



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences

Department Medizintechnik

Studiengang Rettungssingenieurwesen/Rescue Engineering

Bachelor-Thesis

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Engineering

Psychosoziale Notfallversorgung bei Kindern in Großschadenslagen

vorgelegt von:

Michael Prell

Februar 2014

1. Gutachter: Prof. Dr. Marc Schütte
2. Gutachter: Prof. Dr. Harald Karutz

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Begriffserklärungen und definitorische Grundlagen.....	3
2.1. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV).....	3
2.1.1. Psychische Erste Hilfe (PEH)	5
2.1.2. Psychosoziale Akuthilfe (PSAH).....	7
2.2. Großschadenslagen	9
2.3. Thematische Einordnung in die Notfallpsychologie.....	12
2.4. Notwendigkeit von psychosozialer Notfallversorgung	13
3. Die Bewältigung von Großschadenslagen	17
3.1. Aufgaben und Zuständigkeiten in Deutschland	17
3.2. Versorgungs- und Führungsstrukturen	20
3.3. Probleme und Herausforderungen in Großschadenslagen.....	21
3.3.1. Organisatorischer Art	23
3.3.2. Technischer Art	26
3.3.3. Personeller Art	27
3.3.4. PSNV-spezifischer Art	29
3.3.5. Kinder-spezifischer Art	30
4. Die Bewältigung von Großschadenslagen mit Kindern	32
4.1. Wie Kinder Notfallsituationen erleben: Die psychische Situation von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen	32
4.2. Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe und Psychosozialen Akuthilfe und kritische Betrachtung	36
4.2.1. Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für Laienhelfer	37
4.2.2. Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für professionelle Helfer	38

4.2.3.	Betreuungskonzepte "KASPERLE", "SEEBAER" und "PUMUCKEL"	40
4.2.4.	Online-Lernspiel "Max und Flocke Helferland"	47
4.2.5.	Critical Incident Stress Debriefing (CISD) nach Everly und Mitchell	48
4.2.6.	Group Crisis Intervention (GCI) und Classroom Crisis Intervention (CCI)	49
4.3.	Was wir am Beispiel der Vereinigten Staaten von Amerika lernen können	52
4.3.1.	National Mass Evacuation Tracking System	53
4.3.2.	Disaster Mental Health Program	54
4.3.3.	Pediatric Subspecialty Teams	58
4.3.4.	Disaster Coloring Books	59
4.3.5.	Child-friendly Spaces	63
5.	Fazit und Diskussion	65
6.	Literaturverzeichnis	68
7.	Selbständigkeitserklärung	73

Abkürzungsverzeichnis

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AAP	American Academy of Pediatrics
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
CDMS	Center for Disaster Medical Sciences
CFS	Child Friendly Service
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
CONOPS	Concept of Operations
DMAT	Disaster Medical Assistance Team
EMS	Emergency Medical Services
EMSA	Emergency Medical Services Agency
EMSC	Emergency Medical Services for Children
FEMA	Federal Emergency Management Agency
Gsl	Großschadenslage
Gse	Großschadensereignis
GPS	Global Positioning System
KIT	Kriseninterventionsteam
MANV	Massenanfall von Verletzten
MTF	Medical Taskforce
NCCD	National Commission on Children and Disasters
NCDMH	National Children's Disaster Mental Health
NDMS	National Disaster Medical System
NMETS	National Mass Evacuation Tracking System
PECARN	Pediatric Emergency Care Applied Research Network
PEH	Psychische Erste Hilfe
PSAH	Psychosoziale Akuthilfe/-helfer
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PST	Pediatric Subspecialty Team
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SEG	Sondereinsatzgruppe
THW	Bundesanstalt Technisches Hilfswerk
UNICEF	United Nations International Emergency Children's Fund
WHO	World Health Organization

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

TABELLE 1: AUFGABEN UND ZIELE DER PSNV IN GROßSCHADENSLAGEN	19
TABELLE 2: SCHLÜSSEL ZUR BERECHNUNG DES PSNV-KRÄFTEBEDARFS	28
TABELLE 3: PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN IN GROßSCHADENSLAGEN.....	31
TABELLE 4: REGELN FÜR DIE PSYCHISCHE ERSTE HILFE BEI VERLETZTEN UND AKUT ERKRANKTEN KINDERN.....	40
ABBILDUNG 1: PSNV-MAßNAHMEN	4
ABBILDUNG 2: ANTEIL DES RETTUNGSDIENSTES IN DEN EINZELNEN SCHADENSSTUFEN	10
ABBILDUNG 3: THEMATISCHE EINORDNUNG IN DIE NOTFALLPSYCHOLOGIE	13
ABBILDUNG 4: KLASSIFIKATION PSYCHOTRAUMATISCHER STÖRUNGEN GEMÄß ICD-10.....	35
ABBILDUNG 5: "4-S-REGELN" ZUR PSYCHISCHEN ERSTEN HILFE BEI NOTFÄLLEN FÜR LAIENHELPER	37
ABBILDUNG 6: REGELN ZUR PSYCHISCHEN ERSTEN HILFE BEI NOTFÄLLEN FÜR PROFESSIONELLE HELFER	39
ABBILDUNG 7: REGELN ZUR PSYCHISCHEN ERSTEN HILFE BEI DIREKT (UNFALL-) BETROFFENEN KINDERN	42
ABBILDUNG 8: BETREUUNGSKONZEPT "SEEBAER"	45
ABBILDUNG 9: BETREUUNGSKONZEPT "PUMUCKEL"	46
ABBILDUNG 10: PSYSTART TRIAGE CONOPS	56
ABBILDUNG 11: FRAGEBOGEN "PSYSTART TRIAGE TAG"	57
ABBILDUNG 12: AUSZUG 1/2 AUS DEM MALBUCH „DISASTER PREPAREDNESS COLORING BOOK“	61
ABBILDUNG 13: AUSZUG 2/2 AUS DEM MALBUCH „DISASTER PREPAREDNESS COLORING BOOK“	61
ABBILDUNG 14: AUSZUG 1/2 AUS DEM MALBUCH „A SCARY THING HAPPENED" FÜR KINDER IN NOTFÄLLEN ..	62
ABBILDUNG 15:AUSZUG 2/2 AUS DEM MALBUCH „A SCARY THING HAPPENED" FÜR KINDER IN NOTFÄLLEN...	63

1. Einleitung

Mit jedem neuen Ereignis mit dem Charakter von Großschadenslagen, die durch technische, terroristische oder naturbedingte Ursachen entstehen, nimmt die Bedeutung psychosozialer Notfallversorgung zu. Nach Ereignissen wie dem Zugunglück in Eschede 1998, den Terroranschlägen in den USA 2001 oder dem Elbehochwasser in Deutschland 2012 scheint der Bedarf und die Sensibilität für psychosoziale Hilfe an Einsatzkräften und Betroffenen gestiegen zu sein. Dennoch wird dem Anschein nach die Gefahrenabwehr solcher Ereignisse bislang noch zu stark von rein medizinischen und technischen Hilfeleistungen dominiert und zu wenig durch psychosoziale Hilfsangebote ergänzt. Das Gewicht von Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) wird hingegen deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass jeder Notfalleinsatz immer auch einen psychologischen Notfalleinsatz bedeutet; zumal er bei den Betroffenen, neben möglichen körperlichen Schäden, immer (mehr oder minder starke) psychische Reaktionen hervorruft. Zwar ist dabei das Risiko einer Entstehung von schweren psychischen Störungen bei Erwachsenen eher gering, dennoch ist das Erleben einer Notfallsituation eine lebenslang prägende und u.U. stark belastende Erfahrung (vgl. EVERLY & MITCHELL 2005, S. 12). Besonders unbefriedigend ist die Forschungslage zur psychologischen Hilfe in Notfallsituationen für Kinder. Das ist umso überraschender, als zahlreiche Studien zu dem Ergebnis kommen, dass bis zu 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen potentiell traumatische Ereignisse erleben und dass je nach Studie nochmals 40 Prozent der verunfallten Kinder bis Monate nach dem Ereignis psychotraumatische Symptome und Folgereaktionen entwickeln können (vgl. LANDOLT 2003, S. 78). Dabei gilt „prinzipiell, dass die Notfallfolgen bei Kindern von Eltern und Lehrern häufig unterschätzt, überhaupt nicht wahrgenommen oder zumindest nicht als solche erkannt werden“ (KARUTZ 2011, S. 289). Darüber hinaus sind Studien und Ergebnisse über die psychische Situation von Kindern und deren psychologischen Betreuung zumeist nur im klinischen Zusammenhang zu finden und die darin enthaltenen Handlungsempfehlungen sind für Kinder in akuten Notfallsituationen nicht geeignet (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2008, S. 12). Für den deutschsprachigen Raum liegen überhaupt nur wenige empirische Studien vor, in denen die psychische Situation von Kindern in Notfällen untersucht wurde und zu speziellen Notfällen mit Kindern liegen überhaupt keine empirischen Arbeiten vor, so zum Beispiel zum Vorgehen bei Großschadenslagen. Die notfallpsychologischen Strategien, die für die Hilfeleistungen bei Erwachsenen entwickelt worden sind, eignen

sich für Kinder zudem kaum, denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Bei dieser defizitären Forschungslage entsteht demnach zwangsläufig der Eindruck, dass die Betrachtung von Kindern nicht auf Augenhöhe mit der von Erwachsenen geschieht.

Zentrale Frage dieser Arbeit ist, welche bereits bestehenden Konzepte zur Psychosozialen Notfallversorgung sich auf Großschadenslagen mit Kindern übertragen lassen und inwiefern diese erweiterungs- und überarbeitungsbedürftig erscheinen? Für die Beantwortung ist zunächst zu klären, welche Herausforderungen generell bei der Bewältigung von Großschadenslagen bestehen, wie Kinder Notfallsituation erleben und welche Anforderungen es demnach an die Psychosoziale Notfallversorgung bei Kindern in Großschadenslagen gibt? Die These lautet demnach, dass bislang keine optimalen Interventionsmöglichkeiten existieren, die sich einfach und durch notwendige Änderungen an die Psychosoziale Notfallversorgung bei Kindern in Großschadenslagen adaptieren lassen.

Die Komplexität der Thematik erfordert ein mehrstufiges methodisches Vorgehen. Im ersten Teil, der Literaturanalyse, werden ausschließlich glaubwürdige und zuverlässige Quellen und keine Artikel oder Literatur mit Veröffentlichung vor 1993 verwendet. Eine Analyse ausgewählter Literatur zur Psychosozialen Notfallversorgung und Psychosozialen Hilfe bei Kinder erfolgt ebenso, wie die Untersuchung von Artikeln aus Fachzeitschriften. Ausschlusskriterien sind allgemeine Zeitungsartikel und andere nichtwissenschaftliche Materialien. Die verwendete internationale Literatur umfasst staatliche Literatur, Onlineseiten und PDF-Dokumente sowie Newsletter von privaten Organisationen und Einrichtungen. Diese sollen sowohl für eine deskriptive Darstellung verwendet werden, als auch um vorhandene Problemfelder unterschiedlicher Formen der Einsatzorganisation bei Großschadensfällen zu ermitteln. Daraus ableitend werden die bestehenden Konzepte zur Psychosozialen Notfallversorgung von Erwachsenen und Kindern in Notfallsituationen analysiert, kritisch reflektiert und auf die einsatztaktische Realisierbarkeit hin überprüft. Zum Schluss werden einige ausgewählte amerikanische Methoden zur Bewältigung von Katastrophen und komplexen Großschadenslagen mit Kindern vorgestellt und bewertet. Damit soll verdeutlicht werden, welche Strategien und Vorgehensweisen bei der psychologischen Betreuung von Kindern weiterhin möglich sind und was sich daraus für die Bewältigung von Großschadenslagen in Deutschland zukünftig lernen lässt.

2. Begriffserklärungen und definitorische Grundlagen

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema sowie deren Nachvollziehbarkeit erfordern zunächst ein Verständnis der in dieser Arbeit verwendeten Begriffe. Folglich werden die Begrifflichkeiten "Psychosoziale Notfallversorgung", "Psychische Erste Hilfe" und "Psychosoziale Akuthilfe" voneinander abgegrenzt und auf der Grundlage ausgewählter Fachliteratur diskutiert. Es wird eine Arbeitsdefinition des Begriffes "Großschadenslage" (Gsl) vorgestellt, auf deren Basis alle weiteren Ausführungen beruhen. Im weiteren Verlauf wird das Thema der Notfallpsychologie zugeordnet und die Notwendigkeit von psychologischen Hilfsmaßnahmen aufgezeigt.

2.1. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Die PSNV in Deutschland stellt einen Sammelbegriff für eine Mehrzahl an zielgruppenspezifischen Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung von Notfallopfern dar. Psychische Erste Hilfe, Psychosoziale Akuthilfe, Kriseninterventionsteam, Notfallseelsorge, Krisenhelfer und Psychosoziale Unterstützung sind dabei nur einige aus dem insgesamt 112-Begriffs umfassenden PSNV-spezifischen Repertoire (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2011, S. 25). Dabei beinhalten diese eine Vielzahl an Gesichtspunkten wie Zielgruppen, Art der Alarmierung, Einsatzindikationen, Tätigkeitsfelder u.v.m., die in ihren Darstellungen und Maßnahmen unterschiedlich sind. In Einsätzen, die ein hohes Maß an Komplexität mit sich bringen und eine organisationübergreifende Zusammenarbeit der Hilfskräfte erfordern, ist eine einheitliche Verwendung von Begriffen besonders wichtig. Vor diesem Hintergrund sind zwischen dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) und Vertretern von Hilfsorganisationen, Bundesländern und Interessengruppen Qualitätsstandards und Leitlinien entstanden. Mit der PSNV als Oberbegriff ist dabei ein Grundstein für eine „sprachliche Harmonisierung“ (BBK 2011, S. 25) gelegt und eine einheitliche Definition geschaffen worden. Die PSNV umfasst demnach

„die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen und richtet sich an Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste und Maßnahmen für Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren,

der Polizeien, des Katastrophenschutzes, des THW und der Bundeswehr“¹ (BBK 2010, S. 20).

Konkret ist damit die Vorbeugung von Belastungen und die Hilfe zur Verarbeitung von (mit-)erlebten belastenden Ereignissen, Erfahrungen und Einsätzen gemeint.

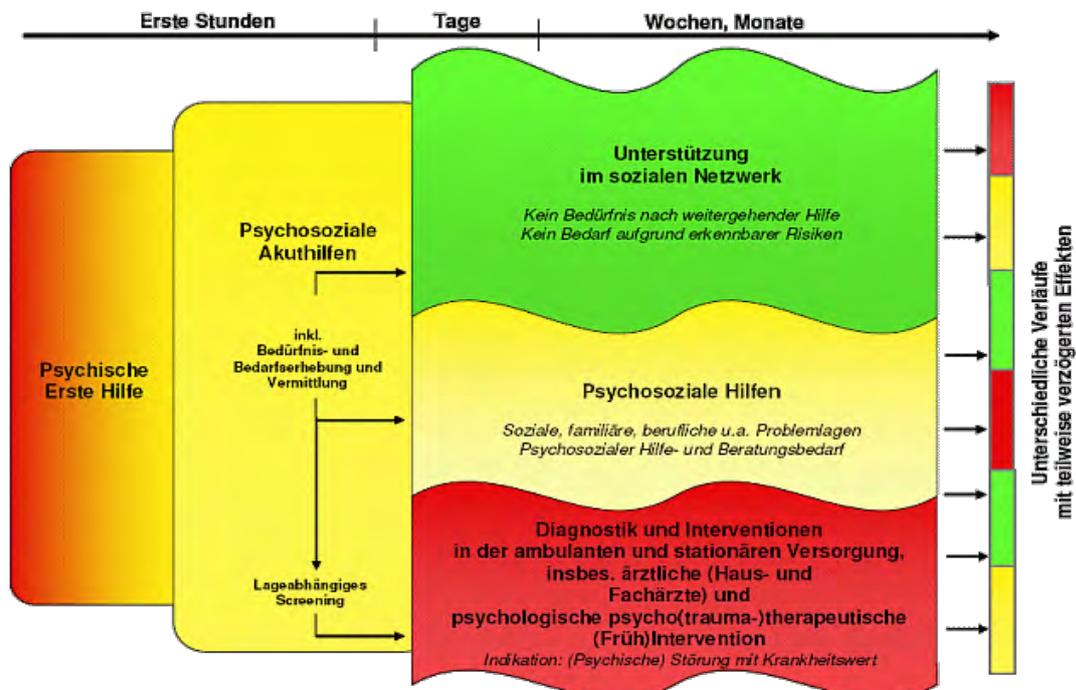


Abbildung 1: PSNV-Maßnahmen (BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHEN-HILFE, S. 12)

Die Abbildung 1 resultiert aus der Konsensuskonferenz zur PSNV und stellt deren Maßnahmen im zeitlichen Verlauf dar.²³ Beerlage und Kollegen (2009, S. 83) geben bei der kontroversen Diskussion um einen einheitlichen Begriff der PSNV allerdings zu bedenken, dass eine differenzierte Bezeichnung des PSNV-Begriffes und den damit verbundenen Handlungsstrategien und Methoden durchaus berechtigt und notwendig ist. Sie geben aber zu, dass „eine zu große Begriffsdifferenzierung in Einsätzen dysfunktional und nicht zu vermitteln ist. [...]

¹ Die psychologische Betreuung von Einsatzkräften nach einem Notfall kann aufgrund des Themas und Umfangs in dieser Arbeit nicht behandelt werden.

² Wie in Abbildung 1 dargestellt, gliedert sich die Hilfeleistung der PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen, Ersthelfer und Vermisste in drei Bereiche: Die psychische Erste Hilfe, die psychosoziale Akuthilfe und die mittel- und längerfristigen psychosozialen Hilfen und heilkundlichen Angebote, die im weiteren Verlauf des Kapitels erläutert werden.

³ Die PSNV kann, wenn notwendig, über Tage oder Wochen geleistet werden und Bestandteil der Einsatzstruktur sein (beispielsweise bei komplexen Großschadenslagen). Sie endet in der Regel mit dem Abtransport der Verletzten und der Bergung der Toten (vgl. MÜLLER-CYRAN 2004).

der Begriff sollte daher einfach und neutral sein und keiner einzelnen Handlungslogik entstammen“.

2.1.1. Psychische Erste Hilfe (PEH)

Die Psychische Erste Hilfe richtet sich an Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermisste in akuten Notfallsituationen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass nach einem Notfall i.d.R. als erstes Laienhelfer⁴ am Notfallort sind. Da man davon ausgehen muss, dass der Großteil von ihnen im psychologisch angemessenen Umgang mit Notfallbetroffenen nicht geschult ist, umfasst die PEH keine größeren psychologischen Interventionen. Sie beinhaltet vielmehr wenige einfach zu befolgende Maßnahmen, wie beispielsweise die "4-S-Regeln" (LASOGGA/GASCH 2008, S. 69-70) für Erwachsene oder das Betreuungskonzept "KASPERLE" für Kinder (KARUTZ 2001, S. 45). Dabei ist die Hauptaufgabe von Laienhelfern, neben der medizinischen Ersten Hilfe hauptsächlich die Beruhigung der Notfallopfer und die Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen von Einsatzkräften. Die Durchführung der PEH richtet sich demnach zum einen an die besagten Laienhelfer, die einfache Hilferregeln im Notfall anwenden können, ohne dabei Angst haben zu müssen etwas falsch zu machen. Die Analogie zur Ersten Hilfe wurde deshalb bewusst.

Zum anderen soll PEH von den eintreffenden Einsatzkräften unterschiedlicher Organisationen geleistet werden, die nach dem Laienhelfer Kontakt mit dem Notfallopfer haben. Diese sind zwar mit grundlegenden psychologischen Maßnahmen in Notfallsituationen vertraut, verfügen aber zumeist über keine umfangreichere spezifische Ausbildung im psychisch angemessenen Umgang mit Notfallopfern (MEYER/BALCK 1997). Die beiden Autoren Lasogga und Gasch (2008, S. 74) verstehen unter der Definition von PEH demnach zutreffend „den regelgeleiteten psychologischen angemessenen Umgang mit [...] Opfern von Notfällen. [Dabei wird sie] von Laienhelfern und professionellen nicht psychologischen Helfern (Einsatzkräften) geleistet“. Das BBK (2012, S. 21) definiert PEH hinsichtlich der Einsatzkräfte noch genauer, indem es postuliert, dass „PEH eine psychosoziale, in der Ausbildung zu vermittelnde Basiskompetenz der [Einsatzkräfte] in der Kommunikation mit von Notfällen Betroffenen ist“. Das Wort Basiskompetenz in der Definition unterstreicht die Bedeutung der nicht psychologischen Helfer und macht damit die Zuordnung zur PEH deutlich. Den professionellen Einsatzkräften, die das Verhalten in Notfallsituation und somit den Umgang mit Notfallop-

⁴ Zu Laienhelfern zählen zufällig anwesende Personen, Zeugen und Schaulustige.

fern in ihren Einsätzen erlernt haben, werden dabei differenziertere und umfangreichere psychologische Hilfsmaßnahmen als den Laien zugemutet. Hierzu gibt es beispielsweise einen erweiterten Regelsatz bestehend aus neun Regeln zur PEH speziell für professionelle nicht psychologische Helfer für alle möglichen Notfallsituationen (vgl. LASOGGA/GASCH 2008, S. 76).⁵

In der Literatur herrscht bislang keine Übereinstimmung über die Maßnahmen und Interventionsformen der PEH in Notfallsituationen. Eine allgemeingültige Methode (sog. best practice Modell) fehlt im deutschsprachigen Raum ebenfalls und die Wirksamkeit der bestehenden Konzepte sind bislang nicht ausreichend durch empirische Studien evaluiert (vgl. HAUSMANN 2003; LUEGER-SCHUSTER/KRÜSMANN/PURTSCHER 2006; TEEGEN 2004). In den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation wird Psychische Hilfe beispielsweise im Allgemeinen definiert durch Zuhören, Mitgefühl ausdrücken, Bedürfnisse beurteilen, sichern der Basisversorgung, soziales Netzwerk aktivieren, zum Sprechen ermutigen, Schutz sicher stellen u.a. In einer anderen Quelle ist PEH durch die Informationsweitergabe, die Milderung physiologischer Reaktionen und die weiterführende psychosoziale Unterstützung unter dem Namen "crisis counselling" gekennzeichnet (vgl. LUEGER-SCHUSTER/KRÜSMANN/PURTSCHER 2006, S. 12). Hausmann (2003, S. 131) prägt den Begriff der Psychosozialen Ersten Hilfe und verwendet ihn im Kontext von PEH-Maßnahmen. Dabei nennt er die konkreten Maßnahmen der Kontaktaufnahme und der Zustands- und Bedürfnisermittlung. Der Begriff der Psychosozialen Ersten Hilfe von Hausmann wird von den beiden Psychologie Professoren Lasogga und Gasch (2008, S. 73) allerdings kritisiert, indem sie insistieren dass, „sich die Erste Hilfe auf den psychischen Bereich bezieht und nicht auf den sozialen Bereich“. Neben den aufgezeigten unterschiedlichen Strategien und Maßnahmen der einzelnen Konzepte, besteht jedoch Übereinkunft über das übergeordnete Ziel aller PEH-Maßnahmen. Lasogga und Gasch (2011, S. 68) formulieren dieses als „psychische Stabilisierung der Notfallopfer in der Akutsituation und Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit“. Während die beiden Autoren dabei deutlich auf das Erlangen einer intakten Handlungsfähigkeit hinweisen, schreibt Hausmann in ähnlicher Form, aber eher allgemeiner von dem Ziel der „Wiedererlangung bzw. Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts des Betroffenen“ (2003, S. 131), welches im Endeffekt die Fähigkeit über die eigenen Handlungen weitestgehend voraussetzt. Der Bedarf an PEH

⁵ Auf die bestehenden Konzepte einschließlich die 4-S-Regeln zur PEH für Laienhelfer und den neun Regeln zur PEH von professionellen nicht psychologischen Helfern wird in Kapitel 4 ausführlich eingegangen.

kann dabei je nach Komplexität der Einsatzlage Minuten bis hin zu Stunden dauern (siehe Abbildung 1).

2.1.2. Psychosoziale Akuthilfe (PSAH)

Die Arbeit der Psychosozialen Akuthilfe und den durchführenden Personen oder Gruppen geht über die PEH hinaus und erfolgt unmittelbar im Anschluss. Sie stellt dabei die nächste Stufe⁶ in der psychischen Versorgung von Notfallbetroffenen dar. Großschadenslagen und Katastrophen sind beispielhaft für spezielle Einsatzsituationen, bei denen PEH nicht mehr ausreicht und weiterführende Maßnahmen der PSNV notwendig sind (vgl. HELMERICHS 2010, S. 433). Für diese weiterführende Betreuung steht neben der psychischen Hilfe die soziale Hilfe im Mittelpunkt. Die Bedeutung der beiden Terme "psychosozial" und "Akuthilfe" machen dabei die Abgrenzung zur PEH deutlich. Unter psychosozialer Hilfe ist nun mehr ein breites Spektrum an methodisch-strukturierter und reflektierter, aber auch alltagsnaher Hilfen und Maßnahmen zu verstehen (vgl. BEERLAGE 2009, S. 81), wie beispielsweise das Anbieten von speziellen Beruhigungstechniken, das Kümmern um eine Notfallunterkunft oder die Psychoedukation⁷. Die Akuthilfe gliedert sich zeitlich in kurzfristige und ereignisnahe psychosoziale Hilfen nach einem Notfall, die von einsatzerfahrenen (sogenannten Feldkompetenten) und im Umgang mit Opfern psychologisch geschulten Helfern angeboten werden (vgl. BBK 2008, S. 21).⁸ Dabei wird sie u.a. von Notfallseelsorgern, Kriseninterventionsteams und Notfallpsychologen geleistet und unter dem Begriff der Psychosozialen Akuthilfe vereint. Das Ziel der PSAH ist die intensivere Auseinandersetzung mit der Psyche der Opfer, als es den Einsatzkräfte aus Zeit- und Kompetenzgründen möglich ist (vgl. LASOGGA/GASCH 2008, S. 180).

