem womöglich falsch verstandenen Sinne) zu trösten und auf diese Weise regressive Verhaltensweisen zu fördern, eventuell noch vorhandene Ressourcen und Handlungspotentiale zu schwächen und es regelrecht in eine passive Haltung zu drängen, soll einem Kind die Gelegenheit gegeben werden, sich soweit wie möglich in das Notfallgeschehen einzubringen, auf die Durchführung notwendiger Maßnahmen Einfluss zu nehmen und sich an der Situationsbewältigung von vornherein aktiv zu beteiligen.

Dieser Leitgedanke scheint dabei nicht nur theoretisch gut begründbar zu sein, sondern entspricht offenbar auch der Auffassung zahlreicher anderer Autoren. So schreibt z. B. Remschmidt: „Insgesamt sollte man versuchen, jedes [...] Kind von einer passiven in eine aktive Rolle zu bringen“ (REMSCHMIDT 1994, S. 275). Auch zwei weitere Veröffentlichungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern, die im Laufe des Jahres 2001 erscheinen, enthalten solche Hinweise: Zunächst heißt es bei Larsen und Larsen: „Wichtig ist das [...] Tun“ (LARSEN/LARSEN 2001, S. 94), und in einem Beitrag von Wackerow und Prudlo wird dann noch einmal festgestellt, daß man „das Kind so viel wie möglich selbst tun lassen [sollte]“ (WACKEROW/PRUDLO 2001, S. 18; Zus. v. H.K.): Sofern Kinder ansprechbar und bei klarem Bewußtsein wären, könnten ihnen Aufgaben übertragen werden, um dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenzuwirken (vgl. WACKEROW/PRUDLO 2001, S. 18; vgl. aber auch KUSCH 1996, S. 72-98; LANDOLT 2000, S. 619 u. FISCHER 2001, S. 127).

- Zusätzliche Anregungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern geben Daschner (DASCHNER 2001, S. 95-97) und Fischer (FISCHER 2001, S. 121-134). Während Daschner u. a. empfiehlt, Kinder bei Kriseninterventionsmaßnahmen keinesfalls auszugrenzen oder als „Anhängsel“ Erwachsener zu betrachten und stattdessen deren *eigene*

Ressourcen zur Situationsbewältigung zu mobilisieren, weist Fischer nochmals v. a. auf die Bedeutung der Elternanwesenheit hin. Im übrigen rät er dazu, nach miterlebten Notfallsituationen alles zu unterstützen, „was das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit bei Ihrem Kind wieder herstellt“ (FISCHER 2001, S. 126). Außerdem sollen Kinder ermutigt werden, ihre Gefühle zu zeigen. Man soll ihnen aufmerksam zuhören und ein eventuell auftretendes „traumatisches Spiel“ nicht unterbrechen, weil dies bereits als Teil der aktiven Traumabewältigung zu betrachten ist. Wohlgedacht: Sowohl die Anregungen zur psychologischen Hilfeleistung bei Daschner als auch die Hinweise bei Fischer beziehen sich damit eher auf die Notfallnachsorge als auf die Psychische Erste Hilfe *im* unmittelbaren Notfallgeschehen.

- Gleichwohl wird das bereits vorgestellte Regelwerk KASPERLE – v. a. für die lernwirksame Vermittlung in rettungsdienstlichen Fortbildungen und für die didaktisch aufbereitete Gestaltung eines Merkblattes für das Rettungsdienstpersonal – vor dem Hintergrund dieser neuen Beiträge zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern noch einmal überarbeitet bzw. in einigen Details ergänzt (Tab. 4; vgl. BILDUNGSINSTITUT 2001a u. KARUTZ 2002c, S. 651).

KASPERLE (überarbeitete Fassung 2001): Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern	
K	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Kind darf übersehen werden, jedes Kind sollte betreut werden! • Kontaktaufnahme soll langsam und möglichst nur durch einen Helfer erfolgen! • Körperkontakt vorsichtig herstellen, nach Möglichkeit durch Bezugspersonen des Kindes!
A	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivität ermöglichen! • Ablenkung immer behutsam versuchen!
S	<ul style="list-style-type: none"> • Situation und Maßnahmen erklären! • Situation vom Kind mitgestalten lassen! • Schuldgefühle beachten und ggf. intervenieren („Du bist nicht Schuld!“)!
P	<ul style="list-style-type: none"> • Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen (Eltern, Großeltern, Freunde und Geschwister)!
E	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreiheit lassen! • Ermutigen, Fragen zu stellen und Schmerzen zu äußern!
R	<ul style="list-style-type: none"> • Ruhe bewahren und im Umfeld für Ruhe sorgen!
L	<ul style="list-style-type: none"> • Lieblingsstofftier bzw. einen Ersatz besorgen und dem Kind geben! • Loben hilfreichen Verhaltens!
E	<ul style="list-style-type: none"> • Ernst nehmen und nicht „betüddeln“! • Ehrlich sein, z. B. Fragen nach der Schmerzhaftigkeit bevorstehender Maßnahmen ehrlich beantworten!

Tab. 4: KASPERLE (überarbeitete Fassung 2001): Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern (KARUTZ 2002c, S. 651)

- Zusätzlich werden auf Merkblättern des Bildungsinstituts am Elisabeth-Krankenhaus Essen und in einer Informationsbroschüre der Akademie Bruderhilfe die Regelwerke PUMUCKEL zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern im Großschadensfall (Tab. 5; BILDUNGSINSTITUT 2001b) und WINNETOU zur Psychischen Ersten Hilfe bei trauernden Kindern (Tab. 6; BILDUNGSINSTITUT 2001c) vorgestellt, die ebenso wie das ursprüngliche KASPERLE-Konzept auf Literaturanalysen basieren und die einige wesentliche Inhalte der jeweils angebrachten psychologischen Hilfeleistung in „Ankerbegriffen“ zusammenfassen (vgl. auch P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 26-29).

PUMUCKEL: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern in einem Großschadensfall		
P	<ul style="list-style-type: none"> • Planung 	Die Erfahrung hat gezeigt, daß die besonderen Bedürfnisse von Kindern in einem Großschadensfall oftmals unberücksichtigt geblieben sind. Zudem wurden gerade die unverletzt betroffenen Kinder regelrecht übersehen und dementsprechend überhaupt nicht betreut. Von daher ist zu fordern, in allen Planungen für Notfallsituationen explizit und umfassend eine Kinderbetreuung einzuplanen.
U	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung 	Erstens soll die Unterbringung bzw. Betreuung von Kindern in Sicherheit stattfinden können, d. h. nach Möglichkeit in einem relativen Abstand zum eigentlichen Schadensgebiet und idealerweise in einem abgeschirmten, beheizten und lärmgeschützten Raum. Zweitens sollten betreuungsbedürftige Kinder niemals von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen getrennt werden.
M	<ul style="list-style-type: none"> • Materialbeschaffung 	Vorzuhalten sind Ersatzbekleidung in Kindergrößen, Malstifte und Zeichenblöcke, Knetmasse sowie Kindermusik auf Kassetten.
U	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung 	In vielen Fällen entwickeln Kinder spontan und unaufgefordert eigene und oftmals sehr hilfreiche Ideen, um das Geschehen zu bewältigen. Vorschläge und Anregungen von Kindern sollten deshalb ernst genommen und nach Möglichkeit umgesetzt werden.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination 	Die Betreuung von Kindern im Großschadensfall muß gut koordiniert werden. Diese Aufgabe sollte eine Person übernehmen, die einsatztaktisch bzw. führungstechnisch und pädagogisch zugleich qualifiziert ist (z. B. Erzieher, Lehrer oder Pädagogen mit Zusatzausbildung einer Hilfsorganisation).
K	<ul style="list-style-type: none"> • Kameradschaftlichkeit 	Eine Gruppe von Kindern kann sich untereinander oftmals selbst sehr gut stützen, und konstruktives Miteinander von Kindern wirkt sich meist sehr hilfreich aus: Kinder sollten demnach gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten können, und sie sollten ausdrücklich füreinander Verantwortung tragen.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenaktivität 	Jedes eigene Tun von Kindern mindert ihre Hilflosigkeit. Insofern sollte Aktivität initiiert und ermöglicht werden.
L	<ul style="list-style-type: none"> • Lob, Leckereien und Lieblingsspielzeuge 	Hilfreiches Verhalten von Kindern sollte ausdrücklich positiv verstärkt, d. h. gelobt werden. Süßigkeiten wirken meistens ein wenig beruhigend, und typische Lieblingsspielzeuge (insbesondere Stofftiere) haben fast immer eine positive Wirkung.

Tab. 5: PUMUCKEL: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern im Großschadensfall (BILDUNGSINSTITUT 2001a; im Original teilweise hervorgehoben und mit zusätzlichen Erläuterungen)

WINNETOU: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei trauernden Kindern		
W	<ul style="list-style-type: none"> Wenden Sie sich trauernden Kindern zu! 	Schenken Sie trauernden Kindern besondere Aufmerksamkeit, zeigen Sie ihre Liebe und Zuneigung; vermitteln Sie Sicherheit, indem Sie z. B. Absprachen zuverlässig einhalten und für einen klar strukturierten Tagesablauf sorgen.
I	<ul style="list-style-type: none"> Informieren Sie trauernde Kinder! 	Informieren Sie über die laufenden Vorbereitungen für das Begräbnisritual, die geplante Trauerfeier und das bevorstehende Abschiednehmen. Auch die Tatsache, daß jemand gestorben ist sowie die Todesursache sollte in einfachen Worten mitgeteilt werden.
N	<ul style="list-style-type: none"> Nicht einengen, zensurieren, bevormunden! 	Lassen Sie trauernde Kinder eigene Entscheidungen treffen, z. B. bezüglich der Art des eigenen Abschiednehmens, des eventuellen Ansehens eines Verstorbenen, der Auswahl eines Abschiedsgrusses als Sargbeigabe etc.
N	<ul style="list-style-type: none"> Nichts verheimlichen, nicht ausschließen, sondern einbeziehen! 	Lassen Sie trauernde Kinder an allem Anteil nehmen – auch an Ihrer eigenen Trauer. Erklären Sie trauernden Kindern, warum Sie selbst traurig sind und sich möglicherweise ungewohnt verhalten.
E	<ul style="list-style-type: none"> Ermöglichen Sie trauernde Kinder, Fragen zu stellen und eigene Gefühle zu zeigen! Erlauben Sie trauernden Kindern, so zu trauern, wie sie es tun! 	Akzeptieren Sie die Art und Weise, in der ein Kind trauert, auch wenn Sie dadurch irritiert sein sollten oder eine andere Vorstellung von "ordnungsemäßer" Trauer haben. Zeigen Sie Geduld, Toleranz und Verständnis – auch für Zorn, Unruhe und andere vorübergehende Verhaltensänderungen.
T	<ul style="list-style-type: none"> Thematisieren Sie (gemeinsame) Erinnerungen an den Verstorbenen! Teilen Sie Ihre Trauer! 	Sehen Sie z. B. gemeinsam Fotos oder Videos an und weinen Sie gemeinsam.
O	<ul style="list-style-type: none"> Offene und v. a. ehrliche Gespräche sind hilfreich, wenn Kinder sie wünschen! 	Das bedeutet: „Texten“ Sie trauernde Kinder nicht zu, sondern beantworten Sie Ihre Fragen ehrlich und mit einfachen Worten.
U	<ul style="list-style-type: none"> Unternehmen Sie etwas, wenn ein Kind Schuldgefühle entwickelt und langfristig anhaltende Verhaltensänderungen zeigt! 	Sagen Sie ihm ggf. explizit, daß es unschuldig ist und keine Verantwortung für den Tod trägt. Z. B. Daumenlutschen und Bettnässen, aber auch plötzliche Schulschwierigkeiten sind Anzeichen dafür, daß professionelle Hilfe notwendig ist.

Tab. 6: WINNETOU: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei trauernden Kindern (BILDUNGSINSTITUT 2001b; im Original teilweise hervorgehoben und mit zusätzlichen Erläuterungen)

- Außerdem wird die schematische Anordnung der Regeln, Phasen und Ziele des in der genannten Diplomarbeit entwickelten Gesamtkonzepts (vgl. oben, Abb. 8) von nun an pyramidenförmig hierarchisiert angeordnet, um die Prioritäten sowie die aufeinander aufbauenden Notwendigkeiten, Zusammenhänge und Möglichkeiten der Psychischen Ersten Hilfe noch anschaulicher zu verdeutlichen (Abb. 9; vgl. KARUTZ 2002f).

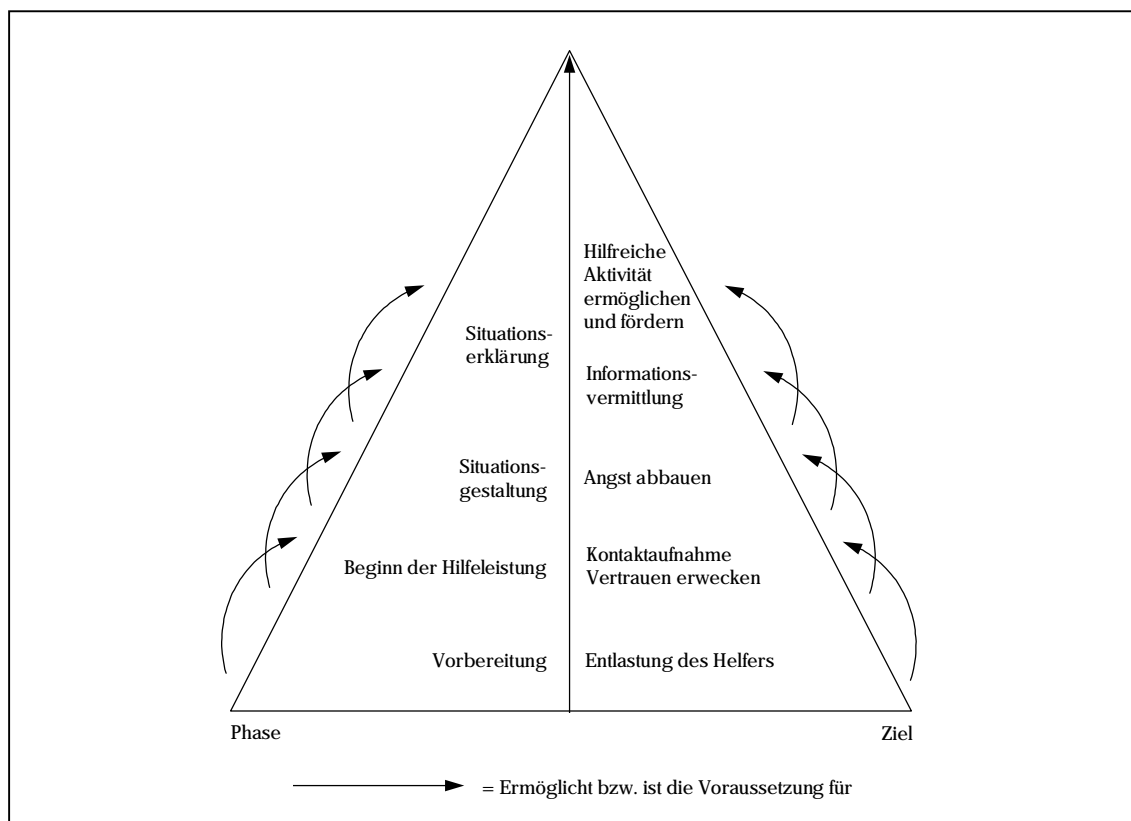


Abb. 9: Pyramidenförmig hierarchisiertes Gesamtkonzept zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern (KARUTZ 2002f)

- Dem ebenfalls 2002 veröffentlichten und auch in der vorliegenden Arbeit bereits beschriebenen Modell eines Teufelskreislaufs der psychischen Situation von Kindern in Notfällen bzw. den in diesem Kreislauf enthaltenen Belastungsfaktoren³⁰ werden darüber hinaus einzelne Interventionsmöglichkeiten zugeordnet, die sich erstmals – und bislang einzigartig – ausdrücklich auch auf unverletzte Kinder beziehen (Tab. 7; vgl. KARUTZ 2002e). Eine relativ ähnliche Darstellungsform findet sich übrigens auch in einer Veröffentlichung von Barbara Juen, wobei einmal mehr darauf hinzuweisen ist, daß sich die *dortigen* Hinweise eher auf die psychologische Hilfeleistung *nach* (d. h. eben nicht *in*) einem Notfall beziehen! (JUEN 2002, S. 45-49).

³⁰ Vgl. S. 33-34.

Belastungsfaktoren	Interventionsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung des Notfallgeschehens 	<ul style="list-style-type: none"> Abschirmung vom Notfallgeschehen Bedecken von Verletzungen Kommunikation auf gleicher Ebene
<ul style="list-style-type: none"> Unsicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> Anwesenheit von Bezugspersonen Verlässliche Nähe anderer Helfer Gemeinschaft mit anderen Kindern Unterbringung an einem sicheren Ort Sicherstellung physiologischer Grundbedürfnisse
<ul style="list-style-type: none"> Informationsbedürfnis 	<ul style="list-style-type: none"> Kindgerechte Vermittlung von Informationen Ehrliche Antworten auf gestellte Fragen
<ul style="list-style-type: none"> Verminderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung alternativer Ausdrucksmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> Angst 	<ul style="list-style-type: none"> Behutsame Ablenkungsversuche Einbezug von Kindern in die Hilfeleistung Anregung zum Spiel Hilfeleistung durch Teddybären
<ul style="list-style-type: none"> Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> Unbegründete Schuld verneinen Realistische Erklärungen anbieten
<ul style="list-style-type: none"> Zunehmende Erregung 	<ul style="list-style-type: none"> Langsam agieren und sprechen Jede Hektik im Umfeld vermeiden Warme, gezuckerte Getränke verabreichen
<ul style="list-style-type: none"> Verminderte Fähigkeit zur zielgerichteten Informationsverarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder ernst nehmen Vorschläge und Anregungen von Kindern aufgreifen und nach Möglichkeit umsetzen
<ul style="list-style-type: none"> Überforderung, Handlungsunfähigkeit, Hilflosigkeit, Kontrollverlust 	<ul style="list-style-type: none"> Delegation einfacher Aufgaben an Kinder Gemeinsame Aktivität von Kindern anregen Entscheidungsfreiheit lassen und zu deren Nutzung ermutigen

Tab. 7: Zuordnung von Belastungsfaktoren und Interventionsmöglichkeiten

- Eine knappe Zusammenfassung, die inhaltlich dennoch weitgehend den bisherigen Ausführungen entspricht, findet sich schließlich bei Lasogga und Gasch (LASOGGA/GASCH 2002b, S. 123-128): In diesem Beitrag werden das Abschirmen von Kindern, die Anwesenheit der Bezugspersonen bzw. Eltern, die Kontaktaufnahme sowie das Herstellen von Körperkontakt, die Beantwortung von Fragen sowie die Gabe von Informationen, die Nähe zu einem Teddybären sowie die Ablenkung als wesentliche Bestandteile der Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern genannt, aber gleichzeitig auch problematisiert:

So kann der Körperkontakt v. a. bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen auch unangenehm empfunden werden. Bei der Vermittlung von Informationen darf ein Kind nicht mit zu vielen Details überfordert werden, und es besteht die Gefahr von Mißverständnissen. Außerdem werden Ablenkungsversuche als ein „zweischneidiges Schwert“ be-

schrieben, weil sie u. U. von Kindern als Strategie der Helfer durchschaut werden können (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, 125).

2.4. Bestehende Defizite des bisherigen Forschungsstands

Sowohl bezogen auf die psychische Situation von Kindern in Notfällen als auch auf die Psychische Erste Hilfe bei Kindern muß zunächst darauf hingewiesen werden, daß *empirische* Untersuchungen zu *exakt* diesen Themen – abgesehen von der erwähnten explorativen Studie zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern sowie den ebenfalls bereits genannten Arbeiten, in denen lediglich die Entstehung, Ausprägung und Prävalenz Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Kindern nach Verkehrsunfällen untersucht wurden - offenbar noch nicht durchgeführt worden sind. Auch eine systematische Evaluation, d. h. eine Überprüfung der tatsächlichen Wirksamkeit der bereits vorliegenden Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern ist bislang nicht erfolgt. Die Forschungslage zur konkreten Situation der *unverletzt*-betroffenen Kinder in Notfällen und den Möglichkeiten einer Psychischen Ersten Hilfe für *diesen* Personenkreis erscheint dabei allerdings, wie deutlich geworden sein dürfte, als ganz besonders defizitär.

Sofern in Arbeiten zur psychischen Situation von Kindern in Notfällen bzw. zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern überhaupt theoretische Überlegungen angestellt und nicht nur die subjektiven Erfahrungen einzelner berücksichtigt wurden, basieren diese überwiegend auf der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget, so daß andere Entwicklungsmodelle, die sich z. B. auf die affektive und soziale Entwicklung beziehen, weitgehend unberücksichtigt geblieben sind.

Die Frage, ob es neben den altersspezifischen Unterschieden der Wahrnehmung und des Erlebens von Notfällen z. B. auch geschlechtsspezifische Eigenarten gibt, kann noch nicht abschließend beantwortet werden.

Im Übrigen ist festzustellen, daß die veröffentlichten Anregungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern zumindest teilweise noch immer nicht operationalisiert sind bzw. nur pauschalisierende und wenig nützliche Angaben wie z. B. „Vermitteln Sie Kindern das Gefühl von Sicherheit“ enthalten, ohne daß ebenso erläutert wird, wie dieses Sicherheitsgefühl denn eigentlich vermittelt werden soll. Vorrangig bezogen auf die Psychische Erste Hilfe bei Erwachsenen wurde eben diese Kritik wohlgermerkt bereits von anderen Autoren formuliert (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 16-17).

Neben diesen Anmerkungen zu den Forschungsinhalten und -ergebnissen an sich muss aber auch deren Anwendung bzw. Umsetzung einer kritischen Betrachtung unterzogen werden (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 57-58).

So ist die Vermittlung besonderer Maßnahmen für eine Psychische Erste Hilfe bei Kindern interessanterweise weder in den Schulungen für Ersthelfer noch in der Ausbildung des Rettungsdienstpersonals überhaupt vorgesehen (vgl. z. B. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1993; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998 u. REPORT AUS MÜNCHEN 2001).

Als ein weiteres Problem erweist sich, daß Psychische Erste Hilfe (im Allgemeinen und bei Kindern im Besonderen) nach Auffassung des Autors der vorliegenden Arbeit - wenn überhaupt – eher im Sinne eines „Additionsprinzips“ betrieben wird: Die Versorgung der (medizinisch) Betroffenen an einer Einsatzstelle durch den Rettungsdienst erfolgt demnach weitgehend standardisiert und wie seit Jahren üblich, wobei dann – nur unter Umständen und eher vereinzelt - *zusätzlich auch noch* eine psychologische Hilfe geleistet wird, sofern entsprechend sensibilisiertes und ausgebildetes Personal (mehr oder weniger zufällig!) vor Ort sein sollte. Ein integratives Gesamtkonzept zum Notfallmanagement an Einsatzstellen, das die medizinische und die psychologische Hilfeleistung für die primär und auch die sekundär Betroffenen³¹ umfassend koordiniert bzw. die notwendigen Abläufe und Zuständigkeiten einheitlich und v. a. *verbindlich* regelt, ist in den einschlägigen Dienstvorschriften und Ausbildungsunterlagen für Führungskräfte der Rettungsdienste sowie in den entsprechenden Alarm- und Ausrückeordnungen bislang nicht zu finden.

Im Gespräch mit leitenden Beamten zahlreicher Berufsfeuerwehren konnte beispielsweise ermittelt werden, daß die Entsendung eines Notfallseelsorgers bzw. eines psychologischen Notfallhelfers zu bestimmten Einsätzen meist nicht (wie die Alarmierung übriger Einsatzkräfte) automatisch bzw. sogar computergesteuert und nach einem vorher festgelegten Plan erfolgt, sondern überwiegend davon abhängt, ob der diensthabende Leitstellendisponent eine Alarmierung überhaupt subjektiv für sinnvoll erachtet oder nicht.³²

Eine ähnliche Kritik gilt in gleichem Maße für die Organisation der Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen in Schulen: Während die Zuständigkeit für die *medizinische* Behandlung von Betroffenen (durch Ersthelfer, einen evtl. vorhandenen Schulsanitätsdienst und Lehrer) hier im Rahmen der sogenannten Rettungskette fast überall verbindlich geregelt

³¹ Siehe S. 16-17.

³² Auf weiteres Nachfragen gaben leitende Beamte von Berufsfeuerwehren außerdem an, daß eine Entsendung von psychologischen Notfallhelfern zur Betreuung *unverletzt*-Betroffener – zumindest bei Individual-

ist, wurden Vorbereitungen für eine *psychologische* Notfallhilfe vor Ort i. d. R. nicht getroffen (vgl. KARUTZ/DUVEN 2002, S. 1). Der Autor der vorliegenden Arbeit kann diesbezüglich aus eigener Erfahrung von einer Notfallsituation in einer Grundschule berichten, in der es letztlich aufgrund fehlender Absprachen im Vorfeld zunächst unmittelbar im Notfallgeschehen zu unerfreulichen Auseinandersetzungen darüber kam, ob z. B. der diensthabende Notfallseelsorger, der schulpsychologische Dienst oder ein regionales Kriseninterventions- bzw. Notfallnachbereitungsteam für die Betreuung sekundär betroffener Kinder zuständig ist, bevor im Endeffekt *gemeinsam* Hilfe geleistet werden konnte.

Im Anschluß an die von Lasogga und Gasch bereits geäußerte Kritik an organisationspsychologischen Mängeln im Bereich des Rettungsdienstes (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 73-96) bleibt insofern zu folgern, daß es nicht hingenommen werden kann, daß eine Psychische Erste Hilfe für unverletzt-betroffene Kinder in Notfällen - obwohl eindeutig notwendig – unterbleibt, nur eingeschränkt geleistet wird oder sogar gänzlich dem Zufall überlassen ist, nur weil bestehende Einsatzplanungen der Rettungsdienste in dieser Hinsicht ergänzungs- und überarbeitungsbedürftig sind.

Letztlich dürften die Ausführungen im nunmehr abgeschlossenen, zweiten Teil der vorliegenden Arbeit deutlich gemacht haben, daß Defizite des bisherigen Forschungsstandes und der aktuellen Situation im Hinblick auf die psychologische Hilfeleistung bei unverletzt-betroffenen Kindern in *mehrfacher* Hinsicht festzustellen sind: Versäumnisse der notfallpsychologischen Forschung an sich, aber auch Mängel in der organisatorischen Vorbereitung auf Notfallsituationen, in denen unverletzt-betroffene Kinder zu erwarten sind, müssen hier genannt werden.

notfällen - prinzipiell gar nicht vorgesehen sei und die dafür notwendigen personellen und materiellen Ressourcen ohnehin nicht vorhanden wären.

3. Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern

3.1. Planung einer explorativen Studie

Nachdem der bisherige Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen im zweiten Abschnitt dieser Arbeit ausführlich beschrieben worden ist, dürfte deutlich geworden sein, daß gesicherte Erkenntnisse zur Thematik, die auf *empirischen* Untersuchungen basieren, bislang weitgehend fehlen. In den folgenden Ausführungen wird deshalb eine erste, zunächst explorative Studie vorgestellt, die für entsprechende Abhilfe sorgen soll.

3.1.1. Fragestellungen

Bei der Planung dieser Studie sollte es – vor dem Hintergrund des vorangegangenen Abschnittes – insbesondere um eine Klärung folgender Fragen gehen:

1. Treffen die bisher veröffentlichten (theoretischen) Überlegungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern eigentlich zu?
2. Inwiefern müssen die bisherigen Ausführungen *ergänzt* bzw. eventuell auch *korrigiert* werden?

Um diese Fragen beantworten zu können, sollte – wie bereits geschrieben - herausgefunden werden, wie Kinder, die körperlich unverletzt geblieben sind, eine Notfallsituation erleben und welche Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Sorgen sie haben³³. Darüber hinaus sollte nun aber auch den Fragen nachgegangen werden, welche Unterschiede es im Erleben und Verhalten von unverletzt-betroffenen Kindern in Abhängigkeit verschiedener Merkmale von Notfallsituationen gibt - und inwiefern demnach bei *bestimmten* Kindern in *bestimmten* Situationen auch besondere, *differentielle* Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe notwendig sein würden. In Ergänzung bzw. als Konkretisierung der Ausführungen in Abschnitt 1.2.2. der vorliegenden Arbeit lauteten weitere zu beantwortenden Fragen somit:

³³ Siehe S. 23.

1. Erleben Jungen und Mädchen Notfallsituationen auf unterschiedliche Weise? Gibt es geschlechtsspezifische Besonderheiten des Erlebens von und des Verhaltens in einer Notfallsituation, die bei der Psychischen Ersten Hilfe berücksichtigt werden müssen?
2. Gibt es altersspezifische Besonderheiten, die das Erleben von und das Verhalten in einer Notfallsituation beeinflussen?
3. Wie wird das Erleben von und das Verhalten in Notfallsituationen von den jeweiligen Merkmalen der Situation beeinflusst? Wie wirkt sich aus, um was für eine Notfallsituation es sich handelt? Inwiefern wirken bestimmte Merkmale eines Notfalls belastungsverstärkend bzw. auch belastungsvermindernd - und welche Schlußfolgerungen können demnach im Hinblick auf die Psychische Erste Hilfe gezogen werden? Vor diesem Hintergrund sollten insbesondere folgende Aspekte des Notfallgeschehens in der Untersuchung berücksichtigt werden:
 - Wie viele Verletzte hat es gegeben?
 - Welche Verletzung bzw. Erkrankung hatte der Patient bzw. hatten die Patienten erlitten?
 - Waren die Verletzungen bzw. Symptome einer Erkrankung des Patienten erkennbar? War z. B. Blut zu sehen?
 - Ist jemand in der Notfallsituation gestorben?
 - In welcher Beziehung stand das in die Untersuchung einbezogene Kind zum Notfallpatienten (z. B. Sohn oder Tochter, Geschwisterkind, Freund, Bekannter oder Fremder)?
 - War das in die Untersuchung einbezogene Kind primär (z. B. als unverletzter Insasse eines unfallbeteiligten Fahrzeugs) oder sekundär (z. B. als Zuschauer) beteiligt³⁴?
 - Welche anderen und wieviele andere Personen (z. B. Zuschauer, Angehörige und Einsatzkräfte, aber vor allem auch andere Kinder) waren in der Notfallsituation anwesend?
 - Wie haben sich diese Personen verhalten und was haben sie selbst gesagt?
 - Welche Rettungstechniken und -geräte wurden eingesetzt bzw. welche Maßnahmen des Rettungsdienstes wurden am Einsatzort durchgeführt?
 - Zu welcher Tageszeit und an welchem Ort ist das Notfallereignis eingetreten?

³⁴ Zur Unterscheidung von primär und sekundär Betroffenen siehe S. 16-17.

- Gab es schon vor dem Notfall einschlägige Vorerfahrungen mit vergleichbaren bzw. ähnlichen Situationen, d.h. war das Notfallereignis neu oder in gewisser Weise bereits vertraut?

Ebenfalls außerordentlich interessant wäre es zweifellos gewesen, den eventuellen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Erziehungsstil der Eltern und dem Erleben und Verhalten eines Kindes im Notfallgeschehen zu hinterfragen. Weil es jedoch weitgehend ausgeschlossen schien, die vorangegangene Erziehung zu analysieren, ohne diesbezüglich intensive und außerordentlich zeitaufwendige Voruntersuchungen durchzuführen, konnte dieser Aspekt im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter berücksichtigt werden.

3.1.2. Untersuchungsmethodik und Untersuchungszielgruppe

In die Überlegungen, auf welche Weise und durch wen die genannten Fragestellungen nun beantwortet werden könnten, wurden zunächst mehrere Möglichkeiten einbezogen. Methodisch sinnvoll erschien auf den ersten Blick nicht nur die Befragung von betroffenen Kindern und deren Eltern anhand strukturierter Gesprächsleitfäden, sondern auch die Durchführung zusätzlicher Interviews mit Rettungssanitätern und -assistenten, Notfallseelsorgern und weiteren Personengruppen (z. B. Notärzte, Krankenpflegepersonal, Feuerwehr- und Polizeibeamte), die u. U. jeweils eigene sachdienliche Erfahrungen in die Untersuchung einbringen könnten.

Auch die psychologische Deutung von Zeichnungen und Aufsätzen, die Kinder nach Notfällen angefertigt bzw. verfasst haben, sowie die Auswertung von eigenen Beobachtungen in Übungssituationen und tatsächlichen Einsätzen des Rettungsdienstes kamen als weitere denkbare Ansätze zur Erkenntnisgewinnung durchaus in Frage.

Aus pragmatischen Gründen, mit dem Ziel einer weitgehenden Standardisierung der angewandten Untersuchungs- und Auswertungsmethodik; aber v. a. auch um zu verhindern, daß subjektive Vorinterpretationen der Wahrnehmung von Dritten in die Beantwortung der zu klärenden Fragestellungen einfließen könnten, wurde die weitere Planung der Studie dennoch ausschließlich darauf ausgerichtet, strukturierte Interviews mit Kindern zu führen, die selbst Notfallsituationen körperlich unverletzt miterlebt haben.

An einem Beispiel soll diese Entscheidung begründet werden: Rettungsassistenten beschreiben (verletzte) Kinder, die im Notfallgeschehen nicht unbedingt weinen oder schreien, mitunter als besonders „tapfer“, „stark“ oder „erwachsen“ und mutmaßen – offenbar

ohne die Beobachtung und deren Wertung voneinander zu trennen – eine eher geringe psychische Belastung. Dieser Annahme kann jedoch die wissenschaftlich gesicherte Erkenntnis gegenübergestellt werden, daß ein Kind gerade dann besonders stark betroffen ist, wenn es durch Schmerzen, Ängste und Sorgen noch nicht einmal mehr dazu fähig ist, verbal auf seine Situation aufmerksam zu machen (vgl. KARUTZ 2002d, S. 25-26).

Die Vermutung vermeintlicher Tapferkeit eines nicht weinenden Kindes muss insofern als eine Fehlinterpretation angesehen werden, und stattdessen wäre in vielen Fällen von einem völligen Versagen der kindlichen Bewältigungsstrategien im Sinne einer psychischen Kapitulation auszugehen (vgl. KARUTZ 2002d, S. 26). Was anhand der Aussagen von Rettungsassistenten somit erkundet werden könnte, ist weniger das Erleben und Verhalten der betroffenen Kinder, als vielmehr der eigene notfallpsychologische Wissens- und Kenntnisstand sowie die daraus resultierende Notwendigkeit entsprechender Aus- und Fortbildungsmaßnahmen.

Ähnliches gilt für die Aussagen von Notfallseelsorgern und Eltern, die im Hinblick auf das eigentliche Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit ebenfalls nur eingeschränkt verwendet werden könnten.

Im Endeffekt wird in der vorliegenden Arbeit damit die Auffassung vertreten, daß man, wenn man etwas über unverletzt-betroffene Kinder in Notfallsituationen erfahren möchte, diese Erkenntnis auch nur im direkten Kontakt mit eben diesen Kindern gewinnen kann. Daß auch mit dieser Feststellung bzw. Vorgehensweise besondere Risiken und Gefahren verbunden sind, ändert dabei nichts an ihrer grundsätzlichen Zweckmäßigkeit und Rechtfertigung³⁵.

Einzelgespräche mit strukturierten Fragebögen schienen im Übrigen deshalb besonders angemessen, weil davon ausgegangen werden konnte, daß das subjektive Erleben von Kindern einer direkten mündlichen Befragung eher zugänglich sein würde als beispielsweise der bloßen Beobachtung in einer Notfallsituation oder auch einer schriftlichen Befragung (vgl. KARUTZ 2001, S. 70).

³⁵ Z. B. weist Lohaus auf Probleme durch eventuelle Sprachbarrieren, die Möglichkeit der Überforderung von Kindern durch die Befragungssituation sowie ein durch die Untersuchungsmethode erzeugtes bzw. suggeriertes Antwortverhalten hin (vgl. LOHAUS 1990, S. 118-123).

3.1.3. Fragebogenkonzeption

Den beschriebenen Vorüberlegungen entsprechend wurde nun ein Fragebogen bzw. Interviewleitfaden konzipiert und in folgende Abschnitte gegliedert³⁶:

1. Angaben zur Person (Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt des Notfalls)
2. Angaben zur Befragungssituation (Anwesenheit Dritter, Ort, Zeit, Dauer, zeitlicher Abstand zwischen dem Notfallgeschehen und der Befragung)
3. Angaben zum Notfallgeschehen und zu spezifischen Moderatorvariablen (Notfallart, Vorerfahrungen, Notfallort, Notfallzeitpunkt, Bezug zum Patienten, Anzahl der Patienten, Schwere der Verletzung bzw. Erkrankung, Verhalten und verbale Äußerungen des Patienten, Tote, Anwesenheit, Verhalten und verbale Äußerungen Dritter, eingesetzte Rettungsmittel)
4. Angaben zur eigenen Situation (direkte oder indirekte Beteiligung, Verhalten, Gefühle und Gedanken, besonders belastende Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse, Hilfreiche bzw. angenehme Erfahrungen)

Um den Befragten weitgehend *freie* Antworten zu ermöglichen, ohne sich an vorgegebenen Antwortkategorien orientieren zu müssen, beinhaltet der Interviewleitfaden dabei fast ausschließlich offene Fragen.

Zusätzlich *vorangestellt* wurde allerdings die verbindliche Klärung einiger Ausschlußkriterien: So sollten von vornherein nur Kinder befragt werden, bei denen das miterlebte Notfallereignis nicht länger als ein Jahr zurückliegt, um rückwirkende Wahrnehmungsverzerrungen sowie Erinnerungsdefizite zumindest ansatzweise ausschließen zu können.

Ebenso sollten selbstverständlich nur Kinder in die Studie einbezogen werden, deren Eltern bzw. Erziehungsberechtigte entsprechend eingewilligt hatten und die dazu freiwillig bereit waren. Sofern ein Kind – auch unabhängig von der Zustimmung seiner Erziehungsberechtigten - ablehnendes bzw. unkooperatives Verhalten im Bezug auf die bevorstehende Befragung zeigen würde, sollte von der Interviewdurchführung abgesehen werden.

Als weitere Ausschlußkriterien ist auf sprachliche Barrieren (z. B. bei jüngeren oder ausländischen Kindern) sowie selbst erlittene körperliche Verletzungen hinzuweisen. Zudem sollte von einer Befragung abgesehen werden, wenn ein Kind zeitgleich psychotherapeutisch behandelt werden würde: Dies geschah vor dem Hintergrund, keinen wie auch immer gearteten, unerwünschten Einfluss auf eine laufende Psychotherapie nehmen zu wollen.

³⁶ Siehe Anlage 1.

Nachgestellt wurde dem beschriebenen Fragebogen schließlich ein weiterer Abschnitt, in dem die *aktuelle* psychische Situation des befragten Kindes thematisiert werden sollte. Hier sollten eventuell bestehende Symptome anhaltender Posttraumatischer Belastungsstörungen bzw. anderer psychischer Störungen gemäß ICD 10 und DSM IV³⁷ erkundet werden, um im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten (d. h. dem bisherigen Wissensstand entsprechend) ggf. auch entsprechende Hilfe leisten bzw. vermitteln zu können: Sofern deutlich werden würde, daß ein Kind weitere fachliche Hilfe benötigt, wurde es als ethisch nicht zu verantworten betrachtet, zwar die vorgesehene Befragung durchzuführen, dann aber die weitere notwendige Hilfeleistung zu unterlassen.

In diesem Zusammenhang ist ohnehin darauf hinzuweisen, daß die Anordnung der Fragen in den geplanten Interviews dem Ablauf eines Notfallnachsorge- bzw. Kriseninterventionsgesprächs entsprechen sollte, wie es derzeit in der zur Verfügung stehenden Fachliteratur beschrieben wird (vgl. Anlage 1 und MITCHELL/EVERLY 1993, S. 81-91; DASCHNER 2001, S. 94-97 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 110-121). Auf diese Weise war von vornherein ausdrücklich beabsichtigt, nicht nur Erkenntnisgewinnung, sondern gleichzeitig auch notfallpsychologische Hilfe zu leisten, sofern diese eben notwendig sein würde.

3.1.4. Gestaltung der Kontaktaufnahme

Um die geplante Untersuchung durchzuführen zu können, musste naheliegenderweise zunächst Kontakt zu Kindern aufgenommen werden, die Notfallsituationen unverletzt-betroffen miterlebt hatten. Insbesondere diese Kontaktaufnahme erwies sich jedoch als außerordentlich problematisch, zumal in den meisten Fällen – wie eben in Abschnitt 2 der vorliegenden Arbeit dargestellt – bislang keine organisierte Hilfeleistung für diesen Personenkreis erfolgt und somit auch von niemandem dokumentiert wird, welches Kind in welchem Notfall anwesend ist, ohne selbst körperlich verletzt worden zu sein.

Ausnahmen stellen Notfallsituationen dar, in denen Kinder zu Zeugen geworden sind und ihre Personalien dementsprechend von der Polizei aufgenommen wurden. Hinzu kommen Notfälle, in denen die Notwendigkeit einer psychologischen Hilfeleistung bereits erkannt wurde und somit der Einsatz eines Notfallseelsorgers bzw. psychologischen Notfallhelfers erfolgt ist, der ebenfalls Kontakt zu betroffenen Kindern herstellen könnte.

³⁷ Siehe S. 37.

Schließlich kann bei Notfallsituationen, die sich an bestimmten Orten ereignen, davon ausgegangen werden, daß zumindest mit großer Wahrscheinlichkeit Kinder unverletzt-betroffen anwesend sind: Dies ist beispielsweise bei Notfällen in oder in der unmittelbaren Nähe von Kindergärten, Schulen, Kindertagesstätten und auf Spielplätzen der Fall³⁸.

Vor diesem Hintergrund sollten ursprünglich Träger des Rettungsdienstes, Polizeidirektionen und Notfallseelsorger schriftlich um Mithilfe bei der Kontaktaufnahme zu unverletzt-betroffenen Kindern in oder kurz nach Notfallsituationen gebeten werden.

3.1.5. Gestaltung der Befragungssituation

Die Gestaltung der Befragungssituation sollte sich prinzipiell nach den Wünschen der Befragten orientieren und diesen eine möglichst angenehme Gesprächsatmosphäre bieten, in der sie sich sicher und geborgen fühlen würden. Die Anwesenheit von Eltern, Lehrern, einem Freund bzw. einer Freundin, eines Notfallseelsorgers oder einer anderen Bezugspersonen wurde insofern nicht nur zugelassen, sondern ausdrücklich befürwortet; gleichwohl wurde es ebenso respektiert, wenn ein Kind es vorgezogen hat, alleine interviewt zu werden. In jedem Fall sollte die Anwesenheit Dritter in der Befragungssituation dokumentiert und in der Auswertung berücksichtigt werden. Die Problematik, daß Antworten eines Kindes auch an den (tatsächlichen oder vermuteten) Wünschen dieses Personenkreis ausgerichtet sein könnten, wurde dabei durchaus gesehen: So wäre beispielsweise denkbar, daß ein Junge im Beisein seiner Mutter nicht zugeben würde, noch immer unter bestimmten Eindrücken einer Notfallsituation zu leiden, weil er dies u. U. – wenn auch unzutreffenderweise – als Eingeständnis eigener Schwäche empfinden könnte.

