

## Vorwort

Pädiatrische Notfallsituationen sind für alle Beteiligten, vor allem natürlich die betroffenen Kinder, stets mit besonders großen Belastungen verbunden und müssen zweifellos als psychischer Extremzustand betrachtet werden.

Seit sieben Jahren bin ich selbst im öffentlichen Rettungsdienst der Stadt Mülheim an der Ruhr tätig und wurde dort zwar nicht mit vielen, dafür aber umso eindrucksvolleren Kindernotfällen konfrontiert. Besonders im Gedächtnis geblieben sind mir zwei Kinder, die beide – beim Fußballspiel bzw. durch eine brutale Schlägerei auf dem Schulhof - ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatten. Auch an den letztlich leider erfolglosen Wiederbelebungsversuch bei einem fünfjährigen Kind, das zunächst unbemerkt in einen Teich gefallen war, erinnere ich mich noch gut: Kindernotfälle dieser Art gehören mit Sicherheit nicht zu den sogenannten Routineeinsätzen.

Nachdem sich Psychologen und Theologen nun schon seit einiger Zeit auf vielfältige Weise in den Tätigkeitsfeldern von Feuerwehren und Rettungsdiensten engagieren, lag es auch für mich - als Student der Erziehungswissenschaft und Rettungsassistenten – recht nahe, die Diplomarbeit einer Thematik zu widmen, die meine Arbeit im Rettungsdienst mit den im Studium gewonnenen Erkenntnissen verknüpft.

Gleichwohl soll eine weitere Motivation für die Diplomarbeit nicht verschwiegen werden: Nämlich die, daß meine Kollegen – „augenzwinkernd“ - durchaus geneigt sind, doch mir als „dem Pädagogen“ die psychische Hilfeleistung bei verletzten und erkrankten Kindern zu überlassen und ich mich auch von daher ganz besonders gefordert sehe, mein diesbezügliches Handeln reflektieren und begründen zu können.

In der rettungsdienstlichen Ausbildung wird die Betreuung von Notfallpatienten jedoch leider nur unzureichend berücksichtigt; abgesehen von rein medizinischen Interventionsmöglichkeiten wie der medikamentösen Sedierung und der Analgesie

bzw. sogar einer präklinischen Narkoseeinleitung erfährt man zu dieser Thematik fast nichts.

Viele Fragen standen also im Raum, auf die ich Antworten gesucht – und leider *nur zum Teil* gefunden habe. Zahlreiche neue Fragen wurden aufgeworfen, manches blieb unverständlich. Besondere Schwierigkeiten beinhaltete nicht zuletzt auch die Durchführung der explorativen Studie.

Dennoch hat mein Interesse an der Thematik nicht nachgelassen, sondern eher noch zugenommen. Dank gilt deshalb Herrn Prof. Dr. Werner Habel und Herrn Dipl.-Psych. Bernhard Fleer für die ausgesprochen angenehme Betreuung meiner Arbeit in den vergangenen Monaten. Freundschaftlich, aber auch fachlich unterstützt haben mich vor allem Stephan Rinke aus Lichfield in England und Jessica Demmer aus Duisburg. Ich danke außerdem Herrn Dipl.-Pfl.-Wiss. Herbert Hockauf, dem Leiter des Bildungsinstituts am Elisabeth-Krankenhaus Essen, für sein vielfaches Entgegenkommen bei den verschiedensten Anliegen, und ich bin dankbar dafür, daß meine liebe Freundin Antje vom Berg die vergangenen und mitunter recht anstrengenden Monate trotz allem mit mir gemeinsam ausgehalten und durchgestanden hat.

Mülheim an der Ruhr, im März 2001

Harald Karutz

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>3</b>
<b>Teil 1: Einführung und aktueller Forschungsstand</b>	<b>5</b>
<b>1. Einführung</b>	<b>6</b>
1.1. Erste Hilfe und Psychische Erste Hilfe	6
1.2. Thematische Einordnung	11
1.3. Ziel der Arbeit	13
1.4. Gliederung	17
<b>2. Notfall und Erste Hilfe: Begriffsklärungen</b>	<b>17</b>
2.1. Notfall	18
2.1.1. Definitionen: Notfall und Notfallpatient	18
2.1.2. Anzahl und Art der Notfälle, Notfallorte	19
2.2. Erste Hilfe	22
2.2.1. Definitionen der Ersten Hilfe	22
2.2.2. Entwicklung der Erste-Hilfe-Ausbildung	22
<b>3. Der bisherige Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe</b>	<b>24</b>
3.1. Begründung und Notwendigkeit der Psychischen Ersten Hilfe	25
3.1.1. Menschenbild, Ganzheitlichkeit und Krankheitsverständnis	25
3.1.2. Psychische Situation des Betroffenen im Notfallgeschehen	27
3.1.3. Auswirkungen auf die Hilfsbereitschaft	36
3.2. Bestehende Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe	37
3.2.1. Regeln zur PEH nach Gasch und Lasogga	38
3.2.2. Allgemeine Handlungsorientierung und Basisregeln nach Remke	40
3.2.3. Betreuungskonzept KASPERLE	43
3.3. Kritik der bestehenden Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe	46
3.3.1. Methodische Problematik	46
3.3.2. Strukturelle und anwendungsbezogene Problematik	46
3.3.3. Inhaltliche Problematik und inhaltliche Defizite	49

<b>Teil 2: Weiterentwicklung eines Konzeptes zur PEH bei Kindern</b>	<b>51</b>
<b>4. Theoretische Überlegungen</b>	<b>52</b>
4.1. Überlegungen vor dem Hintergrund der Situation Erwachsener	52
4.2. Überlegungen vor dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung	61
4.2.1. Das präoperationale Entwicklungsstadium	62
4.2.2. Das konkret-operationale Entwicklungsstadium	66
4.2.3. Das formal-operationale Entwicklungsstadium	68
<b>5. Eine explorative Studie zur PEH bei Kindern</b>	<b>69</b>
5.1. Methodische Planung der explorativen Studie	69
5.2. Durchführung der explorativen Studie	71
5.3. Auswertung der explorativen Studie	72
5.3.1. Befragung des Rettungsdienstpersonals	72
5.3.2. Befragung der Eltern betroffener Kinder	79
5.3.3. Befragung betroffener Kinder	85
5.3.4. Zusammenfassung	87
<b>6. Ein erweitertes Konzept für die PEH bei Kindern</b>	<b>88</b>
6.1. Grundsätzliche Überlegungen	88
6.2. Ableitung konkreter Regeln für Notfallsituationen	90
6.3. Ableitung erzieherischer Konsequenzen	105
<b>7. Diskussion und Ausblick</b>	<b>108</b>
<b>8. Zusammenfassung</b>	<b>113</b>
<b>9. Literaturverzeichnis</b>	<b>115</b>
<b>10. Anlagen</b>	<b>123</b>
10.1. Interviewleitfaden A (Fragen an das Rettungsdienstpersonal)	124
10.2. Interviewleitfaden B (Fragen an Eltern betroffener Kinder)	126
10.3. Interviewleitfaden C (Fragen an betroffene Kinder)	128
<b>11. Selbständigkeitserklärung</b>	<b>130</b>

## **Teil 1:**

# **Einführung und aktueller Forschungsstand**

# 1. Einführung

## 1.1. Erste Hilfe (EH) und Psychische Erste Hilfe (PEH)

Erkrankungen, Unfälle und Vergiftungen führen zu akuten Notfallsituationen<sup>1</sup>, in denen die betroffenen Menschen auf eine möglichst schnell beginnende Hilfeleistung durch andere angewiesen sind. Eine qualifizierte Erstversorgung am Ort des Geschehens kann in diesen Fällen – und zwar nachweislich *entscheidend* - dazu beitragen, Lebensgefahr abzuwenden bzw. zumindest den Gesundheitszustand des Betroffenen zu stabilisieren und die Entstehung zum Teil schwerer Folgeschäden zu vermeiden<sup>2</sup>.

Bezogen auf die *medizinische* Effektivität der Hilfeleistung in den ersten Minuten nach dem Notfallereignis liegt inzwischen schon seit geraumer Zeit eine größere Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen vor, deren Ergebnisse sich durchweg gleichen und die die Bedeutung einer präklinischen Therapie des Betroffenen am Notfallort immer wieder neu unterstreichen: Nach verschiedenen Schätzungen könnte z. B. die Zahl der Straßenverkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang durch eine rasch beginnende und sachgerechte Hilfeleistung um mindestens zehn Prozent gesenkt werden; bei frühzeitigem Beginn von Wiederbelebensmaßnahmen verbessert sich die Überlebensprognose für Herzinfarktpatienten sogar um mindestens das Doppelte (vgl. RIEDIGER 1983; KÜHNER 1988; CALLIES 2000).

Da der organisierte Rettungsdienst durchschnittlich aber erst nach acht Minuten an der Einsatzstelle eintrifft (vgl. INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE BIOMETRIE UND STATISTIK 1999), muß eben diese Zeitspanne als „therapiefreies Intervall“ (vgl. FALK/DANKERT/DÖHLER/GEIER 1997, S. 360) durch die Hilfeleistung medizinischer Laien,

---

<sup>1</sup> Die Begriffe „Notfall“ bzw. „Notfallsituation“ und „Notfallpatient“ werden im Abschnitt 2.1. der vorliegenden Arbeit noch genauer definiert.

<sup>2</sup> Als *physische* Folgeschäden infolge einer unzureichenden bzw. gar nicht erfolgten Erstversorgung von Notfallpatienten können z. B. schwere und irreversible Funktionsstörungen an Organen, Infektionen, Verzögerungen des Wundheilungs- bzw. Genesungsprozesses sowie die spätere Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) oder sogar Pflegebedürftigkeit des Betroffenen bis hin zum vorzeitigem Tod genannt werden.

die im Notfall mehr oder weniger zufällig anwesend sind, überbrückt werden. Die Ausbildung in der Ersten Hilfe hat deshalb<sup>3</sup> das Ziel, die Teilnehmer der entsprechenden Lehrgänge so zu qualifizieren, daß sie Notfallsituationen erkennen, die aus ihnen resultierenden Gefahren einschätzen und dementsprechend sachgerecht handeln können (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 5)<sup>4</sup>.

Psychologische und erziehungswissenschaftliche Aspekte der Notfallsituation sowie der Schulung von Ersthelfern blieben dabei jedoch lange Zeit unberücksichtigt (vgl. GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1988, S. 163; GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1991a, S. 9; NACHTMANN 1996, S. 1-3 u. 42; BOURAUUEL 1994a, S. 7) bzw. waren – bedingt durch die rasante Entwicklung im medizintechnischen Bereich – offenbar in Vergessenheit geraten<sup>5</sup>.

Gasch und Lasogga, Professoren im Fach Psychologie an der Universität Dortmund, schreiben z. B.: „Die Wechselwirkung von Körper und Psyche war schon in der Antike bekannt: Der Körper hat Einfluß auf die Psyche, die Psyche Einfluß auf den Körper. Jede Erkältung, unzweifelhaft eine körperliche Erkrankung, beeinflusst die Stimmungslage, jeder Ärger läßt als körperliche Reaktion den Blutdruck steigen. Diese Wechselwirkung wurde in der Medizin zunächst auch berücksichtigt. Der ‚gute alte Hausarzt‘ verschrieb nicht nur eine Arznei, sondern nahm sich auch Zeit für ein längeres Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen [...]. Später ging dieser Zusammenhang, verbunden mit einer zunehmenden Technisierung der Medizin [...] etwas verloren. Man sprach vom ‚Blinddarm auf Zimmer 110‘ oder brachte Notfallhelfern bei: ‚Konzentriere Dich auf die Verletzung, nicht auf den Patienten!‘“ (GASCH/LASOGGA 1999b, S. 305).

---

<sup>3</sup> Von medizinischen Überlegungen einmal abgesehen läßt sich die Erste-Hilfe-Ausbildung auch aus sozialen, ethischen und juristischen Motiven heraus begründen. Zudem wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch Erste-Hilfe-Leistungen positiv beeinflusst, und schließlich ist aus volkswirtschaftlicher Sicht darauf hinzuweisen, daß die Erste Hilfe dazu beiträgt, die Arbeitskraft des Betroffenen rasch wiederherzustellen und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

<sup>4</sup> Der Erste-Hilfe-Lehrgang gliedert sich in sechzehn Unterrichtseinheiten à 45 Minuten.

<sup>5</sup> Daß Notfallpatienten nicht ganzheitlich gesehen und therapiert wurden, und daß man v. a. die Bedeutung einer psychosozialen Betreuung im Notfall für einen längeren Zeitraum völlig verkannt hat, wird im folgenden Teil der Arbeit noch ausführlicher erläutert. Darüber hinaus blieben aber auch zahlreiche weitere psychologische bzw. erziehungswissenschaftliche Probleme und Fragestellungen – bezogen auf die Erste-Hilfe-Ausbildung – offenbar unerkannt und unbearbeitet, so z. B. die Hilfsbereitschaft (Stichwort: Unterlassene Hilfeleistung bzw. „Non-helping-bystander-Effekt“ (vgl. GIELEN/GRETENKORDT/ROITSCH/SCHWIND 1998)), fachdidaktische Überlegungen zur Unterrichtskonzeption (vgl. NACHTMANN 1996) sowie die Streßbearbeitung bzw. der Umgang mit Belastungen für den Helfer (vgl. AHNEFELD 1997, S. V; FALK/DANKERT/DÖHLER/GEIER 1997, S. 362).

Auch Remke<sup>6</sup> weist in zahlreichen Zeitschriftenbeiträgen, seiner Diplomarbeit und einer Dissertation zur Psychischen Ersten Hilfe zunächst auf die großen Erfolge hin, die „das Eindringen einer naturwissenschaftlich orientierten und streng materialistischen Denkweise“ (REMKE 1993b, S. 617) in die Medizin in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht gebracht habe. Weiter heißt es dann aber, daß „mit der Beherrschung der materiell-technischen Probleme [...] auch die Zahl der Kritiker [wuchs], die vor einer Medizin ohne Menschlichkeit warnen, vor technologischer Behandlung [...] [und] der Degradierung des Menschen zum Objekt“ (REMKE 1993b, S. 617; Anm. v. H. K.). Eine Apparate-Medizin könne aus Zeit- und Personalmangel ihre Menschlichkeit verlieren, das Vertrauensverhältnis zwischen Mediziner und Patienten steril halten und menschliche Kontakte auf das unumgängliche Minimum reduzieren (vgl. REMKE 1993b, S. 617).

Ähnlich äußert sich Stepan<sup>7</sup>: „Der Medizinsektor besteht zunehmend aus einem Heer von hochspezialisierten Einzelgängern, dies mit der Konsequenz, eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen und seiner Krankheit zu verlieren“ (STEPAN 1996, S. 431), und auch Falk, Dankert, Döhler und Geier stellen fest: „Lange Zeit [bestand] der Eindruck, daß mit der *medizinischen* Versorgung [des Notfallpatienten] das Leistungsspektrum des Rettungsdienstes erschöpft sei“ (FALK/DANKERT/ DÖHLER/GEIER 1997, S. 363; Anm. u. Hervorh. v. H. K.). Diesbezüglich faßt Ahnefeld, einer der führenden deutschen Notfallmediziner, dann zusammen: „Die menschliche Komponente des Notfallpatienten, die Fürsorge und der Beistand, kamen bisher zu kurz“ (AHNEFELD 1997, S. V).

Die Ausbildung von Helfern (und dementsprechend auch die Hilfeleistung im Notfall) erfolgte also jahrelang überwiegend nur notfallmedizinisch orientiert und im Übrigen „ohne systematische erziehungswissenschaftliche [oder psychologische] Unterstützung (GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1988, S. 163; Anm. v. H. K.).

---

<sup>6</sup> Dipl.-Psych. Stefan Remke ist seit vielen Jahren als Polizeipsychologe tätig.

<sup>7</sup> Thomas Stepan ist Lehrrettungsassistent und Redakteur einer Fachzeitschrift für den Rettungsdienst. In dieser Eigenschaft hat er durch die Veröffentlichung zahlreicher Artikel maßgeblich dazu beigetragen, die Öffentlichkeit für psychologische Problemfelder im Rettungsdienst zu sensibilisieren und Defizite der bisherigen Ausbildungsrichtlinien für die Notfallrettung aufzudecken.



Fast ausschließlich wurden die Auswirkungen von Erkrankungen, Unfällen und Vergiftungen *auf den Körper* des Betroffenen berücksichtigt. Auch die Erste Hilfe erschien als Technik, der Notfallpatient als reparaturbedürftig, und ein Buchtitel lautet somit recht treffend: „Psychische Erste Hilfe bei Unfällen – Kompensation eines Defizits“ (GASCH/LASOGGA 2000; vgl. zur Vervollständigung des Überblicks schließlich auch AHNEFELD/GORGASS 1995; MÜLLER-CYRAN 1997, S. 16; GASCH/LASOGGA 1997, S. 326; GASCH/LASOGGA 1999a, S. 228).

Gleichwohl ist eigentlich unschwer zu erkennen, daß sich gerade Notfallgeschehen immer auch psychisch auswirken und diesbezüglich zweifellos Handlungsbedarf besteht: Zahlreiche Belastungsfaktoren des Notfalls, z. B. die Art und Schwere der Verletzung, der Verlust von Kontrollmöglichkeiten sowie die entstehenden Schmerzen, werden vom Betroffenen – beeinflusst durch Moderatorvariablen - subjektiv wahrgenommen und bewertet. Jeder Mensch zeigt daraufhin sehr unterschiedliche emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Reaktionsweisen; fast immer werden jedoch Ängste, Hilflosigkeit und Bedrohungsgefühle verursacht. Sorgenvolle Gedanken und große Unsicherheit kommen noch hinzu (vgl. HANNICH 1997, FROMMBERGER/LASOGGA 1997, GASCH/LASOGGA 2000, S. 21-38): Der Notfall wird dadurch zu einer „psychischen Extremsituation par excellence“ (HANNICH 1997, S. 4); der Betroffene wird „aus dem Zustand der verhältnismäßigen Normalität unvermittelt und unausweichlich in einen Abgrund des Chaos und des Schreckens hineingestürzt“ (HANNICH 1997, S. 5).

Zudem muß hier die Möglichkeit längerfristiger psychischer Spätfolgen durch das Erleben einer Notfallsituation erwähnt werden: Zu nennen sind beispielsweise die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie z. T. damit zusammenhängende Depressionen und massive Angststörungen bis hin zum Suizid (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 21-38).

In der Ausbildung von Helfern bzw. in der Notfallmedizin insgesamt werden diese Überlegungen jedoch erst seit relativ kurzer Zeit<sup>8</sup> (wieder) zunehmend berücksich-

---

<sup>8</sup> Die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen zur psychischen Ersten Hilfe haben Gasch und Lasogga an der Universität Dortmund ab 1987 durchgeführt (GASCH/LASOGGA 2000, S. 17), später teilweise in Kooperation mit der Bundesanstalt für Straßenwesen (BOURAUDEL 1994b).

1988 forderte Kühner, daß die Hilfeleistung am Notfallort *grundsätzlich* beinhalten sollte, „die psychische Situation des Verletzten/Erkrankten zu stabilisieren. Durch ermutigende Ansprache, durch die Demonstration von Hilfsbereitschaft und durch eine Stärkung des Selbstvertrauens muß der Empfänger

tigt. Gasch und Lasogga stellen jedenfalls fest, daß in den vergangenen Jahren offenbar ein Umdenken stattgefunden habe (vgl. GASCH/LASOGGA 1999a, S. 228), und sie schreiben an anderer Stelle: „Heute [...] scheinen psycho-somatische Zusammenhänge wieder deutlicher ins Bewußtsein von Ärzten, Rettungsassistenten und auch Patienten zu rücken“ (GASCH/LASOGGA 1999b, S. 305).

Demnach hat man inzwischen (wieder) erkannt, daß sich die Hilfeleistung in Notfallsituationen eben nicht allein auf die Durchführung medizinisch-technischer Maßnahmen (wie z. B. dem Anlegen eines Verbandes, dem Herstellen einer besonderen Lagerung oder dem Ruhigstellen eines Knochenbruchs) beschränken darf, sondern zugleich die möglichst umfassende, ganzheitliche Betreuung des verletzten oder erkrankten Menschen beinhalten muß (vgl. HANNICH 1997, S. 4), um die psychischen Belastungen, denen der Betroffene im Notfall ausgesetzt ist, möglichst zu vermindern.

Buchmann gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, daß „Menschen, die *physisch* gerettet [...] [wurden], [...] noch nicht *psychisch* in Sicherheit [sind]!“ (BUCHMANN 1997, S. 224; hervorh. v. H. K.), und Bourauel weist darauf hin, daß *gerade* und *vor allem* die psychische Hilfeleistung dazu beiträgt, den Genesungsprozeß sowie die spätere Verarbeitung des Notfallgeschehens positiv zu beeinflussen (vgl. BOURAUUEL 1994a, S. 7). Im Übrigen wird an anderer Stelle vermutet, daß durch die Vermittlung von Ausbildungskonzepten zur psychischen Ersten Hilfe auch die Hilfsbereitschaft gesteigert werden kann (vgl. BOURAUUEL 1994b, S. 477).

So haben sich neben den Maßnahmen zur physischen Ersten Hilfe inzwischen einige Merksätze zur psychischen Hilfeleistung im Bereich der Ausbildung von Ersthelfern etabliert (vgl. z. B. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 18a-19a), und die Notwendigkeit einer gleichzeitigen physischen und psychischen Hilfeleistung wird allgemein weitgehend anerkannt. Im Erste-Hilfe-Leitfaden des Deutschen Roten Kreuzes ist bei-

---

der Hilfeleistung aus einer Situation herausgeführt werden, die durch den plötzlichen Kontrollverlust über sich und seine Umwelt charakterisiert wird“ (KÜHNER 1988, S. 42-43).

Weitere Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung zur PEH präsentiert dann Remke ab 1991 (vgl. u. a. REMKE 1991 sowie REMKE 1993a u. b).

Falk, Dankert, Döhler und Geier sehen allerdings erst in einem 1994 durchgeführten Workshop „den Beginn der strukturierten Aufarbeitung und Umsetzung psychologischer, ethischer und theologischer Aspekte im Rettungsdienst“ (FALK/DANKERT/DÖHLER/GEIER 1997, S. 361), und Nachtmann beruft sich sogar noch 1996 auf eine Studie von Garms-Homolova, derzufolge psychologische Betreuungsmaßnahmen nur in 0,14 % der Erste-Hilfe-Lehrgänge thematisiert worden seien (vgl. NACHTMANN 1996, S. 42).

spielsweise als offizielle Lehraussage nachzulesen: „Die physische und psychische Hilfeleistung bilden eine Einheit.“ (DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 19a).

Insbesondere setzt sich auch die Erkenntnis durch, daß die *Psychische* Erste Hilfe – analog zur physischen bzw. medizinischen Hilfeleistung – ebenfalls *so früh wie möglich* einsetzen muß, um schon im Notfallgeschehen eine günstige Wirkung zu erzielen, und um - wiederum analog zur körperlichen Hilfe – die bereits genannten Folgeschäden zu vermeiden. Gasch und Lasogga stellen hierzu fest: „Für die Medizin wie für die Psychologie [gilt], daß eine Intervention um so bessere Effekte hat, je *früher* sie einsetzt“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 12; Anm. v. H. K.).

Medizinische Erste Hilfe und Psychische Erste Hilfe müssen demnach als gleichbedeutende Bestandteile der präklinischen Versorgung eines Notfallpatienten betrachtet werden.

## 1.2. Thematische Einordnung

Psychische Erste Hilfe ist ein verhältnismäßig junges Forschungsgebiet der Notfallpsychologie, die wiederum der Klinischen Psychologie zugerechnet wird (vgl. ARBEITSKREIS NOTFALLPSYCHOLOGIE 2000a). In Anlehnung an Noeker, Petermann und Wiedebusch könnte man die spezielle Psychische Erste Hilfe bei Kindern auch sinnvoll in die pädiatrische Psychologie einordnen, die als „fruchtbare Annäherung zwischen der Kinderheilkunde und der Klinischen Psychologie“ (NOEKER/PETERMANN 1995, S. 517) bzw. als „ein interdisziplinäres Fachgebiet [...] im Brennpunkt [...] [der] Pädiatrie, [der] Klinischen Psychologie [sowie der] [...] Entwicklungspsychologie“ (PETERMANN/WIEDEBUSCH 1995, S. 579-580; Anm. v. H. K.) beschrieben wird<sup>9</sup>. Im einzelnen müssen v. a. Ergebnisse der Streßforschung (z. B. TAUSCH 1996) und der Psychotraumatologie (z. B. EVERLY/MITCHELL 1993; PERREN-KLINGLER 2000), unterschiedliche Konzepte und Ansätze zur Krisenintervention

---

<sup>9</sup> Bezugnehmend auf den Forschungsgegenstand Psychische Erste Hilfe könnte in diesem Sinne dann sogar von einer „pädiatrischen Notfallpsychologie“ gesprochen werden. Noecker, Petermann und Wiedebusch befassen sich selbst allerdings ausschließlich mit der psychischen Situation *chronisch* kranker Kinder.

(z. B. SCHÜRMAN 1992; SONNECK 1991; RUPP 1996) und der Psychotherapie sowie Theorien der kognitiven und affektiven Entwicklung berücksichtigt werden.

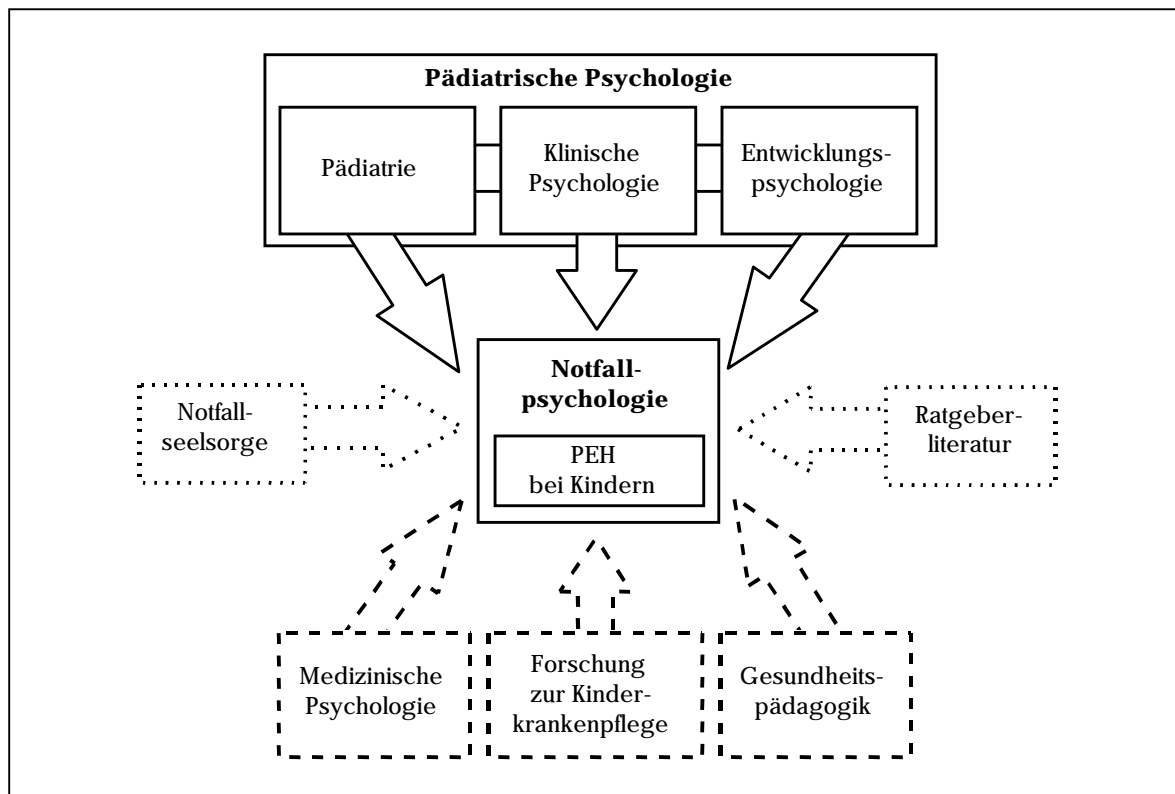


Abbildung 1: Thematischer Zusammenhang

Unübersehbare Verbindungen der Thematik bestehen ebenso zur Medizinischen Psychologie<sup>10</sup> (vgl. HANNICH 1987), zur (Gesundheits-) Pädagogik<sup>11</sup>, sowie zur Forschung im Bereich der Kinderkrankenpflege (vgl. z. B. De KUIPER 1999; KRISTJANSON/WOODGATE 2000)<sup>12</sup>. Weitere Anregungen zur PEH bei Kindern können unter Umständen – und z. T. mit Einschränkungen – auch theologisch fundierten Seelsorge-

<sup>10</sup> Remke definiert die Medizinische Psychologie als angewandte Disziplin der Psychologie, die sich vor allem mit der Persönlichkeit unter den Bedingungen des Krankseins und medizinischer Einflußnahme befaßt (vgl. REMKE 1995, S. 2). „Sie sollte sicher daher auch mit psychologischen Fragestellungen zum Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall beschäftigen und Hilfen für die im Bereich der Ersten Hilfe tätigen Ärzten und Sanitätern erarbeiten“ (REMKE 1995, S. 2).

<sup>11</sup> Wolf schreibt hierzu, daß „bei der Frage nach Kindern [...] im Krankenhaus [...] die pädagogische Relevanz so offenkundig [ist], daß sie keiner besonderen Begründung bedarf“ (WOLF 1987, S. 159). Weil die bei Erwachsenen meist voraussetzbaren Abwehrmechanismen gegen psychische Belastungen in einem Krankenhaus bei Kindern noch nicht oder nicht ausreichend vorhanden seien, bedürften sie besonderer pädagogisch orientierter Zuwendung (vgl. WOLF 1987, S. 159). Zwar beziehen sich diese Ausführungen auf Kinder im Krankenhaus, doch dürften sie ebenso auf Kinder in Notfallsituationen übertragbar sein.

<sup>12</sup> Im Kontext ihrer Professionalisierung bzw. Akademisierung hat sich die Pflegewissenschaft inzwischen als eigener Forschungsbereich mit ebenso eigenen Forschungsergebnissen etabliert (vgl. JUCHLI 1994).

konzepten<sup>13</sup> sowie der populärpsychologischen und -pädagogischen Ratgeberliteratur zum Verhalten gegenüber (chronisch) erkrankten Kindern bzw. Kindern im Krankenhaus (z. B. GROTENSOHN 1999; KUSCH 1996) entnommen werden<sup>14</sup>.

So gut wie keine Hilfe bietet demgegenüber eine Analyse der rein notfallmedizinischen Forschungsarbeit (vgl. REMKE 1995, S. 2). Auch unfallpsychologische Studien „befassen sich überwiegend [nur] mit Problemen der Verkehrssicherheit“ (FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 25; Anm. v. H. K.) bzw. der Erforschung von Unfallursachen und Möglichkeiten der Unfallverhütung. Ebenso fragen Untersuchungen zur Altruismusforschung lediglich danach, wer wann und unter welchen Bedingungen wem hilft. „Fast alle Experimente hierzu [...] [brechen] genau zu dem Zeitpunkt ab, zu dem die jeweilige Versuchsperson den Entschluß fasst, einzugreifen, ohne daß dann die helfende Handlung auch durchgeführt und wissenschaftlich analysiert wird“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 117; Anm. v. H. K.). Die thematische Einordnung zeigt Abbildung 1 noch einmal im Zusammenhang.

### 1.3. Ziel der Arbeit

Fast alle bislang entwickelten und veröffentlichten Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe wurden primär für die Anwendung bei verletzten und erkrankten Erwachsenen konzipiert und sind nicht grundsätzlich auf den Umgang mit kindlichen Notfallpatienten übertragbar bzw. erscheinen zumindest als ergänzungsbedürftig, weil es gilt, den jeweiligen Entwicklungsstand von Kindern und die daraus resultierenden Besonderheiten im Notfall zu berücksichtigen (vgl. GLANZMANN 1997, S. 127).

So unterscheidet sich das kindliche Erleben einer Notfallsituation durchaus erheblich von dem eines Erwachsenen; und die psychischen Belastung eines Kindes im Notfall ist nicht nur generell als besonders dramatisch einzuschätzen (vgl. REMKE 1995, S. 32; FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 29) – es ergeben sich zumindest teilweise

---

<sup>13</sup> Hier ist meist nicht von „Psychischer Erster Hilfe“, sondern von „Erster Hilfe für die Seele“ die Rede (vgl. z. B. EVANGELISCH-KATHOLISCHE AKTIONSGEMEINSCHAFT 1997, S. 21).

<sup>14</sup> Die Ratgeberliteratur scheint deshalb erwähnenswert, weil sie aus Sicht der jeweiligen Autoren bewährte, d. h. praxiserprobte Handlungsanregungen beinhaltet und somit - im Sinne eines kritisch zu betrachtenden Bindeglieds zwischen Theorie und Praxis - zumindest orientierende Hilfestellung geben kann, um auf Probleme und Zusammenhänge der Thematik aufmerksam zu werden.

auch *andere* Auswirkungen, *andere* Reaktionsweisen und die Möglichkeit *anderer* Folgeschäden, als es bei Erwachsenen der Fall ist<sup>15</sup>.

Hinzuweisen ist hier zunächst auf *grundlegende* Veränderungen der kindlichen Lebenssituation (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 257): Bezogen auf lebensgeschichtliche Vorerfahrungen und erlernte Bewältigungsstrategien (als psychologische Moderatorvariablen für das Wahrnehmen und Bewerten einer Notfallsituation) unterscheiden sich Kinder deutlich von Erwachsenen (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 29-30). Die Kontrollmöglichkeiten und der Informations- bzw. Wissensstand eines Kindes im Notfall sind nicht mit denen eines Erwachsenen zu vergleichen (vgl. WOLF 1987, S. 159); das Erleben von Notfällen und das Verhalten in ihnen sowie schließlich auch deren spätere Verarbeitung ist gerade deshalb noch stärker als bei Erwachsenen durch die konkrete Art der Hilfeleistung, insbesondere durch Aspekte der Situationsgestaltung durch den oder die Helfer beeinflusst (vgl. GLANZMANN 1997, S. 130).

Eine ganz besondere Rolle für das Notfallgeschehen spielt auch die Anwesenheit und das Verhalten von Bezugspersonen des Kindes (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 260; WOLF 1987, S. 160-162)<sup>16</sup>. Außerdem ist die bis zu einem bestimmten Alter des Kindes fehlende Fähigkeit zum Perspektivwechsel sowie zum abstrakten Denken von Bedeutung, und problematisch wirkt sich schließlich auch die bei Kindern noch unvollständige Sprachentwicklung aus, weil sie zunächst die Anamneseerhebung durch das Rettungsdienstpersonal, im Endeffekt aber die *gesamte* Verständigung zwischen dem Kind und den Helfern mitunter enorm erschwert. (vgl. GLANZMANN 1997, S. 127-130).

---

<sup>15</sup> In der Notfallmedizin geläufig ist der Merksatz: „Ein Kind ist kein kleiner Erwachsener!“, der den oben geschilderten Sachverhalt verdeutlichen soll (vgl. z. B. DORSCH 1991, S. 11). Was demnach für die kindliche Anatomie sowie für die Diagnostik und Therapie von Verletzungen und Erkrankungen bei Kindern gilt, kann in ähnlicher Weise auch auf die psychische Hilfeleistung übertragen werden: Hier sind *spezielle* Maßnahmen erforderlich – und keinesfalls nur dieselben wie bei Erwachsenen in möglicherweise anders „dosierter“ Form (vgl. KARUTZ 1999b, S. 1008). In einem ähnlichen Sinne schreibt auch Mietzel, daß Piaget lehre, Kinder seien im Vergleich zu Erwachsenen keine unfertigen Denker, sondern ihre Überlegungen folgen eben einigen *anderen* Regeln (vgl. MIETZEL 1994, S. 35).

Im folgenden Textteil werden wohlgermerkt nur *einige* der Besonderheiten genannt, die bezogen auf die psychische Situation eines Kindes im Notfallgeschehen zu berücksichtigen sind. Ausführlichere Informationen enthält der vierte Abschnitt der vorliegenden Arbeit.

<sup>16</sup> Wolf fordert explizit die Schaffung einer eigenen Vertrauensbasis vom Kind zum Helfer und weist auf die unabdingbare Notwendigkeit eines persönlichen Kontaktes für das Wohlbefinden des Kindes und den medizinisch-pflegerischen Erfolg hin. Parallelen zu dem von Herman Nohl geprägten Begriff des „pädagogischen Bezugs“ zwischen Erzieher und Zögling sind hier durchaus denkbar (vgl. NOHL 1982, S. 134).

Bezogen auf die emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen in Notfällen sind ebenfalls große Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern zu beachten, so beispielsweise im Hinblick auf den Zusammenhang von Wissen, Angst und Schmerzen (DE KUIPER 1999, S. 8-9; LOHAUS 1990, S. 10 u. 19-20; REMSCHMIDT 1994, S. 269) sowie die mögliche Entstehung von Schuldgefühlen während der präoperationalen Entwicklungsphase (vgl. LOHAUS 1990, S. 15, 40-41, 45-46, 63 u. 113). Zudem sind unterschiedlich begründete Dissimulationsversuche (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 261; LOHAUS 1990, S. 10) und extreme Verhaltensweisen wie z. B. Abwehrverhalten bzw. Erregungszustände, aber auch angstbedingte, stuporähnliche Zustände bei Kindern offenbar eher zu erwarten als bei Erwachsenen (vgl. GLANZMANN 1997, S. 130).

Schließlich sind als mögliche Spätfolgen eines Kindernotfalls Veränderungen der familiären Interaktionsstruktur bzw. des elterlichen Verhaltens<sup>17</sup> sowie Entwicklungsrückstände bzw. -Verzögerungen denkbar (vgl. SEIFFGE-KRENKE 1994). Auswirkungen auf die eigene Einschätzung der Krankheitsanfälligkeit des Kindes, die wiederum weitere Folgen verursacht, kommen noch hinzu: So wäre zu erklären, daß ein Kind nach einem Unfall z. B. nicht mehr mit Freunden Fußballspielen möchte, weil es zu große Angst vor einer erneuten Verletzung hat. U. U. ziehen solche Mechanismen sogar die soziale Desintegration eines Kindes (etwa aus einem Freundeskreis) nach sich. Auch bleibende körperliche und geistige Einschränkungen, die durch einen Notfall verursacht wurden, können ähnliches bewirken.

Dennoch sucht man Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern, die solche Überlegungen aufnehmen würden, in den Ausbildungsvorschriften für die Erste Hilfe am Kind (vgl. z. B. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1993) bislang vergeblich. In der vorliegenden Arbeit sind deshalb einfache Regeln für eine PEH bei Kindern zu entwickeln, die später in Lehrgängen bzw. Fortbildungsveranstaltungen für Ersthelfer und Rettungsdienstmitarbeiter vermittelt werden sollen.

Bourauel schreibt im Abschlußbericht ihres Forschungsprojekts zur Psychischen Ersten Hilfe diesbezüglich explizit, daß es offenbar lohnend erscheine, „in weiteren Forschungsarbeiten komplexere Regeln zur psychischen Ersten Hilfe [...] zu erarbeiten

---

<sup>17</sup> Eltern neigen nach einem Notfall möglicherweise zu übertriebenem Schutz ihres Kindes sowie zu dessen übermäßiger Verwöhnung (vgl. LOHAUS 1990, S. 92).

sowie die Thematik der alters- [!] und geschlechtsspezifischen Wünsche seitens der Unfallopfer“ einzubeziehen (BOURAUUEL 1994a, S. 19; Anm. v. H. K.).

Im Vordergrund steht dabei die Suche nach psychologischen Interventionsmöglichkeiten für das Notfallgeschehen selbst. Aus pädagogischer Sicht ist darüber hinaus jedoch auch zu fragen, welche Lern- und Entwicklungsaufgaben eine Notfallsituation als kritisches Lebensereignis beinhaltet und welche (gesundheits-) erzieherischen Konsequenzen aus den in der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnissen zu ziehen sind (vgl. Montada/Oerter 1995, S. 68-71; MIETZEL 1994, S. 107-108; ULICH 1987). Die *zentralen* Fragestellungen der vorliegenden Arbeit lauten demnach im einzelnen:

- 1.) Wie erleben Kinder ein Notfallgeschehen bzw. wodurch unterscheidet sich dieses Erleben von dem eines Erwachsenen?
- 2.) Was muß eine Psychische Erste Hilfe bei Kindern im einzelnen berücksichtigen? Welche konkrete psychische Hilfeleistung ist empfehlenswert, welche Verhaltensweisen sollten besser vermieden werden?
- 3.) Welchen Beitrag kann die (Gesundheits-) Erziehung leisten, um Kindern das Erleben eines Notfallgeschehens zu erleichtern bzw. auftretende Belastungen zu vermindern?