Wie der Begriff der PSNV, ist auch der der PSAH von Heterogenität geprägt. So verwendet Kröger (2013) in seinem Konzept ausschließlich den Begriff der Psychologischen Ersten Hilfe, die eine soziale Komponente jedoch nicht aufgreift. In einer anderen Quelle ist von dem Begriff „Psycho-soziale Notfallhilfe“ bzw. „Psycho-soziale Notfallhelfer“ (LASOGGA/GASCH 2008, S. 180) die Rede, welcher für meine Arbeit nur dann zu gebrauchen ist, wenn mit dem

⁶ Je nach Belastungsreaktionen und dem ereignisspezifisch variierenden Bedarf an psychosozialer Hilfen von Notfallopfern reicht eine PEH oftmals nicht aus und es sind weitere Hilfen im psychologischen Bereich notwendig.

⁷ Unter Psychoedukation werden Maßnahmen, Ratschläge oder Hinweise verstanden, die einen richtigen Umgang mit Belastungen und die Lebensgestaltung nach dem Notfall ermöglichen sollen.

⁸ Aufgrund der zeitlichen Begrenzung und Belegenheit auf die Akutsituation ist keine psychotherapeutische Kompetenz notwendig.

verwendeten Begriff Notfall neben medizinischen Notfällen, wie beispielsweise die Verletzung des Kopfes oder den Bruch eines Knochens auch Notfälle gemeint sind, die die psychosoziale Hilfe an Notfallbetroffenen ohne Verletzungen impliziert, die ausschließlich psychisch traumatisiert sind. Karutz (2001, S. 18) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass in der Literatur nachweislich belegt ist, dass insbesondere Kinder, die Notfälle ohne physischen Schaden erlebt haben, psychisch beeinträchtigt sein können. Die beiden Autoren Lasogga und Gasch konstatieren zurecht, das Psycho-soziale Notfallhilfe oft auch eine soziale bzw. „sozialarbeiterische Komponente“ mit einschließt, wie beispielsweise das Herstellen von Kontakten zu Angehörigen oder die Ausstattung mit Kleidung. Weiterhin heißt es dort, dass die PSAH „eine [durch Akuthelfer] mehr oder minder intensive psychische Betreuung von Personen, die von Notfällen betroffen sind“, ist (LASOGGA und GASCH 2008, S. 182). Der Begriff des Akutbetreuers, wie Hausmann (2003, S. 39) ihn verwendet, ist nicht optimal und möglicherweise irreführend, weil Betreuer zum einen im Allgemeinen eher mit ausschließlich sozialen Bereichen wie Sozial-, Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen in Verbindung gebracht werden und daher vielmehr die Rolle von gesetzlichen Vertretern für (sozial) Bedürftige darstellen. Folglich ist damit weniger ein Helfer für den im akuten Notfall Betroffenen gemeint. Zum anderen wird die "klassische" Betreuung im Unglücksfall (beispielsweise im Großschadensfall) i.d.R. mit dem Angebot von Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG'en) und deren speziellen Angeboten an vorrangig technischen Hilfeleistungen und Versorgungshilfen – nach dem Motto "satt-warm-trocken" – in Verbindung gebracht. Zwar leisten diese auch entsprechend psychische Betreuungsarbeit, sie ist jedoch eher eine psychosoziale Basisbetreuung im Sinne psychischer Erster Hilfe (HELMERICHS 2010, S. 439.). Eine PSAH wird von SEG'en folglich nicht realisiert. Der Begriff Psychosozialer Akutbetreuer trifft die Maßnahmen vor dem Hintergrund psychosozialer Akuthilfe bei Notfallopfern aus den genannten Gründen also nicht punktgenau und ist für meine Arbeit daher weniger geeignet. Für die weitere Verwendung und Begriffsfestlegung wird sich deshalb für den Begriff Psychosoziale Akuthilfe bzw. Psychosoziale Akuthelfer entschieden. Dabei wird nicht nur die Dringlichkeit von psychosozialer Hilfe deutlich, sondern es schließt auch keinen aus, der von einem Notfall betroffen und davon „nur“ psychisch beeinträchtigt ist.

Weitestgehend Einigkeit besteht in der Forderung, dass PSNV-Maßnahmen in Abhängigkeit der Einsatzsituation so zeitig wie möglich angeboten werden sollten (vgl. BENGEL 2004; KRÖGER 2012; LASOGGA/GASCH 2008). Allerdings ist zu monieren, dass psychosoziale Inter-

ventionen nicht nur nicht zu spät sondern auch nicht zu früh angeboten werden dürfen. Nach einem schweren Unglück gibt es eine Reihe von Maßnahmen (beispielsweise die medizinische Behandlung) die verständlicherweise Vorrang haben.⁹ Dadurch wird eine weitere Problematik aufgegriffen, nämlich die einer angemessenen Angebotsmentalität an PSNV. Demnach ist sie den Betroffenen ausdrücklich als freiwillige Hilfe anzubieten und sollte nicht auf Bedrängen erfolgen (vgl. TEEGEN 2004, zitiert nach MUNK-OPPENHÄUSER 2012, S. 134). Ebenso wichtig aber aufgrund von Erfahrungen leider nicht selbstverständlich erscheint die Notwendigkeit einer verhältnismäßigen psychologischen Betreuung gemäß dem Motto "so viel wie nötig und so wenig wie möglich", um eine Überbetreuung bzw. Unterbetreuung zu vermeiden.

Trotz einer versuchten klaren Trennung zwischen Maßnahmen der PEH und Maßnahmen der PSAH ist davon auszugehen, dass diese Differenzierung in der Einsatzpraxis oftmals nicht praktikabel ist. Vielmehr „beruht [sie] auf dem Bewusstsein der Mitarbeiter für die eigenen Grenzen psychischer Hilfe, die dann im Bedarfsfall rechtzeitig eine Alarmierung von Einsatzkräften der PSAH veranlassen“ (NIKENDEI 2012, S. 25) z.B. Kriseninterventionsteams.

Der dritte Bereich der PSNV, die mittel- und längerfristigen psychosozialen Hilfen und heilkundlichen Angebote umfassen Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Ämter, Psychotherapeuten, Gemeindeseelsorger, Psychiatrien usw.¹⁰

2.2. Großschadenslagen

„Katastrophen [und Großschadenslage] kennt allein der Mensch, sofern er sie überlebt. Die Natur kennt keine Katastrophen“. Dieser Satz des Schweizer Dramatikers Max Frisch fehlt in kaum einer Publikation zur Geschichte und zum Wesen von (Natur-)katastrophen. Er macht deutlich, dass Katastrophen nur durch die Wahrnehmung, Deutung und Bewältigung des Menschen verlaufen kann. Zwar gab es schon immer Ereignisse wie Erdbeben, Überflutungen und Ähnliches, der heute geläufige Begriff Katastrophe im Sinne von schweren Unglücken wurde aber erst ab Mitte des 18. Jahrhunderts verwendet. Das Wort fand dabei lange

⁹ Die psychische Betreuung der Notfallopfer ist während der medizinischen Behandlung nicht a priori ausgeschlossen und sollte sogar im angemessenen Rahmen entweder durch das behandelnde medizinische Personal oder professionelle psychologische Helfer mit einfließen.

¹⁰ Aufgrund der zeitlich spät einsetzenden Hilfen von mittel- und längerfristigen psychosozialen und heilkundlichen Angeboten (erst nach Wochen oder Monaten nach einem Unglück) finden diese in der vorliegenden Arbeit keine Anwendung.

ausschließlich als Terminus der Theatersprache Verwendung und bezeichnet den Wendepunkt der Handlung in einem Drama (vgl. TREMPER 2013, S. 6).

Auf der Suche nach einer einheitlichen Definition für einen Großschadensfall (auch Großunfall, Großschadensereignis, Großschadenslage, Katastrophe, Massenanfall von Verletzten) in der Literatur fällt auf, dass es dafür keine Allgemeingültige gibt und dieser Begriff in den Landesgesetzgebungen der Bundesländer unterschiedlich formuliert wird. Für eine einheitliche Definition von Gsl lässt sich aus der Literatur jedoch eine Schnittmenge erkennen, die als Arbeitsdefinition für diese Arbeit gelten soll. Eine **Großschadenslage (Gsl)** bezieht sich demnach auf den Rettungsdienst und ist:

- eine länger andauernde und meist großräumige Schadenslage, die durch einen Massenanfall von Verletzten (MANV)¹¹ oder Erkrankten gekennzeichnet ist. Durch ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an Hilfe ist die ausreichende individualmedizinische Hilfeleistung mit den lokalen/regional vorhandenen Kapazitäten des organisierten Rettungsdienstes nicht mehr zu leisten (vgl. ADAMS 2013, HELMERICHS 2011, HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, LUIZ 2010).

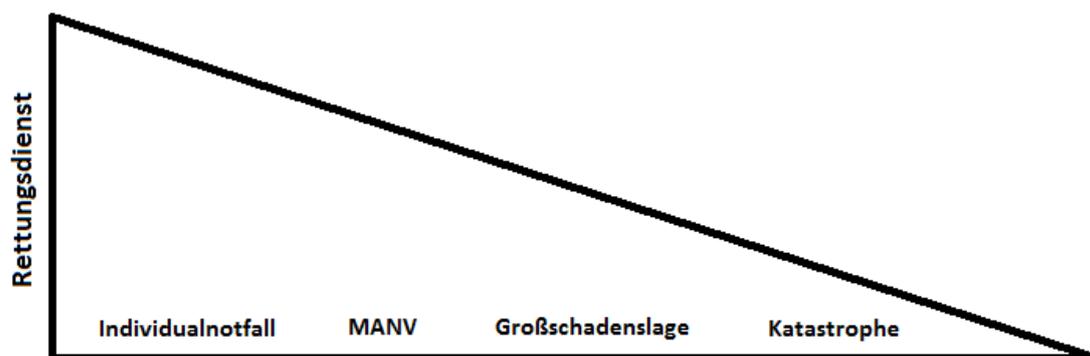


Abbildung 2: Anteil des Rettungsdienstes in den einzelnen Schadensstufen

Abbildung 2 zeigt den Verlauf des zunehmenden eklatanten Mangels an Rettungsmitteln zum jeweiligen Schadensausmaß und macht das dadurch entstandene Missverhältnis zwi-

¹¹ „MANV ist ein Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich nicht bewältigt werden kann“ (DIN 13050 Rettungswesen-Begriffe).

schen notfallmedizinischer Versorgung und Bedarf deutlich.¹² Dabei wird ein Großschadensfall von der Leitstelle lediglich auf der Grundlage der Lagebeschreibung der Einsatzkräfte vor Ort festgestellt.¹³ Des Weiteren fällt bei der Literaturanalyse auf, dass die Begriffe Großschadenslage und Katastrophe oftmals synonym verwendet werden. Während von der Allgemeinheit der Begriff Katastrophe schnell und undifferenziert für alle möglichen „großen“ Unglücksfälle verwendet wird, unterscheiden Experten zwischen eindeutig formulierten, Definitionen von Katastrophen, die auch wieder länderspezifisch unterschiedlich geregelt sind. Die DIN 13050 (Rettungsdienst-Begriffe) fasst Gemeinsamkeiten einiger ausgewählter Definitionen zusammen, indem sie **Katastrophen** definiert als:

- „ein über das Großschadensereignis hinausgehendes Ereignis mit einer wesentlichen Zerstörung oder Schädigung der örtlichen Infrastruktur, das sich im Rahmen der medizinischen Versorgung mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes alleine nicht bewältigen lässt“.

Die Grenzen einer Gsl sind demnach nicht eindeutig und der Übergang zu einer Katastrophe scheint fließend zu sein. Die Großschadenslage wird lediglich durch eine formale Erklärung der zuständigen Katastrophenschutzbehörde dem "Ausrufen des Katastrophenalarms" zur solchen erklärt, und ist somit nicht, wie vielfach angenommen, allein vom Schadensausmaß abhängig. Eine Katastrophe ist demnach ein Großschadensfall, der aufgrund einer ressourcenabhängigen Ermessensfrage des jeweiligen Landes durch eine formale Erklärung zur Katastrophe definiert wird. Für deren Bewältigung ist die Anwendung umfangreicher Rechte möglich. D.h. es kann auf Mittel und spezielle Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes wie Fahrzeuge, Personal, Geldmittel u.a. zurückgegriffen werden (vgl. HELMERICHS 2011, S. 373). Trotz aller Bemühungen um eine klare Definition von Großschadenslage und Katastrophe muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass vermutlich keine Definition ausreichen wird, um einer Schadenslage gerecht zu werden, da sich deren Komplexität und dynamische Veränderung nicht in einen Rahmen fassen lassen.

¹² Peter (2010, S.19) gelangt in diesem Zusammenhang zu der Einschätzung, dass eine auftretende Mangelsituation „in einem Land mit einem hochqualifizierten Rettungswesen, einer hohen Krankenhausdichte [...] einem hohen Einsatzpotential bei den Streitkräften und den Möglichkeiten der bilateralen Hilfe aus Nachbarstaaten [...] räumlich und zeitlich begrenzt [sein wird] und es „unwahrscheinlich ist, dass die [gesamtkapazitäre] medizinische Gefahrenabwehr dabei nicht mehr ausreichen wird“.

¹³ Eine Gsl kann nicht grundsätzlich durch eine festgeschriebene Anzahl betroffener bzw. verletzter Personen bestimmt werden. Lokale Besonderheiten (wie z.B. Besiedlung der Gebiete und Vorhaltung an Rettungsmitteln) müssen berücksichtigt werden (vgl. HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002).

2.3. Thematische Einordnung in die Notfallpsychologie

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Fragestellungen zu geeigneten psychologischen Interventionen bei Kindern innerhalb der ersten Stunden und Tage nach einem Großschadensereignis (Gse). Demgemäß ist ein Gse unumstritten ein Notfall, den Hausmann (2003, S. 18) als „ein plötzlich auftretendes Ereignis oder eine Situation, die das Funktionieren eines Systems (körperlich, psychisch, familiär, sozial, etc.) akut gefährdet“, versteht. Weiterhin verweist er explizit darauf, dass „ein plötzlich auftretendes Ereignis die psychische Stabilität akut [beeinträchtigen und] gefährden kann“. Dementsprechend ist das vorliegende Thema zweifelsfrei in die Notfallpsychologie einzuordnen, die sich definiert als „[...] die Entwicklung und Anwendung von Theorien und Methoden der Psychologie sowie ihrer Nachbarsdisziplinen bei Einzelpersonen oder Gruppen, die von Notfällen betroffen sind“ (LASOGGA und GASCH 2008, S. 23). In der Notfallpsychologie werden die Bereiche der Theoriebildung, wie z.B. die Traumatalogie und der praktischen Interventionen, wie z.B. die Maßnahmen der PSAH unterschieden. Weiterhin schließt sie das Erleben und Verhalten während und nach Notfallsituationen ein. Dabei geht es einerseits um „konkrete Interventionen, die die [...] Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der psychischen Stabilität unterstützen, und andererseits um wissenschaftliche Erklärungsmodelle bezüglich [...] der Wirksamkeit der Interventionen“ (HAUSMANN 2003, S. 22).

Um die Fragestellungen nach einer Psychosozialen Notfallversorgung von Kindern in Großschadenslagen möglichst umfassend zu beantworten, ist es außerdem notwendig auf die Teilbereiche der Klinischen Psychologie: Kinderpsychologie, Pädiatrie und Entwicklungspsychologie zu verweisen, die aufgrund ihrer „unübersehbaren Verbindung zu dieser Thematik“ (KARUTZ 2001, S. 12) berücksichtigt werden müssen.¹⁴ Abbildung 3 zeigt noch einmal den Zusammenhang der thematischen Einordnung in die Notfallpsychologie und deren Nachbarsdisziplinen.

¹⁴ Die Einbeziehung der Literatur zur Kinderpsychologie, Pädiatrie und Entwicklungspsychologie findet in Kapitel 4. Anwendung.

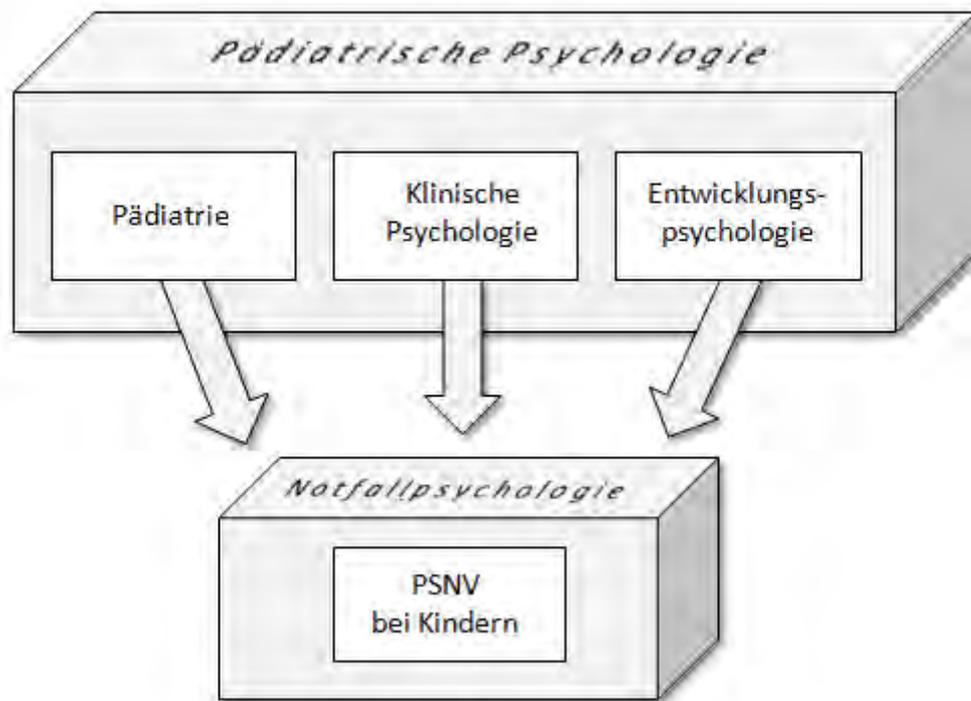


Abbildung 3: Thematische Einordnung in die Notfallpsychologie

2.4. Notwendigkeit von psychosozialer Notfallversorgung

Von alters her erleben Menschen Notfälle durch Katastrophen, Kriegserfahrungen und Schicksalsschläge, die mit schweren seelischen Folgen einhergehen und gravierende psychische Folgeschäden bewirken können (vgl. PEEK/STOUGH 2010, S. 1). Demnach wurde vermutlich schon immer psychologische Hilfe während und nach Notfällen in irgendeiner Form z.B. von Familienmitgliedern oder Freunden geleistet. Die Belastungen und Folgen wurden dabei vielleicht nicht immer als solche erkannt, konkret definiert und wissenschaftlich betrachtet, wie es heute der Fall ist. Jedoch ist davon auszugehen, dass einzelne Maßnahmen, beispielsweise in Form eines vertrauensvollen Gesprächs, schon damals protektiv wirkten, indem sie dem Betroffenen bei der Bewältigung des Erlebten halfen, wenn auch eher durch intuitives Verhalten des Helfers.

Dass die medizinische Versorgung von Notfallopfern in Deutschland im internationalen Vergleich zu den Besten gehört, haben zahlreiche Studien hinreichend und eindrucksvoll belegt (vgl. LUIZ et al. 2010, SEFRIN et al. 2012). Weiterhin ist die Notwendigkeit medizinischer Versorgung von Opfern unumstritten und lässt sich aus unzähligen Statistiken von Unfällen im Verkehr, Heim- und Freizeitbereich herauslesen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2013). Die

Notwendigkeit psychologischer Hilfe ist heute bedeutender denn je und aus der modernen (notfall-)medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Demnach ist es verwunderlich, dass in der Literatur noch immer beklagt - und durch Berichte von Helfern gestützt - wird, dass die Rettungsmedizin teilweise leider noch allzu oft von rein medizinisch-physiologischen Aspekten dominiert wird (vgl. LASOGGA/GASCH 2008, S. 2). Vor diesem Hintergrund darf die Bedeutung der psychologischen Betreuung in Notfallsituationen nicht vernachlässigt werden und es muss noch mehr die Tatsache berücksichtigt werden, dass medizinische Versorgung und psychologische Betreuung sich gegenseitig ergänzen. Aber auch nach mehr als 20 Jahren Forschung ist festzustellen, dass das Bewusstsein für psychologische Hilfsmaßnahmen in Notfallsituationen in vielen Köpfen noch immer ungenügend ist (vgl. LASOGGA/GASCH 2006; MUNK-OPPENHÄUSER 2012). Zwar nimmt diese vielerorts zu, dennoch muss deren Notwendigkeit noch immer durch folgende Argumente gestützt werden:

Körper und Psyche stehen in enger und ständiger Wechselwirkung. Noch vor einigen Jahrzehnten musste explizit darauf hingewiesen werden, dass sich Körper und Psyche gegenseitig beeinflussen. Die beiden Professoren im Fach Psychologie Lasogga und Gasch (1999) schreiben hierzu, dass „die Wechselwirkung von Körper und Psyche schon in der Antike bekannt war“ und postulieren, dass der Mensch mehr ist als lediglich eine „Ansammlung von Organen“. Dass Körper und Psyche in Wechselwirkung miteinander stehen, würde demnach bedeutet, dass eine körperliche Beeinträchtigung Auswirkung auf die Psyche hat. Anhand einer harmlosen Magenverstimmung, wie sie vermutlich jeder schon einmal erlebt hat, und das damit verbundene verminderte psychische Wohlbefinden verdeutlicht dieses Prinzip. Stress kann umgekehrt wiederum ursächlich für eine Magenverstimmung sein. Demnach ist klar, dass sich auch die Betreuungsmaßnahmen nicht nur auf die Psyche sondern auf den Körper des Betroffenen auswirken müssen.¹⁵ Schon allein wegen der rein medizinischen Notwendigkeit ist eine psychische Intervention deshalb indiziert und müsste „bei nicht Geschehen sogar als beruflicher Kunstfehler angesehen werden“ (LASOGGA und GASCH 2008, S. 46).

¹⁵ Ein beruhigendes Gespräch mit dem Betroffenen kann sich demnach wiederum beruhigend auf die Pulsfrequenz und die Atmung des Betroffenen auswirken, was bei Verletzungen schon aus medizinischen Gründen unter Umständen angestrebt wird.

Die Würde des Notfallbetroffenen ist zu berücksichtigen. Der Philosoph Immanuel Kant hat in seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ u.a. die Menschenwürde als „die Achtungswürdigkeit vor dem Anderen“ definiert. Insbesondere nach der deutschsprachigen Rechtstheorie hat der Mensch eine Würde, die auch im Notfall berücksichtigt werden muss, wenn man einsieht, dass wie bereits erwähnt, der Mensch mehr ist als nur eine Ansammlung von Organen. Die angemessene Hilfe an der Psyche von Betroffenen ist schon deshalb aus ethischen und humanistischen Gründen notwendig.

Frühzeitige Hilfe und angemessenes psychologisches Verhalten verringert Spätfolgen. Es ist davon auszugehen, dass ein belastendes Ereignis beim Betroffenen zu einer mehr oder minder starken Ausbildung von Symptomen einer akuten Belastungsreaktion führt (vgl. MÜLLER-CYRAN 2004, S. 64). Darüber hinaus ist bekannt, dass frühinterventive Maßnahmen bei Belastungssituationen vermutlich das Risiko einer schweren psychischen Folgeerscheinung wie etwa einer PTBS¹⁶ verringern (vgl. ESSER 2002; Hausmann 2003; Teegen 2004; WHO 2014). Besonders Kinder werden von ihrem Erlebten stark geprägt und die Auswirkungen können sich aufgrund entwicklungspsychologischer Aspekte längerfristig auf deren Entwicklung auswirken als es bei Erwachsenen der Fall ist (vgl. DOLAN/KRUG 2006, S. 34). Einen weit verbreiteten Trugschluss beschreiben Lasogga und Gasch (2006, S. 1), indem sie aufzeigen, dass in den Köpfen vieler Helfer noch oftmals die Meinung herrscht, dass eine psychologische Hilfe rein intuitiv geleistet werden kann, was unter Umständen dazu führen kann, dass die gutgemeinte aber unangemessene Hilfe beim Betroffenen in negativerer Erinnerung bleibt als der eigentliche Notfall selbst.