Sofern der Eindruck entstehen sollte, daß unehrliche Äußerungen gegeben werden würden, war deshalb vorgesehen, behutsam und aufmunternd dazu zu ermutigen, die Wahrheit zu äußern. Auch sollte in einem solchen Fall zugesichert werden, daß keinerlei unangebrachte Konsequenzen zu befürchten seien: Daß jemand ausgelacht, nicht ernst genommen, als Feigling oder Schwächling betrachtet oder für eine - wie auch immer geartete - Äußerung sogar bestraft würde, sollte explizit ausgeschlossen werden; und im gleichen Zusammenhang sollte zu Beginn des Interviews unbedingt auf absolute Vertraulichkeit des Gesprächs sowie eine anonymisierte Auswertung desselben hingewiesen werden.

³⁸ Siehe S. 15-16.

Ebenfalls zu Gesprächsbeginn sollte der Interviewende sich selbst und sein (Forschungs-) Anliegen nochmals vorstellen und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung sowie deren Dauer hinweisen (vgl. GUTJAHR 1985, S. 22).

Anschließend war beabsichtigt, einige Einstiegsfragen zur Lebenssituation im Vorfeld des Notfallgeschehens und zur augenblicklichen Lebenssituation stellen, so daß die Befragten zunächst schildern könnten, in welchem individuellen biographischen Kontext das jeweilige Notfallgeschehen zu betrachten sein würde. Diese Einstiegsfragen sollten aber auch dazu dienen, die Erinnerung an eine möglicherweise schon längere Zeit zurückliegende Notfallsituation erneut zu wecken und die Möglichkeit zu bieten, sich diese nochmals zu vergegenwärtigen. In diesem Sinne heißt es auch bei Gutjahr: „Sachverhalte, die zwar grundsätzlich bewußtseinsgegenwärtig sind, aber möglicherweise zum Zeitpunkt der Befragung nicht verfügbar sein werden, müssen durch Vorfragen [weil es um Notfälle geht: behutsam] aktualisiert werden“ (GUTJAHR 1985, S. 16; Zus. v. H.K.).

Erst dann sollten die auf das eigentliche Notfallgeschehen bezogenen Fragen in der im Interviewleitfaden vorgesehen Anordnung folgen, wobei dem natürlichen Gesprächsverlauf, d. h. auch einem Gedankensprung, einer (scheinbar) zusammenhanglosen und u. U. nicht zur augenblicklich gestellten Frage passenden Antwort eines Befragten grundsätzlich Priorität gegenüber dem starren Einhalten des geplanten Gesprächsverlaufs eingeräumt wurde: Keinesfalls sollte ein befragtes Kind sich zu etwas gezwungen oder durch eine vorgegebene Anordnung von Fragen gemaßregelt fühlen.

Zum Abschluß eines jeden Gesprächs sollte schließlich die Gelegenheit gegeben werden, noch einmal unabhängig von allen konkreten Fragen und dem bisherigen Gesprächsverlauf Hinweise zu geben bzw. Dinge zu äußern, die in irgendeinen Zusammenhang mit einer erlebten Notfallsituation stehen, sofern sie die dem befragten Kind wichtig erscheinen sollten und es sie gerne noch äußern würde. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, daß ein befragtes Kind keinesfalls das Gefühl bekommt, es hätte etwas nicht sagen können bzw. sagen dürfen, weil es dazu z. B. nicht explizit aufgefordert wurde.

3.2. Durchführung einer explorativen Studie

3.2.1. Untersuchungszeitraum und Untersuchungsablauf

Die eigentliche Untersuchung wurde im Zeitraum vom 28.02.2002 bis zum 05.12.2002 durchgeführt. Dabei wurden zunächst das Landespfarramt für Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland sowie die Berufsfeuerwehren in Bochum, Bottrop, Dortmund, Duisburg, Essen, Herne, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen und Witten als jeweilige Träger des Rettungsdienstes schriftlich und mit einer offiziellen Bestätigung der Universität Dortmund über die geplante Untersuchung informiert³⁹. Im gleichen Schreiben, dem auch umfangreiches Informationsmaterial über bisherige notfallpsychologische Arbeiten beigelegt worden ist, wurde um einen persönlichen Gesprächstermin gebeten, in dem geklärt werden könnte, in welchem Rahmen eine Unterstützung des Forschungsvorhabens möglich sein würde.

Nach telefonischer Rücksprache mit dem Polizeipräsidium in Mülheim an der Ruhr wurde von einem weiteren Schreiben an Polizeidirektionen abgesehen, weil eine Unterstützung der Studie durch die Polizei im Wesentlichen schon aus arbeitsökonomischen Überlegungen heraus von vornherein ausgeschlossen wurde.

Auch die Antworten der angeschriebenen Berufsfeuerwehren und des Landespfarramtes für Notfallseelsorge fielen unterschiedlich aus: Drei Berufsfeuerwehren (Berufsfeuerwehr Bottrop, Herne und Witten) reagierten auf das genannte Schreiben nicht. Die Berufsfeuerwehr Dortmund lehnte eine Unterstützung der Studie aus organisatorischen und personellen Gründen mit großem Bedauern ab⁴⁰. Die Berufsfeuerwehr Duisburg bot ein Praktikum im Rettungsdienst an, so daß im Rahmen des Einsatzdienstes sachdienliche Informationen gewonnen werden könnten⁴¹. Auf dieses Angebot wurde jedoch nicht zurückgegriffen. Mit den Berufsfeuerwehren in Bochum, Essen und Mülheim an der Ruhr wurde stattdessen vereinbart, daß die jeweiligen Leitstellen über Notfalleinsätze des Rettungsdienstes (d. h. Einsätze mit Rettungswagen und Notarzt; keine Krankentransporte) in Kindergärten, Schulen und auf Spielplätzen informieren würden. Auf diese Weise konnte dann vor Ort Kontakt zu eventuell anwesenden, unverletzt-betroffenen Kindern aufgenommen werden, dies hat sich insgesamt 33 Mal ergeben.

³⁹ Siehe Anlagen 2 und 3.

⁴⁰ Siehe Anlage 4.

⁴¹ Siehe Anlage 5.

In besonderen Situationen, z. B. bei einem Großschadensfall mit mehreren beteiligten Kindern, sollte außerdem die unmittelbare Alarmierung des Autors der vorliegenden Arbeit erfolgen. Tatsächlich ist dies einmal geschehen, als in Mülheim an der Ruhr am 26.06.2002 auf offener Straße und in unmittelbarer Nachbarschaft einer Grundschule ein Mord verübt, d. h. ein Mann vor den Augen mehrerer Kinder erschossen wurde⁴².

Die Berufsfeuerwehr Mülheim informierte darüber hinaus das gesamte Personal ihres Rettungsdienstes und ermöglichte – ebenso wie die Berufsfeuerwehr Oberhausen - eine regelmäßige Einsichtnahme in Einsatzprotokolle des Rettungsdienstes, so daß auch aus diesen Protokollen Informationen darüber gewonnen werden konnten, welche unverletzt-betroffenen Kinder an der Einsatzstelle anwesend waren. Auf diese Weise konnte mit 17 unverletzt-betroffenen Kindern gesprochen werden.

Das Landespfarramt für Notfallseelsorge zeigte sich von vornherein sehr an einer Unterstützung der geplanten Studie interessiert und bat die leitenden bzw. koordinierenden Notfallseelsorger schriftlich darum, Kontakt zu unverletzt-betroffenen Kindern in bzw. kurz nach Notfällen herzustellen. In diesem Zusammenhang meldete sich am 18.03.2002 der koordinierende Notfallseelsorger aus Emmerich und berichtete von einem tödlichen Verkehrsunfall vor einem Gymnasium, den zahlreiche Schüler aus unmittelbarer Nähe beobachtet hatten. Dadurch konnten – mit Zustimmung der Schulleitung und der jeweiligen Eltern) 27 Interviews geführt werden.

Als weitere (zunächst unbeabsichtigte) Gelegenheit, Kontakt zu Kindern aufzunehmen, die Notfälle unverletzt-betroffen miterlebt haben, ergab sich die eigene Tätigkeit des Autors der vorliegenden Arbeit im Rettungsdienst, zumal an zahlreichen Einsatzstellen Kinder – teilweise in Begleitung ihrer Eltern - als Zuschauer anzutreffen waren. Diese Kinder bzw. deren Eltern wurden dann darum gebeten, ihren Namen und ihre Anschrift mitzuteilen, so daß in kurzem zeitlichen Abstand erneut Kontakt zu ihnen aufgenommen werden konnte. Auf diese Weise konnten 19 weitere Interviews geführt werden, so daß sich eine Gesamtzahl von 96 durchgeführten Interviews ergibt.

Im Anschluß an alle zustande gekommenen Interviews wurde schließlich nach drei bis vier Wochen noch einmal telefonisch Kontakt zu den Bezugspersonen des befragten Kindes aufgenommen um herauszufinden, ob sich in irgendeiner Hinsicht Veränderungen eingestellt haben bzw. ob das geführte Gespräch in irgendeiner Hinsicht weitere Konsequenzen

⁴² Kinder, die diese Tat beobachtet hatten, konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht befragt werden, weil eine Schulleiterin - wie im folgenden Text noch dargestellt wird – den Kontakt zu den

nach sich gezogen hat. Davon abgesehen, daß die zum Zeitpunkt der Befragung bei einigen Kindern noch andauernden Symptome von Belastungsreaktionen bis zum Telefonat offenbar abgeklungen waren und drei Kinder *von vornherein* in eine weitere Betreuung durch Notfallseelsorger bzw. Psychotherapeuten vermittelt worden sind (vgl. Abschnitt 3.3.10. der vorliegenden Arbeit), war dies – den Angaben der Bezugspersonen zufolge – jedoch niemals der Fall.

3.2.2. Exkurs zu Widerständen und Bedenken gegenüber der Untersuchung

Bei einzelnen Notfallseelsorgern, Lehrern und Schulleitern stieß der Verfasser der vorliegenden Arbeit mitunter auf massiven Widerstand bzw. eine eher ablehnende Haltung und grundsätzliche Bedenken, wenn es darum gehen sollte, in der beschriebenen Weise Kontakt zu Kindern herzustellen, die in die Studie einbezogen werden sollten.

Die Auswertung der Untersuchung im folgenden Abschnitt soll deshalb nicht erfolgen, ohne zuvor auch die sachlichen Vorbehalte zu diskutieren, die im Hinblick auf das hier vorgestellte Forschungsvorhaben von einzelnen geäußert worden sind.

3.2.2.1. Ethische Aspekte der Durchführung einer wissenschaftlichen Studie

Bei einem Konvent leitender Notfallseelsorger der evangelischen Kirche im Rheinland am 30.01.2002 in Düsseldorf wurde die Unterstützung der hier vorgestellten Arbeit v. a. aus ethischen Gründen abgelehnt: Eine wissenschaftliche Befragung von Kindern nach Notfällen sei *grundsätzlich* mit erheblichen Gefahren verbunden und damit kaum zu verantworten; Kinder zu Forschungszwecken den Belastungen einer Befragungssituation aussetzen, könne aus ethischen Gründen nicht gerechtfertigt werden.

Hierzu ist nochmals festzustellen: Die wissenschaftliche Befragung von Kindern zu Forschungszwecken bzw. der entsprechende Interviewleitfaden wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit bewußt so konzipiert, daß das entstehende Gespräch ebenso verlaufen und moderiert werden würde wie ein Gespräch im Rahmen eines Notfallseelsorge- bzw. Kriseninterventionseinsatzes, bei dem der aktuelle Forschungsstand und die zur Verfügung stehende Fachliteratur Berücksichtigung fände. Auch wurde die ggf. notwendige Vermittlung weiterer Hilfsangebote - wie beschrieben - von vornherein als selbstverständlicher Bestandteil des Forschungsdesigns angesehen⁴³.

Kindern untersagte.

⁴³ Siehe S. 63.

Der einzige Unterschied zwischen der wissenschaftlichen Befragung von Kindern und Gesprächen von Kindern mit Notfallseelsorgern besteht im Endeffekt also darin, daß die jeweiligen Aussagen der Kinder bei der wissenschaftlichen Befragung *nach* dem Gespräch – und wohlgernekt in anonymisierter Form – schriftlich fixiert und systematisch, d. h. beispielsweise im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Befragung anderer Kinder ausgewertet würden.

Die Kritik, der zufolge nun noch auf unterschiedliche Zielsetzungen von wissenschaftlichen Befragungen einerseits und forschungsunabhängig durchgeführten Gesprächen zwischen Kindern und Notfallseelsorgern andererseits hinzuweisen und somit eine weitere ethische Problematik zu thematisieren wäre, greift im Übrigen deshalb nicht, weil sie letztlich übersieht, daß auch (und gerade!) durch die wissenschaftliche Befragung betroffener Kinder explizit eine effektive Hilfeleistung angestrebt wird und somit nicht von unterschiedlichen Zielsetzungen die Rede sein kann.

Ganz im Gegenteil muß darauf hingewiesen werden, daß ein einzelnes, nicht wissenschaftlich ausgewertetes Gespräch zwischen einem Kind und einem Notfallseelsorger maximal diesem *einen* Kind helfen kann, während ein wissenschaftlich ausgewertetes Gespräch nicht nur Hilfe für das einzelne Kind beinhaltet, sondern gleichzeitig dazu beiträgt, auch die zukünftige psychologische Hilfeleistung insgesamt zu reflektieren bzw. strukturell zu verbessern.

Die Behauptung, daß die Befragung von Kindern zu Forschungszwecken aus ethischen Gründen abzulehnen ist, würde folglich auch die eigene Notfallseelsorgetätigkeit ad absurdum führen: Lehnt man eine solchermaßen wie in der vorliegenden Arbeit konzipierte Befragung zu Forschungszwecken aus ethischen Gründen ab, müsste konsequenterweise auch jedes andere Gespräch von Notfallseelsorgern mit Kindern nach Notfällen abgelehnt werden. Die vorliegende Arbeit wurde aber im Bewußtsein der Tatsache geschrieben, daß Forschung und Hilfeleistung sich einander eben nicht ausschließen, sondern vielmehr notwendig ergänzen.

3.2.2.2. Die Gefahr einer drohenden Retraumatisierung

Von einigen Notfallseelsorgern, aber auch seitens einiger Erzieher und Schulleiter wurde kritisch angemerkt, daß die geplante Befragung von Kindern deshalb problematisch ist, weil sie mit der Gefahr einer Retraumatisierung verbunden sein könnte.

Hierzu ist festzustellen, daß in der zur Verfügung stehenden Fachliteratur weitgehende Einigkeit darin besteht, daß das Sprechen über belastende Erfahrungen und Eindrücke eher hilfreich als schädlich ist, sofern dies freiwillig erfolgt (vgl. z. B. STEPAN 1995, S. 323; STEPAN/JATZKO 2000; LASOGGA/GASCH 2002b, S. 118-120; HAUSMANN 2003, S. 240). Die Teilnahme an den Befragungen sollte vor diesem Hintergrund – wie beschrieben – nur dann erfolgen, wenn die Kinder dies auch selbst möchten. Sofern Eltern als Erziehungsberechtigte einer Teilnahme an der Befragung zustimmen würden, ein Kind aber eher ablehnendes bzw. ängstlich-unkooperatives Verhalten zeigen sollte, wäre von einer Befragung des Kindes selbstverständlich abzusehen⁴⁴: Hierdurch würde nicht zuletzt auch berücksichtigt, daß Menschen nach Notfallsituationen mitunter sehr individuelle Bearbeitungsstrategien entwickeln und es durchaus Menschen gibt, die eben nicht über das Erlebte sprechen möchten (sondern es stattdessen auf eine andere Weise bearbeiten).

Allerdings könnte es sich bei der Ablehnung einer Teilnahme an der Befragung dann durchaus auch um Verdrängungsstrategien, Vermeidungsverhaltensweisen bzw. einen inneren Rückzug als Symptom einer sich bereits anbahnenden Posttraumatischen Belastungsstörung handeln. Um diese Tatsache zu berücksichtigen, wurde ein Schreiben entworfen, daß insbesondere auch denjenigen Eltern ausgehändigt werden sollte, deren Kinder eben nicht an der Befragung teilnehmen wollen⁴⁵.

Unabhängig von diesen Ausführungen muß allerdings noch darauf hingewiesen werden, daß es letztlich ohnehin nicht sinnvoll (und in der Praxis auch nicht möglich!) ist, Menschen, die einmal ein Notfallereignis miterlebt haben, womöglich dauerhaft und für immer von jeder wissenschaftlichen Studie (bzw. jedem Gespräch!) zu notfallbezogenen Themen auszuschließen: Auf diese Weise würde das eigentliche Notfallgeschehen stattdessen nur tabuisiert, wodurch z. B. auch die Entwicklung eines Vermeidungsverhaltens sicherlich noch gefördert und einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Erlebten zweifellos eher entgegengewirkt würde (vgl. DASCHNER 2001, S. 95).

Im Übrigen wird übersehen, daß die erneute Konfrontation mit einem früheren, evtl. noch nicht abschließend verarbeiteten Erlebnis – auch bei zahlreichen anderen Gelegenheiten im zukünftigen Leben eines Menschen drohen könnte. In diesem Zusammenhang muß dann aber darauf hingewiesen werden, daß es wohl günstiger wäre, wenn der Bedarf einer notfallpsychologischen Hilfe im Rahmen der wissenschaftlichen Befragung festgestellt wird

⁴⁴ Siehe S. 62.

⁴⁵ Siehe Anhang 6.

(zumal dann, wie beschrieben, entsprechende Hilfsangebote vermittelt werden könnten), als mehr oder weniger zufällig, irgendwann und irgendwo, d. h. in einer Situation, in der weder die diagnostische Kompetenz des Befragenden noch das sofortige Angebot der Vermittlung weiterer Hilfe zur Verfügung steht.

3.2.2.3. Auftrag der Notfallseelsorge

Der leitende Notfallseelsorger einer großen kreisfreien Stadt im Ruhrgebiet stand der vorliegenden Arbeit v. a. deshalb ablehnend gegenüber, weil „die Unterstützung wissenschaftlicher Studien nun einmal nicht sein Auftrag“ sei. Zudem äußerten auch andere Notfallseelsorger, vorrangig Menschen *helfen* – und eben keine wissenschaftliche Forschung betreiben zu wollen.

Hierzu ist zunächst erneut festzustellen, daß wissenschaftliche Forschung und seelsorgerliche Hilfeleistung sich keinesfalls einander ausschließen. Stattdessen ist darauf hinzuweisen, daß professionelles Handeln – übrigens auch aus der eigenen Sicht von Notfallseelsorgen – nicht nur theologische Kenntnisse bzw. den eigenen Glauben voraussetzt, sondern unabdingbar auch eine fachliche Qualifikation auf der Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse (vgl. insbesondere MÜLLER-LANGE 2001, S. 56 u. 285ff).

Zugleich ist es ein weiteres Merkmal von Professionalität, daß man sich an der Weiterentwicklung und der kritischen Reflektion des eigenen Handelns sowie der eigenen Wissensbasis beteiligt (vgl. MÜLLER-LANGE 2001, S. 312-313). In diesem Zusammenhang stellt sich dann jedoch die Frage, wo denn praxisrelevante, gesicherte Erkenntnisse für den Umgang mit Menschen in Notfallsituationen gewonnen werden sollen, wenn nicht im unmittelbaren Kontakt mit Menschen in oder nach Notfallsituationen!

Hier könnte nahezu von einer paradoxen Situation die Rede sein, sofern zwar die Notwendigkeit gesehen wird, notfallpsychologische Erkenntnisse im Rahmen notfallseelsorgerlicher Tätigkeit zu berücksichtigen, dann aber die Gewinnung neuer notfallpsychologischer Erkenntnisse – aus welchem Grunde auch immer – abgelehnt wird.

3.2.2.4. Die fehlende Notwendigkeit der Forschung

Mehrere Notfallseelsorger lehnten Ihre Unterstützung der vorliegenden Arbeit mit der Begründung ab, prinzipiell keine Notwendigkeit einer weiteren Forschung zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern zu sehen.

Hierzu ist festzustellen: Die wissenschaftliche Forschung zur Notfallpsychologie im Allgemeinen und zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern im Besonderen wurde erst vor wenigen Jahren begonnen. Wenngleich das Erleben und die Verhaltensweisen von Menschen in Notfällen bzw. einzelne Notfallauswirkungen auf betroffene Menschen inzwischen mehrfach untersucht worden sind und auch mehrere Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe entwickelt wurden, sind zahlreiche Fragestellungen bislang unbeantwortet geblieben. Hierzu wird insbesondere auf Abschnitt 2 der vorliegenden Arbeit verwiesen, in dem die Defizite der aktuellen Forschungslage ausführlich dargestellt werden⁴⁶.

Ansonsten darf nicht unerwähnt bleiben, daß es ein utopischer Irrglaube bzw. sogar sachlich falsch ist anzunehmen, daß es überhaupt eine wissenschaftliche Arbeit geben könnte, die zu einem bestimmten Zeitpunkt endgültig abgeschlossen wäre; der Prozess der Erkenntnisgewinnung ist definitionsgemäß ohnehin *niemals* beendet.

3.2.2.5. Kritik an der bisherigen notfallpsychologischen Forschung

Teilweise wurde die vorliegende Arbeit mit dem Argument abgelehnt, daß ohnehin – wie in der bisherigen notfallpsychologischen Forschung auch – wieder nur „Banalitäten“ herausgefunden würden, d. h. Dinge, die sowieso auf der Hand lägen und keiner weiteren Erklärung oder Diskussion, v. a. aber keiner wissenschaftlichen Untersuchung bedürften.

Hierzu ist festzustellen, daß es in der Tat offenbar eine Diskrepanz zwischen der kognitiven Nachvollziehbarkeit bzw. dem kognitiven Verständnis der notfallpsychologisch erarbeiteten Forderungen einerseits und der praktischen Umsetzung dieser Forderungen im Bedarfsfall gibt (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 109). In diesem Zusammenhang darf jedoch nicht übersehen werden, daß sich die notfallpsychologische Forschung seit Jahren gerade auch darum intensiv bemüht, die Vermittlung und Umsetzung theoretischer Erkenntnisse in die Praxis zu fördern. So wurden z. B. zahlreiche Trainingskonzepte zur Psychischen Ersten Hilfe für unterschiedliche Zielgruppen entwickelt und teilweise auch bereits evaluiert (vgl. z. B. BOURAUEL 1994; LASOGGA/GASCH 1997; BENDEL/CARL 1997).

Außerdem muß darauf hingewiesen werden, daß die Kritik an der „Banalität“ von Ergebnissen notfallpsychologischer Forschung letztlich dadurch relativiert wird, daß in einer Vielzahl von Studien gerade die Nichtbeachtung (offenbar eben nur scheinbar) einfacher

⁴⁶ Siehe S. 55-57.

Grundsätze bei der Betreuung bzw. Hilfeleistung von den Betroffenen kritisiert worden ist (vgl. z. B. LASOGGA 2001a; b u. c).

Im Übrigen muß vehement der Annahme widersprochen werden, derzufolge das angemessene Verhalten gegenüber Notfallbetroffenen sozusagen automatisch und auf eine geradezu selbstverständliche Weise korrekt erfolgen würde. Weil gerade *nicht* immer das richtig ist, was man möglicherweise intuitiv tun würde (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 110-112), bedarf es umso mehr der wissenschaftlichen Forschung, um zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen und das eigene Handeln im Umgang mit Notfallbetroffenen begründen und legitimieren zu können.

Zwei Beispiele verdeutlichen dies sehr anschaulich: So ist noch immer die Vorstellung weit verbreitet, Verstorbene so in Erinnerung zu behalten, „wie man sie gekannt hat“. Wissenschaftlich nachweisbar ist jedoch, daß der „visuelle Abschied“, d. h. das bewußte Ansehen eines Verstorbenen, Trauerprozesse bzw. die Bewältigung eines Todesfalls in besonderem Maße positiv beeinflussen kann (vgl. z. B. DASCHNER 2001, S. 86). Und bezogen auf Kindernotfälle äußerten in einer eigenen Studie des Autors der vorliegenden Arbeit zahlreiche Rettungsassistenten, daß Versuche der Ablenkung zu den zweifellos wirksamsten Maßnahmen im Rahmen der Betreuung von verletzten oder akut erkrankten Kindern gehören. Auch dieser Vorstellung kann inzwischen nicht mehr uneingeschränkt zugestimmt werden (vgl. KARUTZ 2001, S. 75 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 125).

3.2.2.6. Datenschutzrechtliche Bedenken

Eine Schulleiterin lehnte es von vornherein - und ohne nähere Erläuterungen zur geplanten Vorgehensweise erhalten zu haben - ab, die in der vorliegenden Arbeit beschriebene Studie zu unterstützen, weil diese aus datenschutzrechtlichen Gründen ohnehin und generell nicht durchführbar sei. Eine andere Schulleiterin untersagte sogar jeden (!) Kontakt zu Schülern, weil es - ebenfalls aus datenschutzrechtlichen Gründen - nicht zulässig sei, daß Personen, die nicht zur Schulgemeinde gehören, mit den Kindern auf dem Schulgelände sprechen.

Hierzu ist festzustellen, daß die geschilderten datenschutzrechtlichen Bedenken insgesamt unbegründet sind: Selbstverständlich dürfen Kinder nicht an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilnehmen, ohne daß die Eltern zuvor ihre Zustimmung gegeben haben. Stimmen die Eltern der betroffenen Kinder einer Teilnahme an der Studie jedoch zu, sind da-

tenschutzrechtliche Sorgen unbegründet. Im Übrigen sollte die Auswertung der Studie – wie bereits beschrieben – ohnehin anonymisiert erfolgen⁴⁷.

3.3. Auswertung einer explorativen Studie

3.3.1. Angaben zu den befragten Kindern

Bei den 96 befragten Kindern handelte es sich um 41 Jungen im Alter von 5 bis 16 Jahren (Durchschnittsalter 10,4 Jahre) und 55 Mädchen im Alter von 4 bis 16 Jahren (Durchschnittsalter 9,8 Jahre). Das Gesamtdurchschnittsalter liegt somit bei 10 Jahren (Median = 11). 9 befragte Kinder waren der Altersgruppe zwischen zwei und sechs Jahren, d. h. der präoperationalen Phase der kognitiven Entwicklung zuzuordnen. 25 befragte Kinder waren im Alter zwischen 7 und 10 Jahren, d. h. in der konkret-operationalen Entwicklungsphase, und 62 befragte Kinder befanden sich im Alter zwischen 11 und 16 Jahren, d. h. der formal-operationalen Entwicklungsphase. Im Sinne der o. g. Definition waren alle befragten Kinder *sekundär* von einem Notfallgeschehen betroffen und dementsprechend *körperlich unverletzt*⁴⁸.

Vier Kinder lehnten eine Befragung ab bzw. zeigten ein eher ablehnend-verängstigtes Verhalten, so daß von einer Befragung abgesehen worden ist, obwohl die Eltern bereits ihre Erlaubnis zur Durchführung der Interviews gegeben hatten. In sieben weiteren Fällen entschieden die Eltern, daß ihr Kind nicht befragt werden sollte. Die jeweiligen Begründungen für diese Entscheidungen wurden leider nicht erfasst. Auch ist im Nachhinein unklar, ob diese Entscheidungen in Abstimmung mit den Kindern getroffen worden sind oder – was durchaus auch denkbar wäre – einige Eltern eine Befragung abgelehnt haben, während ihre Kinder gerne teilgenommen hätten.

Darüber hinaus erlaubten zwei Schulleiterinnen nach Notfallsituationen in ihren Schulen grundsätzlich keinerlei Befragungen von Kindern; sie begründeten dies – wie bereits beschrieben und wenn auch unzutreffenderweise⁴⁹ – mit datenschutzrechtlichen Bedenken.

Schließlich wurden zwei türkische Kinder nicht befragt, obwohl die entsprechende Einwilligung der Eltern vorlag und sie durchaus auch bereit dazu gewesen wären, weil nach Auskunft ihrer Klassenlehrerinnen offenbar nur sehr mangelhafte Sprachkenntnisse vorhanden

⁴⁷ Siehe S. 64.

⁴⁸ Siehe S. 16-17.

waren und eine angemessene Verständigung dadurch von vornherein ausgeschlossen schien.

Wohlgemerkt wurde jedoch *allen* Eltern – d. h. auch denjenigen Eltern, deren Kinder – warum auch immer – letztlich *nicht* befragt worden sind - ein (bereits erwähntes) Schreiben ausgehändigt, das über mögliche Belastungsreaktionen nach dem Miterleben eines Notfallgeschehens informierte und einige Kontaktanschriften mit Hilfsangeboten enthielt⁵⁰. Bei den zwei türkischen Kindern wurde dieses Schreiben ihrer türkischen Klassenlehrerin ausgehändigt, die sich dazu bereit erklärt hatte, den Text des Briefes für die Eltern der Kinder zu übersetzen.

28 der befragten Kinder (29,2 %) gaben an, vergleichbare Vorerfahrungen mit anderen Notfallsituationen gemacht zu haben. Als solche Vorerfahrungen wurden genannt: Unfälle in der Schule (11 Nennungen), Verkehrsunfälle (8 Nennungen), Todesfälle in der Familie (6 Nennungen) sowie (eigene) Krankenhausaufenthalte (3 Nennungen).

Für 73 der befragten Kinder (76,0 %) war der jeweilige Notfallpatient kein Fremder, sondern ein Freund bzw. Schulkamerad⁵¹ (69 Nennungen), der Bruder (2 Nennungen), der Vater oder die Mutter (jeweils 1 Nennung).

3.3.2. Angaben zu den Befragungssituationen

65 Kinder wurden alleine befragt. Bei 31 Kindern waren während des Gesprächs weitere Personen anwesend, und zwar nur die Mutter (7x), Vater und Mutter (2x) oder ein Notfallseelsorger (22x).

57 Gespräche fanden in Besprechungs- bzw. Klassenräumen von Schulen statt; 39 Gespräche wurden in den Wohnungen der jeweiligen Familien geführt.

Die Gespräche dauerten durchschnittlich 57,2 Minuten; das kürzeste Gespräch dauerte 30, das längste Gespräch 110 Minuten.

3.3.3. Angaben zu den Notfallsituationen

Anlaß für die Befragungen waren insgesamt 29 verschiedene Notfallsituationen, in denen – der Definition des Notfallbegriffs in Abschnitt 1 und der Planung der Studie in Abschnitt

⁴⁹ Siehe S. 73-74.

⁵⁰ Siehe Anlage 6.

⁵¹ Eine sichere Unterscheidung bzw. Abgrenzung schien hier nicht immer möglich.

3.1. der vorliegenden Arbeit entsprechend⁵² – der Rettungsdienst angefordert worden war und mindestens eine Person von ihm notfallmedizinisch versorgt werden musste.

Diese Notfälle ereigneten sich zwischen zehn und 22 Uhr, und es handelte sich dabei überwiegend um chirurgische Notfälle (20; 69 %), jedoch ebenso um internistische Notfälle (6; 20,7 %), psychiatrische Notfälle (2; 0,6 %) und einen pädiatrischen Notfall (0,29 %).

Zum Zeitpunkt der Befragungen lagen die Notfälle zwischen einer Woche und acht Monaten zurück.

Notfallorte waren der Straßenverkehr (10 mal), Sporthallen bzw. Sportplätze (6 mal), das Schulgebäude bzw. Schulgelände (3 mal), Wohnungen (3 mal), Kaufhäuser (2 mal) sowie ein Schwimmbad, ein Kinderspielplatz, ein Waldgebiet, ein Freizeitpark und eine Reithalle.

Die Verletzungen bzw. Erkrankungen, die die jeweiligen Betroffenen erlitten hatten, können – auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Informationen⁵³ - in 16 der 29 Notfälle (55, 2 %), auf die sich die vorliegende Studie bezieht, als durchaus schwer⁵⁴ bzw. sogar lebensbedrohlich, in den übrigen Fällen als eher leicht eingeschätzt werden. Bei einem der hier thematisierten Notfälle ist der Patient verstorben. Den Notfällen mit schwer Verletzten können 63 der befragten Kinder zugeordnet werden, den Notfällen mit eher leicht Verletzten 33.

Bei den eingesetzten Rettungsmitteln bzw. Einsatzkräften handelte es sich in allen 29 Fällen mindestens um die Besatzung eines Rettungswagens; in 17 Fällen wurde zusätzlich auch ein Notarzt-Einsatzfahrzeug eingesetzt. Bei neun Notfällen war außerdem auch die Polizei angerückt; und bei sechs Notfällen befanden sich Fahrzeuge der Feuerwehr oder weitere Einsatzkräfte des Rettungsdienstes im Einsatz. Bei einem Notfall wurde der bodengebundene Rettungsdienst durch den Notarzt eines Rettungshubschraubers unterstützt, ebenfalls nur bei einem Notfall war ein Notfallseelsorger an der Einsatzstelle.

Dritte (d. h. im wesentlichen Zuschauer, aber auch Angehörige des Patienten) waren bei fast allen Notfällen in großer Zahl vertreten; durchschnittlich befanden sich bei den in der

⁵² Siehe S. 6-16 u. 58-65.

⁵³ Siehe Fußnote 9 in Anlage 7.

⁵⁴ Als „schwer“ wurde eine Verletzung dann eingeschätzt, wenn sie offenbar *sehr starke* Schmerzen verursacht hat, mit *erheblichem* Blutverlust verbunden war, von einem Knochenbruch im Bereich der großen Röhrenknochen an den Armen oder Beinen ausgegangen werden musste oder es durch sie zu einer *offensichtlichen* Störung der Vitalfunktionen gekommen war (z. B. bei Bewußtlosigkeit oder Atemnot).

vorliegenden Studie untersuchten Situationen - zusätzlich zum Notfallpatienten und den Einsatzkräften – 20,7 weitere Personen vor Ort.

Zur weiteren Verdeutlichung bzw. zur besseren Nachvollziehbarkeit und als Ergänzung der Tabelle 18⁵⁵, in der die *objektivierbaren* Merkmale der Notfallsituationen zusammengefasst sind, sollen die folgenden Beschreibungen des Geschehens und des Verhaltens der Beteiligten dienen. Ein Anspruch auf absolute Vollständigkeit der Darstellung kann verständlicherweise jedoch auch durch sie *nicht* erhoben werden:

- Notfall 1: Nach dem Unterrichtsende stehen zahlreiche Schüler eines Gymnasiums an einer Haltestelle und warten auf den Schulbus. Ein 16jähriger Junge will währenddessen mit seinem Fahrrad nach Hause fahren und rollt unmittelbar im Bereich der Bushaltestelle auf die Fahrbahn. Dabei wird er von einem herannahenden Bagger erfasst und überrollt. Lebensbedrohlich verletzt, im Kopf- und Brustbereich stark blutend, bleibt der Junge bewußtlos liegen. Die folgenden Reanimationsmaßnahmen durch einige Ersthelfer und den Rettungsdienst laufen zunächst unmittelbar vor den Augen der auf den Schulbus wartenden Schüler ab und werden nach einiger Zeit im Rettungswagen fortgesetzt. Dennoch verstirbt der verletzte Junge kurze Zeit später.
- Notfall 2: Beim Sportfest klagt ein 15jähriges Mädchen über Schwindelgefühl und Übelkeit, bevor sie vor den Augen einiger Mitschüler zusammenbricht und einige Minuten bewußtlos ist, bis schließlich der Rettungsdienst eintrifft und das Mädchen ins Krankenhaus transportiert.
- Notfall 3: In einer Freizeitanlage ist eine Frau mit Inline-Skates vor den Augen einiger Kinder gestürzt. Sie kann zunächst aufstehen, empfindet dann aber einen heftigen Schmerz im Rücken und ist gezwungen, in einer gekrümmten Schonhaltung halbsitzend auszuharren. Ihre Versorgung durch den Rettungsdienst – u. a. die Anlage einer Infusion, die Gabe von Schmerzmitteln und die aufwendige Immobilisation der Wirbelsäule mit einer Halskrause und einer Vakuummatraze – wird auch von mehreren Kindern beobachtet.
- Notfall 4: In unmittelbarer Nähe eines Kinderspielplatzes beobachten einige Kinder, daß ein Mann offenbar einen hirnbedingten Krampfanfall erleidet. Er erbricht, liegt blau angelaufen und heftig zuckend auf dem Gehweg. Passanten alarmieren daraufhin den

⁵⁵ Siehe Anlage 7.

Rettungsdienst, der nach wenigen Minuten eintrifft, krampflösende Medikamente verabreicht und den Patienten ins Krankenhaus transportiert.

- Notfall 5: Bei einer Radtour wird ein Ehepaar, das mit seinem Sohn und einem Freund des Sohnes gemeinsam unterwegs ist, auf einen älteren Herrn aufmerksam, der am Rand des Weges auf dem Boden sitzt und offenbar akute Atemnot hat. Der Familienvater alarmiert daraufhin per Mobiltelefon den Rettungsdienst und sorgt dafür, daß die Einsatzkräfte eingewiesen werden (der Notfallort liegt in einem kleinen Waldweg). Bis der Rettungsdienst eintrifft und mit der Behandlung eines vermuteten Herzinfarktes beginnt, wird der Patient von der Ehefrau und den beiden Kindern betreut.
- Notfall 6: Im Sportunterricht wird ein 9jähriges Mädchen an der Hand verletzt und klagt daraufhin über sehr starke Schmerzen. Ihre Klassenkameradinnen werden von der Sportlehrerin angewiesen, den Rettungsdienst zu benachrichtigen und aus dem Schulsekretariat Material zum Kühlen zu holen. Vom Rettungsdienst wird die verletzte Hand einige Minuten später mit einer Vakuumschiene fixiert.
- Notfall 7: Im Beisein seiner Mutter erlebt ein 6jähriger Junge mit, wie ein Motorradfahrer beim Abbiegen in eine Seitenstraße stürzt und regungslos liegen bleibt, während ihm herbeieilende Passanten bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes Erste Hilfe leisten. Die Versorgung des Rettungsdienstes umfasst anschließend u. a. die Gabe von Infusionen, die künstliche Beatmung, die Immobilisierung der Halswirbelsäule und die Lagerung auf einer Vakuummatraze.
- Notfall 8: Bei einer Klassenfahrt unternehmen fünf Jungen verbotenerweise und ohne Wissen der aufsichtsführenden Lehrerin eine nächtliche Wanderung durch den Wald. Dabei stürzt ein Junge und zieht sich eine offene und stark blutende Unterschenkelfraktur zu. Die anderen Jungen leisten ihrem verletzten Freund daraufhin Erste Hilfe, tragen ihn gemeinsam bis zu einer Straße und können dort ein vorbeifahrendes Fahrzeug anhalten, dessen Fahrer mit einem Funktelefon den Rettungsdienst alarmiert. Die eingetroffenen Einsatzkräfte legen dem Betroffenen dann einen Verband an und stellen das verletzte Bein mit einer Schiene ruhig.
- Notfall 9: Ein offenbar betrunkenener Mann stürzt auf dem Gehweg und zieht sich dabei eine stark blutende Kopfplatzwunde zu. Vom Wohnzimmerfenster aus wird dieses Geschehen zufällig von einem 15jährigen Mädchen beobachtet, das daraufhin seine Mutter informiert. Gemeinsam mit anderen Passanten leistet die Mutter des Kindes bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes und der Polizei Erste Hilfe. Schließlich wird das

15jährige Mädchen Zeuge davon, wie der Verletzte, der sich zwischenzeitlich offenbar als ein den Einsatzkräften bekannter Obdachloser herausgestellt hat, sehr unsanft auf die Trage gelegt und schließlich in ein Krankenhaus transportiert wird.

- Notfall 10: Vor der Augen ihrer sieben Jahre alten Tochter fügt sich eine psychisch kranke Mutter - offenbar in suizidaler Absicht - stark blutende Schnittverletzungen an beiden Unterarmen zu. Die Tochter, die bereits zu diesem Zeitpunkt in einem Heim lebte, alarmiert daraufhin den Rettungsdienst, läuft auf die Straße und zeigt den eintreffenden Einsatzkräften den Weg zum Notfallort.
- Notfall 11: Vor dem Kindergarten wird ein fünf Jahre alter Junge von einem Auto angefahren. Er erleidet Kopfverletzungen und einen Beinbruch. Mehrere Kinder sehen dieses Notfallgeschehen und bleiben als Zuschauer vor Ort, um – überwiegend im Beisein ihrer Eltern – den Einsatz des Rettungsdienstes zu verfolgen. Der verletzte Junge erhält zunächst noch auf der Straße Medikamente und Infusionen, wird auf eine Vakuummatraze gelegt und anschließend in den Rettungswagen eingeladen.
- Notfall 12: Ein 13jähriges Mädchen, die bekanntermaßen zuckerkrank ist, erleidet während der Pause in der Schule eine akute Unterzuckerung. Vor den Augen gleichaltriger Klassenkameraden wird sie plötzlich blass, erbricht und verliert das Bewusstsein. Freundinnen des ohnmächtigen Mädchen alarmieren über das Sekretariat der Schule den Rettungsdienst; ein Lehrer bringt die Betroffene in die stabile Seitenlage und betreut sie bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes. Nach der Gabe eines glukosehaltigen Medikamentes wird die Patienten nach kurzer Zeit wieder wach.
- Notfall 13: In der Reithalle stürzt ein 12jähriges Mädchen im Beisein zweier Freundinnen von ihrem Pferd. Sie klagt daraufhin über starke Rückenschmerzen. Von einer Reitlehrerin wird der Rettungsdienst benachrichtigt, der die Verletzte nach Auskunft der befragten Kinder vorsichtig auf eine Vakuummatraze legt und ins Krankenhaus transportiert.
- Notfall 14: Im Schwimmbad erleidet ein etwa 60jähriger Mann offenbar einen Herzinfarkt. Er bricht vor den Augen eines neun- und eines zehnjährigen Jungen, die in unmittelbarer Nähe schwimmen, am Beckenrand zusammen. Die beiden Jungen schauen zu, während ein Mitarbeiter des Schwimmbades Erste Hilfe leistet und Sauerstoff verabreicht. Als der Rettungsdienst eintrifft, wird eine Decke ausgebreitet, um den Patienten vor den Blicken der Zuschauer zu schützen.

- Notfall 15: Beim Rosenmontagszug stürzt ein 16 Jahre altes Mädchen zu Boden und wird von einem Motivanhänger überrollt. Sie erleidet eine lebensbedrohliche Mehrfachverletzung (Polytrauma) und wird unmittelbar nach dem Unfall von herbeigeeilten Sanitätshelfern versorgt. Wenig später treffen ein Rettungswagen (RTW) und ein Notarzt-Einsatzfahrzeug an der Einsatzstelle ein: Das Mädchen bekommt von den Einsatzkräften daraufhin eine Infusion und Medikamente, es wird auf eine Vakuummatraze gelegt und mit dem RTW in ein nahegelegenes Krankenhaus transportiert. Es sind zahlreiche Zuschauer anwesend, die teilweise die Rettungsarbeiten bzw. insbesondere die Abfahrt des Rettungswagens behindern.
- Notfall 16: Während des Kunstunterrichts stürzt ein 10jähriges Mädchen im Klassenraum auf eine Tischkante, fällt zu Boden und gibt daraufhin an, sie könne nicht mehr aufstehen. Die Lehrerin veranlasst zwei Schüler, ins Sekretariat zu laufen und den Rettungsdienst zu alarmieren. Währenddessen bleibt die Verletzte auf dem Boden liegen und wird von der Lehrerin betreut.
- Notfall 17: Die Besatzung eines Streifenwagens wird auf eine männliche Person aufmerksam, die scheinbar bewusstlos auf einer Gartenmauer sitzt und einen hilfsbedürftigen Eindruck macht (später stellt sich eine akute Alkoholintoxikation heraus). Sie fordert einen Rettungswagen an, der kurz darauf an der Einsatzstelle eintrifft. Ein siebenjähriger Junge sieht gemeinsam mit seiner Mutter zu, wie die Einsatzkräfte zunächst den Betrunkenen ansprechen und versuchen herauszufinden, wie ihm geholfen werden könnte. Nach einiger Zeit wird der Patient auf die Krankentrage gelegt und in ein Krankenhaus transportiert.
- Notfall 18: Auf dem Schulhof gibt es eine Schlägerei. Ein 15jähriger Junge verliert durch einen Schlag ins Gesicht vor den Augen zahlreicher Klassenkameraden einen Zahn und blutet aus dem Mund und aus der Nase. Nach kurzer Zeit kommen einige Lehrer hinzu, die die streitenden Jungen zunächst voneinander trennen.
- Notfall 19: Beim Herumtoben auf dem Klettergerüst eines Spielplatzes stürzt ein 10jähriger Junge zu Boden und bleibt mit offenbar starken Schmerzen weinend auf dem Boden liegen. Ein neunjähriges Mädchen ist dabei und sieht zu, wie der Rettungsdienst eintrifft und den verletzten Jungen nach einer kurzen Untersuchung abtransportiert.
- Notfall 20: Ein zweijähriger Junge erleidet im Beisein seiner Eltern und seiner fünf Jahre alten Schwester einen Fieberkrampf und bleibt bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes bewusstlos.