Ausdrücklich *nicht* thematisiert werden in der vorliegenden Arbeit psychotherapeutische Verfahren für den Fall, daß ein von einem Notfall betroffenes Kind als *Folge* dieses Notfalls bereits – z. B. an einer Posttraumatischen Belastungsstörung - psychisch erkrankt *ist*: primär geht es um Möglichkeiten einer psychischen Hilfeleistung *in den ersten Minuten* der präklinischen Versorgung.

Ebenso ist die rein notfallmedizinische Therapie zur Beruhigung eines Notfallpatienten – beispielsweise durch die Gabe von Medikamenten - *nicht* Gegenstand dieser Arbeit.



## 1.4. Gliederung

Nach der grundsätzlichen Einführung in die Thematik und der Vorstellung des Ziels der vorliegenden Arbeit sollen im zweiten Abschnitt elementare Begriffe so ausführlich definiert und erläutert werden, wie es für ein Verständnis der weiteren Ausführungen notwendig erscheint.

Im dritten Abschnitt wird der augenblickliche Forschungs- und Kenntnisstand zur Psychischen Ersten Hilfe als das inhaltliche Fundament dieser Arbeit dargestellt und diskutiert, wobei schon hier auf bestehende Defizite im Hinblick auf die spezielle Psychische Erste Hilfe bei Kindern hinzuweisen ist. Der erste Teil der Arbeit ist damit abgeschlossen.

In den nächsten drei Abschnitten – die gemeinsam als Kern des zweiten Teils dieser Arbeit zu betrachten sind – soll dann ein neues Konzept zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern entwickelt werden; und zwar basierend auf umfassenden theoretischen Überlegungen (Abschnitt 4) sowie einer explorativen Studie (Abschnitt 5). Als Ergebnis wird daraufhin in Abschnitt 6 ein leicht verständliches Regelwerk formuliert, das später Ersthelfern und Rettungsdienstmitarbeitern in ihrer Ausbildung vermittelt werden sollte. Die Vorstellung einiger Überlegungen zu (gesundheits-) erzieherischen Konsequenzen aus den in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen schließt sich an.

Im siebten Abschnitt folgt eine Kritik und Diskussion der bisherigen Ausführungen, wobei hier v. a. auf weitere Fragestellungen für zukünftig noch durchzuführende Untersuchungen zur Thematik hingewiesen wird. Inhaltlicher Abschluß der vorliegenden Arbeit ist die Zusammenfassung in Abschnitt 8.

## 2. Notfall und Erste Hilfe: Begriffsklärungen

„Notfall“ und „Erste Hilfe“ sind im alltäglichen Sprachgebrauch durchaus geläufige und in den verschiedensten Zusammenhängen recht mehrdeutig verwendete Begriffe. Um Mißverständnisse zu vermeiden, erscheint es deshalb notwendig zu klären,

wie diese Begriffe in der vorliegenden Arbeit verstanden werden. Es folgen daher Definitionen und Erläuterungen der verwendeten Terminologie.

## 2.1. Notfall

### 2.1.1. Definitionen: Notfall und Notfallpatient

In der vorliegenden Arbeit steht der *medizinische* Notfall im Mittelpunkt. Darunter sollen „alle pathologischen Zustände [verstanden werden], die durch äußere und innere Faktoren hervorgerufen werden und [...] einer [medizinischen] Sofortdiagnostik und zielgerichteten Therapie [des Notfallpatienten] bedürfen“ (REMKE 1995, S. 3; Anm. v. H. K.); als auslösende Ereignisse sind dabei v. a. Unfälle (z. B. Verkehrs-, Arbeits-, Haushalts-, Sport-, Strom- und Badeunfälle) sowie akute Erkrankungen und Vergiftungen zu nennen.

Davon abgesehen, daß also eine rasche Intervention notwendig ist, weil die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden eines Betroffenen akut bedroht ist, sind die große Unterschiedlichkeit sowie das seltene, unerwartete und somit überraschende Auftreten eines Notfalls weitere charakteristische Situationsmerkmale (vgl. BIERHOFF 1990, S. 101-102)<sup>18</sup>.

Abweichend von den in der medizinischen Fachliteratur verwendeten Definitionen (vgl. z. B. BUTTLAR/KARUTZ 1999, S. 13; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1996b, S. 129) wird die Beeinträchtigung bzw. der Ausfall sogenannter Vitalfunktionen des Menschen<sup>19</sup> und die damit verbundene *Lebensgefahr* in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht als ein notwendigerweise vorhandenes Merkmal der Notfallsituation und des Notfallpatienten betrachtet: Im Hinblick auf das Anliegen dieser Arbeit muß nämlich darauf hingewiesen werden, daß zwar der Notfallpatient zweifellos immer durch den

---

<sup>18</sup> Aus diesen Merkmalen folgt zunächst, daß es für medizinische Laien schwierig ist, sich auf Notfälle angemessen vorzubereiten, weil man eine Vielzahl von Maßnahmen für eine Vielzahl verschiedener Situationen erlernen muß. Zugleich ergibt sich jedoch nur selten die Anwendungsmöglichkeit für diese Maßnahmen – Gelerntes gerät also schnell wieder in Vergessenheit. Durch das plötzliche Auftreten der Notfallsituation wird es dann nochmals erschwert, sich auf das Geschehen einzustellen (vgl. BIERHOFF 1990, S. 101-102).

<sup>19</sup> Als Vitalfunktionen bezeichnet man die unbedingt lebensnotwendigen Körperfunktionen Bewußtsein (Gehirnfunktion), Atmung (Lungenfunktion) und Blutkreislauf (Herztätigkeit).

Notfall betroffen ist, daß es im Notfallgeschehen umgekehrt aber auch Betroffene gibt, die im medizinischen Sinne keine Notfallpatienten sind.

Riediger weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, daß insbesondere bei Kindern auch „ohne direkte Schadenseinwirkung von außen [...] psychische Schäden [...] auftreten [können], deren Behandlung einen erheblichen Aufwand nach sich ziehen kann“ (RIEDIGER 1983, S. 211; Anm. v. H. K.). Die Beeinträchtigungen seien dabei weitgehend unabhängig von der Schwere des erlittenen körperlichen Schadens. Auch wird auf Biermann verwiesen, der ebenfalls von schweren psychischen Schäden bei Kindern berichtet, die bei einem Unfallereignis wegen ihrer äußerlichen Unverletztheit vom Rettungsdienst zunächst unbeachtet und unversorgt blieben (vgl. RIEDIGER 1983, S. 211).

Die vorliegende Arbeit „Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen“ muß sich von daher nicht nur auf kindliche Notfallpatienten beziehen, sondern auch auf Kinder, die in einem Notfall *anwesend* sind, das Geschehen miterleben und somit als (zumindest psychisch) Betroffene des Notfalls zu betrachten sind.

### **2.1.2. Anzahl und Art der Notfälle, Notfallorte**

Gesicherte statistische Angaben zur Thematik zu bekommen, gestaltet sich als schwierig. Die folgenden Zahlen stammen aus verschiedenen Quellen mit jeweils anderen Stichproben, Methoden der Datenerhebung und Auswertungsverfahren bzw. sie basieren teilweise auch nur auf Schätzungen, weil es an empirischen Studien mangelt. Dennoch erscheint ihre Verwendung in der vorliegenden Arbeit sinnvoll und angebracht, weil mit ihnen verdeutlicht werden kann, welche Arten von Kindernotfällen auch zukünftig besonders häufig zu erwarten sind und für welche Situationen Regeln zur PEH bei Kindern demnach konzipiert werden müssen.<sup>20</sup>

#### **2.1.2.1. Allgemeine Angaben**

Nach Linde geraten in der Bundesrepublik Deutschland jedes Jahr nahezu rund 9 Millionen Menschen in akute Notfallsituationen. 4,6 Millionen verunglücken dabei im

---

<sup>20</sup> Ferner sind der Statistik wichtige Hinweise für die Planung der explorativen Untersuchung bzw. für die Methoden der Datenerhebung zu entnehmen. Vgl. dazu Abschnitt 5.1.

Heim- und Freizeitbereich, 2,3 Millionen im Beruf, 1,3 Millionen in der Schule<sup>21</sup> und (nur) etwa 500.000 im Straßenverkehr (vgl. LINDE 1994, S. 73). Ähnlich sind die Angaben im Jahresbericht des Statistischen Bundesamtes von 1992, wonach sich etwa 53 % der Notfälle im privaten Bereich, etwa 26 % an der Arbeitsstelle, etwa 15 % in Schulen und etwa 6 % im Straßenverkehr ereignen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 1992).

Bezogen auf die Einsatzanlässe des Rettungsdienstes handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um akute Erkrankungen (46 %), gefolgt von sonstigen Notfällen<sup>22</sup> (28 %) und schließlich den Unfällen bzw. unfallbedingten Verletzungszuständen (26 %) (vgl. IMMENROTH 2000, S. 27).

#### 2.1.2.2. Kindernotfälle

Nach Schriever verletzen sich in der Bundesrepublik Deutschland jede Minute zwei Kinder bis zum Alter von 14 Jahren zu Hause oder in der Freizeit; etwa 1000 Kinderunfälle verlaufen pro Jahr tödlich. Verwiesen wird bei Schriever auch auf eine entsprechende Untersuchung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, die von ca. zwei Millionen Kinderunfällen insgesamt ausgeht, von denen sich etwa die Hälfte in Heim und Freizeit ereignet.

Weiter heißt es, daß in Deutschland mehr Kinder nach der Neugeborenenperiode an Unfallfolgen als an allen Infektionskrankheiten und Krebs zusammen versterben. Allerdings würden die etwa 50.000 der bei Unfällen im Straßenverkehr verletzten Kinder<sup>23</sup> nur etwa 5 % der Gesamtunfallverletzten ausmachen, was nach Schriever nochmals die besondere Bedeutung von Heim- und Freizeitunfällen herausstreicht (vgl. Schriever 1997, S. 144). Einem Beitrag von Heinz ist außerdem zu entnehmen, daß lediglich in etwa drei bis sieben Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes<sup>24</sup> Kin-

---

<sup>21</sup> Nach einer Statistik, die vom Deutschen Jugendrotkreuz veröffentlicht wurde, ereignen sich 39 % der Schulunfälle in den Pausen, 48 % im Unterricht und 13 % auf dem Schulweg (vgl. DEUTSCHES JUGENDROTKREUZ 1994, S. 2).

<sup>22</sup> Hierzu zählen Vergiftungen, die Bereitstellung von Rettungsmitteln, z. B. bei Einsätzen der Feuerwehr, und Fehlalarme.

<sup>23</sup> Nachtmann gibt an, daß sich 1992 rund 53.000 Verkehrsunfälle ereignet haben, bei denen Kinder unter 15 Jahren beteiligt waren. 38.000 Kinder wurden bei diesen Unfällen leicht verletzt, 14.600 wurden schwer verletzt und 400 Kinder wurden getötet (NACHTMANN 1996, S. 46).

<sup>24</sup> Bei den Einsätzen des Rettungsdienstes sind allerdings zahlreiche „Bagatellunfälle“ nicht enthalten, weil sie nicht immer zur Anforderung des Rettungsdienstes führen. Es ist demnach von einer wesentlich höheren Anzahl verletzter und erkrankter Kinder auszugehen.

der zu versorgen sind; als häufigste pädiatrische Notfälle werden dabei – altersabhängig – Fieberkrämpfe, Stürze (z. B. vom Wickeltisch oder von einer Treppe), Fremdkörperaspirationen, Vergiftungen, Unfälle im Straßenverkehr, Sportverletzungen und Verletzungen durch sogenannte „Mutproben“ sowie nicht zuletzt auch Alkohol- und Drogenmißbrauch genannt (vgl. HEINZ 1998, S. 263-264).

Im Vergleich dazu bezeichnet Gerdts vor allem Geburtskomplikationen, angeborene Fehlbildungen und Infektionskrankheiten im ersten Lebensjahr sowie häusliche Unfälle im „Krabbelalter“, Unfälle im Straßenverkehr und Ertrinken ab dem zweiten Lebensjahr als die größten Gefahren für Kinder (vgl. GERTDS 1998, S. 408). Schließlich werden bei Schriever Sturzunfälle und das Ersticken im Säuglingsalter, Vergiftungen im zweiten Lebensjahr sowie das Ertrinken, Tierbisse und Fahrradunfälle im Vorschulalter als häufigste Notfallarten bei Kindern genannt (vgl. SCHRIEVER 1997, S. 144).

Besonders festzuhalten ist aufgrund dieser Angaben, daß der Anteil der Unfälle mit Kindern im Straßenverkehr – entgegen allgemeinen Erwartungen – offenbar nur einen relativ geringen Teil der Notfälle insgesamt ausmacht, daß sich die meisten Notfälle mit Kindern im häuslichen bzw. dem Freizeitbereich ereignen und daß demnach in vielen Fällen vermutlich auch Angehörige, d. h. vor allem Eltern und Geschwister anwesend sein werden, um Hilfe zu leisten.

Die Hinweise auf besonders häufige Notfallsituationen bei Kindern sind im Übrigen nicht nur zu berücksichtigen, um ein praxisgerechtes Regelwerk zur Psychischen Ersten Hilfe zu erstellen, sondern auch, um gesundheitserzieherisch-präventiv verstärkt tätig werden zu können. Die Vermeidung von Notfällen bzw. Maßnahmen zur Unfallverhütung sind jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Daß Kindernotfälle im Rettungsdienst nur einen recht geringen Anteil des Gesamteinsatzaufkommens ausmachen, ist für die vorliegende Arbeit schließlich noch insofern relevant, daß Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern den Helfern offenbar so eindeutig und leicht verständlich formuliert bzw. vermittelt werden müssen, daß sie trotz der eher seltenen Anwendungsgelegenheit nicht in Vergessenheit geraten und bei Bedarf v. a. rasch wieder präsent sind, d. h. im Notfall unmittelbar und *ohne erneute Vorbereitung* umgesetzt werden können. Diese Überlegung könnte sich

auch unmittelbar auf die didaktische und methodische Konzeption des Unterrichts auswirken, in dem die Regeln zur PEH vermittelt werden sollen<sup>25</sup>.

## 2.2. Erste Hilfe

### 2.2.1. Definition der Ersten Hilfe

Sofern man die wesentlichen Aspekte verschiedener Begriffsdefinitionen zusammenfaßt, ergibt sich, daß Erste Hilfe einfache, oft improvisierte und stets nur vorläufige, aber zweckmäßige und sehr wirkungsvolle Maßnahmen beinhaltet, die in Notfallsituationen grundsätzlich von *jedermann, überall und sofort* – weitgehend auch ohne technische Hilfsmittel – durchgeführt werden können und durchgeführt werden müssen, um v. a. drohende oder bestehende Lebensgefahr abzuwenden, den Gesundheitszustand eines Betroffenen zu stabilisieren, eine Verschlimmerung zu vermeiden und das Auftreten weiterer (Folge-) Schäden zu verhindern (vgl. BUTTLAR/KARUTZ 1999, S. 5 u. 11; DEUTSCHES ROTES KREUZ 2000, S.14; GOLDSCHMIDT 1994, S. 3; KÖHNLEIN 1992, S. 1; SCHÄR/TAPPERT 1996, S. 1).

Für die vorliegende Arbeit folgt daraus v. a., daß auch die zu konzipierenden Regeln zur PEH bei Kindern so formuliert werden müssen, daß sie ebenfalls von *jedermann* – auch ohne eine vorherige psychologische bzw. psychotherapeutische Ausbildung – schnell und effektiv angewendet werden können.

### 2.2.2. Entwicklung der Erste-Hilfe-Ausbildung

Wenngleich die Ursprünge der organisierten Erste-Hilfe-Ausbildung v. a. in den Erfahrungen großer Kriege mit zahlreichen Verletzten begründet liegen dürften, die nicht immer gleich von Sanitätspersonal oder Ärzten versorgt werden konnten und deshalb auf medizinische Laienhilfe angewiesen waren, ist die Erste-Hilfe-Ausbildung *heutiger* Prägung nur vor dem Hintergrund der Entstehung des modernen Rettungsdienstes nachvollziehbar<sup>26</sup>: Erst als der Rettungsdienst - damals hieß er natürlich noch

---

<sup>25</sup> Auf die Vermittlung der Regeln zur PEH kann hier jedoch nicht weiter eingegangen werden.

<sup>26</sup> Von besonderer Bedeutung dürfte in diesem Zusammenhang die Entwicklung der internationalen Rotkreuzbewegung sein. Falk, Dankert, Döhler und Geier verweisen zudem auf frühere, biblische Beschreibungen von Hilfeleistungen und sehen auch in der Gründung des Arbeiter-Samariter-Bundes

nicht so, es wurde meist von „Unfallwagen“ gesprochen - ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts nicht länger nur als Transportunternehmen verstanden wurde und man zunehmend die Bedeutung einer präklinischen Erstversorgung des Notfallpatienten vor der Fahrt zum Arzt bzw. dem Krankenhaus erkannte, machte es Sinn, medizinische Laien als unabdingbaren, festen Bestandteil in die sogenannte Rettungskette<sup>27</sup> (Abbildung 2; vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 41) zu integrieren. Nicht nur - wie in den Kriegen -, weil nicht immer gleich ausreichend Sanitätspersonal oder Ärzte mit dem notwendigen Material zur Verfügung standen, sondern auch, weil man die *eigenständige* Bedeutung einer schnellen und sachgerechten Hilfeleistung vor Ort erkannte, mit der die Entstehung weiterer Folgeschäden vermieden werden konnte und mit der es von nun an oftmals gelang, den Gesundheitszustand des Verletzten schon an der Einsatzstelle zu stabilisieren (vgl. NACHTMANN 1996, S. 6-7; FALK/DANKERT/DÖHLER/GEIER 1997, S. 360).

Geprägt durch die Erfahrungen großer Kriege konzentrierte man sich in der Notfallmedizin - und dementsprechend auch in der Schulung von Ersthelfern - zu dieser Zeit allerdings vorrangig auf das Management chirurgischer Notfallsituationen, d. h. auf die Versorgung von Wunden und Blutungen sowie auf die Ruhigstellung frakturierter Extremitäten: In Erste-Hilfe-Lehrgängen wurde das Herstellen und Anlegen provisorischer Schienen ebenso ausführlich geübt wie z. B. möglichst exakte Verbandtechniken mit dem Befestigungs-, Spiral- und Achtergang.

Erst viele Jahre später, gegen Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts, verlagerten sich die Schwerpunkte nach teilweise recht kontrovers geführten Diskussionen von der klassischen Ersten Hilfe bzw. dem „Pflasterkleben“ zur Durchführung von Maßnahmen bei internistischen Notfällen, insbesondere der Herz-Lungen-Wiederbelebung (vgl. GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1991a, S. 90). Erneut wurde damit einer Entwicklung Rechnung getragen, die zunächst im Rettungsdienst zu beobachten war: Nämlich der starken Zunahme von internistischen gegenüber chirurgi-

---

und anderer Arbeiter-Selbsthilfegruppen, die nach zahlreichen Unfällen in Industrie- und Handwerksbetrieben gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden waren, Ursprünge der Erste-Hilfe-Ausbildung (vgl. FALK/DANKERT/DÖHLER/GEIER 1997, S. 359-360).

<sup>27</sup> Die Rettungskette soll als Modell die optimale Versorgung eines Notfallbetroffenen verdeutlichen. Dabei ist die Kette stets nur so stark wie ihr schwächstes Glied (eben die Hilfeleistung durch medizinische Laien). Reißt die Kette durch, ist eine optimale Versorgung des Betroffenen nicht mehr gewährleistet. Vor dem Hintergrund psychotraumatologischer Erkenntnisse wird in der jüngeren Vergangen-

schen Notfallpatienten. Erst seit kurzer Zeit werden psychologische Aspekte der Notfallsituation in Erste-Hilfe-Lehrgängen thematisiert (vgl. oben).

Unterrichtsmethodisch ist zu beobachten, daß sich eine Entwicklungstendenz weg vom imitativen Drill hin zum lockeren Unterrichtsgespräch und dem Lernen mit Fallbeispielen abzeichnet. Dennoch überwiegt noch immer der Frontalunterricht, und das Unterrichtsgeschehen wird durch eine inzwischen als veraltet anzusehende lernzielorientierte Didaktik in hohem Maße programmiert bzw. technisiert (vgl. GARMS-HOMOLOVA 1991b, S. 36-37).

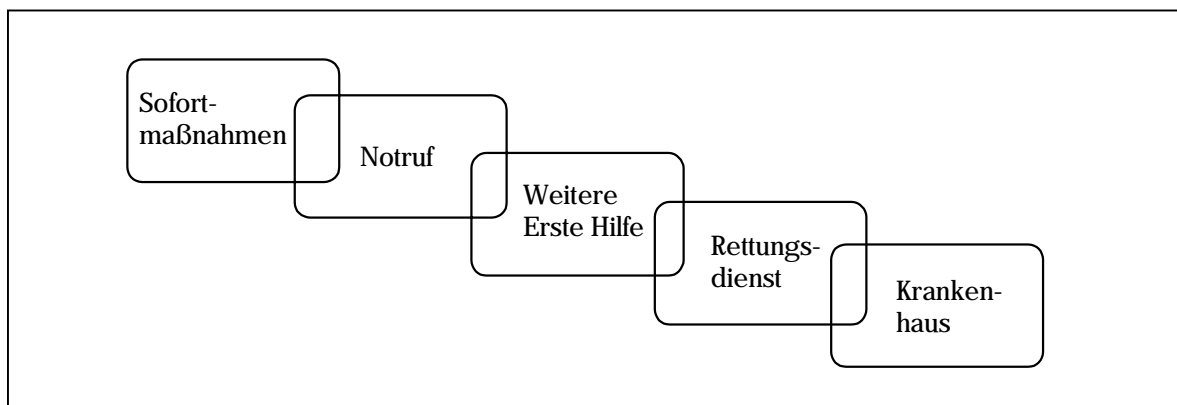


Abbildung 2: Die Rettungskette (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 41)

### 3. Der aktuelle Forschungsstand zur PEH

Zur psychischen Situation des Notfallpatienten und zu Möglichkeiten einer Psychischen Ersten Hilfe im Notfallgeschehen liegen bislang relativ wenige Untersuchungsergebnisse vor. *Empirische* Studien bezogen sich bislang vor allem auf die Psychische Erste Hilfe bei Erwachsenen, nicht aber auf die spezielle PEH bei Kindern.

In der Fachliteratur finden sich – von einigen, wenig ergiebigen Randbemerkungen einmal abgesehen – auch nach umfangreichen Recherchen lediglich zwei Beiträge, die sich explizit und relativ ausführlich mit der Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern befassen (vgl. GLANZMANN 1997; HEINZ 1998). Darüber hinaus existiert nur das

---

heit von einigen gefordert, noch ein weiteres Glied anzubinden, „um die Rettungskette zu schließen“, nämlich das der Notfallnachsorge bzw. Krisenintervention (vgl. FERTIG/WIETERSHEIM 1994, S. 7-11).



Betreuungskonzept KASPERLE (KARUTZ 1999b). Im folgenden Abschnitt wird dieser bisherige Forschungsstand zur PEH ausführlich dargestellt.

### 3.1. Begründung und Notwendigkeit der PEH

Die Notwendigkeit, Notfallpatienten und anderen Betroffenen auch psychisch Hilfe zu leisten, läßt sich mehrfach - und v. a. ausgehend von unterschiedlichen Zielsetzungen - begründen: Zu unterscheiden sind Überlegungen auf einer eher philosophisch-abstrakten Ebene, die die Notwendigkeit der PEH von anthropologischen Grundannahmen zur Ganzheitlichkeit des Menschen bzw. entsprechenden Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen ableiten, von anderen Begründungen, die sich recht pragmatisch auf das jeweilige Notfallgeschehen beziehen und denen zufolge primär die Wirkung der PEH als wichtige Möglichkeit einer (durchaus medizinischen) Therapie des Patienten betrachtet werden muß. Eine weitere, *zukunftsorientierte* Begründung liegt darin, daß psychische Folgeschäden durch eine frühzeitige Psychische Erste Hilfe vermieden werden können. Weitere Überlegungen, mit denen die PEH ebenfalls begründet werden kann, kommen noch hinzu, so z. B. der Einfluß auf die Hilfsbereitschaft potentieller Ersthelfer und die zunehmende Kundenorientierung im Rettungsdienst<sup>28</sup>. *Einige* wesentliche Begründungen der PEH werden im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt.

#### 3.1.1. Menschenbild, Ganzheitlichkeit und Krankheitsverständnis

Der Mensch ist nicht nur die Summe seiner Teile oder die Ansammlung einzelner Organe (GASCH/LASOGGA 1997, S. 326; GASCH/LASOGGA 2000), sondern muß als eine umfassende Gesamtheit aus Körper, Geist und Seele betrachtet werden. Jede dieser Grunddimensionen des menschlichen Lebens steht dabei zwar für sich, zugleich aber auch in Beziehung zu allen anderen, durchdringt diese und wird von

---

<sup>28</sup> Rettungsdienste sind zunehmend bestrebt, Patienten nicht nur sachgerecht zu versorgen, sondern auch ansonsten *zufrieden* zu stellen. Davon, daß der Patient z. B. ein ganz bestimmtes Medikament in einer ganz bestimmten Dosierung injiziert bekommen hat, wird er - von der folgenden Wirkung des Mittels natürlich abgesehen - an sich kaum etwas in Erinnerung behalten. Er wird sich u. U. aber sehr wohl daran erinnern, *wie* ihm dieses Medikament appliziert wurde und wie mit ihm ganz allgemein umgegangen worden ist.

diesen durchdrungen. „In diesem Sinne gibt es keine abgegrenzten Ebenen, keine Bereiche, die sich scharf voneinander abtrennen ließen, und dennoch spricht man vom *Aufbau des Menschen*. Wir meinen damit eine Systematisierung, die uns helfen kann, die ineinandergreifenden Schichten oder Stufen als solche wie in ihrem Zusammenwirken zu verstehen. [...] [Es] gibt [demnach] kein Unten und Oben, sondern [immer] nur ein Ganzheitlich-Einheitliches“ (JUCHLI 1994, S. 20-21; Anm. v. H. K.).

Vor diesem Hintergrund hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Gesundheit“ bereits 1946 auch als den Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beschrieben und stellte außerdem fest, daß Gesundheit nicht allein durch die Abwesenheit von Krankheit bestimmt ist (vgl. JUCHLI 1994, S. 37).<sup>29</sup>

Gesundheit (und Krankheit – also auch medizinische Notfallgeschehen!) müssen demzufolge vor „dem Hintergrund eines ganzheitlichen Menschenbildes gesehen werden, denn sie [umfassen] [...] die menschlichen Belange in ihrer Gesamtheit: die physischen, die psychisch-geistigen und sozialen Aspekte“ (JUCHLI 1994, S. 41): Wenn z. B. die körperliche Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, beeinflußt dies auch die psychische Grundstimmungslage sowie das Denken und Handeln negativ (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 11). Psychische Erste Hilfe ist also notwendig, weil das Notfallgeschehen grundsätzlich und unvermeidbar Auswirkungen auf die Psyche beinhaltet: Ein „Unglück trifft [...] Körper und Seele gleichermaßen“ (HANNICH 1997, S. 12).

Darüber hinaus ist die PEH aber auch aus *rein* medizinischen Gründen sinnvoll, denn die Betreuungsmaßnahmen wirken eben *nicht nur* auf die Psyche, sondern indirekt wiederum auf den Körper des Betroffenen. Sofern die PEH beispielsweise eine deutliche Beruhigung des Betroffenen bewirkt, vermindert dies beispielsweise den augenblicklichen Sauerstoffbedarf, was sich insbesondere bei Patienten mit akuter Atemnot günstig auswirken wird.

Wenn es durch die PEH gelingt, einem Patienten mit Herzinfarkt etwas von seiner Angst zu nehmen, verringert dies seine (aufregungsbedingt oftmals sehr hohe) Herzfrequenz und dadurch wiederum das Risiko weiterer Rhythmusstörungen oder anderer Folgeschäden am Muskelgewebe des Herzens. Gasch und Lasogga bezeichnen

---

<sup>29</sup> Darauf, daß diese „utopische Definition“ (vgl. LOHAUS 1990, S. 23) nicht unproblematisch ist, soll hier nur am Rande hingewiesen werden. So erscheint es durchaus fraglich, ob die Möglichkeit einer völligen Gesundheit im Sinne der WHO-Definition überhaupt gegeben ist.

es aufgrund solcher Überlegungen sogar als medizinischen Kunstfehler, wenn psychologische Aspekte bei der Erstversorgung von Notfallpatienten unbeachtet blieben (vgl. GASCH/LASOGGA 1999b; GASCH/LASOGGA 2000, S. 11-12).

### **3.1.2. Psychische Situation des Betroffenen**

Wenn Psychische Erste Hilfe als „der psychologisch angemessene Umgang mit Personen“ in akuten Notfallsituationen definiert wird (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 13), ist es notwendig zu hinterfragen, was als angemessen zu betrachten ist und was nicht. Dies soll hier vor dem Hintergrund einer Analyse der psychischen Situation des Notfallbetroffenen geschehen.

Die folgende Darstellung basiert auf den Ausführungen von Frommberger, Gasch und Lasogga (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997; GASCH/LASOGGA 2000, S. 21-38) sowie Hannich (vgl. HANNICH 1997) und Remke (vgl. REMKE 1995, S. 6-35), indem diese zusammengefaßt, miteinander kombiniert und durch eigene Überlegungen ergänzt werden.

Während es an dieser Stelle zunächst darum geht, das *grundlegende* Verständnis für die psychische Situation des Betroffenen und die Notwendigkeit der Psychischen Ersten Hilfe zu vertiefen, werden im vierten Abschnitt dieser Arbeit spezielle Aspekte der psychischen Situation von Kindern in Notfällen ausführlich dargestellt.

Grundsätzlich gilt jedoch, daß die Wahrnehmung bzw. das Erleben einer Notfallsituation sowie die Verhaltensweisen eines Betroffenen im Notfall individuell außerordentlich verschieden sind: Zwischen Belastungsfaktoren, Moderatorvariablen und Reaktionsweisen ergeben sich zahlreiche Wechselwirkungen und Beeinflussungsmöglichkeiten, so daß eigentlich gar nicht von *der einen* psychischen Situation eines Betroffenen im Notfall gesprochen werden kann<sup>30</sup>: „Die Zusammenhänge sind [...] komplex und vor allem nicht linear“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 31). In der folgenden Darstellung soll deshalb lediglich gezeigt werden, welche Belastungen und Reaktionen *prinzipiell* auftreten können und was *überhaupt* als eventuelle Moderatorvariable zu betrachten ist.

---

<sup>30</sup> Ein besonders offensichtlicher Zusammenhang besteht beispielsweise zwischen der Atemnot (als internem physischen Belastungsfaktor) und der Angst als emotionaler Reaktion: Einerseits verursacht Atemnot die Angst – andererseits verstärkt Angst die Atemnot. Gleiches gilt etwa für die Wechselwirkung von Schmerz und Angst (vgl. Abbildung 10, S. 61).

Hinzuweisen ist nun zunächst auf physiologische und psychologische Belastungen für den Betroffenen, die sich unmittelbar durch das Notfallgeschehen ergeben. Dabei zählt man zu externen Faktoren physiologischer Belastungen v. a. die Außentemperatur bzw. die Witterung und klimatische Verhältnisse insgesamt, die Geräuschkulisse am Notfallort sowie Lichtverhältnisse: So werden Kälte, Hitze bzw. schwüle Witterung mit hoher Luftfeuchtigkeit, Regen bzw. Nässe und starker Wind i. d. R. schon von einem gesunden Menschen als belastend oder zumindest unangenehm empfunden, was das Erleben eines Notfallgeschehens zusätzlich negativ beeinflusst<sup>31</sup>.

In vielen Fällen entstehen bei Notfalleinsätzen neben dem Klang der Martinshörner noch andere laute Geräusche, weil Fahrzeugmotoren laufen (müssen), um Rettungsgeräte (Absauggeräte, Rettungsschere, Rettungsspreizer) betreiben zu können. Auch diese Geräusche werden überwiegend als unangenehm empfunden; und Gesunde, Nicht-Betroffene würden sich sicherlich rasch vom Notfallgeschehen entfernen, um diesem Lärm zu entgehen. Verletzte oder akut erkrankte, die am Einsatzort behandelt werden, haben diese Möglichkeit jedoch nicht und sind der Geräuschkulisse meist schutzlos ausgeliefert. Allerdings wird teilweise auch von Betroffenen berichtet, daß die Geräuschkulisse hoffnungsvermittelnd wirkt, indem sie den Eindruck vermittelt, daß die Rettungsaktion in vollem Gang ist und mit zweifellos großem Aufwand Hilfe geleistet wird. Außerdem empfinden einige Betroffene offenbar gerade eine besondere Stille am Einsatzort (z. B. kurz nach einem Verkehrsunfall) als besonders unangenehm oder sind zumindest von ihr irritiert.

Bezogen auf die Lichtverhältnisse im Notfallgeschehen wirkt v. a. Dunkelheit angstverstärkend. Starke Lichteinstrahlung durch die Sonne oder Scheinwerfer von Rettungsfahrzeugen kann jedoch den auf dem Boden liegenden Betroffenen blenden und ebenfalls unangenehm empfunden werden.

Als weitere externe Faktoren physiologischer Belastungen im Notfallgeschehen sind das Auftreten besonderer Gerüche (z. B. durch Erbrochenes, Blut, unkontrollierten Stuhl- und Urinabgang, verbrannte Haut sowie auslaufenden Kraftstoff) und die Lage des Betroffenen zu nennen: Wenn der Betroffene beispielsweise auf dem Boden liegt, ergibt sich durch die ungewohnte Froschperspektive eine Wahrnehmungsverzerrung

---

<sup>31</sup> Gasch und Lasogga weisen darauf hin, daß hier v. a. der plötzliche und große *Temperaturunterschied* belastend wirkt, „z. B. vom warm geheizten Auto in den nasskalten Straßengraben“ (GASCH/ LASOGGA 2000, S. 23).

bzw. -einschränkung, die die Umgebung und das Geschehen um den Betroffenen herum beengend und bedrohlich erscheinen läßt, zudem wird die Orientierung für den Betroffenen erschwert.

Zu den internen Faktoren physiologischer Belastungen zählen insbesondere die Art und Schwere der jeweiligen Verletzung bzw. Erkrankung sowie daraus resultierende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens: Häufig treten mehr oder weniger starke Schmerzen auf, bei vielen Notfällen entsteht Atemnot und es kann zu bislang unbekanntem sensorischen (Miß-) Empfindungen (beispielsweise Kribbeln in Armen und Beinen, Wärme-, Kälte- oder Taubheitsgefühl), Bewegungseinschränkungen oder auch Bewußtseinstrübungen kommen.

Bei den psychologischen Belastungen ist zwischen individualpsychologischen und sozialpsychologischen Faktoren zu unterscheiden. Bei ersteren wirkt zunächst die Tatsache belastend, daß ein Notfall meist unvorhersehbar, sehr plötzlich und unausweichlich eintritt und fast immer eine völlig neue Situation darstellt, die dem Betroffenen unbekannt und mit der er nicht vertraut bzw. umzugehen gewohnt ist.

Das Notfallgeschehen unterliegt i. d. R. nicht (mehr) der Kontrolle des Betroffenen und führt zur Unterbrechung der bisherigen Kontinuität, und zwar einerseits bezogen auf die jeweilige Aktivität, mit der der Betroffene kurz vor dem Notfall beschäftigt war<sup>32</sup>, andererseits bezogen auf die soziale Hierarchie: Plötzlich ist der Betroffene z. B. hilfsbedürftig, von anderen abhängig und muß Anweisungen der Helfer befolgen („Bewegen Sie einmal den Arm“ / „Drücken Sie einmal die Hände zusammen“ etc.) – ganz gleich, in welcher sozialer Position der Betroffene zuvor gestanden hat. „Über Jahre hinweg hat jedes Individuum ein eigenes internes System dafür entwickelt, wem es sich persönlich oder organisatorisch über- oder unterlegen fühlt, etwa wer wem Anweisungen erteilen darf und vom wem man sie erhält. Es ist für viele deshalb nicht einfach zu akzeptieren, daß sie bei einem Unfall ohne reale Chance von Widerstand das tun müssen, was andere von ihnen verlangen“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 27).

Weitere individualpsychologische Belastungsfaktoren sind schließlich die eventuelle Sichtbarkeit einer Verletzung sowie die vitale und die subjektive Bedeutung des ver-

---

<sup>32</sup> Gasch und Lasogga schreiben, daß dies Frustrationen und teilweise auch Schuldgefühle erzeuge, aus denen wiederum interne psychische Spannungen resultieren, die dauerhaft bestehen bleiben können. Auch wird auf eine Studie von Zeigarnik verwiesen, der gezeigt habe, daß unterbrochene Hand-

letzten oder erkrankten Körperteils: Während z. B. eine akut lebensbedrohliche innere Blutung nicht unbedingt als bedrohlich eingeschätzt wird, kann die nach außen blutende Verletzung eines Beins enorme Ängste hervorrufen, obwohl sie objektiv betrachtet keine große Gefahr für den Betroffenen darstellt. Verletzungen bzw. Erkrankungen der Lunge und des Herzens sind häufig eine besondere Belastung, weil die vitale, d. h. lebenswichtige Bedeutung dieser Organe i. d. R. bekannt ist. Allerdings kann z. B. auch die (objektiv betrachtet recht harmlose) Verletzung eines Fingers massive Ängste und Sorgen auslösen, sofern gerade dieser Körperteil für den Betroffenen von besonderer Bedeutung ist, wie es etwa bei einem Pianisten, einem Chirurgen oder Maler der Fall sein könnte<sup>33</sup>.

Als sozialpsychologische Belastungsfaktoren ergeben sich v. a. die Anzahl und das Verhalten anderer Betroffener sowie die Anwesenheit und das Verhalten von Zuschauern: Notfälle werden als besonders belastend erlebt, wenn Angehörige, Bekannte oder Kinder mitbetroffen sind und wenn es Tote gegeben hat. Die Belastung steigt ebenso mit der Anzahl der Zuschauer und deren Passivität, weil es zweifellos unangenehm ist, „im Mittelpunkt des Interesses zu stehen und ‚begafft‘ zu werden“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 27) - wohingegen die Anwesenheit nur weniger Passanten, die zudem noch entschlossen Hilfe leisten, für eine Verminderung der Belastung sorgen kann.

Bei den Reaktionen auf physiologische und psychische Belastungen des Notfalls sollen nun emotionale, kognitive, psychophysische und verhaltensbezogene Reaktionen voneinander unterschieden werden, wobei die jeweilige Zuordnung mehr der Übersicht dient und keineswegs eindeutig erfolgen kann. Auch diese Reaktionen beeinflussen sich wechselseitig untereinander, verursachen einzeln oder im Zusammenhang Streß und führen u. U. zu einer psychischen Traumatisierung des Betroffenen.

---

lungen stärker erinnert werden als erledigte (sog. Zeigarnik-Effekt). Dies könne ein Grund dafür sein, daß Unfälle noch jahrelang im Gedächtnis bleiben (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 26).

<sup>33</sup> Hannich schreibt hierzu: „Nach Gaus u. Köhle [...] können Körperteile und Organe als [...] Quellen von Vergnügen, Stolz und Selbstvertrauen, Hilfen, um befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten, Mittel zur Verringerung intrapsychischer Konflikte, Unterstützung des Gefühls der persönlichen Identität, der Stabilität des Körperschemas und der erwünschten sozialen Rolle [...] dienen. Schädigung bzw. Verlust eines symbolisch besonders hoch besetzten Organs oder Körperteils kann eine schwere narzißtische Kränkung mit massiver Selbstwertproblematik auslösen“ (HANNICH 1997, S. 8).

Als emotionale Reaktionen können eine allgemeine Anspannung bzw. Unruhe, Angst<sup>34</sup>, ein unbestimmtes Bedrohungsgefühl und das Gefühl der Hilflosigkeit genannt werden. Hinzu kommen eventuelle Schuldgefühle (z. B. bei Unfallverursachern), eine Verletzung des Schamgefühls (wenn z. B. die Kleidung des Betroffenen beschädigt ist oder für die Behandlung entfernt werden muß) sowie eine mögliche Störung des Selbstwertgefühls (wenn z. B. eine junge Frau durch eine Verletzung im Gesichtsbereich die Verminderung ihrer bisherigen Attraktivität befürchtet). Auftreten kann außerdem tiefe Traurigkeit bzw. Depression, aber auch starke Aggression oder eine (äußerliche und meist nur scheinbare) Gelassenheit.