Was meiner Kenntnis nach nicht, jedenfalls zu wenig beachtet wurde, ist der **Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung** und dessen Bezug zur Psychischen Ersten Hilfe. Die Verweigerung von Hilfe in Unglücksfällen ist durch §323c im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt und wird mit Geldstrafe oder Freiheitsentzug bestraft. Zwangsläufig stellt sich die Frage, was Hilfe in Unglücksfällen genau bedeutet, resp. was sie umfasst. Wenn man davon ausgehen muss,

¹⁶ Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS); englisch: *posttraumatic stress disorder (PTSD)* ist eine psychische Erkrankung nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM: F43.1). Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) definiert PTBS als „[...] eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z. B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (so genannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können.“

dass damit gemeinhin das Leisten von Erster-Hilfe gemeint ist, wird man wiederum feststellen, dass durch den Paragraphen lediglich die Ahndung der Unterlassung von Erster Hilfe geregelt ist und nicht die Unterlassung von psychosozialer Erster Hilfe. Eine solche gesetzliche Bestimmung wäre sicherlich auch schwer zu definieren und durchzusetzen. Allerdings ist zu bedenken, dass mit jeder Ersten Hilfe immer auch eine psychische und/oder eine soziale Hilfe einhergeht. Die hohe Bedeutung, die der ersten Kontaktaufnahme mit dem Notfallopfer zugeschrieben wird, gilt als psychische Hilfe, indem dadurch dem Betroffenen signalisiert wird, dass man vor Ort ist und ihn mit seiner Situation nicht alleine lässt. Den Notruf zu wählen oder einen anderen dazu aufzufordern ihn zu wählen, stellt ebenso eine Erste-Hilfe-Maßnahme dar, die als soziale Hilfe zu verstehen ist. Nun gibt es unzählige Maßnahmen der EH und der Bezug zur PEH ließe sich weiter fortführen. Die Erkenntnis daraus ist, dass das Leisten von EH auch immer das Leisten von PEH bedeutet, auch wenn es unbewusst geschieht. Demnach lässt sich schlussfolgern, dass EH in erster Linie psychologische Hilfe bedeutet und erst in zweiter Linie physiologische Hilfe (wie z.B. das Anlegen eines Druckverbandes). Denn das Ansprechen der Person – sofern nicht bewusstlos – kommt vor der Behandlung einer Wunde. Folglich bedeutet die Verweigerung von Erster Hilfe auch immer die Verweigerung von Psychischer Erster Hilfe und müsste in die Formulierung des Gesetzes integriert werden.

3. Die Bewältigung von Großschadenslagen

Die Bewältigung von Großschadenslagen und Katastrophen in Deutschland ist durch die Zusammenarbeit vieler verschiedener Organisationen und Einrichtungen gekennzeichnet. Diese und weitere Tatsachen sind dafür verantwortlich, dass die Bewältigung mit Herausforderungen und Schwierigkeiten belastet ist, zum Beispiel aufgrund unterschiedlicher Gesetze und Verordnungen von Bund und Bundesländern, einer Aufgabenheterogenität der helfenden Organisationen und Einrichtungen, des Ineinandergreifens verschiedenster Einsatzstrukturen und einer (im besten Fall) reibungslosen Zusammenarbeiten aller an der Gefahrenabwehr Beteiligten.

Das folgende Kapitel geht auf die originären Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationen und Einrichtungen im Großschadensfall in Deutschland ein und erläutert – angelehnt an den Rettungsdienst – die benötigten Führungs- und Organisationsstrukturen im PSNV-Notfalleinsatz. Des Weiteren werden für den Rettungsdienst und die PSNV teils gleichermaßen, teils separat geltende Probleme und Herausforderungen für den Einsatz in Großschadenslagen analysiert und reflektiert. Mithilfe dieser Kriterien wird der in Kapitel 4 vorgestellte Forschungsstand zur psychologischen Notfallversorgung von Kindern einer Bewertung unterzogen. Damit soll untersucht werden, inwiefern die bislang bestehenden Konzepte den Anforderungen zur psychologischen Betreuung in Großschadenslagen gerecht werden, respektive welche sich auf Gsl übertragen lassen oder verbesserungsbedürftig erscheinen.

3.1. Aufgaben und Zuständigkeiten in Deutschland

Für das Verständnis der Strukturen der Gefahrenabwehr in Deutschland ist zunächst der Hinweis wichtig, dass die Bundesrepublik Deutschland ein föderaler Staat ist, wonach die 16 Länder eigene Kompetenzen und Zuständigkeiten besitzen und nach dem Grundgesetz hoheitliche Aufgaben wahrnehmen müssen.¹⁷ Dazu zählt insbesondere die Abwehr von nicht polizeilichen Gefahren (vgl. PETER 2010, MAURER; MAURER/PETER 2005). Die Umsetzung dieser Gefahrenabwehr wird maßgeblich durch die unterschiedlichen Gesetze der Länder bestimmt, wie z.B. Rettungsdienstgesetze, Brandschutzgesetze, Katastrophenschutzgesetze, Krankenhausgesetze u.a.

Der Bund besitzt hingegen "nur" eingeschränkte Kompetenzen, die im Grundgesetz Artikel 73 geregelt sind und sich hauptsächlich auf den Verteidigungsfall beziehen. Diese Verant-

¹⁷ An dieser Stelle ist es nicht möglich, alle 16 Länder mit ihren Gesetzen vorzustellen oder zu vergleichen.

wortung des Bundes wird als Zivilschutz bezeichnet und hat seinen Ursprung in den politischen Bedingungen des Kalten Krieges, da die Vorkehrungen durch den Bund immer am Verteidigungsfall ausgerichtet waren (vgl. PETER 2010, S. 21). Die weiteren Vorschriften für den Zivilschutz des Bundes regelt das Zivilschutzgesetz (ZSG), welches vorschreibt, dass der Bund den Katastrophenschutz der Länder in den Bereichen Brandschutz, Betreuung, ABC- und Sanitätswesen zu ergänzen hat. Für die Aufgaben des Zivilschutzes und der Unterstützung des Katastrophenschutzes kann der Bund auf verschiedene Ressourcen zurückgreifen wie z.B. das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Medical Task Forces (MTF), Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) und Streitkräfte des Bundes.¹⁸

Bei der Bewältigung von Notfallereignissen ist die Planung und Durchführung bestimmter medizinischer und organisatorischer Maßnahmen (insbesondere die der PSNV) notwendig, wenn, wie beispielsweise in einer Großschadenslage, eine Individualversorgung vieler Verletzter oder Erkrankter aufgrund eines Schadensereignisses über längere Zeit vorliegt.

Im Katastrophenfall ist dafür das jeweilige Land, genauer noch der Landrat zuständig. Im Großschadensfall hingegen liegen die Aufgaben beim politisch Gesamtverantwortlichen von Kommunen und Kommunalverbänden, dem Bürgermeister der Stadt oder Gemeinde (vgl. DV 100; PETER 2010). Ein grundsätzliches scheinbar behördenörtliches Problem greift Peter (2010, S. 21) auf, in dem er anmerkt, dass häufig nicht klar ist, „ob die Hilfe für [Personen], die bei einem Schadensereignis nicht verletzt oder akut erkrankt sind, aber trotzdem [psychisch] geschädigt sind, auch im Rahmen der medizinischen Gefahrenabwehr geleistet werden muss“ und verweist darauf, dass dafür speziell die Kommunen zuständig sind. Im Falle einer Anwendung von Betreuungsdiensten der Länder gelten die länderspezifischen Regelungen.

Die PSNV nimmt mittlerweile einen hohen Stellenwert bei der Versorgung von Notfallopfern, Angehörigen, Zeugen und Einsatzkräften ein und ist zu einem „integrale[n] Bestandteil einer umfassenden Versorgung der Bevölkerung im Gesamtsystem der psychosozialen und medizinischen Versorgung [geworden]“ (BBK 2012, S. 12). Das Angebot an PSAH in Deutschland ist flächendeckend verfügbar und wird durch Kriseninterventionsteams (KIT), Notfallseelsorgern (NFS) und ähnliche Versorgungsangebote realisiert, die in den letzten 20 Jahren entstanden sind (vgl. HELMERICHS 2005, S. 167). Entscheidende Unterschiede bestehen jedoch noch in Ausrichtung, Bezeichnung und regionaler Verbreitung. Die Aufgaben und Ziele

¹⁸ Eine ausführliche Darstellung der Aufgaben einzelner Bundesressourcen zur Gefahrenabwehr findet sich bei LUIZ et al. 2010.

der psychosozialen Maßnahmen sind dabei oftmals jedoch dieselben. Besonders in den ersten Stunden einer Großschadenslage kommt ihnen eine entscheidende Bedeutung zu. Angelehnt an Nickendei (2012) und Helmerichs (2011) umfassen diese:

Tabelle 1: Aufgaben und Ziele der PSNV in Großschadenslagen

- Orientierung und Schaffung erster übersichtlicher Strukturen
- Materielle Hilfe (Kleidung, Schutz, Verpflegung usw.)
- Informationsgewinnung und -bereitstellung zur Situation und Lage
- Vermittlung und Unterstützung von Kontakten zu Angehörigen
- Psychologische und seelsorgerische Angebote und Psychoedukation
- Informationen über weitere Hilfsangebote
- Erhaltung und Förderung der Eigenaktivität der Betroffenen
- Unterstützung bei der Aktivierung personaler Ressourcen
- (vorübergehende) emotionale Stabilisierung

Über die Zuständigkeit von Psychosozialer Akuthilfe besteht vielerorts jedoch noch Unklarheit und Klärungsbedarf speziell zur Frage, wer für dessen Sicherstellung verantwortlich ist? Im Ergebnis des Konsensusprozesses sieht das BBK die Sicherstellung eines flächendeckenden Netzes psychosozialer Akuthilfe im Zuständigkeitsbereich der Landkreise, kreisfreien Städte und Stadtstaaten im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung und in den Aufgaben der Daseinsvorsorge (vgl. Gutachten FEHN 2010 in BBK 2012, S. 102). Weiterhin heißt es dort, dass es demnach unumgänglich ist, dass die PSAH in die bestehenden Alarmierungsstrukturen eingebunden und bestenfalls im Bereich der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) angesiedelt sein muss. In der Akutphase erfolgt die Finanzierung der psychosozialen Hilfe durch KIT-Mitarbeiter, Notfallseelsorger oder Einsatznachsorgeteams in ehrenamtlicher Arbeit der jeweiligen Träger (z.B. Hilfsorganisationen). Die Kostenübernahme für im Bedarfsfall hinzugezogene Fachkräfte (wie Psychologen, Psychiater u.ä.) übernimmt die jeweilige Kommune (vgl. HELMERICHS 2011, S. 373-374).

3.2. Versorgungs- und Führungsstrukturen

Die Bewältigung von Großschadenslagen erfordert ein optimales Führungssystem, das es der Führungskraft ermöglicht, die richtigen Entscheidungen zu treffen, die der Lage angepasst sind und unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit von Mitteln erfolgen. Das bekannteste und zurzeit gültige Führungssystem beschreibt die Dienstvorschrift 100 (DV100) der Feuerwehren. Dieses Führungssystem setzt sich zusammen aus:

- Führungsorganisation (Aufbau)
- Führungsvorgang (Ablauf)
- Führungsmitteln (Ausstattung)¹⁹

Doch nicht nur für die erfolgreiche Gefahrenabwehr von Feuerwehren und Rettungsdiensten ist ein Führungssystem erforderlich. Aufgrund der vielfältigen Aufgaben und dem erhöhten Personalbedarf von PSNV in komplexen Schadenslagen – und dem damit verbundenen höheren Koordinationsaufwand der multidisziplinären PSNV-Kräfte an verschiedenen Orten der Schadensstelle – wird deren Einbindung in die Führungs- und Organisationsstrukturen gefordert (vgl. BBK 2012; BEERLAGE et al. 2010; HELMERICHS 2010). Diese wurde zwar in einigen Strukturen von Katastrophenschutzbehörden der Bundesländern bereits implementiert, gehört aber noch nicht zum Versorgungsstandard in Deutschland (vgl. Beerlage et al. 2010, S. 84). Das Ziel einer Führungs- und Organisationsstruktur PSNV ist, neben dem Leiten unter zumeist unklaren Bedingungen, die „lückenlosen Informationsvernetzung, eine rasche und aufeinander abgestimmte PSNV Bedürfnis- und Bedarfsermittlung sowie ein angemessener Ressourceneinsatz für eine qualifizierte [psychologische] Versorgung“ (BBK 2012, S. 11). In der praktischen Umsetzung bedeutet dies den Einsatz von drei spezifisch ausgebildeten PSNV-Fachkräften: "Leiter PSNV" (LPSNV), "Führungsassistent PSNV" (FüAss PSNV), "Fachberater PSNV" (FB PSNV). Im operativ-taktischen Bereich an der Schadenstelle werden dazu eigene PSNV-Einsatzabschnitte gebildet, die vom "L PSNV" geführt werden. Die spezifisch für diese Aufgaben qualifizierte und feldkompetente PSNV-Führungskraft leitet dabei fachlich den gesamten PSNV-Einsatz. Zu seinen Aufgaben gehört die psychologische und seelsorgerische Feststellung und Beurteilung des Lagebildes, die Ermittlung des Kräfte- und Mittelein-

¹⁹ „Die Führungsorganisation legt die Aufgabenbereiche der Führungskräfte fest und gibt Art und Anzahl der Führungsebenen vor. Die Führungsorganisation stellt sicher, dass die Arbeit der [...] Einsatzleitung bei jeder Art und Größe von Gefahrenlagen oder Schadenslagen reibungslos und kontinuierlich verläuft. [...] Führungsmittel sind vorwiegend technische Mittel und Einrichtungen, die Führungskräften bei ihrer Führungsarbeit unterstützen“ (MAURER/PETER 2005).

satzes sowie die Entsendung von Kräften der PSNV. Die Arbeit des "L PSNV" wird durch einen "Führungsassistenten" (FüAss PSNV) unterstützt, der für das logistische Management und die Kommunikation zwischen den operativen Einheiten der PSAH zuständig ist. Im Führungs-/Krisenstab, der nicht vor Ort im Einsatzgeschehen tätig ist, wird ein "Fachberater Psychosoziale Notfallversorgung" (FB PSNV) implementiert, der als Mitglied der Einsatzleitung den Leiter des Führungs-/Krisenstabs und die Leiter der Sachgebiete in allen psychosozialen Fragestellungen berät (vgl. BBK 2012; BEERLAGE et al. 2010; HELMERICHS 2010).²⁰

3.3. Probleme und Herausforderungen in Großschadenslagen

Die erfolgreiche Bewältigung von Schadensereignissen benötigt ein gut funktionierendes Katastrophenmanagement mit einer effektiven Organisations-, und Führungsstruktur. Insbesondere bei Großschadenslagen mit einer vorherrschenden Chaosphase in den ersten Stunden ist diese Forderung besonders wichtig. Die problematische Zeit einer Großschadenslage ist vor allem in der ersten Stunde nach dem Eintreten des Ereignisses (vgl. LASOGGA und GASCH 2008, S. 404). In dieser Phase herrscht Chaos; es sind noch nicht genug Helfer am Notfallort und es bestehen keine Führungsstrukturen. Hierzu lassen sich folgende Probleme beobachten. Eine sich im Aufbau befindliche Organisation und anlaufende Arbeitsteilung, ein Mangel an personellen und materiellen Ressourcen, Koordinations- und Kommunikationsprobleme, erschwerte Ordnung des Raumes durch unkontrolliertes Abstellen von Fahrzeugen durch Einsatzkräfte (vgl. ADAMS 2013; MAURER/PETER 2005). Insgesamt kann festgestellt werden, dass, je größer das Ausmaß eines Schadens ist, desto höher sind die damit verbundenen Anforderungen an die Organisation und die Arbeit der Einheiten der Gefahrenabwehr. Die Zuständigkeiten und Maßnahmen der Einsatzkräfte von Rettungsdiensten, Feuerwehren und Polizeien sowie von den Kräften der PSNV sind dabei sehr unterschiedlich und folgen „ganz speziellen Gesetzmäßigkeiten“ (HELMERICHS 2005, S. 168). Gemeinsamkeiten lassen sich bei den verschiedenen Akteuren der Gefahrenabwehr in den vielen Herausforderungen und Problemen erkennen, die Großschadenslagen zwangsläufig mit sich bringen. Dass es bei Gsl zu Problemen kommt, ist nicht überraschend, zumal die geringe Auftrittshäufigkeit, Komplexität und Dynamik und die damit verbundene fehlende Routine

²⁰ Eine differenzierte Darstellung von Aufbau und Aufgaben von Führungs- und Krisenstäben kann aufgrund des Umfangs in dieser Arbeit nicht geleistet werden. Eine übersichtliche Darstellung findet sich bei Luiz et al. (2010).

ursächlich dafür sind. Ein weiterer folgenreicher Grund liegt in der defizitären Ausbildung in Führung, Kommunikation und Teamarbeit von Einsatzkräften (vgl. LIPP 2005b, S. 47).

Für die Bewertung der PSNV-Konzepte für Kinder und die Frage nach deren Anwendung auf Großschadenslagen werden im Folgenden einige ausgewählte Herausforderungen und Probleme ausgeführt, die z.T. sowohl bei Rettungskräften als auch bei PSNV-Kräften in Notfalleinsätzen und Großschadenslagen auftreten können. Im weiteren Verlauf (Kapitel 4) werden diese als Kriterien für die Überprüfung der These herangezogen.

Der Beurteilung von Problemen in Notfalleinsätzen geht eine Analyse unterschiedlicher Literatur zur Gefahrenabwehr von Großschadensereignissen, Erfahrungsberichte von Helfern, Interviews mit Hilfsorganisationen nach Einsätzen und Ergebnisse einer umfassenden empirischen Studien über Mängel und Probleme bei Großschadenslagen im Rettungsdienst von Holle und Pohl-Meuthen (2002, S. 79) voraus.

Holle und Pohl-Meuthen haben in einem abgeschlossenen Forschungsprojekt acht Einsatzsituationen bei Großschadenslagen von 1986 - 2000 (darunter Eschede, Remscheid, Flughafen Düsseldorf etc.) beschrieben und im Ergebnis eine 30-Positionen umfassende Liste erstellt, die Verbesserungsbedarfe in der Einsatzstruktur erkennen lassen, welche bei Lasogga und Gasch (2008, S. 404) übersichtlich zusammengefasst wurden. Zweifelsohne lassen sich einige der folgenden Probleme auf die PSNV übertragen, dennoch muss genau differenziert werden, welche Herausforderungen auf die PSNV im Großschadensfall zukommen können und welche allgemeinen Probleme für die PSNV relevant sind. Die Literaturanalyse ergibt zunächst drei wesentliche Bereiche, in denen Verbesserungsbedarf bestehen: Auf organisatorischer, technischer und personeller Ebene. Die problematische Zeit einer Großschadenslage ist vor allem in der ersten Stunde nach dem Eintreten des Ereignisses (vgl. LASOGGA und GASCH 2008, S. 404). In dieser Phase herrscht Chaos; es sind noch nicht genug Helfer am Notfallort und es bestehen keine Führungsstrukturen. Hierzu lassen sich folgende Probleme beobachten. Eine sich im Aufbau befindliche Organisation und anlaufende Arbeitsteilung, ein Mangel an personellen und materiellen Ressourcen, Koordinations- und Kommunikationsprobleme, erschwerte Ordnung des Raumes durch unkontrolliertes Abstellen von Fahrzeugen durch Einsatzkräfte (vgl. ADAMS 2013; MAURER/PETER 2005).

3.3.1. Organisatorischer Art

Die **Einbindung der PSNV in die Führungsstrukturen des Krisenmanagements** fehlt vielerorts. Die Folge sind „Reibungsverluste“ (BBK 2012) in der psychologisch adäquaten Betreuung von Betroffenen, Angehörigen, Augenzeugen und Einsatzkräften. Wie bereits in Kapitel 3.2. beschrieben, ist die Einbindung von PSNV in die gängigen Führungsstrukturen aus den oben genannten Gründen wichtig. Der Konsensusprozess (vgl. BBK 2011, S. 18) gibt klare Empfehlungen darüber, wie dies geschehen sollte.

Bis zur **Etablierung einer Einsatzleitung im Einsatz** vergeht viel Zeit. Bis dahin sind Gsl am Anfang durch eine fehlende Führungsstruktur vor Ort gekennzeichnet. Der Grund dafür sind „lange und zeitintensive Informations- und Alarmierungswege“ (HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, S. 81). Die Folge sind keine aufeinander abgestimmten Rettungsmaßnahmen, die die Zusammenarbeit der Einheiten erschweren und den Kommunikationsfluss stören. Wesentliche Informationen können dadurch verloren gehen und eine erschwerte Selbstorganisation der PSNV-Kräfte wird zwangsläufig notwendig.

Die **ersteintreffenden Rettungskräfte** insbesondere die Kräfte der PSNV werden in der Regel mit einer komplexen und unübersichtlichen Lage überfordert. Die Analyse und Beurteilung der Situation können zusätzlich durch örtliche Gegebenheiten (wie Witterungsverhältnisse, Rauchentwicklung, Größe der Schadenslage und Zerstörung der Infrastruktur) erschwert werden, was zur Folge haben kann, dass Unklarheiten über das Gesamtausmaß der Lage und den zu benötigten Rettungs-, Hilfs- und Personalmitteln bestehen. Eine weiterhin problematische, aber allzu menschliche Tatsache besteht in einer "zu hohen" Hilfe-Motivation ersteintreffender Rettungs- und PSNV-Kräfte, wie es bei dem Zugunglück in Eschede geschehen ist (vgl. HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, S. 84). So kurios es auch klingt, aber in diesem Falle gilt für die ersteintreffenden Einheiten der Leitsatz: "Nicht behandeln oder betreuen, sondern koordinieren" (vgl. ADAMS 2013; MAURER/PETER 2005). Einigen wenigen Opfern zu helfen, ist nicht sinnvoll und entspricht nicht dem übergeordneten Ziel des allgemeingültigen Katastrophenmanagements, möglichst vielen Personen unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen das Überleben zu sichern.

Die **Kommunikation und Weitergabe von Informationen** zwischen den einzelnen an der Gefahrenabwehr beteiligten Einheiten und Einrichtungen gilt als problematisch (vgl. GASCH 2011; MAURER/PETER 2005; ADAMS 2013). Dabei lässt sich die Ursache zumeist auf eine

unzureichende bzw. veraltete, überlastete oder eine nicht unter den verschiedenen Einheiten kompatible Ausstattung an Kommunikationsmitteln zurückführen. Aber auch das Nichteinhalten von Führungswegen mangels Kenntnis ist für den Verlust wichtiger Informationen ursächlich. Zwangsläufig agiert das Einsatzpersonal eigenverantwortlich und führungslos (vgl. HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, S. 85). Für die Weitergabe von Informationen an die Betroffenen und Angehörigen – vor allem in den ersten Stunden einer Gsl – schlägt Gasch (2011, S. 406) für ersteintreffende Rettungsmittel eine kurze Ansage über Lautsprecher vor, wie etwa die Durchsage: „Hier spricht der Rettungsdienst. Wir sind da. Wir helfen Ihnen jetzt.“ Eine gleichermaßen beruhigende Information über das Eintreffen, den Standort und das Vorgehen von PSNV-Kräften wäre ebenso von Vorteil.

Unglücke haben bei den Betroffenen, Augenzeugen, Angehörigen, Hinterbliebenen und Einsatzkräften **unterschiedliche Unterstützungsbedürfnisse** zur Folge (vgl. LUEGER-SCHUSTER 2006, S. 134). Die Mittel und Vorgehensweise zur Differenzierung von Betroffenen und deren Bedürfnissen sowie die Bedarfsermittlung wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Sicherlich banal und einleuchtend erscheinen die Bedürfnisse – die vermutlich jeder nach einem Unglück hat – wie Informationen zur Lage, Kontakt zu Verwandten, Schutz vor Medien u.a. Diese Maßnahmen können noch verhältnismäßig einfach durch PSNV-Kräfte realisiert werden. Zu den Maßnahmen der PSNV gehören zudem weiterführende und intensivere Bedürfnisse psychologischer Betreuung bei Betroffenen, Angehörigen, Hinterbliebenen und Augenzeugen zu ermitteln (wie der Bedarf von psychologischen Fachkräften, Psychologen, Psychiatern etc.). Dies wird umso schwieriger, je mehr Personen vom Schadensausmaß betroffen sind. Denn in der Anfangsphase einer Gsl ist „kaum eine [adäquate] psychologische Individualbetreuung möglich“ (HELMERICHS 2005, S. 167). Der Bedarf an weiterführenden psychologischen und an die Betroffenen angepassten Interventionsmaßnahmen darf dennoch unter keinen Umständen vernachlässigt werden, sondern muss vielmehr mit geeigneten Mitteln beurteilt werden. In der Praxis werden dazu oftmals zwei Konzepte angewendet, zu denen sich in der Literatur sowohl Befürworter als auch Gegner finden lassen. Das psy-

chologische Screening und die psychologische Triage^{21 22}. Obwohl „die Wahrscheinlichkeit, im Katastropheneinsatz psychischen Störungen und psychiatrischen Probleme zu begegnen, nach Erfahrungen aus der Praxis von Großschadensereignissen sehr gering ist“ (HELMERICHS 2011 zit. nach BRAUCHLE et al. 2000, S. 381), ist das Ziel beider Konzepte die Früherkennung von Risikopersonen zum Schutz vor möglichen Spätfolgen (beispielsweise PTBS), wie sie sich durch ein psychisch sehr belastendes Ereignis entwickeln können (LUEGER-SCHUSTER et al. 2006, S. 12). Bei der psychologischen Triage, wie auch Hausmann (vgl. 2003, S. 39) sie verwendet, ist meines Erachtens jedoch fraglich, ob diese Einstufung von Personen und die Einteilung in eine psychologische Betreuungsbedürftigkeit im Großschadensfall überhaupt praxistauglich und umsetzbar ist. Uneingeschränkt möglich und realistisch erscheint hingegen eine allgemeine emotionale und soziale Unterstützung (vgl. HELMCHERICHS 2011, S. 382). Bei der Verwendung eines Belastungs-Screenings am Notfallort führt Helmerichs weiterhin an, wonach zu bedenken ist, dass, vom nicht gesicherten Nutzen eines Screenings einmal abgesehen, es fraglich ist, „[ob] ein Screening unter den gegebenen Rahmen- und Arbeitsbedingungen [einer Großschadenslage] überhaupt zur Identifikation von Personen mit erhöhtem Risiko eine psychische oder psychiatrische Störungen zu entwickeln, sinnvoll ist, da [zu den fachlichen Kriterien] weiterhin Diskussionsbedarf besteht“.