- Notfall 21: Ein 45jähriger Mann klagt plötzlich über extrem starke Schmerzen, die offenbar durch Nierenkoliken verursacht wurden. Die Besatzung eines Rettungswagens transportiert den Betroffenen daraufhin in ein Krankenhaus. Während der Fahrt dorthin sitzt der 9jährige Sohn des Patienten auf dem Beifahrersitz des Rettungswagens und hört, wie der Vater zeitweise vor Schmerzen schreit und darum bittet, ihm ein Schmerzmittel zu geben.
- Notfall 22: Bei einem Verkehrsunfall wird ein 14jähriger Junge von der Straßenbahn angefahren und lebensgefährlich verletzt. Ein gleichaltriger Freund ist dabei in unmittelbarer Nähe und wird deshalb kurze Zeit später, noch an der Einsatzstelle, von der Polizei als Unfallzeuge vernommen.
- Notfall 23: Auf einer Hauptverkehrsstraße ereignet sich ein Verkehrsunfall, bei dem ein älterer Mann eine Verletzung der Halswirbelsäule erleidet und drei PKW so schwer beschädigt werden, daß sie anschließend nicht mehr fahrtüchtig sind. Ein vierjähriges Mädchen sieht bei den Rettungs- und Bergungsarbeiten gemeinsam mit seiner Mutter und seiner Großmutter zu.
- Notfall 24: Im Sportunterricht stolpert ein 11jähriger Junge, stürzt zu Boden und erleidet dabei eine Knöchelfraktur. Der Rettungsdienst legt vor den Augen der Klassenkameraden eine Schiene an, legt den Verletzten auf eine Krankentrage und transportiert ihn zum Krankenhaus.
- Notfall 25: Beim Fußballspielen bricht sich ein 13jähriger Junge ein Handgelenk. Die Bruchstelle ist deutlich sichtbar, und der Verletzte hat offensichtlich starke Schmerzen. Die Rettungsleitstelle entsendet dennoch zunächst nur einen Krankentransportwagen ohne Sondersignal, so daß es einige Zeit dauert, bis der Rettungsdienst eintrifft. Von der Besatzung des Krankentransportwagens wird dann erst, als die schwere der Verletzung erkannt worden ist, ein Rettungswagen mit umfangreicherer Ausstattung und ein Notarzt-Einsatzfahrzeug nachgefordert. Als der Notarzt schließlich vor Ort ist, verabreicht er dem verletzten Jungen ein Schmerzmedikament. Anschließend wird das gebrochene Handgelenk mit einer Schiene ruhig gestellt, und der Betroffene wird in ein Krankenhaus transportiert.
- Notfall 26: Bei einem Fußballspiel auf dem Sportplatz stoßen zwei Schüler mit dem Kopf so heftig aneinander, daß ein 12jähriger Junge benommen zu Boden sinkt. Die Rettungsleitstelle entsendet zu diesem Einsatz einen Rettungswagen sowie einen Rettungshubschrauber mit Notarzt an Bord. Zur Absicherung von Start und Landung dieses

Hubschraubers kommt auch die Feuerwehr und ein Streifenwagen der Polizei zur Einsatzstelle. Die medizinische Versorgung des verletzten Jungen findet jedoch zunächst im Rettungswagen statt; die übrigen Mitglieder der Fußballmannschaften warten am Rand des Spielfeldes ab, was geschieht. Schließlich wird der Verletzte mit dem Rettungswagen in die Spezialklinik einer Nachbarstadt transportiert.

- Notfall 27: In der Türe eines Kaufhauses quetscht sich ein 7jähriger Junge einen Finger; seine fünf Jahre alte Schwester und seine Mutter sind dabei. Alle drei werden mit dem Rettungswagen in ein Krankenhaus transportiert; der verletzte Finger wurde zuvor verbunden.
- Notfall 28: Beim Turntraining in einer Sporthalle renkt sich ein 12jähriges Mädchen offensichtlich eine Kniescheibe aus. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes wird die Verletzte von Freundinnen betreut. Die Besatzung des Rettungswagens lagert die Betroffene dann auf einer Vakuummattze und transportiert sie in ein Krankenhaus.
- Notfall 29: Beim Spielen bzw. Klettern an einem Gerüst stürzt ein 10jähriger Junge im Beisein von drei Freunden ab und bricht sich ein Handgelenk. Passanten alarmieren einen Rettungswagen, der kurz darauf eintrifft. Das Handgelenk wird vor dem Transport ins Krankenhaus zunächst mit einer Schiene ruhiggestellt.

Eine detaillierte Zuordnung des Alters und des Geschlechts der befragten Kinder zu diesen Notfallsituationen geht abschließend aus der Tabelle 19 in Anlage 8 hervor.

3.3.4. Angaben zum Verhalten Dritter (Tab. 8)

Vorbemerkung: Bei diesen und den folgenden Angaben wurden ähnliche Aussagen mehrerer befragter Kinder für die Auswertung zusammengefasst und tabellarisch kategorisiert⁵⁶. Zur Verdeutlichung werden jeweils *einige* Aussagen - beispielhaft - als unmittelbares Zitat wiedergegeben.

Das Verhalten Dritter (d. h. von Personen, die außer dem Notfallpatienten und den befragten Kindern an der Einsatzstelle waren) wurde überwiegend als untätiges Zuschauen beschrieben; entsprechende Angaben machten 82 Kinder („Die anderen haben nur wie gebannt dagestanden und zugeschaut“ / „Die anderen haben nur herumgestanden und nichts getan“).

⁵⁶ Die Zuordnung der Aussagen in die einzelnen Kategorien bzw. auch die Bildung und die Bezeichnung der Kategorien an sich wurde dabei – unabhängig voneinander - von einem Diplom-Pädagogen und einem Diplom-Gesundheitswissenschaftler nochmals überprüft.

54 Kinder wiesen darauf hin, daß offenbar ein großes Informationsbedürfnis bestanden hat bzw. Neugierde geweckt wurde („Viele haben gefragt, was denn überhaupt passiert ist“ / „Viele sind extra angelaufen gekommen, um zu sehen, was los ist“). 19 weitere Äußerungen bezogen sich auf die Beschreibung von starken emotionalen Reaktionen („Da haben ganz viele geweint“), und vierzehn mal wurde in diesem Zusammenhang auch berichtet, daß andere (Kinder) - offenbar vor Schreck - vom Notfallort weggelaufen sind.

Zwölf mal wurde auf unangemessene verbale Äußerungen von Dritten hingewiesen („Ey cool, da ist einer abgenippelt“ / „Geil, ich habe einen Toten gesehen“ / „Ruft lieber gleich einen Leichenwagen, ich habe den Schädel knacken hören“), während zehn Kinder angaben, daß zumindest einzelne Personen durchaus auch Hilfe leisteten („Der Hausmeister und ein Lehrer waren die einzigen, die Hilfe geleistet haben“ / „Mein Vater hat dem Mann eine Jacke unter den Kopf gelegt, damit er besser Luft bekommen hat“).

Darüber hinaus wurde auf einige herausragende individuelle Verhaltensweisen hingewiesen: So beschrieben fünf Kinder beispielsweise das zunächst unverständlich erscheinende Verhalten eines Mitschülers am Notfallort, der – als er von der Verletzung seines Schulkameraden hörte – auf den Boden gespuckt und anschließend den Hitlergruß gezeigt hatte. Schließlich zeigten sich drei andere Kinder vom Verhalten einer Lehrerin beeindruckt, die – offenbar ohne weitere Notiz vom Notfallgeschehen zu nehmen oder auch nur ansatzweises Interesse zu zeigen – zu ihrem Auto ging und nach Hause fuhr („Es sind doch schon genug da, um zu helfen“).

Beschreibung des Verhaltens Dritter am Notfallort	Nennungen	Prozent
Untätiges Zuschauen	82	86,3
Hinlaufen / Neugierde / Interesse	54	56,8
Weinen	19	20
Weglaufen	14	14,7
Unangemessene verbale Äußerungen	12	12,6
Hilfeleistung durch Ersthelfer (u. a. Lehrer, Eltern)	10	10,5
Unangemessene Verhaltensweisen	8	8,4
n=95⁵⁷, Mehrfachnennungen		

Tab. 8: Verhalten Dritter am Notfallort

⁵⁷ In einer Notfallsituation war außer der Notfallpatientin und dem befragten Kind keine weitere Person anwesend, so daß in Tab. 8 nur 95 von 96 Notfällen insgesamt berücksichtigt worden sind.

3.3.5. Angaben zum eigenen Verhalten (Tab. 9)

Beim eigenen Verhalten der befragten Kindern stand zunächst offenbar das intensive Bemühen um die Gewinnung von Informationen im Vordergrund: So wurde von 75 Kindern (78,1 %) angegeben, sie seien augenblicklich zum Notfallort hingelaufen, um möglichst unmittelbar zu sehen, was konkret geschehen sei und nun weiterhin passieren würde. 28 Kinder (29,2 %) sagten darüber hinaus, sie hätten anderen anwesenden Personen (Eltern, Mitschülern) konkrete Fragen gestellt: Auf diese Weise wollten sie erfahren, was passiert war und wer welche Verletzungen erlitten hatte („Wird X überleben?“)⁵⁸.

21 Kinder (21,9 %) konnten den Anblick der Notfallsituation nach eigenen Angaben allerdings nicht ertragen und haben sich deshalb die Augen zugehalten (5 Kinder), sich weggedreht bzw. absichtlich weg gesehen (4 Kinder) oder sind instinktiv weg gelaufen (4 Kinder) („Dann habe ich das viele Blut gesehen und bin sofort weggelaufen, weil ich es nicht mehr sehen konnte“).

19 Kinder (19,8 %) gaben explizit an, sie hätten am Notfallort *gewartet*: Auf das Eintreffen des Rettungsdienstes, auf die Abfahrt des Rettungswagens ins Krankenhaus, auf weitere Informationen über den Gesundheitszustand des Verletzten oder Erkrankten, auf ein angekündigtes Gespräch mit einem Notfallseelsorger oder auch eine angekündigte Zeugenvernehmung durch die Polizei.

16 Kinder (16,7 %) haben sich einer Bezugsperson (Eltern, Mitschüler) zugewendet und – etwa durch Umarmungen - Körperkontakt zu ihr gesucht. 14 Kinder (14,6 %) haben unmittelbar, nachdem sie den Notfall als solchen realisiert hatten, den Versuch unternommen, Hilfe zu benachrichtigen bzw. auch selbst Hilfe zu leisten: Sie sind beispielsweise zu einer Lehrerin gelaufen, haben das Schulsekretariat, den Hausmeister, Nachbarn, ihren Vater und / oder ihre Mutter informiert. Ein Kind gab an, es habe versucht, einen Zufahrtsweg freizuhalten, damit der Rettungsdienst rasch anfahren können würde, und ein Kind berichtete, daß es von einem Rettungsassistenten beauftragt worden sei, einen Notfallkoffer zu tragen.

Schließlich gaben 10 Kinder (10,4 %) an, sie hätten spontan geweint; während neun Kinder sagten, sie hätten sich mit anderen anwesenden Kindern bzw. Mitschülern oder ihren Eltern über das Notfallgeschehen unterhalten.

⁵⁸ Zwei von diesen Kindern sind mit ihren Fahrrädern sogar in ein Krankenhaus gefahren, um dort Genaueres über die Verletzungen zu erfahren, die ihr Mitschüler erlitten hatte.

Zwei Kinder teilten mit, sie hätten bereits unmittelbar im Notfallgeschehen damit begonnen, sich gegenseitig abzulenken, indem sie beispielsweise absichtlich nicht mehr über den Notfall gesprochen, sondern stattdessen einen Kinobesuch am Abend geplant hätten. Ähnliche Aussagen machten zwei weitere Kinder, die – als sie unmittelbar nach dem Notfall zu Hause eintrafen - unabhängig voneinander sehr rasch damit begonnen hätten, ihre Hausaufgaben zu erledigen, um nicht mehr an das Erlebte denken zu müssen.

Beschreibung des eigenen Verhaltens am Notfallort	Nennungen	Prozent
Hinlaufen und Zuschauen	75	78,1
Fragen stellen	28	29,2
Wegsehen / weglaufen	21	21,9
Warten	19	19,8
Körperkontakt zu Bezugspersonen aufgenommen	16	16,7
Hilfe herbeiholen bzw. benachrichtigen / Hilfe leisten	14	14,6
Weinen	10	10,4
Sprechen	9	9,4
Versuche der Ablenkung	5	5,2
n=96, Mehrfachnennungen		

Tab. 9: Eigenes Verhalten am Notfallort

3.3.6. Angaben zu eigenen Gefühlen und Gedanken (Tab. 10)

Die eigenen Gefühle und Gedanken der befragten Kinder können in insgesamt 14 Kategorien beschrieben werden: 81 Kinder (84,4 %) gaben an, sich heftig erschreckt bzw. zunächst „unter Schock“ gestanden zu haben („Ich war total geschockt“ / „Ich war irgendwie total betüddelt“).

70 Kinder (72,9 %) äußerten – was durch die Schilderung des eigenen Verhaltens auch zu erwarten war – große Neugierde bzw. ein intensives Bedürfnis nach Informationen zur Notfallursache, zum Notfallhergang, zum Notfallpatienten und zu den erlittenen Verletzungen bzw. Erkrankungen („Wer könnte bloß der Verletzte sein?“ / „Ob der Verletzte noch lebt?“), wobei offensichtlich ein erhebliches Informationsdefizit (und v. a. das eigene Empfinden dieser Unwissenheit!) zugrunde gelegen hat („Ich wusste überhaupt nicht, wie das passiert sein konnte“). Zwei Kinder fragten sich explizit, „wie Gott so etwas zulassen kann“.

47 Kinder (48,9 %) gaben an, das Geschehen zunächst verleugnet zu haben („Das kann nicht wahr sein“ / „Das glaube ich nicht“), während 43 Kinder (44,8 %) vor allem Wut verspürten: Über untätige Zuschauer, über unangemessene Äußerungen und Verhaltensweisen von anderen⁵⁹ („So etwas macht man doch nicht“ / „Wie kann einer sowas sagen?“), aber auch über das aus Sicht der befragten Kinder unverständliche Verhalten der Einsatzkräfte („Die waren so unfreundlich zu dem Mann, das hat mich total geärgert“ / „Die hätten sich ruhig mal beeilen können“).

36 Kinder (37,5 %) beschrieben, daß sie sehr intensiv mitempfunden bzw. sogar *mitgelitten* und sie sich in die Situation des Patienten hineinversetzt haben („Der Junge hat mir so leid getan, weil er immer Aua gesagt hat“). Damit verbunden waren häufig auch Gedanken an weitere Betroffene, z. B. die Eltern oder Geschwister eines verletzten Kindes. Drei Kinder berichteten sogar, daß sie schon im Notfallgeschehen an den Unfallverursacher gedacht haben, der ihnen außerordentlich leid tat („Wie muss es bloß dem Autofahrer gehen“)! Ein Mädchen berichtete, sie habe sich große Sorgen um ihre Erzieherin gemacht, die einem Notfallpatienten Erste Hilfe leistete, weil diese „sich immer alles so zu Herzen nimmt“.

22 Kinder (22,9 %) sagten insgesamt, sie hätten – allerdings aus unterschiedlichen Gründen - starke Angst empfunden: Hier wurde Angst vor dem Anblick des Verletzten bzw. der Verletzung, Angst davor, daß der Verletzte sterben könnte („Ich hatte Angst, daß der Mann gar keine Luft mehr kriegt und sterben würde“), Angst vor dem (eigenen) Tod, Angst vor Einsamkeit und Angst davor genannt, daß man auch selbst einen solchen Notfall erleiden könnte („Ich hab nur gedacht: Hoffentlich passiert mir das nicht auch“).

19 Äußerungen bezogen sich auf Sachverhalte, die Kinder im Notfallgeschehen nicht verstehen konnten und die sie deshalb gedanklich beschäftigt haben, wie z. B. die Tatsache, daß ein Rettungswagen nicht mit dem Patienten an Bord sofort abgefahren ist, sondern zunächst noch längere Zeit am Notfallort stehengeblieben ist: Dadurch war bei einigen Kindern offenbar der Eindruck entstanden, daß dem Verletzten nicht ausreichend bzw. rasch genug geholfen werden könnte, zumal die Behandlungsmöglichkeiten in einem Rettungswagen anscheinend unbekannt waren. Auf Unverständnis stießen aber auch einzelne medizinische bzw. rettungstechnische Prozeduren, die vor den Augen von Kindern durchgeführt worden sind: Ruhigstellungsmaßnahmen mit Hilfe einer Vakuummattze, das Anlegen einer Halskrause sowie das Abstreuen einer Ölspur mit entsprechendem Bindemittel

⁵⁹ Siehe S. 82-83.

sind hier zu nennen. Darüber hinaus war auch die Notfallursache nicht immer nachvollziehbar („Wie konnte das bloß passieren?“).

12 Kinder (12,5 %) gaben an, sie hätten die schwere der Notfallsituation zunächst unterschätzt bzw. sie hätten den Notfall zunächst überhaupt nicht als solchen erkannt. Diesbezügliche Äußerungen lauteten beispielsweise „Der wird sich sicher den Arm gebrochen haben“ / „Es wird schon nicht so schlimm sein“ / „Ich habe erst an gar nichts Schlimmes gedacht“ sowie „Ich dachte, die Frau wollte sich nur ausruhen“.

Beschreibung der eigenen Gefühle und Gedanken	Nennungen	Prozent
Schreck / Schock	81	84,4
Neugierde / Unwissenheit	70	72,9
Verleugnung	47	48,9
Wut	43	44,8
Mitgefühl / Empathie / Gedanken an andere Betroffene	36	37,5
Angst	22	22,9
Unverständnis	19	19,8
Fehleinschätzung der Situation	12	12,5
Psychophysische Reaktionen	8	8,3
Ekel	2	2,1
Innere Leere	1	1,0
Einsamkeit	1	1,0
Schuldgefühl	1	1,0
Sorge um die Zukunft des Patienten	1	1,0
n=96, Mehrfachnennungen		

Tab. 10: Eigene Gefühle und Gedanken

8 Kinder beschrieben psychophysische Reaktionen, insbesondere Übelkeit, Bauchschmerzen und ein „Kribbeln im Bauch“ oder in den Beinen: „Mir ist total schlecht geworden“ / „Ich hätte mich fast übergeben“ / „Ich hatte ein ganz mulmiges Gefühl im Bauch“ / „Ich hatte ganz zittrige Beine“. Ekelgefühl wurde von zwei Kindern geäußert, was in beiden Fällen durch den Anblick einer großen Blutlache ausgelöst wurde.

Das Gefühl einer „inneren Leere“ und das Gefühl von Einsamkeit wurden jeweils einmal genannt. Ein Kind empfand wegen früherer Streitigkeiten mit dem Notfallpatienten starke

Schuldgefühle, und von einem weiteren Kind wurden schließlich Sorgen bezüglich der beruflichen (!) Zukunft des Notfallpatienten geäußert („Ich hab nur gedacht, daß die sich später noch umgucken wird, wenn die so oft krank ist und fehlt“).

Nicht in die unmittelbare Auswertung der vorliegenden Studie aufgenommen wurden die Aussagen von 24 Kindern, die angaben, auch einige Zeit *nach* dem Notfall, d. h. am folgenden Abend oder an den nächsten Tagen nochmals an den Patienten gedacht zu haben („Ich habe mir ganz oft überlegt, wie es der Frau jetzt geht und ob sie noch im Krankenhaus ist“). Entsprechende Aussagen bezogen sich zwar nicht auf die Gedanken der Kinder im eigentlichen Notfallgeschehen, sie verdeutlichen aber, wie intensiv sich Kinder kognitiv und emotional mit dem Erlebten *befassen* – und darüber hinaus unterstützen sie nochmals die bereits beschriebenen Ausführungen bezüglich des starken Mitempfindens bzw. auch *Mitleidens* mit dem Notfallpatienten.

3.3.7. Angaben zu besonders unangenehmen und belastenden Erfahrungen (Tab. 11)

Interessanterweise wurden hier nicht Merkmale des eigentlichen Notfallgeschehens am häufigsten genannt, sondern vielmehr unangemessene Verhaltensweisen von Dritten.

So gaben 63 Kinder (65,6 %) an, sie hätten die Untätigkeit bzw. offensichtliche Hilflosigkeit der übrigen anwesenden Personen als sehr unangenehm empfunden. In besonderem Maße bezieht sich dies auf Erwachsene, die selbst keine Hilfe geleistet hatten („Ich habe die ganze Zeit nur gedacht: Die Spinnen doch wohl, der Mann braucht doch Hilfe!“ / „Daß sogar die Lehrer da auch nur dumm herumgestanden haben, das fand ich total schlimm“). Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Äußerungen von drei Kindern, die das Verhalten eines Notfallseelsorgers beschreiben: „Der hat da irgendwas von Gott geredet und war selbst total hilflos!“

59 Kinder (61,4 %) gaben an, unter einer großen Ungewissheit gelitten zu haben: „Wir wussten überhaupt nichts, und uns hat auch keiner was gesagt“. Vor diesem Hintergrund müssen vermutlich auch die Aussagen von 34 Kindern (35,4 %) verstanden werden, die es als sehr unangenehm empfunden haben, abgeschirmt worden zu sein, nicht mehr zuschauen zu können oder von vornherein nicht unmittelbar dabei gewesen zu sein. Im Übrigen ist offenbar auch die Art und Weise von Bedeutung, wie Kinder abgeschirmt worden sind. So gaben sieben Kinder an, sie wären sehr verärgert bzw. irritiert gewesen, als ein Polizist ihnen gegenüber in sehr unfreundlichem Tonfall äußerte: „Jetzt haut bloß ab hier, sonst kriegt ihr auch noch einen seelischen Schaden!“

32 Kinder (33,3 %) nannten den Anblick von verunfallten Fahrzeugen oder anderen Notfallspuren (z. B. blutige Infektionsschutzhandschuhe, Verpackungsmaterial von Medikamenten und Verbandmaterialien, Reifenspuren auf der Fahrbahn, Glassplitter etc.) als besonders unangenehm: „Als ich das total verbogene Fahrrad gesehen habe, habe ich mir erstmal ausgemalt, wie der X aussehen muss“.

Der tatsächliche Anblick des Patienten wurden demgegenüber von 26 Kindern (27,1 %) als besonders unangenehm beschrieben, der Anblick von Blut von 24 Kindern (25,0 %).

21 Kinder (21,9 %) schilderten die Betreuung durch einen Notfallseelsorger deshalb als besonders unangenehm, weil sie (zwangsweise) in einem Raum gemeinsam mit Erwachsenen stattfand („Dann mussten wir die ganze Zeit mit denen da rumsitzen. Das war total ätzend, weil keiner was sagen wollte, solange die [Erwachsenen; Anmerkung von H.K.] dabei waren“).

Eine besondere Unfreundlichkeit gegenüber dem Patienten sowie die Durchführung offensichtlich sehr schmerzhafter Maßnahmen wurde von 17 Kindern (17,7 %) als außerordentlich unangenehm empfunden („Komm jetzt. Mach hier keine Mätzchen und steh auf“ [Äußerung eines Rettungsassistenten zu einem Patienten; Anmerkung von H.K.] / „Ach, der hat doch eh nichts“ [Äußerung eines Rettungsassistenten zu einem Zuschauer am Notfallort; Anmerkung von H.K.] / „Am Schlimmsten war, als der Junge auf die Trage gelegt wurde. Da hat der ganz laut geschrien“ / „Der Arzt sollte dem X doch helfen und dem nicht so eine Spritze in den Arm rammen“).

11 Kinder (11,4 %) beklagten am Notfallort – wie bei der Schilderung des Verhaltens Dritter bereits dargestellt - bestimmte Äußerungen anderer anwesender Personen und empfanden diese als außerordentlich unangenehm („Ey, der Bagger ist voll über den Kopf gefahren!“)⁶⁰. Von diesen 11 Kindern empfanden drei die Äußerung von Vorwürfen ihnen gegenüber als besonders belastend („Dann hat der Polizist mich gefragt, wieso ich den nicht ‚Halt‘ gerufen habe“ [um einen Freund anzuhalten, der mit dem Rad eine Straße überquerte, ohne die Ampel zu beachten; Anmerkung von H.K.] / „Der Herr X [ein Lehrer; Anmerkung von H.K.] hat mich voll angemotzt, wieso ich mich nicht um die X gekümmert habe“ / „Meine Eltern haben mich gefragt, wieso ich nicht besser aufgepasst habe“).

8 Kinder beschrieben die Aufforderung eines Notfallseelsorgers, ein Bild zu malen, als sehr unangenehm bzw. vor allem unpassend („Ich bin mir vorgekommen wie im Kindergarten“).

⁶⁰ Siehe für weitere Beispiele auch S. 82-83.

Fünf Kinder empfanden besondere Geräusche als besonders belastend, hier beispielsweise das Geräusch des zu Boden stürzenden Fahrrades, das Quietschen von Bremsen oder der Knall beim Zusammenstoß eines Menschen mit einem PKW.

Besonders unangenehme und belastende Erfahrungen	Nennungen	Prozent
Untätigkeit bzw. Hilflosigkeit Dritter	63	65,6
Ungewissheit / fehlende Informationen	59	61,4
Abgeschirmt werden / nicht (mehr) zuschauen können / nicht dabei gewesen sein	34	35,4
Anblick unfallbeteiligter Fahrzeuge (z. B. eines Baggers oder eines verbogenen Fahrrades) sowie sonstiger Notfallspuren (z. B. blutige Infektionsschutzhandschuhe auf der Straße)	32	33,3
Anblick des Verletzten	26	27,1
Anblick von Blut	24	25,0
Zwangsweise gemeinsame Betreuung mit Erwachsenen	21	21,9
Unfreundlichkeit von Helfern gegenüber dem Patienten bzw. die Durchführung offensichtlich schmerzhafter Maßnahmen	17	17,7
Unangemessene Wortwahl Dritter am Notfallort / Vorwürfe	11	11,4
Aufforderung, ein Bild zu malen / Altersunangemessene Aufgabenzuteilung	8	8,3
Geräusche im Notfallgeschehen (Hören, wie ein Kind überfahren wurde)	5	5,2
Zwangswise Aufenthalt in einem Raum mit Rauchern	3	3,1
Eigene Hilflosigkeit	2	2,1
Pressevertreter, der vom Verletzten Fotos machen wollte	2	2,1
Zeugenbefragung durch die Polizei	1	1,0
n=96, Mehrfachnennungen		

Tab. 11: Besonders unangenehme und belastende Erfahrungen

Der zwangsweise Aufenthalt in einem Raum mit Rauchern wurde von drei Kindern als sehr unangenehm geschildert („Ich habe noch gesagt: Hier stinkts! Können wir nicht wenigstens mal das Fenster aufmachen“ [Erwachsene und Kinder wurden bei dieser Notfallsituation in einem Raum gemeinsam betreut; Anmerkung von H.K.]).

Schließlich wurden die Erfahrung der eigenen Hilflosigkeit (2 Nennungen), das Verhalten von Pressevertretern am Notfallort („Der hat die ganze Zeit nur rumgeknipst“; ebenfalls 2 Nennungen) sowie eine Zeugenbefragung durch die Polizei (1 Nennung) als besonders unangenehm genannt.

Nicht in die eigentliche Auswertung der vorliegenden Studie aufgenommen wurden wiederum Äußerungen von Kindern, die sich nicht auf das unmittelbare Notfallgeschehen, sondern eher auf den Verlauf der folgenden Tage und Wochen bzw. das Verhalten von Dritten in diesem Zeitraum bezogen. Diese Aussagen sollen jedoch auch an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, weil sie erneut durchaus interessante Anregungen für die weitere Notfallnachsorge enthalten.

So wurde es beispielsweise als ebenfalls sehr unangenehm beschrieben, daß eine Klassenlehrerin bereits einen Tag nach dem Notfall, bei dem ein Junge tödlich verunglückt ist, die gesamte Sitzordnung bzw. die Anordnung der Tische im Klassenraum verändert hat, so daß der Sitzplatz des Verstorbenen nicht mehr sichtbar sein würde.

Bemängelt wurde bei Notfallsituationen in der Schule, daß generell zu wenig über den Notfall und seine Folgen gesprochen worden ist. Einige Schüler empfanden es als belastend, daß ihrem Wunsch, ein Bild ihres verstorbenen Mitschülers aufzuhängen, nicht entsprochen wurde.

Ein 13 Jahre alter Junge empfand es als sehr belastend, daß er sich von einem verstorbenen Mitschüler nicht verabschieden konnte („Ich habe gar nicht ‚tschüß‘ sagen können“): Ihm war die Teilnahme an der Trauerfeier und ein Besuch des aufgebahrten Leichnams verwehrt worden, weil er aus Sicht der verantwortlichen Lehrerin dafür noch viel zu jung gewesen sei.

Schließlich berichteten einige Kinder von Reaktionen ihrer Eltern, die sie als unangenehm empfunden haben: So stießen einige bei ihren Eltern auf Desinteresse, wenn sie über das miterlebte Notfallgeschehen sprechen wollten („Das können wir doch jetzt sowieso nicht mehr ändern. Es ist halt passiert“) oder sie wurden von ihren Eltern regelrecht „zur Ablenkung gezwungen“: „Ich musste mit einkaufen gehen, obwohl ich gar nicht wollte“.

3.3.8. Angaben zu Wünschen und Bedürfnissen (Tab. 12)

Die Angaben zu den Wünschen und Bedürfnissen, die am häufigsten geäußert wurden, entsprechen weitgehend den bereits beschriebenen Angaben zu eigenen Gefühlen und Gedanken sowie zu den besonders unangenehmen Erfahrungen⁶¹.

So überrascht es nicht, daß 73 Kinder (76,0 %) äußerten, sie hätten sich vor allem mehr und genauere Informationen über das Notfallgeschehen und den Gesundheitszustand des Patienten gewünscht („Ich hätte so gerne gewusst, was mit dem X wirklich ist“).

61 Kinder (63,5 %) gaben an, sie hätten sich dringend gewünscht, daß endlich Hilfe eintrifft bzw. dem Patienten Hilfe geleistet wird („Bitte helft dem Verletzten doch endlich“ / „Hoffentlich kommt der Krankenwagen bald“).

Demgegenüber wurde von 43 Kindern (44,8 %) das Bedürfnis genannt, wegzuschauen bzw. auch wegzulaufen, um das Notfallgeschehen nicht weiter mitansehen zu müssen („Ich wollte nur noch weg“). Allerdings gaben vier dieser 43 Kinder auch an, sie hätten einige Zeit *nach* dem eigentlichen Notfallereignis den Wunsch gehabt, unbedingt noch einmal an den Notfallort zurück zu kommen („Ich wollte mir das noch mal in Ruhe anschauen“).

28 Kinder (29,2 %) wünschten sich das Zusammensein und / oder das Sprechen mit Gleichaltrigen bzw. Freunden⁶².

Im Gegensatz zu den Kindern, die sich gerne vom Notfallgeschehen abwenden wollten, wünschten sich 26 Kinder (27,1 %) nun explizit, weiter zuschauen zu können bzw. eben nicht abgeschirmt zu werden („Ich hätte gerne zugesehen, was die Sanitäter gemacht haben. Aber dann wurde ich abgedrängt“).

15 Kinder (15,6 %) äußerten das Bedürfnis, selbst Hilfe leisten zu können bzw. den Betroffenen – hier sind ausdrücklich nicht nur die Patienten, sondern auch dessen Angehörige und unverletzte Unfallverursacher gemeint - Anteilnahme zu zeigen („Ich hätte so gerne selbst geholfen“ / „Am liebsten wäre ich zu dem Mann hingegangen und hätte ihm gute Besserung gewünscht“ / „Ich hätte gerne dem Baggerfahrer [der den X überfahren hat; Anmerkung von H.K.] geholfen, damit der sich auch selbst wieder von diesem Schock erholt“ / „Ich hätte so gerne den Eltern irgendwas gesagt“).

13 Kinder (13,5 %) wünschten sich, mit *erwachsenen* Bezugspersonen zusammen zu sein („Ich wollte nur noch schnell nach Hause zu meinen Eltern“), während 8 Kinder sich

⁶¹ Siehe S. 85-91.

⁶² Dem entspricht die bloße Beobachtung, daß sich insbesondere bei Notfällen in der Schule – beispielsweise auf dem Pausenhof - sehr rasch und spontan Gruppen von Schülern zusammenfinden, die sich offenbar einander zugehörig fühlen.

wünschten, daß diejenigen, die sich zuvor in einer unangemessenen Weise geäußert hatten⁶³, jetzt möglichst schweigen sollten („Die Frau sollte bloß ihre Klappe halten. Das war mir echt das Wichtigste“).

Sechs Kinder hatten das Bedürfnis, alleine zu sein – wenngleich sie als Begründung angaben, daß dieser Wunsch erst aus der Befürchtung heraus, ansonsten mit Erwachsenen (d. h. den Eltern oder einem Notfallseelsorger) zusammen sein zu müssen, entstanden ist: Nur weil sich ihrer Ansicht nach lediglich die Wahl bot, *entweder* alleine *oder* mit unliebsamen Erwachsenen zusammen zu sein, zogen sie es vor, sich zurück zu ziehen. Der ausdrückliche Wunsch von zwei Kindern, selbst schweigen zu können bzw. nicht sprechen zu müssen, ist vor einem ähnlichen Hintergrund zu sehen: Sie gaben auf entsprechende Nachfrage an, daß sie eben „nicht mit jedem“ sprechen wollten und insbesondere von niemandem zum Sprechen gezwungen werden wollten. In diesem Zusammenhang hatten schließlich drei Kinder das Bedürfnis, mit jemandem zu sprechen, der selbst gerade nicht betroffen sein würde: Als Begründung für diesen Wunsch wurde angegeben, daß man auf diese Weise nicht auch noch die Betroffenheit des Gesprächspartners ertragen müsste.

Angaben zu Wünschen und Bedürfnissen	Nennungen	Prozent
Information	73	76,0
Hilfeleistung durch Dritte	61	63,5
Wegschauen / weglaufen	43	44,8
Zusammensein und / oder Sprechen mit Gleichaltrigen bzw. Freunden	28	29,2
Weiteres Zuschauen / nicht abgeschirmt werden	26	27,1
Selbst Hilfe leisten können / Anteilnahme zeigen	15	15,6
Zusammensein mit erwachsenen Bezugspersonen	13	13,5
Schweigen derjenigen, die sich unangemessen geäußert hatten	8	8,3
Alleine sein	6	6,2
Mit jemandem sprechen, der selbst nicht betroffen ist	3	3,1
Eigenes Schweigen	2	2,1
n=96, Mehrfachnennungen		

Tab. 12: Angaben zu Wünschen und Bedürfnissen

⁶³ Siehe S. 82-83.

3.3.9. Angaben zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen (Tab. 13 u. 14)

Die Angaben zu hilfreichen Erfahrungen müssen zunächst etwas differenzierter ausgewertet werden als die übrigen Antworten: So ist bei der Häufigkeit von Nennungen zum Trost durch Dritte (z. B. die Eltern, Lehrer oder Notfallseelsorger) die jeweils veränderte Stichprobengröße zu berücksichtigen: Die Angabe, daß das Verhalten einer bestimmten Person als hilfreich empfunden worden ist, kann verständlicherweise nur in Relation zu den Situationen gesehen werden, in denen diese Person überhaupt anwesend war.

Vor diesem Hintergrund nannten 63 von 88 Kindern (71,6 %) Trost von Gleichaltrigen als eine hilfreiche Erfahrung; dieser „Trost“ wurde dabei als emotionale Zuwendung, das Herstellen von Körperkontakt, das Sprechen miteinander und das gegenseitige Zuhören beschrieben.

Trost von einem Notfallseelsorger empfanden 14 von 27 Kindern (51,8 %) als angenehm bzw. hilfreich; Trost von einem Lehrer gaben 16 von 52 Kindern (30,8 %) als hilfreich an. Lediglich zehn der befragten Kinder hatten das Notfallgeschehen in Begleitung ihrer Eltern bzw. im Beisein eines Elternteils miterlebt; 8 dieser zehn Kinder, d. h. 80 % (!) der Befragten empfanden die Anwesenheit ihres Vaters, ihrer Mutter oder von beiden jedoch als hilfreich. Ein Vergleich, ob die Anwesenheit des Vaters oder der Mutter hilfreicher für die befragten Kinder war, konnte aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht gezogen werden.

Angaben zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen (1)	n=	Nennungen	Prozent
Trost ⁶⁴ von Gleichaltrigen (Freunden / Klassenkameraden)	88	63	71,6
Trost ⁶⁵ von einem Notfallseelsorger	27	14	51,8
Trost ⁶⁶ von einem Lehrer	52	16	30,8
Trost ⁶⁷ von eigenen Eltern	10	8	80,0

Tab. 13: Angaben zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen durch Trost von Dritten

⁶⁴ „Trost“ ist hier zu verstehen als relativ längerfristige emotionale Zuwendung, Herstellen von Körperkontakt, Sprechen und Zuhören.

⁶⁵ Siehe Fußnote 64.

⁶⁶ Siehe Fußnote 64.

⁶⁷ Siehe Fußnote 64.

Bei den übrigen Angaben der 96 insgesamt befragten Kindern zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen stand das Eintreffen des Rettungsdienstes bzw. der Anblick der offensichtlich kompetenten und raschen Hilfeleistung im Vordergrund: 72 Kinder (75,0 %) machten dementsprechende Auskünfte („Die Frau X ist total ruhig geblieben und hat genau gewußt, was zu tun ist!“ / „Mein Vater hat dem Mann seine Jacke unter den Kopf gelegt, damit er besser Luft bekommen hat!“ / „Als der Rettungswagen kam, war ich total erleichtert!“ / „Der Arzt war sehr nett, und die haben die Frau dann auch mit ins Krankenhaus genommen!“).

Für 45 Kinder (46,9 %) war es hilfreich, in irgendeiner Weise selbst helfen, trösten bzw. Anteilnahme zeigen zu können („Ich hab mich hingesetzt und ein Bild für den Mann gemalt“ / „Ich habe meine Freundin in den Arm genommen, das hat mir irgendwie selbst gut getan!“). 19 Kinder (19,8 %) beschrieben es als angenehm, Informationen über das Notfallgeschehen erhalten zu haben („Die Frau X hat uns erst mal gesagt, wie das alles passiert ist“) bzw. das Gefühl zu haben, sich mit Fragen oder dem Wunsch nach einem Gespräch an bestimmte Personen wenden zu können („Der [Notfallseelsorger; Anmerkung von H.K.] hat uns gesagt, er wäre jetzt die ganze Zeit da, und wenn wir wollten, könnten wir zu ihm kommen“).

Angaben zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen (2)	Nennungen	Prozent
Eintreffen des Rettungsdienstes / Anblick der Hilfeleistung	72	75,0
Selbst helfen / trösten ⁶⁸ können	45	46,9
Gesprächs- bzw. Auskunftsbereitschaft Dritter / Vermittlung von Informationen	19	19,8
Anteilnehmende Erkundigung Dritter	12	12,5
Ablenkung	7	7,3
Verlassen des Notfallortes	4	4,2
Alleine sein dürfen / In Ruhe gelassen werden	3	3,1
N=96, Mehrfachnennungen		

Tab. 14: Angaben zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen

Für 12 Kinder (12,5 %) war es hilfreich, daß sich zwei Dritte offenbar sehr teilnehmend nach Ihnen erkundigt hatten („Der Polizist hat uns gefragt, wie es uns geht und ob er ir-

⁶⁸ Siehe Fußnote 64, S. 94.

gendwas für uns tun kann. Dann hat er uns gesagt, wir sollten uns erst mal auf eine Bank setzen“). Die Ablenkung durch sportliche Betätigung oder Fernsehen unmittelbar im Anschluß an das eigentliche Notfallgeschehen wurde schließlich von 7 Kindern, das Verlassen des Notfallortes („Ich war total froh, als ich da weg bin“) von 4 Kindern sowie die Tatsache, alleine sein zu dürfen und in Ruhe gelassen zu werden von drei Kindern als weitere hilfreiche Erfahrung genannt.

Wie bei der Darstellung von Antworten zu den vorangegangenen Fragen wurden auch bei den Aussagen zu hilfreichen und angenehmen Erfahrungen einige Äußerungen nicht in der eigentlichen Auswertung berücksichtigt, weil sie sich weniger auf das Notfallgeschehen, sondern vielmehr auf die Folgezeit *danach* bezogen:

Als solche Erfahrungen, die vor allem an den ersten Tagen nach dem miterlebten Notfall hilfreich waren, wurden genannt: Der Freiraum, tun und lassen zu können, was man wollte, ohne zu irgend etwas gezwungen zu werden („Die haben uns in der Schule einfach durchs Gebäude laufen lassen, wir konnten auch ins Internet gehen oder uns irgendwo hinsetzen“), Blumen gekauft und am Notfallort niedergelegt zu haben; die Möglichkeit, seine Gefühle und Gedanken [auf Initiative eines Notfallseelsorgers; Anmerkung von H.K.] auf Karten schreiben und an einen Baum im Eingangsbereich der Schule hängen zu können, sich von einem verstorbenen Mitschüler, der in einer Kapelle aufgebahrt worden war, verabschieden zu können, die Einrichtung einer Erinnerungsecke im Klassenzimmer sowie die Möglichkeit, jederzeit mit Lehrern, Eltern und einem Notfallseelsorger über das Erlebte sprechen zu können.

3.3.10. Sonstige Angaben

Von den 96 befragten Kindern gaben 41 an (42,7 %), an den ersten Tagen nach der Notfallsituation *einzelne* Symptome akuter Belastungsreaktionen gezeigt zu haben; in besonderem Maße wurden dabei Schwierigkeiten beim Einschlafen (30 Nennungen), Alpträume (27 Nennungen), Konzentrationsstörungen („Ich war [im Unterricht; Anmerkung von H.K.] gar nicht so richtig bei der Sache“; 25 Nennungen), häufige, intensive Gedanken an das Miterlebte („Ich habe dauernd daran gedacht, was passiert ist“; 23 Nennungen) sowie ein ungewohntes Gefühlserleben bzw. ein erhöhtes Erregungsniveau genannt („Ich war irgendwie total kribbelig“ / „Ich war unheimlich sauer und hab jeden angemotzt, obwohl es gar keinen Grund gab“; 20 Nennungen).