Als kognitive Reaktionen ergibt sich vielfach der Wunsch nach einem Gespräch sowie das Bedürfnis nach Information; hinzu kommen sorgenvolle Gedanken um die eigene Gesundheit, um die Zukunft und um Materielles bzw. Folgen des Notfalls („Was wird aus meinem Auto, meinem Haus“) sowie um Angehörige oder Mitbetroffene des Notfallgeschehens.

Verhaltensweisen, die bei Betroffenen nach einem Notfallereignis beobachtet werden können, sind das Schreien, Weinen und (seltener) auch das Lachen<sup>35</sup>; orientierungslos-verwirrtes Herumirren bzw. die regelrechte Flucht vom Notfallort, akute Erregungszustände oder auch völlige Lähmung bis hin zu stuporähnlichen Zuständen<sup>36</sup> und dem vorübergehenden Bewußtseinsverlust in Form einer Ohnmacht.

Als Verhaltensreaktionen, die v. a. als Abwehrmechanismen dienen, werden in der Literatur die Regression, Verdrängung, Verleugnung sowie die Rationalisierung des Geschehens genannt (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 29-30). Mitunter lehnen Betroffene auch die Hilfeleistung ab, obwohl diese unbedingt notwendig ist und die Betroffenen auf sie angewiesen sind. In einigen Fällen führt der akute Belastungszustand zu einer gesteigerten und mitunter auch enthemmten Sprachmotorik, die dann offenbar der Erregungsabfuhr dient (vgl. HANNICH 1997, S. 11-12).

---

<sup>34</sup> Auftreten können sowohl diffuse als auch sehr konkrete Ängste, z. B. vor einer drohenden Querschnittslähmung oder anderen bleibenden Behinderungen, die der Betroffene etwa aufgrund bestimmter Symptomwahrnehmungen befürchtet.

<sup>35</sup> Das Lachen wird nach Gasch und Lasogga ebenso wie das Weinen und Schreien durch ein gestörtes emotionales Gleichgewicht verursacht (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 35).

<sup>36</sup> Hannich schreibt diesbezüglich vom „emotionalen Totstellreflex“ (HANNICH 1997, S. 10).

Typische psychophysische Körperreaktionen sind das Zittern, plötzlich auftretende (und von Verletzungen oder Erkrankungen unabhängige) Schwäche, Übelkeit, verstärkter Harndrang, Müdigkeit und ein stärkeres Schwitzen.

Wie stark jemand auf Belastungen des Notfallgeschehens reagiert<sup>37</sup>, hängt nun wiederum von verschiedenen Moderatorvariablen ab, wobei hier psychologische, soziographische, situative und biologische Moderatorvariablen zu nennen sind.

Bei den psychologischen Moderatorvariablen sind v. a. lebensgeschichtliche Vorerfahrungen bzw. erlernte Bewältigungsstrategien, Grundeinstellungen dem Leben gegenüber sowie zahlreiche weitere Merkmale der Persönlichkeitsstruktur von Bedeutung dafür, wie ein Notfall wahrgenommen, bewertet und erlebt wird. Zudem spielt die psychische Konstellation des Betroffenen, also dessen psychische Verfassung zu dem Zeitpunkt, zu dem sich der Notfall ereignet, eine große Rolle: Jemand, der psychisch stabil – beispielsweise gut gelaunt, auch sonst emotional ausgeglichen sowie mit großem Selbstbewußtsein – in eine Notfallsituation gerät, ist ihr möglicherweise eher gewachsen als jemand, der z. B. ohnehin schon eine depressive Neigung hat, sehr ängstlich ist und momentan unter starken psychischen Belastungen (wie etwa finanziellen Sorgen, der erfolglosen Suche nach einem Arbeitsplatz, dem Verlust eines Partners durch Tod oder Scheidung etc.) leidet. Remke schreibt dazu: „Es ist [...] nicht immer die gleiche Verfassung, die [...] [den Betroffenen] zu einem gewissen Grad eindrucksresistent oder aber empfindlich macht“ (REMKE 1995, S. 7; Anm. v. H. K.; vgl. auch REMKE 1995, S. 23).

Als soziographische Moderatorvariable wirken insbesondere die Erziehung, die soziale Situation des Betroffenen<sup>38</sup> und dessen Sozialisationserfahrungen im Sinne der kulturell-sozialen Prägung des Betroffenen: So ist hier beispielsweise der in einer Gesellschaft übliche Umgang mit Krankheit und Schmerz, insbesondere die übliche Art der Schmerzäußerung von Bedeutung. Außerdem führen religiöse Einstellungen und Überzeugungen zu unterschiedlichen Bewertungen des Geschehens. „Wie beispielsweise Trauer in Ländern und Religionen unterschiedlich ausgerückt wird, so

---

<sup>37</sup> Nach Frommberger und Lasogga reichen die Reaktionen von relativer Gelassenheit bis zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 24). An anderer Stelle schreiben die Autoren: „Die Varianz von Reaktionen auf einen Verkehrsunfall ist sehr groß“ (FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 29).

<sup>38</sup> Möglicherweise stehen z. B. bei einem verletzten Familienvater andere Sorgen im Vordergrund als bei einem alleinstehenden Mann.



wird es auch mit den Gefühlen bei einem Unfall geschehen. Eine verunglückte türkisch-islamische Großfamilie wird anders reagieren [...] als eine katholisch-deutsche Familie“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 28).

Situative Bedingungen werden in keiner der oben genannten Veröffentlichungen, die zur Beschreibung der psychischen Situation des Betroffenen als Informationsquellen herangezogen wurden, explizit als eigene Gruppe von Moderatorvariablen genannt<sup>39</sup>. Allerdings wird vielfach auf die Bedeutung der Art der Hilfeleistung für das Erleben und die spätere Verarbeitung des Geschehens hingewiesen (vgl. HANNICH 1997, S. 11; REMKE 1995, S. 4, 8, 10 u. 58), so daß es durchaus angebracht erscheint, situative Bedingungen als eigene Gruppe von Moderatorvariablen zu klassifizieren<sup>40</sup>. Demnach ist v. a. von Bedeutung, *ob* dem Betroffenen überhaupt geholfen wird oder nicht, wie sehr dem Betroffenen bei der Hilfeleistung Kontrollmöglichkeiten über die Situation zurückgegeben werden, wie mit dem Betroffenen gesprochen wird und wie sehr er von den Helfern über das Geschehen und bevorstehende Maßnahmen informiert wird (vgl. HANNICH 1997, S. 8). Remke schreibt dazu: „Durch die Person des Ersthelfers kann [...] [der Patient] Kontrolle ausüben, Informationen erhalten bzw. vermitteln und Ablenkung von seinen Schmerzen und negativen (Zukunfts-) Visionen erhalten“ (REMKE 1994, S. 49).

Biologische Moderatorvariablen sind das Alter, das Geschlecht und die körperliche Konstitution des Betroffenen: Ein 35jähriger Mann erlebt ein Notfallgeschehen vermutlich anders als z. B. eine 80jährige Frau oder eben ein Kind.

Als eine weitere Moderatorvariable kann außerdem die individuell unterschiedliche Wahrnehmung genannt werden. Allerdings ist hier fraglich, ob die Wahrnehmung nun die Stärke der Belastungen und die Reaktionsweisen beeinflusst, d. h. moderiert oder ob nicht auch umgekehrt Belastungen und Reaktionen auf den Notfall die Wahrnehmung verändern.

Hannich schreibt in diesem Zusammenhang, daß einerseits die erhöhte neuropsychologische Aktivierung des Organismus und die extreme Aufmerksamkeit zu einer Art

---

<sup>39</sup> Stattdessen ordnen Gasch und Lasogga z. B. die Anwesenheit von Zuschauern – wie oben beschrieben – den sozialpsychologischen Belastungen zu (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 27). Die hier offensichtlich bestehende Einordnungs- bzw. Kategorisierungsproblematik zeigt noch einmal deutlich, welche Wechselwirkungen im Notfallgeschehen auftreten und daß jede Schematisierung nur dazu dienen kann, einen groben Situationsüberblick zu bekommen.

„Mikroskopeffekt“ führen können, durch den das Geschehen außerordentlich genau wahrgenommen wird, während eine besonders große Belastung andererseits eventuell auch die Nichtwahrnehmung von Verletzungen bewirkt (vgl. HANNICH 1997, S. 6 u. 9; REMKE 1995, S. 8).

Auf jeden Fall ist zu berücksichtigen, daß die psychische Situation des Betroffenen im Notfallgeschehen weniger von den objektiv bestimmbaren Faktoren als von der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung dieser Faktoren, d. h. von der subjektiven Realität abhängt (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 26).

Als psychische Folgeschäden eines Notfallgeschehens drohen schließlich die bereits genannte Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, von Vermeidungsverhaltensweisen<sup>41</sup>, Depressionen und Angststörungen. Aus diesen Folgeschäden ergeben sich u. U. berufliche Einschränkungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und Berentung, Veränderungen der sozialen Beziehungen des Betroffenen und z. T. erhebliche Einbußen der Lebensqualität (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 35). Als weitere Spätfolge eines Notfallgeschehens ist letztlich auch der durchaus mögliche Suizid eines Notfallbetroffenen zu betrachten.

Einen schematischen Gesamtüberblick zur wechselseitigen Beeinflussung von Belastungsfaktoren, Moderatorvariablen, Reaktionen und Folgen des Notfallgeschehens bietet zusammenfassend Abbildung 3.

---

<sup>40</sup> Situative Bedingungen als Moderatorvariablen zu beschreiben, ist im Übrigen auch deshalb sinnvoll, weil man auf diese Weise die Bedeutung der PEH noch einmal besonders deutlich machen kann.

<sup>41</sup> Nach Frommberger und Lasogga kann Vermeidungsverhalten z. B. dazu führen, daß Verkehrsunfallopfer nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen oder andere Situationen meiden, bei denen sie an den Unfall erinnert werden könnten (vgl. FROMMBERGER/LASOGGA 1997, S. 35).

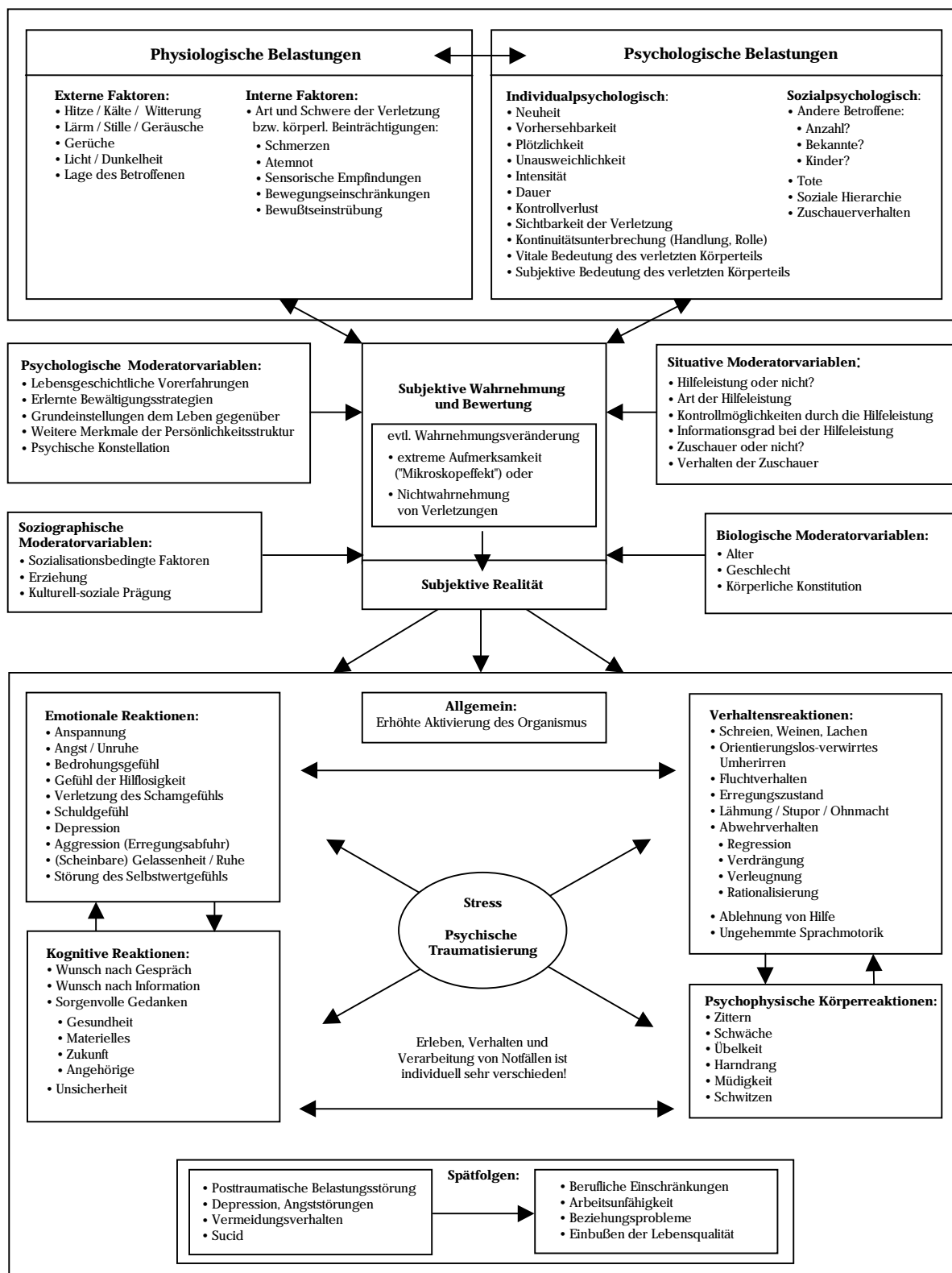


Abbildung 3: Die Psychische Situation des Betroffenen im Notfallgeschehen

### 3.1.3. Auswirkungen auf die Hilfsbereitschaft

Abgesehen von der Wirkung der Psychischen Ersten Hilfe im Notfallgeschehen und ihrem Beitrag zur Vermeidung psychischer Folgeschäden ist auf einen weiteren Aspekt hinzuweisen, der die Konzeption und v. a. die Vermittlung von Regeln zur PEH rechtfertigt: So haben potentielle Ersthelfer offenbar zahlreiche Ängste, die – neben anderen Faktoren - als Hemmschwellen wirken und durch die sie im Notfall von der Hilfeleistung abgehalten werden. Hier ist zunächst vor allem die Angst vor möglichen Fehlern bei der Durchführung einzelner Maßnahmen zu nennen, die verschiedene Konsequenzen nach sich ziehen könnte: Denkbar sind hier – aus Sicht des Laien – sowohl juristische Folgen als auch Komplikationen, die den Gesundheitszustand des Betroffenen noch weiter verschlechtern. Hinzu kommen Ekelgefühle und die Angst vor eigenen Schäden, die bei der Hilfeleistung verursacht werden könnten, wie z. B. die Beschmutzung der eigenen Kleidung oder eine (HIV-) Infektion bei der Versorgung blutender Wunden bzw. der Atemspende (vgl. BAHN 1996; BIERHOFF/KLEIN/KRAMP 1988; BIERHOFF 1990; DOMBROWSKY 1996; GIELEN/GRETENKORDT/ROITSCH/SCHWIND 1998; STEPAN 1999).

In diesem Zusammenhang könnte die bloße Thematisierung von psychologischen Aspekten des Notfallgeschehens in der Ausbildung von Ersthelfern - parallel zur realistischen Aufklärung über die Sachlage - bei der Auseinandersetzung mit vorhandenen Ängsten und Ekelgefühlen helfen, um letztlich Hemmschwellen vor der Hilfeleistung zu überwinden.

Außerdem besteht die Möglichkeit, das subjektive Kompetenzgefühl des potentiellen Ersthelfers zu stärken, wenn ihm in einem Erste-Hilfe-Kurs deutlich gemacht werden kann, dass allein schon die Psychische Erste Hilfe eine außerordentlich wirksame Hilfeleistung darstellt und keineswegs in jedem Notfall die Durchführung medizinischer Maßnahmen notwendig ist bzw. verlangt wird (vgl. GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1991a u. b).

Die häufige Begründung für eine unterlassene Hilfeleistung, daß man eben nicht habe (medizinisch) helfen können, wäre auf diese Weise jedenfalls entkräftet: Einfache Regeln zur PEH wie z. B. vor Ort zu bleiben, sich dem Betroffenen zuzuwenden und mit ihm zu sprechen, dürften leichter zu befolgen sein als komplexe Handlungsanweisungen für medizinische Therapieverfahren. Mit größter Wahrscheinlichkeit kann die

möglichst handlungsorientierte Vermittlung von PEH-Regeln demnach wesentlich eher den motivierenden Eindruck erwecken, daß Helfen leicht ist, als lediglich die korrekte Demonstration medizinischer Hilfsmaßnahmen<sup>42</sup> (vgl. BOURAUUEL 1994b, S. 477; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1995).

### 3.2. Bestehende Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe

Insgesamt liegen bislang nur wenige Konzepte<sup>43</sup> zur Psychischen Ersten Hilfe vor, und nur teilweise handelt es sich dabei um die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungsarbeit. Zahlreiche Regelwerke und Handlungsanweisungen für die psychische Hilfeleistung bei Notfällen sind offenbar eher subjektiv begründet und dürften überwiegend auf den eigenen Erfahrungen der jeweiligen Autoren basieren. Somit sind „empirisch abgesicherte Leitlinien zum Umgang mit Notfallpatienten“ (GASCH/LASOGGA 1999a, S. 228) von persönlichen Meinungsäußerungen einzelner zu unterscheiden<sup>44</sup> (vgl. auch FROMMBERGER/MAYER/NYBERG 2000, S.7).

Zu berücksichtigen ist außerdem, daß Konzepte für die Psychische Erste Hilfe vielfach vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorieansätze, Menschenbilder und Zielsetzungen<sup>45</sup> entwickelt worden sind: So stehen z. B. Regelwerke, die auf wissenschaftlich analysierten Bedürfnissen des Menschen in einem Notfallgeschehen bzw. der Bedürfnishierarchie nach Maslow basieren (REDELSTEINER 1988; REMKE 1991; REMKE 1995; DEUTSCHES ROTES KREUZ 1996a, S. 20-21), durchaus gleichberechtigt neben anderen, die primär etwa in einer kirchlich-theologisch fundierten Seelsorgetradition

---

<sup>42</sup> Da letztere aber zweifellos nicht durch eine Psychische Erste Hilfe ersetzt werden können, muß die Vermittlung von Regeln für die Psychische und medizinische bzw. physische Hilfeleistung in Erste-Hilfe-Lehrgängen kombiniert werden.

<sup>43</sup> Mit dem Begriff „Konzept“ ist hier zunächst eine strukturiert zusammenhängende und in sich geschlossene Sammlung von begründeten Regeln bzw. sonstigen Hinweisen für das psychologisch angemessene Verhalten von Helfern dem Betroffenen gegenüber gemeint.

<sup>44</sup> Die hier geforderte Unterscheidung von Konzepten zur Psychischen Ersten Hilfe soll aber nicht zwangsläufig eine Wertung beinhalten: Regeln zur Betreuung, die auf der persönlichen Erfahrung des jeweiligen Autors beruhen, können durchaus auch berechtigt und angebracht sein. Allerdings ist die Gültigkeit empirisch gesicherter Konzepte gleichwohl eine andere.

<sup>45</sup> Als PEH-Ziele werden genannt: die Ermutigung und die Stärkung des Selbstvertrauens (vgl. KÜHNER 1988, S. 42-43), die Realisierung von Bedürfnissen des Betroffenen (vgl. REMKE 1995) sowie die Förderung von Sicherheit und Kontrolle des Patienten durch Reduktion von Angst und Hilflosigkeit (vgl. FROMMBERGER/MAYER/NYBERG 2000, S. 29). An anderer Stelle ist von einer Haltefunktion und einer orientierend-strukturierenden Funktion der PEH die Rede (vgl. HANNICH 1997, S. 13).

stehen (z. B. BÜTTNER 1998; KAISER 1997). Im folgenden Teil der Arbeit sollen nun *einige* ausgewählte Konzepte bzw. Regelwerke zur Psychischen Ersten Hilfe exemplarisch vorgestellt werden.<sup>46</sup>

### 3.2.1. Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe nach Gasch und Lasogga

Die von Gasch und Lasogga im Rahmen eines Forschungsprojekts der Bundesanstalt für Straßenwesen aufgestellten Regeln zur PEH basieren auf der bislang wohl umfassendsten wissenschaftlichen Untersuchung zur Notfallpsychologie (vgl. FROMMBERGER/MAYER/NYBERG 2000, S. 7) und sind recht weit verbreitet.

Auf der Grundlage von weit über 200 Interviews mit professionellen Helfern und Unfallbeteiligten, über Notfallsimulationen, Rollenspiele, die Teilnahme an Einsatzübungen des Rettungsdienstes und durch die Auswertung zahlreicher Erlebnisberichte von Unfallopfern sowie der zur Verfügung stehenden Fachliteratur wurden letztlich zwei Regelwerke erstellt: Vier einfache Merksätze<sup>47</sup> für die Ausbildung medizinischer Laien in Erste-Hilfe-Lehrgängen (Abbildung 4) und ein umfassenderes Regelwerk für das Personal des Rettungsdienstes, das inzwischen allerdings in zwei unterschiedlichen Versionen veröffentlicht wurde (vgl. GASCH/LASOGGA 1997, S. 329; GASCH/LASOGGA 2000, S. 127-130; Tabelle 1)<sup>48</sup>. Außerdem wurden inzwischen Möglichkeiten einer Psychischen Ersten Hilfe speziell bei Herzinfarktpatienten untersucht (vgl. GASCH/LASOGGA 1999b u. 1999c).

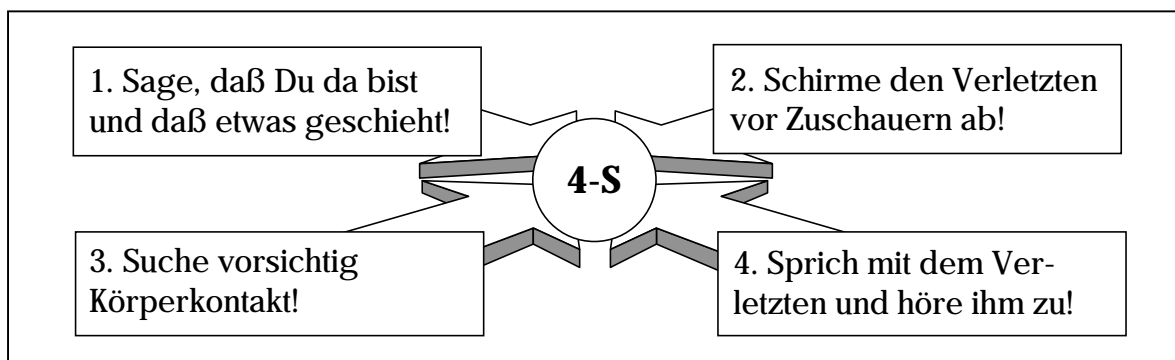


Abbildung 4: 4-S-Merksätze (Gasch und Lasogga 2000, S. 127-128)

<sup>46</sup> Neben den hier vorgestellten Betreuungsmodellen ist hinzuweisen auf „Regeln für ein patientenzentriertes Verhalten“ bei Fertig (FERTIG 1994, S. 37-43), das BELLA-Konzept nach Sonneck (SONNECK 1991) sowie das SAFE-R-Modell nach Mitchell (EVERLY/MITCHELL 1993, S. 81-91).

<sup>47</sup> Da alle Sätze mit dem Buchstaben „S“ beginnen, wird auch von „4-S-Merksätzen“ gesprochen.

<sup>48</sup> Einige *dieser* Regeln beinhalten neben Hinweisen für den Umgang mit Betroffenen auch Anregungen für den Umgang des Helfers mit sich selbst. Es kann jedoch vermutet werden, daß sich diese Informationen - indirekt - ebenfalls auf die PEH im Notfallgeschehen auswirken.

Nr.	Regel
1	Erregung beim Notfalleinsatz ist normal. Ein mittlerer Grad an Erregung ist optimal. Vergegenwärtigen Sie sich auf der Fahrt zum Einsatzort, was Sie erwartet und in welcher Reihenfolge Sie die einzelnen Handlungen absolvieren wollen. Hoffnung auf Erfolg ist besser als Angst vor Mißerfolg.
2	Beginnen Sie nicht sofort nach der Ankunft am Notfallort mit den Rettungsmaßnahmen. Verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick. Klären Sie, ob eine Selbstgefährdung vorliegt, welche organisatorische und logistische Arbeit zu leisten ist, welche Person welcher medizinischen und psychologischen Maßnahmen bedarf, welche weiteren Maßnahmen notwendig sind. Nehmen Sie sich hierfür bei einem Einzelunfall ca.30 Sekunden, bei einem Großunfall bis zu 5 Minuten Zeit.
3	Sagen Sie, wer Sie sind und welche Funktion Sie haben. Lassen Sie sich den Namen des Patienten nennen. Versichern Sie ihm, daß etwas zu seiner Hilfe geschieht.
4	Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt. Halten Sie die Hand des Patienten, oder legen Sie ihre Hand auf die Schulter des Betroffenen. Berührungen am Kopf und anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die Ebene des Patienten. Versorgen Sie den Patienten nicht von hinten.
5	Geben Sie Informationen über die Art der Verletzungen sowie Art und Dauer der eingeleiteten Maßnahmen in einer für den Patienten verständlichen Sprache. Belügen Sie den Patienten nach Möglichkeit nicht.
6	Kompetenz im fachlichen Bereich beruhigt. Vermitteln Sie dies verbal und durch einen zügigen Vollzug der medizinischen Verrichtungen.
7	Stärken Sie die Selbstkompetenz des Patienten. Ziehen Sie ihn zu einfachen Aufgaben mit heran, um in ihm das Gefühl der Eigenkontrolle zu stärken.
8	Halten Sie das Gespräch mit dem Patienten aufrecht. Hören Sie „aktiv zu“, wenn Patienten über ihre Gefühle und Gedanken sprechen. Sprechen Sie auch zu Bewußtlosen.
9	Sagen Sie Patienten, wenn Sie sie verlassen müssen. Sorgen Sie für „psychischen Ersatz“ und instruieren Sie diese Person über ihre Aufgabe.
10	Beachten Sie die Angehörigen. Beziehen Sie Angehörige möglichst in die Hilfsmaßnahmen ein, indem Sie ihnen spezifische Aufgaben geben. Teilen Sie eine Todesnachricht in einfachen Worten und in einem ruhigen Tonfall mit. Vermeiden Sie das Einklinken von Schuldgefühlen. Hinterlassen Sie eine Kontaktadresse.
11	Schirmen Sie Verletzte vor Zuschauern ab. Wenn dies nicht gelingt, binden Sie die Zuschauer in die Rettungsmaßnahmen ein. Sprechen Sie hierzu bestimmte Zuschauer an und geben Sie ihnen konkrete Aufgaben.
12	Der Streß bei der täglichen Arbeit und bei bestimmten Typen von Einsätzen kann sich negativ auf den Helfer selbst und auf den Umgang mit Patienten auswirken. Belastende Erlebnisse sollten durch Entspannungstechniken, Einzel- und Gruppengespräche aufgearbeitet werden. Supervisionsgruppen sollten durch einen ausgebildeten Moderator geleitet werden.

Tabelle 1: Regeln für professionelle Helfer (GASCH/LASOGGA 2000, S. 128-130)

Schließlich ist an dieser Stelle noch zu erwähnen, daß die „4-S-Merksätze“ zwar - ebenso wie von allen anderen Hilfsorganisationen - auch vom Malteser-Hilfsdienst verbreitet werden, daß dieser sie allerdings um zwei weitere Regeln ergänzt hat. Dem religiösen bzw. kirchlichen Bezug dieser Hilfsorganisation entsprechend lautet Regel

5: „Sei aufmerksam für die religiösen Bedürfnisse des Betroffenen“ und Regel 6: „Bewahre dem Betroffenen die Möglichkeit eines menschlichen Todes“ (vgl. MALTESER-HILFSDIENST 1997, S. 1.12-1.12.b).

Eine formale Überarbeitung der „4-S-Merksätze“ stellt im Übrigen das Betreuungskonzept „PAKT“ (Abbildung 5) dar, das mit den Regeln von Gasch und Lasogga inhaltlich nahezu identisch ist und sie lediglich um die Forderung nach einer empathischen Anteilnahme ergänzt. Die Formulierung der Regel mit den Buchstaben P-A-K-T kann dabei metaphorisch verstanden werden: Der Helfer soll mit dem Betroffenen tatsächlich einen PAKT schließen, d. h. er soll mit ihm ein enges Bündnis eingehen, um die Notfallsituation gemeinsam mit ihm durchzustehen (vgl. Karutz 1999a).

<b>Betreuungskonzept PAKT</b>	
<b>P</b>	Präsenz zeigen
<b>A</b>	Abschirmen
<b>K</b>	Kommunizieren
<b>T</b>	Teilnehmen

Abbildung 5: Betreuungskonzept PAKT

### **3.2.2. Allgemeine Handlungsorientierung und Basisregeln nach Remke**

Stefan Remke legte 63 Patienten, die sich kurz nach einem Unfall noch in stationärer Behandlung befanden, einen Fragebogen zu ihren Wünschen an das medizinische Rettungsteam während der Ersten Hilfe vor. Theoretische Grundlage dieses Fragebogens war die Klassifikation von Grundbedürfnissen der Unfallpatienten, die von Remke zuvor in einer Pilotstudie operationalisiert worden war (vgl. REMKE 1995, S. 44-45).

Dabei ergaben sich zunächst fünf Faktoren bzw. Komponenten einer Psychischen Ersten Hilfe, und zwar die emotionale Anteilnahme, der Schutz der persönlichen Integrität, die verbale Einflußnahme, die Gabe von Informationen sowie ein jeweils unterschiedliches patientenzentriertes Verhalten des Helfers. Die subjektive Bedeutung dieser Faktoren für die Betroffenen variierte jedoch alters- und geschlechtsspezifisch sowie in Abhängigkeit von der Stärke der Schmerzen z. T. erheblich: „Deutlich zeigte sich, daß Dinge, die für einen Patienten wichtig und wünschenswert erschienen, für



andere gar nicht so bedeutsam waren, sie konnten sich sogar als unangenehm erweisen“ (REMKE 1995, S. 63).

Remke fordert deshalb v. a. eine möglichst *individuelle* Betreuung von Notfallpatienten, die er „als ein Eingehen auf die Patientenbedürfnisse, die bei dem jeweiligen Patient zu dem konkreten Zeitpunkt und bei situativen Bedingungen gegeben sind“ (REMKE 1995, S. 64). Anstelle des bloßen Erlernens starrer Regeln und feststehender Handlungsanweisungen sollten in der Ausbildung von Helfern demnach v. a. Kenntnisse über die Vielfalt evtl. auftretender Patientenbedürfnisse sowie die Möglichkeiten zu deren Realisierung vermittelt werden. Als weitere Voraussetzung einer wirksamen PEH nennt Remke schließlich die Sensibilisierung der Rettungskräfte, um den psychischen Zustand des Patienten wahrzunehmen und adäquat darauf einzugehen.

Zusammenfassend schreibt er, daß „durch vorgegebene starre Schemata [...] ein wesentliches Element der psychischen Ersten Hilfe, nämlich die Ermittlung des psychischen Zustandes und den sich daraus entwickelnden Bedürfnissen der Patienten [...] massiv vernachlässigt [wird]. [...] Es kann daher [...] nur eine *allgemeine Handlungsorientierung* für eine psychische Hilfe geben“ (REMKE 1995, S. 64-65; hervorh. v. H. K.). Diese „phasentypische Grobstruktur“ (Tabelle 2) solle einen Rahmen für potentielle psychische Hilfsmaßnahmen gegenüber dem Unfallpatienten geben und lediglich grobe Handlungsanweisungen beinhalten, die in der Anwendung den individuellen Bedürfnissen des Patienten, seiner psychischen Konstellation und situativen Bedingungen angepaßt werden müssen (vgl. REMKE 1995, S. 65).

Unabhängig von dieser allgemeinen Handlungsorientierung schreibt Remke allerdings, daß es „bei den psychologischen Hilfsmaßnahmen eine Reihe von Verhaltensweisen [...] [gibt], die eine gewisse Allgemeingültigkeit haben“ (REMKE 1995, S. 67). So formuliert schließlich auch er – ähnlich wie Gasch und Lasogga - insgesamt 16 „Basisregeln“ (Tabelle 3) für die Psychische Erste Hilfe, die er als einfaches, aber effektives Handwerkszeug beschreibt (vgl. REMKE 1995, S. 67).

<b>I. Kontaktaufnahme (Vertrauen gewinnen bzw. bestätigen)</b>	
1.) Kontakt herstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Unfallpatient herunterbeugen</li> <li>- keine dramatisierende Mimik, Gestik u. ä.</li> <li>- Vorwürfe vermeiden, mögliche Affekte akzeptieren, beruhigend mit Worten einwirken</li> <li>- persönliche Integrität bewahren</li> </ul>
2.) Schmerzen verstehen und akzeptieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verbal Verständnis symbolisieren</li> <li>- Ermutigung und Trost spenden</li> <li>- die innere Welt des Patienten nachempfinden</li> </ul>
3.) Vor Schaulustigen schützen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sicheres Auftreten gegenüber den Schaulustigen</li> <li>- Unfallpatient vor Blicken der Schaulustigen schützen</li> </ul>
<b>II. Erste medizinische Versorgung (Schmerzlinderung, allgemeine Beruhigung)</b>	
1.) Kompetentes, sicheres Agieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kein dramatisierendes, hektisches Agieren</li> <li>- gegenseitige Vorwürfe vermeiden</li> <li>- Gespräch über Unfallpatient in dessen Nähe vermeiden</li> <li>- in der Nähe des Unfallpatienten bleiben</li> <li>- (besonders) schmerzerzeugendes Handeln ankündigen bzw. erklären</li> <li>- auf Wünsche des Unfallpatienten eingehen und Bedürfnisse erfragen</li> </ul>
2.) Für Gespräch offen sein	<ul style="list-style-type: none"> <li>- auf Äußerungen des Unfallpatienten eingehen, Ängste und Befürchtungen verbalisieren</li> <li>- auf Fragen konkret antworten</li> <li>- evtl. Informationen geben</li> </ul>
3.) Emotionale Zuwendung geben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermutigung des Unfallpatienten (unrealistische Befürchtungen beseitigen)</li> <li>- eigene (echte) Gefühle zeigen</li> <li>- leichter Körperkontakt (besonders bei Kindern und älteren Personen)</li> </ul>
<b>III. Fahrt in das Krankenhaus (allgemeine Entspannung)</b>	
1.) Für Gespräch offen sein bzw. selbst anregen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Nähe der Unfallpatienten bleiben</li> <li>- Blickkontakt herstellen</li> <li>- bei stark Schmerzen erleidenden Patienten Gespräch möglichst während der gesamten Fahrt aufrecht erhalten</li> <li>- siehe II.2.</li> </ul>
2.) Emotionale Zuwendung, leichter Körperkontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- siehe II.3.</li> </ul>
<b>IV. Übergabe im Krankenhaus</b>	
1.) Selbstwertgefühl schützen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vor Schaulustigen schützen, nicht alleine lassen</li> <li>- persönliche Integrität bewahren</li> <li>- verabschieden</li> </ul>

Tabelle 2: Allgemeine Handlungsorientierung zur PEH (REMKE 1995, S. 66)

Nr.	Regel
1	Nähern sie sich ruhig und aufgeschlossen dem Patienten!
2	Geben Sie zum Ausdruck, daß Sie die Schmerzen des Patienten verstehen und akzeptieren!
3	Akzeptieren Sie die persönliche Integrität des Patienten!
4	Vermeiden Sie, daß der Patient eigene offene Wunden sieht!
5	Schützen Sie den Patienten vor den Blicken der Schaulustigen!
6	Gehen Sie auf die Wünsche des Patienten ein!
7	Seien Sie offen für ein Gespräch mit dem Patienten!
8	Gehen Sie auf Äußerungen des Patienten ein!
9	Beantworten Sie Fragen des Patienten konkret!
10	Sprechen Sie nicht ohne Aufforderung des Patienten über weitere mögliche medizinische Maßnahmen oder dessen gesundheitlichen Zustand!
11	Vermeiden Sie Vorwürfe!
12	Bleiben Sie in der Nähe des Patienten!
13	Zeigen Sie emotionale Zuwendung!
14	Versuchen Sie leichten Körperkontakt!
15	Informieren Sie den Unfallpatienten über die Ankunft eines Angehörigen falls gegeben!
16	Vermeiden Sie Gespräche über den Patienten in dessen Nähe!

Tabelle 3: Basisregeln zur PEH (REMKE 1995, S. 67-70)

### 3.2.3. Betreuungskonzept KASPERLE

Für die Psychische Erste Hilfe speziell bei Kindern wurde bislang nur ein einziges Konzept entwickelt, das der oben erläuterten Definition<sup>49</sup> entspricht (vgl. KARUTZ 1999b). V. a. deshalb, weil auch bei der Entwicklung des neuen Regelwerkes zur PEH bei Kindern (in Abschnitt 6 der vorliegenden Arbeit) auf dieses Konzept zurückgegriffen wird, soll es hier kurz dargestellt werden.

Grundlage der Konzeptentwicklung war die inhaltliche Analyse von insgesamt 35 Fachpublikationen zur Ersten Hilfe durch Laien bzw. zur notfallmedizinischen Therapie des Rettungsdienstes (sogenannte „Taschen“- , „Hand“- und „Lehrbücher“ sowie „Praxisleitfäden“), die in den vergangenen fünf Jahren erschienen waren und von denen angenommen wurde, daß sie Aussagen zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern enthalten würden.

Als konkrete Zielsetzung der Analyse wurde angestrebt, die vereinzelt veröffentlichten, zumindest teilweise unterschiedlichen und sich mitunter wiederholend überlagernden Hinweise und Anregungen für die Betreuung verletzter und erkrankter Kinder zu einem Konzept zusammenzuführen, ihre entwicklungspsychologische Begründung

<sup>49</sup> Vgl. Anm. 43.

und die inhaltliche Relevanz für die Praxis zu hinterfragen sowie abschließend ein strukturiertes Regelwerk für die PEH bei Kindern zur Verfügung zu stellen. Auf eine explizite altersspezifische Zuordnung einzelner Regeln wurde dabei bewußt verzichtet, um ein für die Betreuung aller Kinder geeignetes, einheitliches Ausbildungskonzept verwirklichen zu können.

Die bereits erwähnten Veröffentlichungen wurden daraufhin untersucht, ob in ihnen Aussagen zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern getroffen wurden. Die entdeckten Hinweise wurden dann gesammelt und in neun Bereiche jeweils ähnlicher Anregungen zusammengefaßt bzw. kategorisiert.

Anschließend wurden die besonders häufig gefundenen Hinweise der verschiedenen Autoren erneut strukturiert und in acht Regeln mit den jeweiligen Anfangsbuchstaben K-A-S-P-E-R-L-E als Merkhilfe zusammengefaßt. Das endgültige Ergebnis mit möglichst konkret operationalisierten Handlungsanweisungen zur PEH inklusive kurzer Begründungen zeigt Tabelle 4.

Unabhängig davon, daß diese Regeln durchaus ihre Berechtigung haben können, ist zum Betreuungskonzept KASPERLE allerdings kritisch anzumerken, daß die methodische Vorgehensweise bei der oben beschriebenen Kategorisierung problematisch war. Beispielsweise ergibt sich durch die Anordnung der Regeln zwar ansatzweise ein chronologischer Ablauf der einzelnen Maßnahmen, zugleich blieb jedoch eine Bewertung dieser Maßnahmen, die zu einer hierarchisch gegliederten Struktur des Konzepts hätten führen können, weitgehend unberücksichtigt. Ebenso waren Redundanzen bzw. inhaltliche Überschneidungen der einzelnen Regeln nicht völlig vermeidbar.

Zudem ist darauf hinzuweisen, daß die Materialbasis, die dem Konzept zugrunde liegt, wenig umfangreich war: So wurden letztlich nur in 13 der 35 untersuchten Veröffentlichungen verwertbare Hinweise zur PEH bei Kindern gefunden. Im Übrigen gelten die kritischen Hinweise, die Gasch und Lasogga in der wissenschaftlichen Diskussion ihrer eigenen Regelwerke anmerken (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 109-118), ebenfalls für das Betreuungskonzept KASPERLE. Mit der grundsätzlichen Kritik bestehender Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe befaßt sich daher der nun folgende Abschnitt.