Eine **Kennzeichnung von Einsatz- und Führungskräften** insbesondere der PSNV sind häufig nicht deutlich und evtl. den Einsatzkräften nicht bekannt, wodurch der Führungsvorgang erheblich erschwert und teilweise unmöglich gemacht wird (vgl. HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002; LASOGGA/GASCH 2011). Oftmals wird von einer zu großen Anzahl an Einsatzfahrzeu-

²¹ Die psychologische Triage wurde analog zur medizinischen Triage gewählt und bedeutet die rasche Einstufung von Personen in bestimmte Behandlungsgruppen abhängig von ihrem körperlichen und/oder geistigen Zustand. Die Bewertungskriterien dafür sind 1) Dringlichkeit einer Behandlung/Betreuung, 2) Art der Behandlung/Betreuung, 3) Durchführung der Behandlung/Betreuung, 4) Transportpriorität. Das Ergebnis der Beurteilung legt fest ob eine 1) sofortige stationäre Behandlung (Psychiatrie), 2) eine ambulante Betreuung oder 3) eine emotionale und soziale Unterstützung, Information notwendig ist. Eine ausführliche Beschreibung findet sich in Hausmann (2003, S.372).

Ein psychologisches Screening dient dazu mithilfe spezifischer Untersuchungsmethoden (Fragebögen) das Risiko bestimmter psychologischer Erkrankungen (z.B. PTBS) nach schweren Unglücken frühzeitig zu erkennen. Ausgehend von der aktuellen Situation betrachten einige Experten ein Screening anhand der Diagnose akute Stressstörung und PTBS-Fragebögen für nicht sinnvoll. Für die Ermittlung latenter Beschwerden und frühzeitiger Symptome in den ersten sechs Wochen liegen nicht genügend Nachweise vor. „In vielen Fällen sind Stressreaktionen in diesem Zeitraum normale Reaktionen auf außergewöhnliche Ereignisse.“ Weiterhin sind weiterführende Untersuchungen der Effektivität von Screenings nach traumatischen Ereignissen vonnöten (vgl. Impact, Dutch Knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care 2007).

²² Der Vollständigkeit halber finden sich in der Literatur hierzu weitere diagnostische Instrumente, die sich auf Belastungsreaktion beziehen wie: Katastrophenbezogenes Screening, Kölner Risiko-Index, Symptomcheckliste, Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, Stanford Acute Stress Reaction, Imoact of Event Skala u.a. (vgl. MUNK-OPPENHÄUSER 2012).

gen mit der Kennzeichnung: „Einsatzleitung“, „Einsatzleiter“ oder „Einsatzleitwagen“ berichtet, was zum einen unter den Einsatzkräften zu einer Irreführung zuständiger Führungskräfte führte und zum anderen dazu, dass in einigen Fahrzeugen mit entsprechender Kennzeichnung keine Einsatzleitung eingerichtet war (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ 1998, S. 12). Weiterhin besteht die Schwierigkeit, dass Zuständigkeiten einiger Einsatzkräfte nicht immer eindeutig geklärt sind (vgl. LASOGGA/ROEDER/QUELLMELZ 2011, S. 456), und folglich Aufgaben nicht klar zugeteilt werden, „wodurch sich manchmal für bestimmte Aufgaben niemand verantwortlich fühlt“.

3.3.2. Technischer Art

Die Probleme auf technischer Ebene umfassen unter anderem die **Erfassung bzw. Dokumentation** von Vorgängen, die **Registrierung** von psychologisch Betreuungswürdigen Personen und eine einheitliche und geeignete **Ausstattung von PSNV-Kräften**.

Die ordnungsgemäße Dokumentation und Registrierung sind ein wesentlicher Bestandteil zur Qualitätssicherung in der PSNV und maßgeblich, um eine lückenlose Nachvollziehbarkeit der Betreuung und den Transportwegen Betroffener zu ermöglichen. Beim Zugunglück in Eschede beispielsweise ist aufgrund einer mangelhaften Übersicht der Notfallsituation keine Registrierung von transportierten Verletzten erfolgt (vgl. HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, S. 88). Auf Grundlage zahlreicher Erfahrungen und Berichte von Einsatzkräften beschreiben Holle und Pohl-Meuthen auch, dass aufgrund von hohem Handlungs- und Zeitdruck, dem Ausfall von Technologien zur Dokumentation und die mangelhafte Ausstattung mit Dokumentationsmitteln für eine unzureichende Dokumentation vor allem in der ersten (chaotischen) Phase verantwortlich sind. Hinzukommt, dass es bisher zwar verschiedene Registrierungssysteme gibt, es meiner Kenntnis nach jedoch bislang an einem einheitlichen und durchdachten Registrierungssystem für Großschadenslagen fehlt. Weiterhin liegen Aussagen vor, dass Betroffene, vermutlich aus Zeitgründen, ohne Registrierung und Dokumentation in Kliniken abtransportiert worden sind. Ein Durcheinander der Einsatz- und Ressourcenplanung ist somit vorprogrammiert.

So unterschiedlich die verschiedenen Akteure der PSNV sind, so unterschiedlich sind sie auch in ihrer Organisation, Ausbildung und **Ausstattung an materiellen Mitteln zur psychologischen Intervention**. Dabei können die „Kräfte der PSNV in Großschadenslagen und Katastro-

phen grundsätzlich nur dann sinnvoll geführt werden, wenn sie als standardisierte Einheit organisiert, ausgebildet und ausgestattet sind“ (KARUTZ 2011, S. 26). Ein "Werkzeugkoffer" für ein PSNV-Notfallmanagement, wie er bestenfalls in allen PSNV-Teams vorgehalten wird, sollte dabei alle hilfreichen und notwendigen Materialien und verschriftlichten Prozeduren, die in Großschadenslagen benötigt werden, beinhalten.²³ Speziell bei Großschadenslagen mit beteiligten Kindern müssen besondere Materialien vorgehalten werden, wie beispielsweise Kleidungsstücke, Malstifte, Bilderbücher und Stofftiere. Dass Kuschtiere und Bilderbücher während und nach Notfallsituationen die Bewältigung des Erlebten bei Kindern unterstützen, wird sowohl durch die Literatur (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2008; GLANZMANN 2004) als auch durch eigene Erfahrungen bestätigt. Leider werden sie lange nicht auf allen Rettungsmitteln und PSNV-Teams mitgeführt. Eine einheitliche Ausstattung aller PSNV Einheiten wäre demnach wünschenswert wie erforderlich, „damit sich eine weitere Standardisierung der PSNV erreichen ließe“ (KARUTZ 2011, S. 26).

3.3.3. Personeller Art

Ein grundsätzliches personelles und zugleich organisatorisches Problem geht von **übermäßiger Hilfe** von nicht alarmierten und eigenmächtig arbeitenden Rettungs- und PSNV-Kräften am Unglücksort aus, besonders bei medienwirksamen Großunfällen. Lueger-Schuster und Kollegen (2006, S. 77) berichten von ihren Erfahrungen vom ICE Unglück in Eschede und einem damit verbundenen Überangebot an PSNV- Kräften, die am Notfallort (vermeintliche) psychologische Hilfe leisteten. Die Folge war eine unübersichtliche, unkontrollierbare und nicht mehr zu dokumentierende Einsatzsituation und Personalplanung. Helfer, die sich nicht durch eine ausdrückliche Alarmierung am Einsatzort befinden, haben sich beim Einsatzleiter zu melden und auf dessen Anweisungen zu warten.

Wenn, wie zu den technischen Herausforderungen beschrieben, für eine Standardisierung der PSNV eine einheitliche Ausstattung notwendig ist, dann ist dafür auch ein einheitlicher und bekannter Einsatzwert von PSNV-Kräften notwendig. Geht man von einem Großschadensfall aus, stellt sich die Frage, wie viele PSNV Kräfte dafür benötigt werden? Für die Be-

²³ Ausführliche Vorschläge für die Inhalte eines psychologischen Notfallkoffers geben Karutz (2011, S. 27) in einer Stärke- und Ausstattungsnachweisung für PSNV-Teams und Munk-Oppenhäuser (2012, S. 240-242) für die psychologische Betreuung bei schulinternen Notfälle.

antwortung muss ein fester Schlüssel zur Berechnung von Kapazitäten vorliegen. Helmerichs hat dazu eine Möglichkeit zur Ermittlung des PSNV-Kräftebedarfs veröffentlicht.

Tabelle 2: Schlüssel zur Berechnung des PSNV-Kräftebedarfs (HELLMERICHS, 2005, S. 180)

Personengruppe	Verhältnis PSNV-Kraft : Betroffene
Schwerverletzte	1:5
Leichtverletzte/Betroffene	1:10
Angehörige	1:10

Je größer das Ausmaß einer Großschadenslage ist, desto mehr Organisationen, Institutionen, Einrichtungen und Einheiten werden zur Bewältigung benötigt. Demnach ist es notwendig, dass sich die Einheiten (organisationsintern und -extern) aufeinander abstimmen und zusammenarbeiten. Zwangsläufig bedeutet das für die Einsatzkräfte die Einordnung in **hierarchische Führungs- und Organisationsstrukturen** und vorgegebene Befehlsstrukturen. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass sich diese Einfügung für die Kräfte des Rettungsdienstes und der PSNV oftmals als problematisch erweist, da diese im Einsatzalltag eher in flachen Hierarchien arbeiten (vgl. HELLMERICHS 2011, 376).

Die **Ablösung von Einsatzkräften** zur Verringerung von psychischen und physischen Belastungen ist Aufgabe der Führungskraft. Besonders bei Großschadensfällen mit einer erhöhten Anzahl Schwerverletzter haben Kräfte des Rettungsdienstes und der PSNV Aufgaben zu erfüllen, die sie aufgrund mangelnder Routine und unzureichender Vorbereitung nicht zu tätigen gewohnt sind. „Während des Einsatzes in Eschede [...] assistierten [Einsatz-] Kräfte bei Amputationen, retteten und versorgten [und betreuten] verstümmelte Verletzte und bargen bis zur Unkenntlichkeit entstellte tote Erwachsene und Kinder“ (HOLLE/POHL-MEUTHEN 2002, S. 89). Bei derartigen Maßnahmen ist davon auszugehen, dass die persönliche Belastungsgrenze eines Helfers überschritten wird. Dabei sind Folgeerscheinungen wie psychisch bedingte Krankheitserscheinungen (z.B. Burn-out-Syndrom) keine Seltenheit. Sie treten bei seelisch besonders belastenden Situationen (insbesondere bei Unglücksfällen mit Kindern) außerordentlich häufig auf. Für solche Einsätze empfiehlt sich die Ablösung der Einsatzkräfte in relativ kurzen Zeitintervallen, wofür die Vorhaltung ausreichender Reserven notwendig ist.

Wie bereits erwähnt, beziehen sich die dargestellten Herausforderungen in Großschadenslagen auf Kräfte der Rettungsdienste und PSNV gleichermaßen. Des Weiteren gehören zur Arbeit der PSNV folgende spezielle Schwierigkeiten:

Bei einer Großschadenslage gibt es **unterschiedliche Einsatzorte an denen PSNV-Kräfte tätig werden**, z.B. Patientenablagen, Behandlungsplätzen, Betreuungsstellen, Totenablagen, im Krankenhaus oder auch am Bürgertelefon/Hotline.²⁴ Die Wahl geeigneter Betreuungsstellen in Großschadenslagen ist dabei oftmals mit Schwierigkeiten verbunden, da es je nach Schadensausmaß zum Teil mehrere, den Bedürfnissen und Personengruppen (wie Kinder, Unverletzte, Verletzte, Angehörige usw.) entsprechend angepasste Orte für die psychosoziale Betreuung geben muss. Besonders die Unterbringung von Kindern in geeigneten Betreuungsstellen ist mit unterschiedlichen Herausforderungen verbunden (z.B. eine kindergerechte Einrichtung, in ausreichender Entfernung vom Schadensort, beheizte und lärmgeschützte Räumlichkeiten, Möglichkeiten zum Essen und Trinken, Toiletten, anfahrtsgerechte Orte für Bezugspersonen, die Vorhaltung von Malbüchern, Knete, Kuscheltieren, Kassetten usw.).

3.3.4. PSNV-spezifischer Art

In Großschadenslagen kommen zwangsläufig **unterschiedliche Personengruppen** zusammen, die eine – der jeweiligen Gruppe angepasste – psychologische Betreuung benötigen. Speziell bei der Betreuung von Kindern bedarf es dazu Personen, die geeignet und im psychologischen Umgang mit Kindern vertraut sind und zugleich einsatztaktisch bzw. führungs-technisch und pädagogisch qualifiziert sind, z.B. Erzieher, Lehrer oder Pädagogen mit Zusatzausbildung einer Hilfsorganisation.

Ein weiterer zu beachtender Fokus liegt auf der **Region, in der das Ereignis auftritt**. Demnach lässt sich – aufgrund der Entfernung zwischen Aufenthaltsort der Betroffenen und Notfallort – in "gemeindenahen" (Beispiele: Unwetter, Flut, Amoklauf an Schulen, Einsturz von Gebäuden) oder "gemeindeferne" (Beispiele: Naturkatastrophen im Urlaub, Flugzeug-, Bus- oder Bahnunfälle) Ereignisse unterscheiden. Eine Differenzierung ist deshalb wichtig, da aufgrund der Entfernung zum Notfallort die Arbeit der PSNV variieren kann. Die Erfahrung zeigt, dass bei gemeindenahen Ereignissen den Betroffenen andere Ressourcen zur Verfügung ste-

²⁴ Eine ausführliche Übersicht über die räumliche Zuordnung der psychosozialen Hilfe in Großschadenslagen gibt Helmerichs (2011).

hen (Familie, gewohnte und sichere Umgebung) und dass Bedrohungen u. U. anders erlebt werden (vgl. Müller-Cyran 2006, S. 174). Weiterhin werden Vermisste in der Nähe des Ortes der Katastrophe bleiben wollen, um rasch an neue Informationen zur Situation und den Vermissten zu kommen. Bei gemeindefernen Notfallereignissen reisen die Vermissten an, um sich selbst auf die Suche nach ihren Angehörigen zu begeben und sich ein Bild von der Katastrophe zu machen. Folglich kommen auf die Kräfte der PSNV bei der Betreuung von Personen oftmals noch fremde Umgebungen, Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede hinzu.

3.3.5. Kinder-spezifischer Art

In Hinblick auf die psychische Betreuung von Kindern in Großschadenslagen sind weitere Herausforderungen zu berücksichtigen:

Kinder sind kleiner als Erwachsene und können dadurch leichter übersehen werden. Wie tragisch dieser Umstand sein kann, wird am Flugzeugunglück von San Francisco 2013 deutlich, bei dem eine 16-jährige Schülerin einen Flugzeugcrash überlebte, aber von heraneilenden Rettungskräften überfahren wurde.²⁵ Eine Kinderbetreuung ist in Notfallsituationen somit umfassend in die Planungen des Einsatzes zu integrieren.

Kinder benötigen in Notfallsituationen Bezugspersonen (Eltern, Verwandte, Lehrer) und diese sollten bei der Betreuung nicht von ihnen getrennt werden. In der Literatur herrscht Konsens darüber, dass Kinder in Notfallsituationen durch den Kontakt zu Bezugspersonen das Erlebte besser verarbeiten können und dadurch weniger Spätfolgen auftreten können (vgl. GLANZMANN 2004, S. 139; LUEGER-SCHUSTER 2006, S. 74, WORDL HEALTH ORGANIZATION 2014). Ausnahmen bestehen dann, wenn die Bezugsperson zu aufgeregt ist und somit bei der Betreuung nicht hilfreich ist oder das Kind anderes äußert.

Die Betreuung von Kindern sollte in ausreichendem Abstand zum Schadensgebiet und in **geeigneten Unterbringungen** erfolgen, die idealerweise lärmgeschützt, beheizt und mit Toiletten ausgestattet sind. Dort sind spezielle Materialien vorzuhalten, wie Kleidung, Stofftiere, Malbücher- und Stifte usw.

²⁵ Vermutlich ist dieses Unglück auf weitere Faktoren vor Ort zurückzuführen und Berichten zu Folge, war das Kind unter einem Lösch-Schaumteppich verborgen und ist deshalb übersehen worden. Somit hätte möglicherweise auch ein Erwachsener davon betroffen sein können.

Eine zusammenfassende Darstellung über Probleme und Herausforderungen in Katastrophen und komplexen Großschadenslagen gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 3: Probleme und Herausforderungen in Großschadenslagen

Organisatorisch

- Keine standardisierte Einbindung der PSNV in Führungsstrukturen des Krisenmanagements
- Zeitverlust bis zur Etablierung einer Einsatzleitung im Großschadensfall
- Unklares und unübersichtliches Lagebild der ersteintreffenden Rettungs-, PSNV-Kräfte (Chaosphase)
- Kommunikation und Weitergabe von Information mangelhaft

Technisch

- Erfassung bzw. Dokumentation von Vorgängen und Registrierung mangelhaft
- Ausstattung an materiellen Mitteln zur psychologischen Intervention unzureichend und nicht einheitlich

Personell

- Übermäßige Hilfe durch nicht alarmierte Rettungs- und PSNV-Kräfte
- Einordnung von Einsatzkräften in hierarchische Führungs- und Organisationsstrukturen problematisch
- Erschwerte Ablösung von Einsatzkräften
- Betreuungsschlüssel in Großschadenslagen

PSNV spezifisch

- Gegebenheiten der unterschiedlichen Einsatzorte von PSNV-Kräften
- Notwendigkeit von Fachkräften für unterschiedliche Personengruppen
- Region des auftretenden Ereignisses

Kinder spezifisch

- Kinder werden oftmals übersehen
- Kinder benötigen Bezugspersonen
- Geeignete Unterbringung für Kinder und Jugendliche

4. Die Bewältigung von Großschadenslagen mit Kindern

4.1. Wie Kinder Notfallsituationen erleben: Die psychische Situation von Kindern im Vergleich zu Erwachsenen

Das Erleben von Notfallsituationen und die psychischen Reaktionen darauf unterscheiden sich bei Kindern im Gegensatz zu Erwachsenen zum Teil erheblich.²⁶ Karutz (2003, S. 142) betont hierzu: „...prinzipiell können durchaus auch die gleichen physischen, kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Stressreaktionen auftreten wie bei Erwachsenen [...] jedoch ist ergänzend auf zahlreiche Eigenarten des spezifischen kindlichen Erlebens einer Notfallsituation hinzuweisen“. Die Gefühlsreaktionen von Kindern sind in Notfällen dabei nahezu ausnahmslos negativ. In Großschadenslagen kommt es zudem häufig vor, dass ein Kind abrupt von seiner Bezugsperson getrennt wird (sei es durch das Unfallgeschehen oder die Hilfeleistung). Weiterhin stellt ein Unfall und die Art damit umzugehen Kinder und Jugendliche oftmals vor eine neue und zugleich schwer zu bewältigende Herausforderung (vgl. GLANZMANN 2004; HAGAN 2005; MUNK-OPPENHÄUSER 2012). Während Erwachsene die Möglichkeiten haben auf Grundlage ihrer altersbedingten emotionalen, intellektuellen, und sozialen Entwicklung mit traumatisierenden Notfällen adäquat umzugehen, ist dies für Kinder aufgrund ihrer spezifischen psychologischen Entwicklungsphasen²⁷ (wie Reifungsgrad, Umweltwahrnehmung, Erfahrungen u.v.m.) in den meisten Fällen um ein vielfaches schwieriger.

Den Blick auf die derzeitige Forschungslage gerichtet, stellen Teegen, Glanzmann, Gasch und Lasogga fest, dass es bisher nur wenige Untersuchungen, geschweige denn empirisch gesicherte Studien über die Situation und Bedürfnisse von Kindern in Großschadenslagen gibt, obwohl meines Erachtens die Anzahl der durch Zunahme von Großschadenslagen betroffenen Personen (insbesondere Kinder) eine zunehmend soziale, ökonomische und medizinische Herausforderung unserer Zeit darstellt. Jedenfalls ist für eine Maximalversorgung von Kindern und Jugendlichen in Notfallsituationen ein Verständnis über deren Empfinden erforderlich. Dabei werden Kinder und Jugendliche in akuten Notfallsituationen von einer Vielzahl

²⁶ Aus pragmatischen Gründen wurde auf eine Unterscheidung des Alters von Kindern verzichtet, weil sich eine Altersdifferenzierung in dieser Arbeit schwer durchhalten lässt. Kinder sind in Ihrer Entwicklung ohnehin sehr unterschiedlich. Eine grobe Einteilung ist daher von Vorteil: Demnach wird zwischen Kindern im Alter von 0-14 Jahren entschieden sowie Kindern und Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren.

²⁷ Eine ausführliche Darstellung der Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen geben Glanzmann (2004) und Piaget/Inhelder (1993).

an Belastungen und Moderatorvariablen²⁸ beeinflusst. Im Folgenden werden einige ausgewählte Belastungen dargestellt, die sich vorwiegend bei Kindern ereignen, die sowohl direkt als auch indirekt²⁹ von Notfällen betroffen sind.³⁰

Prinzipiell kann in physiologische und psychologische Belastungen unterschieden werden, die in Notfällen zusammen auftreten und sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2008, S. 24).

Physiologische Belastungen

Die physiologischen Belastungen lassen sich noch einmal in interne und externe Belastungen unterscheiden. Zu den internen physiologischen Belastungen gehören unter anderem:

Schmerzempfinden: Das subjektive Schmerzempfinden des Kindes bei einem Notfall, sofern es verletzt worden ist, hängt von dessen kognitiver Entwicklung ab und dem damit verbundenen Wissensstand von Aufbau und Funktion des Körpers, der erlernten Einschätzung der Bedrohlichkeit der Verletzung sowie von Erfahrungen Schmerzen zu ertragen (vgl. UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, UNICEF 2014).

Bewegungseinschränkung: Eine Bewegungseinschränkung, die beispielsweise durch einen Knochenbruch hervorgerufen wird, kann von Kindern als sehr belastend erlebt werden, weil Kinder einen höheren Bewegungsdrang haben als Erwachsene (vgl. LANDOLT 2000, S. 18).

Durst: Kinder verlieren aufgrund ihrer zum Gewicht proportional größeren Körperoberfläche über die Haut viel Flüssigkeit und können daher eher als Erwachsene besonders bei hohen Temperaturen und langandauernden Notfallsituationen – wie einer Großschadenslage – ein starkes Durstgefühl entwickeln (vgl. WORDL HEALTH ORGANIZATION 2014).

²⁸ Moderatorvariablen bezeichnen die Abhängigkeit und den Effekt die eine Variable auf eine andere ausübt. Bei Kindern in Notfällen beeinflussen diese wie ein Kind einen Notfall erlebt, wie es darauf reagiert und welche Folgen auftreten. Sie lassen sich einteilen in Traumamerkmale (wie Art, Dauer und Schweregrad des Traumas), Umweltmerkmale (wie Familienklima, Beziehung der Eltern zueinander, psychisches Befinden der Eltern), biologische Merkmale (wie Alter, Entwicklungsstand und Geschlecht des Kindes), psychologischen Merkmale (wie Persönlichkeit, Temperament, und Intelligenz beeinflusst und sozigraphische Merkmale (z.B. Familie, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit, Schule, Medien, vgl. LANDOLT 2003, S. 27; GLANZMANN 2004, S. 134).

²⁹ Bei den Notfallopfern ist zwischen „direkt“ und „indirekt“ Betroffenen zu unterscheiden. Als direkte Notfallopfer werden Kinder und Jugendlichen bezeichnet, die selbst einen Notfall erlebt haben. Als Indirekte Notfallopfer sind Kinder und Jugendliche, denen der Notfall nicht selbst widerfahren ist oder die sich nachträglich zum Notfallort begeben haben, ebenso wie Angehörige und Bezugspersonen des Kindes (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2008 S. 12).

³⁰ In Anbetracht des Umfangs dieser Arbeit können nicht alle Belastungen von Kindern in Notfällen beschrieben werden. Generell können damit Belastungen gemeint sein, denen ebenso direkt betroffene als auch indirekt betroffene Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind.

Zu den externen physiologischen Belastungen von Kindern gehören unter anderem:

Lärm/Stille: Ein plötzlich auftretender oder lang andauernder Lärmpegel sowie extreme Stille werden von Kindern als belastend empfunden. Beispielsweise Geräusche, die bei einem Unfall entstehen (z.B. ineinander fahrende Pkw oder Rettungsmaßnahmen der Feuerwehr), können zu Belastungen bei Kindern führen.

Hitze/Kälte: Besonders extreme Temperaturen können Notfallopfern schwer zu schaffen machen (vgl. HAGAN 2005, S. 3). Kinder erleiden rasch eine Unterkühlung, beispielsweise wenn sie bei einer Großschadenslage für einige Minuten oder Stunden bei Kälte im Freien sind oder auf dem Boden liegend verbringen müssen. Diese Belastungen ist für Kinder noch gravierender, da sie über weniger Ressourcen verfügen als Erwachsene, um Temperaturschwankungen auszugleichen (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2008; WORDL HEALTH ORGANIZATION 2014).

Psychologische Belastungen

Psychologische Belastungen bei Kindern lassen sich in individualpsychologische und sozialpsychologische Belastungen unterscheiden. Zu den individualpsychologischen Belastungen gehören:

Neuheit: Für Kinder stellen Notfälle eine neue und außergewöhnliche Situation dar, für dessen Verständnis, den Kindern bis zu einem gewissen Alter das Wissen fehlt (beispielsweise über Symptome eines Schädel-Hirn-Traumas), um das Erlebte zu erklären oder zu bewerten (vgl. LAUCHT 2002, S. 11).