16 Kinder (16,7 %) gaben an, sie hätten nach dem Notfall große Angst empfunden, daß auch ein naher Angehöriger, vor allem die eigene Mutter verletzt werden oder sterben könnte. 3 Kinder befürchteten explizit, niemals „über das Erlebte hinweg kommen zu können“ („Das war so grausam, das war ein richtiger Einschnitt, den man das ganze Leben nicht mehr vergisst!“).

Bei zwölf Kindern (12,5 %) dauerten Symptome akuter Belastungsreaktionen zum Zeitpunkt der Befragung an, die in den folgenden Tagen oder Wochen – als telefonisch noch einmal Rücksprache mit den Bezugspersonen genommen wurde - dann aber abgeklungen waren. Drei weitere Kinder schienen zum Zeitpunkt der Befragung derart stark belastet, daß sie in die weitere Betreuung durch einen Notfallseelsorger vermittelt wurden, der in Absprache mit den Eltern wiederum bei einem der Kinder den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung veranlasst hat.

Wohlgemerkt: Somit waren keinesfalls *alle* befragten Kinder als hoch belastet bzw. potentiell traumatisiert anzusehen. Ganz im Gegenteil schilderten sogar 19 der befragten Kinder (19,8 %) auf die entsprechenden Fragen zu ihrer augenblicklichen Befindlichkeit, daß das Notfallgeschehen rückblickend für sie *ausdrücklich* und in einem offenbar eher positiven Sinne „sehr interessant“ oder „spannend“ gewesen sei. Dabei drückten einige Kinder eine regelrechte Begeisterung aus: „Das Martinshorn fand ich am besten“ / „Der Abschleppwagen war total klasse: Der hat das ganze kaputte Auto hochgehoben“.

Inwiefern es sich bei solchen Aussagen um Schutzbehauptungen handelt, die lediglich die eigene Betroffenheit verbergen sollen, bleibt zunächst allerdings ungeklärt. Die Diskussion in Abschnitt 3.4. wird hierauf noch ausführlich Bezug nehmen.

Die weiteren sonstigen Angaben der befragten Kinder bezogen sich insbesondere auf unterschiedliche Rahmenbedingungen bzw. Moderatorvariablen, die das Erleben einer Notfallsituation und der Folgezeit danach offenbar stark beeinflusst hatten: So gaben 29 Kinder (30,2 %) an, daß es ihnen zum Zeitpunkt der Notfallsituation ohnehin „nicht so gut gegangen“ sei, weil sie Probleme in der Schule (11 Nennungen), Streitigkeiten mit Freundinnen bzw. Freunden (10 Nennungen) oder Auseinandersetzungen mit ihren Eltern (8 Nennungen) gehabt hätten, und vor diesem Hintergrund wurde der Notfall verständlicherweise als eine *weitere* (Zusatz-) Belastung empfunden: „Dann kam noch der Unfall mit dem X dazu!“.

76 Kinder (79,2 %) wiesen schließlich darauf hin, daß es sie – auch längere Zeit nach dem selbst miterlebten Notfall – noch sehr betroffen gemacht bzw. beunruhigt und nachdenk-

lich gestimmt habe, wenn sie von weiteren, ähnlichen Notfällen erfuhren. So stellten alle 27 befragten Kinder, die den tödlichen Unfall eines Mitschülers miterlebt hatten, unaufgefordert enge gedankliche Verbindungen zum Amoklauf am 26.04.2002 in einer Schule in Erfurt her: V. a. Medienberichte, in denen weinende Schüler gezeigt worden waren, lösten intensive Erinnerungen an die selbst erlebte Notfallsituation aus („Da war plötzlich alles wieder da, das war echt total schlimm für mich!“).

3.3.11. Angaben zu den Auswirkungen von Vorerfahrungen

Ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen den Aussagen der befragten Kinder und entsprechenden Vorerfahrungen konnte nicht nachgewiesen werden: In keiner der dargestellten Antwortkategorien zum eigenen Verhalten, zu Gefühlen und Gedanken, zu unangenehmen und belastenden bzw. hilfreichen und angenehmen Erfahrungen sowie den Wünschen und Bedürfnissen unterschied sich die Gruppe der Kinder, die angegeben hatten, bereits mindestens eine ähnliche Notfallsituation miterlebt zu haben, signifikant von den Kindern ohne Vorerfahrungen (Chi-Quadrat-Test; χ^2 für die einzelnen Antwortkategorien zwischen 0,09 und 2,11; bei $p=0,05$ durchweg nicht signifikant).

3.3.12. Angaben zu altersspezifischen Besonderheiten

Im Hinblick auf altersspezifische Besonderheiten konnten nur wenige signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen gefunden werden: Kaum eine der dargestellten Antwortkategorien ließ sich in einen direkten Zusammenhang mit einer bestimmten Altersgruppe⁶⁹ bringen.

Insbesondere die Beschreibung von Notfallspuren sowie das Empfinden der Hilflosigkeit bzw. Passivität von Dritten am Notfallort als explizit unangenehme Erfahrungen, das außerordentlich große Informationsbedürfnis sowie die Angabe von Angst fand sich nahezu gleichermaßen in allen Altersgruppen.

Auch Äußerungen, die sich auf offensichtlich unverstandene Sachverhalte und Abläufe im Notfallgeschehen bezogen hatten, stammten von Kindern aus allen Altersstufen. Dies ist insofern interessant, weil man demnach nicht unbedingt davon ausgehen kann, daß ein Kind nur deshalb mehr über Notfallsituationen weiß, weil es eben älter ist.

⁶⁹ Die Einteilung in „Altersgruppen“ wurde analog zu den Phasen der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget vorgenommen; siehe S. 74.

Dennoch kann auf einige altersspezifische Besonderheiten hingewiesen werden: So wurden Gedanken an Unfallverursacher, Eltern oder Geschwister der Notfallpatienten und andere Dritte signifikant häufiger von Kindern im Alter zwischen 11 und 16 angegeben als von den jüngeren Kindern (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=3,28$; signifikant bei $p=0,05$).

Ältere Kinder wünschten sich signifikant häufiger Gleichaltrige bzw. Freunde als Kontaktpersonen (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2= 8,96$; signifikant bei $p=0,05$), während sich die Kinder im prä- und konkret-operationalen Entwicklungsstadium gleichermaßen bevorzugt Nähe zu erwachsenen Bezugspersonen (z. B. Eltern und Lehrern) suchten (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=10,01$; signifikant bei $p=0,05$). Darüber hinaus wurde der Wunsch, am liebsten alleine zu sein bzw. in Ruhe gelassen zu werden, interessanterweise ausschließlich von Kindern im Alter zwischen 11 und 16 formuliert⁷⁰.

Das Gefühl von Wut wurde ebenfalls häufiger von älteren Kindern angegeben (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=12,47$; signifikant bei $p=0,05$), wohingegen das Gefühl von Mitleid mit dem Notfallpatienten häufiger von jüngeren Kindern, d. h. von Kindern im prä- und konkret-operationalen Entwicklungsstadium genannt worden ist (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=14,04$; signifikant bei $p=0,05$).

Bei den Angaben zu Symptomen akuter Belastungsreaktionen sowie anderen psychischen Spätfolgen des Miterleben einer Notfallsituation konnte allerdings kein altersspezifischer Effekt festgestellt werden.

3.3.13. Angaben zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten

Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede ließ sich lediglich eine statistisch auffällige Besonderheit feststellen: So waren alle 19 Kinder, die das Notfallgeschehen rückblickend ausdrücklich als besonders „spannend“ oder „interessant“ bezeichneten⁷¹, Jungen, so daß zumindest im Hinblick auf diese (wenn auch nachträgliche) Bewertung der Notfallsituation durchaus von einem signifikanten Unterschied zwischen Jungen und Mädchen gesprochen werden kann (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=32,1$; signifikant bei $p=0,05$).

3.3.14. Angaben zu Merkmalen des Notfallgeschehens

Zusammenhänge zwischen den Aussagen der Kinder und dem Notfallzeitpunkt, dem Notfallort und der Notfallart (Verletzung, Erkrankung, psychiatrischer oder pädiatrischer Not-

⁷⁰ Siehe S. 93.

⁷¹ Siehe S. 97.

fall) ließen sich zunächst nicht feststellen. Ein Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Verletzungsschwere bzw. dem Anblick des Notfallpatienten und den Aussagen der Kinder ist allerdings insofern erkennbar, daß Symptome einer akuten Belastungsreaktion signifikant häufiger von den Kindern beschrieben wurden, die eine Notfallsituation miterlebt hatten, bei der der Notfallpatient verstorben ist (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2= 11,9$; signifikant bei $p=0,05$).

Die Verletzungsschwere darf in diesem Zusammenhang jedoch keinesfalls als einziger Indikator für die potentiell mit dem Notfallgeschehen verbundene Belastung betrachtet werden, zumal durchaus auch Kinder Symptome akuter Belastungsreaktionen angaben, die den Verletzten selbst überhaupt nicht, sondern lediglich Blutlachen oder andere Notfallsymptome gesehen hatten.

Auch konnte kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Verletzungsschwere und den übrigen Aussagen der Kinder gefunden werden. So wurde beispielsweise die Passivität bzw. Untätigkeit von Dritten am Notfallort, d. h. die Tatsache, daß dem Notfallpatienten vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes *nicht* geholfen worden ist, auch dann als eine unangenehme und belastende Erfahrung beschrieben, wenn der Notfallpatient nur leichte Verletzungen erlitten hatte.

Die bloße Anzahl der Rettungskräfte bzw. die Anzahl eingesetzter Rettungsfahrzeuge kann ebenfalls nicht mit bestimmten Aussagen der befragten Kinder in Verbindung gebracht werden. Die Aussage einiger Jungen, das Notfallgeschehen sei keineswegs belastend, sondern eher spannend und interessant gewesen⁷², bezog sich allerdings durchweg auf Notfallsituationen, in denen relativ aufwändige Rettungsmaßnahmen durchgeführt wurden, so daß letztlich nicht entscheidend scheint, wie viele Rettungsfahrzeuge eingesetzt sind, sondern vielmehr *was* am Notfallort geschieht bzw. *welche* Maßnahmen *wie* durchgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund kann zudem festgestellt werden, daß die Durchführung von medizinischen Maßnahmen und das Verhalten Dritter am Notfallort insgesamt von den befragten Kindern v. a. dann als hilfreich empfunden wurde, wenn der jeweilige Sinn für sie nachvollziehbar war und ein positiver Effekt beobachtet werden konnte („Mein Vater hat dem Mann eine Jacke unter den Kopf gelegt, damit er besser Luft bekommen hat“)⁷³.

Umgekehrt wurde die Durchführung medizinischer Maßnahmen und das Verhalten Dritter am Notfallort stets als unangenehm und belastend empfunden, wenn aus Sicht der befrag-

⁷² Siehe S. 97.

⁷³ Siehe S. 83.

ten Kinder keine entsprechende Begründung erkennbar war. Die bereits zitierte Aussage „Der Arzt sollte dem X doch helfen und dem nicht so eine Spritze in den Arm rammen“⁷⁴ verdeutlicht dies eindrucksvoll.

Das Verhältnis der befragten Kinder zum Notfallpatienten wirkte sich in den einzelnen Antwortkategorien statistisch nicht bedeutsam aus; es lässt sich beispielsweise nicht sagen, daß signifikant häufiger Angst, Mitleid oder der dringende Wunsch nach einer raschen Hilfeleistung geäußert wurde, wenn der Notfallpatient kein Fremder, sondern ein Angehöriger oder ein Freund der befragten Kinder war. Inhalt und Häufigkeit der jeweiligen Angaben zum eigenen Verhalten, zu Gefühlen und Gedanken, Wünschen und Bedürfnissen sowie hilfreichen und belastenden Erfahrungen variierten bei Notfällen, bei denen der Notfallpatient ein Fremder gewesen ist und bei Notfällen, bei denen der Notfallpatient den befragten Kindern bekannt war, nur unwesentlich.

Im Hinblick auf die Anwesenheit der Eltern lässt sich feststellen, daß zwar nur eines der Kinder, die eine Notfallsituation im Beisein seiner Eltern oder zumindest eines Elternteils miterlebten, über Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion berichtet hat. Vor dem Hintergrund der sehr kleinen Stichprobe (Kinder, die Notfälle im Beisein ihrer Eltern oder eines Elternteils erlebt haben: n=10) können hieraus jedoch keinerlei sichere Schlussfolgerungen abgeleitet werden.

3.3.14. Angaben zu Besonderheiten hinsichtlich der Befragungssituation

Statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Befragungssituation, d. h. der Anwesenheit Dritter, dem Ort der Befragung sowie der Gesprächsdauer einerseits und den Aussagen von Kindern andererseits konnten nicht nachgewiesen werden.

3.4. Diskussion

In Abschnitt 3.1.1. wurde die Frage gestellt, ob die bisherigen Ausführungen zur psychischen Situation von Kindern in Notfällen sowie zur Psychischen Ersten Hilfe überhaupt zutreffen und ob die vorliegende Untersuchung Hinweise auf notwendige Ergänzungen gibt. Hierzu ist zunächst festzustellen, daß die Aussagen der interviewten Kinder weitgehend durchaus dem bisherigen Forschungs- bzw. Kenntnisstand entsprechen und mit diesem in Einklang stehen.

⁷⁴ Siehe S. 89.

Bestätigt wurde insbesondere, daß Kinder in allen Altersstufen notfallbezogene Wissensdefizite und dementsprechend ein außerordentlich großes Informationsbedürfnis haben. Die Tatsache, daß 61,4 % der befragten Kinder Ungewissheit als eine belastende Erfahrung und 76,0 % den Wunsch nach ausführlichen Informationen über das Notfallgeschehen angegeben haben, verdeutlicht dies noch einmal eindrucksvoll.

Daß 84,4 % der in der vorliegenden Untersuchung befragten Kinder auf das Miterleben einer Notfallsituation zunächst erschreckt bzw. geschockt reagierten und 22,9 % der Kinder Ängste entwickelten, daß bei einigen Kindern psychophysische Reaktionen aufgetreten sind und daß der Anblick eines Notfallpatienten sowie der Anblick von Blut von etwa einem Viertel der Befragten als unangenehm empfunden wurde, überrascht ebenfalls nicht, weil in der bisher verfügbaren Fachliteratur durchaus entsprechende Hinweise enthalten sind (vgl. KARUTZ 2002e u. HAUSMANN 2003, S. 177).

Bestätigt wurden bisherige Darstellungen in der Fachliteratur u. a. auch dahingehend, daß Vorwürfe von Betroffenen als belastend empfunden werden, daß eigene Aktivität zur Bewältigung des Geschehens sowie die Anwesenheit von Bezugspersonen i. d. R. offenbar hilfreich und angenehm ist und daß Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe dem Alter bzw. Entwicklungsstand von Kindern entsprechen müssen, weil sie sonst nicht nur unwirksam sind, sondern sogar negativ und ebenfalls belastend erlebt werden.

Auch Hinweise aus der vorliegenden Untersuchung darauf, daß Notfälle belastender erlebt werden, wenn Betroffene sich ohnehin in einer schwierigen Lebenssituation befinden und darauf, daß *kein* eindeutiger Zusammenhang zwischen der Verletzungsschwere und dem jeweiligen Erleben einer Notfallsituation von Kindern besteht, sind nicht neu, sondern bestätigen lediglich erneut, was bereits bekannt ist: Die Gefühle, Gedanken, Wünsche und Bedürfnisse von Kindern unterscheiden sich nicht wesentlich in Abhängigkeit davon, ob ein Notfallpatient schwere oder eher harmlose Verletzungen erlitten hat bzw. lebensbedrohlich oder nur leicht erkrankt ist⁷⁵.

Nicht anhand der eigentlichen Untersuchungsergebnisse, sondern vielmehr anhand der Widerstände gegen die vorliegende Studie, die in Abschnitt 3.2.2. beschrieben worden sind, kann schließlich auch die grundsätzliche Notwendigkeit einer *wissenschaftlichen* Reflexion des Umgangs mit Kindern in Notfällen nochmals bekräftigt werden, wie sie in Abschnitt 2 dieser Arbeit bereits dargestellt wurde. Die dort formulierte These, daß man generell zu wenig über den Umgang mit (unverletzt-betroffenen) Kindern in Notfällen weiß und

⁷⁵ Siehe S. 20.

man auf Notfallsituationen mit Kindern insbesondere aus psychologischer Sicht nur unzureichend vorbereitet ist⁷⁶, wurde gerade durch das irritierend-ablehnende Verhalten einiger Notfallseelsorger und Schulleiter⁷⁷ bestätigt.

Die nun folgenden Ausführungen beziehen sich jedoch auf *ergänzende* oder vom bisherigen Forschungs- bzw. Kenntnisstand *abweichende* Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung:

- Die bisherigen Angaben zur Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen⁷⁸ können zumindest anhand der vorliegenden Studie *nicht* bestätigt werden. Zwar gaben fast die Hälfte der befragten Kinder (42,7 %) einzelne Symptome von akuten Belastungsreaktionen (!) an – diese chronifizierten sich jedoch nicht als Posttraumatische Belastungsstörung, sondern verschwanden fast immer innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums. Von den 96 befragten Kindern wurde im Endeffekt lediglich eines in eine psychotherapeutische Behandlung vermittelt, weil der dringende Verdacht einer PTBS bestand. Zweifellos waren die dieser Arbeit zugrunde liegenden Notfallsituationen für die befragten Kinder außergewöhnliche Ereignisse, die sie belastet und mit denen sie sich durchaus noch eine längere Zeit intensiv beschäftigt haben – *traumatisiert* war die überwältigende Mehrheit der befragten Kinder deshalb aber nicht. U. U. mag dies auch damit zusammenhängen, daß die befragten Kinder in keiner Notfallsituation, die den jeweiligen Interviews zugrunde lagen, gefährdet waren, selbst verletzt zu werden. Zudem war in allen Notfallsituationen stets nur *eine* Person verletzt oder erkrankt; und der Befragung von 33 Kindern lagen – wie bereits dargestellt - Notfälle mit eher leicht Verletzten zugrunde. Dennoch scheint ein Hinweis darauf angebracht, daß eben nicht *jeder* Notfall zwangsläufig auch als psychisch traumatisierende Situation betrachtet werden *muss*. Der bereits dargestellten Auffassung von Landespfarrer Müller-Lange zur Definition und zum Verständnis von Notfallsituationen⁷⁹ kann vor diesem Hintergrund nur ausdrücklich zugestimmt werden.
- Sowohl in den Aussagen der befragten Kinder zu den hilfreichen als auch zu den belastenden und unangenehmen Erfahrungen in Notfallsituationen gibt es deutliche Hinweise darauf, daß das Erleben einer Notfallsituation nicht durch das eigentliche Notfallgeschehen (z. B. den Unfall an sich oder die Tatsache, daß jemand bewusstlos zusammen-

⁷⁶ Siehe S. 56-57.

⁷⁷ Siehe S. 73.

⁷⁸ Siehe S. 39.

bricht), sondern noch weitaus stärker vom darauf folgenden (und wesentlich häufiger genannten) Verhalten der übrigen anwesenden Personen beeinflusst wird.

Demnach wird es als besonders belastend empfunden, wenn Dritte (z. B. Zuschauer, Passanten) zwar anwesend sind, dem Notfallpatienten aber dennoch niemand Hilfe leistet. Als ebenso belastend wird es empfunden, wenn Dritte sich – aus Sicht der Kinder – unangemessen verhalten bzw. sich unangemessen äußern.

Im Hinblick auf das Verhalten von Mitarbeitern des Rettungsdienstes gilt, daß ihre Rettungsmaßnahmen für Kinder am Notfallort offenbar dann eine zusätzliche Belastung sind, wenn die Notwendigkeit bzw. das Ziel der jeweiligen Maßnahmen nicht nachvollziehbar ist und wenn sich die Rettungskräfte dem Notfallpatienten gegenüber schlichtweg unfreundlich sowie nur wenig behutsam verhalten.

Umgekehrt ist es anscheinend hilfreich und belastungsvermindernd, wenn der Rettungsdienst rasch eintrifft und die Rettungsmaßnahmen v. a. so durchgeführt werden, daß auch Kinder einen positiven Effekt dieser Maßnahmen erkennen können.

Wohlgemerkt: Diese Feststellungen zur Bedeutung der Art und Weise, in der sich Dritte am Notfallort verhalten, sind keineswegs so banal, wie sie zunächst erscheinen: So wurde die Erkenntnis, daß unterlassene Hilfeleistung nicht nur dem Notfallpatienten, sondern auch den anwesenden Kindern als unverletzt Betroffenen (!) schadet - und umgekehrt: daß eine in medizinischer und psychologischer Hinsicht kompetente und angemessene rettungsdienstliche Versorgung nicht nur dem eigentlichen Notfallpatienten, sondern auch den anwesenden Kindern hilft, bislang noch nicht in dieser Deutlichkeit formuliert.

Zudem muss darauf hingewiesen werden, daß in der großen Bedeutung des Verhaltens Dritter für das kindliche Erleben von Notfallsituationen eine Chance und ein Risiko zugleich liegt: So kann ein tatsächlich „schlimmes“ Notfallgeschehen mit entsprechend schwer verletzten oder erkrankten Notfallpatienten offenbar zumindest teilweise kompensiert werden, indem (zunächst möglichst durch Ersthelfer, später durch den Rettungsdienst) eine rasche und sachgerechte Hilfeleistung erfolgt, während eine eher harmlose und eindeutig *nicht* lebensbedrohliche Notfallsituation (bei der jemand z. B. nur sehr leicht verletzt wurde) von Kindern als außerordentlich belastend empfunden werden kann, sofern sich Dritte in der beschriebenen Weise⁸⁰ verhalten.

⁷⁹ Siehe S. 10.

⁸⁰ Siehe S. 82-83.

- Die Aussagen der befragten Kinder legen es nahe, eine bislang nahezu uneingeschränkt empfohlene Maßnahme der Psychischen Ersten Hilfe – nämlich das möglichst rasche Abschirmen unverletzt-betroffener Kinder als Schutz vor möglicherweise belastenden Anblicken⁸¹ - kritisch und deutlich differenzierter als bisher zu betrachten. Hierbei kann v. a. auf die folgenden Befragungsergebnisse zurückgegriffen werden: Einerseits hatte fast die Hälfte der Befragten (44,8 %) das Bedürfnis geäußert, vom Notfallgeschehen wegzuschauen oder sich vom Notfallort zu entfernen. 21,9 % der Befragten sahen tatsächlich instinktiv weg oder entfernten sich vom Notfallort. Andererseits gaben 35,4 % der befragten Kinder an, daß sie gerade die Tatsache, abgeschirmt worden zu sein und *nicht* weiter zuschauen zu können, als eine unangenehme und belastende Erfahrung empfanden. Zudem wünschten immerhin 27,1 % der Befragten ausdrücklich, das Geschehen weiter beobachten und mitverfolgen zu können. Darüber hinaus muss auch die Angabe von 19,8 % der Befragten berücksichtigt werden, die das Notfallgeschehen ohnehin nicht als Belastung, sondern vielmehr als ein im positiven Sinne interessantes und spannendes Ereignis schilderten.

Eine Erklärung dieser Aussagen könnte darin bestehen, daß der Anblick bzw. das gesamte Miterleben des Notfallgeschehens eben nicht – wie bisher angenommen – ausschließlich belastende und unangenehme Erfahrungen beinhaltet, sondern durchaus auch positive Aspekte enthält. Es scheint beispielsweise nicht unangebracht, die Tatsache, daß 75 % der befragten Kinder den Anblick der Hilfeleistung ausdrücklich als angenehme und hilfreiche Erfahrung beschrieben haben, in genau diesem Zusammenhang zu sehen - und es könnte gefolgert werden, daß das Abschirmen unverletzt-betroffener Kinder in Notfallsituationen ihnen gerade diese hilfreiche Erfahrung unmöglich macht.

Eine weitere Erklärung dafür, daß sich das Abschirmen eher ungünstig auswirkt, könnte die Entstehung furchterregender Phantasien sein, die u. U. noch weitaus bedrohlicher empfunden werden als der Anblick des realen Notfallgeschehens. Vergleichbare Mechanismen wurden in der Fachliteratur bereits beschrieben (vgl. WOLF 2002 u. HAUSMANN 2003, S. 182-183).

Darüber hinaus muss die Wirkung des Abschirmens auch im Zusammenhang mit dem bereits mehrfach erwähnten, besonders großen Informationsbedürfnis der unverletzt-betroffenen Kinder in Notfallsituationen gesehen werden: Werden diese Kinder lediglich abgeschirmt – d. h. nimmt man ihnen die Möglichkeit, das weitere Geschehen mit-

⁸¹ Siehe S. 54 (Vgl. auch P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 9 u. 10).

zuerleben – und werden nicht gleichzeitig Informationen vermittelt, bleibt das Informationsbedürfnis unbefriedigt, was möglicherweise als ein (dann *zusätzlich!*) belastendes Frustrationserlebnis zu betrachten ist, zumal die Neugierde und das Informationsbedürfnis durch das Abschirmen ohnehin eher noch weiter steigen dürfte.

U. U. kann auch ein Bezug zum sogenannten Zeigarnik-Effekt hergestellt werden, demzufolge unterbrochene Handlungen stärker erinnert werden als abgeschlossene (vgl. ZEIGARNIK 1927; SCHÖNPFLUG/SCHÖNPFLUG 1995, S. 327-329; EDELMANN 2000, S. 266ff: Wird ein unverletzt-betroffenes Kind z. B. dann abgeschirmt, wenn es den Beginn einer Notfallsituation (z. B. den Zusammenstoß mehrerer PKW auf einer Kreuzung) zuvor sowieso bereits miterlebt hat, könnte das Abschirmen *zu diesem Zeitpunkt* verhindern, das Notfallgeschehen *abschließen* zu können. Ein solcher Abschluß könnte jedoch gerade dadurch möglich sein, daß ein Kind nach dem beschriebenen Autounfall ebenfalls miterlebt, wie die Verletzten und die beschädigten Fahrzeuge abtransportiert werden, ggf. die Strasse von auslaufendem Kraftstoff gereinigt wird und dieser Notfall somit – zumindest von den Rettungskräften – tatsächlich bewältigt worden ist.

Im Übrigen ist es – auch in Alltagssituationen – mitunter schon an sich und ganz unabhängig von den Folgen sehr unangenehm, bei einer bestimmten Tätigkeit unterbrochen zu werden - und schließlich ist durchaus denkbar, daß das Abschirmen v. a. bei jüngeren Kindern sogar Schuldgefühle fördert, indem das Abschirmen als Ausgrenzung und Bestrafung für ein eigenes Fehlverhalten empfunden wird.

Zusammenfassend lässt sich demnach feststellen: Das Abschirmen kann zumindest als *grundsätzlich* bzw. *pauschal* durchzuführende Maßnahme für den Umgang mit unverletzt-betroffenen Kindern und ohne einige ergänzende Hinweise im Hinblick darauf, ob, wann und wie abgeschirmt werden sollte, nicht länger empfohlen werden. Vielmehr gilt es zu berücksichtigen, daß gerade auch das weitere Zuschauen in Notfallsituationen für die Bewältigung des Erlebten *hilfreich*, u. U. sogar *notwendig* sein kann. Allerdings darf diese Feststellung auch nicht unreflektiert als eine Aufforderung zum Zuschauen missverstanden werden, zumal es nach wie vor – und zwar ganz unabhängig von psychologischen Überlegungen – zahlreiche Begründungen dafür gibt, Zuschauer von Notfallorten fernzuhalten: Die Tatsache, daß das Zuschauen für die psychische Bewältigung hilfreich oder sogar notwendig sein kann, ändert beispielsweise nichts daran, daß die Anwesenheit von Zuschauern den oder die Notfallpatienten belastet und daß es zweifellos unverantwortlich ist, Rettungsmaßnahmen zu behindern oder sich Gefahren aus-

zusetzen, die beispielsweise von austretenden Giftstoffe, Brandgasen oder herabfallenden Trümmerteilen ausgehen (LASOGGA/GASCH 2000, S. 81)! Bei der Konzeption von Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Abschnitt 4 der vorliegenden Arbeit wird dies entsprechend zu berücksichtigen sein.

- Schuldgefühle im Zusammenhang mit einer Verursachung der Notfallsituation wurden in der vorliegenden Studie nur von einem Kind genannt. Dies ist auf den ersten Blick insofern erstaunlich, weil man die Angabe von Schuldgefühlen anhand der zur Verfügung stehenden Fachliteratur sicherlich weitaus häufiger erwartet hätte. Andererseits lassen sich die seltenen Hinweise auf Schuldgefühle auch schlichtweg dadurch erklären, daß ohnehin nur neun der 96 befragten Kinder der präoperationalen Entwicklungsphase zugeordnet werden konnten, in der eine „Egozentrierung des Denkens“ die Entstehung von Schuldgefühlen besonders begünstigt (vgl. LOHAUS 1990, S. 15; GLANZMANN 1997, S. 128 u. MIETZEL 1997, S. 158-159). Ein Gegensatz zur bisherigen Forschungslage kann deshalb nicht festgestellt werden.

- In der vorliegenden Arbeit konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen notfallbezogenen Vorerfahrungen und dem (erneuten) Erleben einer Notfallsituation nachgewiesen werden. Auch dies überrascht zunächst, weil bislang – vom Phänomen der erlernten Hilflosigkeit einmal abgesehen - eher davon ausgegangen wurde, daß Vorerfahrungen auch eine bessere Vorbereitung auf künftige Notfälle zur Folge haben, so daß bei Kindern, die bereits Notfallsituationen erlebt haben, auch andere bzw. bessere Bewältigungsmöglichkeiten – etwa im Sinne eines erweiterten Handlungspotentials oder eines umfangreicheren notfallbezogenen Wissens - angenommen wurden.

Die hier nicht nachweisbaren Zusammenhänge zwischen Vorerfahrungen und dem Erleben eines Notfalls in der vorliegenden müssen dieser Auffassung allerdings nicht zwangsläufig widersprechen, zumal die Situationen, die als Vorerfahrungen angegeben wurden, sich möglicherweise doch zu sehr von dem Notfallgeschehen unterschieden, das letztlich Anlaß für die Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie war. Möglicherweise hätte die Angabe von Vorerfahrungen kritischer hinterfragt und deutlich präziser formuliert werden müssen, als es geschehen ist. Weitere Schlussfolgerungen zur Bedeutung von Vorerfahrungen scheinen vor diesem Hintergrund nicht angebracht.

- Ein hoher Prozentsatz der befragten Kinder (37,5 %) gab an, Mitleid empfunden bzw. sogar intensiv mitgelitten zu haben, und im gleichen Zusammenhang kann vermutlich auch der Wunsch von 63,5 % der Befragten nach einer möglichst rasch beginnenden

Hilfeleistung gesehen werden. Möglicherweise resultiert dieses starke Mitempfinden aus der im Vergleich zu Erwachsenen intensiveren Wahrnehmung des Notfallgeschehens bzw. auch der Gestik und Mimik von Notfallpatienten, die bereits in zahlreichen Veröffentlichungen beschrieben worden ist (vgl. GLANZMANN 1997, S. 127-128 u. 130; FISCHER 2001, S. 123 u. KARUTZ 2002d, S. 23). Explizite Hinweise auf eine besondere Empathie sind in den bisherigen Darstellungen zur psychischen Situation von Kindern in Notfällen allerdings nicht enthalten und müssen insofern als eine Ergänzung des bisherigen Forschungs- und Kenntnisstandes betrachtet werden.

- Als weitere Ergänzung der bisherigen Veröffentlichungen sind die Aussagen von 33,3 % der befragten Kinder zum Anblick von Notfallspuren als besonders belastende Erfahrungen zu nennen: So löst z. B. der Anblick von Medikamenten- oder Materialverpackungen, beschädigten (Unfall-) Fahrzeugen sowie blutverschmierten Handschuhen des Rettungsdienstes belastende Phantasien aus, was zweifellos nachvollziehbar ist – aber explizit noch in keiner der zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen beschrieben wurde, obwohl sich – wie in Abschnitt 4 der vorliegenden Arbeit noch zu zeigen sein wird - aus dieser Tatsache sehr konkrete Hinweise für die Formulierung konkreter Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern ableiten lassen.
- Ebenfalls sehr konkrete (und neue!) Hinweise für die Psychische Erste Hilfe lassen sich aus den Aussagen der befragten Kinder zu den jeweils bevorzugten Bezugspersonen ableiten. So wünschen sich ältere Kinder (d. h. Kinder ab einem Alter von 10 Jahren) in Notfallsituationen offenbar besonders häufig Kontakt zu Gleichaltrigen (d. h. Freunden und Klassenkameraden), während jüngere Kinder vor allem die Nähe zu ihren Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen suchen. Möglicherweise kann dies mit der zunehmenden Bedeutung von „Peer-Groups“ erklärt werden, in denen sich die älteren Kinder – bei gleichzeitiger Ablösung von ihrem Elternhaus – zunehmend aufgehoben und verstanden fühlen, während jüngeren Kinder insbesondere die Anwesenheit ihrer Eltern Schutz und Sicherheit vermittelt, wie es im Zusammenhang mit einer emotionalen Abhängigkeit zwischen Eltern und Kindern und der Entwicklung des Bindungsverhaltens auch in zahlreichen Veröffentlichungen bereits seit geraumer Zeit dargestellt wird (vgl. MIETZEL 1997, S. 115ff, 182ff, 217ff, 251ff u. FISCHER 2001, S. 123ff).
- Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede ist v. a. auf die unterschiedliche Bewertung des Erlebten hinzuweisen. Die Tatsache, daß ausschließlich Jungen das Notfallgeschehen ausdrücklich als in einem positiven Sinne spannend und interessant be-

schrieben haben, könnte möglicherweise auf ein größeres Interesse von Jungen an technischen, d. h. auch rettungstechnischen Abläufen zurückgeführt werden.

Unter Umständen könnte dies als ein protektiver Faktor für das Erleben von Notfallsituationen gewertet werden, sofern das Interesse bzw. die regelrechte Begeisterung für eingesetzte Rettungstechnik tatsächlich dazu führt, daß z. B. Notfallpatienten oder Notfallschritte nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen bzw. nicht als besondere Belastung empfunden werden. In diesem Zusammenhang scheint durchaus denkbar, daß das Beobachten rettungstechnischer Maßnahmen nicht nur von belastenden Anblicken *ablenkt*, sondern Belastungen, die sich ebenfalls aus dem Notfallgeschehen ergeben, dadurch kompensiert, daß der Eindruck einer besonders umfangreichen Hilfeleistung verstärkt wird. Dies würde sich schließlich mit der Angabe von 75 % der befragten Kinder decken, die den Anblick der Hilfeleistung ohnehin als hilfreich empfanden – und es könnte erklären, daß gerade die Jungen, die bei relativ aufwändigen Rettungsaktionen anwesend waren⁸², das Notfallgeschehen als spannend und interessant bewerteten.

Wie alle Hinweise zu alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten, die aus der vorliegenden Untersuchung hervorgehen, sollte auch die These, daß der Anblick von aufwändigen rettungstechnischen Maßnahmen dabei hilft, das Erlebte psychisch zu bewältigen, allerdings nochmals anhand größerer Stichproben überprüft werden. Dies ist v. a. deshalb notwendig, weil mit den bisher vorliegenden Ergebnissen z. B. *nicht* festgestellt werden kann, ob auch das *Ergebnis* der rettungstechnischen Maßnahmen für die Wahrnehmung und die Interpretation des Erlebten von Bedeutung ist: In allen Notfallsituationen, die von Kindern als spannend und interessant beschrieben worden sind, wurden die Notfallpatienten sichtbar lebend in den Rettungswagen eingeladen und abtransportiert, d. h. es konnte der Eindruck entstehen, diese Patienten seien tatsächlich „gerettet“ worden. Ob der Anblick von aufwändigen rettungstechnischen Maßnahmen auch dann für die spätere Bewältigung des Erlebten hilfreich ist, wenn sie erfolglos bleiben (wenn sich z. B. ein Feuer trotz des massiven Löschangriffs weiter ausbreitet oder ein Notfallpatient trotz der Bemühungen des Rettungsdienstes weiter vor Schmerzen schreit), kann anhand der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden⁸³.

⁸² Siehe S. 100.

⁸³ In der Fachliteratur finden sich zwar Hinweise darauf, daß das Miterleben der Reanimation eines Kindes zumindest für die Eltern auch dann hilfreich ist, wenn sie letztlich erfolglos eingestellt wird (vgl. HELMERICH/SATERNUS 1997, S. 139-140). Inwieweit sich diese Hinweise jedoch auf die Situation unverletzt-betroffener Kinder übertragen lassen, ist ungewiss.

4. Neue Hinweise für die PEH bei unverletzt-betroffenen Kindern

4.1. Grundsätzliche Überlegungen

Regeln für die Psychische Erste Hilfe müssen zweifellos v. a. so formuliert werden, daß sie in Notfallsituationen rasch und möglichst auch von Helfern angewendet werden können, die selbst *keine* umfassende psychologische Ausbildung haben. Sie sollten einfach zu handhaben und im Bewusstsein, daß es sich bei ihnen ohnehin nur um „Neunzig-Prozent-Regeln“ handeln kann, auf wenige, aber sehr wesentliche Aspekte der psychologischen Hilfeleistung reduziert sein (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 113-115).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Forderung, daß auch die hier zu entwickelnden Hinweise für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern *prinzipiell* für Kinder *aller* Altersstufen gültig sein sollten, und eine altersabhängige Differenzierung von Hinweisen zur Psychischen Ersten Hilfe wird deshalb – eher als Hintergrundinformation für psychologische Notfallhelfer oder Notfallpsychologen - nur dann vorgenommen, wenn sie aufgrund der in dieser Arbeit bereits vorgestellten Untersuchungsergebnisse unbedingt notwendig erscheint.

Die praktische Umsetzung von weiteren altersabhängig differenzierten Regeln bzw. Regelwerken zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern würde insbesondere Ersthelfer und Mitarbeiter des Rettungsdienstes ansonsten vermutlich überfordern, zumal für die Vermittlung *aller* notfallpsychologischen Ausbildungsinhalte in der Schulung von Notfallhelfern der verschiedensten Qualifikationsstufen (vom Ersthelfer bis zum Rettungsassistenten) nach wie vor nur eine sehr knapp bemessene Unterrichtszeit zur Verfügung steht (vgl. RETTASS APRV 1989; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1991; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1993; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998; STÄNDIGE KONFERENZ FÜR DEN RETTUNGSDIENST 1999; RETTHELF APO NRW 2000 u. RETTSAN APO NRW 2000; vgl. aber auch LASOGGA/GASCH 2002b, S. 57-58).

Wenngleich eine Änderung dieses Missstandes nicht nur wünschenswert, sondern aus verschiedenen Gründen auch zweifellos notwendig ist, müssen die Rahmenbedingungen, in

deren Kontext die vorliegende Dissertation erarbeitet wird, *zunächst* hingenommen werden, wie sie sind.

4.2. Ableitung konkreter Regeln und Forderungen

Die Ableitung konkreter Regeln und Forderungen für eine Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen resultiert naheliegenderweise vorrangig aus den Ergebnissen der im vorangegangenen Abschnitt dieser Arbeit ausführlich dargestellten Studie. In besonderem Maße sollen dabei diejenigen Angaben berücksichtigt werden, die von besonders vielen, d. h. einem relativ hohen Prozentsatz der befragten Kinder angegeben worden sind. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen:

1. Wenn bei 76 % der Befragten ein außerordentlich großes Informationsbedürfnis besteht, Ungewissheit über den Notfallhergang und eventuelle Notfallfolgen, d. h. ein Informationsmangel von 61,4 % der Befragten als Belastung empfunden wird und andererseits die Vermittlung von Informationen zumindest für 19,8 % der Befragten eine angenehme Erfahrung ist, lässt sich zunächst die Schlussfolgerung ziehen, daß der Informationsvermittlung eine besonders große Bedeutung zukommt (vgl. hierzu WOLF 2002).
2. Wenn 37,5 % der Befragten besonders stark mitempfinden bzw. mitleiden, 15,6 % der Befragten sich gleichzeitig wünschen, *selbst* Hilfe leisten zu können und schließlich eigenes Handeln, das u. U. tatsächlich zur Bewältigung des Geschehens beiträgt, fast von jedem zweiten befragten Kind, d. h. von 46,9 % der Befragten als dementsprechend hilfreich empfunden wird, sollte ein unverletzt-betroffenes Kind, das in einer Notfallsituation z. B. etwas malen, aufschreiben, anschauen, anfassen oder sagen möchte, dies auch tun können – auch, wenn es möglicherweise zunächst ungewöhnlich erscheint: Einem Mädchen, daß einem Notfallpatient beispielsweise ‚Gute Besserung‘ wünschen wollte, wurde dies ohne Angabe von Gründen verwehrt⁸⁴.
3. Wenn die Tatsache, daß einem Notfallpatienten keine Hilfe geleistet wird, von 65,6 % der Befragten als Belastung empfunden wird; 63,5 % der Befragten wünschen, daß dem Notfallpatienten rasch Hilfe geleistet wird und 75 % der Befragten gerade den Anblick der Hilfeleistung als hilfreich erlebten, muss – durchaus im Sinne der *Psychischen* Ersten Hilfe (!) – zunächst *medizinische* Hilfe *sichtbar* und als solche *erkennbar* geleistet

⁸⁴ Siehe S. 92.

bzw. zumindest sichergestellt werden, indem beispielsweise der Rettungsdienst benachrichtigt und dies einem unverletzt-betroffenen Kind ausdrücklich mitgeteilt wird (sofern es nicht sogar – wie unter 2. bereits indirekt gefordert - *selbst* daran beteiligt werden kann, die Hilfeleistung durchzuführen oder zu organisieren). Dies ist gerade für unverletzt-betroffene Kinder deshalb so wichtig, weil sie zum einen in der ebenfalls bereits beschriebenen Weise mitempfinden und regelrecht mitleiden – und zum anderen, weil sie offenbar nicht jede Hilfeleistung als Hilfeleistung erkennen können⁸⁵.

4. Wenn das Abschirmen offenbar nicht *immer* hilfreich ist, sondern von 35,4 % der Befragten sogar als etwas Unangenehmes empfunden wird; zumindest 27,1 % der Befragten sich ausdrücklich wünschen, weiter zuschauen zu können und 19,8 % der Befragten das miterlebte Notfallgeschehen im Nachhinein keineswegs als Belastung, sondern eher als spannende und interessante Erfahrung schildern, kann dieses Abschirmen – wie bereits dargestellt - zweifellos nicht mehr grundsätzlich und ohne einige ergänzende Hinweise empfohlen werden. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß 44,8 % der Befragten durchaus den Wunsch äußern, wegzusehen oder sich vom Notfallort zu entfernen. So kann es – in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den Ausführungen unter 3. - durchaus ebenso sinnvoll sein, die Wahrnehmung von unverletzt-betroffenen Kindern in einer Notfallsituation vor allem auf die Hilfeleistung zu lenken (z. B. „Schau mal da vorne, da holt der Sanitäter eine spezielle Trage, auf der der Verletzte ganz bequem liegen kann“ / „Jetzt gibt der Arzt dem Mann eine Spritze, damit er nicht mehr so starke Schmerzen hat“).