Abk.	Bedeutung	Beispielhafte Konkretisierung (ergänzungsfähige Auswahl)	Kurze Begründung
<b>K</b>	<b>Kontakt aufnehmen und vorsichtig Körperkontakt herstellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sich dem Kind möglichst langsam nähern</li> <li>Sich auf das körperliche Niveau des Kindes begeben</li> <li>Sich mit Vornamen vorstellen und nach dem Vornamen des Kindes fragen</li> <li>Das Kind nicht alleine lassen</li> <li>In der Nähe des Kindes bleiben</li> <li>Das Kind streicheln</li> <li>In den Arm nehmen</li> <li>Hand halten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder sind Fremden gegenüber mitunter mißtrauisch. Dies gilt umso mehr, wenn sie aufgeregt sind und situationsbedingt ohnehin schon Angst haben. Eine behutsame Kontaktaufnahme, bei der sich der Helfer als Anteilnehmender Partner des kindlichen Patienten vorstellt, kann dem Kind ermöglichen, ihm gegenüber Vertrauen zu entwickeln.</li> <li>Körperkontakt vermittelt dem Kind das beruhigende Gefühl von Nähe, Wärme und Geborgenheit</li> <li>Aufgeregte und ängstliche Kinder, die noch dazu evtl. Schmerzen verspüren, sind durch verbale Kommunikation kaum zu beruhigen. Auch deshalb ist nonverbaler Kontakt wichtig.</li> </ul>
<b>A</b>	<b>Für Ablenkung sorgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verletzungen bedecken</li> <li>Geschichten erzählen</li> <li>„Trostlieder“ singen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vom Notfallgeschehen abzulenken, kann evtl. Aufregung, Angst und Schmerzempfindung vermindern.</li> </ul>
<b>S</b>	<b>Situation erklären</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kindgerechte und altersgemäße Erklärungen geben</li> <li>Ehrlich auf Fragen antworten</li> <li>Nicht lügen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hier gilt es einerseits, dem kindlichen Informationsbedürfnis zu entsprechen, andererseits wird davon ausgegangen, daß Streß (der z. B. durch Schmerzen bei der Durchführung bestimmter Hilfsmaßnahmen verursacht wird) besser verarbeitet werden kann, wenn man auf ihn vorbereitet war.</li> </ul>
<b>P</b>	<b>Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bezugspersonen, z. B. die Eltern benachrichtigen, herbeiholen und in die Hilfeleistung einbeziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder sind emotional von Bezugspersonen abhängig. Zu den Bezugspersonen hat das Kind Vertrauen, es fühlt sich in ihrer Nähe geborgen und sicher.</li> </ul>
<b>E</b>	<b>Entscheidungsfreiheit lassen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soweit möglich, Zwang und Druck bei der Hilfeleistung vermeiden, z. B. das Kind möglichst nicht festhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der beängstigende Eindruck, der Situation (und den Helfern) hilflos ausgeliefert zu sein, wird durch die Vermeidung von Zwang und Druck sowie die weitgehende Wahrung kindlicher Entscheidungsfreiheit vermindert.</li> <li>Vermittelt wird das Gefühl relativer Selbstkontrolle.</li> </ul>
<b>R</b>	<b>Ruhe bewahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eigene verbale und nonverbale Signale kontrollieren,</li> <li>Aufregung ausdrückende Signale vermeiden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder nehmen verbale und nonverbale Signale (v. a. Gestik und Mimik des Helfers!) sehr genau wahr und spüren, wenn der Helfer selbst aufgeregt ist oder sich z. B. Sorgen macht. Dies kann sich rasch auf das Kind übertragen und dessen eigene Aufregung steigern, was ja möglichst vermieden werden soll.</li> </ul>
<b>L</b>	<b>Lieblingsstofftier holen und dem Kind geben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teddybären oder andere Stoff- bzw. Kuschtierchen holen und dem Kind geben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>V. a. das weiche Fell und freundliche Gesichter der Stofftiere vermitteln das Gefühl von Wärme und Geborgenheit.</li> <li>Fast alle Kinder haben Lieblingsstofftiere, die für sie ohnehin enge Begleiter in allen Lebenslagen sind, denen sie vertrauen und zu denen eine durchaus große emotionale Verbindung besteht. Dementsprechend sollten sie in die Hilfeleistung einbezogen werden.</li> <li>Stofftiere sind geeignet, um Kinder abzulenken und um an ihnen bevorstehende Hilfsmaßnahmen zu demonstrieren.</li> </ul>
<b>E</b>	<b>Das Kind ernst nehmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sich empathisch in die Situation des Kindes einfühlen</li> <li>Nicht bagatellisieren</li> <li>Nicht mit dem Kind in „Babysprache“ sprechen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder haben entwicklungsbedingt große Schwierigkeiten, Schmerzen, Sorgen und Ängste adäquat zu verbalisieren. Sie fühlen sich u. U. rasch unverstanden, alleingelassen und hilflos.</li> <li>Zu wissen, daß der Helfer die Situation des Kindes versteht und sich ernsthaft bemüht, Anteil zu nehmen, hilft dem Kind, Vertrauen zum Helfer aufzubauen und sich geborgen zu fühlen.</li> </ul>

Tabelle 4: Das Betreuungskonzept KASPERLE (KARUTZ 1999b, S. 1011)

### **3.3. Kritik der bestehenden Konzepte zur PEH**

#### **3.3.1. Methodische Problematik**

Remke weist darauf hin, daß alle bisher ermittelten Informationen über die psychische Situation von Notfallpatienten aus der Retrospektive gewonnen wurden, d. h. daß Befragungen der Betroffenen stets im Nachhinein durchgeführt wurden und somit „mehr oder weniger stark emotional überlagert sind [bzw.] [...] einer retrograden Erinnerungsverzerrung unterliegen“ (REMKE 1995, S. 13; Anm. v. H. K.). An anderer Stelle schreibt Remke vom Wirksamwerden psychischer Bewältigungsstrategien wie z. B. der Bagatellisierung und der Verleugnung. Auch ist zu berücksichtigen, daß insbesondere die Bewertung des Geschehenen durch zusätzliche Informationen, die der Betroffene im Nachhinein erhält, verfälscht werden kann (vgl. REMKE 195, S. 44; GUT-JAHR 1985, S. 19).

Eine sofortige Befragung der Betroffenen im Notfallgeschehen ist aber v. a. deshalb nicht durchführbar, weil sie zur Behinderung oder Verzögerung der Rettungsmaßnahmen führen könnte bzw. sie sich aus ethischen und rechtlichen Gründen verbietet: „Der Patient [befindet] sich [...] in einem Zustand geringer Belastbarkeit, woraus sich ergibt, daß [...] psychologische Tests, Befragungen bzw. andere belastende psychologische Erhebungsmethoden nicht zumutbar sind“ (REMKE 1995, S. 44; Anm. v. H. K.). Ebenso sind Reaktionen der Notfallbetroffenen „aus prinzipiellen Gründen experimentell nicht erzeugbar“ (REMKE 195, S. 13).

#### **3.3.2. Strukturelle und anwendungsbezogene Problematik**

Nach Gasch und Lasogga liegen „zwischen der kognitiven Erfassung des Inhalts eines Satzes und [dessen] handlungsmäßiger Umsetzung [...] große Differenzen“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 109; Anm. v. H. K.). Wenngleich Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe also zunächst als selbstverständlich erscheinen mögen, ist ihre Anwendung im tatsächlichen Notfallgeschehen offenbar mit Schwierigkeiten verbunden und keineswegs selbstverständlich; Wissen und Handeln bzw. Theorie und Praxis klaffen demnach auseinander. Gasch und Lasogga belegen dies mit einigen anschaulichen Beispielen (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 109 u. 110).

Aus diesen Überlegungen ist zu folgern, daß es nicht ausreicht, Regeln zur Psychischen Erste Hilfe nur zu lesen und verstehen: Der kognitiven Aufnahme des Inhalts der Regeln muß sich ihre praktische Einübung anschließen.

Auch ist auf den mitunter stark differierenden Konkretisierungsgrad von Handlungsanweisungen in den jeweiligen Konzepten zur PEH hinzuweisen: Die allgemein formulierte und nicht operationalisierte Aufforderung, dem Betroffenen „Trost zu spenden“ oder ihm „Mut zu machen“ (vgl. KARUTZ 1999b, S. 46) findet sich in der Literatur ebenso wie z. B. recht detaillierte Beschreibungen der Art und Weise, in der zum Betroffenen Körperkontakt gesucht werden soll (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 45-47). Besonders deutlich wird dieser unterschiedliche Konkretisierungsgrad auch bei Hinweisen zur verbalen Kommunikation mit dem Betroffenen: Teilweise wird nur auf die grundsätzliche Notwendigkeit der Kommunikation hingewiesen (vgl. KARUTZ 1999a), teilweise werden empfehlenswerte Äußerungen des Helfers exakt vorformuliert (z. B. GASCH/LASOGGA 2000, S. 127-128). In welchem Maße Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe aber tatsächlich konkretisiert bzw. operationalisiert werden müssen, um in der Praxis so angewendet werden zu können, daß sie positiv wirken, scheint bislang noch unklar. Während einerseits pauschalisierende Anweisungen wie z. B. „Beruhigen Sie den Betroffenen“<sup>50</sup> kaum hilfreich sein dürften, beinhalten allzu exakt vorformulierte Äußerungen des Helfers andererseits die Gefahr, ebenfalls als auswendig gelernte Floskeln bagatellisiert zu werden.

Ähnliches gilt für grundlegende Strukturen der Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe: Während einige Konzepte „allgemeine und generelle Hilfsstrategien“ beinhalten, die in der *gesamten* Notfallsituation und bei jedem Notfallpatienten gleichermaßen bzw. in sehr ähnlicher Weise anwendbar sein sollen (ARBEITSKREIS NOTFALLPSYCHOLOGIE 2000b; vgl. auch BOURAUDEL/FRIEDEL/GASCH/LASOGGA 1994), wurden andere so gegliedert, daß bestimmte helfende Verhaltensweisen und jeweilige Zielsetzungen dieses Verhaltens chronologisch einzelnen Phasen der Notfallsituation – z. B. der Kontaktaufnahme des Helfers zum Betroffenen, der Erstversorgung, der Fahrt ins Kran-

---

<sup>50</sup> Gasch und Lasogga berichten darüber, daß Helfer z. T. offenbar recht unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie sie beruhigend wirken können: „Dies kann von geduldigem Zuhören bis zum Anschreien, von Nichtbeachtung bis zu allgemeinen Floskeln [...] oder dem Erzählen von eigenen Unfällen gehen“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 16).

kenhaus und der Übergabe des Patienten an das Krankenhauspersonal – zugeordnet sind (vgl. REMKE 1995, S. 66)<sup>51</sup>.

Ein noch differenzierteres, patientenzentriertes Konzept, in dem ausgehend von der individuellen Reaktion des Betroffenen im Notfall abhängig gemacht wird, wie bzw. gegen welchen konkreten Belastungsfaktor hier zunächst interveniert werden muß, wurde zwar gefordert<sup>52</sup>, bislang jedoch nur ansatzweise entwickelt (vgl. REMKE 1995; HOCKAUF 2000)<sup>53</sup>.

Wie differenziert PEH-Konzepte aber nun tatsächlich vorgeben müssen, *was wie wann und bei wem* zu tun ist, um überhaupt effektiv angewendet werden zu können, kann bislang nicht eindeutig gesagt werden. Feststehen dürfte lediglich, daß ein PEH-Regelwerk nicht *zu* unübersichtlich und *zu* stark zergliedert werden darf, weil die geforderte rasche Anwendbarkeit durch jedermann, also auch durch einen psychologisch nicht besonders ausgebildeten Personenkreis, sonst wohl nicht mehr gewährleistet ist.

Gasch und Lasogga versuchen diese Problematik dadurch zu lösen, daß sie ihre Regeln als „Neunzig-Prozent-Regeln“ bezeichnen, die vermutlich in der Mehrzahl der Fälle, aber nicht unbedingt immer eine positive Wirkung zeigen werden: Auf Grundlage einer Risiko-Nutzen-Abwägung sollen die wenigen Situationen, in denen die Anwendung einer Regel dem Betroffenen vielleicht sogar schaden wird, zugunsten einer Vielzahl von Fällen zurückstehen, in denen sie die erwünschte Wirkung zeigt (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 114-115).

Ein weiteres Grundproblem der Konzepte zur PEH bezieht sich auf die Frage, ob eine bestimmte *Haltung* des Helfers bei der psychischen Hilfeleistung notwendig ist oder schon das Befolgen von Regeln im Sinne der Anwendung einer bestimmten *Technik* ausreicht. Da in den psychologischen Theorien zu dieser Frage offenbar unterschiedliche Auffassungen vertreten werden (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 112), kann eine klare Antwort auch hierzu bislang nicht gegeben werden.

---

<sup>51</sup> Vgl. S. 41 dieser Arbeit.

<sup>52</sup> Vgl. auch S. 42 dieser Arbeit.

<sup>53</sup> Eine Begründung dieser Tatsache dürfte sein, daß die Anwendung eines solchen PEH-Konzeptes zunächst die sorgfältige psychologische Analyse des Notfallgeschehens beinhaltet, wodurch psychologisch nicht besonders ausgebildete Laien aber möglicherweise schon überfordert sind (vgl. GASCH/LASOGGA 2000, S. 113-114).



Gasch und Lasogga vertreten diesbezüglich jedoch die Ansicht, daß ihre eigenen Regeln zwar unabhängig von der inneren Einstellung des Helfers effizient angewendet werden können, daß Mitgefühl, echte Anteilnahme und Empathie aber „sicher von den meisten Unfallopfern nicht missverstanden“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 113) wird, d. h. also zumindest nicht unangebracht ist. Deutlich stärker haltungsorientiert sind demgegenüber z. B. die Regeln zur PEH bei Fertig, wenngleich hier wiederum die Anwendung von PEH-Regeln als Technik keineswegs als ausgeschlossen erscheint (FERTIG/WIETERSHEIM 1994, S. 37-43).

Die Hierarchisierung bestehender PEH-Konzepte beinhaltet eine weitere Problematik, zumal eine explizite Zielformulierung für einzelne Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe bislang meist nicht erfolgt ist. Muß beispielsweise die emotionale Zuwendung zum Betroffenen (u. a. durch das Herstellen von Körperkontakt, durch teilnehmende, verständnisvolle Aussagen des Helfers) oder eher die sachliche Aufklärung über das Geschehen und durchzuführende Hilfsmaßnahmen im Vordergrund stehen, um den psychischen Zustand des Betroffenen zu stabilisieren? -Mietzel beschreibt soziale Unterstützung in diesem Zusammenhang als tatkräftige, emotionale *und* informative Hilfestellung (vgl. MIETZEL 1994, S. 373). Wie aber sollen diese Teilbereiche der Hilfeleistung kombiniert bzw. angeordnet werden? Wenngleich in der Notfallmedizin seit geraumer Zeit feststehende Algorithmen zur Therapie des Patienten befolgt werden können, ist man von einer solchen Hierarchisierung der Maßnahmen zur Psychischen Ersten Hilfe noch weit entfernt: Einzelne Regeln und Regelwerke stehen bislang unbewertet und relativ unzusammenhängend *nebeneinander*: Wechselwirkungen einzelner Maßnahmen der PEH untereinander und hierarchisierende Zuordnungen zu (Teil-) Zielen der psychischen Hilfeleistung bleiben in fast allen PEH-Konzepten unberücksichtigt.

### **3.3.3. Inhaltliche Problematik und inhaltliche Defizite**

In einem engen Zusammenhang mit der oben beschriebenen Problematik einer fehlenden Zuordnung einzelner Maßnahmen zu (Teil-) Zielen der PEH und meist bewußt allgemeingehaltenen Handlungsanweisungen (d. h. einer fehlenden Orientierung am einzelnen Individuum) steht die Frage danach, ob die Psychische Erste Hilfe eher die Beruhigung oder die Aktivierung des Betroffenen bewirken sollte. So erscheint zu-

nächst natürlich einsichtig, daß „Angst, Erregung [und] Anspannung [...] bei einem Unfalpatienten schädliche Reaktionen darstellen, die durch entsprechende Maßnahmen gemildert oder behoben werden sollten“ (GASCH/LASOGGA 2000, S. 115). Denkbar sind jedoch ebenso Situationen, in denen die Aufforderung an den Betroffenen sinnvoll wäre, doch möglichst aktiv bei der Durchführung einzelner Maßnahmen mitzuhelfen. Wann bzw. bei wem, d. h. bei welchem Unfall- und Verletzungstyp eine zusätzliche nervöse Aktivierung nützlicher ist als die Beruhigung, konnte bislang aber noch nicht herausgefunden werden (vgl. GASCH/ LASOGGA 2000, S. 115). Mit Sicherheit kann lediglich gesagt werden, daß auch in den Situationen, in denen der Betroffene *auf jeden Fall* eher beruhigt werden soll, nicht der Fehler gemacht werden darf, ihn in eine völlige Passivität zu drängen und ihm den Eindruck zu vermitteln, daß die Hilfeleistung sozusagen „über ihn hinweg“ abläuft.

Vielleicht muß die Fragestellung „Beruhigung versus Aktivierung“ (GASCH/ LASOGGA 2000, S. 115) aber auch neu formuliert werden und es gilt vielmehr zu untersuchen, wie Beruhigung und Aktivierung *gleichzeitig* bewirkt werden können. Ebenso ist auch hier auf die Möglichkeit von Wechselwirkungen hinzuweisen: Nämlich einerseits die *Aktivierung durch Beruhigung* (indem man Angst und Erregung soweit vermindert, daß eine zielgerichtete Aktivität überhaupt erst wieder möglich ist), andererseits aber auch *Beruhigung durch Aktivierung* (indem der Betroffene z. B. durch eigenes Tun das Gefühl relativer Kontrolle über das Geschehen zurück erhält, was ihm dann Angst nehmen und seine Erregung mindern würde, zumindest sofern diese primär durch den Kontrollverlust ausgelöst worden ist).

Abschließend soll nun – bezogen auf das Anliegen der vorliegenden Arbeit – darauf hingewiesen werden, daß die Besonderheiten einer PEH bei Kindern – vom Betreuungskonzept KASPERLE abgesehen – bislang unberücksichtigt geblieben sind und hier ganz offensichtlich ein inhaltliches Defizit der bestehenden Konzepte zur Psychischen Ersten Hilfe besteht.

Es wird jedenfalls davon ausgegangen, daß sich die besondere psychische Situation eines Kindes im Notfallgeschehen v. a. durch den jeweiligen Entwicklungsstand von der Situation eines Erwachsenen deutlich unterscheidet und demzufolge auch besondere Strategien für die PEH notwendig macht (vgl. LOHAUS 1993, S. 117).

## **Teil 2:**

Weiterentwicklung

**eines Konzeptes  
zur PEH bei Kindern**

## Theoretische Überlegungen

In Abschnitt 3.1.2. der vorliegenden Arbeit wurde die Situation eines (*erwachsenen*) Betroffenen im Notfallgeschehen bereits dargestellt. Das komplexe Gefüge von grundsätzlich auftretenden bzw. denkbaren Belastungsfaktoren, Moderatorvariablen und Folgen eines Notfallgeschehens - mit den zahlreichen Beeinflussungsmöglichkeiten und Wechselwirkungen untereinander - soll an dieser Stelle nicht noch einmal beschrieben werden. Ergänzend hinzuweisen ist jedoch auf einige Besonderheiten, die für das *kindliche* Erleben einer Notfallsituation typisch sind und die bislang eben noch nicht erwähnt worden sind. In einem zweiten Schritt soll dann gezeigt werden, was speziell vor dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung für eine Psychische Erste Hilfe bei Kindern zu beachten ist.

### 4.1. Überlegungen vor dem Hintergrund der Situation eines Erwachsenen

Wenn Hitze und Kälte schon bei Erwachsenen als externe Faktoren einer massiven physiologischen Belastung zu betrachten sind<sup>54</sup>, gilt dies bei Kindern umso mehr: Durch die im Verhältnis zum Körpergewicht größere Körperoberfläche, einen größeren Wasseranteil an der Körpermasse und die noch unzureichend entwickelten Regulations- bzw. Kompensationsmechanismen des Organismus reagieren Kinder *wesentlich* eher auf Witterungseinflüsse bzw. Temperaturveränderungen. Dementsprechend ist ein auf der Straße liegendes, verletztes Kind beispielsweise allein schon durch die drohende Unterkühlung um ein vielfaches stärker bedroht (und somit körperlich belastet) als ein Erwachsener mit vergleichbarem Verletzungsmuster.

---

<sup>54</sup> Vgl. S. 28.

Das Auftreten von Bewegungseinschränkungen (z. B. bei Frakturen) wurde ebenfalls schon als physiologische Belastung in einem Notfallgeschehen genannt<sup>55</sup>. Auch hier gilt jedoch, daß diese Belastung für Kinder *wesentlich* größer ist als für Erwachsene – und dies aus zwei Gründen: Einerseits verspüren Kinder einen ganz anderen (und natürlichen) Bewegungsdrang als Erwachsene, so daß die Bewegungseinschränkung zu einer besonders starken Einschränkung des Lebensraumes führt (vgl. REMSCHMIDT 1994, S. 257 u. 258); andererseits haben Kinder in der Regel noch nicht eine solche Körperbeherrschung gelernt, wie dies bei Erwachsenen der Fall ist. Einem verletzten Kind dürfte es von daher weitaus größere Probleme bereiten, 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 womöglich sogar den natürlichen Bewegungsdrang noch steigert<sup>56</sup>, während er zugleich jedoch – verletzungs- oder krankheitsbedingt – eine Bewegungseinschränkung verursacht bzw. erforderlich macht. Besonders problematische Situationen können sich insbesondere dadurch 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 im Notfallgeschehen notwendig ist. Die Anwendung von Zwang bzw. das regelrecht gewaltsame Festhalten des Kindes läßt sich dann häufig nicht vermeiden, wodurch wiederum die psychische Erregung und folglich auch der Bewegungsdrang gesteigert werden. Unter Umständen entwickelt sich eine kreis- bzw. spiralförmig verlaufende Eskalation, die zur ständigen Zunahme von Belastungen für das Kind führt, wie sie in Abbildung 6 dargestellt ist.

Wenngleich prinzipiell die Wahrnehmung mit allen Sinnen das Erleben der Notfallsituation prägt<sup>57</sup>, neigen Kinder offenbar in besonderem Maße und „mehr als Erwachsene dazu, sich nach Gerüchen zu orientieren und so ihre Umwelt zu deuten. Unbekannte Gerüche können [demnach; Anm. v. H. K.] Angst auslösen, vor allem wenn sie scharf und unangenehm sind“ (DE KUIPER 1999, S. 39). Auch müssen, was gerade die

---

<sup>55</sup> Vgl. S. 29.

<sup>56</sup> Der Bewegungsdrang kann beispielsweise durch psychische Erregung gesteigert werden: Körperliche Bewegung würde dann nämlich – ebenso wie die bereits erwähnte gesteigerte Sprachmotorik (vgl. S. 32) – als Ventilmechanismus zur Erregungsabfuhr dienen (vgl. LÖBLE 2000, S. 980).

Reaktion auf Gerüche angeht, eventuell vorangegangene Konditionierungsvorgänge berücksichtigt werden: So ist bei einem Kind beispielsweise - stärker als bei einem Erwachsenen - denkbar, daß allein der Geruch nach Desinfektionsmittel im Innenraum eines Rettungswagens massive Angst auslöst, weil er u. U. unbewußt mit den unangenehmen Erinnerungen an den früheren Aufenthalt in einer (Zahn-) Arztpraxis oder einem Krankenhaus verbunden ist, in der es möglicherweise ähnlich gerochen hat.

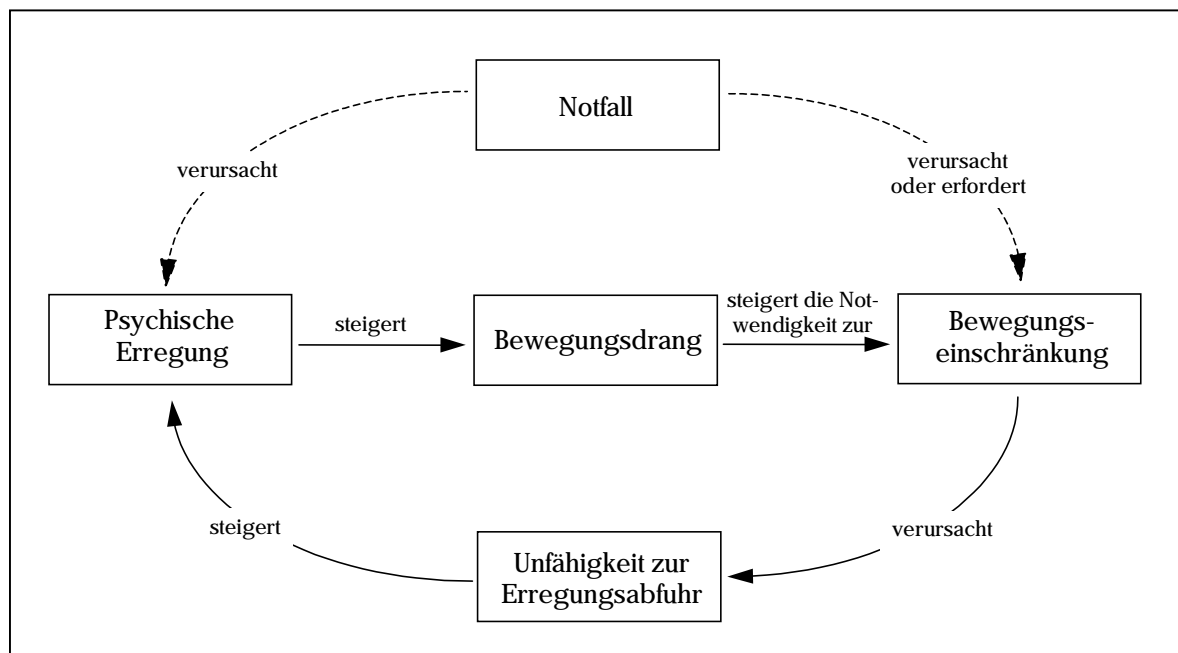


Abbildung 6: Bewegungsdrang und Bewegungseinschränkung im Teufelskreis

Auch wenn die Neuheit des Notfallgeschehens bereits als individualpsychologische Belastung<sup>58</sup> beschrieben wurde, sind hier einige Ergänzungen der Darstellung notwendig: So werden Erwachsene in ihrem Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit durchaus schon mehrere verschiedene Notfallsituationen (*mit-*) erlebt haben, während vielen Kindern (zumindest bis zu einem gewissen Alter) vergleichbare Erfahrungen fehlen. In diesem Sinne sind Kinder mit Notfallsituationen ganz grundsätzlich noch viel weniger vertraut als Erwachsene; und insofern ist die Neuheit des Notfallgeschehens für Kinder auch eine *besonders* große Belastung.

<sup>57</sup> Vgl. S. 28 u. 29 sowie 33 u. 34.

<sup>58</sup> Vgl. S. 29.

Zum Wissensdefizit eines Kindes kommt aber noch ein zumindest teilweise falsches Wissen hinzu: Kinder können z. B. unzutreffende Vorstellungen über die Funktion von Organen, die Funktion von Behandlungsmaßnahmen oder die Ursache einer Erkrankung haben; detailliertere Informationen dazu enthält Abschnitt 4.2. der vorliegenden Arbeit.

Schon an dieser Stelle kann jedoch festgestellt werden, daß hier zumindest *eine* Ursache für die Unsicherheit, die Handlungsunfähigkeit und die daraus resultierende Hilflosigkeit und Angst eines Kindes im Notfall zu finden ist. Da Angst wiederum zu einer affektiven Hemmung führen kann, die auch die Informationsverarbeitung im Notfallgeschehen vermindert<sup>59</sup> (vgl. LOHAUS 1990, S. 19), ergibt sich u. U. ein zweiter Teufelskreis, in dem Kinder bei Notfällen regelrecht gefangen sind (Abbildung 7). Lohaus schreibt hierzu: „Fehlt [...] das Wissen über adäquates krankheitsbezogenes Handeln, dann ist ein angemessenes Handeln in dieser [Notfall-; Anm. v. H. K.] Situation kaum möglich“ (LOHAUS 1990, S. 20), und die Bewältigung des Notfallgeschehens wird zweifellos recht erheblich erschwert.

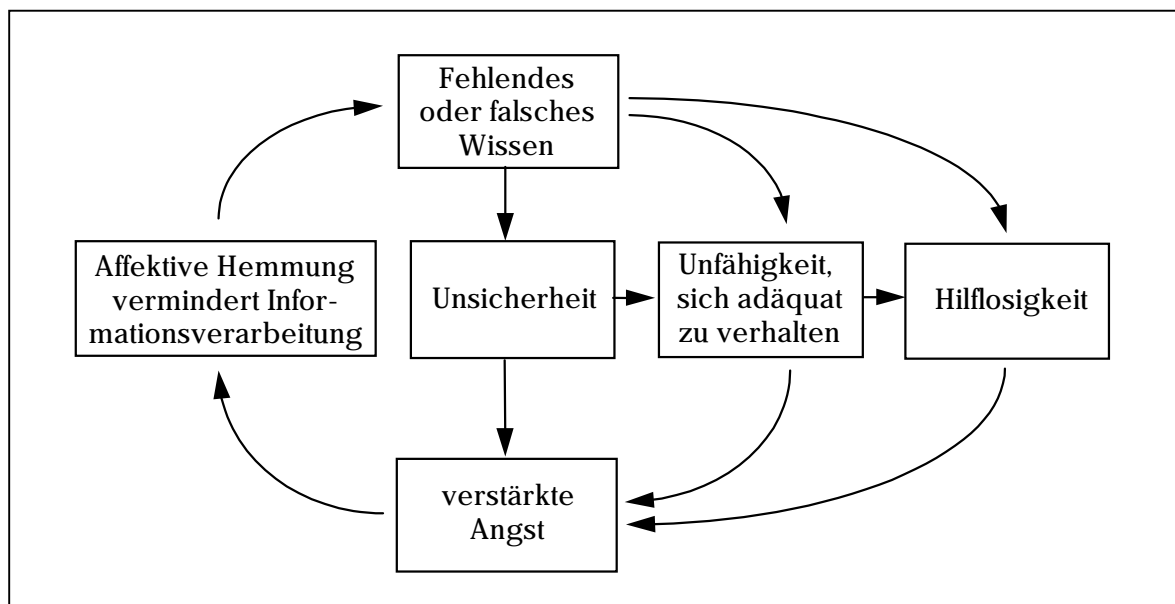


Abbildung 7: Die Auswirkung von fehlendem oder falschem Wissen im Teufelskreis

<sup>59</sup> Mit einer Verminderung der Informationsverarbeitung im Notfallgeschehen ist gemeint, daß die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen erheblich erschwert wird. Dies ist deshalb problematisch, weil ein Kind möglicherweise auch solche Informationen nicht mehr aufnehmen und verarbeiten kann, die ihm – wie auch immer – helfen könnten. Zu nennen sind hier z. B. Handlungsanweisungen an das Kind, durch deren Befolgung Schmerzen gelindert würden.

Bei den übrigen lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen<sup>60</sup> müssen nunmehr auch die kindlichen Erfahrungen aus der Erziehung stärker in die Überlegungen einbezogen werden. Remschmidt weist beispielsweise darauf hin, wie Eltern bei ihren Kindern mitunter feste Assoziationen zwischen Ungezogenheit und einer Erkrankung bzw. einer Behandlungsmethode schaffen, die im Notfallgeschehen dann (als eine Form des oben schon erwähnten „falschen Wissens“) eine zusätzliche Belastung darstellen (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 bereits 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<sup>61</sup>.

Neben diesem Aspekt sind aber noch weitere Lernerfahrungen des Kindes für das Erleben einer Notfallsituation von unmittelbarer Bedeutung: So kann sich z. T. gravierend auswirken, ob und wie ein Kind gelernt hat, mit neuen Erfahrungen bzw. neuen Problemen umzugehen und selbständig auf neue Situationen zu reagieren. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise das u. a. von Seligmann untersuchte Phänomen der erlernten Hilflosigkeit zu nennen: Hierzu schreibt Mietzel, daß die in der Kindheit erworbene Lerneinstellung bzw. eben die in der Kindheit erlernte Hilflosigkeit ganz erhebliche Folgen für das weitere Leben habe - und zwar insbesondere deshalb, weil durch sie die Fähigkeit beeinträchtigt werde, „streßvollen Ereignissen [wie z. B. einem Notfallgeschehen; Anm. v. H. K.] wirkungsvoll entgegenzutreten“ (MIETZEL 1994, S. 191).

Bezogen auf die psychische Konstellation des Notfallbetroffenen<sup>62</sup> ist bei Kindern – sicherlich mehr als bei Erwachsenen – zu berücksichtigen, welches Verhältnis zu den Eltern, nicht zuletzt aber auch zu den Geschwistern besteht und wie sich die gesamte familiäre Situation im Augenblick darstellt: Einerseits können die jeweilige Familien-

---

<sup>60</sup> Vgl. S. 32.

<sup>61</sup> Die Tendenz verletzter oder erkrankter Kinder, Notfallsituationen und die folgende Behandlung als Bestrafung für ein eventuelles Fehlverhalten zu empfinden, basiert neben den hier beschriebenen Erziehungseinflüssen noch auf einigen Besonderheiten des kindlichen Denkens, die in Abschnitt 4.2. erläutert werden.

<sup>62</sup> Vgl. S. 32.



größe, Streitigkeiten zwischen Familienmitgliedern (v. a. den Eltern), finanzielle Sorgen der Familie (die dem Kind keineswegs immer verborgen bleiben), die Stellung eines Kindes in der Geschwisterreihe bzw. auch subjektiv empfundener Konkurrenzdruck durch ein Geschwisterkind besondere Belastungen verursachen (vgl. KUSCH 1996, S. 28-30; LOHAUS 1990, S. 87; PETERMANN 1995, S. 974)<sup>63</sup>. Zudem dürften eventuell vorhandene Schulschwierigkeiten weitere Ängste auslösen oder verstärken, wobei diese den Sorgen eines erwachsenen Notfallpatienten um seine berufliche Zukunft ähnlich sein dürften.

Andererseits muß ebenso erwähnt werden, daß beispielsweise ein sehr guter Familienzusammenhalt und eine besonders intensive, vertrauensvolle Bindung des Kindes zu seinen Eltern oder seinen Geschwistern Belastungen deutlich vermindert: Die Bewältigung eines Notfallgeschehens wird zweifellos enorm erleichtert, wenn ein Kind – in einer auch noch so furchtbaren Notfallsituation – zumindest sicher sein kann, daß seine Familie<sup>64</sup> ihm beistehen wird, es nicht alleine ist und auf jeden Fall familiäre Unterstützung erhält. (vgl. LOHAUS 1990, S. 93).

Zur Anwesenheit und zum Verhalten speziell der Eltern im Notfallgeschehen lassen sich in der Fachliteratur nun allerdings noch zahlreiche weitere Hinweise finden: So kann gerade das eben erwähnte Vertrauen in die Liebe der Eltern auch wieder schwer erschüttert werden, wenn Eltern z. B. bei der Durchführung von Hilfsmaßnahmen, die für das Kind schmerzhaft bzw. unangenehm sind, beteiligt werden. Eine starke Irritation des Kindes entsteht hier u. a. deshalb, weil Kinder bis zu einem bestimmten Alter noch nicht zur Übernahme anderer Perspektiven fähig sind und ihnen ebenso die Einsicht fehlt, daß auch unangenehme Maßnahmen im Endeffekt helfen können. Auf diese Aspekte der kognitiven Entwicklung wird aber noch in Abschnitt 4.2. näher eingegangen.

Grundsätzlich gilt jedoch, daß Kinder emotional von ihren Bezugspersonen abhängig sind. Dies *kann* sich positiv auswirken, weil die Anwesenheit der Eltern häufig durchaus beruhigend wirkt und sie den Kindern das Gefühl gibt, in Sicherheit zu sein (vgl.

---

<sup>63</sup> Auf die besondere Problematik, die bei pädiatrischen Notfällen durch evtl. vorangegangene Kindesmißhandlungen entsteht, kann hier nicht näher eingegangen werden. Sie sollte ggf. Bestandteil weiterer Untersuchungen sein.

<sup>64</sup> Ganz bewußt ist hier nicht nur von den Eltern die Rede, weil in der Fachliteratur wiederholt darauf hingewiesen wird, daß gerade auch (Geschwister-) Kinder in Notfällen trösten können (vgl. z. B. LÖBLE 2000, S. 980)!

DE KUIPER 1999, S. 40). Wenn aber die Eltern im Notfallgeschehen selbst sehr aufgeregt sind (und sich – wie auch immer – anders als üblich verhalten), wird ihnen ihr Kind dies anmerken – und die Aufregung bzw. Angst der Eltern überträgt sich auf das zunehmend beunruhigte Kind. Insofern hat die emotionale Abhängigkeit eines Kindes zu seinen Bezugspersonen hier u. U. auch ungünstige Auswirkungen (vgl. DE KUIPER 1999, S. 40; HOFMANN 1999, S. 991).

Die Problematik wird schließlich noch dadurch verstärkt, daß die Angst und Aufregung auch wieder vom Kind zu den Eltern zurück übertragen werden kann, so daß sich möglicherweise ein dritter Teufelskreis entwickelt, der in Abbildung 8 dargestellt wird.

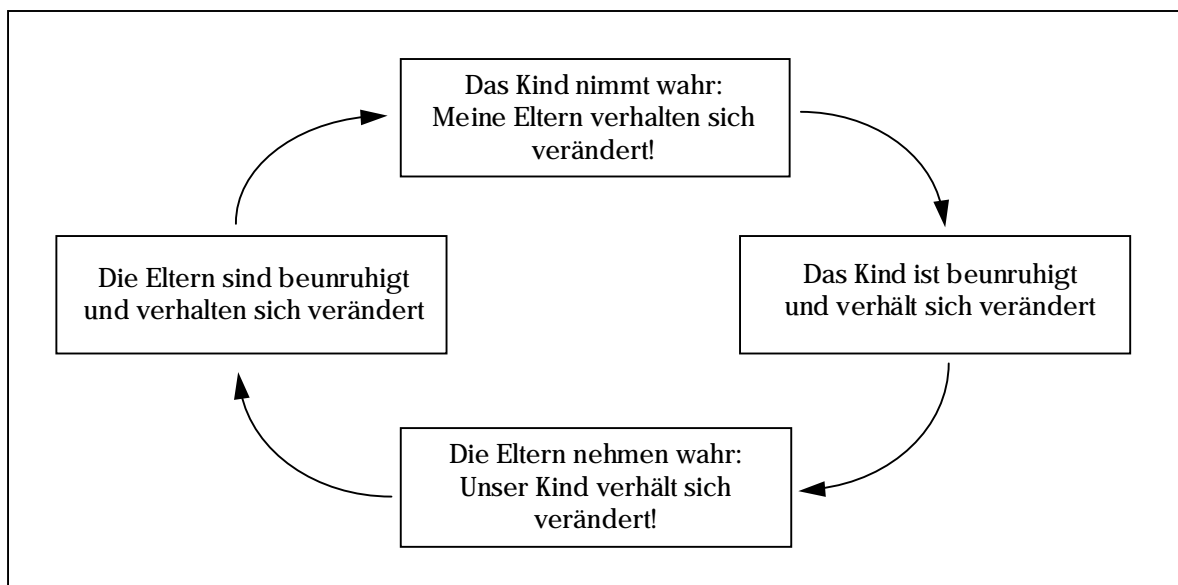


Abbildung 8: Übertragungsmechanismen zwischen Eltern und Kind

Für Mitarbeiter des Rettungsdienstes, die oftmals im hektischen Notfallgeschehen eine Entscheidung darüber treffen müssen, ob Eltern eines Kindes anwesend sein sollen oder nicht, ist noch ein weiterer Hinweis von Bedeutung.

Wenn man sich nämlich dafür entscheidet, die Eltern in die Hilfeleistung einzubeziehen (weil sie offenbar ruhig bleiben und demzufolge ihre Anwesenheit zunächst auch als sinnvoll erscheint), kann gerade ihre ruhige - und oftmals sehr aufmerksame (!) - Anwesenheit dann wiederum zu einer stärkeren Verunsicherung der u. U. ja auch selbst schon aufgeregten Rettungsdienstmitarbeiter führen, die sich jetzt eventuell beobachtet und unter einen besonderen Erfolgsdruck gesetzt fühlen. Nicht zu verges-

sen ist in diesem Zusammenhang: Kindernotfälle treten zu selten auf, um als Rettungsdienstmitarbeiter eine solche Routine zu entwickeln, wie man sie z. B. bei der weitaus häufiger notwendigen Versorgung von Herzinfarktpatienten beobachten kann (vgl. HEINZ 1998, S. 263 u. 264 sowie 267 u. 268).