Sprachlosigkeit: Kinder können bis zu einem gewissen Alter Schmerzen oder Bedürfnisse aufgrund ihrer Sprachentwicklung nicht verbalisieren (vgl. Esser 2002, S. 30). Hinzukommt, dass Kinder sich u.U. nicht trauen, Äußerungen oder Wünsche zu äußern, weil sie Angst haben, dass sie die Situation damit verschlimmern oder die Eltern zusätzlich belasten könnten (vgl. PEEK/STOUGH 2010, S. 4).

Zu den **Sozialpsychologische Belastungen** gehören:

Zuschauer und Bezugspersonen als Opfer: Ebenso wie Erwachsene können Kinder die Anwesenheit von Zuschauern bei Notfällen als unangenehm empfinden.

Anblick und Perspektive: Die Perspektive, aus der Kinder einen Notfall erleben, kann Angst auslösen oder verstärken. Dies wird beispielsweise deutlich, wenn ein sich in der "Froschperspektive" befindliches Kind durch einen Person von oben nach unten wahrgenommen fühlt

und dadurch ein Gefühl der Einschüchterung erlebt. Weiterhin kann der Anblick von Verletzungen, Blut oder von betroffenen Angehörigen als belastend empfunden werden.

Kinder und Jugendliche zeigen nach akuten traumatischen Erlebnissen eine große Spannbreite von psychischen Reaktionen. Abbildung 4 zeigt die aktuell gültige Klassifikation posttraumatischer psychischer Reaktionen gemäß dem von der WHO entwickelten Klassifikationssystem ICD-10.

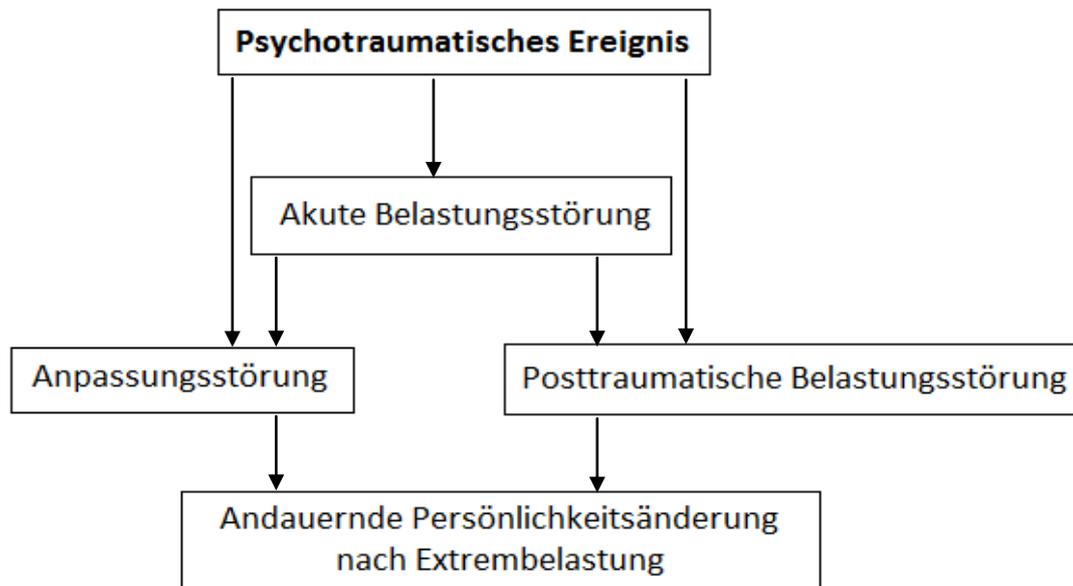


Abbildung 4: Klassifikation psychotraumatischer Störungen gemäß ICD-10

Die erste Reaktion auf ein belastendes Ereignis wird als akute Belastungsstörung bezeichnet. Symptome können sein: Schock, Erregung, Erstarrung, Angst, Aggression, Desorientiertheit, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Schreckhaftigkeit u.a. Diese Symptome treten im Allgemeinen innerhalb kürzester Zeit nach dem Ereignis auf und klingen in der Regel nach Stunden bis wenigen Tagen wieder ab. Der Übergang dieser akuten Symptome kann in eine so genannte Anpassungsstörung erfolgen. Diese Reaktion kann kürzere und längere depressive Phasen sowie Störungen des Sozialverhaltens umfassen. Am häufigsten entwickeln sich in Folge akut traumatisierender Ereignisse Symptome der so genannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)³¹ (vgl. LANODLT 2003, S. 73, LUEGER-SCHUSTER et al. 2006, S. 121). Bei Personen, die über lange Zeit mehrfach traumatisiert werden, können sich andauernde Persönlichkeitsstörungen entwickeln, „die nur sehr schwer zu behandeln sind [und die] durch eine

³¹ Eine Definition von PTBS wird in Kapitel 2 beschrieben.

feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit [...] gekennzeichnet [sind]“ (LANDOLT 2003 S. 74).

Einen weiteren Einfluss auf das Erleben und die Reaktion von Kindern in Notfällen haben so genannte Merkmale und Moderatorvariablen. Diese können zum einen eine Schutzfunktion bewirken oder haben zur Folge, dass ein traumatisierendes Erlebnis schlechter verarbeitet wird und sich dadurch das Risiko von negativen Folgeerscheinungen erhöht. Generell lässt sich in biologische (z.B. Geschlecht, Alter und Konstitution) und in psychologische Moderatorvariablen (z.B. Erziehung, Todesvorstellung, Persönlichkeit, Bewältigungsstrategien) unterteilen (vgl. KARUTZ/LASOGGA 2004, S. 28).

Während folglich der Eindruck entstehen könnte, dass Kinder in Notfällen zwangsläufig der Notfallsituation ausgeliefert sind, muss darauf hingewiesen werden, dass Kinder keineswegs in Notfällen handlungsunfähig sind. Vielmehr können Sie durch die Aktivierung eigener Ressourcen (sog. Copingstrategien) zur Bewältigung des Geschehens beitragen, wenn man ihnen dazu Gelegenheit gibt (vgl. PEEK/STOUGH 2010, S. 5). Dieser Aspekt wird vor allem in der Psychosozialen Akuthilfe fokussiert und bestärkt. Kinder können ihrem Alter entsprechend beispielsweise mit kleineren Aufgaben vertraut werden, wie das Kleben eines Pflasters oder das Aufpassen auf jüngere Kinder.

4.2. Forschungsstand zur Psychischen Ersten Hilfe und Psychosozialen Akuthilfe und kritische Betrachtung

Wie bereits erwähnt, sind Kinder und Jugendliche eine besondere Zielgruppe in Notfallsituationen. Grundsätzlich gilt: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Dieser bekannte pädagogische Grundsatz ist sowohl für die medizinische Versorgung als auch für die psychologische Betreuung von Kindern bedeutsam. Obwohl seit ca. 40 Jahren die Notwendigkeit von Psychischer Erster Hilfe für Kinder in Notfällen gefordert wird, ist die Forschungslage zu psychologischen Interventionen nach Notfällen bei Kindern unbefriedigend. Bei den bislang bestehenden Hinweisen, Ratschlägen und Empfehlungen gibt es außerdem nur wenige operationalisierte Vorgehensweisen, die eine konkrete Handlungsempfehlung beschreiben. Auf spezielle Notfallsituationen wie Großschadenslagen trifft dies besonders zu.

4.2.1. Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für Laienhelfer

Die von Lasogga und Gasch (2011, S. 73) formulierten Regeln zur PEH bei Notfällen für Laienhelfer ("4-S-Regeln") und PEH für professionelle Helfer sind für direkt betroffene Notfallopfer entwickelt worden, lassen sich aber gleichermaßen auf indirekt betroffene Kinder in Notfallsituationen übertragen.

**Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für Laienhelfer
(Lasogga und Gasch 2004)**

1. Sage, dass Du da bist und dass etwas geschieht.
2. Schirme das Notfallopfer vor Zuschauern ab.
3. Suche vorsichtigen Körperkontakt.
4. Sprich und höre zu.

**Abbildung 5: "4-S-Regeln" zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für Laienhelfer
(LASOGGA & GASCH 2008)**

So kurz und scheinbar eingängig diese Regeln sind, so allgemein sind sie zum Teil auch. Eine detaillierte Anweisung für die Helfer, in der ohnehin durch Aufregung und Neuheit geprägten Notfallsituation, erfolgt bei der Hälfte der Regeln leider nicht. Nur in Merksatz 1 wird der Forderung „Sage, das Du da bist...“ ein konkreter Inhalt zugeordnet, der kaum Spielraum für Alternativen lässt. In Merksatz 2 wird zwar nicht beschrieben, wie eine Abschirmung vor Zuschauern erfolgen soll, dennoch ist diese Forderung relativ einfach umsetzbar, sofern Ruheräume, Krankenwagen oder menschenleere Orte zur Verfügung stehen. Bei den Regeln 3 und 4 fehlen ausführliche Hinweise zur Kommunikation mit Betroffenen und eine genaue Anleitung zur Durchführung der Forderungen. So wird in Regel 3 „Suche vorsichtigen Körperkontakt“ nicht deutlich genug, was genau sie beinhaltet, wie und an welchen Stellen der vorsichtige Körperkontakt erfolgen soll, zumal nicht jeder Betroffene Körperkontakt toleriert. Ebenso wird in Merksatz 4 nicht ausgeführt, was ein Helfer dem Betroffenen konkret sagen soll und wie er es zu tun hat. Soll sich der Laienhelfer dabei auf seine Intuition verlassen und dem Betroffenen sagen, was er für richtig hält? In einigen Fällen kann diese Methode erfolgreich sein, in anderen Situationen wiederum kann sie defektiv wirken und u.U. dazu führen, dass die Betreuung des Helfers negativer in Erinnerung bleibt als das Unglück selbst.

Aufgrund dieser Unklarheiten erscheinen diese Regeln für Großschadenslagen gerade für Laienhelfer – an die diese Regeln ja ausdrücklich gerichtet sind – nur bedingt geeignet. Denn,

obwohl sie so kompakt sind und in komplexen Einsätzen mit Zeit- und Ressourcenmangel einfach anwendbar erscheinen, sind sie aufgrund ihrer geringen Struktur eher für die im psychologischen Umgang erfahrenen Einsatzkräfte und psychosozialen Akuthelfer sinnvoll.

Karutz (2001 S.40) bezieht sich auf die "4-S-Merksätze" und unterzieht sie einer formalen Überarbeitung. Mit dem daraus resultierenden Betreuungskonzept "PAKT" ergänzt er sie „um die Forderung nach einer emphatischen Anteilnahme“. Das Akronym Pakt steht für Präsenz zeigen, Abschirmen, Kommunizieren, Teilnehmen. Diese vier Begriffe sind mit den Regeln von Lasogga und Gasch nahezu identisch und erscheinen inhaltlich genauso unkonkret zu sein, die einer Spezifizierung bedürfen.

4.2.2. Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für professionelle Helfer

Über die PEH von Laienhelfern hinausgehend formulierten die beiden Psychologieprofessoren Lasogga und Gasch erweiterte Regeln für eine Psychische Erste Hilfe durch professionelle Helfer (Einsatzkräfte).

Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für professionelle Helfer

(LASOGGA & GASCH 2004)

1. Nennen Sie Ihren Namen und anschließend Ihre Funktion. Lassen Sie sich den Namen des Opfers nennen. Versichern Sie ihm, dass etwas zu seiner Hilfe geschieht.
2. Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt. Halten Sie die Hand (Handrücken) des Opfers, oder legen Sie Ihre Hand auf die Schulter. Berührungen am Kopf und anderen Körperteilen sind nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die Ebene des Opfers. Halten Sie Blickkontakt. Akzeptieren Sie Weinen und Jammern. Bemühen Sie sich um eine beruhigende Stimmlage.
3. Geben Sie dem Notfallopfer Informationen. Erläutern Sie, welche Maßnahmen unternommen werden und aus welchen Gründen. Geben Sie Informationen über die hierfür notwendige Zeit. Verwenden Sie keine Fachbegriffe.
4. Kompetenz beruhigt. Vermitteln Sie dies, indem Sie die erforderlichen Maßnahmen ruhig und sicher vollziehen und Informationen geben. Führen Sie keine Diskussionen vor dem Opfer über das weitere Vorgehen.
5. Stärken Sie die Selbstkontrolle von Notfallopfern. Binden Sie sie bei Hilfsmaßnahmen ein, lassen Sie sie (unwichtigere) Entscheidungen treffen.
6. Halten Sie das Gespräch mit Notfallopfern aufrecht. Hören Sie "aktiv zu", wenn Notfallopfer über ihre Gefühle und Gedanken sprechen.

7. Wenn Sie ein Notfallopfer verlassen müssen, kündigen Sie dies vorher an. Sorgen Sie für "psychischen Ersatz".
8. In bestimmten Situationen wie Massennotfällen, Suizidversuchen oder "eigenartigen" Verhaltensweisen des Notfallopfers sollte ein psycho-sozialer Notfallhelfer hinzugezogen werden.
9. Bedanken Sie sich bei den Laienhelfern.

Abbildung 6: Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei Notfällen für professionelle Helfer (LASOGGA & GASCH 2008, S. 81)

Diese erweiterten Regeln für professionelle Helfer sind sehr ausführlich wie konkret und können den Einsatzkräften im Umgang mit (Unfall-)Betroffenen zugemutet werden. Allerdings erscheinen diese Regeln für den praktischen Gebrauch insbesondere für Großschadenslagen zu umfangreich und unstrukturiert, zumal die Lernwirksamkeit dieser Regeln fraglich ist. Praktikabler und einprägsamer wären sie durch verwendete Merkhilfen wie Akronyme oder Ankerbegriffe, aus denen sich genaue Anweisungen ablesen lassen. Für den praktischen Gebrauch in Notfalleinsätzen wäre weiterhin eine übersichtliche und schnell zu erfassende Darstellung für Einsatzkräfte sinnvoll. Dies kann beispielsweise in Form einer Taschenkarte, die im Rettungsmittel mitgeführt und sich in greifbarer Nähe befindet, erfolgen. Außerdem gehen die beiden genannten Regelwerke scheinbar nur von einer erfolgreichen Intervention bei Einhaltung der Anweisungen aus. Was dabei allerdings nicht berücksichtigt wird, sind mögliche eigenartige und unerwartete Reaktionen und Verhaltensweisen von Betroffenen, wie etwa die Ablehnung von Handlungen des Helfers oder aggressives Verhalten der Betroffenen. Diese Schwierigkeit versuchen Lasogga und Gasch zu umgehen, indem sie ihre Anweisungen als 90%-Regeln bezeichnen, d.h., dass das Verhalten der Helfer von den meisten Notfallopfern als positiv empfunden wird, aber nicht von allen.³² Trotzdem ist die in einem solchen Fall zu befolgende spärliche Regel, nämlich einen psychosozialen Akuthelfer hinzuzuziehen, zwar richtig und unbedingt erforderlich, allerdings lässt sich dieses Vorgehen in der Praxis aufgrund begrenzter Personal- und Zeitressourcen oftmals gar nicht oder zumindest nicht sofort realisieren. Der Helfer wäre demnach zeitweise auf sich allein gestellt. In solchen Situationen muss der Helfer Handlungsalternativen kennen und Anweisun-

³² Beispielsweise kann der Körperkontakt von Jugendlichen als unangenehm empfunden werden.

gen befolgen können, um auch mit unerwarteten Reaktionen Betroffener umzugehen. Dafür empfiehlt sich eine konkret formulierte Vorgehensweise in visualisierter einfacher Form, beispielsweise als Prozessbeschreibung mit grafischer Umsetzung (Prozessgrafik).

4.2.3. Betreuungskonzepte "KASPERLE", "SEEBAER" und "PUMUCKEL"

Ein erstmals ausführliches und – im Vergleich zu anderer notfallpsychologischer Literatur – empirisch fundiertes Konzept entwickelte Karutz 1999 für den Umgang mit Kindern in akuten Notfallsituationen. Ausgehend von einer Analyse zahlreicher Fachpublikationen zur Ersten Hilfe durch Laien und rettungsdienstlicher Versorgung entstand das Betreuungskonzept "KASPERLE" zur Psychischen Ersten Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern. Das Akronym besteht aus acht konkreten Regeln mit appellativem Charakter und lautet wie folgt:

Tabelle 4: Regeln für die Psychische Erste Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern
(KARUTZ 2001, S.50)

Akronym	Regel	Erläuterung
K	Kontakt aufnehmen und Körperkontakt herstellen	<ul style="list-style-type: none"> - Sich dem Kind möglichst langsam nähern - Sich auf das körperliche Niveau des Kindes begeben - Sich mit Vornamen vorstellen und nach dem Vornamen des Kindes fragen - Das Kind nicht alleine lassen, in der Nähe des Kindes bleiben - Das Kind streicheln, in den Arm nehmen, die Hand des Kindes halten
A	Für Ablenkung sorgen	<ul style="list-style-type: none"> - Verletzungen bedecken - Geschichten erzählen - Trostlieder singen
S	Situation erklären	<ul style="list-style-type: none"> - Kind gerechte und altersgemäße Erklärungen geben
P	Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen	<ul style="list-style-type: none"> - Ehrlich auf Fragen antworten, nicht lügen - Bezugspersonen, z. B. die Eltern, benachrichtigen, herbeiholen und in die Hilfeleistung einbeziehen - Nicht mit dem Kind in „Babysprache“ sprechen

Akronym	Regel	Erläuterung
E	Entscheidungsfreiheit lassen	- Soweit möglich, Zwang und Druck bei der Hilfeleistung vermeiden, z. B. das Kind möglichst nicht festhalten
R	Ruhe bewahren	- Eigene verbale und nonverbale Signale kontrollieren - Aufregung ausdrückende Signale vermeiden
L	Lieblingsstofftier geben	- Teddybären und andere Stoff- bzw. Kuscheltiere
E	Das Kind ernst nehmen	- Sich empathisch in die Situation des Kindes einfühlen - Nicht bagatellisieren

Zuweilen wurde dieses Betreuungskonzept durch Interviews mit unfallbetroffenen Kindern, Eltern und Rettungsdienstmitarbeitern überarbeitet und überprüft. Das Ergebnis sind die folgenden 14 Regeln zur PEH bei direkt (unfall-)betroffenen Kindern für professionelle Helfer (KARUTZ 2003). „Der Leitgedanke aller Regeln ist [dabei] die Verminderung psychischer Belastungen durch Hilfe bzw. Anleitung zur Selbsthilfe“ (MUNK-OPPENHÄUSER 2012, S. 159).

Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei direkt (unfall-)betroffenen Kindern für professionelle Helfer (KARUTZ, 2003)

1. Medizinische Notfälle bei Kindern sind zugleich psychische Notfälle für alle Beteiligten. Machen Sie sich diese Tatsache bewusst und setzen Sie sich mit ihr auseinander!
2. Dass alle Beteiligten und auch Sie selbst aufgeregt sind, ist verständlich und vollkommen normal!
3. Auch eine optimale Psychische Erste Hilfe kann die psychischen Belastungen für ein Kind im Notfallgeschehen nicht völlig nehmen, sondern nur vermindern! Der Umgang mit verletzten und akut erkrankten Kindern ist schwierig, und situationsbedingt bleibt es häufig auch – ganz unabhängig vom Verhalten des Helfers!
4. Möglichst nur ein Helfer sollte behutsam Kontakt zum betroffenen Kind aufnehmen. Dabei kann helfen, Warn- bzw. Sicherheitsbekleidung abzulegen, sich dem Kind langsam zu nähern, sich auf sein körperliches Niveau herunterzubeugen, sich mit Vornamen vorzustellen und nach dem Vornamen des Kindes zu fragen. Ist das Kind besonders ängstlich und hat man genug Zeit, sollte man zunächst versuchen, den Kontakt zum Kind über die Eltern aufzubauen.
5. V.a. Körperkontakt der Bezugspersonen zum betroffenen Kind wirkt meist beruhigend und sollte demnach ermöglicht werden. Als fremder Helfer Körperkontakt zu einem verletzten oder erkrankten Kind aufzubauen, ist schwierig und sollte nicht gleich zu Beginn der Hilfeleistung erfolgen, sondern – außerordentlich vorsichtig - erst dann, wenn schon ein gewisses Vertrauen zwischen dem Kind und dem Helfer besteht und das Kind den Körperkontakt toleriert.

6. Durchaus empfehlenswert ist es, für Ablenkung zu sorgen. Besonders hilfreich sind hierbei Strategien, die die kindliche Aufmerksamkeit gerade ausgehend vom Geschehen nutzen und das Kind zu aktivem Handeln anregen! Ablenkung darf aber nicht beinhalten, ein Kind „zuzutexten“ oder die Situation zu bagatellisieren. Ablenkung ist auch kein „Allheilmittel“!
7. Die Vermittlung von Informationen ist sehr wichtig. Sie ist aber erst dann möglich und sinnvoll, wenn man bestrebt ist, sie dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen und wenn zuvor auch Angst abgebaut wurde. Das Geschehen sollte in leicht verständlichen Worten erklärt werden, ohne ein betroffenes Kind zu „verhätscheln“ bzw. den Stand der kognitiven Entwicklung zu unterschätzen. Besonders zu achten ist auf eventuell vorhandene Schuldgefühle; ggf. muss hier interveniert werden. Außerdem sollte ein verletztes oder akut erkranktes Kind ständig Gelegenheit haben, Fragen zu stellen, die von den Helfern stets wahrheitsgemäß zu beantworten sind.
8. Auf bevorstehende Maßnahmen soll ein Kind vorbereitet werden, indem die folgenden Fragen möglichst anschaulich beantwortet werden: 1. Was wird von wem und wie getan? 2. Was wird das Kind bei der Durchführung der Maßnahme empfinden? 3. Welches Verhalten wird vom Kind während der Maßnahme erwartet? sowie 4. Was kann das Kind selbst tun, um die Durchführung der Maßnahme positiv zu beeinflussen? Kindgerechte Medien können bei der Vorbereitung hilfreich sein, so z. B. eine Puppe oder ein Bilderbuch.
9. Als Ziel aller Informationsvermittlungs- bzw. Erklärungsversuche sollte angestrebt werden, dass das Kind nicht nur über das Geschehen Bescheid weiß, sondern auch erfährt, was es selbst im Geschehen tun kann. Das Kind sollte möglichst aktiv in die Situationsgestaltung bzw. Behandlung einbezogen und für jede hilfreiche Verhaltensweise belohnt werden.
10. Die Anwesenheit bzw. die Einbeziehung von Bezugspersonen eines Kindes in die Hilfeleistung ist dann sinnvoll und anzustreben, wenn diese nicht selbst zu aufgeregt sind. Außerdem darf die Anwesenheit von Bezugspersonen nicht zu einer Verunsicherung der Helfer führen.
11. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollen soweit wie möglich Freiräume geschaffen werden, um eigene Entscheidungen zu treffen, sich sprachlich zu äußern und um sich wie gewünscht zu bewegen. Zur Nutzung dieser Freiräume sollte ein Kind ermutigt werden. Zu lügen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden bzw. Druck auf ein Kind auszuüben, sollten Helfer unbedingt vermeiden.
12. Der Helfer sollte – soweit möglich - Ruhe bewahren und auch im Notfallgeschehen für Ruhe sorgen. Eigene Aufregung des Helfers und die Hektik im Umfeld können sich sonst auf das Kind übertragen und seine psychische Belastung verstärken.
13. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollte unbedingt sein Lieblingsstofftier gegeben werden, weil dies meist eine enorm beruhigende Wirkung auf das Kind ausübt. Steht das Lieblingsstofftier nicht zur Verfügung, muss von den Helfern so rasch wie möglich für entsprechenden Ersatz gesorgt werden.
14. Psychische Erste Hilfe benötigen nicht nur verletzte oder erkrankte, sondern auch alle anderen Kinder, die in einem Notfallgeschehen anwesend sind. Die körperliche Unversehrtheit eines Kindes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei ihm trotzdem enorme psychische Belastungen auftreten. Jedes Kind in einem Notfallgeschehen braucht deshalb besondere Aufmerksamkeit, und kein Kind darf übersehen werden, nur weil es nicht selbst verletzt oder erkrankt ist!

Abbildung 7: Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei direkt (unfall-)betroffenen Kindern für professionelle Helfer (KARUTZ 2003, S. 41)

Diese Regeln und Forderungen sind sehr konkret und ausführlich. Aus diesem Grund stellt sich notwendigerweise die Frage, ob eine so umfangreiche und dezidierte Ausführung für Helfer im Selbststudium überhaupt einprägsam ist, sich bei der Ausbildung von professionellen Helfern vermitteln lässt und in der Praxis umsetzbar ist? Für eine erfolgreiche Vermittlung solch ausführlicher Regeln empfehlen UNICEF (2014) und Munk-Oppenhäuser (2012) beispielsweise regelmäßiges Üben und Rollenspiele, die wiederum einen zeitlichen und kostensteigernden Mehraufwand erfordern dürften.

Trotz dieser umfassenden und detaillierten Inhalte zur psychischen Betreuung von Kindern ist festzustellen, dass direkt und indirekt betroffene Kinder nicht gleichermaßen eingeschlossen werden. Sicherlich lässt sich die Mehrzahl der Regeln auch auf indirekt betroffene Kinder (wie Angehörige und später-zum-Unfallort-Dazukommende) übertragen, dennoch müssen bei diesen Kindern auch spezielle Bedürfnisse berücksichtigt werden. So bleiben bei diesem Konzept beispielsweise auch die speziellen Bedürfnisse von Kindern in Gsl weitestgehend unberücksichtigt, wie eine vom Schadensausmaß entfernte und kindergerechte Unterbringung.