Lediglich der Anblick von Notfallpatienten und Blut sowie das Zuschauen bei der Durchführung besonders schmerzhafter bzw. für den Notfallpatienten unangenehmer Maßnahmen sollte aufgrund der Befragungsergebnisse möglicherweise eher verhindert werden (der Anblick des Notfallpatienten wurde von 27,1 % der Befragten, der Anblick von Blut von 25 % der Befragten und die Durchführung schmerzhafter Maßnahmen am Notfallpatienten von 17,7 % der Befragten als belastend empfunden).

Daß die Entscheidung darüber, ob ein Kind vom Notfallgeschehen abgeschirmt werden oder weiter zuschauen soll, zudem natürlich vom Verhalten und der Reaktion eines Kindes selbst abhängig gemacht werden muss, liegt - gerade angesichts der uneinheitlichen Befragungsergebnisse zu dieser Problematik - auf der Hand: Wenn ein Kind sich

⁸⁵ Siehe S. 89 bzw. die dort beschriebene Aussage: „Der Arzt sollte dem X doch helfen und dem nicht so eine Spritze in den Arm rammen“.

beispielsweise von selbst die Augen zuhält, es sich wegdreht, weglaufen möchte oder offensichtlich unter Schock zu stehen scheint, ist es zweifellos unangebracht, diesem Kind ein weiteres Zuschauen in der Notfallsituation zuzumuten.

Wenn Abschirmung demnach unbedingt notwendig erscheint, weil z. B. auch keinerlei Fokussierung der Wahrnehmung auf voraussichtlich *hilfreiche* Anblicke (wie etwa laufende Hilfsmaßnahmen an einem anderen Bereich des Notfallortes) mehr möglich ist, müssen allerdings die folgenden Hinweise berücksichtigt werden:

- Das Abschirmen selbst sollte dann auf eine verständliche Weise begründet werden („z. B. „Komm, wir gehen mal hier rüber, dann haben die Sanitäter noch mehr Platz, um dem Verletzten zu helfen!“), damit es nicht als Bestrafung bzw. Ausgrenzung missverstanden und unangenehm empfunden wird und
- je weniger ein Kind selbst wahrnehmen kann, umso mehr müssen die gewünschten Informationen vermittelt, das heißt beispielsweise Fragen beantwortet werden.

Mit der Abschirmung unverletzt-betroffener Kinder in Notfallsituationen ist die Psychische Erste Hilfe insofern keinesfalls beendet, sondern sie fängt – ganz im Gegenteil – u. U. erst damit an! Auch dies ist keine banale Feststellung, wie an zwei Beispielen deutlich wird, von denen dem Verfasser der vorliegenden Arbeit jedoch erst berichtet wurde, nachdem die bereits dargestellte explorative Untersuchung bereits abgeschlossen war: So leisteten zwei Polizisten zwei unverletzt-betroffenen Kindern bei einem Verkehrsunfall ausschließlich dadurch „Psychische Erste Hilfe“, daß sie die Kinder unmittelbar nach dem Eintreffen der Polizei am Notfallort (in sicherlich guter Absicht!) aufforderten, sich in den Streifenwagen zu setzen. Das etwas abseits vom Notfallgeschehen geparkte Fahrzeug wurde dann abgeschlossen. Die Kinder waren somit abgeschirmt - zugleich aber auch allein und ohne Informationen über das Notfallgeschehen, zumal die Polizisten dann zunächst mit Absicherungsmaßnahmen und der Unfallaufnahme beschäftigt waren.

Bei einem weiteren Notfall, der sich in der Unterrichtspause auf einem Schulhof ereignet hatte und bei dem ein Schüler offenbar schwer verletzt worden ist, wurden die umherstehenden und zuschauenden Kinder umgehend in ihre Klassenräume geschickt. Weitere Informationen über das Notfallgeschehen erhielten sie dort jedoch nicht, sondern erst, als sie die Klassenräume nach der folgenden Unterrichtsstunde (!) wieder verlassen durften.

Für das konkrete Handeln am Notfallort scheint, was die Erörterung von Schaden und Nutzen des Abschirmens angeht, daher folgende Vorgehensweise angebracht:

Ob man ein Kind zuschauen lässt oder abschirmt, richtet sich grundsätzlich nach dem eigenen Verhalten bzw. der eigenen Reaktion des Kindes. Lässt man ein Kind zuschauen, soll die Wahrnehmung auf die Hilfeleistung gelenkt werden. Schirmt man ein Kind ab, muss dies begründet werden, und es gilt, umso mehr Informationen darüber zu vermitteln, *daß* und vor allem *wie* dem Notfallpatienten geholfen wird. Unabhängig von diesen psychologischen Überlegungen kann das Zuschauen im Übrigen verständlicherweise nur dann gut geheißen werden, wenn der Notfallpatient dadurch nicht belastet, die Arbeit der Rettungskräfte nicht behindert und keine Eigengefährdung verursacht wird (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 80-81).

5. Wenn vor allem ältere Kinder die notfallpsychologische Betreuung gemeinsam mit Erwachsenen als unangenehm beschreiben (entsprechende Angaben wurden von 21,9 % der Befragten gemacht) und sie stattdessen bevorzugt mit *Gleichaltrigen* zusammen sein möchten⁸⁶, sollte dieser Wunsch erfüllt werden: Sofern sich in einem Notfall z. B. spontan eine Gruppe von Kindern zusammengefunden hat, sollte diese Gruppe nicht voneinander getrennt werden. Demgegenüber sollte bei jüngeren Kindern berücksichtigt werden, daß sie häufiger Nähe zu *erwachsenen* Bezugspersonen suchen⁸⁷. Für sie ist es beispielsweise von besonderer Bedeutung, daß sie rasch zu ihren Eltern bzw. die Eltern zu ihnen kommen, was wiederum – durchaus im Rahmen der Psychischen Ersten Hilfe – zunächst *organisiert* werden muss.
6. Wenn ungewöhnliche bzw. unangemessene Verhaltensweisen, insbesondere unangemessene verbale Äußerungen von immerhin 11,4 % der Befragten als belastend empfunden werden, müssen sich Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe auch hierauf beziehen. Da solche Verhaltensweisen bzw. solche Äußerungen von Dritten (z. B. Passanten oder Zuschauern) an einem Notfallort jedoch niemals ausgeschlossen oder von vornherein verhindert werden können, sollte insofern Psychische Erste Hilfe geleistet werden, daß man z. B. das Verständnis von Kindern für solche Verhaltensweisen bzw. Äußerungen fördert und sie - sofern es zutrifft - als Schockreaktionen, d. h. ungewöhnliche, aber letztlich doch normale Reaktionen auf ein unnormales Ereignis (vgl. MÜLLER-LANGE 2001, S. 81) nachvollziehbar macht und somit eine angemessene Bewer-

⁸⁶ Siehe S. 99.

⁸⁷ Siehe S. 99.

tung ermöglicht (z. B. „Der Mann hat sich so sehr erschreckt, daß er gar nicht überlegt hat, was er sagt!“).

7. Ähnliches gilt für das Empfinden von Wut, das von 44,8 % der Befragten angegeben wurde und u. U. auch mit aggressiven Verhaltensweisen verbunden sein kann. Dies sollte ebenfalls als eine verständliche Reaktion auf das Miterleben einer Notfallsituation erklärt und akzeptiert werden, ohne Sanktionen zu ergreifen, die ansonsten nämlich nur eine zusätzliche Belastung sind und im Endeffekt vollkommen unnötiges Konfliktpotential beinhalten (Reales Negativbeispiel: „Was fällt Dir ein, gerade jetzt hier herumzuranalieren? Das werde ich ins Klassenbuch eintragen!“).
8. Wenn der Anblick von Notfallspuren wie z. B. blutverschmierten Handschuhen, beschädigten Unfallfahrzeugen, Verpackungsmaterial von Medikamenten und ähnlichem bei 33,3 % der Befragten mit besonderen Belastungen verbunden ist bzw. offenbar die Entwicklung furchterregender Phantasien fördert, sollten solche Notfallspuren (ggf. in Absprache mit der Polizei!) nach Möglichkeit rasch beseitigt werden.
9. Wenn Kinder sich offenbar auch nach längerer Zeit noch immer intensiv mit einer Notfallsituation beschäftigen⁸⁶ (ohne, daß deshalb sofort von der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden muss; siehe unten!), sollten Bezugspersonen mindestens ebenso lange eine entsprechende Aufmerksamkeit und Gesprächsbereitschaft zeigen. Besonders wichtig scheint dies in Situationen, in denen (auch in räumlich größerer Distanz) weitere Notfälle ereignen, die Ähnlichkeiten mit einem selbst miterlebten Notfallgeschehen – und damit „Verknüpfungspotential“ aufweisen, was bei Kindern erneut zu einer starken Betroffenheit führen und Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe notwendig machen kann⁸⁷.
10. Wenn zweifellos nicht *jeder* Notfall bei unverletzt-betroffenen Kindern zu einem psychischen Trauma führt, sollte die PEH bei unverletzt-betroffenen Kindern schließlich in dem zumindest für Notfallhelfer und Eltern außerordentlich entlastenden Bewusstsein erfolgen, daß keineswegs jedes Kind *hoch* belastet ist und daß eine *übermäßige* Sorge im Hinblick auf die Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen sicherlich unangebracht ist.

Eine Zusammenfassung der bisherigen Ausführungen beinhaltet an dieser Stelle das neue Regelwerk FRITZCHEN, das analog zu den bereits vorgestellten Regelwerken KASPER-

⁸⁶ Siehe S. 88.

⁸⁷ Siehe S. 97-98.

LE, PUMUCKEL und WINNETOU entwickelt wurde⁸⁸. Erneut stehen die einzelnen Buchstaben des Ankerbegriffs „F-R-I-T-Z-C-H-E-N“ für die jeweiligen (sogar durchaus chronologisch angeordneten) Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe (Tab. 15).

FRITZCHEN: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern		
	Regel	Kurze Erläuterung
F	<ul style="list-style-type: none"> Für Nähe selbst gewählter (!) Bezugspersonen sorgen! 	<ul style="list-style-type: none"> Jüngere Kinder suchen v. a. Nähe zu erwachsenen Bezugspersonen, während ältere Kinder bevorzugt mit Gleichaltrigen zusammen sind.
R	<ul style="list-style-type: none"> Reizaufnahme / Wahrnehmung auf die Hilfeleistung lenken, ggf. Abschirmen! 	<ul style="list-style-type: none"> Ob man abschirmt oder zuschauen lässt, hängt vom Verhalten und der Reaktion bzw. der Bedürfnislage eines Kindes ab. Außerdem muß man die psychische Situation des Notfallpatienten berücksichtigen, eine Eigengefährdung ist nicht zu verantworten und die Rettungsarbeiten dürfen nicht behindert werden.
I	<ul style="list-style-type: none"> Informationsbedürfnis befriedigen und das Verständnis fördern! 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder haben ein besonders großes Informationsbedürfnis, Unwissenheit und Ungewissheit werden als Belastung empfunden.
T	<ul style="list-style-type: none"> Thematisieren, <i>daß</i> und vor allem: <i>wie</i> geholfen wird! 	<ul style="list-style-type: none"> Im Gegensatz zu den 4-S-Merksätzen für die Psychische Erste Hilfe bei Erwachsenen (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 127-128) muss man nicht nur auf die Tatsache hinweisen, <i>daß</i> geholfen wird, sondern auch erklären, <i>wie</i> dies geschieht, weil Kinder eine Hilfeleistung u. U. überhaupt nicht als solche erkennen. (Beispiel: „Der Rettungswagen fährt nicht sofort ins Krankenhaus, weil der Verletzte erst einmal schon im Auto behandelt wird!“)
Z	<ul style="list-style-type: none"> Zulassen und Erklären ungewöhnlicher Verhaltensweisen! 	<ul style="list-style-type: none"> Ungewöhnliche Verhaltensweisen sind eine normale Reaktion auf das Miterleben eines Notfallgeschehens. Weil v. a. ungewöhnliche Verhaltensweisen von Dritten an einem Notfallort für Kinder mit Belastungen verbunden sind, sollten sie – etwa als Schockreaktion - verständlich gemacht werden, um zusätzlich belastenden Fehlinterpretationen entgegenzuwirken!
C	<ul style="list-style-type: none"> Chancen nutzen! 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder können und wollen am Notfallort evtl. selbst aktiv werden. Auch dies ist eine Chance, die genutzt werden kann, indem Kindern – z. B. durch das Tragen eines Notfallkoffers oder das Aufhalten einer Türe - hilfreiche Aktivität ermöglicht wird.
H	<ul style="list-style-type: none"> Professionelle Hilfe verständigen bzw. sicherstellen und <i>sichtbar</i> leisten! 	<ul style="list-style-type: none"> Auf diese Weise wird berücksichtigt, daß Kinder sehr stark mitempfinden bzw. mitleiden und sie sich eine möglichst rasche Hilfeleistung wünschen. Der Anblick der Hilfeleistung beinhaltet ein für die Bewältigung des Geschehens u. U. hilfreiches Potential.
E	<ul style="list-style-type: none"> Entfernen belastender Notfallspuren! 	<ul style="list-style-type: none"> Der Anblick von blutverschmierten Handschuhen, Verpackungsmaterial von Medikamenten und beschädigten Fahrzeugen kann als Belastung empfunden werden.
N	<ul style="list-style-type: none"> Nachsorge ohne Panik, aber mit langfristiger Gesprächsbereitschaft und besonderer Aufmerksamkeit bei Notfällen mit „Verknüpfungspotential“! 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherlich nicht jedes Kind, das eine Notfallsituation miterlebt, ist traumatisiert. Dennoch beschäftigen sich Kinder mit dem Erlebten lange und intensiv. Notfälle, die Ähnlichkeiten mit einer (auch vor längerer Zeit) selbst erlebten Notfallsituation aufweisen, können als erneute Belastung empfunden werden.

Tab. 15: FRITZCHEN: Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern

⁸⁸ Siehe S. 45 u. 50-52.

5. Umsetzung der neuen Hinweise für die PEH bei unverletzt-betroffenen Kindern

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten vor allem dargestellt wurde, *was* getan werden soll, wird in den folgenden Ausführungen thematisiert, *wie* und *von wem* Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfällen geleistet bzw. auch vorbereitet und organisiert werden kann. Dabei wird die Umsetzung der Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe beispielhaft in zwei völlig unterschiedlichen Bereichen dargestellt.

5.1. Umsetzung der neuen Regeln zur PEH in der Schule

Eine Statistik, die *alle* Notfallsituationen in deutschen Schulen erfasst, gibt es offenbar nicht. Nach Angaben der Gemeindeunfallversicherung ereignen sich in deutschen Schulen allerdings jährlich allein rund eine Million Unfälle, bei denen die ärztliche Behandlung mindestens eines Betroffenen notwendig wird (vgl. DRK-LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE/DRK-LANDESVERBAND NORDRHEIN o. J., S. 3). Im Zusammenhang mit der allgemein bekannten Berichterstattung in den Medien über Amokläufe, andere Gewalttaten und Brände in Schulgebäuden ist die Notwendigkeit, sich insbesondere mit Möglichkeiten der Psychischen Ersten Hilfe in Schulen zu beschäftigen, somit zweifellos vorhanden.

Diese Notwendigkeit wird noch dadurch verstärkt, daß konkrete Notfallplanungen bzw. Maßnahmenkataloge für eine notfallpsychologische Hilfeleistung offenbar überwiegend nicht vorhanden sind: Im Gegensatz zur rein *medizinischen* Hilfeleistung durch ausgebildete Ersthelfer bzw. Schulsanitäter, Sicherheitsbeauftragte und den Rettungsdienst ist die Frage danach, wie *notfallpsychologische* Hilfe geleistet werden soll, meist nicht geregelt. Die jeweils verantwortlichen Schulleitungen bzw. Schulämter, aber auch die Einsatzleitungen der Polizei und der Feuerwehren sind daher weitgehend auf sich allein gestellt und auf spontanes Improvisationsvermögen angewiesen (vgl. KARUTZ/DUVEN 2002, S. 1).

Auch in der Literatur finden sich zur Notfallnachsorge speziell in Schulen nur sehr wenige Hinweise: Von der bayrischen Schulberatung gibt es einen Beitrag „zur Psychologie des Krisenmanagements“ (vgl. PENTZ 2001), einen Fallbericht schildert Polizeipfarrer Wer-

neburg (vgl. WERNEBURG 2001), und die weiteren Veröffentlichungen stammen im Wesentlichen aus dem (benachbarten) Ausland (vgl. z. B. SCHOOTS-WILKE/SPEE/FIDDELAERS-JASPERS 1999; ICSF 2001 u. MICHEL/VORSTER/PROBST o. J.), so daß zunächst der *grundsätzlichen* Vorbereitung auf Notfallsituationen eine besondere Bedeutung zukommt.

Bei Pentz heißt es in diesem Sinne: „Krisen können nur bedingt vorhergesehen werden und sind daher nur begrenzt vorbeugbar. Aber: Durch Reflexion und klärende Absprachen im Vorfeld lassen sich Krisenverläufe und deren Bewältigung im Sinne einer Schadensbegrenzung positiv beeinflussen“ (PENTZ 2001, S. 2). An anderer Stelle wird ergänzt: „Damit an Schulen bei Krisenereignissen professionell-pädagogisch gehandelt werden kann, ist es erforderlich, bereits weit im Vorfeld entsprechende Planungen zu treffen, um im Ernstfall nur noch Checklisten abfragen zu müssen, wie man zu handeln hat“ (PENTZ 2001, S. 8).

Vor diesem Hintergrund scheint v. a. die Gründung eines „Notfallteams“ empfehlenswert, das – fachlich entsprechend ausgebildet – schon im Vorfeld denkbarer Notfälle eigene Überlegungen zu Möglichkeiten der psychologischen Hilfeleistung anstellen sollte und für die Koordination besonderer Maßnahmen bei Notfallsituationen in der Schule zuständig sein könnte.

Durch dieses Notfallteam sollte beispielsweise eine Liste mit psychologischen Notfallhelfern und Notfallpsychologen geführt werden, die in Notfallsituationen für die Schule als kompetente Ansprechpartner bzw. Fachberater zur Verfügung stehen. Ebenso sollten verschiedene Musterbriefe verfasst werden, die in konkreten Notfallsituationen – bei Bedarf modifiziert – zur Information der Schulgemeinde dienen könnten. Einige weitere Aufgaben des Notfallteams gehen schließlich aus Tab. 16 hervor (vgl. KARUTZ/DUVEN 2002, S. 3-4).

Als potentielle Mitglieder des schulischen Notfallteams sind v. a. die Schulleitung, Klassenlehrer der betroffenen Klassen, Vertrauenslehrer der Schüler bzw. Verbindungslehrer zur Schülervertretung, Schüler- bzw. Jahrgangsstufensprecher, Klassenpflegschaftsvorsitzende sowie der Sicherheitsbeauftragte der Schule, aber auch Schulpsychologen, Sozialarbeiter, Vertreter des örtlichen Schulamtes sowie externe Fachleute (z. B. psychologische Notfallhelfer, Notfallpsychologen sowie Mitarbeiter von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstellen) zu nennen. Denkbar wäre es auch, das Notfallteam durch (Lehrer-) Kollegen anderer Schule zu ergänzen.

Aufgaben eines Notfallteams in Schulen
<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen möglicher Notfallszenarien und konkreter Notfallpläne • Führen einer Liste mit Kontaktadressen von psychologischen Notfallhelfern und Hilfsdiensten (z. B. örtliche Notfallseelsorge, regionales Kriseninterventionsteam etc.) • Verfassen verschiedener Musterbriefe zur Information der Schulgemeinde • Koordination besonderer Maßnahmen bei Notfällen in der Schule • Begleitung des schulischen Lebens im Übergang von der Notfallsituation zum gewohnten Schulalltag • Organisation von notfallbezogenen Sonderveranstaltungen wie z. B. einem Gottesdienst, einer Trauerfeier, einer Pressekonferenz oder einem Elternabend • Beratung von Lehrern im Hinblick auf die Durchführung von Maßnahmen zur Psychischen Ersten Hilfe • Außerdem sollte das Krisenteam der Schule als Ansprechpartner für die Einsatzleitung der Polizei, der Feuerwehren und des Rettungsdienstes zur Verfügung stehen

Tab. 16: Aufgaben eines Notfallteams in Schulen

Psychoeducative Maßnahmen für die gesamte Schulgemeinde wären neben der Gründung eines Notfallteams ein weiterer Beitrag zur Vorbereitung auf Notfallsituationen: Hier kann zweifellos davon ausgegangen werden, daß Notfallsituationen besser verarbeitet werden können, wenn ihre psychischen Auswirkungen und die möglichen Reaktionsweisen von Betroffenen bereits im Vorfeld (und durchaus auch explizit als Unterrichtsbestandteil) thematisiert worden sind. Generell ist vor diesem Hintergrund ein offener und transparenter Umgang mit der Vorbereitung auf denkbare Notfallsituationen empfehlenswert; und die beschriebene Arbeit des Krisenteams sollte bewusst auch nicht im Verborgenen und „tabuisiert“ stattfinden, sondern als selbstverständlicher Bestandteil des schulischen Lebens. An amerikanischen Schulen werden in diesem Sinne – in Zusammenarbeit mit der Polizei – sogar *realitätsnah ablaufende Übungen* zu möglichen Notfallszenarien durchgespielt, bei denen sinnvolle Verhaltensweisen aller Beteiligten, z. B. bei Geiselnahmen, einem Amoklauf oder schweren Unfällen trainiert werden (vgl. KARUTZ/DUVEN 2002, S. 4 u. MAAß 2002, S. 92).

Bei einer zunächst sicherlich verständlichen Ablehnung solch zweifellos außergewöhnlicher Maßnahmen sollte nicht in Vergessenheit geraten, daß auch die Evakuierungsübungen für den Brandfall aus guten Gründen zum schulischen Alltag gehören und deren Notwendigkeit von kaum jemandem ernsthaft angezweifelt wird. Im Übrigen kann nicht bestritten werden, daß besondere Situationen besondere Maßnahmen erforderlich machen.

5.1.1. FRITZCHEN in der Schule

Nachdem eine grundsätzliche Vorbereitung auf Notfallsituationen in der Schule in der beschriebenen Weise erfolgt ist, können nun einige weitere Hinweise zur konkreten Umsetzung des „FRITZCHEN“-Konzepts vorgestellt werden:

- **Für Nähe selbst gewählter Bezugspersonen sorgen:** Gruppen von älteren Schülern, die sich in einem Notfallgeschehen spontan zusammenfinden, sollten nicht getrennt werden; ggf. sollte die gesamte Gruppe als solche betreut werden – und zwar auch dann, wenn sie sich beispielsweise aus Schülern unterschiedlicher Klassen oder Jahrgangsstufen zusammensetzt. Dies zu erwähnen ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil man bislang – etwa bei Evakuierungsübungen für den Brandfall – Schüler stets im Klassen- bzw. Kursverband an den vorgesehenen Sammelpunkten zusammenführt. Wenn ein Schüler jedoch besonders gute Freunde in einer Parallelklasse oder einer anderen Jahrgangsstufe hat, mit denen er in einer Notfallsituation zusammen sein möchte, sollte dies auch ermöglicht werden.

Im Hinblick auf die jüngeren Schüler sollte – anhand von Telefonlisten aller Klassen, die für solche Fälle im Schulsekretariat bereit liegen müssen - organisiert werden, daß die Eltern oder andere, eventuell schneller erreichbare bzw. verfügbare erwachsene Bezugspersonen (Großeltern, ältere Geschwister, andere Angehörige, die v. a. vormittags evtl. leichter abkömmlich sind) zu einem vorher festgelegten (!) Treffpunkt in oder zumindest in der Nähe der Schule kommen, um die Kinder dort in Empfang zu nehmen. Bis dahin sind zweifellos zunächst die Lehrer Ansprechpartner und Bezugsperson der Kinder.

- **Reizaufnahme / Wahrnehmung auf die Hilfeleistung lenken oder Abschirmen:** Wie bei der Begründung dieser Regel im vorangegangenen Abschnitt der Arbeit bereits erläutert, muss die Entscheidung, ob man Kinder abschirmt oder zuschauen lässt, zunächst von mehreren Faktoren abhängig gemacht werden: Möchten die Kinder zuschauen? Zeigen sie *Interesse* am Notfallgeschehen oder wenden sie sich schon von alleine ab bzw. laufen sie z. B. vom unmittelbaren Notfallort weg? Bei einer größeren Schülermenge, die sich an einem Notfallort versammelt hat, müssen dementsprechend viele Lehrer zur Verfügung stehen, die *einheitlich* die Aufgabe haben, *entweder* abzuschirmen *oder* das Zuschauen mit hilfreichen Hinweisen auf die Hilfeleistung zu begleiten: Es darf folglich nicht sein, daß ein Lehrer grundsätzlich *alle* Schüler abschirmt, wäh-

rend ein anderer Lehrer grundsätzlich *alle* Schüler zuschauen lässt. Vielmehr muss insofern einheitlich gehandelt werden, daß stets nach der Bedürfnislage des einzelnen Schülers entschieden wird, ob er zuschaut oder besser abgeschirmt wird. Das setzt wiederum eine einheitliche Schulung des gesamten Lehrerkollegiums voraus; und es muss durch organisatorische Maßnahmen im Vorfeld sichergestellt werden, daß sich überhaupt eine ausreichende Anzahl von Lehrern an den Notfallort begibt. Möglich wäre es beispielsweise, in einer dienstlichen Anweisung zu regeln, daß – etwa auf eine bestimmte Durchsage hin – alle Lehrer in Verfügungs- oder Sprechstunden entsprechend eingesetzt werden können.

Wichtig: Sowohl den zuschauenden Kindern als auch den etwa in einem Klassenraum abgeschirmten Kindern müssen in jedem Fall Informationen vermittelt werden, wie es der nächste Schritt des „FRITZCHEN“-Konzeptes beinhaltet:

- **Informationsbedürfnis befriedigen und das Verständnis des Erlebten fördern:** Die Schüler müssen offen und ehrlich darüber informiert werden, was passiert ist, was getan wurde bzw. getan wird und was evtl. noch geschehen wird, sofern dies sicher abzusehen ist („Es ist auch ein Rettungshubschrauber unterwegs, der gleich auf dem Sportplatz landen wird.“). Dies ist in besonderem Maße bei Notfällen in der Schule wichtig, weil sich erfahrungsgemäß gerade hier sehr rasch Gerüchte und „Halbwahrheiten“ verbreiten, die u. U. weitaus belastendere Informationen beinhalten als „offizielle“ und sachlich zutreffende Meldungen der Schulleitung. Wiederum kommt auch im Hinblick auf die Informationsvermittlung v. a. den vorbereitenden Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu: Es muss im Vorfeld geklärt worden sein, wer autorisiert ist, Informationen an wen weiterzugeben und wie der Informationsfluss durch die Schulgemeinde in Notfällen insgesamt gesteuert wird. Denkbar wäre die Nutzung einer schulinternen Rundspruchanlage, alternativ käme aber auch der Einsatz von „Meldern“ in Frage, die beispielsweise vom Sekretariat aus zu einzelnen Klassen bzw. Sammelpunkten gehen könnten, um bestimmte Nachrichten mitzuteilen. Diese „Melder“ – wie sie zur Nachrichtenübermittlung bereits seit Jahrzehnten bei Großschadenslagen und an unübersichtlichen Einsatzstellen im Katastrophenschutz üblich sind – könnten weitere verfügbare Lehrer, Mitarbeiter einer örtlichen Hilfsorganisation, möglicherweise aber auch geeignete ältere Schüler mit einer vorherigen Schulung für diese Aufgabe sein.

Im Übrigen sollte der gesamten Schulgemeinde – ebenfalls durch vorbereitende Maßnahmen wie z. B. einen Aushang oder eine entsprechende Aufklärung – schon im Vor-

feld eines Notfalls bekannt sein, wann, von wem und wie sie bei einer Notfallinformation informiert werden würde („In einer Notfallsituation gibt die Schulleitung offizielle Informationen über die Rundspruchanlage bekannt. Wenn das nicht möglich sein sollte, werden mit einer farbigen Weste, einer Armbinde o. ä. gekennzeichnete Personen offizielle Nachrichten an alle Klassen bzw. alle Sammelpunkte überbringen. Weitere Informationen werden in jeder Unterrichtspause am schwarzen Brett aufgehängt und so rasch wie möglich aktualisiert.“).

- **Thematisieren, daß und vor allem: wie geholfen wird:** Der in der Vorstellung des „FRITZCHEN“-Konzeptes enthaltenen Erläuterung⁸⁹ ist prinzipiell nichts hinzuzufügen: Im Gegensatz zu den 4-S-Merksätzen für die Psychische Erste Hilfe bei Erwachsenen (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, S. 127-128) muss man nicht nur auf die Tatsache hinweisen, daß geholfen wird, sondern auch erklären, wie dies geschieht, weil Kinder eine Hilfeleistung u. U. überhaupt nicht als solche erkennen. Dem Unverständnis und der Verärgerung darüber, daß ein Rettungswagen mit einem verletzten Schüler an Bord möglicherweise nicht sofort abfährt, sondern zunächst noch am Notfallort verbleibt, kann man beispielsweise mit der Erklärung entgegenwirken, daß ein Notfallpatient schon im Rettungswagen durchaus sehr gut behandelt werden kann, weil z. B. alle Verbandmaterialien und Medikamente zur Verfügung stehen.
- **Zulassen und Erklären ungewöhnlicher Verhaltensweisen:** Gerade in Schulen ist dies deshalb wichtig, weil viele der Verhaltensweisen und Äußerungen an einem Notfallort, die von Kindern in der vorliegenden Studie als unangemessen und belastend beschrieben worden sind⁹⁰, wiederum von anderen Kindern stammten. Insbesondere bei Notfällen in Schulen muss demnach damit gerechnet werden, daß sehr ungewöhnliche Verhaltensweisen auftreten, die – wenn sie nicht erklärt und (beispielsweise als Schockreaktionen) verständlich gemacht werden – zumindest für erhebliche Irritationen sorgen können.
- **Chancen nutzen:** Bei Notfällen in Schulen sind schon auf den ersten Blick zahlreiche Möglichkeiten erkennbar, Kinder in die Hilfeleistung einzubeziehen und das Notfallgeschehen durchaus auch als wichtige Lernerfahrung pädagogisch zu nutzen. Unmittelbar in einer Notfallsituation können Schüler kleinere Aufgaben übernehmen wie z. B. die Einweisung des Rettungsdienstes auf dem Parkplatz der Schule, das Führen der Ret-

⁸⁹ Siehe S. 116.

⁹⁰ Siehe S. 82-83 u. 89.

tungsdienstmitarbeiter zum eigentlichen Notfallort im Schulgelände (in dem sich Außenstehende oftmals überhaupt nicht ohne Hilfe orientieren können!), das Aufhalten von (Aufzug-) Türen, die Mithilfe beim Transport von größeren Ausrüstungsgegenständen wie z. B. einer Vakuummatraze oder einer Schiene zum Ruhigstellen einer Fraktur aus dem Rettungswagen zum Notfallort etc.

Unmittelbar im Anschluß an das Notfallgeschehen kann sich aber – gerade in Schulen – auch die Chance ergeben, das Erlebte (unabhängig bzw. als Ergänzung einer weiteren *psychologischen* Notfallnachsorge) zusätzlich *pädagogisch* nachzubereiten, indem beispielsweise ein Erste-Hilfe-Lehrgang oder ein Streitschlichtungstraining durchgeführt, Gewalt an Schulen grundsätzlich thematisiert oder sogar ein Schulsanitätsdienst gegründet wird.

- **Professionelle Hilfe verständigen bzw. sicherstellen und sichtbar leisten:** Hier ist zunächst erneut auf vorbereitende Maßnahmen hinzuweisen, ohne die eine professionelle Hilfeleistung schon von vornherein ausgeschlossen scheint: Niemand kann umfangreiche Erste Hilfe-Maßnahmen durchführen, der keine entsprechende Ausbildung absolviert und sich regelmäßig fortgebildet hat.

Die Einrichtung von Schulsanitätsdiensten, die vor allem vom Deutschen Jugendrotkreuz gefördert wird, kann in diesem Zusammenhang außerordentlich sinnvoll sein, um die Forderung nach einer professionellen und raschen Hilfeleistung sogar schon vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes sicherzustellen: Schüler werden dabei zu Sanitätshelfern oder Sanitätern ausgebildet und erhalten eine spezielle notfallmedizinische Ausstattung, um bei Notfällen in der Schule Erste Hilfe zu leisten (vgl. DRK LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE/DRK-LANDESVERBAND NORDHREIN o. J.; EISENBEISER/GLASOW/IMMENROTH 1999 u. GLATZ 2003).

- **Entfernen belastender Notfallspuren:** Vor dem Hintergrund einiger Befragungsergebnisse, die sich gerade auf das Verhalten von Lehrern bezogen, scheint hier lediglich der ergänzende Hinweis darauf angebracht, daß (nur) die *belastenden* Notfallspuren entfernt werden sollen: Es geht überhaupt nicht darum, *jede Erinnerung* an das Notfallgeschehen zu verhindern, sondern die Belastungen zu reduzieren, die mit dem Anblick *bestimmter* Notfallspuren (wie z. B. den bereits mehrfach genannten blutverschmierten Handschuhen) verbunden sind: So ist es zweifellos nicht sinnvoll, die Anordnung von

Tischen und Stühlen in einem Klassenraum vollständig zu verändern, damit der Sitzplatz eines verstorbenen Schülers dieser Klasse nicht mehr sichtbar ist.⁹¹

- Dem Hinweis auf die **Nachsorge „ohne Panik“, aber mit langfristiger Gesprächsbereitschaft und besonderer Aufmerksamkeit bei Notfällen mit Verknüpfungspotential** braucht an dieser Stelle kaum etwas hinzugefügt werden. Die weitere Notfallnachsorge sollte sich – vor allem wenn jemand in einer Notfallsituation verstorben ist - auf die Organisation des gemeinsamen Erinnerns (z. B. in einem Gottesdienst), das damit verbundene Sprechen und Zuhören sowie die in Abschnitt 7 der vorliegenden Arbeit beschriebene Durchführung von CISM-Debriefings bzw. CISM-Kindertreffen beziehen. Darüber hinaus gehört zur weiteren Notfallnachsorge zweifellos auch die aufmerksame Wahrnehmung eventueller Verhaltensänderungen bei Schülern, die auf die Entwicklung psychischer Spätfolgen hinweisen können und ggf. die Vermittlung an geeignete Fachleute (i. d. R. Notfallpsychologen) zur Folge haben sollten.

Sofern lediglich in einem kurzem Zeitraum nach einem Notfall, d. h. in einem Zeitraum von wenigen Tagen oder Wochen, ungewöhnliche Verhaltensweisen zeigen, sollten diese jedoch als normale Reaktion auf das Erlebte interpretiert, verständlich gemacht und v. a. ohne Sanktionen akzeptiert werden. Denkbar wäre etwa, daß Konzentrationsstörungen auftreten, die bei Schülern dann nicht als mangelndes Interesse am Unterricht gewertet werden dürften. An dieser Stelle kann jedoch auf die ausführliche Darstellung in Abschnitt 2.2. der vorliegenden Arbeit hingewiesen werden.

Abschließend soll nicht verschwiegen werden, daß bei Notfallsituationen in der Schule stets die gesamte Schulgemeinde betroffen ist und insofern auch eine notfallpsychologische Hilfeleistung für die Lehrer und andere in der Schule beschäftigte Menschen (z. B. Hausmeister und Sekretärinnen) nicht vergessen werden darf.

5.2. Umsetzung der neuen Regeln zur PEH im Rettungsdienst

Da Mitarbeiter des Rettungsdienstes zwangsläufig fast immer vor Ort sind, wenn jemand verletzt oder ernsthaft erkrankt ist, liegt es nahe, auch die Durchführung der hier entwickelten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe auch im Rahmen der Einsatztaktik des Ret-

⁹¹ Siehe S. 91.

tungsdienstes aufzugreifen. Dabei sind - in einer absichtlich etwas anderen Darstellungsweise als im vorangegangenen Abschnitt - im Wesentlichen *vier* Aspekte zu beachten:

1. Der Rettungsdienst sollte sich zunächst für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern *zuständig* fühlen und die Durchführung von Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe ausdrücklich – zumindest bis zum Eintreffen psychologischer Notfallhelfer - als eine eigene Aufgabe betrachten, zumal er stets relativ rasch am Notfallort ist (vgl. KARUTZ/VON BUTTLAR 1999, S.10-11) und über durchaus geeignete (personelle) Ressourcen verfügt.

Für die Umsetzung des „FRITZCHEN“-Konzeptes ist diese Forderung insofern von enormer Bedeutung, weil der Rettungsdienst – wie in den folgenden Absätzen noch zu zeigen sein wird - seine Zuständigkeit für unverletzt-betroffene Kinder bei der Einsatzplanung sowie bei der einsatztaktischen Vorgehensweise in Notfallsituationen berücksichtigen muss. Dies ist bisher jedoch – wie in Abschnitt 2 der vorliegenden Arbeit dargestellt - nur unzureichend geschehen.

2. Einsatzleiter des Rettungsdienstes müssen unverletzt-betroffene Kinder am Notfallort als solche wahrnehmen und notfallpsychologische Überlegungen zu ihrer Anwesenheit in die Entscheidungsfindung zur weiteren Vorgehensweise einbeziehen. In diesem Zusammenhang macht das „FRITZCHEN“-Konzept u. U. ein Umdenken erforderlich:

Während bislang – gerade bei größeren Schadenslagen - grundsätzlich *immer* eine weiträumige Absperrung des Notfallortes vorgenommen und zunächst einmal versucht wird, *alle* Zuschauer abzuschirmen, macht die Forderung nach einer Lenkung der Wahrnehmung unverletzt-betroffener Kinder auf die Hilfeleistung und die Relativierung von Sinn und Nutzen des Abschirmens in der vorliegenden Arbeit es erforderlich, hier zumindest Ausnahmen zu ermöglichen.

Anstatt unverletzt-betroffene Kinder *ausschließlich* in zwar sehr sicheren, dafür u. U. aber auch recht entfernt vom Notfallort gelegenen Räumlichkeiten unterzubringen (in denen der entlastende Anblick der Hilfeleistung nicht möglich ist und Informationen oftmals nur unzureichend vermittelt werden), sollte daher die *zusätzliche* Einrichtung eines „Zuschauerraumes“ direkt am Notfallort in Betracht gezogen werden. Dieser Raum würde wohlgerne der notfallpsychologischen Hilfeleistung dienen, und in ihm müssten eine ausreichende Anzahl entsprechend geschulter Mitarbeiter des Rettungsdienstes (mindestens bis zur Ablösung durch psychologische Notfallhelfer) für die Durchführung weiterer Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe zur Verfügung ste-

hen. Er sollte im Idealfall so platziert sein, daß das Geschehen am Notfallort, eben insbesondere die laufende Hilfeleistung, gut sichtbar ist. Andererseits darf die Einrichtung des Zuschauerraumes nicht zu einer verstärkten Belastung für Notfallpatienten führen, und sie ist selbstverständlich nur dann vertretbar, wenn – wie bereits beschrieben – keine Gefahren durch austretende Giftstoffe, herabfallende Trümmerteile etc. drohen und natürlich auch keine Behinderung der Hilfeleistung verursacht würde.

In vielen Individualnotfällen, etwa bei einem Verkehrsunfall, könnte die Einrichtung eines „Zuschauerraumes“ wohlgemerkt jedoch schon darin bestehen, daß Kinder, die am Rande eines Notfallgeschehens stehen und keinen geschockten, sondern eher interessiert-aufgeschlossenen Eindruck machen, nicht unreflektiert weggeschickt werden, sondern – in Begleitung eines Rettungsdienstmitarbeiters oder psychologischen Notfallhelfers – auch einfach *dort* stehen bleiben und mit Informationen über die Hilfeleistung versorgt werden.

3. Die beschriebene, zweifellos zu diskutierende Einrichtung des „Zuschauerraumes“ - und natürlich auch die Umsetzung der anderen Regeln des „FRITZCHEN“-Konzeptes erfordert einen hohen Personalaufwand. Zudem sind die Rettungsdienstmitarbeiter, die *zunächst* am Notfallort eintreffen, u. U. schon mit der Versorgung des Notfallpatienten ausgelastet. Daraus ergibt sich die Forderung, bei Notfallsituationen, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, daß unverletzt-betroffene Kinder anwesend sein werden, von vornherein - und durch entsprechende Veränderungen der Alarm- und Ausrückordnungen der Rettungsdienste auch *automatisch* – ein zusätzliches Einsatzfahrzeug des Rettungsdienstes mit weiteren Helfern entsendet wird. Dies könnte bei Notfällen in Kindergärten, Schulen, Kindertagesstätten und bei Verkehrsunfällen in unmittelbarer Umgebung solcher Einrichtungen durchaus angebracht sein. Im Hinblick darauf, daß Notfalleinsätze in diesen Bereichen (bezogen auf das Gesamteinsatzaufkommen des Rettungsdienstes) letztlich jedoch eher selten sind (vgl. HEINZ 1998, S. 263) – dürften auch die entstehenden Kosten einer solchen Vorgehensweise als insgesamt vertretbar erscheinen.
4. Die im vorigen Absatz erhobene Forderung macht allerdings nur dann Sinn, wenn das in einem weiteren Fahrzeug des Rettungsdienstes anrückende Personal notfallpsychologisch geschult ist. Um speziell den unverletzt-betroffenen Kindern Psychische Erste Hilfe zu leisten, bietet sich das „FRITZCHEN“-Konzept als inhaltliche Ausbildungsgrundlage an.

6. Exkurs: Pädagogische Vorbereitung von Kindern auf Notfallsituationen

Wenngleich der Schwerpunkt dieser Arbeit sicherlich auf der notfallpsychologischen Hilfeleistung liegt, soll in diesem Exkurs auch der Frage nachgegangen werden, welchen Beitrag *pädagogische* Maßnahmen im Rahmen der „psychologischen Rettungskette“, wie sie von mehreren Autoren beschrieben worden ist (vgl. LUCAS 2001, S. 17; KARUTZ/DUVEN 2002, S. 10; HAUSMANN 2003, S. 16) leisten können, um Kinder auf das Miterleben von Notfallsituationen vorzubereiten.

In einer Veröffentlichung zur pädagogischen Anthropologie heißt es dazu: „Es erscheint unverzichtbar, daß der heranwachsende Mensch ein Grundvertrauen in die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und des Seins schlechthin gewinnt. Gerade in Anbetracht so vieler Übel, Leiden, Katastrophen, angesichts von Versagen, Schuld, Tod sowie der Erfahrung des vom Scheitern bedrohten Lebens darf er nicht allein gelassen werden. Er muss auf die Konfrontation mit solchen Phänomenen vorbereitet, zu ihrer Interpretation und Bewältigung ermächtigt werden“ (HAMANN 1993, S. 130).

Der bekannte Pädagoge Wolfgang Brenzinka forderte vor diesem Hintergrund bereits eine „Erziehung als Lebenshilfe“ (vgl. BREZINKA 1963), und auch andere Pädagogen haben die erzieherische Vorbereitung auf Notfallsituationen – vor allem in existenzphilosophischen Zusammenhängen - durchaus thematisiert (vgl. z. B. BOLLNOW 1966 und BOLLNOW 1984). Diese Veröffentlichungen enthalten jedoch nur wenige konkrete bzw. keinerlei operationalisierten Hinweise zu einzelnen erzieherischen Maßnahmen, sondern beziehen sich eher allgemein und abstrakt auf die erzieherische Grundhaltung im Hinblick auf den Umgang mit Notfallsituationen, deren Erfahrung von Heranwachsenden als ein zentrales Wesensmerkmal des menschlichen Seins akzeptiert und - nicht zuletzt auch durch *Bildungs-* bzw. *Reifeprozesse* - in die eigene Persönlichkeitsentwicklung integriert werden soll (vgl. BOLLNOW 1966, S. 9-13 u. 61-69).