Wenn das Kind nun aber die Verunsicherung der Rettungsdienstmitarbeiter spürt, wird seine eigene Angst und Unsicherheit auch dadurch wieder zunehmen – so daß sich von nun an – neben den bereits beschriebenen Wechselwirkungen zwischen dem Kind und seinen Eltern - noch weitere zwischen dem Kind, seinen Eltern *und auch dem Rettungsdienstpersonal* entwickeln können (Abbildung 9). Im Endeffekt könnte also die Anwesenheit der zunächst ruhig gebliebenen Eltern im Notfallgeschehen genau das verursachen, was man durch sie verhindern wollte!

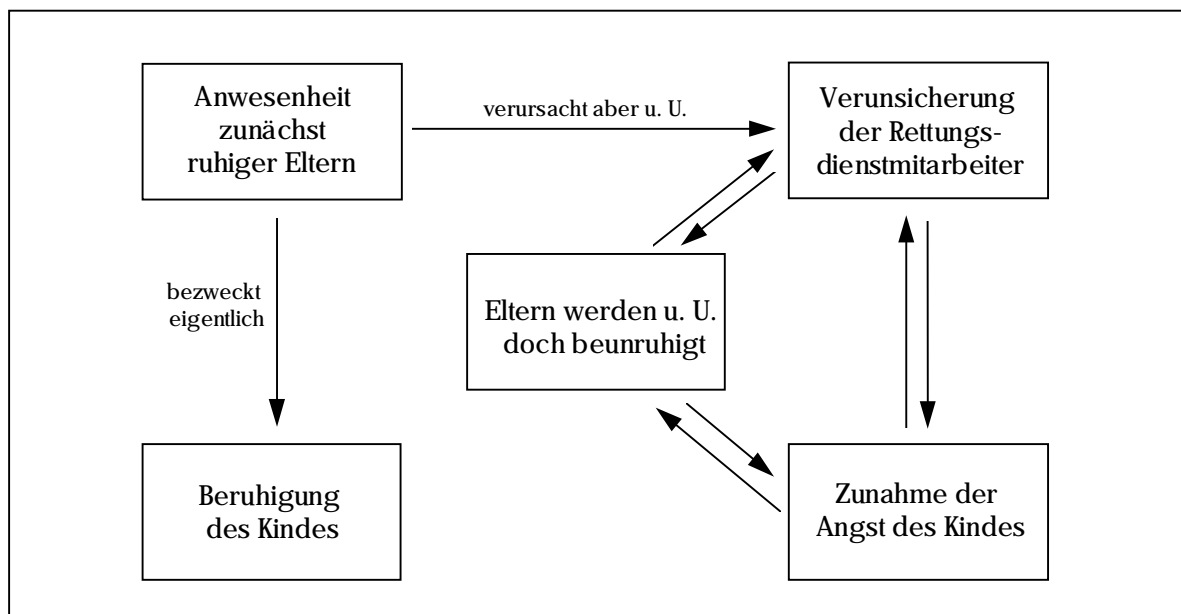


Abbildung 9: Mögliche Auswirkungen der Anwesenheit zunächst ruhiger Eltern

Die wechselseitige Verstärkung von Schmerz und Angst<sup>65</sup>, auf die in diesem Abschnitt abschließend eingegangen werden soll, ist bei Erwachsenen und Kindern zunächst gleichermaßen zu beobachten. Bei einer genaueren Betrachtung sind bei Kindern allerdings innerhalb dieses Teufelskreises einige zusätzliche Mechanismen sichtbar, die bei Erwachsenen in dieser Form eher nicht auftreten werden: Hier besteht die besondere Problematik nämlich mitunter darin, daß große Angst eine Äuße-

<sup>65</sup> Vgl. S. 27.

rung des Schmerzes, wie sie bei Erwachsenen selbstverständlich ist, u. U. unmöglich macht (vgl. DE KUIPER 1999, S. 6 u. 7).

*Ein Grund dafür ist, daß Kinder vor einer Behandlung (die zwangsläufig folgen würde, wenn die Schmerzen geäußert werden) teilweise noch mehr Angst haben als vor den momentanen Schmerzen: Immerhin wird offenbar nicht selten befürchtet, das gerade durch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eine Verschlimmerung der Situation eintritt. So werden Schmerzen u. U. gezielt verschwiegen, bleiben folglich unentdeckt, unbehandelt und nehmen noch weiter zu. Daraus resultiert dann wiederum (im Rahmen des auch bei Erwachsenen beobachtbaren Kreislauf), daß auch die Angst verstärkt wird (vgl. DE KUIPER 1999, S. 37).*

Als weiterer Grund dafür, daß Kinder Schmerzen nicht so wie Erwachsene - d. h. mit entsprechenden *Worten* - äußern, muß letztlich die entwicklungsbedingte Unfähigkeit zu solchem Verhalten genannt werden (vgl. LOHAUS 1990, S. 19). De Kuiper schreibt in diesem Zusammenhang: „Nicht alle Kinder können klar kommunizieren – sie sind dafür zu jung, zu krank oder zu ängstlich“ (DE KUIPER 1999, S. 7; vgl. auch KRISTJANSON/WOODGATE 2000). In der gleichen Veröffentlichung heißt es dann weiter: „Dem Kind [...] fällt es schwer, sofern es überhaupt sprechen kann, die richtigen Worte zu finden, um über seine Schmerzen zu berichten“ (DE KUIPER 1999, S. 10). Wenig später nennt De Kuiper mangelnde Erfahrung mit Schmerzen als eine Ursache der Problematik (vgl. DE KUIPER 1999, S. 11).

Während Erwachsene also jederzeit den Teufelskreis aus Angstverstärkung und Schmerzverstärkung durchbrechen können, indem sie auf ihre Schmerzen hinweisen und sie dadurch selbst in hohem Maße zu einer gezielten, schmerzlindernden Behandlung beitragen, fehlt Kindern diese Möglichkeit. In diesem Zusammenhang wäre nicht zuletzt auch die Sprachentwicklung sowie die Entwicklung des Körperbewußtseins zu untersuchen; dies soll in Abschnitt 4.2. geschehen. Den *grundsätzlichen* Zusammenhang von Angst, Schmerz und der Unfähigkeit einer Schmerzáußerung zeigt Abbildung 10 aber schon an dieser Stelle.

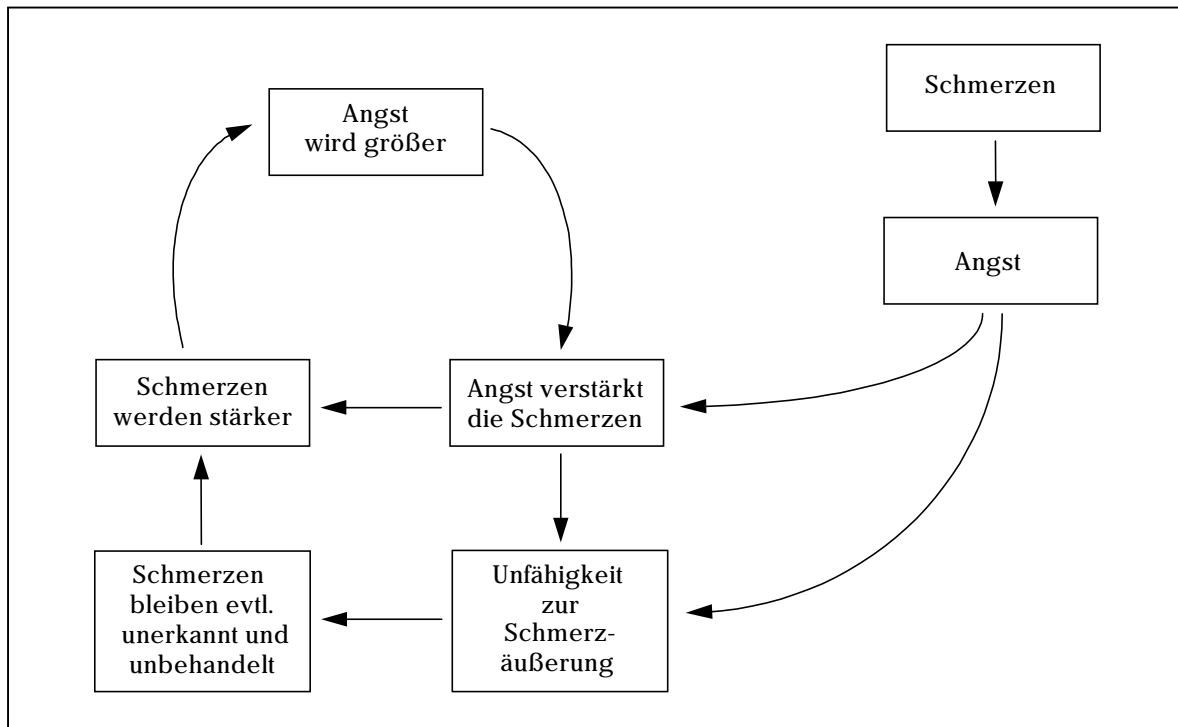


Abbildung 10: Schmerzverstärkung und Angstverstärkung bei Kindern

## 4.2. Überlegungen vor dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget

Regeln zur PEH bei einem Kind müssen – wie bereits festgestellt – den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen, v. a. die Konzepte über Aufbau, Funktion und Bestandteile des Körpers, die Entstehung und Beeinflussungsmöglichkeiten von Erkrankungen sowie die Funktionen des medizinischen Personals und medizinischer Prozeduren (vgl. GLANZMANN 1997, S. 126-127; LOHAUS 1990, S. 17). Diese Konzepte werden im folgenden Teil der Arbeit – auf Notfallsituationen bezogen – vor dem Hintergrund der kognitiven Entwicklung des Kindes nach Jean Piaget dargestellt, „da dieser die differenzierteste Theorie zur kognitiven Entwicklung vorgelegt hat und die meisten Studien, die sich mit den Krankheitskonzepten von Kindern beschäftigen, sich auf diese theoretischen Grundannahmen beziehen“ (GLANZMANN 1997, S. 127). „Nach Piaget verläuft die kognitive Entwicklung des Kindes aufgrund biologischer Reifungsprozesse und aktiver Aneignung der Umwelt in mehreren Phasen zu immer differenzierterem Denken“ (GLANZMANN 1997, S. 127); Lohaus schreibt ergänzend:

„Für die allgemeine kognitive Entwicklung wird eine Abfolge von vier qualitativ unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden Entwicklungsschritten angenommen“ (LOHAUS 1990, S. 15): Zu unterscheiden sind dabei das sensumotorische, das präoperationale, das konkret-operationale sowie das formal-operationale Entwicklungsstadium. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch – nicht zuletzt durch das Alter der in der explorativen Studie befragten Kinder<sup>66</sup> – vor allem das konkret-operationale Stadium berücksichtigt. Gerade um den Entwicklungsstand eines Kindes in *diesem* Stadium zu verdeutlichen (d. h. um zu zeigen, was ein Kind *schon* oder eben *noch nicht* kann), soll aber auch das vorangehende bzw. nachfolgende Entwicklungsstadium beschrieben werden.

#### 4.2.1. Das präoperationale Entwicklungsstadium

Kinder im Alter von etwa zwei bis sechs Jahren befinden sich nach Piaget im präoperationalen Entwicklungsstadium. Das kindliche Denken ist in dieser Zeit geprägt von unangemessenen Generalisierungen bzw. Klassifikationen durch häufig fehlerhafte Assimilationen<sup>67</sup> und die unrealistische Zuschreibung von Merkmalen. So wird z. B. unbelebte Materie animistisch gedeutet, indem ihr ein Bewußtsein, Charaktereigenschaften und gezielt verfolgte Absichten unterstellt werden.

Der fehlende Zeit- und Erhaltungsbegriff<sup>68</sup>, ebenfalls fehlende Reversibilität<sup>69</sup> und die Zentrierung auf jeweils ein Merkmal<sup>70</sup> oder den momentanen Zustand des Wahrgenommenen, ohne z. B. vorangegangene Zustandsveränderungen zu berücksichtigen, sind weitere Merkmale des recht unbeweglichen Denkens in dieser Entwicklungsphase: Erklärungen von Phänomenen der Umwelt des Kindes sind meist unzusam-

---

<sup>66</sup> Vgl. S. 85.

<sup>67</sup> Assimilation (lat. Ähnlichmachung) und Akkomodation (lat. Anpassung) sind in der kognitiven Entwicklung nach Piaget einander ergänzende Prozesse. Dabei bezieht sich der Begriff *Assimilation* auf die Einordnung von Umwelteindrücken in eigene (bereits bestehende) kognitive Schemata, während mit *Akkomodation* – umgekehrt – die Angleichung des Individuums (und dessen kognitiver Schemata) an die Umwelt beschrieben wird. Eine *fehlerhafte Assimilation* liegt z. B. dann vor, wenn ein Kind erstmalig eine Kuh sieht und diese dann als Hund bezeichnet.

<sup>68</sup> Solange der Erhaltungsbegriff fehlt, kann ein Kind z. B. nicht nachvollziehen, daß sich die Masse, das Gewicht und das Volumen eines Gegenstandes - unabhängig von Veränderungen der Form oder der Anzahl der Stücke, in die man diesen Gegenstand aufteilt – nicht verändert.

<sup>69</sup> Mit Reversibilität ist hier die gedankliche Umkehrung wahrgenommener Prozesse gemeint.

<sup>70</sup> Schüttet man z. B. vor den Augen eines Kindes im präoperationalen Entwicklungsstadium Flüssigkeit aus einem hohem Behälter mit geringem Durchmesser in einen flacheren mit größerem Durchmesser, wird das Kind auf entsprechende Nachfragen angeben, die Flüssigkeitsmenge habe sich verringert. Offenbar wird also die Höhe der Flüssigkeitssäule als *einziges* Merkmal zur Urteilsfindung beachtet, während der Durchmesser des neuen Behältnisses unberücksichtigt bleibt.

menhängend, teilweise widersprüchlich, oftmals irrational und vor allem nicht immer logisch: Sie bilden kein umfassendes Gesamtsystem, sondern beziehen sich stets nur auf Ausschnitte und einzelne Aspekte der Welt. „([Kausal-] Bezüge zu zurückliegenden oder zukünftigen Gegebenheiten [werden] ebensowenig hergestellt wie Bezüge zu Gegebenheiten, die nicht unmittelbar für das Kind erkennbar sind“ (LOHAUS 1990, S. 15; Anm. v. H. K.).

Das Denken ist also noch unmittelbar an die Anschauung bzw. vorliegende Gegebenheiten und Erfahrungen sowie den aktuellen Augenblick<sup>71</sup> gebunden. Insbesondere fehlt Kindern im Alter von etwa zwei bis sechs Jahren die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und zur gedachten Rollenübernahme, so daß von einer starken Egozentrierung des Denkens die Rede ist (vgl. LOHAUS 1990, S. 15; MONTADA 1995; MIETZEL 1997). Aus diesen Merkmalen der präoperationalen Phase ergeben sich nun – bezogen auf Notfälle – folgende Konsequenzen:

Kinder neigen in dieser Entwicklungsstufe offenbar dazu, Schuldgefühle zu entwickeln, weil sie auftretende Erkrankungen mit eigenem Fehlverhalten in Verbindung bringen; eine Erkrankung kann vom Kind demnach als eine Bestrafung empfunden werden. Lohaus schreibt dazu: „Da kaum Relationen zwischen einzelnen Erkrankungsaspekten hergestellt werden (insbesondere kaum Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge), werden für das Auftreten von Erkrankungen häufig irrationale Erklärungskonzepte herangezogen. Hierzu gehört insbesondere die Annahme, daß Erkrankungen als Bestrafung für eigenes Fehlverhalten aufzufassen sind und im Sinne eines immanenten Gerechtigkeitsprinzips als Folge von Fehlverhalten eintreten“ (LOHAUS 1990, S. 15). An anderer Stelle heißt es weiter: „Wird die Krankheit unmittelbar als Strafe empfunden, dann kann dies auf der affektiven Seite auch mit Schuldgefühlen seitens des Kindes einhergehen“ (LOHAUS 1990, S. 40; vgl. auch S. 63 u. 113). Nach der Auffassung von Siegal „ist das Bestrafungskonzept bei Kindern [allerdings; Anm. v. H. K.] nur eines unter mehreren Erklärungsprinzipien, auf das nur dann zurückgegriffen wird, wenn andere Erklärungsmöglichkeiten versagen“ (LOHAUS 1990, S. 46). Dies trifft z. B. dann besonders zu, wenn schlichtweg das Wissen eines

---

<sup>71</sup> Der Begriff Augenblick kann hier sogar doppeldeutig verstanden werden: In seiner üblichen, zeitlichen Bedeutung – zugleich aber auch so, daß die Perspektive des Kindes – eben der Blickwinkel, aus dem das Kind etwas mit seinen Augen betrachtet, entscheidend sein Denken bestimmt.

Kindes noch nicht ausreicht, um die Ursache einer Erkrankung bzw. Verletzung realitätsgerecht zu begründen (vgl. LOHAUS 1993, S. 124-126).

Die Unfähigkeit zum Perspektivenübernahme erschwert es Kindern in der präoperationalen Phase außerdem, „Intentionen einer anderen Person adäquat zu erkennen bzw. zu beurteilen. Da gleichzeitig die Tendenz besteht, sich an unmittelbar Wahrnehmbarem zu orientieren, werden auftretende Schmerzzustände oder andere unangenehme Zustände mit der oder den Personen in Zusammenhang gebracht, die sie hervorrufen. Auftretende negative Konsequenzen werden damit tendenziell als Absicht des medizinischen Personals aufgefaßt [...]. Aus diesem Grunde werden dem medizinischen Personal häufig Attribute wie ‚gut‘ oder ‚böse‘ zugeschrieben“ (LOHAUS 1990, S. 63; vgl. auch LOHAUS 1993, S. 119).

Ebensowenig wie die Intention des medizinischen Personals wird von Kindern in der präoperationalen Phase zudem der Sinn u. U. schmerzhafter Maßnahmen gesehen. Wenn eine z. B. eine Spritze Schmerzen verursacht, können Kinder in dieser Altersstufe durch die bereits erwähnte Orientierung am unmittelbar Wahrnehmbaren nicht einsehen, daß diese – für das Kind doch unangenehme Maßnahme – gleichzeitig helfen soll (vgl. LOHAUS 1990, S. 62). Der nur scheinbare Widerspruch, der darin besteht, daß (kurzfristig) Unangenehmes (langfristig) Angenehmes (nämlich eine Besserung des Gesundheitszustands) bewirken soll, ist für Kinder in der präoperationalen Phase unauflösbar.

Der Medizin, die nach Meinung vieler Kinder ohnehin nur als Saft mit dem Löffel eingenommen oder getrunken, nicht aber intravenös appliziert werden kann, wird vor diesem Hintergrund auch eher dann eine positive Wirkung zugeschrieben, wenn sie gut schmeckt (vgl. LOHAUS 1990, S. 62).

Medizinische Prozeduren können also noch nicht verstanden werden, und wenn die beschriebene Entstehung von Schuldgefühlen nicht ohnehin dazu führt, daß Kinder diagnostische oder therapeutische Verfahren ebenso wie die Erkrankung selbst als Bestrafung empfinden, neigen Kinder in diesem Alter zu mystischen bzw. magisch-irrationalen Interpretationen (vgl. LOHAUS 1990, S. 60 u. 62).

Bezogen auf die bestehenden Konzepte über das medizinische Personal und medizinische Prozeduren ist nun noch darauf hinzuweisen, daß „vielfach [...] nicht zwischen den Prozeduren und dem Personal unterschieden [wird; Anm. v. H. K.], indem beiden



(als Generalisierung der Erfahrungen mit Prozeduren oder Personal) gleiche Absichten zugeschrieben werden“ (LOHAUS 1990, S. 60).

Da Kinder in der präoperationalen Phase Teil-Ganzes-Relationen nicht erkennen können (vgl. LOHAUS 190, S. 16), läßt sich außerdem schlußfolgern, daß bei Kindern dieser Altersstufe nicht – wie bei Erwachsenen – allein die subjektive Bedeutung eines *einzelnen* erkrankten oder erletzten Körperteils von Bedeutung sein kann<sup>72</sup>; vielmehr wird eine Erkrankung oder Verletzung oftmals als Schädigung des *gesamten* Körpers empfunden.

Dadurch, daß in der Regel nur ein sehr geringes Wissen über die Existenz, die Lage und die Funktion einzelner Organe besteht, wird diese Problematik nochmals verstärkt (vgl. LOHAUS 1990, S. 29-39): Lohaus berichtet in diesem Zusammenhang beispielsweise davon, daß gerade die Haare häufig als unentbehrlich, d. h. lebenswichtig eingeschätzt werden (vgl. LOHAUS 1990, 32-34). Interessante Hinweise werden auch zur Funktion der Haut gegeben, die in kindlichen Vorstellungen nämlich „den Körper zusammenhält, damit das Blut nicht herausströmt oder die anderen Körperbestandteile im Körper bleiben“ (LOHAUS 1990, S. 35). Unangemessen heftige Reaktionen von Kindern bei Hautverletzungen werden vor diesem Hintergrund verständlich. Ein differenziertes Körperbewußtsein ist in dieser Entwicklungsphase *insgesamt* noch nicht entwickelt, so daß Kinder auch keine Angaben darüber machen können, was ihnen weh tut bzw. wo (d. h. in welchem Bereich des Körpers) Schmerzen lokalisiert sind (vgl. HEINZ 1998, S. 265).

Der fehlende Zeitbegriff führt schließlich dazu, daß Kinder in der präoperationalen Phase keine Zeitangaben machen können, wenn es z. B. bei der Anamneseerhebung darum geht, herauszufinden, wie lange Schmerzen schon bestehen. Auch sind Zeitangaben von Helfern wenig sinnvoll, um Kinder über die Dauer bevorstehender Maßnahmen zu informieren. Ein verletztes oder akut erkranktes Kind dieser Altersgruppe erlebt das Notfallgeschehen stets nur im jeweils aktuellen Augenblick.

Neben den schon genannten Konsequenzen aus dieser Darstellung der präoperationalen Entwicklungsphase ergibt sich die Forderung danach, die Vorbereitung auf bevorstehende Maßnahmen sowie die Informationsvermittlung insgesamt möglichst anschaulich und konkret nachvollziehbar zu gestalten. Sofern Kinder tatsächlich,

---

<sup>72</sup> Vgl. S. 30.

wie beschrieben, zu mystischen oder magisch-irrationalen Interpretationen neigen, wäre die Anwendung ebensolcher Interventionsstrategien zu diskutieren. De Kuiper beschreibt diesbezüglich sehr ausführlich verschiedene Möglichkeiten, durch „geleitete Imagination“ z. B. von Schmerzen abzulenken. Angewendet werden können hier u. a. „Schmerzschalter“, „Zauberhandschuhe“ oder eine „Zauberdecke“ (vgl. DE KUIPER 1999, S. 56 u. 57).

Da die kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten in der präoperationalen Phase sehr beschränkt sind, ist letztlich auch ein Hinweis von Glanzmann zu berücksichtigen, demzufolge das Vertrauen in die Helfer wohl entscheidender ist als die (mitunter ohnehin nicht immer vermittelbare!) Einsicht in Sinn und Notwendigkeit aller einzelnen Behandlungsmaßnahmen (vgl. GLANZMANN 1997, S. 128).

#### **4.2.2. Das konkret-operationale Entwicklungsstadium**

Etwa vom sechsten bis zum zehnten Lebensjahr befinden sich Kinder im konkret-operationalen Entwicklungsstadium, das zunächst durch den beginnenden Aufbau von hierarchisierten und vollständigen Klassifikationssystemen bzw. kategorisierten Material- und Begriffsmengen als operatorische Strukturen gekennzeichnet ist.

Eine vollständige Reversibilität des Denkens ist noch immer nicht gegeben, allerdings ist der Erhaltungsbegriff inzwischen vorhanden, und das Denken wird durch die zunehmende Dezentrierung beweglicher und gewinnt an Flexibilität. Zunehmend werden elementare Prinzipien der Logik entwickelt, einfache Kausalzusammenhänge bzw. Ursache-Wirkungs-Mechanismen können von nun an der Realität entsprechend erkannt werden und ersetzen die früheren, teilweise irrationalen Erklärungsansätze. „Das Vermögen, verschiedene Aspekte eines Sachverhaltes zu sehen, ermöglicht weiterhin auch die Trennung der eigenen Perspektive zu einem Sachverhalt von der Perspektive anderer Personen“ (LOHAUS 1990, S. 16). Grundlage des Denkens bleibt vorrangig jedoch das konkret Gegebene, allerdings nicht mehr nur in anschaulich, sondern von nun an auch in sprachlich repräsentierter Form (vgl. LOHAUS 1990; MONTADA 1995; MIETZEL 1997).

Ein Kind in dieser Altersstufe nimmt zumindest seine Körpergrenzen wahr und entwickelt - nicht zuletzt gefördert durch schulischen Sachunterricht - *ansatzweise* Vorstellungen über die Lage und die Funktion von (einigen) Organen - und zwar vor allem

von denen, deren Funktion unmittelbar sinnlich wahrnehmbar ist (z. B. Herz- und Lungentätigkeit). Organe, deren Funktion dagegen nicht unmittelbar wahrnehmbar ist (wie z. B. Leber und Niere), bleiben meist noch unbekannt. Auch wird die Bedeutung der dem Kind bekannten Organe teilweise noch immer unrealistisch bewertet.

Bezogen auf Krankheitsursachen haben Kinder in der konkret-operationalen Phase erste Vorstellungen von Infektionen durch die Übertragung von krankmachenden Stoffen, wobei aber die genaue Bedeutung bzw. Wirkungsweise von Bakterien und Viren *im einzelnen* noch unbekannt bleibt (vgl. GLANZMANN 1997, S. 129).

Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel ist jetzt zwar grundsätzlich vorhanden, und die medizinische Prozedur sowie das medizinische Personal werden getrennt voneinander betrachtet (vgl. LOHAUS 1990, S. 63). Trotzdem – so Glanzmann – können Kinder in dieser Phase nur sehr begrenzt einsehen, daß Helfer mit der Durchführung unangenehmer Maßnahmen helfen wollen (vgl. GLANZMANN 1997, S. 129). Außerdem weisen Lohaus und Glanzmann übereinstimmend darauf hin, daß die Möglichkeit einer *wechselseitigen* Perspektivübernahme nicht hinreichend erkannt wird (vgl. GLANZMANN 1997, S. 129; LOHAUS 1990, S. 63). Das bedeutet, ein Kind kann zwar grundsätzlich die Perspektive des Helfers übernehmen und demnach auch die Intention seiner Maßnahmen nachvollziehen – es kann sich aber nicht unbedingt vorstellen, daß der Helfer auch umgekehrt die kindliche Perspektive übernimmt. „Aus diesem Grunde meinen Kinder dieser Altersstufe häufig, daß Außenstehende trotz bekannter Diagnose Schmerzzustände eher erkennen können, wenn das Kind weint oder schreit“ (LOHAUS 1990, S. 63).

Für die Psychische Erste Hilfe ist nun zu folgern, daß Helfer v. a. Verständnis zeigen und weiterhin Erklärungen geben müssen, die sinnlich nachvollziehbar sind – abstrakte Informationen können Kinder in der konkret-operationalen Phase noch immer nicht verstehen. Glanzmann fordert dementsprechend, in Erklärungen miteinzubeziehen, „wie etwas aussieht, sich anfühlt, sich anhört“ (GLANZMANN 1997, S. 129). Vor dem Abhören der Atemgeräusche oder Herztöne eines Kindes mit einem Stethoskop wäre es beispielsweise sinnvoll, das Kind zunächst selbst seine eigenen Herztöne oder die einer anwesenden Bezugsperson hören zu lassen.

Die fortgeschrittene Entwicklung des Denkens und der Sprache macht die Ermutigung des Kindes, Fragen zu stellen sowie eventuelle Befürchtungen zu äußern, be-

sonders wichtig. Lohaus weist ergänzend darauf hin, daß Kinder in diesem Stadium ein zunehmendes Interesse daran haben, „bestimmte Teilschritte [der Behandlung; Anm. v. H. K.] selbst auszuführen“ (LOHAUS 190, S. 63). Auch diesem Bestreben nach Selbsttätigkeit sollte entsprochen werden. Und selbstverständlich gilt in dieser Entwicklungsphase wie in der vorangegangenen, daß das Kind mit seinen Sorgen und Ängsten unbedingt ernst genommen werden muß (vgl. GLANZMANN 1997, S. 129).

#### **4.2.3. Das formal-operationale Entwicklungsstadium**

Etwa ab dem zehnten oder elften Lebensjahr beginnt das formal-operationale Entwicklungsstadium, in dem sich das Denken des Kindes zunehmend dem des Erwachsenen angleicht: Es ist nicht länger an konkrete Gegebenheiten gebunden, löst sich von der unmittelbaren Erfahrung und wird zunehmend beweglicher. V. a. ist die Fähigkeit zur Abstraktion nunmehr gegeben. Auch komplexe Beziehungen zwischen Sachverhalten können jetzt erkannt bzw. hergestellt werden.

Weil bei der Suche nach Problemlösungen nicht nur auf vorgegebene Hinweise zurückgegriffen, sondern aktiv nach weiteren sachdienlichen Informationen gesucht wird, die gedankliche Kombination verschiedener Variablen möglich und inzwischen vollständige Reversibilität des Denkens gegeben ist, ergibt sich zudem die Möglichkeit hypothetischen Denkens (vgl. LOHAUS 1990; MONTADA 1995; MIETZEL 1997).

Bezogen auf die Psychische Erste Hilfe bei Kindern in der formal-operationalen Phase kann gefolgert werden, daß bereits annähernd die gleichen Strategien wie bei verletzten oder erkrankten Erwachsenen angewendet werden können. Dem hohen Informationsbedürfnis ist Rechnung zu tragen, um die Verarbeitung des Geschehen zu fördern. Der Sinn und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen wird erkannt, ein Kind dieser Altersstufe kann meist problemlos die Perspektive eines Helfers übernehmen und somit dessen Intention bei der Durchführung unangenehmer Maßnahmen erkennen. Eigene Entscheidungen können getroffen und auch begründet werden – dies ist entsprechend zu ermöglichen. Zu beachten ist allerdings die bereits häufig erwähnte Möglichkeit einer Regression, so daß dann auch bei einem Kind, daß eigentlich die formal-operationale Entwicklungsphase erreicht hat, wieder die Ausführungen zu den vorangegangenen Stufen gelten können (vgl. GLANZMANN 1997, S. 130).

## 5. Eine explorative Studie zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern

Als Ergänzung der theoretischen Überlegungen, die im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurden, wird im folgenden Abschnitt der Arbeit die Durchführung einer explorativen Studie beschrieben. Mit Hilfe dieser Untersuchung soll (ansatzweise) vor allem geklärt werden, wie Kinder pädiatrische Notfallsituationen aus der eigenen und der Sichtweise von anderen Beteiligten erleben, welche Erfahrungen im Umgang mit verletzten oder erkrankten Kindern von Helfern gemacht worden sind und welche Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern demnach – noch *zusätzlich* zu den aus den theoretischen Überlegungen gewonnenen - zu berücksichtigen sind.

Wohlgemerkt basiert die vorliegende, eben *nur* explorative Studie auf der Befragung einer sehr kleinen Stichprobe, und die Ergebnisse können demnach nicht in dem Maße als abgesichert betrachtet werden, wie es bei einer umfangreicheren empirischen Untersuchung sicherlich zu fordern wäre. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war dies jedoch aus Zeitgründen nicht möglich.

### 5.1. Methodische Planung der explorativen Studie

In Anlehnung an andere, bereits durchgeführte Studien zur Psychischen Ersten Hilfe<sup>73</sup> sollten strukturierte Interviews mit Menschen durchgeführt werden, die bereits mehrfach Kindernotfälle miterlebt haben bzw. an der medizinischen Versorgung verletzter und erkrankter Kinder beteiligt waren: Es wurde davon ausgegangen, daß das subjektive Erleben der Beteiligten einer direkten mündlichen Befragung eher zugänglich sein würde als der Beobachtung oder auch einer schriftlichen Befragung.

---

<sup>73</sup> Vgl. S. 38.

Als Personenkreis, der für eine entsprechende Befragung geeignet erschien, waren primär natürlich die Eltern eines Kindes, dann aber auch die Mitarbeiter des Rettungsdienstes zu nennen. Im Übrigen lag es nahe, auch die Kinder selbst zu interviewen, wenngleich die kritischen Anmerkungen in Abschnitt 3.3.1. dieser Arbeit sowie die Ausführungen von Lohaus (vgl. LOHAUS 1990, S. 118-123)<sup>74</sup> hier in besonderem Maße berücksichtigt werden mußten.

Für die Durchführung der Interviews wurden nun auf Grundlage einer Analyse bisheriger Forschungsarbeiten zum Thema und der theoretischen Vorüberlegungen insgesamt drei strukturierte Interviewleitfäden (jeweils einer für die unterschiedlichen Zielgruppen) erstellt<sup>75</sup>. Dabei waren die in den Interviewleitfäden enthaltenen Fragen – dem Ziel einer explorativen Studie entsprechend – weitgehend offen formuliert, um freie Antworten zu ermöglichen, die sich nicht an vorgegebenen Antwortalternativen ausrichten mußten.

Beginnen sollte jede Befragung, um die Auskunftsbereitschaft des Befragten zu erhöhen, mit einer kurzen Information des Befragten über das Forschungsvorhaben, die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung sowie deren Dauer (vgl. GUTJAHR 1985, S. 22). Ebenso sollte den Befragten (noch vor der Bitte, einige kurze Angaben zur Person zu machen) Anonymität zugesichert werden.

Anschließend war beabsichtigt, einige allgemeine Einstiegsfragen zu stellen, so daß die Befragten zunächst ganz grundsätzlich schildern konnten, welche Kindernotfälle sie schon einmal erlebt haben bzw. was in den einzelnen Fällen eigentlich geschehen war. Dieser Einstieg diente nicht nur der Initiierung eines Gesprächs an sich, sondern hatte auch zum Ziel, die Erinnerung an die möglicherweise ja schon eine längere Zeit zurückliegenden Kindernotfälle zu wecken und die Möglichkeit zu bieten, sich die vergangenen Situationen nochmals erneut zu vergegenwärtigen. In diesem Sinne heißt es auch bei Gutjahr: „Sachverhalte, die zwar grundsätzlich bewußtseinsgegenwärtig sind, aber möglicherweise zum Zeitpunkt der Befragung nicht verfügbar

---

<sup>74</sup> Lohaus weist auf zahlreiche weitere methodische Probleme bei der Erhebung gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Konzepte von Kindern hin, so z. B. eventuelle Sprachbarrieren, die Möglichkeit der Überforderung von Kindern durch die Datenerhebungssituation, die besondere Bedeutung einer Aufwärmphase vor Beginn einer Befragung sowie ein durch die Untersuchungsmethode erzeugtes bzw. suggeriertes Antwortverhalten.

<sup>75</sup> Die Interviewleitfäden sind im Anhang der vorliegenden Arbeit wiederzufinden.

sein werden, müssen durch Vorfragen aktualisiert werden“ (GUTJAHR 1985, S. 16). Erst dann sollten die eigentlich untersuchungsrelevanten Fragen folgen.

## 5.2. Durchführung der explorativen Studie

Die eigentliche Untersuchung wurde im Zeitraum vom 01.09.2000 bis zum 01.11.2000 in verschiedenen Institutionen durchgeführt: Rettungsdienstmitarbeiter wurden bei der Berufsfeuerwehr in Mülheim an der Ruhr, beim Deutschen Roten Kreuz in Mülheim an der Ruhr und an einer staatlich anerkannten Rettungsassistentenschule in Essen interviewt. Die Befragung der Eltern fand ebenso wie die Befragung der Kinder im Elisabeth-Krankenhaus Essen statt<sup>76</sup>.

Die Rekrutierung der Kinder und Eltern als Befragungsteilnehmer erwies sich dabei allerdings als außerordentlich problematisch, denn auch in einem relativ großen Krankenhaus mit einer Kinder- bzw. kinderchirurgischen Abteilung waren zunächst über mehrere Wochen, in denen die Untersuchung durchgeführt werden sollte, keine Patienten anzutreffen, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie erfüllt hätten. Die jeweils behandelten Patienten schienen für eine Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie fast ausschließlich zu alt, wurden nicht aufgrund eines Notfallgeschehens, sondern aufgrund einer schon länger bestehenden, überwiegend chronischen Erkrankung behandelt, waren derart leicht verletzt, daß eine Befragung zu psychischen Belastungen im Notfallgeschehen wenig sinnvoll erschien oder waren so schwer verletzt bzw. bewußtlos, daß sie auch Tage nach dem Notfallgeschehen noch in akuter Lebensgefahr schwebten, so daß eine Befragung (auch der Eltern) hier aus medizinischen und v. a. ethischen Gründen ausgeschlossen werden mußte.

Einige weitere (ausländische) Patienten sowie deren Eltern konnten schließlich deshalb nicht befragt werden, weil deren Deutschkenntnisse offenbar nicht ausreichten und eine differenzierte Verständigung kaum möglich schien.

---

<sup>76</sup> Für die Befragung der Kinder wurde zuvor die Erlaubnis der Eltern eingeholt, und die Auswahl der Kinder war in Absprache mit den behandelnden Ärzten erfolgt, um sicherzustellen, daß den Kindern die Befragung auch psychisch zugemutet werden konnte.

Insofern mußte mit der Befragung des Rettungsdienstpersonals begonnen und in der Folgezeit zunächst abgewartet werden, bis letztlich doch einige Kinder und Eltern als Befragungsteilnehmer zur Verfügung standen.

### **5.3. Auswertung der explorativen Studie**

Im folgenden Teil der Arbeit werden die einzelnen Ergebnisse der Befragung vorgestellt; besonders ähnliche Antwortformulierungen wurden dabei zusammengefaßt bzw. kategorisiert. Einige Antworten der Befragten werden zur Verdeutlichung auch als unmittelbares Zitat wiedergegeben; zahlreiche Tabellen dienen – wo es angebracht schien – der besseren Übersicht.

#### **5.3.1. Befragung des Rettungsdienstpersonals**

##### 5.3.1.1. Angaben zur Stichprobe

Insgesamt wurden 30 Mitarbeiter des Rettungsdienstes befragt, davon waren 15 Rettungsassistenten und zwei Rettungsassistentinnen, acht Rettungssanitäter, vier Rettungssanitäterinnen und ein Rettungshelfer. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 29,8 Jahre; der jüngste Befragte war 20 Jahre, der älteste 52 Jahre alt. Im Rettungsdienst tätig waren die befragten Mitarbeiter seit durchschnittlich 10 Jahren (min. ein Jahr; max. 31 Jahre), 11 von ihnen hatten eigene Kinder bzw. ein eigenes Kind.

Alle Befragten konnten sich an mindestens drei Einsätze mit verletzten oder akut erkrankten Kindern innerhalb des vergangenen Jahres erinnern und zeigten ausnahmslos – offenbar gerade aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung mit Kindernotfällen – ein außerordentlich großes Interesse an der explorativen Studie.



### 5.3.1.2. Befragungsergebnisse

1.) Das Verhalten von Kindern in Notfallsituationen (Tabelle 5) beschrieben 26 Befragte als meist extrem aufgeregt bzw. panisch; besonders häufig wurde berichtet, daß Kinder heftig geweint oder geschrien hätten (20 Nennungen). Ein Befragter gab explizit an, daß sich ein verletztes Kind gegenüber den Helfern aggressiv verhalten, d. h. versucht habe, diese zu schlagen, zu treten und sich der Behandlung auf diese Weise zu entziehen. 18 Befragte<sup>77</sup> schilderten allerdings ebenso, daß Kinder sich in Notfallsituationen oftmals sehr still verhalten bzw. verschüchtert, apathisch und teilnahmslos gewirkt hätten.