Ein weiterer Aspekt, der in den Darstellungen von Karutz bislang völlig fehlt, ist die Vorgehensweise bei der Betreuung mehrerer Kindern. Die vorgestellten Maßnahmen scheinen zwar für Notfälle mit einzelnen Kindern ausreichend zu sein, der psychischen Betreuung einer Vielzahl von Kindern werden sie jedoch nicht gerecht. Weder das Konzept "Kasperle", noch die Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe bei direkt (unfall-)betroffenen Kindern für professionelle Helfer gehen darauf ein. Sie sind für die psychische Betreuung von Kindern in Großschadenslagen deshalb nur bedingt geeignet und müssten erweitert werden.

Analog zum bereits vorgestellten Betreuungskonzept "Kasperle" entstanden Handlungsempfehlungen, welche auf die psychische Intervention bei Kindern in speziellen Notfällen eingehen: "Seebaer" - Psychische Erste Hilfe für Kinder in Hochwassergebieten, "Pumuckel" - Psychische Erste Hilfe bei Kindern im Großschadensfall, "Fritzchen" - Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern und "Winnetou"³³ - Psychische Erste Hilfe bei trauernden Kindern.

³³ Das Betreuungskonzept "Winnetou" bezieht sich vorrangig auf die längerfristige Intervention im häuslichen Bereich durch Bezugspersonen wie Eltern und Angehörige und ist für die PSNV unmittelbar während Großschadenslagen eher irrelevant und wird aus diesen Gründen in dieser Arbeit nicht angeführt.

Das Regelwerk Seebär für die psychische Erste Hilfe für Kinder in Hochwassergebieten:

SEEBÄR: Was Sie tun können, um Kindern zu helfen!	
S Sicherheitsgefühl vermitteln	Sorgen Sie, soweit es geht, für einen regelmäßigen, geordneten Tagesablauf für Ihre Kinder und versuchen Sie, wenn auch nur mit Kleinigkeiten, „Normalität“ herzustellen. Bleiben Sie möglichst viel in der Nähe Ihrer Kinder bzw. überlegen Sie, ob Sie Ihre Kinder nicht mitnehmen können, wenn Sie etwas erledigen müssen.
E Einbeziehen	Lassen Sie Ihre Kinder Anteil nehmen; schicken Sie sie nach Möglichkeit nicht weg. Nur wenn Sie im Augenblick <i>überhaupt</i> keine Möglichkeit sehen, für Ihre Kinder zu sorgen, bringen Sie Ihre Kinder für kurze Zeit bei nahestehenden Verwandten oder anderen engen Bezugspersonen unter. Besprechen Sie anstehende Entscheidungen gemeinsam mit Ihren Kindern. Teilen Sie Ihre Gefühle miteinander, und weinen Sie auch vor Ihren Kindern, wenn Ihnen danach zumute ist: <i>Gemeinsam</i> mit Ihren Kindern befinden Sie sich in einer außergewöhnlichen Situation!
E Erklären eigener Gefühle und Gedanken	Kinder spüren rasch, wenn Erwachsene bedrückt sind oder etwas „nicht stimmt“. Deshalb ist es nicht sinnvoll zu versuchen, etwas zu verheimlichen oder zu verschweigen. Sagen Sie stattdessen ganz offen und ehrlich, warum Sie traurig oder verzweifelt sind. Erklären Sie in einfachen Worten, was in den kommenden Tagen und Wochen alles getan werden muss. Auf diese Weise wird Ihr Kind leichter verstehen, wieso Sie sich möglicherweise anders verhalten als üblich, und wieso Sie im Augenblick z. B. weniger Zeit für Ihr Kind haben als gewohnt.
B Bagatellisieren Sie das Geschehene nicht, aber dramatisieren Sie es auch nicht zusätzlich und Beachten Sie mögliche Spätfolgen:	Die Situation ist, wie Sie ist: Das hat Ihr Kind längst selbst erfahren. Versuchen Sie einerseits nicht, das Geschehene „herunterzuspielen“, um Ihr Kind vermeintlich zu schützen – äußern Sie andererseits aber auch nichts, was bei Ihrem Kind zusätzliche und unnötige Ängste auslösen könnte. Wenn Kinder eine Katastrophe miterlebt haben, kann dies auch langfristig anhaltende seelische Auswirkungen haben. Dazu gehören unter anderem Alpträume und andere Schlafstörungen, Angstzustände, Konzentrationsschwierigkeiten (z. B. in der Schule) oder eine gesteigerte Aggressivität. Solche Reaktionen sind zunächst normal, zeigen Sie Verständnis dafür. Wenn Ihnen allerdings auch nach mehreren Wochen noch Veränderungen des Verhaltens auffallen, sollten Sie einen Kinderarzt oder einen Kinderpsychologen um Rat fragen. Manchmal – bei Naturkatastrophen allerdings seltener als bei technisch bedingten oder durch Menschen verursachten Unglücken – ist dann weitere fachliche Hilfe notwendig, weil sich eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ entwickelt haben könnte.
A Aktivität ermöglichen und fördern	Die Verarbeitung von Notfällen ist erfahrungsgemäß leichter, wenn ein Kind sich nicht vollkommen hilflos erlebt hat, sondern selbst etwas tun konnte, um die Situation aktiv zu bewältigen. Geben Sie Ihrem Kind eine alters-gemäße und sinnvolle Aufgabe, die es mit ihnen gemeinsam (oder bei älteren Kindern: sogar selbständig) erfüllen kann. Ihr Kind soll sich aktiv an der Hilfeleistung beteiligen. Aber Vorsicht: Überfordern Sie Ihr Kind nicht, das heißt: Muten Sie ihm nicht zu viel zu; und schirmen Sie Ihr Kind auf jeden Fall ab, wenn besonders belastende Bilder wahrgenommen werden könnten (z. B. bei einer Leichenbergung).

<p style="text-align: center;">E</p> <p>Ermutigen Sie Kinder, zu tun, was ihnen gefällt und was Ihnen gut tut:</p>	<p>Lassen Sie Ihr Kind spielen und etwas mit Freunden unternehmen, wenn es dies möchte. Respektieren Sie individuelle und zunächst vielleicht eigenartig anmutende Ideen oder Vorschläge Ihrer Kinder. Lassen Sie Ihr Kind tun, wozu es Lust hat und was ihm im Augenblick Freude bereitet – achten Sie aber auf drohende Gefahren (z. B. durch verunreinigtes Wasser, einsturzgefährdete Gebäude, ungesicherte Gefahrenstellen, beschädigte Straßen, laufende Reinigungsarbeiten etc.!)</p>
<p style="text-align: center;">R</p> <p>Reden und Zuhören:</p>	<p>Ein ganz wichtiger Hinweis, der in seiner Wirkung nicht unterschätzt werden darf! Sprechen Sie mit Ihren Kindern, antworten Sie offen und ehrlich auf ihre Fragen – und hören Sie Ihnen aufmerksam zu, wenn Sie von dem, was Sie erlebt haben, erzählen.</p>

Abbildung 8: Betreuungskonzept "SEEBAER" (KARUTZ, 2003)

Bei dem Betreuungskonzept "Seebaer" bleibt unklar, inwiefern es sich speziell an die Betreuung von Kindern in Hochwassergebieten richtet, zumal sich in diesem Konzept kein expliziter Bezug zum Hochwasser finden lässt. Folglich ist der Name scheinbar irreführend und könnte außerdem bei vielen weiteren Notfällen wie Erdbeben oder Sturmschäden angewendet werden. Ebenso gut lassen sich die genannten Aufforderungen und Regeln auf andere Notfälle übertragen. Was fehlt, sind konkrete Aufforderungen und Anweisungen, die sich auf die Hilfe bei Hochwasser beziehen, beispielsweise wie Hinweise zur Aufklärung des Kindes, wie es zu dem Hochwasser kam (Regen, Deichbruch u.ä.) oder beruhigende Erläuterungen, was die Rettungskräfte hinsichtlich des Hochwassers unternehmen, was mit den Spielsachen des Kindes passiert oder wann das Zuhause vermutlich wieder bewohnbar ist. Sicherlich scheinen einige solcher empfohlenen Erklärungen sehr speziell und nicht immer zeitlich absehbar, trotzdem muss dem Kind vermittelt werden, sofern es dies versteht, welche Ursachen, Gefahren und Hilfen im Zusammenhang mit speziellen Notfällen (hier Hochwasser) bestehen, wenn schon, wie im Konzept beschrieben, eine Anteilnahme des Kindes am Notfall und Ehrlichkeit durch die Betreuungsperson gefordert wird.

Das Regelwerk "PUMUCKEL" entstand in Zusammenarbeit mit dem Bildungsinstitut Elisabethkrankenhaus Essen und ist für meine Arbeit das wohl bedeutendste, der bisher bestehenden Werk zur psychischen Betreuung von Kindern in Notfallsituationen, da es konkret die Betreuung von Kindern in Großschadenslagen thematisiert.

PUMUCKEL: Regeln für die Betreuung	
P Planung	Die Erfahrung hat gezeigt, daß die besonderen Bedürfnisse von Kindern in einem Großschadensfall oftmals unberücksichtigt geblieben sind. Zudem wurden gerade die unverletzt betroffenen Kinder regelrecht übersehen und dementsprechend überhaupt nicht betreut. Von daher ist zu fordern, in allen Planungen für Notfallsituationen explizit und umfassend eine Kinderbetreuung einzuplanen.
U Unterbringung	Erstens soll die Unterbringung bzw. Betreuung von Kindern in Sicherheit stattfinden können, d. h. nach Möglichkeit in einem relativen Abstand zum eigentlichen Schadensgebiet und idealerweise in einem abgeschirmten, beheizten und lärmgeschützten Raum. Zweitens sollten betreuungsbedürftige Kinder niemals von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen getrennt werden.
M Materialbeschaffung	Vorzuhalten sind Ersatzbekleidung in Kindergrößen, Malstifte und Zeichenblöcke, Knetmasse sowie Kindermusik auf Kassetten.
U Unterstützung	In vielen Fällen entwickeln Kinder spontan und unaufgefordert eigene und oftmals sehr hilfreiche Ideen, um das Geschehen zu bewältigen. Vorschläge und Anregungen von Kindern sollten deshalb ernst genommen und nach Möglichkeit umgesetzt werden.
C Coordination	Die Betreuung von Kindern im Großschadensfall muß gut koordiniert werden. Diese Aufgabe sollte eine Person übernehmen, die einsatztaktisch bzw. führungstechnisch und pädagogisch zugleich qualifiziert ist (z. B. Erzieher, Lehrer oder Pädagogen mit Zusatzausbildung einer Hilfsorganisation).
K Kameradschaftlichkeit	Eine Gruppe von Kindern kann sich untereinander oftmals selbst sehr gut stützen, und konstruktives Miteinander von Kindern wirkt sich meist sehr hilfreich aus: Kinder sollten demnach gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten können, und sie sollten ausdrücklich füreinander Verantwortung tragen.
E Eigenaktivität	Jedes eigene Tun von Kindern mindert ihre Hilflosigkeit. Insofern sollte Aktivität initiiert und ermöglicht werden.
L Lob, Leckereien und Lieblingsspielzeuge	Hilfreiches Verhalten von Kindern sollte ausdrücklich positiv verstärkt, d. h. gelobt werden. Süßigkeiten wirken meistens ein wenig beruhigend, und typische Lieblingsspielzeuge (insbesondere Stofftiere) haben fast immer eine positive Wirkung.

Abbildung 9: Betreuungskonzept "PUMUCKEL" (KARUTZ, 2003, S. 51)

Das Regelwerk "Pumuckel" ist ein durchdachtes und fundiertes Konzept und deshalb für die psychische Betreuung von unverletzt betroffenen Kindern in Großschadenslagen zu empfehlen. Meiner Kenntnis nach – ohne eine erneute empirische Prüfung – greift es vollumfänglich und detailliert die Bedürfnisse von unverletzt betroffenen Kindern auf und stellt deren Prioritäten und Notwendigkeiten Psychischer Erster Hilfe in Großschadenslagen in den Vorder-

grund. Meiner Auffassung nach versucht Karutz mit diesem Konzept eine nahezu allgemeingültige Lösung für die PEH von Kindern, die sowohl indirekt als auch direkt betroffen sind, zu schaffen. Dabei kommen die speziellen Bedürfnisse von verletzten Kindern und die daraus resultierenden Besonderheiten der Planung allerdings zu kurz. Bei der Hilfe verletzter Kindern müssen nämlich weitere Aspekte berücksichtigt und einzelne Forderungen an die Situation von Kindern adaptiert werden (wie Art und Schwere der Verletzungen, Berücksichtigung der verringerten Eigenaktivität der Kinder, spezielle Materialien, Ausrüstung und Verbrauchsmaterial).

4.2.4. Online-Lernspiel "Max und Flocke Helferland"

Dass Kinder durch Spielen lernen, ist nicht neu und der Gedanke, den kindlichen Eifer im Spiel pädagogisch zu nutzen, ist vermutlich etwa so alt wie die Pädagogik selbst. Das hat auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) erkannt und rief, als zentrales Organisationselement für die zivile Sicherheit, das Online-Lernspiel "Max und Flocke Helferland" ins Leben. Die Internetseite richtet sich an Kinder zwischen 7 und 12 Jahren. Bei einem Abenteuerspiel werden sie mit vielen Aspekten des Gefahrenschutzes, Prävention und dem richtigen Verhalten bei Katastrophen vertraut gemacht. Gemeinsam mit dem Hund "Flocke", dem Maskottchen der Website, begegnen die jungen Nutzer auf der Suche nach dessen Herrchen Max verschiedenen Gefahren wie Feuer, Hochwasser oder Gewitter und müssen entscheiden, mit welchen Maßnahmen sie die Situation bewältigen. Weiterhin ermöglicht ein Quiz, die Gefahren im Spiel noch einmal zu wiederholen und das Gelernte abzufragen. Die Kinder lernen also spielerisch, wie wichtig Erste Hilfe und richtige Versorgung im Notfall sind. Eltern und Lehrern stehen dabei verschiedene Arbeitsblätter rund um das Thema Bevölkerungsschutz zur Verfügung, die im Unterricht zum Beispiel zum Thema "Erste Hilfe" eingesetzt werden können. Für das Lernen des richtigen Umgangs im Notfall ist dieses Spiel sicherlich gut geeignet, sofern Kinder ab sieben Jahren mit dem Umgang von Computern vertraut sind oder dabei Hilfestellung bekommen. Als Medium in Großschadenslagen allerdings eignet es sich keinesfalls. Denn im Notfall auf internetfähige Technik zurück zu greifen und zu betreiben, erscheint schwierig und nahezu nicht realisierbar. Das Online-Lernspiel "Max und Flocke Helferland" eignet sich demnach vorrangig für die Nutzung im häuslichen und schulischen Bereich nach Notfällen und als Lernspiel zur präventiven Gefahrenabwehr.

4.2.5. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) nach Everly und Mitchell

Eine nach Notfallereignissen einsetzende Interventionsmöglichkeit der psychosozialen Akuthilfe bei Kindern in Katastrophen und Großschadenslagen kann das Critical Incident Stress Management (CISM) nach Everly und Mitchell bieten. Obwohl die Methode CISM ursprünglich nicht für die Anwendung bei Kindern konzipiert wurde (sondern als Interventionsmethode für Einsatzkräfte), wird sie bei Kindern für möglich gehalten, sofern das Alter der Teilnehmer berücksichtigt wird (vgl. KARUTZ 2011, S. 299), speziell das Critical Incident Stress Debriefing (CISD) für Kinder. Everly und Mitchell (vgl. 2005, S. 116) betonen hierbei die spezielle Intervention (eingeteilt in Altersgruppen bis 6, bis 12 und ab 13 Jahren) ausgehend von ihrem Entwicklungsstand und einer damit verbundenen altersangemessenen verbalen Ausdrucksweise für ein kurzes Gespräch sowie kreative und spielerische Aktivitäten, wie das Malen von Bildern, Singen von Liedern oder die Einbindung von Spielzeug. Im Rahmen von Großschadenslagen sollten solche Gespräche³⁴ durch geschulte psychologische Einsatzkräfte durchgeführt werden. Besonders in komplexen Großschadenslagen kann CISD in Gruppen mit mehreren Kindern erfolgen. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass die betroffenen Kinder bei ihrer Betreuung mit Gleichaltrigen realisieren, dass sie mit ihrer Situation, ihren Gedanken und Ängsten nicht alleine sind. Der Austausch über das Erlebte mit anderen Kindern kann somit maßgeblich dazu beitragen, die Entwicklung psychologischer Spätfolgen zu verringern (vgl. EVERLY & MITCHELL 2005). In der Literatur findet sich allerdings nicht nur Zustimmung zu CISD. So hat eine Untersuchung der Wirksamkeit durch die Harvard University ergeben, dass CISD nicht nur nicht wirke, sondern sogar schädlich sein könne, da die Inhalte zum Teil fehlerhaft und die Wirksamkeit nicht ausreichend getestet ist (vgl. MCNALLY 2003, S. 33). Weiterhin heißt es dort, dass durch CISD bei der Verarbeitung des Erlebten chronische Beschwerden auftreten können, die sich in einer starken Einschränkung der Lebensqualität, Abbrechen der sozialen Kontakte und in extremen Einzelfällen sogar in einem Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) äußern, die sich eindeutig auf die Inhalte und Anwendung von CISD zurückführen ließen. Obwohl CISM und CISD zu den älteren Interventionsmöglichkeiten im psychologischen Umgang mit Betroffenen gehören und sich in der Literatur vereinzelt negative Gutachten zu CISM und CISD finden lassen, wird dessen Einsatz und Wirksam-

³⁴ Die Gesprächsstruktur des Debriefings bzw. der Nachbesprechung besteht aus mehreren Phasen: 1.Einführungsphase, 2.Tatsachenphase, 3.Gedankenphase, 4.Reaktionsphase, 5.Auswirkungsphase, 6.Informationsphase, 7.Abschlussphase. Eine umfassende Darstellung zum CISD geben Everly und Mitchell (2005).

keit meiner Kenntnis nach von der Mehrzahl der Experten für positiv erachtet und ist deshalb weit verbreitet.

4.2.6. Group Crisis Intervention (GCI) und Classroom Crisis Intervention (CCI)

Eine neuere Methode der Krisenintervention als erste notfallpsychologische Hilfe für unterschiedliche Betroffenengruppen bietet das weit verbreitete Modell der Group Crisis Intervention (GCI) von der National Organization for Victim Assistance (NOVA) in den Vereinigten Staaten (vgl. LAZARUS/JIMERSON/BROCK o.J, S. 4; MUNK-OPPENHÄUSER 2012, S. 200). Dieses Modell wird von amerikanischen kommunalen Kriseninterventionsteams genutzt und ist – angepasst an deutsche Gegebenheiten – erstmals von Englbrecht und Storath 1997 veröffentlicht worden. Ziel des GCI-Modells ist die Schaffung einer strukturierten Gesprächsgruppe, in der betroffene Personen Emotionen ausdrücken können, zur gegenseitigen Unterstützung ermuntert werden und in den Ressourcen für die Bewältigung des Erlebten mobilisiert werden. Als Ort der Intervention bei Kindern werden kinderfreundliche Orte und Räumlichkeiten, die entfernt vom Schadensort liegen, empfohlen. Im Notfall in Schulen eignet sich bestenfalls das Schulgelände, z.B. in Form eines ruhigen, nicht von außen einsehbaren Klassenraums.

Der Ablauf der GCI erfolgt in mehreren Phasen und das GCI-Team übernimmt drei verschiedene Rollen: Gesprächsführer, Schreiber und Helfer. In der Einleitungsphase stellt der Gesprächsführer alle Teammitglieder und deren Aufgaben während der Gesprächsrunde vor und nennt die Regeln des Gesprächs. In einem zweiten Schritt erfragt der Gesprächsführer, was seither geschehen ist und zielt damit vorrangig auf Gedanken, Sinneseindrücke, Gefühle und Verhaltensweisen der Betroffenen nach dem Erleben des belastenden Ereignisses ab. Dies kann durch Fragen wie „wo waren Sie, als sich das Ereignis abspielte?“, wie erfuhren Sie davon?“ oder „was sahen, hörten, rochen, schmeckten, fühlten Sie?“ erfolgen. In der dritten Phase liegt der Fokus auf den traumatischen Reaktionen, die seit dem Ereignis geschehen sind und was bei der Bewältigung hilfreich gewesen ist. Im vierten Schritt wird die weitere Lebensführung thematisiert und besprochen, was in den nächsten Tagen geschehen wird, und wie sich die Betroffenen auf möglicherweise notwendige Termine (z.B. Beerdigungen, Trauerfeiern etc.) vorbereiten können. Zum Abschluss wird ein Resümee über die Äußerungen bzgl. Sinneswahrnehmungen und Verhaltensweisen gezogen, Hinweise zur Planung von kommenden Anforderungen gegeben und Bewältigungsstrategien vermittelt. Zudem werden

Unterstützungsangebote, Hinweise auf Berater, Therapeuten und Beratungseinrichtungen besprochen (vgl. NOVA 1997).

Angelehnt an die Gruppeninterventionsstrategie des Debriefings innerhalb des Modells des Critical Incident Stress Management von Everly & Mitchell entwickelte Brock das Modell der Classroom Crisis Intervention (CCI) als Gesprächsstrategie zur Krisenintervention mit Schulklassen weiter. Wie bei der GCI bedeutet diese Methode keinen therapeutischen Ansatz, sondern ist Teil der Psychischen Ersten Hilfe für Gruppen von Schülern (15-30 Teilnehmer), die ein psychisch schwer belastendes Ereignis erlebt haben (vgl. MUNK-OPPENHÄUSER 2012, S. 195). Die CCI besteht im Gegensatz zum GCI aus sechs Schritten und kann laut Brock und Kollegen abhängig vom Entwicklungsstand der Teilnehmer eine bis zu maximal drei Stunden dauern:

1. Einleitung
2. Darstellung der Fakten
3. Gemeinsames (Mit-)Teilen der Erlebnisse
4. (Mit-)Teilen der Reaktionen
5. Ermutigung
6. Abschluss

Ähnlich der Group Crisis Intervention ist das Ziel der Classroom Crisis Intervention die Struktur einer Gesprächsgruppe, in der die Schüler Emotionen zum Ausdruck bringen, sich gegenseitig unterstützen und ermuntern können. Die Besonderheit dieser Interventionsmethode liegt in ihrem Adaptionspotential an die speziellen Bedürfnisse von Schülern und die Durchführung durch Lehrer und geschulte psychologische Fachkräfte. Besonders im schulischen Bereich ist der Einsatz von Schulmaterialien wie Flipcharts, Kreide, Stifte etc. möglich und sollte unbedingt in die Phasen des Gespräches einbezogen werden (vgl. MUNK-OPPENHÄUSER 2012, S. 198).

In der Literatur fällt auf, dass die beiden geschilderten Gruppeninterventionen im Einzelnen relativ standardisiert sind. Einerseits ist es für Anfänger psychosozialer Notfallhilfe als Stütze sicherlich hilfreich, andererseits kann das anleitungsgetreue Durchführen der Methoden starr und unpassend auf die Betroffenen wirken. Zudem wird deutlich, dass die Gesprächsmodelle in ihrer praktischen Anwendung sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Für die speziellen Gegebenheiten einer Großschadenslage mit mehreren Kindern scheint zumindest

das CCI-Modell ansatzweise geeignet, obwohl trotz der bereits frühen Erwähnung der Modelle in der Fachliteratur und ihrer scheinbar relativ weiten Verbreitung auch bei diesen Methoden der notfallpsychologischen Frühinterventionen eine ausreichende empirische Wirksamkeitsmessung bisher ausblieb.

Zusammenfassend können die vorgestellten Hilfeleistungskonzepte für Kinder und Jugendliche als überwiegend umfassend, ausführlich und speziellen Notfallsituationen angepasst beurteilt werden. Bei allen vorgestellten Konzepten ist allerdings ein Bedarf an Erweiterung oder Ergänzung zu erkennen, damit sie bei Großschadenslagen effektiv umsetzbar sind. Es fehlt meiner Kenntnis nach bislang außerdem an einem Regelwerk, welches eine Handlungsempfehlung für alle Kinder, seien sie indirekt oder direkt betroffen, verletzt oder unverletzt umfasst. Ebenso wäre ein Konzept für die psychologische Betreuung speziell bei Großschadenslagen mit einer Vielzahl von Kindern nötig. Eine im Notfalleinsatz für die Einsatz- und PSNV-Kräfte handliche Abbildung wäre zudem mustergültig. Jedenfalls ist die Entwicklung eines solchen Regelwerkes sicherlich sehr aufwendig wie komplex. Dabei besteht aber immerhin die Möglichkeit, dass Regeln und Forderungen bislang bestehender Konzepte zusammengeführt und erweitert werden, um ein einheitliches Betreuungskonzept zu entwickeln. Im Ergebnis könnte daraus bestenfalls sogar eine Art Qualitätsmanagementkonzept mit Prozessmodell (Personalmanagement, Ausstattung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Evaluation u.a.) und ein Handbuch (zur psychologischen Betreuung von direkt und indirekt betroffenen Kindern mit Erläuterungen, Verfahrensanweisungen und Formblättern) entstehen, wie es schon lange im Rettungsdienst Verwendung findet. Angepasst an die Zuständigkeiten und Aufgaben professioneller Helfer und psychosozialer Akuthelfer könnte damit die Qualität und Einheitlichkeit psychologischer Betreuung von Kindern in den verschiedensten Notfallsituationen verbessert werden. Weiterhin ist darauf zu hinzuweisen, dass die dargestellten Konzepte theoretische Annahmen sind, die bisher nur zum Teil auf ihre praktische Anwendbarkeit und Wirksamkeit untersucht worden sind. Mögliche Schwächen zeigen sich vermutlich somit erst in der Umsetzung. Weitere empirische Untersuchungen sind deshalb notwendig.