Darüber hinaus wird als das vorrangige Ziel der pädagogischen Vorbereitung auf die Erfahrung von Notfallsituationen *notfallbezogene Mündigkeit* genannt (vgl. KARUTZ 2003, S. 5), d. h. Kinder sollen ihrem Entwicklungsstand entsprechend befähigt werden, sich

selbst an der Bewältigung einer Notfallsituation zu beteiligen; ihnen sollen die Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die sie bereits verstehen bzw. umsetzen können und die schlichtweg notwendig sind, um der potentiell traumatisierenden Erfahrung eigener Hilflosigkeit (vgl. FISCHER/RIEDESSER 1999, S. 42, 47-48, 79, 116 u. 266) soweit wie möglich präventiv entgegenzuwirken.

6.1. Konkrete Hinweise zu notfallpädagogischen Maßnahmen

Im folgenden Abschnitt soll nun thematisiert werden, mit welchen konkreten erzieherischen Maßnahmen eine Vorbereitung auf Notfallsituationen möglich ist und wie das genannte Ziel notfallbezogener Mündigkeit erreicht werden kann. Daß sich in diesem Zusammenhang natürlich auch das bereits dargestellte „FRITZCHEN“-Konzept⁹² durchaus sinnvoll anwenden lässt, liegt zweifellos nahe, zumal die Umsetzung der beschriebenen Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe nicht nur notfallpsychologisch, sondern auch pädagogisch gut begründbar ist: Aus notfallpsychologischer Sicht geht es vorrangig darum, die mit einem Notfallgeschehen verbundenen psychischen Belastungen zu reduzieren und die Verarbeitung des Erlebten zu fördern (um v. a. die Entstehung psychischer Folgeschäden zu vermeiden), während aus pädagogischer Sicht die Frage danach im Vordergrund steht, inwiefern das Erlebte für das Erleben *künftiger* Notfallsituationen von Bedeutung ist, inwiefern es im Rahmen von Erziehungs- und Bildungsprozessen aufgegriffen und was aus dem Erlebten *gelernt* werden kann. Wohlgemerkt stehen psychologische und pädagogische Zielsetzungen keinesfalls in Widerspruch zueinander, sondern ergänzen sich vielmehr gegenseitig⁹³.

So kann die bisherige Diskussion zum Sinn und Nutzen des Abschirmens unverletzt-betroffener Kinder aus notfallpsychologischer Sicht beispielsweise auch im Kontext einer notfallbezogenen Erziehung fortgeführt werden. Hier stellt sich insbesondere die Frage nach pädagogischen Konsequenzen des Zuschauens bzw. Abschirmens von Kindern an einem Notfallort, und es scheint nicht nur für die psychische Bewältigung eines aktuell aufgetretenen Notfallgeschehens, sondern auch für die pädagogische Vorbereitung auf zukünftige Notfälle eher wenig hilfreich, wenn die bisher übliche Forderung danach aufrecht

⁹² Siehe S. 116.

⁹³ Im Rahmen dieses Exkurses kann und soll es allerdings – abgesehen von diesem eher allgemein formulierten Hinweis nicht darum gehen, Psychologie und Pädagogik im Detail voneinander abzugrenzen bzw. grundsätzliche Unterschiede in der inhaltlichen oder methodischen Ausrichtung beider Wissenschaften aufzuzeigen.

erhalten wird, Kinder von Notfallsituationen grundsätzlich immer und möglichst ausnahmslos abzuschirmen. Vielmehr ist gerade die Abschirmung unverletzt-betroffener Kinder auch aus pädagogischer Sicht nicht unproblematisch:

1. Durch das Abschirmen werden wichtige Lernerfahrungen (z. B. die Tatsache, daß und wie in einem Notfall Hilfe geleistet wird) verhindert. Dies ist umso bedauerlicher, weil durchaus auch das Erleben einer Notfallsituation als „originale Begegnung“ (vgl. ROTH 1963, S. 111 u. JANK/MEYER 1994, S. 147) betrachtet werden kann, die ein besonders intensives Lernen mit deutlichem Realitätsbezug ermöglichen würde: Wie sonst soll das Verhalten in Notfallsituationen gelernt und eingeübt werden, wenn nicht anhand eines realen Notfalls?⁹⁴
2. Es kann angenommen werden, daß durch das Abschirmen lediglich ein *heimlicher* Lehrplan umgesetzt wird, d. h. daß unabsichtlich Dinge gelehrt bzw. gelernt werden, die objektiv betrachtet gerade *nicht* wünschenswert sind. So ist denkbar, daß gerade auf diese Weise Angst vor Notfällen vermittelt wird („Das, was dort geschehen ist, muss so furchtbar sein, daß ich noch nicht einmal hinschauen darf“) – und daß sich möglicherweise negative Auswirkungen auf die spätere Hilfsbereitschaft eines Menschen ergeben: Wie soll ein Mensch die Bereitschaft entwickeln, in einer Notfallsituation Hilfe zu leisten, wenn er als Kind zunächst vermittelt bekommt, daß er noch nicht einmal hinschauen darf, wenn sich eine Notfallsituation ereignet hat?

Auch im Rahmen einer notfallbezogenen Erziehung scheint es daher nicht sinnvoll, Kinder immer und ausschließlich von Notfällen abzuschirmen⁹⁵. Umgekehrt kann aber auch das Zuschauen an einem Notfallort sicherlich nicht uneingeschränkt empfohlen werden, so daß fraglich erscheint, welches konkrete erzieherische Handeln an einem Notfallort sinnvoll ist.

Im Anschluß an die Theorie kategorialer Bildung bei Wolfgang Klafki ließe sich hier anregen, daß der Erzieher als ein Vermittler zwischen Kind und Notfallgeschehen tätig wird, dessen pädagogisches Engagement sich auf Subjekt und Objekt der Situation glei-

⁹⁴ Das muss nicht zwangsläufig heißen, daß *unmittelbar* in einem Notfallgeschehen immer besonders gut gelernt werden könnte – es verweist vielmehr darauf, daß ein Notfall den *Anlass* zu notfallbezogenem Lernen gibt. Das Lernen *unmittelbar* in Notfallsituationen könnte u. U. sogar eher mit Schwierigkeiten verbunden sein, sofern eine affektive Hemmung (d. h. beispielsweise große Aufregung) eine angemessene Informationsverarbeitung verhindert!

⁹⁵ Von dieser sehr theoretischen und etwas undifferenzierten Diskussion einmal abgesehen ist es ohnehin nicht möglich, Kinder *immer* und von *allen* Notfallsituationen abzuschirmen. Schon deshalb ist zu fordern, daß nicht so sehr die Frage danach im Vordergrund steht, ob man abschirmt oder nicht, sondern eher die Frage danach, was man tun kann, wenn ein Kind einen Notfall gesehen hat (ob sein Erzieher das nun wollte oder nicht!).

chermaßen beziehen muss: Während ein Kind für die Wahrnehmung des Notfallgeschehens in einer besonderen Weise „aufgeschlossen“ bzw. vorbereitet wird (z. B. durch die Lenkung der Wahrnehmung auf die Hilfeleistung), muss gleichzeitig auch das Notfallgeschehen insofern „aufgeschlossen“ und für die Anwesenheit eines Kindes vorbereitet werden, daß z. B. die mit hoher Wahrscheinlichkeit belastenden und unangenehmen Anteile des Geschehens verdeckt werden⁹⁶ (vgl. KLAFKI 1963, S. 44 u. JANK/MEYER 1994, S. 142-144).

Neben diesem Aspekt erzieherischen Handelns in Notfallsituationen ist offenbar auch die Art und Weise von Bedeutung, wie Notfälle von Erziehern eines Kindes wahrgenommen, bewertet und dargestellt werden, zumal Kinder ihre eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen am Vorbild ihrer erwachsenen Bezugspersonen ausrichten (vgl. GLANZMANN 1997, S. 127 u. 130; DE KUIPER 1999, S. 40; FISCHER 2001, S. 123 u. HAUSMANN 2003, S. 178); sowohl die Theorie des sozialen Konditionierens bzw. Lernens am Modell als auch die emotionale Abhängigkeit zumindest jüngerer Kinder von ihren Eltern können hier als Begründung genannt werden (vgl. ZIMBARDO 1992, S. 421ff; MIETZEL 1994, S. 197ff; MIETZEL 1997, S. 115ff, 182ff, 217ff, 251ff u. FISCHER 2001, S. 123ff).

In diesem Zusammenhang scheint es angebracht, Notfälle als das zu thematisieren und zu vermitteln, was sie - den Ausführungen im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit entsprechend – auch letztlich sind: Seltene, plötzlich auftretende, sicherlich häufig sehr unangenehme und kaum vorhersehbare Ereignisse, die v. a. nicht immer vermieden werden können und deren Erfahrung mit dem Leben eines Menschen insofern unausweichlich verbunden ist. Anhand der Befragungsergebnisse der in dieser Arbeit vorgestellten Studie sowie der bisherigen Ausführungen in diesem Abschnitt kann davon ausgegangen werden, daß es weder sinnvoll ist, Notfallsituationen zu verheimlichen oder zu tabuisieren („Schonraumpädagogik“), noch sie zu dramatisieren oder zu bagatellisieren:

Werden Notfälle stets verheimlicht bzw. vor den Kindern verschwiegen, ist eine angemessene Vorbereitung von Kindern auf Notfälle von vornherein nicht möglich. Werden Notfälle dramatisiert („Wenn so etwas passiert, dann ist alles aus“ / „Da kann einem auch keiner mehr helfen“), begünstigt dies zweifellos eine negative Erwartungshaltung im Hinblick auf Notfälle sowie die Entstehung von zusätzlichen Ängsten. Werden Notfälle bagatelli-

⁹⁶ Siehe S. 88-91: Als belastend und unangenehm nannten die befragten Kinder z. B. den Anblick von Blut und Notfallpatienten. Daß sich das hier thematisierte *erzieherische* Handeln wenn überhaupt, dann nur in der theoretischen Begründung von der *notfallpsychologischen* Hilfeleistung unterscheidet, soll keinesfalls verschwiegen werden!

siert („So schlimm wird es schon nicht sein“ / „So etwas passiert nun mal“), übersieht man das offensichtlich vorhandene Bedürfnis von Kindern, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, weitere notfallbezogene Informationen zu erhalten und mit ihren Gefühlen und Gedanken v. a. ernst genommen zu werden⁹⁷.

Ein weiterer Aspekt der pädagogischen Vorbereitung auf das Miterleben von Notfällen könnte darin bestehen, daß besonders jüngeren Kindern schon im Vorfeld eines (denkbaren) Notfalls versichert wird, daß – sofern ein Notfall eintritt – ihre Eltern (oder andere vorher abgesprochene Bezugspersonen) definitiv so schnell wie möglich zu ihnen kommen werden⁹⁸. Eine dafür notwendige Voraussetzung wäre allerdings, daß Kinder jederzeit einen entsprechenden Ausweis oder etwas Ähnliches mit sich führen, aus dem die ständige Erreichbarkeit von Bezugspersonen (unter entsprechenden Anschriften und Telefonnummern) hervorgeht⁹⁹.

Die Besichtigung von Rettungswachen, Rettungsfahrzeugen und Krankenhäusern bzw. deren Notaufnahmen und Ambulanzen wäre ebenfalls geeignet, die in einem Notfall entstehenden Ängste durch eine entsprechende Vorbereitung zu vermindern: Wenn einem Kind zumindest die Örtlichkeiten, in denen es selbst voraussichtlich behandelt werden würde, nicht mehr vollkommen fremd, sondern zunehmend vertraut sind, wird dies die Orientierung eines Kindes in Notfallsituationen zweifellos erleichtern (vgl. GLANZMANN 1997, S. 133.134; GROTHENSOHN 1999, S. 24-28; KUSCH 1996, S. 42 u. FISCHER 2001, S. 123).

Darüber hinaus sollte aber auch die eigene Selbsthilfefähigkeit von Kindern gesteigert werden. So können Kinder in speziellen Erste-Hilfe-Lehrgängen bereits in Kindergärten und Grundschulen hilfreiche Verhaltensweisen für Notfallsituationen erlernen und einüben. Wenngleich solche Schulungen in zahlreichen Ländern längst zu einem festen Bestandteil des Unterrichts geworden sind, und obwohl es auch in Deutschland seit einigen Jahren zahlreiche Veröffentlichungen und Materialien zur Heranführung von Kindern an die Erste Hilfe gibt, ist die Thematisierung von Möglichkeiten der Hilfeleistung in Notfällen bzw. das eigene Verhalten in Notfällen in den jeweiligen Lehrplänen noch immer nicht vorgesehen (vgl. JUGENDROTKREUZ BADEN-WÜRTTEMBERG o. J.; JUGEND-

⁹⁷ Siehe S. 88-89 u. 92.

⁹⁸ Siehe S. 99: Die Begründung für diesen Aspekt der pädagogischen Vorbereitung auf Notfälle ergibt sich aus der Tatsache, daß v. a. jüngere Kinder in Notfällen Nähe zu erwachsenen Bezugspersonen suchen.

⁹⁹ Einen alternativen Vorschlag zur Vorbereitung auf die (zeitweise) Trennung von erwachsenen Bezugspersonen in einer Notfallsituation formuliert der Psychotraumatologe Fischer mit der Beschreibung eines „Trennungstrainings“ zur Vermeidung von Deprivationsschäden (vgl. FISCHER 2001, S. 124-126).

ROTKREUZ WESTFALEN-LIPPE o. J.; BAYERISCHES JUGENDROTKREUZ 1992; NACHTMANN 1996; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1999; SCHOLL 1999; DRK-LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE 2000 u. KERN 2002).

Zusätzlich zu Schulungen in Kindergärten und Schulen sollte das Verhalten von Kindern in Notfällen aber auch im häuslichen Bereich eingeübt werden; es kann einem Kind z. B. gezeigt werden, wie es den Rettungsdienst benachrichtigt oder wie es sich verhalten soll, wenn es brennt (vgl. WACKEROW/PRUDLO 2001, S. 16).

Diese Steigerung der Selbsthilfefähigkeit ist im Übrigen nicht nur *möglich*, wie entsprechende Berichte in der Fachliteratur zeigen (vgl. GENZWÜRKER 2001 u. VOLZ 2002), sondern ebenfalls anhand der Ergebnisse der in dieser Arbeit vorgestellten Studie auch eindeutig *sinnvoll*, weil es von vielen Kindern als eine angenehme und hilfreiche Erfahrung beschrieben worden ist, wenn sie selbst in irgendeiner Weise helfen konnten¹⁰⁰.

Das einzige, was die Vermittlung von Erste-Hilfe-Kenntnissen eventuell problematisieren könnte (ohne, daß die Steigerung der Selbsthilfefähigkeit von Kindern dadurch grundsätzlich in Frage gestellt würde), ist eine möglicherweise ungünstige Auswirkung der Hilfeleistung von Kindern, die unmittelbar an einem erwachsenen Notfallpatienten durchgeführt wird. Denkbar ist, daß es für einen Erwachsenen – etwa im Sinne einer *extremen* Veränderung der sozialen Hierarchie (vgl. LASOGGA/GASCH 2000, 26-27) – u. U. eine zusätzliche Belastung darstellt, wenn ihm von einem Kind Hilfe geleistet wird. Zudem könnte die Tatsache, daß ihm ein Kind hilft (bzw. helfen muss), ihn selbst zu der Überzeugung führen, in ganz besonderem Maße hilflos zu sein. Diese Überlegungen sind jedoch eher spekulativ; empirische Untersuchungsergebnisse liegen hierzu nicht vor.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, daß die hier vorgestellten Hinweise zur pädagogischen Vorbereitung auf das Miterleben von Notfallsituationen verständlicherweise möglichst systematisch und strukturiert umgesetzt werden sollten. An anderer Stelle wurde in diesem Zusammenhang bereits die Entwicklung einer explizit notfallbezogenen Erziehungswissenschaft bzw. einer Notfallpädagogik thematisiert, die neben der Notfallmedizin und der Notfallpsychologie als eine weitere, eigenständige Bezugswissenschaft für das Rettungswesen insgesamt anzusehen wäre (vgl. KARUTZ 2003).

¹⁰⁰ Siehe S. 95.

7. Exkurs:

Critical Incident Stress Management (CISM) bei Kindern

7.1. CISM-Methodik im kritischen Überblick

Die Methodik des Critical Incident Stress Management (CISM) wurde Anfang der 80er Jahre von Jeffrey T. Mitchell erarbeitet (und seitdem v. a. von Mitchell selbst und George S. Everly kontinuierlich weiterentwickelt), um der Entwicklung behandlungsbedürftiger Folgeschäden des Miterlebens von Notfallsituationen präventiv entgegenzuwirken.

Sie ist als eine von mehreren Möglichkeiten für die systematische Vor- und Nachbereitung von Notfallsituationen zu betrachten¹⁰¹ und umfasst zahlreiche einander ergänzender Hilfsangebote, die von psychosozialen Fachkräften wie z. B. Notfallpsychologen und Notfallseelsorgern, teilweise aber auch von - oder gemeinsam mit - „Peers“ (Kollegen aus dem Tätigkeitsfeld der jeweiligen Einsatzkräfte) durchgeführt werden. Im wesentlichen sind dies 1. (Unterrichts-) Veranstaltungen zur Vorbereitung auf kritische Ereignisse, 2. sogenannte „1-zu-1“-Interventionen, 3. Demobilisierungen bzw. Großgruppeninformationen, 4. Defusings sowie 5. Critical Incident Stress Debriefings (CISD) zu nennen¹⁰²:

1. Zur Vorbereitung auf kritische Ereignisse wird ein Training angeboten, um angemessene Erwartungen bezüglich bevorstehender kritischer Ereignisse aufzubauen, kognitive Ressourcen, die in Notfallsituationen wichtig sein können, zu erweitern und durch die Vermittlung von konkreten Möglichkeiten des Stressmanagements „die individuellen Verhaltensweisen im Krisen- bzw. Katastrophenfall zu verbessern. Diese Intervention [...] [wird] auch ‚Katastrophenschulung‘ oder ‚geistiges Vorbereitungstraining‘ genannt“ (EVERLY/MITCHELL 2002, S. 75; Zus. v. H.K.). Sie soll im Rahmen der regulären Ausbildung von allen Einsatzkräften, u. U. aber auch (nochmals) kurz vor besonderen Einsatzsituationen stattfinden.

¹⁰¹ Eine ausführliche Darstellung alternativer Angebote zur Notfallvor- und nachbereitung findet sich beispielsweise bei (HAUSMANN 2003, S. 282-357).

¹⁰² Ausführlichere Beschreibungen der im folgenden nur kurz skizzierten Interventionen finden sich u. a. in (MITCHELL/EVERLY 1998) und (EVERLY/MITCHELL 2002).

2. „1-zu-1“-Interventionen dienen der notfallpsychologischen Hilfeleistung bei Einzelpersonen, die jederzeit, d. h. im Notfallgeschehen oder auch zu einem beliebigen Zeitpunkt danach geleistet werden können. Sie richten sich nach dem SAFER-Modell und sollen daher in folgenden Phasen ablaufen: 1. Stabilisierung der Situation, z. B. indem der Betroffene zunächst von der weiteren Reizaufnahme im Notfallgeschehen abgeschirmt wird. 2. Anerkennung einer Krisensituation, indem man den Betroffenen beschreiben lässt, was eigentlich passiert ist und welche persönlichen Reaktionen auf das Geschehene aufgetreten sind. 3. Förderung des Verstehens, indem Stress- bzw. Belastungsreaktionen als etwas normales bzw. verständliches erklärt und begründet werden. 4. Ermutigung zu einer angemessenen Bewältigung, indem beispielsweise die Nutzung vorhandener Selbstheilungsfähigkeiten angeregt und ein gemeinsamer Plan zur weiteren Vorgehensweise erarbeitet wird sowie 5. Rückführung zur Eigenständigkeit, sofern die innerpsychische und verhaltensbezogene Funktionsfähigkeit wiederhergestellt ist. U. U. kann es in dieser Phase jedoch auch notwendig sein, für die unmittelbare Weitervermittlung an psychosoziale Notfallhelfer, Notfallseelsorger oder Notfallpsychologen zu sorgen (vgl. EVERLY/MITCHELL 2002, S. 79-80).
3. Demobilisierungen dienen der Unterstützung von Betroffenen bei der Rückkehr vom Notfallgeschehen nach Hause oder an den üblichen Arbeitsplatz: Unmittelbar nach dem Einsatzen werden dabei Erfrischungen angeboten, und im Rahmen eines Vortrags, eventuell ergänzt durch schriftliches Informationsmaterial, erhalten die Teilnehmer Informationen über Stress, Traumata und Bewältigungsmöglichkeiten. Darüber hinaus sollten nach Möglichkeit die Personen vorgestellt werden, „die die Nachsorge und weitergehende Betreuung derjenigen übernehmen, die weiter reichende Probleme haben“ (EVERLY/MITCHELL 2002, S. 30; vgl. auch EVERLY/MITCHELL 2002, S. 82). Üblicherweise dauern solche Veranstaltungen etwa 20 bis 30 Minuten.
Großgruppeninformationen verlaufen sehr ähnlich wie Demobilisierungen: Sie beinhalten ebenfalls die Vermittlung von notfallbezogenen und psychoedukativen Informationen sowie die Vorstellung weiterer Hilfsangebote. Sie können jedoch auch mehrere Tage nach einem Notfallgeschehen durchgeführt werden und wurden ursprünglich für Schulen und Betriebe entwickelt. Die Zeitdauer wird mit einer bis eineinhalb Stunden angegeben (vgl. EVERLY/MITCHELL 2002, S. 84).
4. „Defusings“ können noch am Schauplatz der Krise vor Abzug der Einsatzkräfte durchgeführt werden oder an einem anderen beliebigen Ort, jedoch innerhalb von 12 Stunden

nach Beendigung des Einsatzes bzw. der Krise. Defusings sind 20- bis 45-minütige Gruppengespräche über das Krisenereignis, in denen die akute Stressbelastung und Spannungszustände reduziert werden sollen“ (EVERLY/MITCHELL 2002, S. 30).

5. Critical Incident Stress Debriefings (CISD) sind ebenfalls Gruppengespräche, „in denen eine Krise oder ein traumatisches Ereignis aufgearbeitet wird. Sie sind jedoch strukturierter und tiefergehend als ein Defusing. Ihr Ziel ist es, eine Art psychologischen Abschluß in Bezug auf das traumatisierende Ereignis zu erreichen“ (EVERLY/MITCHELL 2002, S. 30). CISD sollen zwei bis zehn Tage, bei Großschadensereignissen auch drei bis vier Wochen nach einem Notfallgeschehen durchgeführt werden und dauern üblicherweise ein bis drei Stunden. Sie laufen – moderiert durch ein CISM-Team – stets in sieben Phasen ab (1. Einleitung, 2. Tatsachen, 3. Gedanken, 4. Reaktionen, 5. Symptome, 6. Information und 7. Rückorientierung bzw. Abschluß), wobei das Gespräch von einer kognitiven zu einer emotionalen Ebene und wieder zurück geführt wird.

In Deutschland wurde die CISM-Methodik vor allem durch die Bundesvereinigung „Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen“ (SBE) eingeführt, der inzwischen 240 Mitglieder in rund 20 SBE-Teams angeschlossen sind, und nach Angaben der Bundesvereinigung SBE haben seit 1996 etwa 1600 Personen an CISM-Veranstaltungen in Deutschland teilgenommen (vgl. GENGENBACH 2001, S. 22-24). Insgesamt lässt sich insofern feststellen, daß die CISM-Methodik zweifellos auch in Deutschland eine weite Verbreitung gefunden hat und inzwischen – zumindest in den Kreisen von Einsatzkräften – auch weitgehend akzeptiert sein dürfte.

Seit einigen Jahren ist die CISM-Methodik, insbesondere die Durchführung von CISD jedoch einer teilweise heftigen Kritik ausgesetzt: Dabei wird nicht nur die Wirksamkeit dieses Nachsorgeangebotes angezweifelt und behauptet, ein positiver Nutzen für die Teilnehmer an CISD könne nicht nachgewiesen werden – es wird mitunter sogar die Auffassung vertreten, daß CISM bzw. die Teilnahme an CISD explizit auch den Betroffenen schaden könne.

Bevor daher auf die Entwicklung einer *neuen*, zielgruppenorientierten Debriefing-Konzeption für Kinder im Vor- und Grundschulalter eingegangen wird, soll die laufende Diskussion mit den wesentlichsten Argumenten für und gegen die Anwendung der CISM-Methodik bzw. von CISD nachgezeichnet werden.

So begründen Everly und Mitchell die spezifische Wirksamkeit der CISM-Methodik zunächst damit, daß in ihr mehrere Mechanismen „nicht additiv, sondern vielmehr multiplikativ“, d. h. sich gegenseitig verstärkend zusammenwirken. Everly und Mitchell verweisen dabei vor allem auf den frühen Interventionsbeginn, die Möglichkeit einer emotionalen Entlastung bzw. einen Katharsis-Effekt, die Möglichkeit, das Erlebte auf einer gedanklichen Ebene in Worte zu fassen, das Angebot einer stützenden Struktur, die Unterstützung durch Kollegen (d. h. durch die oben genannten „Peers“), das Angebot sozialer Nähe und Zuwendung, die Vermittlung von Hoffnung und eines Gefühls von Kontrolle, psychoedukative Elemente im Sinne einer „Krisenschulung“ sowie eine positive Gruppendynamik, speziell im CISD (vgl. EVERLY/MITCHELL 2002, S. 94-102).

Neuere wissenschaftliche Untersuchungen, die in der Tat positive Effekte von CISM bzw. CISM und / oder CISD bestätigen, wurden in diesem Zusammenhang von zahlreichen Autoren vorgelegt (vgl. AMIR/WEIL/KAPLAN/TOCKER/WITZUM 1998; NURMI 1999; EVERLY/BOYLE 1999 u. RICHARDS 1999) vorgelegt. Eine detaillierte Übersicht zur jeweiligen Untersuchungsmethodik, den Fragestellungen der Arbeiten, den untersuchten Stichproben und den Forschungsergebnissen ist in der bereits zitierten Veröffentlichung von Everly und Mitchell enthalten (vgl. EVERLY/MITCHELL 2002, S. 103-122).

Auf der anderen Seite können sich gerade auch die CISD-Kritiker auf wissenschaftliche Arbeiten beziehen, in denen offenbar eher negative Effekte von CISD nachgewiesen worden sind - eine gelungene Übersicht hierzu bietet Paulus (vgl. PAULUS 2001; vgl. aber auch BETHGE 2001; FÜLLGRABE 2001 u. NACHTIGALL/MITTE/STEIL 2003). *Gegen* die Durchführung von CISD wird demnach vor allem folgendermaßen argumentiert:

- CISD führen nicht zur einer Reduktion, sondern vielmehr zu einer *Verstärkung* bzw. zum häufigeren Auftreten von Symptomen posttraumatischer Belastungsreaktionen.
- CISD können – vor allem in der Reaktionsphase - hochbelastete Personen emotional überfordern und unter Umständen sogar zu einer Retraumatisierung führen, so daß diese Nachsorgeveranstaltung – wenn überhaupt – nur für gering oder mittelstark belastete Personengruppen angeboten werden sollte. Am Deutschen Institut für Psychotraumatologie in Köln wurde vor diesem Hintergrund eine Screening-Methodik anhand eines Fragebogens entwickelt, mit dem abgeschätzt werden soll, wer an einem CISD teilnehmen kann und für wen andere Interventionsmöglichkeiten angebrachter erscheinen (vgl. CLEMENS/LÜDKE 2000). Ein ähnliches Verfahren setzt übrigens

auch die Feuerwehr München ein, deren Kriseninterventionsteam den Fragebogen des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie für ihre Zwecke abgewandelt hat (vgl. ZITZLSPERGER 2002, S. 81ff).

Der Kritik an dieser CISD-Kritik wird nun wiederum entgegengesetzt, daß insbesondere die jeweilige Untersuchungsmethodik der vorliegenden Untersuchungen mit negativen Ergebnissen mangelhaft sei, zumal teilweise nur sehr kleine Stichproben berücksichtigt wurden, entweder *keine* vergleichbaren Kontrollgruppen zur Verfügung standen oder die verglichenen Personengruppen weder von ihrer Zusammensetzung noch bezogen auf die Art des Erlebens einer Notfallsituation vergleichbar gewesen seien: So ist beispielsweise in der Tat nachvollziehbar, daß eine debriefte Personengruppe stärker ausgeprägte Belastungsreaktionen zeigt als Personen, die nicht an einem Debriefing teilgenommen haben, wenn gerade die debriefte Personengruppe – etwa durch die Umstände der Notfallsituation – auch von vornherein ohnehin schon stärker belastet war als andere Personen: Hier scheint es in der Tat ausgesprochen schwierig, wenn nicht sogar vollkommen unmöglich, die tatsächlichen Kausalzusammenhänge zu ermitteln.

Das Argument, CISD würden die Symptome von posttraumatischen Belastungsstörungen eher noch verstärken, wird im Übrigen dadurch relativiert, daß es nur nachvollziehbar erscheint, daß Personen, die in einem Debriefing ausdrücklich auf möglicherweise auftretende Symptome hingewiesen worden sind, diese auch sensibler als solche wahrnehmen als andere Personen, die keine entsprechend psychoeducativen Ausbildungsinhalte vermittelt bekommen haben.

Zudem wird die Kompetenz derjenigen angezweifelt, die die untersuchten CISD durchgeführt haben. Möglicherweise sei bei der Durchführung der untersuchten CISD auch von den CISM-Vorgaben zur Durchführung eines CISD abgewichen worden, z. B. indem die Reihenfolge der einzelnen Gesprächsphasen nicht eingehalten worden ist oder das CISD zu früh, d. h. noch während des eigentlichen Notfallgeschehens durchgeführt wurde. Schließlich wird zur CISD-Kritik angemerkt, daß CISD in ihr häufig isoliert und nicht im Gesamtzusammenhang der CISM-Methodik betrachtet worden ist (vgl. MÜLLER-LANGE 2001a, S. 282-283 u. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 179-180).

Im Endeffekt bleibt dennoch festzuhalten, daß eine abschließende Bewertung von CISD zum augenblicklichen Zeitpunkt (noch) nicht - und sicherlich auch nicht im Rahmen dieses Exkurses - gegeben werden kann.

Die weiteren Ausführungen zur Entwicklung eines CISM-Kindertreffens wurden insofern in dem Bewußtsein geschrieben (und mit dieser Einschränkung sollten sie auch gelesen werden), daß die Anwendung dieses neuen Nachsorgeangebotes in der Praxis erst noch behutsam erprobt bzw. evaluiert werden muss und erst dann grundsätzlich empfohlen werden kann, wenn die Zweifel an der Wirksamkeit von CISD ausgeräumt sind bzw. endgültige Klarheit bezüglich derjenigen Personengruppen besteht, die an einem Debriefing teilnehmen bzw. eben nicht teilnehmen sollten.

7.2. Überlegungen zur Konzeption eines CISM-Kindertreffens

7.2.1. Begründung eines CISM-Kindertreffens

Die notfallpsychologische Hilfeleistung umfasst zweifellos nicht nur Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe *im* eigentlichen Notfallgeschehen, sondern ebenso - wie es auch das CISM-Konzept vorsieht - die psychologische bzw. auch pädagogische *Vorbereitung* auf Notfälle und weitere Nachsorgemaßnahmen *nach* Notfällen. In diesem Zusammenhang wurde bereits auf das Modell einer Verkettung notfallpsychologischer Interventionen hingewiesen, wie es von mehreren Autoren – mit jeweiligen Unterschieden im Detail - vorgestellt worden ist (vgl. LUCAS 2001, S. 17; KARUTZ/DUVEN 2002, S. 10 u. HAUSMANN 2003, S. 16)¹⁰³.

Im folgenden Abschnitt sollen daher Überlegungen zur Konzeption eines bisher noch nicht zur Verfügung stehenden CISM-Kindertreffens beschrieben werden, das – neben vielen anderen – als *ein* denkbares Notfallnachsorgeangebot für Kinder *möglich* erscheint und sich insofern an die bisher beschriebenen Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe für Kinder anschließen könnte¹⁰⁴.

Everly und Michell (bzw. die Übersetzer Igl und Müller-Lange) geben vor diesem Hintergrund jedenfalls an, daß insbesondere das CISM-Debriefing prinzipiell für *alle* Bevölkerungsgruppen geeignet ist, wengleich die CISM-Methodik und insbesondere das CISM-Debriefing *ursprünglich* für Einsatz- und Sicherheitskräfte konzipiert wurde (vgl. EVERLY/MITCHELL 1998, S. 21). Eine Durchführung von CISM-Debriefings mit betroffenen

¹⁰³ Siehe S. 127.

¹⁰⁴ Im Zusammenhang mit der in Abschnitt 6 dargestellten Vorbereitung auf Notfälle, den Hinweisen zur Psychischen Ersten Hilfe im Notfallgeschehen ergibt sich dadurch zumindest *ein* mögliches Gesamtkonzept für die notfallpsychologische Arbeit mit Kindern.

Kindern wird ausdrücklich für möglich gehalten, sofern sie „auf das Alter der Teilnehmer abgestimmt“ sind (EVERLY/MITCHELL 1998, S. 96; vgl. auch EVERLY/MITCHELL 2002, S. 29 und 84). In diesem Zusammenhang ist in der Fachliteratur auch der Hinweis auf bereits durchgeführte Debriefings in Schulen zu finden (vgl. EVERLY/MITCHELL 1998, S. 22; EVERLY/MITCHELL 2002, S. 86); und Tabelle 17 enthält eine beispielhafte Auflistung von Situationen, in denen ein CISM-Kindertreffen angeboten werden könnte.

Situationen, in denen ein CISM-Kindertreffen angeboten werden könnte
• Geiselnahme von Kindern
• Gewalttaten in Schulen, Kindergärten oder Kinderheimen
• Andere Verbrechen an Kindern oder Verbrechen, die vor den Augen von Kindern verübt worden sind
• Brände und Explosionen in Schulen, Kindergärten- sowie Kinderheimen
• (Verkehrs-) Unfälle mit Kindern als Zeugen des Geschehens
• Schulbusunglücke
• Ertrinkungsunfälle (z. B. im Schwimmunterricht)
• Andere Notfallsituationen und (Groß-) Schadensereignisse, in denen Kinder beteiligt sind oder die Kinder betroffen gemacht haben

Tabelle 17: Situationen, in denen ein CISM-Kindertreffen angeboten werden könnte

Da zumindest im deutschsprachigen Raum jedoch noch keine Veröffentlichung darüber vorliegt, wie die geforderte Abstimmung auf das Alter der Teilnehmer konkret geleistet werden kann, ist die zielgruppenorientierte Weiterentwicklung der bisherigen CISM-Debriefing-Konzeption Gegenstand der folgenden Ausführungen¹⁰⁵.

Sie basiert auf der verfügbaren notfallpsychologischen Fachliteratur, auf der Auswertung schriftlich dokumentierter Notfallnachsorgemaßnahmen durch Notfallseelsorger in Schulen und Kindergärten (vgl. WERNEBURG 2001; NOTFALLSEELSORGE BAYERN 2003 u. KARUTZ/DUVEN 2002), und naheliegenderweise werden auch Erfahrungen des Autors berücksichtigt, die im Rahmen der bereits beschriebenen Befragung von Kindern gewonnen wurden. Eine empirisch abgesicherte Fundierung des Textes im folgenden Abschnitt kann dabei dennoch *nicht* beansprucht werden, weil die durchgeführte Befragung der Kinder von vornherein schlichtweg nicht darauf ausgerichtet war, ein CISM-Kindertreffen zu konzipieren. Die Idee für dieses CISM-Kindertreffen ist vielmehr erst in den zahlreichen Gesprächen mit Notfallseelsorgern, Lehrern und Schulleitern entstanden, die parallel zur Befragung von Kindern *informell* geführt worden sind.

¹⁰⁵ Die Entwicklung zielgruppenorientierter Debriefings (ZGOD) wurde übrigens schon in einem anderen Zusammenhang vorgeschlagen (vgl. hierzu CLEMENS/LÜDKE 2000, S. 5).

7.2.2. Grundsätzliches und Überlegungen zur Namensgebung

Zunächst sollte es sich zumindest bei Kindern im Vor- und Grundschulalter nicht bzw. zumindest nicht ausschließlich um eine bloße *Nachbesprechung* handeln, weil dem die Sprachentwicklung und die Sprachfähigkeit von Kindern *dieser* Altersgruppe entgegen stehen dürfte. Während es für Erwachsene weitaus weniger problematisch sein dürfte, Gefühle und Gedanken in Worte zu kleiden und somit adäquat zu verbalisieren, könnten kleinere Kinder diesbezüglich u. U. überfordert werden: Sie sind entwicklungsbedingt möglicherweise noch nicht dazu in der Lage, Empfindungen ausschließlich in verbalisierter Sprache mitzuteilen (vgl. LOHAUS 1990, S. 19 u. DE KUIPER 1999, S. 7 u. 10) und benötigen dementsprechend zusätzliche Möglichkeiten, sich (v. a. Erwachsenen gegenüber) treffend auszudrücken und verständlich zu machen. Welche Möglichkeiten dies konkret sein können, wird unten noch ausführlicher dargestellt. An dieser Stelle soll der Hinweis auf die Tatsache genügen, daß v. a. bei Kindern im Vor- und Grundschulalter jedenfalls nicht nur von einer *Nachbesprechung* die Rede sein sollte: Zwar wird auch weiterhin – wie bei der üblichen CISM-Debriefing-Konzeption - durchaus ein Gruppenprozess angestrebt, in dem es unter anderem um den Austausch persönlicher Eindrücke und Erfahrungen gehen soll – die dabei angebotenen Kommunikationswege und –mittel scheinen gegenüber einem CISD für Erwachsene allerdings ergänzungsbedürftig.

Die Bezeichnung einer Zusammenkunft von Kindern nach belastenden Ereignissen als „CISM-Kindertreffen“ läßt sich vor diesem Hintergrund in mehrfacher Hinsicht begründen: So wird eben auch bei einem üblichen „Treffen“ von Kindern nicht nur gesprochen, sondern gespielt, gesungen oder etwas gemeinsames unternommen etc. Zugleich signalisiert der Begriff eines „Kindertreffens“ die Zwanglosigkeit und die Normalität der Veranstaltung, wie dies auch der bisherigen Konzeption von CISM-Nachsorgeangeboten entspricht: Schließlich soll ganz grundsätzlich keine Therapie für psychisch *Erkrankte* durchgeführt werden, sondern es geht darum, Menschen, die auf eine unnormale Situation normal reagiert haben, Hilfestellung bei der Bearbeitung belastender Ereignisse anzubieten (vgl. EVERLY/MITCHELL 1998, S. 29, 115 u. 203 u. WIETERSHEIM 2001, S. 1).

Über diese Hinweise zur bloßen Bezeichnung des neuen Nachsorgeangebotes hinaus scheint es nun angebracht, auf eine zweifellos notwendig werdende Medien- und Methodenvielfalt hinzuweisen: Während ein CISM-Debriefing, bei der die Teilnehmer in einer vorgegebenen Sitzordnung und noch dazu über einen u. U. relativ langen Zeitraum mehr oder weniger bewegungslos auf ihren Stühlen sitzen (müssen), schon von Erwachsenen

mitunter als anstrengend empfunden werden dürfte, scheint eine solchermaßen monotone „Sitzung“, nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Körperbeherrschung, des stärkeren Bewegungsdranges sowie der meist noch unzureichend entwickelten Konzentrationsfähigkeit von Kindern (REMSCHMIDT 1994, S. 257-258), kaum bzw. gar nicht durchführbar.

Vor diesem Hintergrund sollte ein CISM-Kindertreffen – eben genauso wie eine übliche Verabredung unter Kindern in ihrer Freizeit - vor allem *abwechslungsreich* gestaltet werden, nicht zu lange dauern und auch Gelegenheit zu körperlicher Bewegung bzw. Betätigung beinhalten.

7.2.3. Überlegungen zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Teilnehmerkreis

Zunächst scheint hier der Einsatz von Kindern als Peers ausgesprochen problematisch, weil interessanterweise sogar aus Sicht der CISM-Vertreter „die Gefahr [besteht], daß die jungen Menschen im Rahmen der Traumaintervention selbst traumatisiert werden könnten“ (MITCHELL/EVERLY 1998, S. 74). Zusätzliche Probleme ergeben sich im Hinblick auf die meist geforderte Freiwilligkeit der Teilnahme an einem CISD (STEPAN/JATZKO 2000, S. 548; MITCHELL/EVERLY 1998, S. 115 u. MÜLLER-LANGE 2001, S. 283) sowie den Sinn und Nutzen eines eventuellen Einbezugs von Bezugspersonen der Kinder bzw. deren Eltern in das Nachsorge-Kindertreffen:

Ob Kinder selbständig entscheiden können, ob sie an einem Nachsorge-Kindertreffen teilnehmen möchten oder nicht, mag zunächst fraglich erscheinen und bedarf letztlich noch der Klärung. Dennoch steht aus Sicht des Autors fest, daß man in der bloßen (und u. U. somit irrigen) Annahme, Kinder könnten hier ohnehin keine eigene, selbst verantwortete Entscheidung treffen, nicht leichtfertig den Fehler begehen darf, ihnen die Entscheidung von vornherein abzunehmen. In jedem Fall sollten Kinder über den Anlaß bzw. die Begründung eines CISM-Kindertreffens informiert werden, um den Prozess einer eigenen Entscheidungsfindung zumindest zu unterstützen. Ebenso sollte Kindern die Gelegenheit gegeben werden, eigene Wünsche – aber auch eine womöglich ablehnende Haltung - bezüglich der eventuellen Teilnahme am CISM-Kindertreffen offen äußern zu können. Jedes (auch nonverbale) Zeichen einer Ablehnung muß schließlich ernst genommen und akzeptiert werden; der weit verbreitete Gedanke, demzufolge Kinder „zu ihrem Glück gezwungen“ werden müssen, gilt hier ausdrücklich nicht: Ein Kind gegen seinen Willen zur Teilnahme am Nachsorge-Kindertreffen zu zwingen, ist absolut unakzeptabel.

Unter Umständen könnte die Motivation zur Teilnahme am Nachsorge-Kindertreffen allerdings dadurch gesteigert werden, daß ein Kind sicher sein kann, dort auch seine Freunde bzw. viele andere Kinder zu treffen, die das gleiche belastende Ereignis miterlebt haben und mit denen es auf diese Weise verbunden ist: Parallel zur erwachsenengerechten CISD-Konzeption könnte sich hier die Bedeutung der angestrebten, positiv wirkenden Gruppendynamik, d. h. vor allem die angestrebte Stärkung des sozialen Netzes einer Gruppe zeigen. Jones stellt diesbezüglich z. B. fest, daß „der wirkliche Wert [von Interventionsangeboten für Gruppen nach einem Trauma] [...] – besonders für junge Menschen [!] - darin [liegt], daß andere unter solchen Umständen die gleichen starken Gefühle haben, daß niemand mit seinen Problemen, Ängsten, seiner Trauer und seiner Wut alleine ist“ (zit. n. MITCHELL/EVERLY 1998; Zus. v. H. K.).