Als besonders problematisch beschrieben 14 Befragte dabei den Beginn der Hilfeleistung bzw. das Eintreffen am Notfallort: Hier war den Befragten aufgefallen, daß gerade ihr Eintreffen bei den Kindern für eine zusätzliche Verängstigung sorgte. Eine Rettungsassistentin formulierte dies so: „Als ich ins Kinderzimmer kam, zog sich das Kind erst einmal die Decke über den Kopf und versteckte sich. Ich kam gar nicht an das Kind heran.“

Angaben	Nennungen
Extrem aufgeregtes bzw. panisches Verhalten	26
Heftiges Weinen und Schreien	20
Zusätzliche Verängstigung beim Eintreffen der Helfer	14
Stilles, verschüchertes, apathisches, teilnahmsloses Verhalten	18
Aggressives, abwehrendes, ablehnendes Verhalten	1

Tabelle 5: Angaben des Rettungsdienstpersonals zum Verhalten von Kindern

2.) Als typische verbale Äußerungen von Kindern in Notfallsituationen (Tabelle 6) wurden Fragen nach der Mutter (17 Nennungen) und die Angabe von eher unspezifischen Schmerzen (12 Nennungen) genannt. Außerdem wurden offenbar relativ häufig Fragen nach der weiteren Behandlung bzw. sichtbaren medizinischen Geräten im Rettungswagen gestellt (8 Nennungen). Nur in einem Fall äußerte ein (bei einem selbst verschuldeten Verkehrsunfall) verletztes Kind, daß es Angst vor einer eventuellen Bestrafung für sein Fehlverhalten habe. Die Mehrheit der Befragten (23 von 30) gab jedoch an, daß verletzte oder erkrankte Kinder überwiegend

<sup>77</sup> Einige der Befragten schilderten mehrere unterschiedliche Beobachtungen, so daß sich z. T. auch mehr Einzelantworten als Befragte ergeben.

schreien und weinen würden, so daß keine oder nur eine sehr eingeschränkte verbale Kommunikation möglich sei.

Angaben	Nennungen
Schreien bzw. Weinen	23
Fragen nach der Mutter	17
Angabe unspezifischer Schmerzen	12
Fragen zur Behandlung bzw. zu medizinischen Geräten	8
Angabe von Angst vor der Bestrafung für ein Fehlverhalten	1

Tabelle 6: Angaben des Rettungsdienstpersonals zu verbalen Äußerungen von Kindern

3.) Das beschriebene Verhalten von Kindern erklärten sich die Befragten (Tabelle 7) überwiegend mit großer Angst (28 Nennungen), aber auch mit einem Schockzustand im medizinischen Sinne (9 Nennungen), mit der kindlichen Unwissenheit („So ein Kind hat doch überhaupt keine Ahnung, was da passiert“; 7 Nennungen) bzw. mit der besonders großen Hilflosigkeit eines Kindes („Was soll ein Kind sonst auch machen, außer zu schreien?“; 2 Nennungen).

Angaben	Nennungen
Angst	28
Schockzustand	9
Kindliche Unwissenheit	7
Hilflosigkeit	2

Tabelle 7: Angaben des Rettungsdienstpersonals zur Erklärung des kindlichen Verhaltens

4.) Auf die Frage nach Verhaltensweisen zur psychischen Hilfeleistung, die sich in der Notfallsituation erfahrungsgemäß als besonders nützlich erwiesen haben (Tabelle 8), wurden von den Befragten überwiegend Antworten gegeben, deren Inhalt in der vorliegenden Arbeit auch schon durch theoretische Überlegungen herausgearbeitet worden ist: Genannt wurden die Empfehlungen, ein betroffenes Kind abzulenken (26 Nennungen)<sup>78</sup>, es zu trösten (24 Nennungen)<sup>79</sup>, die Behand-

<sup>78</sup> Zur Ablenkung wurde von den Befragten u. a. empfohlen, einen Infektionsschutzhandschuh aufzupusten und zu bemalen (14 Nennungen), mit dem Kind über ein Thema zu sprechen, das nichts mit der

lung möglichst nur durchzuführen, wenn eine Bezugsperson anwesend ist (12 Nennungen) und es dabei vor allem nicht festzuhalten (7 Nennungen). Ferner hatten einige der Befragten offenbar gute Erfahrungen damit gemacht, besonders viele und leicht verständliche Erklärungen zur therapeutischen Vorgehensweise zu geben (6 Nennungen).

Angaben	Nennungen
Ablenkung, z. B. durch	26
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handschuh aufpusten und bemalen</li> <li>• Mit dem Kind über ein Thema reden, das nichts mit dem Notfallgeschehen zu tun hat</li> <li>• Auf Vorteile der Verletzung / Erkrankung hinweisen</li> </ul>	14 12 6
Trösten, z. B. durch	24
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhige und freundliche Zuwendung</li> <li>• Dem Kind einen Teddybären geben</li> <li>• Langsames sprechen</li> <li>• Hinweis darauf, daß die Verletzung nicht so schlimm ist</li> </ul>	13 12 6 4
Behandlung im Beisein einer Bezugsperson durchführen	12
Kind nicht festhalten	7
Erklärungen geben	6

Tabelle 8: Angaben des Rettungsdienstpersonals zur psychischen Hilfeleistung

5.) Zur Kontaktaufnahme (Tabelle 9) wurde empfohlen, möglichst langsam vorzugehen (23 Nennungen) bzw. zunächst mit den Bezugspersonen eines Kindes zu sprechen (14 Nennungen) und sich einem Kind nicht mit dem gesamten Rettungsteam zu nähern (12 Nennungen): Hierzu gaben die Befragten an, daß offenbar gerade das Auftreten vieler (fremder) Personen Angst verursachen würde und daß es von daher sinnvoll sei, wenn zunächst nur ein Helfer – gemeinsam mit einer Bezugsperson – die Behandlung unmittelbar am Kind durchführt.

Außerdem wurde angegeben, daß es sinnvoll sei, sich mit seinem eigenen Vornamen vorzustellen und bei der Begrüßung des Kindes nach dessen Namen zu

---

Notfallsituation zu tun hat (12 Nennungen) oder das Kind auf Vorteile der Verletzung / Erkrankung hinzuweisen (6 Nennungen), wie z. B. die Tatsache, daß ein erkranktes Kind zunächst einmal nicht mehr in die Schule gehen muß und sicherlich viel Besuch oder viele Geschenke bekommt.

<sup>79</sup> Trost zu spenden wurde offenbar überwiegend so verstanden, daß man sich dem betroffenen Kind ruhig und freundlich zuwendet (13 Nennungen), ihm seinen bzw. einen Teddybären gibt (12 Nennun-

fragen (10 Nennungen). Fünf der Befragten Rettungsdienstmitarbeiter erklärten darüber hinaus, daß sie bei Kindernotfällen nach Möglichkeit ihre (i. d. R. rote) Rettungsdienstjacke bewußt ausziehen würden, weil sie der Ansicht seien, diese würde eine zusätzliche Verängstigung des Kindes bewirken.

Angaben	Nennungen
Langsam vorgehen	23
Zunächst mit den Bezugspersonen sprechen	14
Sich dem Kind nicht mit dem gesamten Rettungsteam nähern / Kontaktaufnahme durch einen Helfer	12
Mit Vornamen vorstellen / nach dem Namen des Kindes fragen	10
Rettungsdienstjacke ausziehen	5

Tabelle 9: Angaben des Rettungsdienstpersonals zur Kontaktaufnahme

- 6.) Nonverbale Zuwendung ist nach Ansicht der Mehrheit der Befragten bei Kindern in Notfällen schwierig und sollte nach Möglichkeit eher den Bezugspersonen überlassen werden: 22 Befragte meinten jedenfalls, verletzte oder erkrankte Kinder reagieren auf Körperkontakt zu fremden Menschen eher ablehnend oder verängstigt. Fünf Befragte schilderten allerdings auch außerordentlich gute Erfahrungen damit, ein betroffenes Kind in den Arm zu nehmen bzw. es behutsam zu streicheln.
- 7.) Als unbedingt zu vermeidende Verhaltensweisen bei der Betreuung von Kindern in Notfällen (Tabelle 10) wurde am häufigsten genannt, Kinder zu belügen („Das tut gar nicht weh!“; 21 Nennungen): Auf diese Weise würden Kinder jegliches Vertrauen zu den Helfern verlieren und die weitere Mitarbeit bzw. Compliance im Notfallgeschehen verweigern. Außerdem wurde von 14 Befragten darauf hingewiesen, daß man v. a. Hektik am Einsatzort vermeiden muß, weil diese zusätzliche Aufregung für *alle* Beteiligten und somit eine regelrechte „Stressspirale“ verursachen würde. Nur drei Befragte gaben in diesem Zusammenhang an, daß man verletzte oder akut erkrankte Kinder unter keinen Umständen von den Bezugspersonen trennen dürfe.

---

gen) und möglichst langsam spricht (6 Nennungen). Außerdem wurde empfohlen, dem Kind mitzuteilen, daß seine Verletzung doch gar nicht so schlimm sei (4 Nennungen).

Angaben	Nennungen
Kinder belügen	21
Hektik	14
Kinder von den Bezugspersonen trennen	3

Tabelle 10: Angaben des Rettungsdienstpersonals bezüglich zu vermeidender Verhaltensweisen

8.) Bezogen auf den Umgang mit Bezugspersonen bzw. Eltern eines Kindes im Notfallgeschehen (Tabelle 11) wurden ohnehin sehr unterschiedliche Meinungen deutlich: 20 Befragte vertraten hierbei grundsätzlich die Auffassung, daß die Bezugspersonen bzw. Eltern eines Kindes *immer* zunächst einmal vom unmittelbaren Notfallgeschehen weggeschickt werden sollten. Sie begründeten diese Forderung damit, daß sich ein verletztes oder erkranktes Kind erfahrungsgemäß rasch beruhigt, wenn die (selbst meist sehr aufgeregten) Bezugspersonen bzw. Eltern nicht mehr anwesend sind. 8 Befragte meinten demgegenüber, daß man Kinder und Bezugspersonen *möglichst* nicht trennen sollte, weil sich die Kinder gerade in Gegenwart der Bezugspersonen sicherer fühlen würden und nicht so große Angst hätten, als wenn sie alleine wären. Lediglich zwei Befragte vertraten eine differenziertere Meinung und gaben an, daß man das eigene Verhalten den Eltern gegenüber von den Umständen der Situation und dem jeweiligen Verhalten der Eltern abhängig machen müsse: Ob Bezugspersonen anwesend bleiben sollten oder nicht, würde demnach davon abhängen, wie sich ihre Anwesenheit im konkreten Einzelfall auswirkt.

Angaben	Nennungen
Eltern immer vom Notfallgeschehen wegschicken	20
Kinder und Eltern <i>möglichst</i> nicht trennen	8
Verhalten gegenüber den Bezugspersonen hängt von der Situation und ihrem jeweiligen Verhalten ab	2

Tabelle 11: Angaben des Rettungsdienstpersonals zum Umgang mit Bezugspersonen

9.) Probleme bzw. Schwierigkeiten (Tabelle 12) sahen die befragten Rettungsdienstmitarbeiter bezogen auf Kindernotfälle vor allem darin, ein verletztes oder

akut erkranktes Kind zu beruhigen: Eine entsprechende Auskunft gaben immerhin 24 Befragte. Ebenfalls als besonders problematisch wurde die Kontaktaufnahme bzw. das Herstellen eines Vertrauensverhältnisses zum betroffenen Kind (17 Nennungen) sowie die Beruhigung der anwesenden Bezugspersonen (15 Nennungen) empfunden. Dabei ist zum Problem der Kontaktaufnahme noch ergänzend auszuführen, daß 13 Befragte meinten, (nur) Helfer mit eigenen Kindern wären für diese Aufgabe besonders gut geeignet, weil diese „leichter einen Draht zu Kindern bekommen“; Helfern ohne eigene Kinder würde der Umgang erfahrungsgemäß deutlich mehr Schwierigkeiten bereiten. Allerdings gaben diesbezüglich 4 Helfer *mit* eigenen Kindern an, sie wären bei Kindernotfällen immer besonders aufgeregt, weil sie an die eigenen Kinder denken müßten. Ein Rettungsassistent beschrieb hierzu einen Notfalleinsatz, in dem er fast handlungsunfähig geworden sei: „Ich war wie gelähmt, konnte gar nichts machen und habe nur gedacht: Die sieht aus wie meine Tochter!“.

Angaben	Nennungen
Das verletzte / akut erkrankte Kind beruhigen	24
Kontaktaufnahme / Vertrauensverhältnis herstellen	17
Beruhigung der Bezugspersonen	15
Eigene Aufregung durch Gedanken an eigene Kinder	4

Tabelle 12: Angaben des Rettungsdienstpersonals zu Problemen bzw. Schwierigkeiten bei Kindernotfällen

- 10.) Auf die Frage, was Rettungsdienstmitarbeitern sonst noch zum Thema wichtig ist (Tabelle 13), wurden Antworten gegeben, die sich im wesentlichen in zwei Kategorien einordnen lassen: Zum einen die Äußerung der eigenen Besorgnis im Hinblick auf Kindernotfälle („Das ist das Schlimmste, was passieren kann!“ / „Sowas will ich nicht erleben.“ / „Ich bin immer froh, wenn es nichts Schlimmes ist!“ / „Da habe ich echt Angst vor!“) – 27 Befragte machten entsprechende Angaben – und zum anderen die Äußerung des großen Interesses, mehr über psychologische Aspekte von Kindernotfällen zu erfahren („Ich glaube, da müßten wir alle besser ausgebildet werden.“ / „Dazu lernt man leider überhaupt nichts.“ /

„Ich wüßte gern viel besser über solche Sachen bescheid“) – diesbezüglich äußerten sich 19 Befragte.

Fünf Rettungsdienstmitarbeiter beschrieben außerdem explizit eine regelrechte Ohnmacht bzw. Hilflosigkeit sowie auch Schuldgefühle, wenn es darum geht, verletzte oder erkrankte Kinder zu betreuen und dies offenbar nicht so gelingt, wie es wünschenswert wäre. Äußerungen, die dies verdeutlichen, lauteten beispielsweise: „Bei Kindernotfällen weiß ich nie so genau, was ich mit dem Kind machen soll“ / „Ich wüßte gern, was ich schon alles falsch gemacht habe: Bei mir hören die Kinder nie auf zu schreien“ / „Mir ist das richtig unangenehm: Wir bringen die Kinder schreiend ins Krankenhaus, und sobald die Kinderärztin ‚Guten Tag‘ sagt, ist plötzlich alles gut. Das verstehe ich nicht.“

Angaben	Nennungen
Äußerung eigener Besorgnis im Hinblick auf Kindernotfälle	27
Interesse an verstärkter Ausbildung bezogen auf psychologische Aspekte von Kindernotfällen	19
Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, weil Betreuung eines Kindes offenbar nicht zufriedenstellend verlaufen ist	5

Tabelle 13: Antworten auf die Frage an das Rettungsdienstpersonal:  
„Was ist Ihnen sonst noch zum Thema wichtig?“

### 5.3.2. Befragung der Eltern betroffener Kinder

#### 5.3.2.1. Angaben zur Stichprobe

Insgesamt wurden neun Väter und neun Mütter befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 35,7 Jahre (Mütter: 38,6 Jahre; Väter: 41,9 Jahre); die jüngsten Befragten waren eine 30jährige Mutter bzw. ein 31jähriger Vater, die ältesten eine 41jährige Mutter sowie ein 46jähriger Vater. Die Kinder der befragten Eltern waren durchschnittlich 8,3 Jahre alt, das jüngste Kind war vier, das älteste 12 Jahre alt.

Wenngleich auch bei der Befragung der Eltern die Erfahrungen aus möglichst vielen Notfallsituationen erkundet werden sollten, ist es verständlich, daß die jeweiligen Antworten primär durch dasjenige (nur kurze Zeit zurückliegende) Notfallgeschehen

begründet gewesen sein dürften, aus dessen Anlaß sich auch die Befragungssituation ergab. In diesem Zusammenhang zeigt Tabelle 14 die verschiedenen Notfallgeschehen bzw. Ursachen, durch die eine Krankenhausbehandlung der Kinder der befragten Eltern notwendig geworden war. Die mit einem Stern gekennzeichneten Kinder – übrigens durchweg Jungen - wurden in der hier vorgestellten Studie ebenfalls befragt (vgl. unten).

Zu erwähnen ist schließlich auch, daß jeweils mindestens ein Elternteil entweder schon anwesend war, als sich der Notfall ereignet hatte, oder sich zumindest in unmittelbarer Nähe des Geschehens befand und somit – sofern der Rettungsdienst überhaupt gerufen wurde (vgl. unten) – sogar noch vor dessen Eintreffen beim betroffenen Kind sein konnte.<sup>80</sup>

<b>Kind</b>	<b>Notfallgeschehen bzw. Ursachen</b>
4 J.	V. a. Gehirnerschütterung mit kurzzeitiger Bewußtlosigkeit durch Sturz vom Stuhl
6 J.	V. a. Gehirnerschütterung durch Sturz von einer Treppe*
6 J.	Akute Atemnot bei einem Pseudokrappanfall
8 J.	Kopfplatzwunde nach Sturz von einem Klettergerüst*
9 J.	Unklarer Bauchschmerz / V. a. akute Appendizitis („Blinddarmentzündung“)*
9 J.	Starkes Nasenbluten unklarer Ursache*
10 J.	Multiple Schürfwunden nach Sturz mit dem Fahrrad*
11 J.	Schnittverletzung an der Hand bei Bastelarbeiten*
12 J.	Kniescheibe beim Turnen ausgerenkt*

Tabelle 14: Notfallgeschehen bzw. Ursachen

### 5.3.2.2. Befragungsergebnisse

1.) Zum allgemeinen Verhalten des Rettungsdienstes (Tabelle 15), der in sechs der neun beschriebenen Fälle alarmiert worden war, machten die befragten Eltern überwiegend positive Angaben, und zwar sowohl bezogen auf die fachliche Kompetenz („Die wußten genau Bescheid und haben unserem Sohn erst einmal Sauerstoff gegeben“; 5 Nennungen) als auch auf das Auftreten im Notfallgeschehen ins-

<sup>80</sup> Hier wäre in einer umfangreicheren Studie zu untersuchen, wie sich beispielsweise das Erleben und Verhalten von Kindern in einem Notfall in Abhängigkeit von der An- oder Abwesenheit der Bezugspersonen unterscheidet. Dies setzt aber eine größere Stichprobe und einen anderen Zeitaufwand voraus, als dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit möglich war.



gesamt („Die waren durchweg sehr freundlich zu uns“; 4 Nennungen). Zudem schilderten *alle* Befragten durchweg große Erleichterung, als der Rettungsdienst eingetroffen war: „Ich war bloß froh, als die endlich kamen“ (6 Nennungen).

Von einer Befragten wurde allerdings auch geschildert, daß das Rettungsdienstpersonal sehr unfreundlich und gleichzeitig sehr hektisch gewesen sei, wodurch bei der Befragten der Eindruck entstanden ist, daß das Rettungsteam offensichtlich selbst überfordert war. Die gleiche Befragte wurde übrigens unmittelbar nach dem Eintreffen des Rettungsdienstes aus der Küche, d. h. vom Notfallort weggeschickt, was sie – im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie dies geschah – als außerordentlich unangenehm empfand. Interessanterweise befürchtete die Befragte daraufhin zunächst, daß sie vom Personal des Rettungsdienstes möglicherweise zu Unrecht der Kindesmißhandlung angeschuldigt würde: „Ich habe mich bloß gefragt, wieso ich jetzt nicht bei meinem Sohn bleiben durfte und wieso die so unfreundlich waren. Die haben bestimmt gedacht, ich wäre Schuld an dem, was passiert war.“<sup>81</sup>

Angaben	Nennungen
Erleichterung beim Eintreffen des Rettungsdienstes	6
Irritation durch die Anzahl der angerückten Helfer	5
Positive Äußerung zur fachlichen Kompetenz	5
Positive Äußerung zum Auftreten im Notfallgeschehen	4
Eindruck von Unfreundlichkeit, Hektik und Überforderung	1

Tabelle 15: Angaben der Eltern zum Verhalten des Rettungsdienstes

Immerhin fünf Befragte waren außerdem ein wenig irritiert darüber, daß nach kurzer Zeit nicht nur ein Notarzt, sondern noch wesentlich mehr weiß gekleidete Personen anwesend waren. Von diesen Befragten wurde auch beschrieben, daß die Anwesenheit der vielen Helfer in der eigenen Wohnung ihre eigene Aufregung deutlich gesteigert habe. Eine Befragte meinte dazu: „Ich dachte, da ist das halbe Krankenhaus zu uns gekommen. Die ganze Wohnung war voll von den Leuten.“<sup>82</sup>

<sup>81</sup> In der hier beschriebenen Notfallsituation wurde ein Kind nach einem selbst verschuldeten Sturz vom Stuhl kurzzeitig bewußtlos, nachdem es mit dem Kopf auf dem Küchenboden aufgeschlagen war.

<sup>82</sup> Die Besatzung eines Rettungswagens besteht in den meisten Fällen aus drei Personen. Bei zusätzlichem Notarzteinsatz kommen der Notarzt, der Fahrer des Notarztwagens sowie eventuell auch noch

- 2.) Die konkrete Versorgung des Kindes, d. h. die Durchführung der eigentlichen Hilfeleistung, wurde überwiegend als gut empfunden; Vier Befragte gaben an, daß sich die Rettungsdienstmitarbeiter ihrem Kind sehr freundlich zugewendet und dabei versucht hätten, kindgerecht auf dessen Situation einzugehen. Zwei Befragte meinten allerdings auch, daß sie den Eindruck hatten, ihr Kind würde „wie ein Baby behandelt“ bzw. „betüddelt“. Diesbezüglich schilderte eine Befragte z. B., daß ein Rettungsassistent unbedingt erst an einem Teddybär ihrer Tochter vorführen wollte, wie der Blutdruck gemessen wird, anstatt es unmittelbar zu tun: „Das hat ewig gedauert, und ich habe dem Mann vom Rettungsdienst immer wieder gesagt, er soll es [das Blutdruckmessen; Anm. v. H. K.] doch einfach machen. Meine Tochter hat sowieso die ganze Zeit geweint.“
- 3.) Zum Verhalten des Kindes in der Notfallsituation wurden von den befragten Eltern sehr unterschiedliche Antworten gegeben: Einige beschrieben, daß ihr Kind geschluchzt bzw. geweint habe und sehr aufgeregt gewesen sei (11 Nennungen). Sechs Befragte gaben allerdings auch an, daß ihr Kind regelrecht apathisch gewirkt habe und angesichts der Verletzung bzw. Erkrankung ungewöhnlich bzw. sogar beunruhigend still war. Fünf Befragte meinten hierzu ergänzend, daß gerade das äußerlich sehr ruhige Verhalten des Kindes ihre eigene Besorgnis gesteigert und zur Erkenntnis geführt habe, daß „etwas wirklich Schlimmes“ passiert sein mußte.
- 4.) Zur Begründung dieses Verhaltens (Tabelle 16) wurden von den befragten Eltern eine besonders große Angst (14 Nennungen), eine psychische Überforderung (4 Nennungen) sowie der völlig unerwartete Eintritt des Notfallgeschehens („Das kam ja alles so plötzlich. Da ist man doch erstmal total geschockt“ / „Mit so was rechnet ja auch keiner“; 3 Nennungen) vermutet. Lediglich eine Befragte äußerte sich zur Erklärung des (auffallend stillen) Verhaltens ihres verletzten Kindes dahingehend, daß dieses eben grundsätzlich „sehr tapfer“ sei und wohl auch deshalb in der Notfallsituation nicht geweint habe.

Angaben	Nennungen
Besonders große Angst	14

---

ein in der Ausbildung befindlicher Arzt hinzu, so daß u. U. tatsächlich sechs (!) Personen an der Einsatzstelle sind.

Psychische Überforderung	4
Unerwarteter Eintritt des Notfallgeschehens	3
Tapferkeit des Kindes	1

Tabelle 16: Angaben der Eltern zur Begründung des Verhalten von Kindern

5.) Zu den Verhaltensweisen, die sich erfahrungsgemäß zur psychische Hilfeleistung bei verletzten oder erkrankten Kindern als nützlich erwiesen haben (Tabelle 17), gaben die befragten Eltern zahlreiche unterschiedliche Anregungen, die im wesentlichen vier Antwortkategorien zugeordnet werden können<sup>83</sup>.

Angaben	Nennungen
Kategorie „Trösten“	
• Kind in oder auf den Arm nehmen	12
• Kopf eines Kindes streicheln	9
• Dem Kind ein Kuscheltier geben	8
• Kind auf den Schoß nehmen	8
• Mit dem Kind reden	7
• Mitleid zeigen bzw. Anteil nehmen	5
• Das Geschehen entdramatisieren	4
• Dem Kind eine Freude bereiten	3
• Eine tröstende Geschichte erzählen	2
Kategorie „Ablenken“	
• Etwas Interessantes zeigen oder erzählen	10
• Mit dem Kind spielen	8
• Mit dem Kind singen	7
• Mit dem Kind ein Bilderbuch lesen	5
Kategorie „Mut machen / an die Tapferkeit appellieren“	9
Kategorie „Anleitung zum richtigen Verhalten“	6

Tabelle 17: Angaben der Eltern zur psychischen Hilfeleistung

Zum *Trösten* (Kategorie 1) eignen sich demnach v. a. folgende Verhaltensweisen: Ein Kind in oder auf den Arm nehmen (12 Nennungen), den Kopf eines Kindes streicheln (9 Nennungen), einem Kind ein Kuscheltier geben (8 Nennungen), ein Kind auf den Schoß nehmen (8 Nennungen), mit einem Kind reden (7 Nennungen), durch Gestik, Mimik und verbale Äußerungen Mitleid zeigen bzw. Anteil nehmen (5 Nennungen)<sup>84</sup>, das Geschehen entdramatisieren („Das heilt doch bald wieder“ /

<sup>83</sup> Sofern die Befragten hier nur wenig konkrete bzw. nicht operationalisierte Antworten gegeben haben, wurde in den Interviews gezielt nachgefragt, was denn mit der ursprünglichen Äußerung genau gemeint sei.

<sup>84</sup> Hierzu gehört beispielsweise die interessierte Frage danach, was denn eigentlich passiert ist, sowie das aktive Zuhören, wenn ein Kind vom Notfallgeschehen erzählt.

„So schlimm ist das doch gar nicht“; 4 Nennungen), einem Kind eine Freude bereiten („Ein Trostpflaster geben“; 3 Nennungen)<sup>85</sup> sowie einem Kind eine tröstende Geschichte erzählen (2 Nennungen)<sup>86</sup>.

Um ein betroffenes Kind *abzulenken* (Kategorie 2), wurde vorgeschlagen, dem Kind etwas Interessantes zu zeigen oder zu erzählen (10 Nennungen), mit dem Kind - sofern es dazu noch in der Lage ist - zu spielen (z. B. „Ich sehe etwas, das Du nicht siehst“; 8 Nennungen), mit dem Kind zu singen (7 Nennungen) oder mit dem Kind ein Bilderbuch zu lesen (5 Nennungen).

Neun weitere Antworten konnten als Forderung danach, „*Mut zu machen bzw. an die Tapferkeit des Kindes zu appellieren*“ zusammengefaßt werden (Kategorie 3). Der vierten Kategorie wurden schließlich sechs Antworten zugeordnet, die sich primär auf eine *Anleitung zum richtigen Verhalten* bezogen („Beuge den Kopf nach vorne“ / „Atme ganz tief ein und aus“).

- 6.) Unbedingt vermieden werden (Tabelle 18) sollte aus Sicht der Befragten, Kinder von deren Eltern zu trennen bzw. voneinander abzuschirmen: 15 Befragte äußerten sich dementsprechend. Eine Mutter forderte, Kinder nicht unnötig viel auf bevorstehende Maßnahmen vorzubereiten, sondern lieber schnell zu tun, was notwendig ist. Ein Vater und eine Mutter wiesen schließlich darauf hin, daß man erkrankte oder verletzte Kinder auf keinen Fall belügen sollte.

Angaben	Nennungen
Kinder von den Eltern trennen	15
Kinder nicht unnötig auf Maßnahmen vorbereiten	1
Kinder nicht belügen	2

Tabelle 18: Angaben der Eltern bezgl. zu vermeidender Verhaltensweisen

- 7.) Für den Umgang anderer Helfer bzw. des Rettungsdienstes mit ihnen selbst wünschten sich ausnahmslos *alle* befragten Eltern, daß sie unbedingt bei ihrem Kind bleiben und über dessen Zustand bzw. den Verlauf der Hilfeleistung informiert werden wollten. *Alle* Befragten waren der Ansicht, daß allein ihre (körperli-

<sup>85</sup> Diese Anregung könnte zweifellos auch in die Kategorie „Ablenkung“ eingeordnet werden.

<sup>86</sup> Als tröstende Geschichte wurde von den Befragten offenbar eine Geschichte gemeint, in der ebenfalls ein Unglück geschieht, welches dann aber nach kurzer Zeit ein gutes Ende nimmt.

che) Nähe für die psychische Situation des Kindes von großer Bedeutung ist bzw. psychische Belastungen durch sie deutlich vermindert werden könnten.

8.) Als ein auf Kindernotfälle bezogenes Problem (Tabelle 19) wurde von den befragten Eltern genannt, daß man auf Notfallsituationen offenbar nicht ausreichend vorbereitet ist (7 Nennungen) und diese stets dann eintreten, wenn man überhaupt nicht mit ihnen rechnet (6 Nennungen). So gaben die Befragten an, auch selbst nicht gewußt zu haben, was zu tun war (6 Nennungen) bzw. auch selbst vom Geschehen derart überrascht gewesen zu sein, daß man durch den Schreck zunächst regelrecht handlungsunfähig wurde (4 Nennungen). Vor diesem Hintergrund war eine Mutter übrigens ausdrücklich froh darüber, daß zumindest der ältere Bruder eines verletzten Kindes noch besonnen reagieren konnte, indem er unverzüglich den Rettungsdienst alarmiert und einen benachbarten Feuerwehrmann herbeigeht hat, der daraufhin Erste Hilfe leistete.

Angaben	Nennungen
Unzureichende Vorbereitung auf Notfallsituationen	7
Notfalleintritt, wenn man nicht damit rechnet	6
Selbst nicht wissen, was zu tun ist	6
Durch Schreck selbst handlungsunfähig werden	4

Tabelle 19: Angaben der Eltern zu Problemen bei Kindernotfällen

### 5.3.3. Befragung betroffener Kinder

#### 5.3.3.1. Angaben zur Stichprobe

Insgesamt wurden sieben Kinder im Alter von sechs bis 12 Jahren befragt, das Durchschnittsalter der Kinder betrug 9,3 Jahre<sup>87</sup>. Darauf, daß per Zufall lediglich Jungen befragt worden sind<sup>88</sup> und in allen Notfallsituationen, auf die sich die Befragung bezog, mindestens ein Elternteil des betroffenen Kindes sofort bzw. nach kürzester Zeit an-

<sup>87</sup> Daß es sich bei den befragten Kindern ausschließlich um Kinder in der konkret-operationalen Phase handelt, war keineswegs beabsichtigt – aber im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch nicht zu ändern. Weitere Studien zur Befragung von Kindern anderer Alters- bzw. Entwicklungsstufen sind folglich wünschenswert.

<sup>88</sup> Vgl. S. 80; auch hier wäre es angebracht, in weiteren Studien eventuelle geschlechtsspezifische Besonderheiten zu untersuchen.

wesend war, wurde bereits hingewiesen<sup>89</sup>. Eine Übersicht über die jeweiligen Notfallursachen bzw. -geschehen wurde ebenfalls bereits gegeben<sup>90</sup>.

### 5.3.3.2. Befragungsergebnisse

1.) Bezogen auf Gefühle, Gedanken und Verhalten im Notfallgeschehen (Tabelle 20) erklärten vier Kinder, sie hätten zunächst einmal geweint, und zwar vor allem deshalb, weil sie sich so *erschreckt* hätten (2 Nennungen) bzw. weil ihre Verletzung besonders starke Schmerzen verursachte (ebenfalls 2 Nennungen). Ein Kind gab an, nach seinem Sturz von einer Treppe sofort – und offenbar regelrecht instinktiv – zu seiner Mutter gelaufen zu sein; ein anderes beschrieb, daß ihm nach seinem Unfall (mit dem Fahrrad) plötzlich „ganz komisch und schwindelig“ wurde und es anfang zu zittern.

Ein Kind, das ohne ersichtlichen Grund starkes Nasenbluten bekam, hat schließlich nach eigenen Angaben spontan den Kopf in den Nacken gelegt, „damit das Blut nicht mehr rauslaufen konnte“. Dieses Kind beschrieb zudem, v. a. durch den Anblick des vielen Blutes große Angst bekommen zu haben.

Angaben	Nennungen
Weinen aufgrund des Erschreckens	2
Weinen aufgrund starker Schmerzen	2
Instinktives Laufen zur Mutter	1
Undifferenziertes Unwohlsein, Schwindelgefühl, Zittern	1
Spontane Durchführung einer Hilfsmaßnahme an sich selbst	1

Tabelle 20: Angaben der Kinder zu Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen

2.) Die Frage danach, was denn wohl das Schlimmste in der Notfallsituation gewesen sei, konnte von fünf der befragten Kinder offenbar nicht eindeutig beantwortet werden. Nur zwei Kinder meinten diesbezüglich, sie hätten eben besonders starken *Schmerz* empfunden. Bei den übrigen Kindern wurde – um eine Überforderung bzw. auch eine unnötige Konfrontation mit evtl. noch unverarbeiteten Erinnerungen zu vermeiden – auf weiteres Nachfragen verzichtet.

<sup>89</sup> Vgl. S. 80.

<sup>90</sup> Vgl. S. 80.

3.) Die Hilfeleistung empfanden durchweg *alle* Kinder offenbar als positiv bzw. angenehm; das Verhalten der Helfer sowie der anwesenden Eltern (teile) wurde dabei – wenig differenziert - als „sehr lieb“ bzw. „nett“ beschrieben. Drei Kinder erklärten zusätzlich, ihnen sei im Notfallgeschehen sogar ein Stofftier geschenkt worden, worüber sie sich sehr gefreut hätten (Tabelle 21).

Vier Kinder, die vom Rettungsdienst in ein Krankenhaus transportiert worden sind, gaben allerdings an, beim Eintreffen der vielen (!) Helfer (in ihrer Einsatzbekleidung!) zunächst „etwas Angst“ gehabt zu haben. Dadurch, daß die Rettungsdienstmitarbeiter aber sehr freundlich gewesen seien, daß ihre Mutter bzw. ihr Vater durchgehend, d. h. auch während der Fahrt, bei ihnen bleiben durfte und ihnen im Einsatzfahrzeug so viel Interessantes gezeigt wurde, war diese Angst offenbar rasch verschwunden.

Angaben	Nennungen
Positive Beschreibung des Helferverhaltens	7
Angst beim Eintreffen der vielen Helfer	4
Freude über ein geschenktes Stofftier	3

Tabelle 21: Angaben der Kinder zur Hilfeleistung im Notfallgeschehen

#### 5.3.4. Zusammenfassung

Die Befragung von Mitarbeitern des Rettungsdienstes, Eltern betroffener Kinder und von Kindern, die selbst verletzt oder erkrankt waren, hat im Endeffekt nur zu wenigen wirklich neuen Erkenntnissen geführt. Inwieweit sich dies durch die sehr kleine Stichprobe bzw. deren Zusammensetzung begründen läßt, kann nicht abschließend beurteilt werden; ggf. sind umfangreichere Folgeuntersuchungen erst noch abzuwarten.

Es liegt nun jedoch nahe, daß die weitere Entwicklung von Regeln für die PEH bei Kindern doch überwiegend auf den in dieser Arbeit enthaltenen *theoretischen* Überlegungen basieren wird und die Ergebnisse der explorativen Studie vor allem herangezogen werden, um diese lediglich in einigen Teilbereichen zu ergänzen.

## 6. Ein erweitertes Konzept für die

# Psychische Erste Hilfe bei Kindern

## 6.1. Grundsätzliche Überlegungen

Die theoretischen Überlegungen und die explorative Studie zur Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern haben zunächst – was nicht unbedingt erwartet und keineswegs angestrebt wurde – zu einer grundsätzlichen Bestätigung des schon beschriebenen Betreuungskonzepts KASPERLE<sup>54</sup> geführt. Die in ihm enthaltenen Regeln erscheinen inhaltlich auch vor dem Hintergrund der vorangegangenen Darstellung als durchaus angemessen, begründet und praxisrelevant; sie beinhalten tatsächlich viele der offenbar wesentlichsten Aspekte einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern.

Dennoch wird es im folgenden Teil der Arbeit darum gehen, auf wichtige Ergänzungen hinzuweisen, die *so* bislang nicht im bestehenden Konzept enthalten sind. Zudem sind einige strukturelle Veränderungen vorzunehmen, die durch die Überarbeitung der einzelnen Regeln notwendig werden. Letztlich soll dies zu einer noch differenzierteren Darstellung von Möglichkeiten einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern führen. Das ursprünglich als Merkhilfe gedachte Wort „Kasperle“ wird dabei nicht mehr verwendet.

Die dem Betreuungskonzept KASPERLE zugrunde liegende Überzeugung, Regeln für die Betreuung *aller* Kinder formulieren zu müssen<sup>55</sup>, wird jedoch auch weiterhin für sinnvoll gehalten, um die einfache Handhabung, d. h. die rasche Verfügbarkeit und Anwendbarkeit der Regeln zu gewährleisten, wie es bereits im ersten Abschnitt der Arbeit gefordert worden ist.

Eine altersspezifische Zuordnung von Regeln erscheint im Übrigen auch deshalb nicht zweckmäßig, weil in der zur Verfügung stehenden Fachliteratur mehrfach auf regressive Verhaltensweisen verletzter und erkrankter Kinder hingewiesen wurde (vgl. z. B. GLANZMANN 1997, S. 130). Zudem stellt Lohaus fest, daß unterschiedliche Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit Krankheiten<sup>56</sup> – auch bei ansonsten gleichem kogniti-

---

<sup>54</sup> Vgl. S. 43-45.

<sup>55</sup> Vgl. S. 44.

<sup>56</sup> Für Verletzungen bzw. Notfälle dürfte das Gleiche gelten.



ven Entwicklungsstand – zu Unterschieden zwischen Kindern beim Aufbau von krankheitsbezogenen Konzepten führen (vgl. LOHAUS 1990, S. 18 u. 19).

Insofern müßte, wenn man überhaupt eine Binnendifferenzierung des Regelwerkes vornehmen wollte, ohnehin nicht nur das formale Alter eines Kindes ausschlaggebend sein, sondern stattdessen der momentane, individuelle und v. a. auf die bestehenden Konzepte über Krankheit und Gesundheit bezogene Entwicklungsstand im augenblicklichen Notfallgeschehen<sup>57</sup>. Um diesen herauszufinden, wäre jedoch vor der Anwendung einzelner Regeln eine genaue Diagnostik notwendig, die Ersthelfer und Rettungsdienstmitarbeiter zweifellos überfordern würde<sup>58</sup> (und letztlich auch aus Zeitgründen im Notfall keinesfalls leistbar ist)<sup>59</sup>.

Weiterhin gilt demnach, daß nur von „Neunzig-Prozent-Regeln“<sup>60</sup> die Rede sein kann, wobei in dieser Vorgehensweise implizit selbstverständlich enthalten ist, daß die Regeln stets *vernünftig*, d. h. auf den Einzelfall bezogen, überlegt und begründet angewendet werden müssen.

Im folgenden Teil der Arbeit sollen jetzt also – basierend auf den in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen - Ergänzungen des Betreuungskonzeptes KASPERLE dargestellt werden. Alle Regeln sind nahezu gleichermaßen für die Anwendung durch medizinische Laien (z. B. als Teilnehmer in Lehrgängen für Erste-Hilfe am Kind) wie auch durch das Personal des Rettungsdienstes geeignet.

---

<sup>57</sup> In diesem Sinne kann beispielsweise die Aufforderung von Löble verstanden werden, das Kind dort abzuholen, wo es momentan steht (vgl. LÖBLE 2000, S. 980).

<sup>58</sup> Zu bedenken ist schließlich, daß Ersthelfer und Rettungsdienstmitarbeiter – auch dann, wenn sie entsprechende Fortbildungen besucht haben sollten - keine psychologischen oder pädagogischen Fachleute sind!

<sup>59</sup> Denkbar ist allenfalls, ein verletztes Kind zu befragen, ob es denn schon einmal im Rettungswagen mitgefahren ist usw. Antworten auf solche Fragen können dem Helfer aber höchstens eine grobe Orientierung über den zu *vermutenden* Entwicklungsstand vermitteln und dürften wohl nur sehr eingeschränkt geeignet sein, um auf ihnen ein individuell zugeschnittenes Betreuungskonzept aufzubauen.

<sup>60</sup> Vgl. S. 48.