4.3. Was wir am Beispiel der Vereinigten Staaten von Amerika lernen können

Das folgende Kapitel befasst sich mit ausgewählten Möglichkeiten und Methoden zur Abwehr von Gefahren bei Katastrophen in den USA und der damit verbundenen Betreuung von Kindern. Neben der Regierung sind in den USA viele unterschiedliche Organisationen und Einrichtungen an der Abwehr von Katastrophen und komplexen Großschadenslagen beteiligt. Insbesondere bei der Hilfe an Kindern gibt es eine beeindruckende Anzahl an Organisationen und Einrichtungen, wie die Federal Emergency Management Agency (FEMA), Emergency Medical Services for Children (EMSC), Emergency Medical Services (EMS), American Academy of Pediatrics (AAP), Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) u.a., die an der Planung von Gefahrenabwehrmaßnahmen beteiligt sind und teils staatlich, teils privat Hilfsangebote während und nach Notfällen bereit stellen.

Die Nationale Kommission für Kinder und Katastrophen in den USA (National Commission on Children and Disasters (NCCD)) war eine davon. Diese Kommission wurde dazu beauftragt, eine umfassende Studie durchzuführen, die die Bedürfnisse von Kindern (0-18 Jahre) in Bezug auf die Vorbereitung und Reaktion von Gefahren, darunter auch Katastrophen, prüft. Sie nahm Aufgaben der staatlichen Daseinsfürsorge wahr und forderte den Schutz von Kindern in Katastrophen. Um dieser Forderung Gewicht zu verleihen, übergab sie dem Präsidenten der USA und dem Kongress 2010 einen Bericht, der die Lücken im Katastrophenschutz aufdeckte und Empfehlungen zur Verbesserung der Gefahrenabwehr bei Kindern beinhaltet. Dieser einzigartige Vorgang verdeutlicht den Stellenwert, den Hilfe an Kindern in Katastrophen in den USA hat. Die Kommission stellte im Bericht 2010 demnach über 100 Handlungsempfehlungen an die Bundesregierung, Bundesstaaten, Counties, Städte, Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen vor, um den Schutz für Kinder in Katastrophen zu verbessern (vgl. NATIONAL COMMISSION ON CHILDREN AND DISASTERS 2010, S. 1-192). Eine technisch umsetzbare Handlungsempfehlung aus dem Bericht der NCCD von 2010 thematisiert die Evakuierung von Kindern aus Katastrophengebieten, die im Folgenden näher ausgeführt werden soll.

4.3.1. National Mass Evacuation Tracking System

Die Evakuierung von Kindern in einer Katastrophe ist nicht einfach, zumal man sie nicht einfach in Busse stecken und "wegkarren" kann. Es ist vielmehr eine komplexe logistische Aufgabe, die in der Regel unter starkem Zeitdruck und schwierigen Umständen durchgeführt werden muss. Eine Vorausplanung ist zudem kritisch, denn an bestimmten Wochentagen sind mehrere Millionen Kinder während des Schulbesuchs oder bei der Kinderbetreuung von ihren Eltern entfernt. Je länger ein Kind von den Eltern getrennt ist, desto höher ist das Risiko für körperliche Verletzungen, Missbrauch, Entführung und emotionalen Traumata (vgl. National Commission on Children and Disasters, 2010, S. 32). Um die Zusammenführung von Kindern und Eltern zu erleichtern und schnellstmöglich zu realisieren, wurde in Amerika das Evakuierungssystem NMETS (National Mass Evacuation Tracking System) entwickelt und eingeführt.

NMETS ist ein papier- und computerbasiertes Trackingtool, das ursprünglich zur Verfolgung von Tieren und Geräten während Katastrophen konzipiert wurde. Modifiziert ist es jedoch auch für (unbegleitete) Kinder geeignet, wie es sich in Amerika während des Hurrikans Katrina gezeigt und bewährt hat. Die Technik besteht aus Armbändern mit GPS-Ansteuerung, wie sie auch bei Veranstaltungen verwendet wird (sog. Wristbands), die von Kindern vor allem in Abwesenheit ihrer Eltern getragen werden. Das GPS-Signal wird dabei an eine Basisstation übertragen, die neben dem Standort des Kindes auch weitere spezielle Informationen, wie Augenfarbe, Haarfarbe und andere Merkmale speichert und verwaltet. Diese Technik kann die metergenaue Lokalisierung von Kindern, die Verladung in Bussen und die Evakuierungsfahrt zum Evakuierungsort erheblich erleichtern. Allerdings gibt es Besonderheiten, die eine noch größere und ressourcenintensive Herausforderungen mit sich bringen, wie beispielsweise die Evakuierungs- und Transportbedürfnisse von Kindern mit Behinderung, die ebenso berücksichtigt werden müssen. Weiterhin ist es notwendig, dass diesem System eine genügende Anzahl geeigneter Daten über unbegleitete Kinder vorausgeht, deren Sammlung sicherlich aufwendig und kostenintensiv ist. Für eine mögliche Anwendung auch in Deutschland besteht ein weiteres Kriterium: Die Finanzierung eines solchen Evakuierungssystems sollte aufgrund staatlicher Fürsorgepflicht in der Verantwortung des Staates liegen und den Anwendern möglichst kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung der Anschaffung, Wartung und Betrieb sollten ebenfalls staatlich getragen werden. In der Praxis müssten weiterhin Möglichkeiten einer Eingabe in das NMETS bestehen, wie zum Beispiel

Angaben über die Agentur oder Person, die die Sorgfalt für die Kinder hat, um Missbrauch und Entführung zu vermeiden.

4.3.2. Disaster Mental Health Program

Die Beurteilung und Behandlung von psychischer Gesundheit nach einer Katastrophe ist ein Schwerpunkt des Irvine Center for Disaster Medical Sciences (CDMS) in Amerika. Da es zunehmende Hinweise darauf gibt, dass Katastrophen eine dauerhafte Auswirkung auf die Gesundheit haben, erkundet Merritt Schreiber, der Leiter des Disaster Mental Health Program, das Risiko und die Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung und von Individuen nach katastrophalen Ereignissen, um langfristige Risiken psychischer Folgereaktionen zu mildern.

Aktuelle CDMS-Projekte und Produkte von Disaster Mental Health sind:

- PsySTART
- National Children's Disaster Mental Health Concept of Operations
- Listen, Protect and Connect

PsySTART ist das Pendant zur psychologischen Triage in Deutschland und entspricht einer einfachen psychologischen Beurteilung und schnellen Betreuung psychisch traumatisierter Opfer. Dabei wird, wie auch in der deutschen Literatur beschrieben, angenommen, dass die erste evidenzbasierte Bewertung der psychischen Gesundheit durch ein Triage-System helfen kann, Schwankungen in der akuten Versorgung und längerfristige psychische Folgen zu verringern. PsyStart wird in Amerika bereits von einer Reihe von Organisationen verwendet, einschließlich des American Red Cross, der Los Angeles County Emergency Medical Services Agency (EMSA) und 83 Krankenhäuser in Los Angeles (vgl. SCHREIBER 2010).

PsySTART besteht aus drei Komponenten :

- Psychische Resilienz gegen Notfallereignisse durch die Verbindung und den Austausch von Erfahrungen zwischen den Gemeinden (sog. Katastrophensystempflege) verbessern

- evidenzbasierte schnelle Triage für den Feldeinsatz von Respondern³⁵
- eine IT- Plattform, um die Sammlung und Analyse von Triagedaten in Echtzeit verwalten zu können (vgl. SCHREIBER, 2010).

PsyStart definiert vier Risikolevel und empfiehlt je nach Risikogruppe spezielle psychische Interventionsmaßnahmen:

- Akute Gefahr für die eigene Person oder andere
- Geringes Risiko: Zuhören, Schützen und Verbinden („Listen, protect and connect“)
- Mittleres Risiko: Krisenintervention
- Hohes Risiko: klinischer Aufenthalt

Da Kinder, wie eingangs erwähnt, keine kleinen Erwachsenen sind, dürfen sie bei der Bedarfsermittlung von psychologischer Hilfe dementsprechend nicht wie Erwachsene behandelt werden. Deshalb gibt es in den USA ein speziell an die Bedürfnisse von Kindern angepasstes nationales Einsatzkonzept zum Vorgehen in Katastrophenfällen (National Children's Disaster Mental Health Concept of Operations, NCDMH CONOPS). Mit diesem Konzept entstand der erste Versuch die Bedürfnisse von Kindern in Katastrophen umfassend anzugehen und operativ umzusetzen (vgl. SCHREIBER/Allen 2013, S. 5). Das NCDMH CONOPS skizziert dabei eine psychologische Triage, um eine nahtlose psychische Versorgung bei Kindern so zeitnah wie möglich zu erzielen. Besonders Kinder mit hohem Risiko für psychologische Spätfolgen sollen somit identifiziert und ihren Bedürfnissen entsprechend, im Sinne einer best-practice Lösung, angemessen betreut werden.

³⁵ Mental health Responder sind psychische Ersthelfer, die eine Betreuung und Dienstleistungen in der Zeit unmittelbar nach Notfällen anbieten. Sie sind weder vergleichbar mit den Akteuren professioneller psychischer Erster Hilfe (Einsatzkräfte) noch mit psychosozialen Akuthelfern in Deutschland. Responder ist dabei ein weit gefasster Begriff, der für viele Rollen in der Fürsorge psychischer Gesundheit steht. Am häufigsten arbeiten diese ehrenamtlich und umfassen dabei Sanitäter, Rettungssanitäter, Such- und Rettungsfachkräfte sowie Einsatzkräfte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, darunter Ärzte, Krankenschwestern, Arzthelferinnen und Hilfspersonal. Ersthelfer beinhalten aber auch Profis, die in der Krise Erwachsene und Kinder psychologisch betreuen.

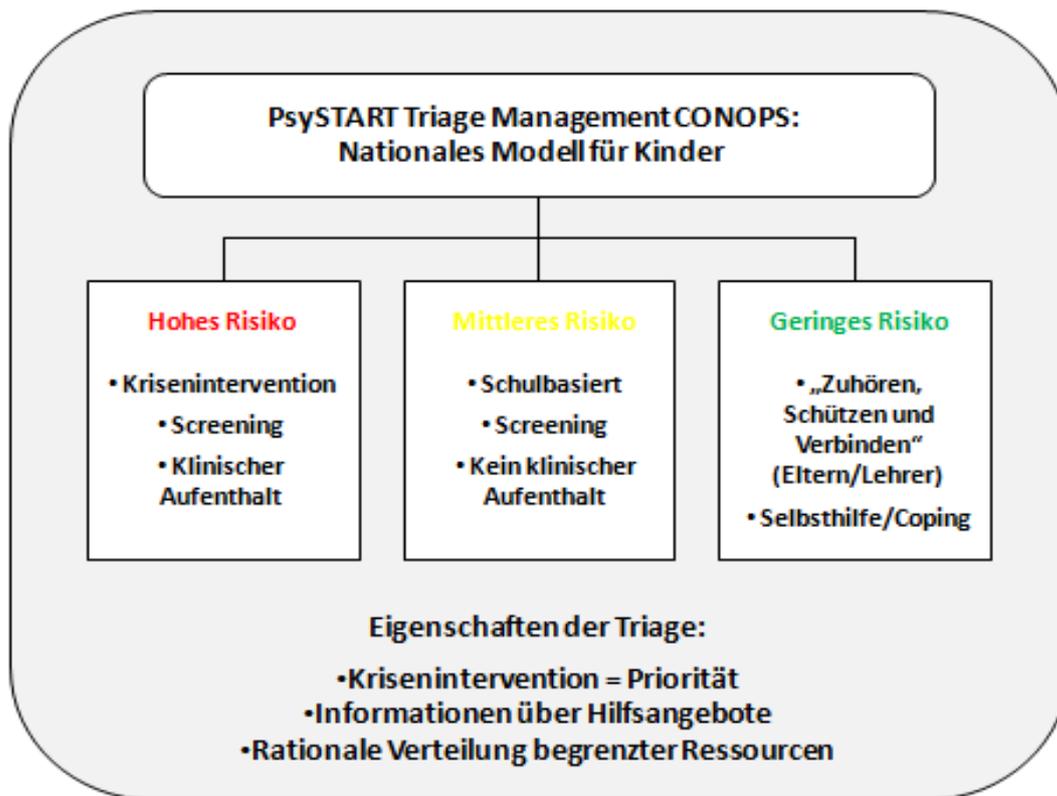


Abbildung 10: PsySTART Triage CONOPS (modifiziert nach SCHREIBER/ALLEN 2013, S. 5)

Auf die Kontroversen um Triage und Screening wurde bereits in Kapitel 3 eingegangen. Dennoch erscheint diese Vorgehensweise für Großschadenslagen mit vielen Kindern durchaus sinnvoll, sofern ein Zeit- und Ressourcenmangel besteht. Denn so kann zumindest eine individuelle nahezu verlässliche Bedarfsermittlung und Intervention schnell erfolgen. Der Einteilung in die verschiedenen farbigen Kategorien liegt ein Fragebogen (sog. "TAG") zugrunde, der ähnlich eines deutschen Screenings die psychologischen Bedürfnisse von Kindern feststellt. Demnach werden die Antworten der Fragen mit Hilfe eines Ampelsystems einer Farbe zugeordnet, die wiederum eine spezielle interventive Maßnahme beinhalten. Bei mehreren angekreuzten Gegebenheiten gilt immer die Kategorie mit der höchsten Farbe, also dem höchsten Risiko. Wäre ein Kind demnach beispielsweise zwar unverletzt aber von seiner Bezugsperson getrennt (Farbe gelb - mittleres Risiko), und verhielte sich dadurch extrem panisch (Farbe rot - hohes Risiko), würde dies nach der höchsten Kategorie einen Bedarf an Krisenintervention oder therapeutischer Betreuung in einer Klinik bedeuten.

PsySTART® Disaster Mental Health Triage System

LAST NAME		HOME ADDRESS (RESIDENT)	
FIRST NAME		SAMPLE	
DOB		SEX: MALE FEMALE	
MEDICAL RECORD NUMBER		Not for use	
		©2006-2012	

MARK POSITIVE TRIAGE BELOW

EXPRESSED THOUGHT OR INTENT TO HARM SELF/OTHERS?	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 0.8em;"> MARKING EXAMPLES  CORRECT  WRONG  WRONG </div>
FELT OR EXPRESSED EXTREME PANIC?	<input type="checkbox"/>	
FELT DIRECT THREAT TO LIFE OF SELF OR FAMILY MEMBER?	<input type="checkbox"/>	
SAW /HEARD DEATH OR SERIOUS INJURY OF OTHER?	<input type="checkbox"/>	
MULTIPLE DEATHS OF FAMILY, FRIENDS OR PEERS?	<input type="checkbox"/>	
DEATH OF IMMEDIATE FAMILY MEMBER?	<input type="checkbox"/>	
DEATH OF FRIEND OR PEER?	<input type="checkbox"/>	
DEATH OF PET?	<input type="checkbox"/>	
SIGNIFICANT DISASTER RELATED ILLNESS OR PHYSICAL INJURY OF SELF OR FAMILY MEMBER?	<input type="checkbox"/>	
TRAPPED OR DELAYED EVACUATION?	<input type="checkbox"/>	
HOME NOT LIVABLE DUE TO DISASTER?	<input type="checkbox"/>	
FAMILY MEMBER CURRENTLY MISSING OR UNACCOUNTED FOR?	<input type="checkbox"/>	
CHILD CURRENTLY SEPARATED FROM ALL CARETAKERS?	<input type="checkbox"/>	
FAMILY MEMBERS SEPARATED AND UNAWARE OF THEIR LOCATION/STATUS DURING DISASTER?	<input type="checkbox"/>	
PRIOR HISTORY OF MENTAL HEALTH CARE?	<input type="checkbox"/>	
CONFIRMED EXPOSURE/CONTAMINATION TO AGENT?	<input type="checkbox"/>	
DE-CONTAMINATED?	<input type="checkbox"/>	
RECEIVED MEDICAL TREATMENT FOR EXPOSURE/CONTAMINATION?	<input type="checkbox"/>	
HEALTH CONCERNS TIED TO EXPOSURE?	<input type="checkbox"/>	
NO TRIAGE FACTORS IDENTIFIED?	<input type="checkbox"/>	

Abbildung 11: Fragebogen "PsySTART Triage TAG" (SCHREIBER 2010)

Das Projekt "Zuhören, Schützen und Verbinden" (Listen, Protect an Connect, LPC) ist ein mehrstufiges Konzept und für die psychische Erste Hilfe in Familien und Klassenverbänden konzipiert worden und richtet sich demnach an Eltern (Modell "Children an Parents") und Lehrer ("Model and Teach"). Das Projekt setzt auf die Informationsverbreitung durch Faltblätter und Broschüren, die während und nach Katastrophen über das Verhalten von Kindern aufklären und Handlungsempfehlungen für den Umgang mit ihnen geben. Zudem zeigen sie Möglichkeiten, Ideen, Stärken und Praktiken auf, die Eltern, Lehrer und Schulen nutzen kön-

nen, um das emotionale Wohlbefinden der Kinder zu verbessern. In der ersten Phase, dem Zuhören, werden Eltern und Lehrer auf die Bedeutsamkeit von Reden und Reden lassen hingewiesen. Dabei sollen sie die Kinder/Schüler zu Wort kommen lassen und deren Gefühle beachten. Konkret formulierte Fragen geben dabei Hilfestellung und ermöglichen einen leichteren Einstieg in das Gespräch. In Phase 2, dem Schützen, liegt der Fokus auf Maßnahmen und Hinweisen, die für ein besseres Wohlbefinden bei Kindern sorgen sollen. Beispielsweise wird dort für den häuslichen Bereich das Erstellen eines Familiensicherheitsplans oder die Einbindung von Kindern in normale alltägliche Aufgaben genannt. In Schulen werden weiterhin die Möglichkeit von Diskussionsrunden im Klassenverband und Vorgehensweisen zum Schutz vor Mobbing von Schülern angeführt. In der letzten Phase, dem Verbinden, stehen die enge Kommunikation mit Eltern, Lehrern, Ärzten und Trainern sowie das Fördern des Zusammenhaltes der Schüler durch Programme und Aktivitäten im Mittelpunkt. In der Familie hingegen kommen neben der zeitintensiven Betreuung, Familientreffen, Motivation der Kindern auch das Fördern von Stärken eine hohe Bedeutung zu (vgl. SCHREIBER/GURWITCH 2006, S. 1-16).

4.3.3. Pediatric Subspecialty Teams

Sobald es in Amerika zu einem Ereignis mit einem Massenanfall von Verletzten kommt, greift dort seit 1984 ein System aus spezialisierten Teams, welches die regionalen und überregionalen Rettungseinheiten in medizinischen Notfällen um weitere Kapazitäten ergänzt, das National Disaster Medical System (NDMS)³⁶. Bestehend aus einem nationalen Netzwerk von Teams bietet es eine einzigartige Antwort auf die medizinische Versorgung von Betroffenen. Diese Teams (Disaster Medical Assistance Teams, DMATs) sind die taktischen Einheiten des NDMS. Ein spezielles DMAT sind die Pediatric Subspecialty Teams (PSTs), die entwickelt worden sind, um die einzigartigen Bedürfnisse von Kindern in Katastrophen zu ermitteln und ihnen nachzukommen. Der Schwerpunkt PSTs in Katastrophen ist demnach gerichtet an:

³⁶ Das NDMS wurde durch eine Erklärung des Präsidenten ins Leben gerufen und ist eine Agentur des US Public Health Service innerhalb des Department of Health and Human Services. Es stellt eine öffentliche/private Partnerschaft zwischen Regierung, Agenturen und Disaster Medical Assistance Teams (DMATs) zivilen Krankenhäuser und Notfalleinsatzorganisationen dar. Die Rolle des NDMS ist die zivile medizinische Unterstützung der US-Regierung für die Opfer nationaler Katastrophen. Ziele der NDMS sind u.a. Patienten-Evakuierung und endgültige medizinische Versorgung, Beurteilung von Gesundheit /medizinischen Bedürfnissen, Koordinaten, Mobilisierung und Verwaltung von Teams zur medizinische Versorgung, Suche, Rettung, Bereitstellung von Ausrüstung, Material, und Pharmazeutika, u.a. Das Ziel der NDMS ist auch die Betreuung von Massen -und Unfallereignissen innerhalb von 24 Stunden.

- Spezifische Schwachstellen bei Kindern in Notfallsituationen und Katastrophen
- Einzigartige Verletzungen und Krankheiten bei Kindern
- Kindergerechte Bewertung und Notfallmanagement
- Bereitstellung von geeigneten Betreuungsmaßnahmen für Kinder
- Speziell geschulte und erfahrene Anbieter von Gesundheitsleistungen
- Kinderspezifische Ausrüstung, Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel.

Derzeit gibt es zwei einsetzbare PSTs in Boston und Atlanta und weitere befinden sich in der Entwicklung (vgl. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AAP 2011, S. 3). PST-Mitglieder sind pädiatrische Notfallmediziner, Kinderpsychologen, Pädiater, Kinderunfallchirurgen, allgemeine Kinderheilkundler, Neonatologen, Anästhesiologen, Toxikologen und Krankenpfleger/-schwestern, sowie Atemtherapeuten und Apotheker. Diese einzigartige Kombination unterschiedlicher medizinischer und psychologischer Fachbereiche in einem Team ist vorbildlich und beispielhaft für die Bewältigung von Katastrophen mit einer Vielzahl an betroffenen Kindern. Durch diese Verzahnung von Spezialisten ist zu vermuten, dass eine enge und somit qualitativ hochwertige Zusammenarbeit am Schadensort und darüber hinaus erfolgt. Jedenfalls wäre ein solches Vorgehen für die Gefahrenabwehr in Deutschland sicherlich ebenso nützlich, um die Zusammenarbeit von Einheiten vielerorts zu verbessern. Folglich könnte sich somit neben einer ausgezeichneten medizinischen Versorgung eine notwendige hochwertige psychologische Betreuung von Kindern erreichen lassen.

4.3.4. Disaster Coloring Books

Der Einsatz spezieller Materialien für Kinder in Notfallsituationen wird in der Literatur einstimmig gefordert (vgl. Glanzmann 2004; KARUTZ/LASOGGA 2008; LANDOLT 2003). Zudem wurde bereits in Kapitel 2 aufgezeigt, dass die Verwendung von Kuscheltieren, Spielzeug, Musikkassetten u.a. bei Kindern nach traumatisierenden Erlebnissen das Risiko von schweren psychologischen Reaktionen verringern können. Sowohl Glanzmann (2004) als auch Karutz und Lasogga (2008) geben dabei konkrete Hinweise, welche Materialien dafür geeignet sind und verwendet werden sollten.

Diesbezüglich lassen sich in der amerikanischen Literatur zwei unterschiedliche Malbücher finden, die für Kinder, Eltern, Erzieher und Lehrer für die Bewältigung von speziellen Notfällen und Katastrophenfällen entwickelt worden sind. Das erste und ältere der beiden Malbücher ist das „Disaster Preparedness Coloring Book“, welches in Zusammenarbeit zwischen der Federal Emergency Management Agency (FEMA) und dem American Red Cross 1993 entstanden ist. Im Mittelpunkt dieses Buches stehen die Prävention von und der Schutz vor Notfallereignissen. Dabei entspricht das Buch auch einer Art Katastrophen-Familienplan mit wichtigen Hinweisen, Raum für Notizen und notwendigen Maßnahmen zur Bewältigung von Notfallereignissen. Kinder lernen durch das Ausmalen von Bildern, wie sie sich bei Feuer, Erdbeben, Überschwemmungen, Tornados und anderen Notfällen schützen können. Den Bezugspersonen werden ausführlich Eigenschaften verschiedener Naturkatastrophen erläutert und notwendige Handlungsanweisungen und Vorgehensweisen aufgezeigt. Am Ende jeder Notfallsituation werden wichtige Aspekte behandelt, welche mit den Kindern besprochen werden sollten. Das Buch endet mit einem Quiz, das helfen soll, die gelernten Informationen wiederzugeben. Dabei sei darauf zu achten, dass mit den Kindern auch nach dem Notfall von Zeit zu Zeit das Quiz wiederholt werden sollte, um sie daran zu erinnern, welche wichtigen Schritte im Notfall zu tun sind. Denn Kinder, die auf Notfallsituationen vorbereitet sind und wissen, was sie erwartet, können mit diesen besser umgehen. Zwar ähnelt in gewisser Weise das FEMA-Malbuch dem deutschen Konzept "Max und Flocke Helferland", dennoch unterscheiden sie sich im praktischen Nutzen und der Anwendbarkeit bei Großschadenslagen.