Im Hinblick auf Sinn und Nutzen der eventuellen Anwesenheit von Bezugspersonen bzw. Eltern eines Kindes zeigt sich an dieser Stelle noch umfassender Diskussions-, vor allem aber Forschungsbedarf: Während die Anwesenheit von Bezugspersonen bzw. Eltern ihren Kindern einerseits zusätzlichen Schutz bietet und zweifellos ein Sicherheitsgefühl vermittelt (was sicherlich sinnvoll ist), können andererseits gerade die o. g. gruppendynamischen Prozesse im CISM-Kindertreffen empfindlich gestört werden, weil das Verhalten der Bezugspersonen sich unmittelbar auf das Verhalten der Kinder auswirkt bzw. dieses verändert und sich hier fatale Wechselwirkungen ergeben können (zur Darstellung von Wechselwirkungen zwischen Eltern und Kindern in einem Notfallgeschehen vgl. KARUTZ 2001, S. 57-59). Zudem ist festzustellen, daß CISM-Nachsorgeangebote in der Regel ohnehin nur für unmittelbar *Betroffene* konzipiert wurden – also für den Personenkreis, der das belastende Ereignis selbst miterlebt hat (vgl. MITCHELL/EVERLY 1998, S. 126-127). In vielen Fällen (d. h. dann, wenn die Eltern nicht selbst im Notfallgeschehen anwesend waren) wäre die Anwesenheit der Bezugspersonen bzw. Eltern eines Kindes somit eigentlich ausgeschlossen. Eine abschließende Bewertung der Problematik kann an dieser Stelle dennoch nicht gegeben werden.

7.2.4. Eigene Vorbereitung auf die Durchführung eines CISM-Kindertreffens

Grundsätzlich gilt, daß das Team, von dem das CISM-Kindertreffen geleitet werden soll, in ganz besonderem Maße *vorbereitet* sein muß. Zur hier geforderten Vorbereitung gehört nicht nur die genaue Information über das vorangegangene Notfallgeschehen (wie sie bei jedem CISD ohnehin obligatorisch ist), sondern beispielsweise auch die eigene pädagogi-

sche und entwicklungspsychologische Schulung. Für ein gelingendes CISM-Kindertreffen dürften genaue Kenntnisse über die spezifischen Charakteristika jeweiliger Entwicklungsphasen der teilnehmenden Kinder unerlässlich sein; und um beispielsweise zu wissen, wie man mit Kindern unterschiedlicher Altersstufen sprechen kann, muß man selbstverständlich wissen, was sie überhaupt verstehen können.

7.2.5. Hinweise zur Einleitungsphase (Phase 1 des CISM-Kindertreffens)

Unmittelbar zu Beginn eines CISM-Kindertreffens könnte sich zunächst insbesondere die Kontaktaufnahme zu den teilnehmenden Kindern als schwierig erweisen. Bei jüngeren Kindern (etwa im Vor- und Grundschulalter) wird eventuell eine freundlich aussehende Puppe (mit der Stimme des CISM-Teamleiters?) als Sympathieträger den Zugang zu ihnen erleichtern. Das CISM-Team sollte sich zudem mit Vornamen vorstellen und sich „nahbar“ zeigen. Getreu dem didaktischen Grundprinzip, Menschen in einem Lernprozess stets dort abzuholen, wo sie stehen, könnte schließlich danach gefragt werden, ob eines der anwesenden Kinder sagen kann, was denn eigentlich passiert ist und warum man jetzt überhaupt zusammengekommen ist.

Um einen geordneten Ablauf des Kindertreffens zu gewährleisten, ist es u. U. aber auch sinnvoll, zuvor bereits konkrete „Regeln des Miteinanders“ (visualisiert auf einem Plakat o. ä.) zu implementieren, wie es auch in Kindergartengruppen und Grundschulklassen vielerorts üblich ist. Festgelegt werden sollte beispielsweise, daß stets nur ein Kind sprechen darf, daß aber jedes Kind jederzeit Fragen stellen kann, die ihm wichtig sind etc. Weitere Regeln wie etwa „Wir trösten uns, wenn jemand traurig ist“ (d. h. wenn z. B. ein Kind zu weinen beginnt) könnten wiederum von vornherein dazu beitragen, die Gruppe der anwesenden Kinder als solche zu stärken und ein helfendes Miteinander zu fördern.

7.2.6. Hinweise zur Tatsachenphase (Phase 2 des CISM-Kindertreffens)

Mit der Aufforderung, das Geschehene zu erzählen („Erzählt doch mal!“), wäre anschließend die Einleitung der Tatsachenphase denkbar. Hierbei wird zu berücksichtigen sein, daß Kinder – wie es auch bei den Befragungen deutlich geworden ist - außerordentlich aufmerksame Beobachter sind. Es kann jedenfalls davon ausgegangen werden, daß diese Phase vermutlich eine längere Zeit in Anspruch nehmen wird und Kinder sich rege beteiligen. Nach Möglichkeit sollte jedes Kind, das dies möchte, in der Tatsachenphase auch ausführlich zu Wort kommen, ohne unterbrochen zu werden. Die Gefahr besteht allerdings darin,

daß diese Phase dann bereits einen so langen Zeitraum beansprucht, daß der weitere Ablauf des CISM-Kindertreffens gefährdet wird. Letztlich müsste also ggf. behutsam interveniert werden, um die folgende Phase des CISM-Kindertreffens einleiten zu können.

7.2.7. Hinweise zur Austauschphase (Phase 3 des CISM-Kindertreffens)

Die dritte und vierte Phase der CISM-Debriefing-Konzeption für Erwachsene (Gedanken und Reaktionen) können von Kindern vermutlich nicht hinreichend unterschieden werden¹⁰⁶; eine Unterscheidung ist im CISM-Kindertreffen möglicherweise auch gar nicht unbedingt notwendig: Ähnlich wie bei einem Defusing könnte deshalb lediglich *eine* Phase des Austauschs vorgesehen werden, in der Gedanken *und* Reaktionen gleichermaßen thematisiert werden. Da nun die Verbalisierung dessen, was ein Kind möglicherweise ausdrücken möchte - wie bereits beschrieben - mit Schwierigkeiten verbunden sein kann, wird es in dieser Phase des CISM-Kindertreffens unter Umständen nicht immer ausreichen – analog zur CISD-Konzeption für Erwachsene – nur die Gelegenheit zum Sprechen und Zuhören zu geben. In den Vordergrund sollte deshalb die Suche nach alternativen Ausdrucksmöglichkeiten für diejenigen Kinder treten, denen die benötigten Worte tatsächlich fehlen. Je nach dem Alter der teilnehmenden Kinder könnte es unter anderem angebracht sein, Bilder malen zu lassen, Spielangebote zu machen, etwas (z. B. aus Knetmasse) zu basteln oder – sofern notwendig – auch gemeinsam zu singen oder zu *tanzen*, um gerade eine durch diese Phase möglicherweise gesteigerte Erregung rasch wieder abführen zu können und somit dem natürlichen Bewegungsdrang zumindest von jüngeren Kindern zu entsprechen (zumal bis zum Erreichen dieser Phase des CISM-Kindertreffens ohnehin schon einige Zeit vergangen sein wird).

Wenn Kinder von sich aus zunächst nur eine geringe Beteiligung an dieser Phase zeigen sollten, könnte ein kurzer (noch zu erstellender) Film gezeigt werden, in dem eine kindgerechte Identifikationsfigur ein ähnlich belastendes Ereignis erlebt wie die Kinder zuvor. Beinhaltet dieser Film dann auch deutlich sichtbar dargestellte Gedanken und Reaktionen der Identifikationsfigur, könnte anschließend die Frage gestellt werden, welchen Kindern es ähnlich ergangen ist.

Wichtig scheint in dieser Austauschphase des CISM-Kindertreffens auch die Frage danach, was die Kinder eigentlich *getan* haben. Jede Beschreibung einer auch nur minimal sinn-

¹⁰⁶ Diese Auffassung wurde übrigens auch in der Konzeption des bereits vorgestellten Fragebogens berücksichtigt (vgl. S. 62-63 und Anlage 1).

vollen bzw. hilfreichen Aktivität von Kindern sollte daraufhin ausdrücklich gelobt, d. h. positiv verstärkt werden („Das hast Du / habt Ihr richtig gut gemacht!“). Im Idealfall würde auf diese Weise ein Bewußtsein dafür geschaffen, daß man trotz der außergewöhnlichen Situation nicht *völlig* handlungsunfähig (und somit hilflos) gewesen ist: Im Hinblick auf die angestrebte kognitive Neubewertung des Geschehens wäre dies zweifellos sinnvoll, und zudem würde aus erzieherischer Sicht auch ein Beitrag zur Vermeidung der erlernten Hilflosigkeit geleistet.

Schließlich wäre auch in der Austauschphase des CISM-Kindertreffens die Möglichkeit zu beachten, daß – v. a. bei Kindern in der präoperationalen Entwicklungsphase - unbegründete und teilweise irrationale Schuldgefühle auftreten könnten (d. h. Schuldempfinden für das Notfallgeschehen an sich, aber auch ein „schlechtes Gewissen“, weil man selbst womöglich unverletzt geblieben ist, während Freunde oder Angehörige verletzt bzw. sogar getötet wurden) (vgl. LOHAUS 1990, S. 15, 40, 63 u. 113). Gegebenenfalls sollte hier also explizit darauf hingewiesen werden, daß sich niemand schuldig zu fühlen braucht und keines der teilnehmenden Kinder Verantwortung für das Geschehene trägt. Ergänzend bietet sich an, alternative Erklärungen anzubieten, die kindgerecht vermittelt werden müssen und es den Kindern ermöglichen sollen, die eigenen, irrationalen und häufig belastenden Erklärungen abzulösen (vgl. LOHAUS 1990, S. 46 u. HAUSMANN 2003, S. 182).

7.2.8. Hinweise zur Auswirkungsphase (Phase 4 des CISM-Kindertreffens)

Bezogen auf die folgende Auswirkungsphase könnte sich nun das Problem zeigen, daß Kinder nicht unbedingt zu solcher Selbstbeobachtung fähig sind wie Erwachsene bzw. daß sie an sich selbst wahrgenommene Veränderungen – wie bereits geschildert - zumindest nicht in gleichem Maße verbalisieren können. Um einen Gesprächseinstieg zu finden, könnte es von daher erneut sinnvoll sein, einen kurzen Film zu zeigen, in dem beispielsweise die Identifikationsfigur des oben bereits beschriebenen Videos - kindgerecht dargestellt - typische Symptome posttraumatischer Belastungsreaktionen zeigt. Die Frage danach, wem es ähnlich ergeht, könnte sich anschließen.

7.2.9. Hinweise zur Informationsphase (Phase 5 des CISM-Kindertreffens)

In der folgenden Informationsphase sollte die Ermutigung im Vordergrund stehen, Ängste, Sorgen und andere belastende Kognitionen bzw. Emotionen gegenüber anderen, vor allem sinnvollerweise den Eltern, unbefangen auszudrücken. Hier wäre zu berücksichtigen, daß

Kinder mitunter offenbar mehr Angst vor dem haben, was ihre Äußerung bewirkt, als vor dem, was (aus Sicht eines Kindes) das Verschweigen verursachen könnte (vgl. DE KUIPER 1999, S. 37). Insofern sollte unbedingt darauf hingewiesen werden, daß es in jedem Fall gut und richtig ist, Belastendes anderen mitzuteilen und keinesfalls für sich zu behalten.

Kindgerechte Piktogramme mit klaren, sehr einfach formulierten Handlungsanweisungen sollten schließlich zusammenfassen, welche Symptome auftreten können und was man daraufhin tun kann. Z. B. „Wenn Du nicht schlafen kannst, geh zu Deinen Eltern und sag Ihnen bescheid!“ etc.

7.2.10. Hinweise zur Abschlussphase (Phase 6 des CISM-Kindertreffens)

In der Abschlußphase könnte daraufhin noch einmal die Gelegenheit genutzt werden, um beispielsweise durch das gemeinsame (und bewußt auch ritualisierte) Singen eines Liedes die anwesenden Kinder *als Gruppe* zu stärken. Denkbar wäre ebenfalls ein gemeinsames Gebet oder das gemeinsame Verfassen eines (u. U. auch nur fiktiven) Briefes an die Opfer des Geschehens. Um einen betont positiven, vielleicht sogar hoffnungsvermittelnden Veranstaltungsausklang zu initiieren, sollte jedem Kind außerdem ein kleines Präsent überreicht werden. Besonders wichtig scheint hier auch, die Kinder auf weitere Notfallnachsorgeangebote hinzuweisen und sie dazu zu ermutigen, diese ggf. auch zu nutzen. Es könnte auch schon hilfreich sein, wenn Kinder sich später trauen, z. B. mit ihren Eltern über Gefühle und Gedanken bezüglich der erlebten Notfallsituation zu sprechen – wobei hier natürlich vorausgesetzt wird, daß die Eltern dann auch dazu in der Lage sind, adäquat zu reagieren: Ein CISM-Kindertreffen erfordert somit fast zwangsläufig die zeitnahe bzw. parallele Durchführung einer Informationsveranstaltung für die Eltern bzw. Bezugspersonen betroffener Kinder, in der diese u. a. über die möglichen Auswirkungen bzw. Reaktionen von Kindern auf belastende Ereignisse unterrichtet werden sollten.

Die Ziele einer solchen Elterninformation könnten darin bestehen, Eltern bzw. Bezugspersonen von Kindern für eventuell entstehende Komplikationen zu sensibilisieren, das womöglich veränderte Verhalten ihrer Kinder als etwas zunächst Normales zu verstehen sowie letztlich auch die Bereitschaft zu wecken, weitere professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, sofern dies notwendig erscheint (wenn beispielsweise Symptome einer Posttraumatischen Belastungsreaktion auch nach mehreren Wochen nicht abklingen und somit das Vorliegen einer Posttraumatische Belastungsstörung vermutet werden muß).

7.2.11. Weitere Hinweise zur Durchführung eines CISM-Kindertreffens

In der Praxis wird sich zeigen, ob zwischen den einzelnen Phasen des CISM-Kindertreffens u. U. noch eine oder mehrere Pausen eingefügt werden müssen, sofern beispielsweise die Konzentrations- bzw. Aufnahmefähigkeit der teilnehmenden Kinder erschöpft scheint.

Außerdem sollte das explizit phasenweise Vorgehen, wie es in diesem Exkurs geschildert worden ist, keinesfalls als Dogma missverstanden werden. Die ausführliche Beschreibung einzelner Phasen dient vielmehr als *Leitlinie*, die die Durchführung eines CISM-Kindertreffens erleichtern soll. An dieser Stelle ist möglicherweise sogar ein abschließender Hinweis auf den Umgang mit pädagogischen Phasenkonzepten und Stufenschemata zur Unterrichtsvorbereitung angebracht: Wenn (hilfreiche und zweifellos notwendige!) Spontaneität, Kreativität und Lebendigkeit sowie ein flexibles Reagieren auf individuelle Bedürfnisse einer Gruppe oder einzelner Teilnehmer dadurch nicht mehr möglich sind, dürfte sich ein nahezu „sklavisches Abarbeiten“ formaler Vorgaben sowohl im schulischen Unterricht als auch in einem CISM-Kindertreffen stets eher kontraproduktiv auswirken (vgl. MEYER 1994, S. 170ff u. 190-194).

8. Diskussion und Ausblick

Im folgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit werden die bisherigen Ausführungen kritisch und abschließend reflektiert. Insbesondere ist auf weiterhin unbeantwortete Fragestellungen bzw. sogar neu aufgetretene Unklarheiten hinzuweisen, in deren Zusammenhang offenbar noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Darüber hinaus sollen mögliche Konsequenzen und weitere Forderungen thematisiert werden, die sich aus der vorliegenden Arbeit ableiten lassen.

1. Die Ergebnisse der explorativen Studie, die v. a. in den Abschnitten 3 und 4 beschrieben worden sind und die zweifellos den wichtigsten Bestandteil dieser Arbeit ausmachen, müssen verständlicherweise in einem unmittelbaren Zusammenhang mit denjenigen Notfallsituationen interpretiert werden, auf die sich die jeweilige Befragung von Kindern bezogen hat.

Hier handelte es sich in allen Fällen um Individualnotfälle, bei denen jeweils nur eine Person verletzt oder erkrankt war; Massenanfälle von Verletzten, d. h. Großeinsätze des Rettungsdienstes konnten deshalb nicht berücksichtigt werden. Auch eine Eigengefährdung der später befragten Kinder war in den jeweiligen Notfallsituationen zu keinem Zeitpunkt gegeben. Zudem wurde in der explorativen Studie nur ein Notfall berücksichtigt, in dem der Patient verstorben ist¹⁰⁷.

Dennoch handelte es sich bei allen Situationen, die der Befragung zugrunde lagen, um Notfallsituationen, wie sie in Abschnitt 1.1.1. dieser Arbeit ausführlich beschrieben und definiert worden sind. Insofern könnte man u. U. diskutieren, ob man beispielsweise die Notfälle mit eher leicht Verletzten oder relativ harmlos erkrankten Notfallpatienten besser unberücksichtigt gelassen hätte. Allerdings wäre im Kontext dieser Forderung noch einmal darauf hinzuweisen, daß sich die Aussagen von Kindern, die bei den Notfällen mit leicht Verletzten anwesend waren, nicht signifikant von denen unterschieden, die Notfällen mit schwer Verletzten miterlebt hatten.

Aus Sicht des Verfassers bietet es sich deshalb viel eher an, nicht im Nachhinein die der Studie zugrunde liegende Definition von Notfällen in Frage zu stellen, sondern nochmals auf eine dringend notwendige Unterscheidung von Notfallsituationen und Situa-

tionen, die zu einer psychischen Traumatisierung führen hinzuweisen: Notfälle können traumatisieren, sie sind aber nicht zwangsläufig mit einer Traumatisierung verbunden¹⁰⁸.

In diesem Sinne ist die vorliegende Arbeit eine vorrangig notfallpsychologische Arbeit, in der traumatisierende Situationen eben nur eine geringe Bedeutung haben.

Daß man mit einer Untersuchung von Kindern, die ausschließlich schwerste Notfallsituationen mit vielen Verletzten und Toten, in denen sie selbst gefährdet waren, durchaus zu anderen Ergebnissen kommen würde, ist sicherlich nicht auszuschließen. Auch sollten die in dieser Arbeit vorgestellten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe zunächst in den Situationen angewendet werden, aus denen heraus sie entstanden sind und für die sie konzipiert wurden¹⁰⁹. Ihre Übertragung auf andere Notfallsituationen (z. B. Massenanfälle von Verletzten und Geiselnahmen) kann ohne zusätzliche Überprüfungen anhand entsprechender Stichproben nicht ohne weiteres empfohlen werden.

2. Zusätzliche Überprüfungen sollten auch im Hinblick auf die Angaben zu alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten der Psychischen Ersten Hilfe erfolgen: Während sich die *grundsätzlichen* bzw. allgemeinen Regeln, wie sie das „FRITZCHEN“-Konzept enthält, statistisch recht zuverlässig auf entsprechende Häufigkeiten der ihnen zugrunde liegenden Angaben der *Gesamtstichprobe* (!) zurückführen lassen, basieren die Hinweise zur differentiellen Psychischen Ersten Hilfe überwiegend auf sehr kleinen (Teil-) Stichproben.
3. Eine zentrale Erkenntnis, die in dieser Arbeit gewonnen werden konnte, ist die Relativierung von Sinn und Nutzen des Abschirmens unverletzt-betroffener Kinder in Notfällen. Auf der einen Seite kann es nach wie vor nicht empfohlen werden, ein Kind generell einem Notfallgeschehen zuschauen zu lassen – auf der anderen Seite kann auch nicht mehr pauschal empfohlen werden, Kinder von Notfällen fern zu halten und sie – wie es bislang hieß – vor dem Anblick des Geschehens „zu schützen“ (vgl. z. B. P.A.P./BARTELS/KARUTZ/MÜLLER-LANGE/SEFRIN 2002, S. 10 u. FISCHER/RIEDESSE 1999, S. 187).

Um nun zu entscheiden, ob ein Kind zuschaut oder abgeschirmt wird, wurde darauf hingewiesen, daß unbedingt die individuelle Bedürfnislage des Kindes, eine eventuelle Verstärkung der psychischen Belastungen von Notfallpatienten durch die Anwesenheit

¹⁰⁷ Siehe S. 76.

¹⁰⁸ Siehe Fußnote 17, S. 24.

zuschauender Kinder, das Risiko einer Eigengefährdung und eine eventuelle Behinderung der Rettungsarbeiten berücksichtigt werden muss. Zudem konnte festgestellt werden, daß der Anblick von Blut und Notfallpatienten offenbar *belastend* ist, während v. a. der Anblick von Hilfsmaßnahmen als hilfreich und angenehm bzw. *entlastend* beschrieben wurde – und auch dies müsste man in die Entscheidungsfindung einbeziehen.

Ob in einer Notfallsituation jedoch möglich ist, eine von so vielen Faktoren abhängig zu machende Hilfeleistung überhaupt durchzuführen, bleibt abzuwarten bzw. sollte in einer Evaluationsstudie (siehe unten) überprüft werden. U. U. ist es allerdings schon als eine Verbesserung des bisherigen Umgangs mit unverletzt-betroffenen Kindern an Notfallorten anzusehen, wenn sie nicht mehr *pauschal* bzw. *immer* abgeschirmt werden, sondern man zumindest in Erwägung zieht, ob ein weiteres und v. a. natürlich begleitetes Zuschauen nicht ebenso sinnvoll sein könnte.

Die Formulierung der entsprechenden Regel im „FRITZCHEN“-Konzept als „Reizaufnahme / Wahrnehmung auf die Hilfeleistung lenken, ggf. Abschirmen“¹¹⁰ scheint in diesem Zusammenhang angemessen: Wenn es in der jeweiligen Notfallsituation möglich ist, die Wahrnehmung auf die Hilfeleistung zu lenken und dabei alle genannten Aspekte zu berücksichtigen (die Maßnahme entspricht der Bedürfnislage des Kindes, der Notfallpatient wird durch das zuschauende Kind nicht stärker belastet, es besteht keine Eigengefährdung, und die Rettungsarbeiten werden nicht behindert) soll dies getan werden. Sofern dies ausgeschlossen scheint, soll ein Kind abgeschirmt werden¹¹¹, wobei dann die übrigen Regeln des „FRITZCHEN“-Konzepts zu beachten wären.

4. Dringender Forschungsbedarf besteht nach wie vor hinsichtlich der Wirksamkeit von CISM-Debriefings. Hier wäre es wünschenswert, in naher Zukunft Klarheit bezüglich folgender Fragestellungen zu erhalten: Welchem Personenkreis hilft die Teilnahme an einem Debriefing, wie lässt sich diese Wirkungsweise begründen¹¹² und für welchen Personenkreis sind Debriefings mit hoher Wahrscheinlichkeit eher mit ungünstigen Auswirkungen verbunden, so daß von einer Teilnahme abgeraten werden sollte?
5. Die Umsetzung der in dieser Arbeit vorgestellten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern durch den Rettungsdienst ist offenbar erst mög-

¹⁰⁹ Siehe S. 15-16 u. 75-82.

¹¹⁰ Siehe S. 116.

¹¹¹ Daher auch die Formulierung „Reizaufnahme / Wahrnehmung auf die Hilfeleistung lenken, ggf. (!) abschirmen“

lich, wenn auch die Zuständigkeit für diese psychologische Hilfeleistung durch den Rettungsdienst anerkannt worden ist und dies zu Veränderungen in der Einsatztaktik, der Einsatzplanung sowie den Alarm- und Ausrückeordnungen der Rettungsdienste führt¹¹³.

In diesem Zusammenhang wäre sogar denkbar, das Berufsbild von Rettungsassistenten *insgesamt* verstärkt notfallpsychologisch auszurichten und damit der Diskussion um Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten, die Rettungsassistenten in Zukunft eigenverantwortlich wahrgenommen sollen, einen völlig neuen Impuls zu geben. Bislang wird diese Diskussion nach einer möglichen Kompetenzerweiterung von Rettungsassistenten nahezu ausschließlich im Hinblick auf die Übernahme einiger Behandlungsmaßnahmen geführt, die eigentlich dem Arzt vorbehalten sind. Insofern überrascht es auch nicht, daß die Forderung von Rettungsassistenten nach einer eigenverantwortlichen Durchführung kleinerer invasiver Eingriffe, der Durchführung der Defibrillation sowie der Gabe ausgewählter Medikamente auf teilweise heftige Ablehnung stößt (vgl. HÜNDORF 2002; GLIWITZKY 2002, SEEGER 2002 u. ATZBACH/GLIWITZKY 2003).

Mit der Konzentration auf eine verstärkt notfallpsychologische Ausrichtung der Tätigkeit von Rettungsassistenten würden einerseits nicht nur unnötige Kompetenzstreitigkeiten zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern des Rettungsdienstes vermieden, es würde andererseits v. a. auch berücksichtigt, daß gerade in *dieser* Hinsicht tatsächlicher Bedarf an einer Kompetenzsteigerung besteht (vgl. LASOGGA/GASCH 2002b, S. 57-58 u. LUIZ/SCHMITT/MADLER 2002).

Der bisherige, insgesamt sehr einseitige Verlauf der Diskussion zur Weiterentwicklung des Berufsbildes von Rettungsassistenten bietet jedoch nur wenig Anlaß zur Hoffnung, daß solche Anregungen berücksichtigt werden. (vgl. KARUTZ/HOCKAUF/BRAUN/WAGNER 2003a u. SPENGLER 2003).

6. Die Umsetzung von Konzepten zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Schulen scheint nicht möglich, ohne zunächst Lehrer notfallpsychologisch aus- bzw. fort- und weiterzubilden, die entsprechenden Organisationsstrukturen zu schaffen und diese in entsprechenden Erlassen und Verordnungen auch einheitlich und

¹¹² Zu wissen, wie ein Debriefing wirkt, ist deshalb so wichtig, weil erst ausgehend von diesem Wissen auch Debriefingkonzeptionen begründet (und für potentielle Teilnehmerkreise differenziert) verändert werden könnten.

¹¹³ Siehe S. 125.

eindeutig zu regeln - hier sind die zuständigen Ministerien und Bezirksregierungen zu raschem und entschlossenen Handeln aufgefordert.

Die beschriebene Gründung eines schulinternen „Notfallteams“¹¹⁴ darf beispielsweise nicht der Freiwilligkeit bzw. dem individuell unterschiedlichen Engagement einzelner Lehrer (bzw. Schulleiter) überlassen werden, sondern sollte verbindlich vorgeschrieben werden. Ebenso verbindlich muss im Vorfeld von Notfällen geregelt werden, *wer etwas wann entscheidet* und *wer wofür zuständig* ist, um Kompetenzstreitigkeiten zu Lasten der Betroffenen in Notfällen zu vermeiden und eine effektive Hilfeleistung sicherzustellen¹¹⁵.

7. Bezugnehmend auf den Exkurs in Abschnitt 6 zur pädagogischen Vorbereitung auf Notfallsituationen soll an dieser Stelle nochmals die Idee aufgegriffen werden, eine spezielle Notfallpädagogik zu entwickeln. In ihr könnten nicht nur (a.) Konzepte zur notfallbezogenen von Erziehung von Kindern und Jugendlichen, sondern (b.) auch erziehungswissenschaftlich bzw. berufspädagogisch fundierte Curricula und Fachdidaktiken für die Ausbildung professioneller Notfallhelfer entwickelt werden, die es bislang schlichtweg nicht gibt. Zudem ließe sich Notfallpädagogik als eigene Forschungsdisziplin und eine weitere Bezugswissenschaft für das Rettungswesen auch dadurch begründen, daß (c.) die Selbsthilfefähigkeit der deutschen Bevölkerung insgesamt defizitär ist und bislang keinerlei Bemühungen unternommen werden, etwas an diesem strukturellen und grundsätzlichen Mangel des Rettungswesen zu ändern (vgl. KARUTZ 2003, S. 1-5):

- a.) Im Rahmen der notfallbezogenen Erziehung von Kindern und Jugendlichen könnten u. a. die Verkehrserziehung, die Brandschutzerziehung, die Vermittlung eines generellen Gefahrenbewusstseins, Aspekte der Gesundheitserziehung, Streitschlichtungsprogramme und Erste-Hilfe-Schulungen zu einem integrativen Gesamtkonzept mit dem Ziel notfallbezogener Mündigkeit zusammengeführt werden. Während in anderen Ländern vergleichbare Überlegungen bereits seit langem umgesetzt werden, wurde an anderer Stelle die These formuliert, daß insbesondere die Pädagogik in deutschen Schulen und Kindergärten einen notfallbezogenen „blinden Fleck“ habe (vgl. KARUTZ 2003, S. 4).

¹¹⁴ Siehe S. 118-119.

¹¹⁵ Siehe S. 57.

- b.) Insbesondere die Ausbildung von Rettungsassistenten ist in Deutschland nicht erziehungswissenschaftlich fundiert. Thematisiert werden vorrangig medizinisch-technische Aspekte der späteren Tätigkeit, während die ebenfalls notwendige Persönlichkeitsbildung, d. h. reflexives (Identitäts-) Lernen zur Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein und Entscheidungsfähigkeit – wenn überhaupt – nur ein unbeabsichtigtes Nebenprodukt der Rettungsassistentenausbildung ist (vgl. KARUTZ 2003a, S. 9).
- c.) Die Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung wird in zahlreichen Veröffentlichungen als absolut unzureichend beschrieben, zugleich aber als enormes (und notwendiges!) Potential für die Bewältigung von Notfallsituationen genannt. Insofern ist es recht erstaunlich, daß in diesem Bereich kein stärkeres Engagement festzustellen ist, sondern der Bund beispielsweise – ganz im Gegenteil – erst vor kurzem die finanzielle Bezuschussung von Erste-Hilfe-Lehrgängen eingestellt hat. In einer Studie der Katastrophenforschungsstelle an der Universität Kiel heißt es in diesem Zusammenhang, daß es Katastrophenschutz im eigentlichen Sinne des Begriffs in der BRD letztlich nicht gibt, weil dieser nicht von der Bevölkerung getragen wird und den einsatztaktischen Konzepten der zuständigen Rettungsdienste das sozialwissenschaftliche Verständnis einer umfassenden Gefahrenabwehr fehlt (vgl. DOMBROWSKY/BRAUNER 2003), so daß es scheint, als sei die aktive Beteiligung der Bevölkerung an der Bewältigung von Notfallsituationen nahezu unerwünscht. Auch hier könnte Notfallpädagogik als eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin – gemeinsam mit der Notfallpsychologie bzw. der auf das Rettungswesen bezogenen Organisationspsychologie – u. U. für Abhilfe sorgen.
8. Abschließend ist nochmals (siehe oben) darauf hinzuweisen, daß eine zweifellos notwendige Evaluationsstudie im Hinblick auf die hier vorgestellten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern noch aussteht.

9. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst der Forschungs- bzw. Arbeitsstand zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern ausführlich dargestellt und kritisch reflektiert. Dabei ist deutlich geworden, dass *empirische* Untersuchungen zur psychologischen Hilfeleistung bei Kindern in Notfallsituationen bislang nicht durchgeführt worden sind und dass insbesondere für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern derzeit keinerlei geeignete Betreuungskonzepte zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Planung, Durchführung und Auswertung einer explorativen Studie beschrieben, in der insgesamt 96 Kinder, die verschiedenste Notfallsituationen körperlich unverletzt miterlebt hatten, anhand eines strukturierten Interviewleitfadens zum Ablauf des Notfallgeschehens, ihren eigenen Gefühlen und Gedanken, ihrem eigenen Verhalten, ihren Wünschen und Bedürfnissen, angenehmen und unangenehmen Erfahrungen sowie zum Verhalten Dritter am Notfallort befragt worden sind. Von den Aussagen dieser Kinder ausgehend konnten anschließend konkrete Hinweise für die Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern formuliert werden, die in einem neuen Regelwerk zusammengefasst worden sind. Diese Regeln lauten im einzelnen:

1. Sorge in Notfallsituationen für die Nähe selbst gewählter Bezugspersonen,
2. Lenke die Wahrnehmung von Kindern in Notfallsituationen nach Möglichkeit *auf die Hilfeleistung*. Sofern dies nicht möglich ist (z. B. weil die Rettungsarbeiten durch dieses Zuschauen behindert werden, der Notfallpatient dadurch zusätzlichen Belastungen ausgesetzt ist oder man sich selbst in einem Gefahrenbereich befindet) sollten Kinder abgeschirmt werden.
3. Vermittle Kindern Informationen, um Unwissenheit und Ungewissheit im Hinblick auf die Notfallsituation zu vermindern und das Verständnis des Geschehens zu fördern.
4. Thematisiere, *daß* und vor allem: *wie* geholfen wird.
5. Lasse ungewöhnliche Verhaltensweisen von Kindern sowie den übrigen Anwesenden in einer Notfallsituation zu und erkläre, warum es zu solchen Verhaltensweisen kommen kann.

6. Nutze die Chancen, die auch und gerade in einer Notfallsituation enthalten sind, wie z. B. den Wunsch, selbst helfen zu können oder die Möglichkeit, etwas aus dem Notfallgeschehen heraus zu *lernen*.
7. Stelle sicher, daß Notfallpatienten rasch und *sichtbar* Hilfe geleistet wird. Dies beinhaltet nicht nur, den Rettungsdienst zu alarmieren, sondern nach Möglichkeit auch selbst Hilfe zu leisten.
8. Entferne *belastende* Notfallspuren wie z. B. blutverschmierte Handschuhe sowie Verpackungsmaterial von Medikamenten, weil ihr Anblick als Belastung empfunden wird.
9. Weil Kinder sich lange und intensiv mit Notfällen beschäftigen, sollte – v. a. durch Gesprächsbereitschaft und *Aufmerksamkeit* - eine ebenso lange Notfall*nachsorge* erfolgen. Gleichwohl ist die Entwicklung psychischer Folgeschäden – zumindest bei den Notfällen, die in der vorliegenden Arbeit thematisiert wurden - offenbar eher selten, d. h. nicht jedes Kind, das eine Notfallsituation miterlebt, ist psychisch *traumatisiert*.

Nach der Erarbeitung dieser inhaltlichen Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe wurde in einem weiteren Abschnitt der vorliegenden Dissertation versucht, praxisnahe Vorschläge für deren Umsetzung durch Mitarbeiter des Rettungsdienstes und bei Notfällen in Schulen zu geben. In diesem Zusammenhang wurde v. a. auf die Notwendigkeit hingewiesen, die vorbereitende Einsatzplanung bzw. Einsatztaktik von Rettungsdiensten zu verändern und auch in Schulen organisatorische Maßnahmen zur Vorbereitung von Notfallsituationen zu treffen. So könnte ein schulinternes Notfallteam gegründet werden, um Notfall*pläne* zu erarbeiten und die notfallpsychologische Hilfeleistung zu koordinieren.

In einem Exkurs wurde anschließend dargestellt, inwiefern Kinder durch eine notfallbezogene Erziehung auf das Miterleben von Notfallsituationen vorbereitet werden könnten; analog zur Notfallpsychologie wurde dabei die Entwicklung einer speziellen Notfallpädagogik als einer weiteren Bezugswissenschaft für das Rettungswesen angeregt.

Ein zweiter Exkurs enthält zunächst eine kritische Darstellung des Critical Incident Stress Managements (CISM). Von der bisherigen Konzeption eines CISM-Debriefings ausgehend wurde schließlich ein CISM-Kindertreffen entwickelt, daß den Entwicklungsstand der potentiellen Teilnehmer berücksichtigt und in sechs Phasen verlaufen soll. Die Durchführung solcher CISM-Kindertreffen muss allerdings im Bewusstsein des derzeitigen Forschungsstands zur Wirksamkeit bzw. zu den Auswirkungen des CISM erfolgen und macht zunächst noch eine behutsame Erprobung in der Praxis erforderlich, bevor sie generell und uneingeschränkt empfohlen werden kann.

10. Literaturverzeichnis

Aktion Sorgenkind (1987) Nach dem Unfall leidet auch die Seele. Psychologische Ratschläge für die Eltern verunglückter Kinder. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 40, S. 384.

Atzbach U, Gliwitzky B (2003) Schulungsmodell „Regelkompetenz“: Was sollte gewährleistet sein? In: Rettungsdienst 26, S. 846-850.

Amir M, Weil G, Kaplan Z, Tocker T, Witzum E (1998) Debriefing with group psychotherapy in a homogenous group of non-injured victims of a terrorist attack. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 98, S. 237-242.

Ballnus S (2002) Das Kind als Notfallpatient. Qualitätssicherung in der notärztlichen Versorgung. In: Rettungsdienst 25, S. 466-470.

Bayerisches Jugendrotkreuz (Hg.) (1992) Der Juniorhelfer. Materialiensammlung. 2. Aufl., München.

Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio.

Bengel J, Carl C (1997) Psychologische Aus- und Fortbildung. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 387-393.

Bethge K (2001) Kritik an den Methoden der Notfalltherapeuten. In: 112 – Magazin der Feuerwehr 6, S. 344-345.

Bierhoff H-W (1990) Psychologie hilfreichen Verhaltens. Stuttgart/Berlin/Köln (=Urban-Taschenbücher Bd. 418).

Biermann G (1974) Die psychologische Situation von Unfallkindern. In: Nissen G, Strunk P (Hg.) (1974): Seelische Fehlentwicklungen und Gesellschaftsstruktur. Neuwied, S. 117-125.

Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus Essen (Hg.) (2001a) KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfällen. Merkblatt für den Rettungsdienst. Essen.

Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus Essen (Hg.) (2001b) PUMUCKEL: Psychische Erste Hilfe bei Kindern im Großschadensfall. Merkblatt für den Rettungsdienst. Essen.

Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus Essen (Hg.) (2001c) WINNETOU: Psychische Erste Hilfe bei trauernden Kindern. Merkblatt für Eltern und den Rettungsdienst. Essen.

Bollnow O F (1966) Krise und neuer Anfang. Beiträge zur pädagogischen Anthropologie. Heidelberg.

Bollnow O F (1984) Existenzphilosophie und Pädagogik. Versuch über unstetige Formen der Erziehung. 6. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (=Urban-Taschenbücher Bd. 40).

Bourauel R (1994) Psychische Erste Hilfe für Laien. In: Rettungsdienst 17, S. 477-479.

Bourauel R (1994a) Psychische Erste Hilfe für Laien. Bergisch-Gladbach (=Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 24).

Bourauel R (1994b) Psychische Erste Hilfe. In: Notfallmedizin 20, S. 507-508.

Brezinka W (1963) Erziehung als Lebenshilfe. 2., neubearb. u. erw. Aufl., Wien.

Buchfelder M, Buchfelder A (1999) Handbuch der Ersten Hilfe. Stuttgart, New York.

Buchmann K E (1997) Psychologische Notfallversorgung. In: SEG 4, S. 224-226.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2001) Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind. Dortmund (=Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht TB 120).

Clemens K, Lüdke C (2000) Debriefing – werden die Opfer geschädigt? Überlegungen zu einem zielgruppenorientierten Vorgehen. In: Psychotraumatologie 1, S. 1-14.

Crespin U B (1995) LNA und OrgL – Überlebende eines Geisterfahrer-Crashes. In: Rettungsdienst 18, S. 940-943.

Daschner C-H (2001) Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht, Wien.

De Kuiper M (1999) Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern. Ein Handbuch für die Kinderkrankenpflege. Wiesbaden.

Deutsches Rotes Kreuz, Präsidium (Hg.) (1991) Sanitätsausbildung. Leitfaden für Lehrkräfte. Bonn.

Deutsches Rotes Kreuz, Präsidium (Hg.) (1993) Erste Hilfe am Kind. Leitfaden und Foliensatz. 2., überarb. Aufl., Bonn.

Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (1998) Erste-Hilfe-Leitfaden für Ausbilder. Bonn.

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (Hg.) (1999) Unfallverhütung und Heranführung an die Erste Hilfe in der Grundschule. Bonn.

Dombrowsky W R, Brauner C (2003) Defizite der Katastrophenvorsorge in Industriegesellschaften am Beispiel Deutschlands. <http://www.kfs.uni-kiel.de>; abgerufen am 02.09.2003.

DRK-Landesverband Westfalen-Lippe/DRK-Landesverband Nordrhein (o. J.): Schulsanitätsdienst... an Ihrer Schule! Informationsbroschüre. Ohne Ortsangabe.

DRK-Landesverband Westfalen-Lippe (Hg.) (2000) Heranführung an die Erste Hilfe für Kinder. Münster.

Duden (1985) Das Bedeutungswörterbuch. 2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl., Mannheim, Wien, Zürich (=Der Duden in 12 Bänden; das Standardwerk zur deutschen Sprache; Bd. 10).

Duden (1986) Die sinn- und sachverwandten Wörter. 2., neu bearb., erw. u. aktual. Aufl., Mannheim, Wien, Zürich (=Der Duden in 10 Bänden; das Standardwerk zur deutschen Sprache; Bd. 8).

Duden (1989) Das Herkunftswörterbuch. 2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl., Mannheim, Wien, Zürich (=Der Duden in 10 Bänden; das Standardwerk zur deutschen Sprache; Bd. 7).

Edelmann W (2000) Lernpsychologie. 6., vollst. überarb. Aufl., Weinheim.

Ehlers A (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Einsiedel E, Wolff M (1984) Psychologische Aspekte des Unfalls, der Hospitalisation und der Rehabilitation. In: Sauer H (Hg.) (1984) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Stuttgart, New York, S. 33-58.

Eisenbeiser I, Glasow B, Immenroth T (1999) Schulsanitätsdienst als Partner des Rettungsdienstes. In: Rettungsdienst 22, S. 1134-1135.

Everly G S, Boyle S (1999) Critical Incident Stress Debriefing (CISD): A meta-analysis. In: International Journal of Emergency Mental Health 1, S. 165-168.

Everly G S, Mitchell J T (2002) CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen: ein neuer Versorgungsstandard bei Notfällen, Krisen und Katastrophen. Wien.

Faust V (2003) Psychiatrische Katastrophenforschung: Seelische Folgen durch technische und Naturkatastrophen. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/naturkatas-trophen.html>; abgerufen am 14.01.2003.

Fertig B (1994) Eine Lücke in der Rettungskette schließen. Ein Vorwort zur Thematik Krisenintervention. In: Fertig B, Wietersheim, H v (Hg.) (1994) Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht, S. 9-12.

Fischer G (2001) Neue Wege nach dem Trauma. Informationen und Hilfen für Betroffene. Konstanz.

Fischer G, Riedesser P (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2., Aufl., München, Basel.

Frommberger U, Lasogga F (1997) Psychische Situation und Reaktionen von Unfallpatienten. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 23-38.

Füllgrabe U (2001) Die Nachbereitung eines lebensbedrohlichen Ereignisses. In: Magazin für die Polizei 301, S. 32-37.

Geier W (2002) Rettungsdienstorganisation. In: Böbel M, Hündorf H-P, Lipp R, Veith J (Hg.) (2002) LPN-San: Lehrbuch für Rettungssanitäter, Betriebssanitäter und Rettungshelfer. Edewecht, Wien, S. 487-499.

Gengenbach O (2001) Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. In: Bevölkerungsschutzmagazin Heft 4, S. 22-25.

Genzwürker H (2001) Defibrillation ist kinderleicht. Ein Diskussionsbeitrag. In: Rettungsdienst 24, S. 884-885.

Glanzmann G (1997) Psychologische Betreuung von Kindern. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 125-135.

Glatz U (2003) Schulsanitätsdienst – Bindeglied zwischen Erster Hilfe und professionellem Rettungsdienst. In: Notfallmedizin 29, S. 92-97.