## 6.2. Ableitung konkreter Regeln für Notfallsituationen

In der vorliegenden Arbeit dürfte deutlich geworden sein, daß pädiatrische Notfallsituationen nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht ganz besondere Anforderungen an die Helfer beinhalten und dementsprechend eine gute psychologische Vorbereitung erfordern – die bislang allerdings nicht Bestandteil der Ausbildung ist<sup>61</sup>.

So banal es vielleicht klingen mag, ist demnach zunächst zu fordern, Helfer im Rahmen ihrer Ausbildung - auf der Grundlage entwicklungspsychologisch-psychotraumatologischer Erkenntnisse – möglichst frühzeitig auf die bei Kindernotfällen bestehenden psychologischen Probleme aufmerksam zu machen und für diese grundsätzlich zu sensibilisieren. Jeder Helfer sollte dazu aufgefordert und angeregt werden, sich persönlich, individuell und v. a. *intensiv* mit Kindernotfällen als *Bestandteil einer möglichen Realität* auseinanderzusetzen<sup>62</sup>. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, daß Rettungsdienstmitarbeiter bei der Befragung angegeben haben, regelrecht handlungsunfähig geworden zu sein, weil sie sich z. B. beim Anblick eines verletzten Kindes an eigene Kinder erinnert haben. Regel Nr. 1 lautet demnach:

**Medizinische** Notfälle bei Kindern sind zugleich **psychische** Notfälle für **alle** Beteiligten. Machen Sie sich diese Tatsache bewußt und setzen Sie sich mit ihr Auseinander!<sup>63</sup>

Damit die geforderte gedankliche Auseinandersetzung mit Kindernotfällen bei den Helfern nun aber nicht *nur* darin besteht, bestehende Probleme zu erkennen (was letztlich vielleicht sogar neue Ängste schafft und die Handlungsfähigkeit im Notfall noch weiter senkt), scheint gleichzeitig zumindest notwendig, auch *Verständnis* für die in der Tat schwierige Situation des Helfers auszudrücken – übrigens ähnlich und mit wohl identischer Zielsetzung, wie dies Gasch und Lasogga in ihrem Regelwerk getan

---

<sup>61</sup> Vgl. S. 15 u. 78-79.

<sup>62</sup> Was passiert im Kindernotfall eigentlich mit mir? Was *bedeutet* es für *mich*, wenn ich einem verletzten oder akut erkrankten Kind helfen muß? – Dies sind einige der Fragen, die jeder Helfer individuell und für sich persönlich beantworten sollte, *bevor* er mit Kindernotfällen konfrontiert wird!

<sup>63</sup> Sich einen Kindernotfälle als psychischen Notfall bewußt zu machen und darüber *nachzudenken*, ist wohlgemerkt *nicht* identisch mit dem unbestimmten Unwohlsein, das viele Rettungsdienstmitarbeiter auf Kindernotfälle bezogen sowieso verspüren, ohne es auch nur annähernd differenziert begründen zu können!

haben<sup>64</sup>: Gerade zuzugestehen, daß eine gewisse emotionale Betroffenheit und ein deutlich gesteigerter Aktivierungsgrad des gesamten Organismus beim Helfer im Kindernotfall normal sind, kann u. U. schon entlastend wirken und demzufolge helfen, situationsgerecht zu handeln. Man sollte wissen: Niemand verlangt vom jeweiligen Helfer, daß er bei Kindernotfällen als vollautomatisiert-zwangsgesteuerte „Rettungsmaschine“ auftritt<sup>65</sup>. Regel Nr. 2<sup>66</sup> folgt entsprechend:

Daß alle Beteiligten und auch Sie selbst aufgeregt sind, ist verständlich und vollkommen normal!<sup>67</sup>

Die Regel Nr. 3 soll ebenfalls eine entlastende Funktion haben: So gaben einige Rettungsdienstmitarbeiter bei der Befragung an, daß ihnen der angemessene Umgang mit einem betroffenen Kind ganz generell außerordentlich schwer gefallen ist. Dies und die Tatsache, daß es ihnen im Einsatz offenbar nicht gelungen ist, ein verletztes Kind zu beruhigen (bzw. aufzumuntern oder wie auch immer zu trösten), hat mitunter zu mindestens teilweise unangebrachten Schuldgefühlen bei den Helfern geführt. Denn davon abgesehen, daß sich die Kommunikation zwischen Helfern und dem betroffenen Kind durch eine entsprechende Ausbildung sicherlich in vielen Fällen noch verbessern ließe, sollte eingesehen werden (Regel Nr. 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!<sup>68</sup> Trotzdem ist Psychische Erste Hilfe – wie in der Einführung dieser Arbeit ausführlich dargestellt – keineswegs wirkungslos, und die folgenden Regeln beinhalten dement-

---

<sup>64</sup> Vgl. S. 38 u. 39.

<sup>65</sup> Trotzdem werden durch die obigen Ausführungen nicht sämtliche Fehlentscheidungen und Fehlverhaltensweisen von Helfern bei Kindernotfällen legitimiert!

<sup>66</sup> Da Regel Nr. 2 v. a. hilfreiches Hintergrundwissen vermittelt und nur indirekt eine Aufforderung zum Handeln beinhaltet, könnte hier – wie auch bei einigen folgenden Regeln – vielleicht besser von einem Merksatz gesprochen werden.

<sup>67</sup> In diesem Sinne kann man übrigens folgern, daß Psychische Erste Hilfe bei Kindern zwangsläufig Psychische Erste Hilfe für die Eltern und die Helfer beinhalten muß.

<sup>68</sup> Die Notwendigkeit, auf diesen Sachverhalt hinzuweisen, ergibt sich übrigens schon von daher, daß die erwähnten Schuldgefühle der Helfer (die sich permanent fragen, was sie denn bloß alles falsch gemacht haben) letztlich auch deren weitere Verunsicherung verursachen, die sich bei künftigen Einsätzen zusätzlich negativ auswirken wird. Regel Nr. 3 soll außerdem einem unrealistischen Machbarkeitsglauben entgegenwirken.

sprechend (aufbauend (!) auf den Informationen der jetzt dem überarbeiteten Betreuungskonzept KASPERLE vorangestellten Regeln Nr. 1 bis 3), welches konkrete Verhalten bei Kindernotfällen sinnvoll ist.

Die grundsätzliche Forderung danach, zum betroffenen Kind auf eine besondere Weise Kontakt herzustellen, wurde in diesem Zusammenhang bereits erhoben<sup>69</sup>. Ergänzen ließe sich – v. a. als Konsequenz aus den Befragungsergebnissen – hier jedoch der Hinweis darauf, daß möglichst nur eine (!) Person Kontakt zum Kind aufnimmt, und die übrigen anwesenden Helfer sich zunächst außerhalb des kindlichen Blickfeldes aufhalten. Empfehlenswert scheint auch, daß der „kontaktaufbauende“ Helfer nicht in einer offenbar furchterregenden roten Rettungsdienstjacke erscheint, sondern diese zuvor auszieht. Vielleicht wäre es sogar sinnvoll, in Rettungsfahrzeugen spezielle Oberbekleidung mit freundlichen Motivaufdrucken vorzuhalten, die bei Bedarf kurzfristig und ohne Zeitverlust übergezogen werden könnte.

Ansonsten ist es u. U. hilfreich, zunächst – für das Kind sichtbar – für kurze Zeit mit den Eltern zu sprechen und zu ihnen Kontakt aufzubauen: Wenn das Kind erkennt, daß seine Eltern dem Helfer vertrauen, dürfte es ihm deutlich leichter fallen, dem dann ja schon nicht mehr *völlig* fremden Menschen auch Zugang zu ihm selbst zu ermöglichen bzw. dessen Annäherung angstfrei zu akzeptieren.

Demgegenüber kann die von einigen Rettungsdienstmitarbeitern aufgestellte These, daß möglichst nur ein Helfer, der selbst ein Kind bzw. Kinder hat, Kontakt zu verletzten oder erkrankten Kindern aufbauen sollte<sup>70</sup>, nicht ohne weiteres bestätigt werden: Daß jemand, der selbst keine Kinder hat, zwangsläufig *schlechter* bzw. daß ein Helfer mit eigenen Kindern auf jeden Fall *besser* für die Betreuung eines Kindes geeignet ist, dürfte sich nämlich kaum belegen lassen. Stattdessen sind bei der Eignung eines Helfers dafür, Psychische Erste Hilfe zu leisten, vermutlich eine Vielzahl verschiedener Faktoren relevant, die letztlich auch nur *teilweise* mit eigenen Kindern im Zusammenhang stehen – so z. B. die Fähigkeit, sich in die Lage eines betroffenen Kindes hineinzuversetzen, kindgerecht Worte zu wählen sowie nicht zuletzt auch das auf die Möglichkeiten einer psychischen Hilfeleistung im Notfallgeschehen bezogene Wissen.

---

<sup>69</sup> Vgl. S. 45.

<sup>70</sup> Vgl. S. 78.

Um die Erläuterung dieses Aspekts einer PEH bei Kindern abzuschließen, soll nicht verschwiegen werden, daß der Kontaktaufnahme natürlich einerseits eine entscheidende Bedeutung für die weitere Beziehung zwischen Helfern und Kind zukommt – daß andererseits aber aus medizinischen Gründen oftmals schlichtweg nicht die Zeit bleibt, um im Notfallgeschehen so vorzugehen, wie es aus psychologischer bzw. pädagogischer Sicht sicherlich wünschenswert wäre. Die Schaffung eines „personalen Bezugs“ zwischen Helfern und betroffenen Kindern als unbedingte Voraussetzung für „das kindliche Akzeptieren der Situation, Überwinden von Ängsten, Ertragen von Schmerzen, Aufbringen von Geduld, Befolgen von Anweisungen und das Lernen von Verhaltensweisen“ (WOLF 1987, S. 160-162) bleibt dadurch - zumindest im Notfallgeschehen - wohl eher ein theoretisches Postulat, wenngleich dies bei längeren Krankenhausaufenthalten von Kindern (auf die sich Wolfs Ausführungen ja auch primär beziehen) sicherlich anders sein kann. Als Regel, die für ein Notfallgeschehen geeignet ist, muß daher genügen (Regel Nr. 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 aufzubauen.

Die Aufforderung an den Helfer, vorsichtig Körperkontakt zum betroffenen Kind herzustellen, ist im Betreuungskonzept KASPERLE bereits enthalten<sup>71</sup>. Hier ist – basierend auf den Befragungsergebnissen – jedoch zu ergänzen, daß der Körperkontakt zum Kind offenbar nur dann mit Sicherheit hilfreich ist, wenn er von den eigenen Eltern oder anderen bekannten Bezugspersonen hergestellt wird. Versucht ein anderer (fremder) Helfer, z. B. ein Rettungssanitäter oder Rettungsassistent, Körperkontakt herzustellen, kann dies ein ängstliches Kind mitunter auch noch mehr verängstigen und von ihm eher als unangenehm empfunden werden. Hier kommt es demnach darauf an, sensibel die Reaktion des Kindes wahrzunehmen und den ggf. schon aufgebauten Körperkontakt auch wieder zurückzunehmen. Ebenso ist darauf hinzuweisen,

---

<sup>71</sup> Vgl. S. 45.

daß die Regel „Stelle vorsichtig Körperkontakt zum betroffenen Kind her“ nicht so mißverstanden werden darf, daß man als Helfer auch schon unmittelbar nach der Kontaktaufnahme Körperkontakt suchen und herstellen *muß*. Während bei der PEH für Erwachsene vorsichtiger Körperkontakt häufig hilfreich ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Helfer und Notfallpatient aufzubauen, gilt bei Kindern ganz im Gegenteil, daß der Körperkontakt erst dann gesucht werden sollte, wenn zuvor schon ein gewisses Vertrauen zwischen Helfer und Kind bestanden hat: Keinesfalls darf sich ein Helfer „überfallartig“ auf ein verletztes oder erkranktes Kind stürzen, um es sogleich beispielsweise zu umarmen (vgl. HEINZ 1998, S. 267)<sup>72</sup>. Der bislang formulierte Hinweis, das der Körperkontakt *vorsichtig* zu suchen ist, muß vielleicht also noch etwas deutlicher hervorgehoben werden. In der folgenden, überarbeiteten Regel Nr. 5 - die nunmehr eine weit geringere Bedeutung hat als bislang im Betreuungskonzept KASPERLE - ist dies geschehen:

V. a. Körperkontakt *der Bezugspersonen* zum betroffenen Kind wirkt meist beruhigend und sollte demnach ermöglicht werden<sup>73</sup>. 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.

Die bisherige Regel „Für Ablenkung sorgen“<sup>74</sup> muß ebenfalls ergänzt werden: Denn wenngleich Ablenkung von vielen Helfern als die wohl effektivste Maßnahme einer Psychischen Ersten Hilfe genannt wurde, ist sie kein „Allheilmittel“. De Kuiper bezeichnet es beispielsweise als einen häufigen Irrtum, wenn angenommen wird, daß Kinder keine Schmerzen mehr haben, bloß weil man sie ablenkt (vgl. DE KUIPER 1999, S. 6). Löble fordert außerdem, man dürfe nicht der Versuchung erliegen, Kinder bei der Betreuung „zuzutexten“ (vgl. LÖBLE 2000, S. 980-981). Generell gilt also, daß die Wirksamkeit der Ablenkung nicht überschätzt werden darf und daß auch hier *maßvoll* agiert werden muß.

---

<sup>72</sup> Das ausgeprägte Bedürfnis von Helfern, ein verletztes oder erkranktes Kind schnellstmöglich zu schützen und intensiv zu trösten, könnte ein solches Verhalten begünstigen.

<sup>73</sup> Zugleich muß die Anwesenheit von Bezugspersonen jedoch auch kritisch betrachtet werden. Vgl. hierzu S. 57-59.

<sup>74</sup> Vgl. S. 45.

Im Übrigen sind neben den im Betreuungskonzept KASPERLE genannten Möglichkeiten besonders solche Strategien empfehlenswert, die gerade die Aufmerksamkeit und die erhöhte Aktivierung eines Kindes im Notfallgeschehen nutzen, indem z. B. ein Kind aufgefordert wird, sich während der Durchführung einer schmerzhaften Maßnahme auf das Zifferblatt einer Uhr zu konzentrieren und anschließend zu sagen, wieviel Zeit vergangen ist (bzw. bis wohin der Uhrzeiger fortgeschritten ist). Man kann ein Kind bei der Durchführung schmerzhafter Maßnahmen auch dazu auffordern, einen beteiligten Helfer jeweils so stark in dessen Arm oder Bein zu kneifen, wie es gerade Schmerzen empfindet. Dies lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes von der bloßen Schmerzempfindung insofern ab, daß dem Kind nun zusätzlich eine Möglichkeit gegeben wird, seine Schmerzen auch mitzuteilen – was nämlich ebenfalls Aufmerksamkeit und v. a. Aktivität (!) des Kindes erfordert<sup>75</sup>. Ansonsten darf Ablenkung keinesfalls als Bagatellisierung des Geschehens mißverstanden werden<sup>76</sup>. Als Regel 6 läßt sich somit festhalten:

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“!

Bislang lautete die nun folgende Regel „Die Situation soll erklärt werden“ – wobei das *Erklären* offenbar als ein *Aufklären* des Kindes, v. a. über bevorstehende Maßnahmen, zu verstehen ist<sup>77</sup>. Hierzu sind gleich mehrere Ergänzungen notwendig.

So ist die Information eines kindlichen Notfallpatienten zweifellos hilfreich, um die psychische Bearbeitung des Geschehen zu fördern (vgl. LOHAUS 1990, S. 52) und Gefühle des Kontrollverlustes bzw. der Hilflosigkeit zu vermindern. Außerdem löst „unerwarteter Streß [...] mehr Angst aus [...] und [ist; Anm. v. H. K.] schwerer zu be-

---

<sup>75</sup> Weitere Ablenkungsstrategien beschreibt Glanzmann in ihrem Beitrag (vgl. GLANZMANN 1997). Zur Bedeutung der Aktivität des Kindes zur eigenen Ablenkung vgl. besonders auch die Ausführungen von De Kuiper. Sie schreibt ausdrücklich: „Es ist meist am besten, wenn sich das Kind aktiv an der Ablenkung beteiligt. Wenn das Kind etwas erzählt – über sich selbst, seine Freunde, Hobbys oder die Schule, ist dies vor allem deshalb eine wirksame Ablenkung, weil das Kind dann das Gefühl hat, selbst etwas tun zu können“ (DE KUIPER 1999, S. 58).

<sup>76</sup> Die Äußerung eines befragten Rettungsassistenten: „Dann erzähle ich dem Kind halt irgendwas, und schon ist alles wieder gut!“ spiegelt diese Tendenz wieder.

wältigen [...] als antizipierter oder vorhersehbarer Streß“ (GLANZMANN 1997, S. 133; vgl. auch DE KUIPER 1999, S. 38 u. 39).

Zu beachten ist nun aber, daß allein die Aufklärung bzw. das Wissen eines verletzten oder erkrankten Kindes nicht automatisch auch dessen Angst nimmt (vgl. LOHAUS 1990, S. 52). Gefolgert wird dementsprechend, daß bei Kindern erst Angst abgebaut werden muß, *bevor* man Erklärungen bzw. Informationen gibt: Solange ein zu hoher „Angstlevel“ besteht, ist es nicht sinnvoll, Informationen zu vermitteln, weil diese in einem solchen emotionalen Zustand ohnehin kaum verarbeitet werden können (vgl. LOHAUS 1990, S. 84)<sup>78</sup> und somit eher noch angstverstärkend wirken dürften.

Angstabbau wäre also (nach der Kontaktaufnahme) das zunächst anzustrebende Ziel einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern; und erreicht werden könnte es möglicherweise erst durch die kombinierte Anwendung der übrigen hier vorgestellten Regeln. Wenn man nun aber davon ausgeht, bestehende Angst weitgehend bereits abgebaut zu haben und es von nun an sinnvoll ist, Informationen zu vermitteln, weist Lohaus darauf hin, daß man die Art der Informationsvermittlung möglichst an die kognitive Stufe des Kindes anpassen soll (vgl. LOHAUS 1990, S. 114)<sup>79</sup>; und vor allem darf der kognitive Entwicklungsstand eines Kindes nicht unterschätzt werden<sup>80</sup>. Beispielsweise schreibt Heinz diesbezüglich explizit: „Ein albernes Verhalten (z. B. Babysprache) ist [...] nicht gefragt und wird von den Kindern eher als befremdend empfunden“ (HEINZ 1998, S. 267).

Ebenfalls wichtig für die Informationsvermittlung sind die möglicherweise – v. a. in der präoperationalen Entwicklungsphase – auftretenden Schuldgefühle<sup>81</sup>. Hierfür sollten Helfer besonders aufmerksam sein und ggf. intervenieren, indem sie einem Kind beispielsweise ausdrücklich mitteilen, daß seine Schuldgefühle unbegründet sind.

Da die Entstehung der Schuldgefühle aber nur einerseits Folge des kindlichen Egozentrismus ist, und sie andererseits auch durch bestehende Wissensdefizite gefördert wird, bietet sich hier außerdem an, in einer dem Entwicklungsstand des Kindes an-

---

<sup>77</sup> Vgl. S. 45.

<sup>78</sup> Vgl. S. 55.

<sup>79</sup> Wie beschrieben (vgl. oben), ist dies psychologischen Laien im Notfallgeschehen nur begrenzt möglich. Trotzdem erscheint die Äußerung von Lohaus als ein legitimes Postulat.

<sup>80</sup> Durch das eventuelle „Verhätscheln“ eines Kindes würden regressive Verhaltensweisen im Notfallgeschehen vermutlich nur begünstigt bzw. verstärkt. Zudem dürften die Möglichkeiten eines Kindes, sich aktiv und hilfreich in die Notfallsituation einzubringen, noch weiter verringert werden.

<sup>81</sup> Vgl. S. 63 u. 64.



gemessen Weise die tatsächlichen Erklärungen für Geschehenes zu geben. Auf diese Weise kann dem Kind geholfen werden, unangebrachte und unrealistische Schuldgefühle durch realistische (und dann meist nämlich entlastende) Erklärungen abzulösen (vgl. LOHAUS 1993, S. 125-126).

Helfer sollten aber nicht nur von sich aus Erklärungen geben, sondern v. a. auch dem betroffenen Kind die Möglichkeit geben, Ängste und Befürchtungen zu äußern sowie Fragen zu stellen, auf die dann gezielt (und vor allem ehrlich) eingegangen werden sollte (vgl. KUSCH 1996, S. 19). Die Erklärung der Situation setzt demnach in gewissem Sinne voraus, daß das Kind selbst mitteilt, was aus seiner Sicht erklärungsbedürftig ist; vermittelt werden sollten die Informationen, die das Kind auch aus der eigenen Sicht benötigt. Löble schreibt in einem ähnlichen Zusammenhang: „Kinder holen sich, was sie brauchen“ (LÖBLE 2000, S. 981). Dieser Aspekt wurde bislang allerdings nicht im KASPERLE-Konzept berücksichtigt. Formulieren läßt sich nunmehr als Regel Nr. 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 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.

Die Vorbereitung auf bevorstehende Maßnahmen soll nun in einer neuen, eigenen Regel beschrieben werden und ist nicht länger implizit in der Regel „Die Situation soll erklärt werden“<sup>82</sup> enthalten.

Glanzmann schreibt hierzu, daß sich eine Kombination von empfindungs- und ein-griffsbezogenen Informationen bewährt habe und daß die Vorbereitung einige oder alle der folgenden Komponenten enthalten solle (vgl. GLANZMANN 1997, S. 134): „Dem Kind wird mitgeteilt, was für eine Maßnahme geplant ist. Es darf die erforderlichen Geräte anfassen und wenn möglich (wenn genügend Zeit vorhanden ist) an einer Puppe nachspielen. Dem Kind wird gesagt, wer die Maßnahme durchführen wird. Seine Ängste, Gefühle und Fragen werden angesprochen“ (GLANZMANN 1997, S. 134). Außerdem empfiehlt Glanzmann zur Vorbereitung eines Kindes die Verwendung von Bilderbüchern (vgl. GLANZMANN 197, S. 134).

Neben der Vermittlung von Informationen über Wahrnehmungen und die Vorgehensweise bei der Durchführung einer Maßnahme fordert De Kuiper jedoch zusätzlich noch, Informationen über das erwartete Verhalten des Kindes zu geben; insbesondere sollte dem Kind gesagt werden, was es selbst zur Durchführung einer Maßnahme beitragen kann: „Wenn [...] [das Kind; Anm. v. H. K.] die Möglichkeit hat, seine Schmerzen [während der Durchführung einer Maßnahme; Anm. v. H. K.] auf nicht-medikamentöse Weise selbst zu lindern, hat es das Gefühl, die Situation positiv beeinflussen zu können – und obendrein wird es gelobt und kann stolz auf sich sein“ (DE KUIPER 1999, S. 40). An anderer Stelle in der gleichen Quelle heißt es ergänzend: „Das Kind muß wissen, welches Verhalten von ihm erwartet wird, andernfalls kann es sich nicht richtig verhalten, weil die Situation neu für es ist. Wenn Sie sagen: ‚Du darfst ruhig weinen, wenn es weh tut‘, glaubt das Kind womöglich, daß es weinen soll. Weinen kann jedoch Gefühle der Ohnmacht auslösen, und die Folge ist, daß das Kind keinen positiven Beitrag leistet, auf den es anschließend stolz sein kann“ (DE KUIPER 1999, S. 42). Als zusammenfassende Regel Nr. 8 soll demnach gelten:

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 emp-

---

<sup>82</sup> Vgl. S. 45.

finden? 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.

Möglichst aktiv soll das verletzte oder akut erkrankte Kind nun aber nicht nur – wie beschrieben – zur Ablenkung und bei der Durchführung von Maßnahmen sein, sondern ebenso im gesamten übrigen Notfallgeschehen<sup>83</sup>. Dies ergibt sich u. a., wenn man einen Notfall vor dem Hintergrund der in ihm enthaltenen Anforderungen und Chancen betrachtet: So kann auch aus einem Notfallgeschehen tatsächlich Kraft und Selbstbewußtsein gewonnen werden – sofern es dem Betroffenen möglich war, selbst einen (wenn auch geringen) Beitrag zu leisten, um die Situation zu meistern.

Das Kind darf dieser Überlegung entsprechend nicht in eine passive Haltung gedrängt werden („Bleib einfach ganz ruhig liegen, wir machen das schon!“), sondern sollte – sofern es medizinisch vertretbar ist – möglichst viel *selbst tun können*. Dazu gehört beispielsweise, das Kind nicht auf jeden Fall in den Rettungswagen zu tragen, sondern es evtl. selbst laufen oder zumindest einsteigen zu lassen. Beim Anlegen eines Verbandes kann das Kind ebenfalls mithelfen, indem es z. B. die Wundauflage festhält – und vor der Durchführung einer Venenpunktion kann dem Kind möglicherweise zumindest die Entscheidung freigestellt werden, ob diese am rechten oder linken Arm erfolgen soll. U. U. ist sogar denkbar, daß das Kind selbst die Punktionsstelle mit einem Spray oder Mulltupfer desinfiziert. Was das Kind (entwicklungsbedingt) *schon* und was es (krankheits- bzw. verletzungsbedingt) *noch* kann, sollte das Kind auch tun!

Daß anschließend - durch ein entsprechendes Lob bzw. eine Belohnung - eine positive Verstärkung erfolgen sollte (hier: um das Kind zu weiterer Aktivität zu ermutigen), zeigen Erkenntnisse der behaviouristischen Lernpsychologie. Vor dem Hintergrund der bisherigen Regel „Die Situation soll erklärt werden“, ist nunmehr – im Sinne eines Nachtrags zur siebten Regel - zu formulieren (Regel Nr. 9):

Als Ziel aller Informationsvermittlungs- bzw. Erklärungsversuche sollte angestrebt werden, daß das Kind nicht nur über das Geschehen *Bescheid* weiß, son-

---

<sup>83</sup> Gemeint ist mit der Aktivität eines Kindes hier natürlich nicht das eventuelle Schreien und Weinen etc., sondern nur eine solche Aktivität, die hilfreich zur Bewältigung der Notfallsituation beiträgt!

dern 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.

Zur Einbeziehung von Personen, die dem Kind nahe stehen<sup>84</sup>, ist vor dem Hintergrund der bisherigen Darstellung<sup>85</sup> festzustellen, daß in jeder Notfallsituation neu überlegt und entschieden werden muß, wie zu verfahren ist. Subjektive und unreflektierte Pauschalurteile wie die in der Befragung geäußerte Aussage eines Rettungsassistenten: „Als erstes schicke ich die Eltern immer raus!“ sind auf jeden Fall unangebracht. Notwendig ist ein differenziertes und v. a. *begründetes* Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Vorgehensweisen. Regel Nr. 10 soll hierbei Hilfestellung geben:

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.

Die bisherige Forderung, einem verletzten oder erkrankten Kind Entscheidungsfreiheit zu lassen<sup>86</sup>, kann nunmehr ebenfalls ergänzt werden. So dürfte in den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden sein, daß es nicht nur darauf ankommt, Situationen so zu gestalten, daß ein Kind sich entscheiden und somit einen eigenen konstruktiven Beitrag zur Bewältigung des Notfallgeschehens leisten *kann*, sondern daß es dies aufgrund einer entsprechenden Motivation durch die Helfer auch *tut*! Im Übrigen sollte einem Kind im Notfall neben der Entscheidungsfreiheit auch weitestgehend mögliche Bewegungsfreiheit<sup>87</sup> sowie die Freiheit, sich generell sprachlich zu äußern, eingeräumt werden – d. h., ein Kind soll wissen, daß es eigene Gedanken und Gefühle aussprechen kann, ohne Widerspruch bzw. wie auch immer geartete Sanktionen befürchten zu müssen.

Dies setzt, wie es bereits im Betreuungskonzept KASPERLE formuliert worden ist<sup>88</sup>, voraus, daß man als Helfer soweit wie nur irgendwie möglich auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Druck auf ein verletztes oder erkranktes Kind verzichtet und

---

<sup>84</sup> Vgl. S. 45.

<sup>85</sup> Vgl. jedoch v. a. S. 57-59, 77 u. 85.

<sup>86</sup> Vgl. S. 45.

<sup>87</sup> Vgl. S. 53 u. 54.

– nicht zuletzt durch die kombinierte Anwendung aller hier vorgestellten Regeln – eine vertrauensvolle Beziehung zumindest aufzubauen versucht. Auch ist unbedingt zu fordern, daß Helfer bei der Versorgung eines Kindes niemals lügen, weil eben dadurch das erwünschte Vertrauensverhältnis zwischen Helfer und Kind (sofern es schon besteht) abrupt zerstört bzw. dessen Entstehung von vornherein nahezu unmöglich gemacht würde (vgl. HOFMANN 1999, S. 990-991). Als Regel Nr. 11 ist somit zu formulieren:

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.

Die bisherige Regel „Ruhe bewahren“<sup>89</sup> ist auch nach den bisherigen Ausführungen noch gut zu begründen, da Unsicherheit bzw. Angst und Aufregung eines Helfers sich stets - wie beschrieben<sup>90</sup> - auf das betroffene Kind übertragen können. Weil aber auch die in der Notfallsituation grundsätzlich enthaltene Hektik angst- und schmerzverstärkend wirken kann (vgl. DE KUIPER 1999, S. 8 u. 9 sowie 37), ist die Regel nun noch mit einem Zusatz zu versehen (Regel Nr. 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.

Übrigens ist auch der Gebrauch von Sonderrechten (insbesondere dem Martinshorn) beim Transport eines verletzten oder erkrankten Kindes zum Krankenhaus vor diesem Hintergrund sorgfältig zu überlegen. Dem Nutzen einer schnellen medizinischen Weiterversorgung des Kindes im Krankenhaus stehen hier u. U. die Kosten einer *massiven* Verstärkung der psychischen Belastung während des Transportes gegenüber. Auch Gasch und Lasogga haben – allerdings bezogen auf Patienten mit Herzinfarkt –

---

<sup>88</sup> Vgl. S. 45.

<sup>89</sup> Vgl. S. 45.

<sup>90</sup> Vgl. S. 59.

bereits recht ähnliche Überlegungen angestellt (vgl. GASCH/LASOGGA 1999c, S. 398 u. 399).

Der folgenden Regel im KASPERLE-Konzept, Lieblingsstofftiere zu holen und dem Kind zu geben<sup>91</sup>, ist bezogen auf ihre Begründung und Zielsetzung nichts hinzuzufügen, zumal die beruhigende Wirkung von Teddybären und anderen Kuscheltieren offenbar allgemein anerkannt ist (vgl. z. B. GLANZMANN 1997, S. 132). Ergänzt werden kann allenfalls, daß – sofern das Lieblingsstofftier eben nicht verfügbar ist (z. B. bei einem Verkehrsunfall) – ein entsprechender Ersatz zur Verfügung gestellt werden muß. Die meisten Rettungswagen sind für diesen Zweck bereits mit Teddybären ausgestattet; wo dies bislang nicht der Fall ist, sollten Stofftiere baldmöglichst angeschafft werden. Regel Nr. 13 lautet somit:

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.

Die bisherige Aufforderung, ein verletztes oder erkranktes Kind ernst zu nehmen<sup>92</sup>, wurde bereits in die siebte Regel<sup>93</sup> integriert und kann somit entfallen. Neu in das überarbeitete bzw. erweiterte Regelwerk aufzunehmen ist allerdings eine Regel, die die Aufmerksamkeit der Helfer insbesondere auf unverletzte Kinder in einem Notfallgeschehen lenken soll. Auch sie sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt, die bislang aber oftmals unterschätzt werden. Lohaus schreibt hierzu sogar: „Betroffene Kinder, die Bewältigungsmöglichkeiten für ihre [eigene; Anm. v. H. K.] Erkrankung gefunden haben, werden [...] emotional *weniger* belastet sein als Kinder, die die Erkrankung lediglich beobachten und sich vor eigener Betroffenheit fürchten“ (LOHAUS 1990, S. 83; Hervorh. v. H. K.)<sup>94</sup>. Da für ein Notfallgeschehen durchaus ähnliches vermutet werden kann wie für die hier beschriebenen Mechanismen beim Auftreten einer Erkrankung, soll Regel Nr. 14 heißen:

---

<sup>91</sup> Vgl. S. 45.

<sup>92</sup> Vgl. S. 45.

<sup>93</sup> Vgl. S. 97.

<sup>94</sup> Vgl. S. 19.

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!

Die Ergänzung bzw. Überarbeitung des Betreuungskonzepts KASPERLE ist mit der Formulierung der genannten Regeln an dieser Stelle jedoch nicht abgeschlossen. Damit die Kritik, die in der vorliegenden Arbeit im Anschluß an die Darstellung des ursprünglichen KASPERLE-Konzepts geäußert wurde<sup>95</sup>, nicht ebenso für das neu erarbeitete Regelwerk gilt, ist jetzt vielmehr eine Systematik zu entwickeln, in der die einzelnen Regeln einerseits – soweit wie möglich – chronologisch angeordnet und in der auch die Ziele und Prioritäten einer psychischen Ersten Hilfe bei Kindern strukturiert erkennbar sind. Die einzelnen Regeln sollen nicht länger unverbunden nebeneinander stehen bleiben, sondern – vor dem Hintergrund der bisherigen Darstellung – in einen begründbaren Zusammenhang gebracht werden; und es ist zu verdeutlichen, wann und warum die Anwendung einer Regel sinnvoll ist.

Der vielleicht wesentlichste Leitgedanke, der dabei gleichzeitig Bezugspunkt aller systematischen Bemühungen um eine Psychische Erste Hilfe bei Kindern sein soll – und der im Übrigen auch das spezifisch Pädagogische der bisherigen Ausführungen verdeutlichend zusammenfaßt – ist die Verminderung psychischer Belastungen durch Hilfe bzw. Anleitung zur Selbsthilfe: Zumindest wird in vielen der hier entwickelten und begründeten Regeln immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, einem verletzten oder erkrankten Kind so zu helfen, daß es selbst aktiv wird und Einfluß auf die Situationsgestaltung nimmt. Remschmidt formuliert genau diese Überlegung ebenfalls: „Insgesamt sollte man versuchen, jedes kranke Kind von einer passiven in eine aktive Rolle zu bringen (REMSCHMIDT 1994, S. 275; vgl. auch KUSCH 1996, S. 72-98).

Als einzelne grundsätzlich zu berücksichtigende *Elemente* einer PEH bei Kindern (denen die einzelnen Regeln zuzuordnen sind) werden dabei die besondere Vorbereitung des Helfers, die Kontaktaufnahme des Helfers zum Kind, die Situationsgestaltung

sowie die Situationserklärung (d. h. die Vermittlung von Informationen über die Situation und bevorstehende Maßnahmen) betrachtet.

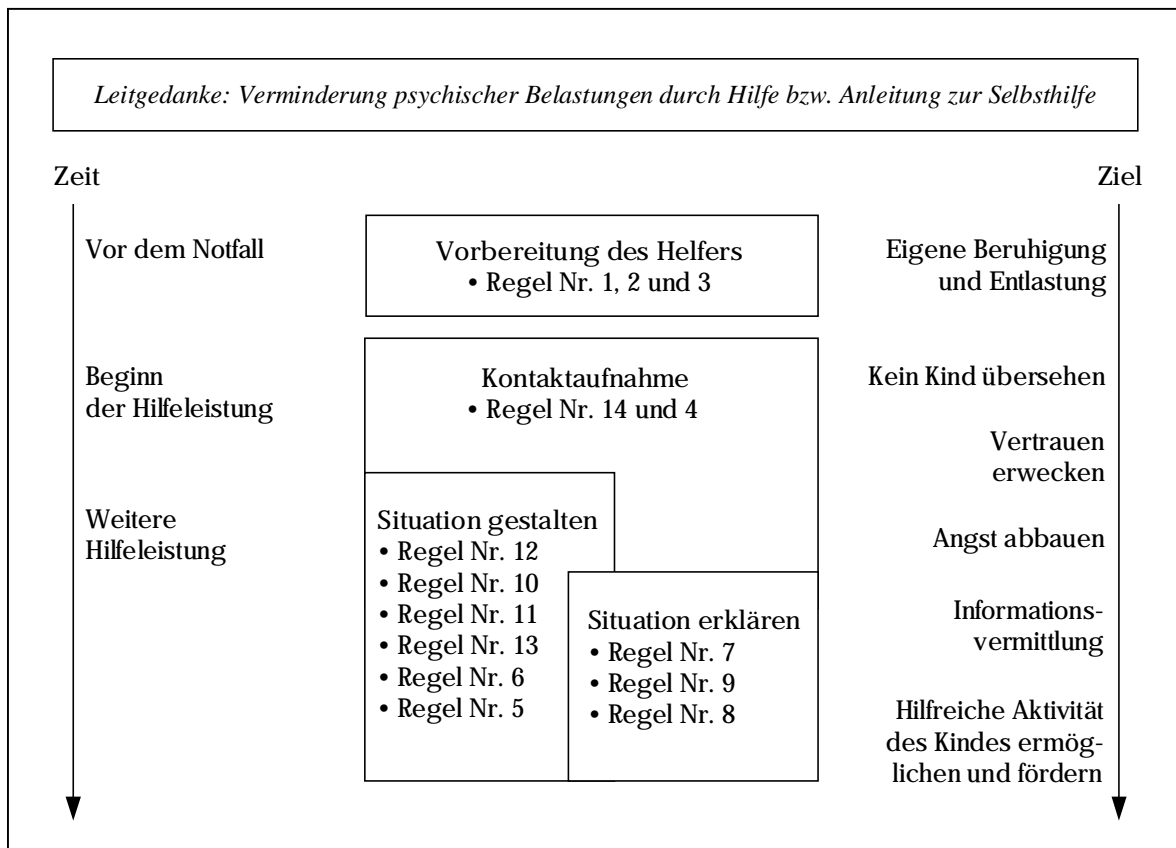


Abbildung 11: PEH bei Kindern im systematischen Zusammenhang

In Abbildung 11 ist die Systematisierung des Gesamtkonzeptes für eine PEH bei Kindern nun zusammenfassend dargestellt: Gezeigt werden soll hier (von rechts nach links erarbeitet), *warum*, also mit welcher Zielsetzung, *was wann* getan werden soll – und welche Regeln bzw. Merksätze jeweils zu berücksichtigen sind.

Deutlich geworden sein dürfte an dieser Stelle allerdings, daß die einzelnen Regeln kognitiv zwar nicht schwer zu erfassen sind – daß sich ihre Anwendung *im Zusammenhang* (wie ihn Abbildung 11 darstellt) aber auf keinen Fall erlernen läßt, indem man die Regeln lediglich auswendig lernt. Vielmehr scheint das praktische Einüben in möglichst realitätsnahen Rollenspielen unverzichtbar (vgl. FROMMBERGER/ MAYER/NYBERG 2000, S. 28. u. 29). Insofern soll auch ein abschließender Hinweis darauf erfolgen, daß die hier entwickelten Regeln nicht Bestandteil einer mißverständlichen

<sup>95</sup> Vgl. S. 44.



Dogmatik bzw. „Rezeptologie“ sein können, sondern eher als wertvolle Orientierungshilfe für den Helfer im Notfallgeschehen zu verstehen sind – sofern sie *zuvor* eben bereits eingeübt wurden!

### 6.3. Ableitung erzieherischer Konsequenzen

Wenngleich in der vorliegenden Arbeit die Entwicklung von Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern, die bereits in eine Notfallsituation geraten sind, im Vordergrund steht, soll im folgenden Abschnitt auch auf einige erzieherische Konsequenzen eingegangen werden, die sich aus der bisherigen Darstellung ergeben. Zu zeigen ist hier, inwiefern ein bestimmtes erzieherisches Verhalten präventiv dazu beitragen kann, psychische Belastungen für ein verletztes oder erkranktes Kind im Notfallgeschehen schon von vornherein zu vermindern. Dabei gilt grundsätzlich: Um das Erlernen von Hilfslosigkeit zu vermeiden, muß die Erziehung eine möglichst aktive und selbständige Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Problemen ermöglichen bzw. fördern; und Kinder müssen möglichst früh lernen, wie sie sich auch in Notfallsituationen weitgehend selbst helfen können. Als konkrete Vorbereitung auf Notfälle sind an die Erziehung folgende Forderungen zu stellen:

- 1.) Es sollte eine ausführliche Auseinandersetzung mit oftmals offenbar geradezu tabuisierten Themen wie z. B. einem Unfall oder einer schweren Erkrankung erfolgen, um zunächst ein generelles Bewußtsein für die Möglichkeit von Notfällen überhaupt zu schaffen und um die Entwicklung realitätsnaher Konzepte von Gesundheit und Krankheit zu unterstützen (vgl. LOHAUS 1990, S. 18). In diesem Zusammenhang wird in der Literatur mehrfach vorgeschlagen, mit Kindern beispielsweise einen Rettungswagen oder die Unfallaufnahme eines Krankenhauses zu besichtigen (Abbildung 12), entsprechende Bilderbücher zu lesen oder auch Rollen- bzw. Puppenspiele durchzuführen (vgl. DE KUIPER 1999, S. 42; KUSCH 1996, S. 39-42; LOHAUS 1990, S. 122).
- 2.) So wie früh wie möglich sollte in der Erziehung auch notfallbezogenes Wissen vermittelt werden, um einerseits die Bereitschaft zu senken, sich für eine Verlet-

zung oder Erkrankung die Schuld zu geben (vgl. LOHAUS 1990, S. 45 u. 46), und um andererseits konkrete Handlungsmöglichkeiten für Notfallsituationen zu schaffen. Die gezielte Ausbildung von Kindern in der Ersten Hilfe hat vor diesem Hintergrund eine ganz besondere Bedeutung, und es erscheint fraglich, wieso die (kindgemäße) Erste-Hilfe-Ausbildung nicht längst obligatorischer Bestandteil der Aktivitäten im Kindergarten bzw. in Grundschulen geworden ist, wie es seit geraumer Zeit auch bereits mehrfach gefordert wurde (vgl. z. B. HEESCHEN 1988; LOHAUS 1990, S. 47; SCHOLL 1999).



Abbildung 12: Erste Hilfe als Thema einer Grundschulprojektwoche<sup>96</sup>

3.) Kinder sollten ermutigt werden, krankheitsbezogene Gedanken bzw. Sorgen zu äußern und insbesondere auf eventuelle Schmerzen hinzuweisen, um die Entstehung des auf Seite 61 beschriebenen Teufelskreises zumindest teilweise zu verhindern: Ein Kind muß wissen, daß seine Schmerzäußerung nicht – wie auch immer – sanktioniert oder bagatellisiert, sondern ernst genommen wird und eine *hel- fende* Reaktion verursacht (vgl. auch KUSCH 1996, S. 21).

<sup>96</sup> Das hier gezeigte Foto ist anlässlich einer Projektwoche in der Rheinberger Paul-Gerhard-Grundschule entstanden, die vom 20.09.2000 bis zum 22.09.2000 stattfand. Für die Schülerinnen und Schüler der dritten und vierten Klassen wurden dabei Erste-Hilfe-Kurse durchgeführt; außerdem konnte ein Rettungswagen des Deutschen Roten Kreuzes besichtigt werden.

- 4.) Bewältigungsstrategien für Notfälle bzw. für das Auftreten von Schmerzen sollten intensiv eingeübt und trainiert werden; hier ist noch einmal auf die verschiedenen Methoden (u. a. der gelenkten Imagination) hinzuweisen, die De Kuiper ausführlich beschreibt (vgl. DE KUIPER 1999, S. 55-61)<sup>97</sup>. Wenn ein Kind solche Bewältigungsstrategien gelernt hat und gewohnt ist, sie auch bei kleineren Verletzungen bzw. leichteren Erkrankungen im Alltag anzuwenden, steigt die Wahrscheinlichkeit, daß diese Techniken auch in einem Notfallgeschehen hilfreich sind.
- 5.) Krankheitsbezogene Drohungen<sup>98</sup> sollten unbedingt vermieden werden, um die eventuelle Entstehung von Schuldgefühlen in einem Notfall<sup>99</sup> nicht noch zu begünstigen.
- 6.) Außerdem ist die Nachsorge für *alle* Kinder, die in einem Notfallgeschehen anwesend waren - d. h. auch für unverletzt gebliebene Kinder, die die Situation in der passiven Rolle eines Beobachters miterlebt haben - von besonderer Bedeutung. Jedem Erzieher muß bewußt sein, daß hier stets die Möglichkeit der Entwicklung psychischer Spätfolgen besteht und daß das Miterleben einer Ausnahmesituation u. U. ein ebenso außergewöhnliches Verhalten des Kindes bewirkt. Hier ist zum Beispiel die Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBR) zu nennen, die sich auch nach mehreren Tagen noch unter anderem in Schlaf-, Konzentrations- und Verdauungsstörungen, aber auch gesteigerter Reiz- bzw. Erregbarkeit, Schreckhaftigkeit sowie wiederkehrenden Alpträumen äußern kann. Denkbar ist außerdem, daß ein Kind das miterlebte Ereignis immer wieder nachspielt - oder sich eben in *irgendeiner anderen Weise anders als üblich* verhält.

Damit sich negative psychische Auswirkungen eines Notfallgeschehens nun nicht dauerhaft manifestieren bzw. zu regelrechten Erkrankungen wie z. B. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen, ist es notwendig, daß Kinder nach einem Notfall zunächst aufmerksam beobachtet werden und daß ggf. auftretende, ungewöhnliche Verhaltensweisen eines Kindes *verstanden* bzw. *angemessen bewertet* werden<sup>100</sup>. Gesprächsangebote der Erzieher, ohne sich aufzudrängen, sind

---

<sup>97</sup> Vgl. S. 66.

<sup>98</sup> Vgl. S. 56.

<sup>99</sup> Vgl. S. 63 u. 64.

<sup>100</sup> Wichtig scheint hier vor allem, daß ungewöhnliche Verhaltensweisen eines Kindes nicht unangebrachte Sanktionen nach sich ziehen. Dies könnte beispielsweise der Fall sein, wenn ein Kind offenbar keinen Hunger mehr verspürt oder plötzlich schulische Probleme auftreten. Solange es sich hierbei nur

ebenfalls sinnvoll – v. a. die Bereitschaft, auf Fragen des Kindes ehrlich zu antworten (vgl. in einem ähnlichen Zusammenhang LÖBLE 2000). Sofern ungewöhnliche Symptome aber über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, sollte nicht gezögert werden, auch professionelle Hilfe durch den Kinderarzt bzw. Psychologen oder Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen.

## 7. Diskussion und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen werfen zunächst die Frage auf, warum psychologische Aspekte pädiatrischer Notfallsituationen bislang nicht bereits ausführlich thematisiert worden sind; vor diesem Hintergrund dürfte mit der vorliegenden Arbeit einige Pionierarbeit geleistet worden sein. Daraus folgt allerdings, daß die hier dargestellten Überlegungen mit ziemlicher Sicherheit durchaus noch ergänzungsfähig sind. Insbesondere bei den für eine PEH bei Kindern formulierten Regeln muß es sich keineswegs um die endgültigen Fassungen handeln; weitere Überarbeitungen, v. a. differenziertere Angaben zu einzelnen Details der psychischen Hilfeleistung scheinen möglich. Im folgenden Abschnitt soll die vorliegende Arbeit von daher kritisch betrachtet werden; außerdem ist auf denkbare Ansätze weiterer Untersuchungen zur Thematik hinzuweisen.

- 1.) Kindernotfälle sind in vielen Fällen *extrem* dramatisch: Kinder schreien und weinen außerordentlich heftig, Eltern geraten in völliger Panik an den Rand der Verzweiflung – und auch ein medizinisch ausgebildeter Helfer wird u. U. an die Grenzen seiner psychischen und physischen Belastbarkeit herangeführt. Vor diesem Hintergrund läßt sich erahnen, daß die praktische Umsetzung der in dieser Arbeit enthaltenen Forderungen zur Psychischen Ersten Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern in einem Notfallgeschehen keineswegs unproblematisch sein wird. Dennoch wäre es unangebracht zu urteilen, daß die Dramatik eines Notfall-

---

um kurzzeitige, vorübergehend auftretende Verhaltensveränderungen handelt, sind diese als völlig normale und verständliche Reaktion auf ein unnormales Ereignis zu betrachten.

geschehens jeden Versuch einer Psychischen Ersten Hilfe von vornherein überflüssig machen würde.

Allerdings scheint hier ein Hinweis darauf angebracht, daß die Analyse psychologischer Aspekte eines Kindernotfalls (und die daraus resultierende Anwendung einzelner Regeln für die PEH) sicherlich nicht den Irrglauben fördern darf, daß psychologisches Wissen allein pädiatrischen Notfällen ihre Dramatik automatisch und vollständig nehmen kann. Der hier vorliegenden Arbeit liegt somit lediglich die Auffassung zugrunde, daß Psychische Erste Hilfe – übrigens gleichberechtigt *neben* der sachgerechten Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen – lediglich einen wichtigen Beitrag *zu dem Versuch* leisten kann, Belastungen des Geschehens zu vermindern.

- 2.) Auch die vielleicht wesentlichste in dieser Arbeit gewonnene Erkenntnis - nämlich daß man die hilfreiche Aktivität verletzter und erkrankter Kinder fördern und daß man soweit wie möglich zur Selbsthilfe anleiten sollte - wirft die Frage auf, inwieweit hier eine unrealistische, da kaum umsetzbare Anregung für die PEH bei Notfällen gegeben wurde. Kann ein Kind in einem solchen psychischen Ausnahmezustand überhaupt noch irgendeine praktische Tätigkeit ausführen? Wird ein Kind, dem man auch im Notfallgeschehen noch eine Aufgabe überträgt und von dem man die aktive Mitarbeit verlangt, nicht sogar zusätzlich belastet bzw. überfordert? - Es wird hier davon ausgegangen, daß dies nicht der Fall ist. Dazu müssen jedoch zwei Erläuterungen gegeben werden:

Erstens soll das Kind nur soweit aktiv werden, wie es dazu – bedingt durch seinen individuellen Entwicklungsstand und durch die jeweilige Verletzung bzw. Erkrankung – auch in der Lage ist; und generell soll ein Kind natürlich nicht die vollständige eigene Therapie übernehmen, sondern lediglich sehr einfache und unkomplizierte Hilshandlungen, die die von anderen durchzuführenden Maßnahmen unterstützen bzw. erleichtern. Denkbar ist beispielsweise, daß ein zehnjähriges Kind – etwa nach einem Sturz von seinem Fahrrad – zunächst selbst eine Wundauflage auf seine Verletzung legt und festhält, bevor diese mit einem endgültigen Verband durch den Rettungsdienst (oder andere Helfer) fixiert wird. Zweifellos ausgeschlossen ist demgegenüber, daß man z. B. von einem zweijährigen, schwerbrannten und eventuell bewußtseinsgetrübten Kleinkind noch eine um-

fangreiche Mithilfe erwartet. Als Orientierungshilfe bzw. Leitgedanke (nicht aber als Dogma) erscheint die „pädagogische Anleitung als Hilfe zur Selbsthilfe“ somit durchaus angebracht.

Zweitens scheint die Aktivitätsförderung des Kindes auch deshalb legitim, weil sie dem Mißverständnis entgegenwirkt, verletzte oder akut erkrankte Kinder müßten - in einem falsch verstandenen Sinne - lediglich *getröstet* werden: Während die Hilfe zur Selbsthilfe - natürlich *begleitet* von liebevoller Zuwendung - tatsächlich eine Verminderung der psychischen Belastungen und eine günstigere Verarbeitung des Notfallgeschehens bewirken kann, wird das, was unter dem Begriff des Tröstens offenbar von vielen verstanden wird, oftmals schnell zum Vertrösten bzw. auch zum Bagatellisieren und drängt ein Kind eher in die (im Notfallgeschehen völlig unangebrachte) Passivität.

- 3.) Darauf, daß sich das Verhalten der Bezugspersonen eines Kindes sowie die Beziehung bzw. Kommunikation zwischen diesen und den Helfern im Notfallgeschehen mitunter entscheidend auf die psychische Situation des Kindes - und vor allem die Entwicklung von Vertrauen des Kindes zu den Helfern - auswirkt, wurde in der vorliegenden Arbeit mehrfach hingewiesen. So wurde u. a. deutlich, daß die Psychische Erste Hilfe bei Kindern immer auch Psychische Erste Hilfe bei den Bezugspersonen beinhalten muß. Hier sind allerdings weitere Untersuchungen denkbar, um noch genauere Anregungen für den Umgang mit Bezugspersonen eines Kindes zu entwickeln; insbesondere sollten hier Regeln für die Art der indirekten Anamneseerhebung, die Art der Informationsvermittlung an Bezugspersonen sowie die Möglichkeiten zu deren Einbeziehung in die Hilfeleistung entwickelt werden. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch zu hinterfragen, wie die Bezugspersonen eines Kindes selbst reagieren, wenn es zu einem Notfallereignis kommt, d. h. wie *sie* das Geschehen erleben und wie *sie* sich verhalten: In der in dieser Arbeit enthaltenen explorativen Studie sind diese Aspekte fast vollständig unberücksichtigt geblieben.
- 4.) Zur Weiterentwicklung der Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern ist es möglicherweise angebracht, konkrete Formulierungsvorschläge zu erarbeiten, mit denen Kindern verschiedener Altersstufen häufige diagnostische und therapeutische Verfahren verständlich erläutert werden könnten. Bislang sind medizinisch geschulte

Helfer diesbezüglich auf den eigenen Ideenreichtum angewiesen, und eine vorgegebene Sammlung von Erklärungsansätzen wäre als Anregung insofern hilfreich. Das Röntgen frakturierter Extremitäten ließe sich beispielsweise mit dem Fotografieren vergleichen, die Funktionsweise eines Absauggerätes mit der eines Staubsaugers, das Anlegen von EKG-Elektroden mit dem Anbringen eines Aufklebers etc.

- 5.) In der vorliegenden Arbeit wurde – dem Schwerpunkt der bisherigen Forschung zur Thematik folgend und um den vorgegebenen zeitlichen bzw. konzeptionellen Rahmen nicht zu verlassen – vor allem die *kognitive* Entwicklung von Kindern betrachtet. Weitere wertvolle Schlußfolgerungen für die PEH bei Kindern könnten sich aber auch aus einer Untersuchung der emotionalen und psychomotorischen Entwicklung von Kindern ziehen lassen, die hier eben nur ansatzweise berücksichtigt werden konnte. Ähnliches gilt für eine Analyse von Möglichkeiten zur PEH bei Kindern im Alter bis zu zwei Jahren, d. h. in der sensumotorischen Phase: Auch dieses Entwicklungsstadium blieb in der bisherigen Forschung zur psychischen Situation erkrankter Kinder offenbar weitgehend unberücksichtigt (vgl. LOHAUS 1990, S. 15), so daß hier ein weiterer Ansatz für ergänzende Studien erkennbar wird.
- 6.) Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte Konzept für die PEH bei Kindern wurde bislang nicht praktisch umgesetzt. Die Anwendbarkeit sowie natürlich die Wirksamkeit der einzelnen Regeln in pädiatrischen Notfallsituationen bleibt von daher abzuwarten; eine Evaluationsstudie ist anzustreben. Daß Überarbeitungen, Ergänzungen sowie auch Korrekturen des hier vorgestellten PEH-Konzeptes eventuell notwendig werden können, (was ohnehin bereits erwähnt wurde), ergibt sich somit aber auch aus dem Wesen des eben noch nicht abgeschlossenen Forschungsprozesses, der zukünftige Weiterentwicklungen und Veränderungen fast zwangsläufig beinhaltet.
- 7.) Auf jeden Fall ist aber schon jetzt zu fordern, daß die psychologische Vorbereitung von Helfern, d. h. Laien und auch Rettungsdienstmitarbeitern für Kindernotfälle intensiviert wird. Bereits in der Grundausbildung, aber auch anlässlich von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wäre die Vermittlung diesbezüglicher Inhalte wünschenswert. Dabei sollte angestrebt werden, daß Helfer die aus psychologi-

scher Sicht evtl. auftretenden Probleme in pädiatrischen Notfallsituationen kennen, *erkennen*<sup>101</sup> und bei der Durchführung ihrer Hilfsmaßnahmen adäquat berücksichtigen; daß sie gegebene Chancen zur Aktivierung eines Kindes im Notfallgeschehen nutzen und daß sie insofern zumindest ansatzweise für eine alters- und situationsgerechte Betreuung verletzter oder erkrankter Kinder sorgen können.

Von diesem Aspekt der Vorbereitung einmal abgesehen, sollten Helfern außerdem konkrete (Entspannungs-) Techniken vermittelt werden, um die eigene Aufregung gerade bei Kindernotfällen besser kontrollieren, d. h. Ruhe bewahren zu können.

---

<sup>101</sup> Dazu gehört beispielsweise auch, das Schweigen eines Kindes gerade nicht als Ausdruck von Angstlosigkeit, sondern als bedrohliches Warnsignal dahingehend zu deuten, daß ein stilles Kind mitunter sogar stärker belastet sein kann bzw. sich der Situation noch hilfloser ausgeliefert fühlt als ein heftig schreiendes.



## 8. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Psychische Erste Hilfe als ein Forschungsgebiet der Notfallpsychologie thematisiert. Um ein speziell für die Betreuung verletzter oder akut erkrankter Kinder geeignetes PEH-Konzept zu erarbeiten, sind folgende Arbeitsschritte unternommen worden:

- 1.) Die psychische Situation eines erwachsenen Betroffenen im Notfallgeschehen wurde anhand der zu diesem Thema vorliegenden Literatur analysiert; ausgehend von dieser Analyse wurden erste Schlußfolgerungen für die psychische Situation von Kindern in Notfällen gezogen.
- 2.) Es wurde untersucht, welchen Beitrag die Theorie der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget leistet, um die Wahrnehmung, das Erleben und das Verhalten von Kindern im Notfall verständlich zu machen.
- 3.) Kinder, die Verletzungen erlitten hatten oder akut erkrankt waren, sowie deren Eltern und Rettungsdienstpersonal wurden in einer explorativen Studie zu ihren Erfahrungen mit pädiatrischen Notfallsituationen befragt.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Arbeitsschritte wurde das bereits bestehende Betreuungskonzept KASPERLE überarbeitet bzw. ergänzt. Dabei wurden insgesamt 14 konkrete Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern formuliert, die anschließend in einen systematischen Gesamtzusammenhang gebracht, d. h. chronologisch gegliedert und Zielsetzungen unterschiedlicher Priorität zugeordnet worden sind.

Leitgedanke aus pädagogischer Sicht ist dabei, psychische Belastungen eines Kindes im Notfallgeschehen durch Hilfe bzw. Anleitung zur Selbsthilfe zu vermindern: Die Maßnahmen des Helfers sollen letztlich ermöglichen bzw. fördern, daß ein verletztes oder erkranktes Kind seine eigene Aktivität so in die Situation einbringt, daß sie hilfreich zu deren Bewältigung beiträgt. Als Helfer selbst ruhig zu bleiben und im Notfallgeschehen für Ruhe zu sorgen, das Vertrauen des betroffenen Kindes zu erwecken, Angst möglichst abzubauen und Informationen auf eine besondere Weise zu vermitteln sind die dafür notwendigen Voraussetzungen.

Neben dem Konzept für die Psychische Erste Hilfe wurden schließlich einige Konsequenzen für die (Gesundheits-) Erziehung beschrieben, die – den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit entsprechend – zu berücksichtigen sind. Forderungen nach der Vermeidung krankheitsbezogener Drohungen durch die Eltern („Dann bekommst Du eine Spritze!“ / „Dann mußt Du zur Strafe ins Bett“), der möglichst frühzeitigen Auseinandersetzung eines Kindes mit Verletzungen und Erkrankungen sowie dem vorsorglichen Einüben von Bewältigungsstrategien bzw. -hilfen für Notfallsituationen stehen hierbei im Vordergrund.

## 9. Literaturverzeichnis

Ahnefeld, Friedrich-Wilhelm/Gorgaß, Bodo: Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst – Schlußbetrachtungen. In: Ahnefeld, Friedrich-Wilhelm (Hg.): Workshop Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Nottuln 1995 (=Schriftenreihe zum Rettungswesen; Bd. 11), S. 126-150.

Ahnefeld, Friedrich-Wilhelm: Geleitwort. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/ Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio 1997, S. V-VI.

Arbeitskreis Notfallpsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen. <http://www.psychologie.uni-bonn.de/notfall/notfall.htm>; abgerufen am 19.07.2000 (=2000a).

Arbeitskreis Notfallpsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen: Basisregeln zur Psychischen Ersten Hilfe für Laien. [http://www.uni-bonn.de/notfall/eh\\_laien.htm](http://www.uni-bonn.de/notfall/eh_laien.htm); abgerufen am 19.07.2000 (=2000b).

Bahr, Jan: „Die Leute haben nur geschaut...“ - Hintergründe des Nichthelfens. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 19 (1996), S. 398-401.

Bierhoff, Hans-Werner/Klein, Renate/Kramp, Peter: Hilfsbereitschaft im Widerstreit zu Ängsten und psychologischen Hemmnissen. In: Erste Hilfe – gemeinsame Fachtagung vom 20. Bis zum 21. Oktober 1987 in Hennef/Sieg, St. Augustin 1988, S. 79-88.

Bierhoff, Hans-Werner: Psychologie hilfreichen Verhaltens. Stuttgart/Berlin/Köln 1990 (=Urban-Taschenbücher Bd. 418).

Bourauel, Rita: Bericht zum Forschungsprojekt 92509: Psychische Erste Hilfe für Laien. Bergisch-Gladbach 1994a (=Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 24).

Bourauel, Rita: Psychische Erste Hilfe für Laien. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 17 (1994b), S. 477-479.

Bourauel, Rita/Friedel, Bernd/Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe. 4-S-Regeln für Laien. In: Notfallmedizin 20 (1994), S. 507-508.

Buchmann, Knud Eike: Psychologische Notfallversorgung. In: SEG-Magazin 4 (1997), S. 224-226.

Büttner, Friedemann: Kirchliche Notfallseelsorge. Pastoralpsychologische Begründung, praktische Möglichkeiten und Modelle der Begleitung und Seelsorge in Notfallsituationen. Unveröff. Wissenschaftl. Hausarb. z. zw. theol. Examen. Evang.-Luth. Pfarramt, Gumperda 1998.

Buttlar, Manfred von/Karutz, Harald: DTV-Atlas Erste Hilfe. München 1999.

Callies, A: Laienreanimation: notwendige Ergänzung eines optimalen Rettungsdienstes. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 23 (2000), S. 774-779.

De Kuiper, Marlou: Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern: Ein Handbuch für die Kinderkrankenpflege. Wiesbaden 1999.

Deutsches Jugendrotkreuz, Landesverband Nordrhein (Hg.): Konzept zum Schulsanitätsdienst. Düsseldorf 1994.

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

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (Hg.): Hilfsbereitschaft und Helfen. Thema zur Ausbilderfortbildung im Bereich Erste-Hilfe und Sanitätsausbildung. Bonn 1995.

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Niedersachsen, Rettungsschule Goslar (Hg.): Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport. Goslar 1996a.

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (Hg.): Gesundheitserziehung für die Klassen 5-8 in 16 Unterrichtseinheiten. Unfall-Schadensbegrenzung durch Erste Hilfe. Bonn 1996b.

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

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (Hg.): Das Abenteuer Menschlichkeit. Tipps zur Ersten Hilfe. Bonn 2000.

Dombrowsky, Wolf: Laienhilfe – Erstes Glied der Rettungskette. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 19 (1996); S. 872-877.

Dorsch, Alexander: Pädiatrische Notfallsituationen. München 1991 (=Manual Notfallmedizin).

Evangelisch-katholische Aktionsgemeinschaft für Verkehrssicherheit/Bruderhilfe

- Akademie für Verkehrssicherheit: „Notfallseelsorge“. Eine Handreichung: Grundlegendes – Modelle – Fortbildung. Texte + Materialien für Gottesdienst und Gemeindegarbeit zum Thema Straßenverkehr. Sonderheft. Kassel 1997.
- Everly, George S./Mitchell, Jeffrey T.: Critical Incident Stress Debriefing. An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers. 2., überarb. Aufl., Ellicott City 1993.
- Falk, Bernd/Dankert, Dieter/Döhler, Günther/Geier, Wolfram: Ethische, psychologische und theologische Aspekte aus Sicht der Hilfsorganisationen. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/ Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio 1997, S. 357-373.
- Fertig, Bernd: Von der Angst und der Einsamkeit auf der Trage. Patientenzentriertes Verhalten im Rettungsdienst. In: Fertig, Bernd/Wietersheim, Hanjo von: Menschliche Begeleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Edeweicht/Wien 1994, S. 37-43.
- Fertig, Bernd/Wietersheim, Hanjo von: Menschliche Begeleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Edeweicht/Wien 1994.
- Frommberger, Ulrich/Lasogga, Frank: Psychische Situation und Reaktionen von Unfallpatienten. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/ Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio 1997, S. 23-38.
- Frommberger, Ulrich/Mayer, Markus/Nyberg, Elisabeth: Erleben der präklinischen Versorgung nach einem Verkehrsunfall. Bergisch-Gladbach 2000 (=Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 117).
- Garms-Homolova, Vjenka/Schaeffer, Doris: Mehr Ausbildung aber: weniger Kompetenz. Eine Sekundärevaluation eines traditionellen Bereichs der Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für erziehungswissenschaftliche Forschung 22 (1988), S. 163-187.
- Garms-Homolova, Vjenka/Schaeffer, Doris: Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 28: Möglichkeiten zur Verbesserung der Laienhilfe bei Verkehrsunfällen. Teil I: Inhalte und Formen der Ausbildung. Bergisch-Gladbach 1991a (=Bericht zum Forschungsprojekt 8528 der Bundesanstalt für Straßenwesen).
- Garms-Homolova, Vjenka/Schaeffer, Doris: Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 28: Möglichkeiten zur Verbesserung der Laienhilfe bei Verkehrsunfällen. Teil II: Evaluationsstudie. Bergisch-Gladbach 1991b (=Bericht zum Forschungsprojekt 8528 der Bundesanstalt für Straßenwesen).
- Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Unfallopfer – nur eine Ansammlung von Organen? In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 20 (1997), S.

326-329.

- Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe. Leitlinien zum psychologischen Umgang mit Unfallopfern. In: Notfall & Rettungsmedizin 2 (1999a), S. 228-234.
- Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 1: Interview-Ergebnisse im Überblick. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999b), S. 305-309.
- Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 2: Diskussion + Praxis-Regeln. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999c), S. 398-401.
- Gasch, Bernd/Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 2., überarb. Aufl., Edeweicht/Wien 2000.
- Gerdts, Klaus-Gerrit: Pädiatrische Notfälle. In: Kühn, Dietmar/Luxem, Jürgen/Rungaldier, Klaus (Hg.): Rettungsdienst. München 1998, S. 407-424.
- Gielen, Birgit/Gretenkordt, Martin/Roitsch, Karin/Schwind, Hans-Dieter: Alle gaffen... keiner hilft: unterlassene Hilfeleistung bei Unfällen und Straftaten. Heidelberg 1998.
- Glanzmann, Gabriele: Psychologische Betreuung von Kindern. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio 1997, S. 125-135.
- Goldschmidt, Peter: Erste Hilfe. 3. Aufl., Köln 1994.
- Grotensohn, Christine: Unser Kind im Krankenhaus. Ein Ratgeber für Eltern und alle, die mit kranken Kindern zu tun haben. Empfohlen vom Aktionskomitee Kind im Krankenhaus Bundesverband e. V. Reinbeck bei Hamburg 1999.
- Gutjahr, Gerd: Psychologie des Interviews: In Praxis und Theorie. Heidelberg 1985.
- Hannich, Hans-Joachim: Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Untersuchungen zur psychologischen Situation. Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo 1987 (=Anaesthesiologie und Intensivmedizin; Bd. 175).
- Hannich, Hans-Joachim: Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio 1997, S. 3-21.
- Heinz, Wolfgang: Das Kind als Notfallpatient. In: Stepan, Thomas (Hg.): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Grundlagen notfallmedizinischer Psychologie.

- Edewecht 1998, S. 263-272.
- Heeschen, Kayo: Erste-Hilfe-Ausbildung muß in der Grundschule beginnen! In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 11 (1988), S. 205-208.
- Hockauf, Herbert: Anregungen zum Umgang mit Betroffenen: Psychische Erste Hilfe. Unveröff. Text- und Materialiensammlung für die Berufsausbildung zum Rettungsassistenten. Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus, Essen 2000.
- Hofmann, Michael: Das Kind als Patient im Rettungsdienst. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999), S. 990-993.
- Immenroth, Tobias (Hg.): Schulsanitätsdienst. Handbuch mit Hintergrundwissen und praxisrelevanten Basisinformationen. Braunschweig 2000.
- Institut für medizinische Biometrie und Statistik der medizinischen Universität zu Lübeck: Ländereinheitliche Auswertung der Notarztdokumentation (LEAN/Bundesdatenbank Notfallmedizin), Lübeck 1999.
- Juchli, Liliane: Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7., neubearb. Aufl., Stuttgart/New York 1994.
- Kaiser, Cornelia: Notfallseelsorge. Beistand in Extremsituationen. Unveröff. Diplomarbeit, Evang. Fachhochschule Nürnberg; Fachbereich für Religionspädagogik und kirchliche Bildungsarbeit, München 1997.
- Karutz, Harald: Mit dem Notfallpatienten einen „PAKT“ schließen. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999a), S. 212-213.
- Karutz, Harald: KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999b), S. 1008-1012.
- Köhnlein, Heinz-Edzard/Nobel, Jürgen/Meinertz, Thomas/Weller, Siegfried: Erste Hilfe. Ein Leitfaden. 9., überarb. Aufl., Stuttgart/New York 1992.
- Kristjanson, Linda/Woodgate, Roberta: Die Schmerzbehandlung bei Kindern. In: Pflege Aktuell 2 (2000), S. 80-84.
- Kühner, Robert: Wirksamkeit der Ersten Hilfe. In: Erste Hilfe – gemeinsame Fachtagung vom 20. Bis zum 21. Oktober 1987 in Hennef/Sieg, St. Augustin 1988, S. 36-46.
- Kusch, Michael: Mein Kind muß ins Krankenhaus. So können Eltern helfen; die Ängste nehmen, dem Kind zur Seite stehen. Niedernhausen 1996.
- Linde, H.: Erste Hilfe als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus der Sicht des DRK. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): DRK: Leben retten – europaweit. Kongreßbe-

- richt. 8. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes. Bonn 1994, S. 73-77.
- Löble, Markus: Tod und Sterben in der Vorstellung von Kindern und Jugendlichen. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 23 (2000), S. 977-981.
- Lohaus, Arnold: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen 1990.
- Lohaus, Arnold: Krankheitskonzepte von Kindern: Ein Überblick zur Forschungslage. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 41 (1993), S. 117-129).
- Malteser-Hilfsdienst e.V., Generalsekretariat: Ausbildungsvorschrift Erste Hilfe. 8., unveränd. Aufl., Köln 1998.
- Mietzel, Gerd: Wege in die Psychologie. 7., völlig überarb. Aufl., Stuttgart 1994.
- Mietzel, Gerd: Wege in die Entwicklungspsychologie, Bd. 1: Kindheit und Jugend. 3. Aufl., Weinheim 1997.
- Montada, Leo: Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Montada, Leo/Oerter, Rolf: Entwicklungspsychologie. 3., vollst. überarb. Aufl., Weinheim 1995, S. 518-560.
- Montada, Leo/Oerter, Rolf: Entwicklungspsychologie. 3., vollst. überarb. Aufl., Weinheim 1995.
- Müller-Cyran, Andreas: Rettungsdienst – mehr als nur Vitalfunktionsmechanik. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 20 (1997), S. 320-321.
- Nachtmann, Ralf: Erste Hilfe in der Schule. Weniger Ausbildung, aber mehr Kompetenz. Augsburg 1996.
- Noeker, Meinolf/Petermann, Franz: Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In: Petermann, Franz: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen 1995, S. 517-554.
- Nohl, Herman: Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie (1933). 9., unveränd. Aufl., Frankfurt am Main 1982.
- Petermann, Franz/Wiedebusch, Silvia: Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern. In: Petermann, Franz: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen 1995, S. 555-586.
- Petermann, Franz: Chronische Krankheiten in den ersten Lebensjahren und ihre Bewältigung. In: Montada, Leo/Oerter, Rolf: Entwicklungspsychologie. 3., vollst. überarb. Aufl., Weinheim 1995, S. 967-975.



- Perren-Klingler, Gisela (Hg.): Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele. Bern/Stuttgart/Wien 2000.
- Redelsteiner, Christoph: Die psychische Situation des Notfallpatienten. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 11 (1988), S. 614-621 u. 666).
- Remke, Stefan: Möglichkeiten Erster Psychischer Hilfe für Unfallpatienten. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Leipzig 1991.
- Remke, Stefan: Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 16 (1993a), S. 107-117.
- Remke, Stefan: Wünsche von Unfallpatienten an das medizinische Rettungsteam während der Ersten Hilfe. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 16 (1993b), S. 617-629.
- Remke, Stefan: Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten. In: Fertig, Bernd/Wietersheim, Hanjo v.: Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Edeweicht/Wien 1994.
- Remke, Stefan: Erlebnisreaktion des Verletzten zwischen Unfall und stationärer Behandlung – Möglichkeiten psychischer Erster Hilfe. Unveröff. Diss., Universität Leipzig 1995.
- Remschmidt, Helmut: Psychologie für Pflegeberufe. 6., überarb. Aufl., Stuttgart/New York 1994.
- Riediger, Gerd: Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? In: Notfallmedizin 9 (1983), S. 198-220.
- Rupp, Manuel: Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart/New York 1996.
- Schär, Walter/Tappert, Frank: Erste Hilfe kompakt. 10., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Berlin/Wiesbaden 1996.
- Scholl, Holger: „Die Laienhilfe ist das schwächste Glied in der Rettungskette!“ Interview mit Prof. Dr. Karl-Heinz-Altemeyer. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999), S. 1136-1137.
- Schriever, Jörg: Kinder-Unfälle und altersspezifisches Gefahrenbewußtsein. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 20 (1997), S. 144-156.
- Schürmann, Ingeborg: Psychosoziale Hilfe in Notfällen und bei Alltagsorgen. Handlungskonzepte in der ambulanten Krisenintervention. Wiesbaden 1992.

Seiffge-Krenke, Inge: Entwicklungsrückstände durch chronische Krankheit? In: Petermann, Franz (Hg.): Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. München 1994 (=Kindheit und Entwicklung; Bd. 2), S. 29-42.

Sonneck, Günter (Hg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. 2., verb. u. erw. Aufl., Wien 1991.

Statistisches Bundesamt (Hg.) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim: Datenreport 1992. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1992.

Stepan, Thomas: Psychologische Betreuung von Notfallpatienten. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 19 (1996), S. 431-435.

Stepan, Thomas: „Soll doch jemand anders helfen!“ Über das passive Verhalten von Zuschauern bei Unfällen. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 22 (1999), S. 601-603.

Tausch, Reinhard: Hilfen bei Streß und Belastung. Vollst. überarb. u. erw. Aufl., Reinbeck bei Hamburg 1996.

Ulich, Dieter: Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München/Weinheim 1987.

Wolf, Antonius: Pädagogik für Krankenpflegeberufe. 2., durchges. Aufl., Stuttgart/New York 1987.

## **10. Anhang**

**Interviewleitfaden A zur Diplomarbeit**  
**Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen**  
Fragen an Mitarbeiter des Rettungsdienstes - Seite 1

**Angaben zur Person**

- A.) Alter?
- B.) Geschlecht?
- C.) Berufserfahrung seit?
- D.) Ausbildungsstand?
- E.) Eigene Kinder?

**Einstiegsfragen**

- 1.) Erinnern Sie sich an pädiatrische Notfallsituationen? Was war passiert?
  - 1a.) Wieviele Kindernotfälle haben Sie im vergangenen Jahr erlebt?
  - 1b.) Wie alt waren die betroffenen Kinder?

**Fragen zum Verhalten von Kindern**

- 2.) Bitte schildern Sie, wie sich die Kinder in der Notfallsituation verhalten haben!
  - 2a.) Was haben die Kinder getan?
  - 2b.) Was haben die Kinder gesagt?
- 3.) Wie erklären Sie sich dieses Verhalten?

**Interviewleitfaden A zur Diplomarbeit  
Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen  
Fragen an Mitarbeiter des Rettungsdienstes - Seite 2**

**Fragen zum Verhalten der Helfer**

- 4.) Welche Verhaltensweisen haben sich aus Ihrer Erfahrung als nützlich erwiesen, um Kindern auch psychisch zu helfen?
  - 4a.) Was ist Ihrer Ansicht nach zu beachten, um Kontakt zu Kindern aufzubauen? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!
  - 4b.) Wie sollte Ihrer Ansicht nach nonverbal mit Kindern in Notfallsituationen umgegangen werden?
- 5.) Welche Verhaltensweisen gegenüber Kindern in Notfällen sollten Ihrer Ansicht nach unbedingt vermieden werden?
- 6.) Wie sollte Ihrer Ansicht nach mit den Eltern des Kindes in Notfällen umgegangen werden?
  - 6a.) Sollten die Eltern Ihrer Ansicht nach bei der Versorgung des Kindes anwesend sein? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!
- 7.) Welche Probleme bzw. Schwierigkeiten sehen Sie ganz allgemein im Hinblick auf Notfallsituationen, an denen Kinder beteiligt sind?
- 8.) Was ist Ihnen zum Thema sonst noch wichtig?

**Interviewleitfaden B zur Diplomarbeit  
Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen  
Fragen an Eltern betroffener Kinder – Seite 1**

**Angaben zur Person**

- A.) Alter?
- B.) Geschlecht?
- C.) Alter des Kindes?
- D.) Geschlecht des Kindes?

**Einstiegsfragen**

- 1.) Erinnern Sie sich an Notfallsituationen, die Ihr Kind erlitten hat?
  - 1a.) Was war passiert? Welche Verletzung / Erkrankung hatte Ihr Kind?
  - 1b.) Falls der Rettungsdienst gerufen wurde: Bitte beschreiben Sie das Verhalten der Helfer!
  - 1c.) Wie haben Sie dieses Verhalten / die Versorgung Ihres Kindes empfunden?

**Fragen zum Verhalten von Kindern**

- 2.) Bitte schildern Sie, wie sich Ihr Kind in der Notfallsituation verhalten hat!
  - 2a.) Was hat Ihr Kind getan?
  - 2b.) Was hat Ihr Kind gesagt?
- 3.) Wie erklären Sie sich dieses Verhalten?

**Interviewleitfaden B zur Diplomarbeit  
Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen  
Fragen an Eltern betroffener Kinder – Seite 2**

**Fragen zum Verhalten der Helfer**

- 4.) Welche Verhaltensweisen haben sich aus Ihrer Erfahrung als nützlich erwiesen, um Kindern auch psychisch zu helfen?
- 5.) Welche Verhaltensweisen gegenüber Kindern in Notfällen sollten Ihrer Ansicht nach unbedingt vermieden werden?
- 6.) Wie sollte Ihrer Ansicht nach mit Ihnen bei Kindernotfällen umgegangen werden?
  - 6a.) Welche Verhaltensweisen wünschen Sie sich vom Rettungsdienstpersonal Ihnen gegenüber?
  - 6b.) Möchten Sie bei der Versorgung Ihres Kindes anwesend sein? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!
- 7.) Welche Probleme bzw. Schwierigkeiten sehen Sie ganz allgemein im Hinblick auf Notfallsituationen, an denen Kinder beteiligt sind?
- 8.) Was ist Ihnen zum Thema sonst noch wichtig?

**Interviewleitfaden C zur Diplomarbeit  
Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen  
Fragen an betroffene Kinder - Seite 1**

**Angaben zur Person**

- A.) Wie alt bist Du?
- B.) Geschlecht?

**Einstiegsfragen**

- 1.) Vor kurzem warst Du ja verletzt / bist Du krank geworden. Erzählst Du mir mal, wie das passiert ist?
  - 1a.) Was war passiert? Welche Verletzung / Erkrankung ist aufgetreten?
  - 1b.) Wer war alles dabei?

**Fragen zum Verhalten von Kindern**

- 2.) Was hast Du getan, als Du verletzt gewesen / krank geworden bist?
- 3.) Woran hast Du gedacht?
- 4.) Wie hast Du Dich gefühlt?
  - 4a.) Hattest Du Angst?
  - 4b.) Wovor hattest Du Angst?
- 5.) Was war denn das Schlimmste in der Situation?



**Interviewleitfaden C zur Diplomarbeit  
Psychische Erste Hilfe bei Kindern in Notfallsituationen  
Fragen an betroffene Kinder - Seite 2**

**Fragen zum Verhalten der Helfer**

- 6.) Du hast gesagt, X wäre dabei gewesen, als Du Dich verletzt hattest / krank geworden bist. Was hat X denn getan, um Dir zu helfen?
- 7.) Falls der Rettungsdienst gerufen wurde: Was haben die Helfer getan, um Dir zu helfen?
- 8.) Wie fandest Du, was die anderen gemacht haben?
  - 8a.) Hat Dir das geholfen?
  - 8b.) Was hat Dir denn gut gefallen?
  - 8c.) Was hat Dir denn nicht so gut gefallen?

## **11. Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Diplomarbeit 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 1. März 2001

Harald Karutz