Gliwitzky B (2002) Betr. § 3 RettAssG: Was müssen Rettungsassistenten zukünftig leisten? In: Rettungsdienst 25, S. 1169-1171.

Gorgass B, Ahnefeld F W, Rossi R, Lippert H-D (2001) Rettungsassistent und Rettungssanitäter. 6., völlig überarb. u. erw. Aufl., Berlin, Heidelberg, Ney York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.

Greis J (1992) Psychologische Erste Hilfe – ein vergessenes Thema? In: Rettungsdienst 15, S. 794-798.

Grothensohn C (1999) Unser Kind im Krankenhaus. Ein Ratgeber für Eltern und alle, die mit kranken Kindern zu tun haben. Reinbeck bei Hamburg.

Gutjahr G (1985) Psychologie des Interviews: In Theorie und Praxis. Heidelberg.

Häcker J (2001) Katastrophen und Großschadensereignisse im Rahmen der zivilen Gefahrenabwehr. In: Müller-Lange J (Hg.) (2001) Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht, Wien, S. 224-250.

Hamann B (1993) Pädagogische Anthropologie. 2., überarb. u. erw. Aufl., Bad Heilbrunn/Obb.

Hannich H-J (1997) Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 3-21.

Haupt U (1984) Sonderpädagogische Aufgaben bei verletzten Kindern. In: Sauer H (Hg.) (1984) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Stuttgart, New York, S. 58-70.

Hausmann C (2003) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien.

Heinz W (1998) Das Kind als Notfallpatient. In: Stepan, T (Hg.) (1998) Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Grundlagen notfallmedizinischer Psychologie. Edewecht, Wien, S. 263-271.

Helmerichs J, Saternus K-S(1997) Psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern nach Plötzlichem Säuglingstod. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 137-146.

Henninger W (Hg.) (1999) Notfallseelsorge: Eine Handreichung: Grundlegendes – Modelle – Fortbildung – Erfahrungen. Sonderheft, 2. Aufl., Kassel (=Texte und Materialien für Gottesdienst und Gemeindegarbeit zum Thema Straßenverkehr).

Hockauf H (2000) Psychische Erste Hilfe. Anregungen zum Umgang mit Betroffenen. Script für die Rettungsassistentenausbildung am Bildungsinstitut des Elisabeth-Krankenhauses. Essen.

Hofmann M (1997) Das Kind als Patient im Rettungsdienst. In: Rettungsdienst 22, S. 990-993.

Hündorf H-P (2002) Gedanken zum Positionspapier der BAND. In: Rettungsdienst 25, S. 1165-1168.

ICSF: International Critical Stress Foundation (2001) Children's reactions and needs after disaster. <http://icisf.org>; abgerufen am 01.11.2001.

Innenministerium NRW (Hg.) (1999) Opferschutz und Opferhilfe in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Jank W, Meyer H (1994) Didaktische Modelle. 3. Aufl., Frankfurt am Main.

Juchli L (1994) Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankheitspflege. 7., neubearb. Aufl., Stuttgart, New York.

Juen B (2002) Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte. Innsbruck.

Jugendrotkreuz Baden-Württemberg (o. J.) Heranführung an die Erste Hilfe. Ein Programm für Kinder im Vorschulalter. Stuttgart.

Jugendrotkreuz Westfalen-Lippe (o. J.) Vorschläge für die Kindergruppenarbeit: Heranführung an die Erste Hilfe. Münster.

Karutz H (1999a) Mit dem Notfallpatienten einen „PAKT“ schließen. In: Rettungsdienst 22, S. 212-213.

Karutz H (1999b) KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. In: Rettungsdienst 22, S. 1008-1012.

Karutz H (2001) Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen. Unveröff. Diplomarbeit an der Universität Duisburg. Mülheim an der Ruhr.

Karutz H (2001a) PEHK: Psychische Erste Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern. In: Landespfarramt für Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland (Hg.) (2001) Dokumentation zum 4. Bundeskongress Notfallseelsorge, Krisenintervention und Einsatznachsorge vom 9. bis zum 11. Mai 2001 in Mülheim an der Ruhr. Niederkassel, S. 130-150.

Karutz H (2002a) Psychische Erste Hilfe bei Kindern. Teil 1: Die psychische Situation von Kindern im Notfallgeschehen. In: Rettungsdienst 25, S. 450-454.

Karutz H (2002b) Psychische Erste Hilfe bei Kindern. Teil 2: Regeln für die Einsatzpraxis. In: Rettungsdienst 25, S. 556-561.

Karutz H (2002c) Psychische Erste Hilfe bei Kindern. Teil 3: Systematik, KASPERLE 2001 und Diskussion. In: Rettungsdienst 25, S. 650-652.

Karutz H (2002d) Psychische Situation von Kindern in Notfällen: Anregungen für die psychische Erste Hilfe. Teil 1. In: Bevölkerungsschutzmagazin Heft 4, S. 23-26.

Karutz H (2002e) Psychische Situation von Kindern in Notfällen: Anregungen für die psychische Erste Hilfe. Teil 2. In: Bevölkerungsschutzmagazin Heft 1, S. 17-20.

Karutz H (2002f) Psychische Erste Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern. Unveröff. Manuskript. Mülheim an der Ruhr.

Karutz H (2003) Notfallpsychologie: Viel mehr als nur Methodik. Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.

Karutz H, Hockauf H, Braun B, Wagner U (2003a) Fachdidaktik Rettungsdienst. Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.

Karutz H, Buttlar M v (1999) DTV-Atlas Erste Hilfe. München.

Karutz H, Duven J (2002) „Das war ein richter Einschnitt, den man das ganze Leben nicht mehr vergisst!“ – Psychische Erste Hilfe und Krisenintervention bei Notfallsituationen in der Schule. <http://www.notfallseelsorge.de>; abgerufen am 01.08.2002.

Keggenhoff F (2001) Erste Hilfe. München.

Kern F (2002) Erste Hilfe in der Schule. Ein Praxisleitfaden. Villingen-Schwenningen.

Kirschnick O (1997) Kompendium Rettungsdienst. München, Wien, Baltimore.

Klafki W (1963) Kategoriale Bildung. Zur bildungstheoretischen Deutung der modernen Didaktik. In: Klafki W (1963) Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim, Basel, S. 25-45.

Köhnlein H-E, Weller S, Vogel W, Nobel J, Meinertz T (1992) Erste Hilfe. Ein Leitfaden. 9., überarb. Aufl., Stuttgart, New York.

Kühner R (1988) Wirksamkeit der Ersten Hilfe. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. (Hg.) (1988) Erste Hilfe - gemeinsame Fachtagung vom 20. Bis zum 21. Oktober 1987 in Hennef/Sieg, St. Augustin 1988, S. 36-46.

Kurz R (1984) Ärztliches Eingehen auf den kindlichen Patienten. In: Sauer H (Hg.) (1984) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Stuttgart, New York, S. 29-32.

Kusch M (1996) Mein Kind muss ins Krankenhaus: So können Eltern helfen; die Ängste nehmen, dem Kind zur Seite stehen. Niedernhausen.

Landolt M A (2000) Die Psychologie des verunfallten Kindes. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 35, S. 615-622.

Landolt M A (2001) Psychotraumatologie. In: Meyer G, Friesacher H, Lange R (Hg.) (1993) Handbuch der Intensivpflege: Pflegerische Praxis und medizinische Grundlagen: Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen. Landsberg/Lech, Abschnitt IV-12.2, S. 1-12 (=11. Ergänzungslieferung 12/2001).

Larsen F, Larsen U (2001) Kein Kinderspiel. In: Feuerwehrmagazin 18, Heft 2, S. 92-94.

Lasogga F (2001a) Psychische Erste Hilfe beim Überbringen von Todesnachrichten. Teil 1. In: Rettungsdienst 24, S. 341-345.

Lasogga F (2001b) Psychische Erste Hilfe beim Überbringen von Todesnachrichten. Teil 2. In: Rettungsdienst 24, S. 446-450.

Lasogga F (2001c) Das Überbringen von Todesnachrichten. In: Streife 40, Heft 7-8, S. 26-31.

Lasogga F, Gasch B (1997) Unfallopfer – nur eine Ansammlung von Organen? In: Rettungsdienst 20, S. 326-329.

Lasogga F, Gasch B (1997a) Psychische Erste Hilfe. In: Bengel J (Hg.) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio, S. 67-87.

Lasogga F, Gasch B (1999) Psychische Erste Hilfe. Leitlinien zum psychologischen Umgang mit Unfallopfern. In: Notfall & Rettungsmedizin 2, S. 228-234.

Lasogga F, Gasch B (1999a) Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 1: Interviewergebnisse im Überblick. In: Rettungsdienst 22, S. 305-309.

Lasogga F, Gasch B (1999b) Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 2: Diskussion und Praxis-Regeln. In: Rettungsdienst 22, S. 398-401.

Lasogga F, Gasch B (2000) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 2. Aufl., Edewecht, Wien.

Lasogga F, Gasch B (2002a) Notfallpsychologie: Der Mensch ist nicht nur eine Ansammlung von Organen. In: Rettungsdienst 25, S. 248-253.

Lasogga F, Gasch B (2002b) Notfallpsychologie. Edewecht, Wien.

Linde H (1994) Beispielhafte Darstellung des Istzustandes zum Workshopthema: Deutsches Rotes Kreuz. In: Ahnefeld F W (Hg.) (1994) Workshop Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Nottuln (=Schriftenreihe zum Rettungswesen; Bd. 11), S. 3-8.

Lohaus A (1990) Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen.

Lohaus A (1993) Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 41, S. 117-129.

Lucas M G (2001) Notfallpsychologie: Grundlagen, Konzepte, Fortbildungsangebote. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2001) Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind. Dortmund (=Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht TB 120), S. 13-23.

Luiz Th, Schmitt T K, Madler C (2002) Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. In: Notfall & Rettungsmedizin 5, S. 505-511.

Maaß J (2002) Frühwarnsystem. In: Feuerwehr-Magazin 19, Heft 1, S. 86-95.

Meyer H (1994) Unterrichtsmethoden. Bd. 1: Theorieband. 6. Aufl., Frankfurt am Main.

Michel K, Vorster D, Probst R (o. J.) Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid. Bern, Luzern, Sursee.

Mietzel G (1994) Wege in die Psychologie. 7., völlig überarb. Aufl., Stuttgart.

Mietzel G (1997) Wege in die Entwicklungspsychologie. Bd. 1: Kindheit und Jugend. 3. Aufl., Weinheim.

Mitchell J T, Everly G S (1998) Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung. Edewecht, Wien.

Müller-Lange J (Hg.) (2001) Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht, Wien.

Müller-Lange J (Hg.) (2001a) Einsatznachsorge. In: Müller-Lange (Hg.) (2001) Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht, Wien, S. 264-284.

Nachtmann R (1996) Erste Hilfe in der Schule. Weniger Ausbildung, aber mehr Kompetenz. Augsburg.

Nachtigall C, Mitte K, Steil R (2003) Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung. Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 35, S. 273-281.

Naumann F (1996) Erste Hilfe für die Seele. Beistand in Notsituationen, Lebenskrisen und Konflikten. Berlin.

Netzwerk-Psychologie (2002) Leistungen für Einzelpersonen. <http://www.netzwerkpsychologie.de/leistung-einzel.html>; abgerufen am 01.02.2002.

Notfallseelsorge Bayern (2003): NFS-Großeinsatz am 17.07.2002 in Emskirchen. <http://www.notfallseelsorge-bayern.de/Emskirchen.doc>; abgerufen am 22.05.2003.

Notfallseelsorge Leverkusen (2001): Informationen und Empfehlungen zum Umgang mit Kindern nach einem Notfall oder Unglück. <http://www.hlev.de/kinder1.htm>; abgerufen am 13.05.2001.

Nurmi L (1999) The sinking of the Estonia: The effects of Critical Incident Stress Debriefing of Rescuers. In: International Journal of Emergency Mental Health 1, S. 23-32.

Nyberg E, Mayer M, Frommberger U (2000) Erleben der präklinischen Versorgung nach einem Verkehrsunfall. Bergisch-Gladbach 2000 (=Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 117).

P.A.P., Agentur für Kommunikation, Bartels F, Karutz H, Müller-Lange J, Sefrin P (2002) Unfallbeteiligtes Kind. Informationsbroschüre des Deutschen Verkehrssicherheitsrates und der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge. Kassel.

Paulus (2001) Wenn die Helfer Hilfe brauchen. In: Die Zeit Nr. 33 vom 09.08.2001.

Pentz D (2001) „Wenn das Unvorstellbare passiert...“ Zur Psychologie des Krisenmanagements. <http://schulberatung.bayern.de/vpkri.html>; abgerufen am 01.10.2001.

Petermann F (1995) Chronische Krankheiten in den ersten Lebensjahren und ihre Bewältigung. In: Montada L, Oerter R (Hg.) (1995) Entwicklungspsychologie. 3., vollst. Überarb. Aufl., Weinheim, S. 967-975.

Petermann F, Wiedebusch S (1995) Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern. In: Petermann F (Hg.) (1995) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 555-586.

Poloczek S, Schmitt T K, Pajonk F G (2001) Psychiatrische Notfälle und psychosoziale Krisen. Eine neue Aufgabe für die Notfallmedizin? In: Notfall & Rettungsmedizin 4, S. 352-358.

Pschyrembel (1994) Klinisches Wörterbuch. 257. Aufl., Berlin, New York.

Redelsteiner C (1988) Die psychische Situation des Notfallpatienten. In: Rettungsdienst 11, S. 614-621.

Remke S (1993a) Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten. In: Rettungsdienst 16, S. 107-117.

Remke S (1993b) Wünsche von Unfallpatienten an das medizinische Rettungsteam während der Ersten Hilfe. In: Rettungsdienst 16, S. 617-621.

Remke S (1995) Erlebnisreaktion des Verletzten zwischen Unfall und stationärer Behandlung – Möglichkeiten psychischer Erster Hilfe. Unveröff. Diss., Universität Leipzig.

Remschmidt H (1994) Psychologie für Pflegeberufe. 6., überarb. Aufl., Stuttgart, New York.

Report aus München (2001) Mangelnde Betreuung von Unfallkindern. Beitrag in der Sendung ARD-Report am 03.12.2001. http://www.das-bayern-ding.de/politik/ard-report/2001/report_1203/unfallkinder.html (abgerufen am 16.02.2002).

RettAssAPrV (1989) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten vom 07.11.1989.

RettG NRW (1992) Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer vom 24.11.1992.

RettHelfAPO NRW (2000) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungshelferinnen und Rettungshelfer vom 09.06.2000.

RettSanAPO NRW (2000) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter vom 25.01.2000.

Richards D (1999) A field study of CISD v. CISM. Paper presented to the Fifth World Congress on Stress, Trauma and Coping in the Emergency Services Professions, Baltimore.

Riediger G (1983) Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? In: Notfallmedizin 9, S. 198-220.

Rieger B (1992) Psychische Betreuung im RD? In: Rettungsdienst 15, S. 610.

Roth H (1963) Pädagogische Psychologie des Lehrens und Lernens. 7., neugest. u. durchges. Aufl., Hannover.

Rupp M (1996) Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrischpsychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart, New York.

Sauer H (Hg.) (1984) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Stuttgart, New York.

Sauer H (1984) Das Kind und der Unfall. In: Sauer H (Hg.) (1984) Lehrbuch der Kindertraumatologie. Stuttgart, New York, S. 1-11.

Schär W, Tappert F (1996) Erste Hilfe Kompakt. 10., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin, Wiesbaden.

Schönpflug W, Schönpflug U (1995) Psychologie: Allgemeine Psychologie und ihre Verzweigungen in die Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 3., vollst. überarb. Aufl., Weinheim.

Schmitt T K, Pajonk F G, Poloczek S (2000) Psychiatrische Notfälle und Krisen. Psychische Erste Hilfe, Krisenintervention, Notfallseelsorge. In: Notfall & Rettungsmedizin 8, S. 531-538.

Scholl H (1999) „Die Laienhilfe ist das schwächste Glied in der Rettungskette!“ In: Rettungsdienst 22, S. 1136-1137.

Schoots-Wilke H, Spee I, Fiddelaers-Jaspers R (1999) Al seen ramp de school treft. Omgan met calamiteiten in het onderwijs. Ohne Ortsangabe.

Seeger S (2002) Welche Regelkompetenz benötigt der Rettungsassistent? In: Rettungsdienst 25, S. 1172-1175.

Sefrin P (2001) Verkehrsunfall mit Kindern. In: Feuerwehrmagazin 18, Heft 6, S. 96.

Seiffge-Krenke I (1994) Entwicklungsrückstände durch chronische Krankheit? In: Petermann F (Hg.) (1994) Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. München, S. 29-42.

Spengler B (2003) Entwurf des neuen Rettungsassistentengesetzes: Alle noch mal auf die Schulbank? In: Rettungsmagazin 8, Heft 5, S. 42-43.

Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (1999) Berufliche Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten: Curriculum. Gemeinsame Ausbildungsgrundlage der Rettungsdienstorganisationen ASB, DRK, JUH, MHD und der Berufsfeuerwehren in Deutschland. DRK-Beschaffungs- und Vertriebs-GmbH, Nottuln.

Stepan T (1993) High Tech im Rettungsdienst – und wo bleibt der Faktor Mensch? In: Rettungsdienst 16, S. 154.

Stepan T (1995) Miteinander reden ist heilsam. Bedeutung und Rolle von Gesprächen im Rettungsdienst. In: Rettungsdienst 18, S. 323.

Stepan T (1996) Psychologische Betreuung von Notfallpatienten. In: Rettungsdienst 19, S. 431-435.

Stepan T (Hg.) (1998) Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Grundlagen notfallmedizinischer Psychologie. Edewecht, Wien.

Stepan T, Jatzko S (2000) „Schweigen ist Gold – Reden ist Blech?“ Traumatherapie in der Diskussion. In: Rettungsdienst 23, S. 546-548.

Thierbach A (Hg.) (2002) Lexikon der Notfallmedizin. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio.

Trappe T (2000) Der unorganisierte Tod. Das Projekt „Ein Jahr danach“. Kleve.

Volz S (2002) Kleine Helden. In: Feuerwehr-Magazin 19, Heft 1, S. 62-64.

Wackerow K, Prudlo U (2001) Umgang mit Kindern in Notfallsituationen. In: SEG 8, S. 16-18.

Wendler M, Bandmann M (2002) Vorwort. In: P.A.P., Agentur für Kommunikation, Bartels F, Karutz H, Müller-Lange J, Sefrin P (2002) Unfallbeteiligtes Kind. Informationsbroschüre des Deutschen Verkehrssicherheitsrates und der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge. Kassel, S. 2-3.

Werneburg H-C (2001) Erfahrungsbericht aus der Notfallseelsorge. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2001) Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind. Dortmund (=Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht TB 120), S. 33-35.

Wietersheim H v (2001) Notfallseelsorge, Krisenintervention, SBE: Viele Unterschied und noch mehr Anbieter. In: Im Einsatz 8, S. 156-159.

Wolf A (1987) Pädagogik für Krankenpflegeberufe. 2., durchges. Aufl., Stuttgart, New York.

Wolf V (2002) Die Bedeutung von Information als wichtiges Element des psychoeducativen Ansatzes in der notfallpsychologischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. <http://www.notfallpsychologie.at/kinder.htm>; abgerufen am 01.11.2002.

Zeigarnik B (1927) Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. In: Psychologische Forschung 9, S. 1-85.

Zimbardo P G (1992) Psychologie. 5., neu übers. und bearb. Aufl., Berlin, Heidelberg.

Zippert T (2001) Spiritualität und Theologie in der Notfallseelsorge. In: Landespfarramt für Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland (Hg.) (2001): Dokumentation zum 4. Bundeskongress Notfallseelsorge, Krisenintervention und Einsatznachsorge vom 9. bis zum 11. Mai 2001 in Mülheim an der Ruhr. Niederkassel, S. 10-23.

Zitzlperger R (2002) SKB-Team der Feuerwehr München. Handbuch. 3., Aufl., München.

11. Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt zu haben. Ich habe keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen verwendet, und sämtliche Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Veröffentlichungen übernommen wurden, habe ich entsprechend gekennzeichnet.

Mülheim an der Ruhr, den 01.10.2003

Dipl.-Päd. Harald Karutz

12. Anlagen

Interviewleitfaden zur Befragung von Kindern

1. Ausschlußkriterien

- 1.1. Liegt das Notfallereignis länger als ein Jahr zurück? (Soll-Antw. Nein)
- 1.2. Liegt die Einwilligung der Eltern vor? (Soll-Antw. Ja)
- 1.3. Ist das Kind sprachlich dazu in der Lage, befragt zu werden? (Soll-Antw. Ja)
- 1.4. Ist das Kind im Notfallgeschehen selbst verletzt worden? (Soll-Antw. Nein)
- 1.5. Befindet sich das Kind derzeit in einer psychotraumatologischen Therapie? (Soll-Antw. Nein)
- 1.8. Zeigt das Kind ablehnendes, unkooperatives Verhalten bezüglich der Befragung? (Soll-Antw. Nein)
-

2. Angaben zur Person

- 2.1. Geschlecht m w 2.2. Alter z. Zt. des Notfalls _____ Jahre
-

3. Angaben zur Befragungssituation

- 3.1. Anwesende Vater Mutter Notfallseelsorger
 Freund Geschwisterkind Andere _____
- 3.2. Dauer ca. _____ min 3.3. Ort _____
- 3.4. Seit dem Notfallereignis vergangener Zeitraum _____ Tage / Wochen / Monate
-

4. Angaben zum Notfallgeschehen (Moderatorvariablen)

- 4.1. Notfallart Feuer Verkehrsunfall Häuslicher Notfall Sonstiges
- 4.2. Kurze Situationsbeschreibung _____

- 4.3. Vorerfahrungen Ja nein Beschreibung _____

-

4.4. Notfallort

zu Hause	<input type="checkbox"/>	Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	Schule	<input type="checkbox"/>
Kindergarten	<input type="checkbox"/>	Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>
Sportplatz	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____	

4.5. Notfallzeitpunkt

Uhrzeit _____

4.6. Patient (en)

fremdes Kind	<input type="checkbox"/>	Freund	<input type="checkbox"/>	Eltern	<input type="checkbox"/>
fremder Erwachsener	<input type="checkbox"/>	Verw. / bek. Erwachsener	<input type="checkbox"/>	Geschwister	<input type="checkbox"/>

4.7. Anzahl der Verletzten / Erkrankten

1 > 1

4.8. Anzahl der insgesamt Betroffenen ca. _____ Personen

4.9. Schwere der Verletzung / Erkrankung

leicht schwer

4.10. Tote

ja nein

4.11. Anwesenheit Dritter

keine	<input type="checkbox"/>	Eltern	<input type="checkbox"/>	Freunde	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	Zuschauer	<input type="checkbox"/>
Andere Kinder	<input type="checkbox"/>	fremde Ersthelfer	<input type="checkbox"/>		

4.12. Verhalten Dritter _____

4.13. Eingesetzte Rettungsmittel KTW RTW NAW / NEF
RTH Feuerwehr Polizei

5. Angaben zur eigenen Situation

5.1. Beteiligung primär sekundär

5.2. Verhalten _____

5.3. Gefühle und Gedanken _____

5.4. Unangenehme / belastende Erfahrungen _____

5.5. Wünsche und Bedürfnisse _____

Harald Karutz
Hagdorn 61
45468 Mülheim an der Ruhr
Telefon: 0208 / 40 47 46
E-Mail: h.karutz@elisabeth-essen.de

Mülheim an der Ruhr, 20.12.2001

An

Dissertation zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Notfällen

Sehr geehrte _____,

als Diplom-Pädagoge und Lehrrettungsassistent arbeite ich zur Zeit an einer Dissertation zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen. Im Rahmen dieser Dissertation führe ich eine explorative Studie durch, für die ich Sie um Ihre Unterstützung bitten möchte.

Mir geht es darum, anhand von strukturierten Interviews mit Betroffenen herauszufinden, wie eine Notfallsituation von Kindern wahrgenommen, empfunden und bewertet wird, welche Ängste und Befürchtungen ausgelöst werden und welche Wünsche bzw. Bedürfnisse im Notfall entstehen. Ausgehend von dieser Analyse und vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes der Notfallpsychologie möchte ich möglichst konkrete Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen erarbeiten, die später auch in bestehende Lehrpläne für die Ausbildung des Personals im Rettungsdienst integriert werden könnten.

Um die Befragung Betroffener durchführen zu können, bin ich zunächst jedoch darauf angewiesen, von entsprechenden Notfallsituationen zu erfahren. Insofern wäre ich Ihnen von Herzen dankbar, bei

- Notfällen (Unfälle, Erkrankungen, Feuer) in Schulen, Kindergärten und Kinderheimen sowie auf Spielplätzen,
- Notfällen bei Familien- und Kinderfesten,
- Notfällen im häuslichen Bereich, sofern Kinder anwesend sind und das Notfallgeschehen miterlebt haben sowie
- Verkehrsunfällen mit Beteiligung eines Kindes

durch Ihre Leitstelle benachrichtigt zu werden, um Kontakt zu den jeweils betroffenen Kindern aufnehmen zu können.

Nach dem augenblicklichen Stand der Arbeit könnte ich ab dem 01.02.2002 mit meiner Studie beginnen; der Zeitpunkt für ihre Beendigung hängt verständlicherweise vom Aufkommen der betreffenden Einsatzgeschehen ab. Erreichbar bin ich - in der Regel permanent – unter der Rufnummer

0172 / 267 55 12,

wobei eine möglichst rasche Benachrichtigung in den o. g. Einsatzsituationen natürlich besonders hilfreich wäre. Für Rückfragen stehe ich selbstverständlich jederzeit zur Verfügung. Zudem würde ich mich freuen, das weitere Vorgehen ggf. in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen verabreden zu können. Ansonsten finden Sie beiliegend

- ein Belegexemplar meiner Diplomarbeit zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen (die durch das Dissertationsvorhaben ergänzt werden soll),
- ein Planungskonzept der Dissertation sowie
- eine Bestätigung von Herrn Prof. Dr. Bernd Gasch, der meine Dissertation betreut.

Für Ihre wohlwollende Unterstützung wäre ich außerordentlich dankbar. In gespannter Erwartung Ihrer Nachricht verbleibe ich zunächst

mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Päd. Harald Karutz

UNIVERSITÄT DORTMUND

Fachbereich 14

Gesellschaftswissenschaften, Philosophie und Theologie
- Psychologie -



Univ.-Prof. Dr. Bernd Gasch

Universität Dortmund • D-44221 Dortmund
- Psychologie -

Telefon 0231 / 705 - 2843
Telefax 0231 / 705 - 5875
E-mail Gasch@fb14.uni-dortmund.de
Unser Zeichen gsg09
Fr Zeichen
Datum 10.12.2001

BESCHEINIGUNG

Hiermit wird bestätigt, dass Herr Dipl.-Paed. Harald Karutz, Mülheim an der Ruhr, an einer Dissertation mit dem Arbeitstitel

**Psychische Erste Hilfe bei unverletzt betroffenen Kindern in
Notfallsituationen und Großschadensereignissen**

arbeitet. Diese Dissertation wird von mir betreut. Es wird gebeten, Herrn Karutz in seiner wissenschaftlichen Arbeit zu unterstützen.

(Prof. Dr. Bernd Gasch)



Dortmunder Campus Nord
Orni-Figge-Str. 90
D-44221 Dortmund
(E-Mail: gsg09)

Zu erreichen mit der
S-Bahn-Linien S1 und S21
Haltestelle Dortmund Universität
H-Bahn im Universitätsbereich
Straßenbahn -/ Buslinie gem. Fahrplan

Seite 1

Stadt Dortmund
Der Oberbürgermeister



Feuerwehr

Rettungsdienst

Stadt Dortmund

44122 Dortmund

Herrn
Karutz
Blumenthalstrasse 39

45476 Mülheim an der Ruhr

Gebäude: Steinstrasse 25
Zimmer: 224
Auskunft erteilt: Herr Schulz
Telefon: (0231) 845-6175
Telefax: (0231) 845-6174
Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom: 20.12.2001
Mein Zeichen: 37/2-2 RD
Datum: 15.02.2002

Dissertation zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Notfällen

Sehr geehrter Herr Karutz,

leider ist es uns nicht möglich Sie bei der Erstellung Ihrer Dissertation zu unterstützen.

Die Berufsfeuerwehr Dortmund befindet sich zur Zeit in vielen Teilen des Einsatzdienstes in einer Umorganisation. Dies führt bereits zu erheblichen Mehrbelastungen. Aus diesem Grund ist es uns leider nicht möglich, Ihren Wünschen zu entsprechen.

Zu unserer Entlastung, fügen wir diesem Schreiben die von Ihnen überlassenen Unterlagen bei.

Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Lemke
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Schulz
Städt. Brandamtsrat

Dipl.-Päd. Harald Karutz

Gesundheits- und Pflegewissenschaftliches Institut St. Elisabeth
Beethovenstraße 15
45128 Essen

Telefon: 0201 / 821 47 – 0
Telefax: 0201 / 821 47 – 38
Mobil: 0172 / 267 55 12
E-Mail: h.karutz@elisabeth-essen.de

Wichtige Informationen für Eltern

Liebe Eltern,

ihr Kind hat vor kurzem eine Notfallsituation miterlebt. Häufig ist dies mit besonderen psychischen Auswirkungen verbunden. Deshalb möchten wir Sie mit diesem Schreiben zunächst darüber informieren, welche seelischen und körperlichen Reaktionen bei Ihrem Kind möglicherweise auftreten können. Außerdem enthält dieser Brief einige wichtige Hinweise, die Sie beachten sollten, um Ihrem Kind zu helfen, das Erlebte zu verarbeiten.

Normale Reaktionen auf ein belastendes Ereignis

Das Miterleben von Unglücken, Verbrechen und anderen Notfallsituationen ruft bei vielen Menschen, besonders jedoch bei Kindern, verschiedene seelische und körperliche Reaktionen hervor.

Es kann beispielsweise sein, daß Ihr Kind sich in den nächsten Tagen unwohl oder müde fühlt, unruhig, nervös oder ängstlich ist. Möglicherweise wirkt Ihr Kind auch gereizt, wütend, aggressiv oder auf eine andere Weise „verändert“. Es kann ebenfalls sein, daß Ihr Kind nicht wie üblich essen möchte, sich nicht wie üblich konzentrieren oder einschlafen kann.

Manchmal treten nachts Alpträume auf, oder Ihr Kind hat immer wieder bestimmte Bilder vor Augen und spielt Szenen nach, die sich auf das Erlebte beziehen.

Wichtig zu wissen: Diese Symptome sind völlig normale Reaktionen darauf, daß Ihr Kind ein „unnormales“ Ereignis miterlebt hat; und in den meisten Fällen verschwinden sie nach wenigen Tagen oder Wochen auch wieder. Bleiben einige oder alle der genannten Symptome jedoch über einen längeren Zeitraum bestehen, sollten Sie unbedingt Ihren Hausarzt oder einen

Kinderpsychologen aufsuchen und um Rat fragen: Unter Umständen ist dann weitere fachliche Hilfe notwendig.

Hinweise für Ihr Verhalten gegenüber Ihrem Kind

- Ganz wichtig: Zeigen Sie Ihrem Kind in der kommenden Zeit noch intensiver als sonst, daß Sie für Ihr Kind da sind und daß es bei Ihnen „in Sicherheit“ ist. Lassen Sie Ihr Kind möglichst nicht allein, und bieten Sie Ihrem Kind an, mit ihm darüber zu sprechen, was es gesehen oder gehört hat. Hören Sie Ihrem Kind aufmerksam zu, wenn es von dem Erlebten erzählt. Drängen Sie sich Ihrem Kind aber auch nicht auf, und zwingen Sie es nicht zum Reden!
- Wenn Ihr Kind Fragen hat, die sich auf das Erlebte beziehen, dann beantworten Sie diese Fragen offen und ehrlich. Ein Kind merkt sofort, wenn man etwas verheimlichen möchte und fühlt sich dann unter Umständen belogen oder nicht ernst genommen.
- Zeigen Sie Verständnis für die oben genannten Symptome! Es ist zum Beispiel nachvollziehbar, wenn sich Ihr Kind in den nächsten Tagen nicht auf seine Hausaufgaben konzentrieren kann. Wie beschrieben, sind gerade auch Aggressionen normale Reaktionen auf das Erlebte.
- In einigen Fällen entwickeln Kinder Schuldgefühle für das Geschehene. Die Ursache dafür ist eine besondere Art des kindlichen Denkens. Wenn Ihr Kind Schuldgefühle äußert, sollten Sie Ihrem Kind deshalb ausdrücklich versichern, daß es für das Geschehene nicht verantwortlich ist.
- Wenn Sie selbst unsicher sind, wie Sie sich verhalten sollen, erkundigen Sie sich bei Fachleuten und holen Sie sich weitere Informationen ein. Sie können sich jederzeit – selbstverständlich auch vertraulich - an den Autor dieses Schreibens (die Erreichbarkeit geht aus dem Briefkopf hervor) oder an folgende Stellen wenden:

- _____
- _____

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Päd. Harald Karutz

Notfall	Art	Ort	Verletzung / Erkrankung ¹	Uhrzeit (ca.)	Eingesetzte Einsatzkräfte	Art und Anzahl (ca.) der anwesenden Dritten	Alter (ca.) und Geschlecht des Patienten
1	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr vor einer Schule	Offenes SHT ² , Thoraxtrauma ³ , Beinfraktur: tödliches Polytrauma ⁴	13.15	RTW ⁵ , NEF ⁶ , FW ⁷ , Polizei, Notfallseelsorger	50 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (Lehrer und Anwohner)	16-jähriger Junge (Freund bzw. Klassenkamerad der befragten Kinder)
2	Internistischer Notfall	Schule / Sportplatz	Bewußtlosigkeit	13.00	RTW, NEF	20 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (2 Lehrer)	15 jähriges Mädchen (Klassenkameradin der befragten Kinder)
3	Chirurgischer Notfall	Freizeitpark	Wirbelsäulenverletzung	17.00	KTW ⁸ , RTW, NEF	15 Personen: Kinder und Erwachsene	40jährige Frau
4	Internistischer Notfall	Straßenverkehr	Krampfanfall	15.00	RTW, NEF	10 Personen: Kinder und Erwachsene	35jähriger Mann
5	Internistischer Notfall	Straßenverkehr	Akute Atemnot	16.30	RTW, NEF	10 Personen: Kinder und Erwachsene (auch der Vater und die Mutter eines befragten Kindes)	50jähriger Mann
6	Chirurgischer Notfall	Schule / Sporthalle	Handfraktur	12.00	RTW	20 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (1 Lehrer)	9jähriges Mädchen (Klassenkameradin der befragten Kinder)
7	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr	Bewußtlosigkeit, SHT	13.00	RTW, NEF, Polizei	20 Personen: Erwachsene (auch die Mutter)	30jähriger Mann
8	Chirurgischer Notfall	Wald	Offene Unterschenkelfraktur	22.00	RTW, NEF	4 Personen: Kinder	12jähriger Junge (Freund der befragten Kinder)

Tabelle 18: Angaben zu den einzelnen Notfallsituationen

¹ Die in dieser Spalte enthaltenen Angaben beinhalten nicht zwangsläufig die exakte medizinische Diagnose, weil die Einsatzprotokolle des Rettungsdienstes bzw. die entsprechenden Krankenhausunterlagen nicht in allen Fällen zur Verfügung standen. Mitunter resultieren die Angaben daher nur aus den Aussagen der befragten Personen.

² „SHT“ ist die Abkürzung für „Schädel-Hirn-Trauma“.

³ „Thoraxtrauma“ ist der medizinische Fachbegriff für eine Verletzung des Brustkorbs

⁴ „Polytrauma“ bezeichnet eine lebensgefährliche Mehrfachverletzung, d. h. es sind mehrere Körperteile bzw. Organe gleichzeitig verletzt.

⁵ „RTW“ ist die Abkürzung für „Rettungswagen“

⁶ „NEF“ ist die Abkürzung für „Notarzt-Einsatzfahrzeug“

⁷ „FW“ steht als Sammelbezeichnung für Einsatzkräfte der Feuerwehr

⁸ „KTW“ ist die Abkürzung für „Krankentransportwagen“

Fortsetzung							
Notfall	Art	Ort	Verletzung / Erkrankung ⁹	Uhrzeit (ca.)	Eingesetzte Einsatzkräfte	Art und Anzahl (ca.) der anwesenden Dritten	Alter (ca.) und Geschlecht des Patienten
9	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr	Stark blutende Kopfplatzwunde	20.00	RTW, Polizei	5 Personen: Erwachsene (auch die Mutter)	50jähriger Mann
10	Psychiatrischer Notfall	Wohnung	Stark blutende Schnittverletzung	18.00	RTW, NEF	---	45jährige Frau (Mutter)
11	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr vor dem Kindergarten	Beinfraktur, SHT	12.00	RTW, NEF, Polizei	50 Personen: Kinder und Erwachsene (Eltern anderer Kinder)	5jähriger Junge
12	Internistischer Notfall	Schule / Forum	Bewußtlosigkeit	10.00	RTW, NEF	50 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (Lehrer)	13jähriges Mädchen (Freundin der befragten Kinder)
13	Chirurgischer Notfall	Reithalle	Verletzung der Wirbelsäule	16.00	RTW	10 Personen: Kinder und Erwachsene	12jähriges Mädchen (Freundin der befragten Kinder)
14	Internistischer Notfall	Schwimmbad	Herzinfarkt	16.00	RTW, NEF	20 Personen: Kinder und Erwachsene	60jähriger Mann
15	Chirurgischer Notunfall	Straßenverkehr / Rosenmontagszug	Beckenfraktur, Akutes Abdomen, Thoraxtrauma: Polytrauma	14.00	RTW, NEF, Sanitätshelfer, Polizei	100 Personen: Kinder und Erwachsene (auch der Vater und die Mutter von zwei befragten Kindern)	16jähriges Mädchen
16	Chirurgischer Notfall	Schule / Klassenraum	Verletzung der Wirbelsäule	13.00	RTW, NEF	20 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (1 Lehrer)	10jähriges Mädchen (Klassenkameradin der befragten Kinder)
17	Psychiatrischer Notfall	Straßenverkehr	Alkoholintoxikation / Unklarer Stuporzustand	15.00	RTW, Polizei	5 Personen: Erwachsene (auch die Mutter)	35jähriger Mann
18	Chirurgischer Notfall	Schule / Schulhof	Nasenbluten, Zahnverlust	11.30	RTW	50 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (Lehrer)	15jähriger Junge (Klassenkamerad der befragten Kinder)
19	Chirurgischer Notfall	Spielplatz	Verletzung der Wirbelsäule	16.00	RTW, NEF	10 Personen: Kinder und Erwachsene	10jähriger Junge

Tabelle 18: Angaben zu den einzelnen Notfallsituationen (Fortsetzung)

⁹ Die in dieser Spalte enthaltenen Angaben beinhalten nicht zwangsläufig die exakte medizinische Diagnose, weil die Einsatzprotokolle des Rettungsdienstes bzw. die entsprechenden Krankenhausunterlagen nicht in allen Fällen zur Verfügung standen. Mitunter resultieren die Angaben daher nur aus den Aussagen der befragten Personen.

Fortsetzung							
Notfall	Art	Ort	Verletzung / Erkrankung ¹⁰	Uhrzeit (ca.)	Eingesetzte Einsatzkräfte	Art und Anzahl (ca.) der anwesenden Dritten	Alter (ca.) und Geschlecht des Patienten
20	Pädiatrischer Notfall	Wohnung	Fieberkrampf	19.00	RTW, NEF	2 Personen: Erwachsene (Vater und Mutter)	2-jähriger Junge (Bruder des befragten Kindes)
21	Internistischer Notfall	Wohnung	Akute Nierenkoliken	20.00	RTW	4 Personen: Erwachsene (auch die Mutter)	45-jähriger Mann (Vater des befragten Kindes)
22	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr	SHT, Polytrauma	14.00	RTW, NEF, FW, Polizei	30 Personen: Kinder und Erwachsene	14-jähriger Junge (Freund des befragten Kindes)
23	Chirurgischer Notfall	Straßenverkehr	HWS	15.00	RTW, FW, Polizei	10 Personen: Erwachsene (auch die Mutter und die Großmutter)	65-jähriger Mann
24	Chirurgischer Notfall	Schule / Sporthalle	Knöchelfraktur	12.00	RTW	20 Personen: Kinder (Schüler) und Erwachsene (1 Lehrer)	11-jähriger Junge (Klassenkamerad der befragten Kinder)
25	Chirurgischer Notfall	Schule / Sportplatz	Handfraktur	15.30	KTW, RTW, NEF	20 Personen: Kinder (Fußballmannschaft) und Erwachsene (Trainer)	13-jähriger Junge (Freund der befragten Kinder)
26	Chirurgischer Notfall	Sportplatz	SHT	17.00	RTW, Rettungshubschrauber, FW, Polizei	20 Personen: Kinder (Fußballmannschaft) und Erwachsene (Trainer und Eltern anderer Kinder)	12-jähriger Junge (Freund der befragten Kinder)
27	Chirurgischer Notfall	Kaufhaus	Fingerverletzung	15.30	RTW	1 Person (Mutter)	7-jähriger Junge (Bruder des befragten Kindes)
28	Chirurgischer Notfall	Sporthalle	Kniescheibe luxiert	16.00	RTW	20 Personen: Kinder (Vereinskameraden) und Erwachsene (2 Trainer)	12-jähriges Mädchen (Freundin des befragten Kindes)
29	Chirurgischer Notfall	Kaufhaus	Handfraktur	15.00	RTW	3 Personen: Kinder	10-jähriger Junge (Freund der befragten Kinder)

Tabelle 18: Angaben zu den einzelnen Notfallsituationen (Fortsetzung)

¹⁰ Die in dieser Spalte enthaltenen Angaben beinhalten nicht zwangsläufig die exakte medizinische Diagnose, weil die Einsatzprotokolle des Rettungsdienstes bzw. die entsprechenden Krankenhausunterlagen nicht in allen Fällen zur Verfügung standen. Mitunter resultieren die Angaben daher nur aus den Aussagen der befragten Personen.

Notfall	4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		Gesamtanzahl			Durchschnittsalter		
	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	A	m	f	A	m	f
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	3	1	0	3	0	3	1	5	27	8	19	13,2	12,2	13,6	
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	3	15,2	15	15,3		
3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	2	10,7	10	11		
4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	7,6	5	9		
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	11,5	11,5	0	
6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	8,7	0	8,7		
7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	6	6	0		
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	12	12	0		
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	15	0	15		
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	0	7		
11	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	5,6	5,5	5,6			
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	6	1	5	12,6	13	12,6			
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	12,5	0	12,5			
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	9,5	9,5	0		
15	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	8,6	7	9,5			
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	10	10	10			
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	7	0	0		
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	4	4	0	14,7	14,7	0		
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	9	0	9		
20	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0	5			
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9	9	0	0		
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	14	14	0	0		
23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	4	0		
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	11	11	11	0		
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	14	14	0	0		
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	11	11	0	0		
27	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0	5	0		
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12	0	12	0		
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	10	10	0	0		
Gesamt	0	1	2	4	2	0	2	2	7	3	9	9	6	7	3	5	3	5	3	3	6	2	6	96	41	55	10	10,4	9,8	0		
Gesamt	1		6		2		4		9		10		13		18		8		6		9		8		8							

Tabelle 19: Anzahl, Alter und Geschlecht der jeweils befragten Kinder (m=männlich, f=weiblich, A=Alle Kinder einer Altersstufe)