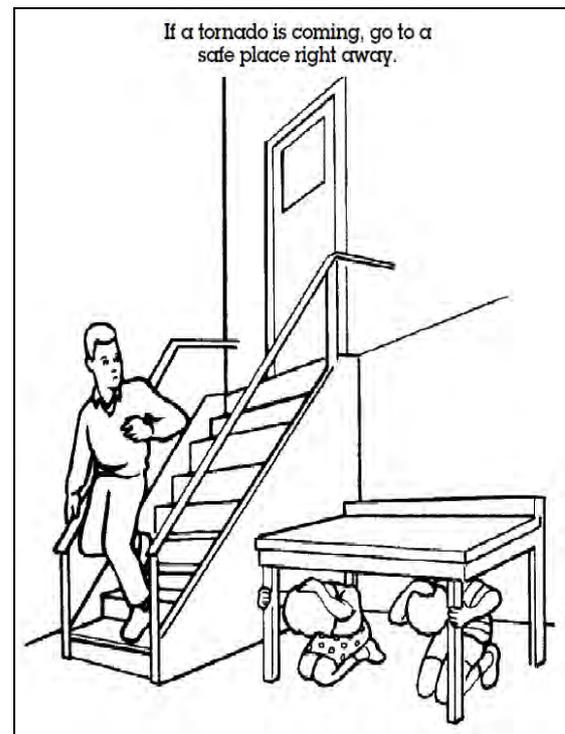
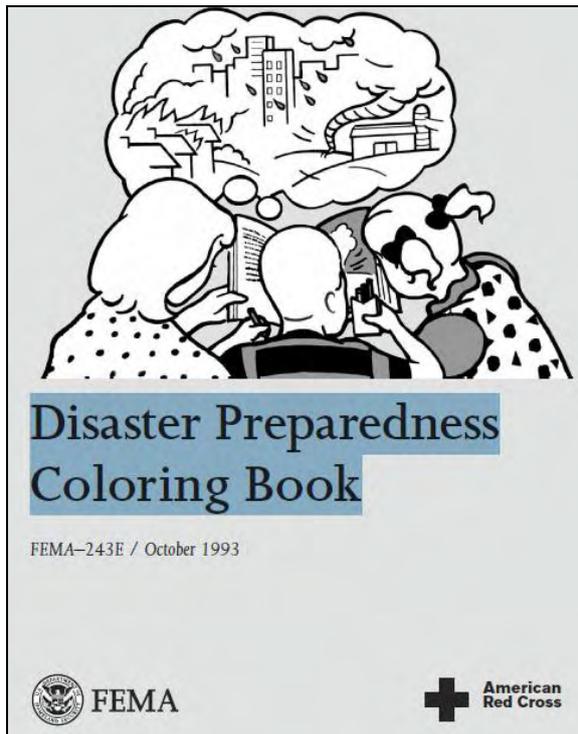


Abbildung 12: Auszug 1/2 aus dem Malbuch „Disaster Preparedness Coloring Book“ (FEMA 1993)

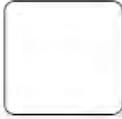
Emergency Phone Numbers

My Family Name: _____

My Phone Number: _____

My Address: _____

My Town: _____

		
Ambulance	Fire	Police/Sheriff
		
Mother	Father	Other

Family Disaster Plan

Practice your plan so everyone will remember what to do!

- Hold emergency escape drills.
- Test smoke detectors and change the batteries.
- Keep disaster supplies kits up-to-date.

Quiz children every few months to help them remember what to do. Here are some questions you can ask right now to make sure they've learned key concepts:

1. What will you do if you're in your room and smell smoke or hear the smoke detector go off? Where will you go?
2. What will you do if you see dark clouds and hear thunder?
3. How might you know that a tornado is coming? If a tornado is coming, where will you go? What will you do to protect yourself?
4. If we are told that a hurricane is coming, what are some of the things we will do to get ready?
5. Why should you stay away from flood waters?
6. What will you do if your clothes catch fire?
7. When you play outside in the snow, what will you do to make sure you don't get too cold?
8. If the earth starts to shake, what will you do?
9. Who will you call for help in an emergency? Where can you find these telephone numbers?
10. What are some things you want to put in your disaster supplies kit?
11. What will you do if you see a trend playing with matches?

Abbildung 13: Auszug 2/2 aus dem Malbuch „Disaster Preparedness Coloring Book“ (FEMA 1993)

Ein anderes Malbuch für Kinder, die katastrophale Ereignisse (durch Natur oder Menschen verursacht) direkt oder indirekt erlebt haben, ist von dem Freeborn County Crisis Response Team (FCCRT) entwickelt worden. Die Umsetzung des 25-Seiten umfassenden Notfall-Malbuches ist einfach und für Kinder leicht verständlich gestaltet. Ansprechend aufgebaut und ihrer kognitiven Entwicklung angepasst, werden Kinder zum (Aus-)malen von Bildern und dem Formulieren von Fragen, Wünschen und Ängsten, die sie mit dem Erlebnis verbinden, animiert. Neben zahlreichen Darstellungen unterschiedlicher Ereignisse wie Flut, Brand oder Wirbelsturm werden Kinder über ihre Gefühlssituation aufgeklärt und Strategien aufgezeigt, die ihr Wohlbefinden verbessern können, beispielsweise durch die Aufforderung zum Reden mit Mitmenschen. Dieses Buch empfiehlt sich sowohl für Einzel-Notfallsituationen als auch für Großschadenslagen mit mehreren zu betreuenden Kindern gleichermaßen und ist dabei für Kinder unterschiedlichen Alters geeignet. Je nach Alter des Kindes ist die Unterstützung beim Lesen oder Malen durch Erwachsene empfehlenswert.

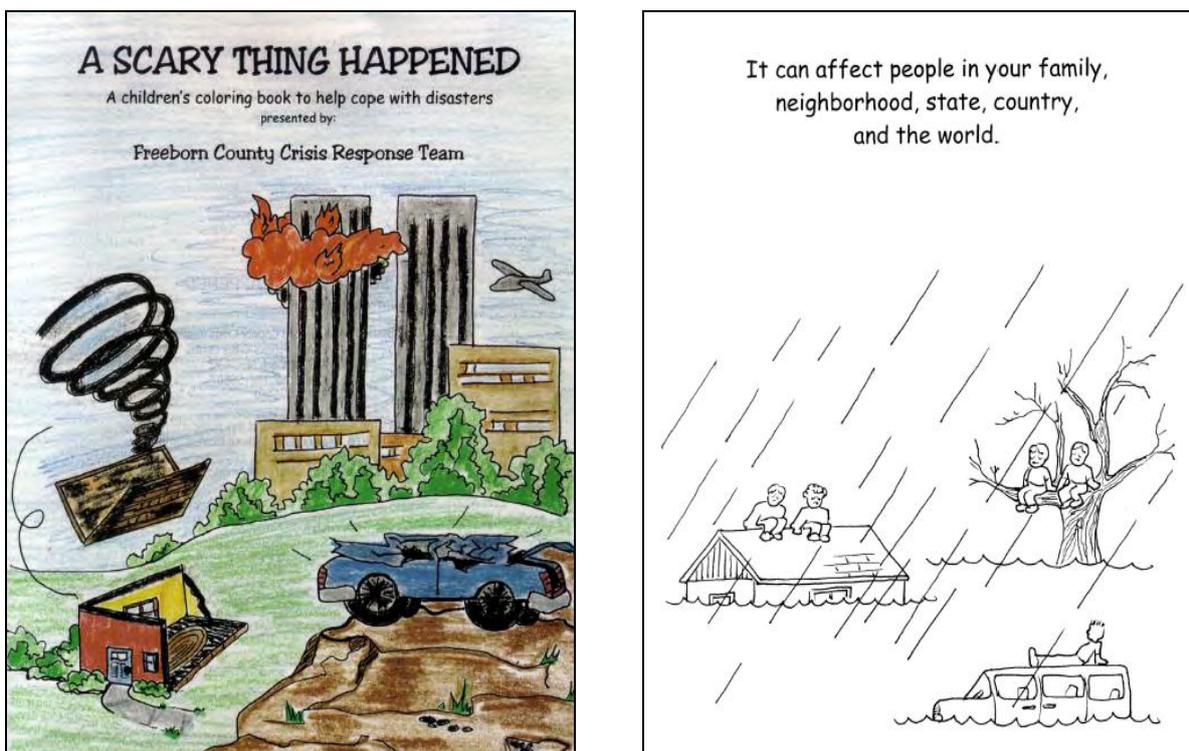


Abbildung 14: Auszug 1/2 aus dem Malbuch „A scary Thing happened“ für Kinder in Notfällen (FREEBORN COUNTY CRISIS RESPONSE TEAM, 2003)

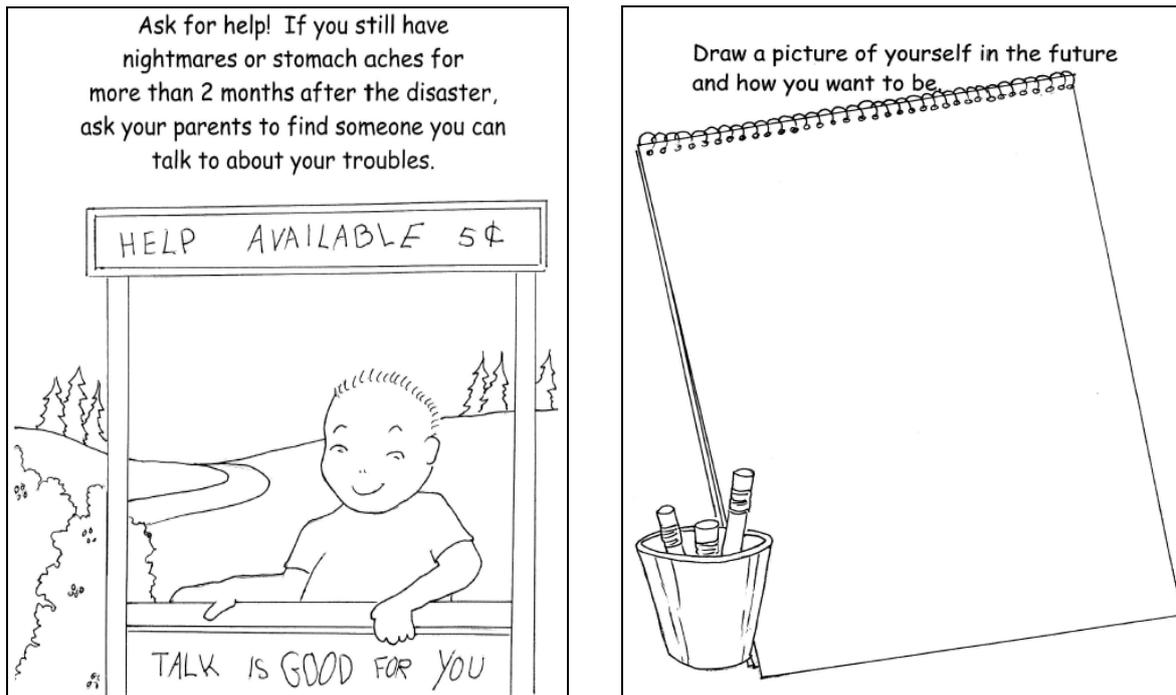


Abbildung 15: Auszug 2/2 aus dem Malbuch „A scary Thing happened“ für Kinder in Notfällen (FREEBORN COUNTY CRISIS RESPONSE TEAM, 2003)

Hinsichtlich einer ausreichenden und einheitlichen Ausstattung von Rettungs- und PSNV-Kräften wäre das Mitführen solcher Malbücher angebracht, beispielsweise in einem psychologischen Notfallkoffer oder Rettungswagen. Neben dem Gebrauch in Großschadenslagen wären zusätzlich weitere Varianten für spezielle „kleinere“ Notfälle wie Fahrradsturz, Spielplatzunfall oder Unfällen im häuslichen Bereich sinnvoll. Leider lassen sich bislang zu beiden Büchern keine empirisch fundierten Angaben zu Effektivität und Praxistauglichkeit finden und eine Datenerhebung durch die Befragung von Kindern und Eltern wäre demnach notwendig. Dessen ungeachtet ist davon auszugehen, dass beide Malbücher bei der psychosozialen Notfallversorgung von Kindern zur erfolgreichen Bewältigung von Notfallsituation beitragen können und deren Einsatz schon deshalb sinnvoll ist; zumal der Einsatz solcher Mittel weder zeit- noch kostenintensiv ist und es dafür nicht speziell ausgebildete Fachkräfte benötigt. Adaptiert an die deutsche Sprache und an mögliche Notfälle wird deren Anwendung in der PSNV in Deutschland geraten.

4.3.5. Child-friendly Spaces

Kinder sind, wie bereits erwähnt, nach großen Unglücksfällen besonders gefährdet, sowohl emotional als auch körperlich. Zudem sind sie besonders anfällig für Verletzungen, Ausbeu-

tung, Missbrauch und andere Gefahren (vgl. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, AACAP 2010). Um diese Gefahren zu minimieren, bedarf es einer strukturierten und sicheren Umgebung, in denen die einzigartigen Bedürfnisse von Kindern erfüllt werden können. Diesen Bedarf erkannte bereits eine Partnerschaft um UNICEF, Save the Children, World Vision international und anderen Mitgliedern von Kinderschutzinstitutionen und sicherte folglich eine Versorgung von Kindern in kinderfreundlichen Räumen (sog. Child friendly Spaces, CFS). Die speziellen Räume (beispielsweise Schulen, Sporthallen, Zelte) richten sich an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Sie dienen innerhalb einer Katastrophe als Rückzugsort, damit Kinder vor psychischen und körperlichen Schäden geschützt sind und die Auswirkungen einer Katastrophe verarbeiten können. Genauer betrachtet werden Widerstandsfähigkeit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen durch die Gemeinschaft und Organisation vor Ort mit Hilfe strukturierter Aktivitäten in einer sicheren, kinderfreundlichen und anregenden Umgebung gestärkt. Die vielfältigen Angebote an kreativen Lernspielen und Aktivitäten wie Sport, Gesang, Schauspiel und Geschichten sollen den Kindern sowohl ein Gefühl von Normalität vermitteln, als auch die Möglichkeit bieten, Gefühle von Angst und Verlust zum Ausdruck zu bringen. Auch wird dabei geholfen, getrennte Kinder mit ihren Familien wieder zu vereinen. Ein weiterer Schwerpunkt von CFS ist die Betreuung von Waisen, missbrauchten oder behinderten Kindern. Der Einsatz erfolgt bereits einige Tage nach dem Ereignis und wird vorwiegend durch ausgebildete freiwillige Helfer wie z.B. Studenten, Jugendarbeiter, Krankenschwestern oder Lehrer realisiert (vgl. PLAN 2014). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die überwiegende Anzahl der freiwilligen Helfer kaum bzw. nicht ausreichend im psychologischen Umgang mit Kindern geschult ist und demnach weder psychologische Einzelberatungen noch Psychosoziale Akuthilfe oder psychotherapeutische Hilfe leisten kann (vgl. PLAN 2014). Für notwendige psychologische Hilfen oder weiterführende Therapien müssen psychologische Fachleute hinzugezogen werden. In einer Studie der Columbia University und World Vision ist über mehrere Jahre hinweg und an verschiedenen Orten die Wirksamkeit von kinderfreundlichen Räumen empirisch untersucht worden.³⁷ Das Ergebnis dieser Studie bestätigte erwartungsgemäß die hohe Qualität einer solchen Einrichtung in der Versorgung und psychologischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Besonders bewährt hat sich dabei der frühzeitige Einsatz von CFS in Katastrophen.

³⁷ Eine detaillierte Übersicht zu den Ergebnissen der Evaluation von Child Friendly Spaces am Beispiel von Uganda findet sich bei Metzler, Columbia University (2013). Weiterhin bestehen seit 2011 Richtlinien für einen einheitlichen Standard bei der Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in kinderfreundlichen Räumen (vgl. INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE, IASC 2011).

5. Fazit und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Psychosoziale Notfallversorgung bei Kindern in Notfallsituationen und Großschadenslagen thematisiert. Ein wesentlicher Fokus lag auf der kritischen Betrachtung von strategischen Vorgehensweisen bei der psychologischen Betreuung von Kindern. Zunächst ist der Forschungs- bzw. Arbeitsstand zur PSNV dargestellt und kritisch reflektiert worden. Weiterhin wurde versucht, die Bedürfnisse von Kindern in Notfallsituationen zu ermitteln, Lücken bei der psychologischen Betreuung von Kindern zu analysieren und daraus resultierend diverse Interventionsmethoden zu empfehlen. An der eingangs formulierten These, wonach sich die bislang bestehenden Konzepte zur PSNV nicht auf Großschadenslagen mit Kindern übertragen lassen, konnte dabei festgehalten werden. Entscheidend dafür sind die folgenden zusammengefassten Hauptargumente:

- Großschadenslagen und Katastrophen sind komplexe, eigendynamische Notfallsituationen, die bei ihrer Bewältigung eine Reihe von Herausforderungen und Problemen beinhalten. Dazu gehören neben organisationspsychologischen, personellen und technischen Aspekten, PSNV- und kinderspezifische Gesichtspunkte. Die Konzeption einer für alle (direkt oder indirekt betroffenen) Kinder optimalen Interventionsmethode ist schon deshalb schwierig.
- Kinder erleben und verarbeiten Erlebnisse grundsätzlich anders als Erwachsene und haben deshalb in Notfallsituationen andere Bedürfnisse. Insofern verwundert es nicht, dass sich die vorgestellten Konzepte für Erwachsene nicht einfach auf Kinder übertragen lassen. Sie müssten stattdessen erweitert oder überarbeitet werden. Die beiden Regelwerke von Lasogga und Gasch (siehe Kapitel 4.2.1. und 4.2.2.) – die ohnehin nicht für Kinder konzipiert worden sind – lassen sich demnach kaum auf Kinder anwenden, da sie entwicklungspsychologische Aspekte von Kindern nicht berücksichtigen.
- Nicht nur die Hinweise und Konzepte zur notfallpsychologischen Hilfe bei Erwachsenen sind nicht auf Kinder adaptierbar, sondern auch die speziell für Kinder entwickelten Regelwerke werden den Ansprüchen einer psychologischen Betreuung in einer Großschadenslage kaum gerecht.
- Die Betreuungskonzepte "KASPERLE", "PUMUCKEL", "SEEBAER" und "WINNETOU" wurden konkret für die Bedürfnisse von Kindern in Notfallsituationen entwickelt und

lassen sich je nach Konzept von Eltern, Lehrern, Bezugspersonen, Helfern oder Einsatzkräften anwenden. Bei den Betreuungskonzepten "KASPERLE" und "PUMUCKEL" fehlt der konkrete Bezug zu den Interessen verletzter Kinder. Das Regelwerk "SEEBÄR" richtet sich nur namentlich aber nicht inhaltlich an von Hochwasser betroffene Eltern und Kinder und ist für die psychologische Betreuung in Großschadenslagen (besonders durch PSAH) zu allgemein gehalten. Das Konzept "Winnetou" bezieht sich vorrangig auf die längerfristige Intervention im häuslichen Bereich und ist damit für die PSNV in Großschadenslagen nicht relevant.

- Weiterhin ist zu beobachten, dass sich die Anwendung der Konzepte ausschließlich an die Betreuungspersonen der Kinder richtet, und nicht – wie deren kindliche Namensgebung vermuten lässt – zum Lesen und Lernen für Kinder gedacht sind. Die Inhalte und Hinweise zielen nämlich auf den psychologischen Umgang *mit* Kindern ab. Unumstritten wird mit der Wahl dieser Akronyme zwar eine Zuordnung zur Thematik deutlich, allerdings könnte damit u.U. die Anwenderzielgruppe falsch interpretiert werden. Es braucht also auch einprägsame Regelwerke und Konzepte, mittels derer die Kinder und Jugendlichen selbst die Aspekte des Gefahrenschutzes, der Prävention und dem richtigen Verhalten bei Katastrophen lernen können.
- Das Onlinelernspiel "Max und Flocke Helferland" ist aufgrund der technischen Anforderungen nicht für den Gebrauch in akuten Notfallsituationen geeignet, sondern eher als präventive Lernmethode für Gefahren gedacht.
- Die Umsetzung der drei amerikanischen – aber mittlerweile auf deutsche Gegebenheiten übertragenen – Methoden des Critical Incident Stress Debriefings für Kinder (CISD), der Classroom Crisis Intervention (CCI) und der Group Crisis (GCI) Intervention erscheinen zu sehr standardisiert und können dadurch zu starr und unpassend auf die Betroffenen wirken.

In dieser Arbeit sollte deutlich geworden sein, dass der Bedarf an PSNV bedeutsamer und dringlicher denn je ist und speziell die Hilfe an Kindern einen besonderen Stellenwert bei der Gefahrenabwehr von Notfällen einnimmt. Umso verwunderlicher ist es, dass derzeit kaum geeignete Betreuungskonzepte zur PSNV bei Kindern in Großschadenslagen zur Verfügung stehen, und empirische Untersuchungen noch immer ein akutes Forschungsdesiderat darstellen. Dabei haben die Angebote und Interventionsmöglichkeiten in den USA gezeigt, welches Potential in der psychologischen Betreuung von Kindern steckt (z.B. kinderfreundliche

Räume, englisch: Child-friendly Spaces, siehe Kapitel 4.3.). Insbesondere der Einsatz notfall-spezifischer Malbücher ist für die Zeit während eines Notfalls für Kinder eine gute Gelegenheit, um von der Situation "Abstand" zu gewinnen und so früh wie möglich – noch während des Unglücks – mit der Bewältigung des Erlebten zu beginnen. Genauso wichtig ist die Schaffung von speziellen kinderpsychologischen Triage-Systemen (siehe Disaster Mental Health Programm, siehe Kapitel 4.3.2.), um eine schnelle Zuordenbarkeit des kinderspezifischen notfallpsychologischen Bedarfs zu ermitteln. Ebenso wünschenswert sind spezielle Notfallteams, ähnlich der amerikanischen Pädiatric Subspecialty Teams (PST, siehe Kapitel 4.3.3.), deren Hilfen neben der physiologischen Versorgung besonders auf die psychologischen Bedürfnisse von Kindern ausgerichtet sind.

Während der Auseinandersetzung mit diesem Thema kamen außerdem folgende Schwierigkeiten und Erkenntnisse auf, die hier keinesfalls verschwiegen werden sollen.

- Die Anwendung der analysierten Kriterien zur Bewertung der bislang bestehenden Konzepte, Merkhilfen und Regelwerke erwies sich als schwierig und oftmals unpassend. Das geplante Vorgehen ließ sich oftmals nur schlecht umsetzen.
- Bei der Entstehung dieser Arbeit ist besonders aufgefallen, dass derzeit noch eine scheinbare Polarisierung zwischen zu allgemein gehaltenen – und damit zu oberflächlichen und unstrukturierten – Konzepten auf der einen Seite, und zu spezifizierten und umfangreichen – und damit für Helfer kaum einprägsamen – Regelwerken auf der anderen Seite besteht. Diese müsste – durch die Annäherung beider Pole – reduziert werden.
- Die in dieser Arbeit angeführten Überlegungen sind vertiefungs- und ergänzungsbedürftig und müssten in einem weiteren Konzept zur PSNV bei Kindern in Großschadenslagen festgehalten werden. Die Erstellung eines Konzeptes bietet demnach eine gute Möglichkeit, an diese Arbeit anzuknüpfen, beispielsweise zur Erlangung des Mastergrades.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass zwar bereits viele wichtige Schritte in Richtung einer qualitativ hochwertigen psychologischen Versorgung von Kindern unternommen worden sind. Die psychologische Hilfe an Kindern in Großschadenslagen ist jedoch noch nicht optimal und deren Potential muss noch weiter ausgeschöpft werden. Dazu möchte diese Arbeit einen kleinen Beitrag leisten.

6. Literaturverzeichnis

ADAMS, HANS (2013) *Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall. Das EVK-Konzept*. In: Reinhard Hoffmann (Hrsg.): *Katastrophen und Großereignisse bewältigen: Gefahren erkennen und abwehren. Rettung und medizinische Notfallversorgung. Versicherung und Entschädigung*. Frankfurt: Referenz, S. 38-69.

AGER, ALASTAIR ET AL. (2010): *Defining Best Practice in Care and Protection of Children in Crisis-Affected Settings: A Delphi Study*. In: *Child Development* 4, S. 1271–1286.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2006): *Helping Children after Disaster*. In: *Facts for Families* 36, S. 1-2.

AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN, KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG, AFKzV (1999): *Feuerwehr-Dienstvorschrift 100. Führen und Leiten im Einsatz*. Online in Internet: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Sicherheit/BevoelkerungKrisen/FwDV100.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 17.02.2014.

BENGEL, JÜRGEN (2004): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Heidelberg/Berlin/New York: Springer.

BOURAEUL, RITA (1994): *Psychische Erste Hilfe für Laien* (Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft 24). Bergisch-Gladbach.

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (2010): *Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*. München.

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (2012): *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil 1 und 2* (Praxis Im Bevölkerungsschutz, Bd. 7). Bonn.

DOLAN, MARGARET/KRUG, STEVEN (2006): *Pediatric Disaster Preparedness in the Wake of Katrina: Lessons to be Learned*. Elsevier.

ESSER, GÜNTHER (2002): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme.

EVERLY, GEORG/MITCHELL, JEFFREY (2005): *Critical Incident Stress management. Handbuch Einsatznachsorge. Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode*. Edewecht: Stumpf und Kossendey.

FEHN, KARSTEN (2010): *Gutachten*. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2012, Hrsg.) *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II* (Praxis Im Bevölkerungsschutz Band 7), S. 96-101. Bonn.

FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY (1993): *Disaster Preparedness Coloring Book*. Online in Internet: <http://www.fema.gov/pdf/library/color.pdf>, Stand: 15.01.2014.

FREEBORN COUNTY CRISIS RESPONSE TEAM (2003): *A Scary Thing Happened. A children's coloring book to help cope with disasters*. Online in Internet: <http://www.csmonitor.com/USA/Politics/The-Vote/2009/0430/fema-removes-911-coloring-book-for-children-from-website>, Stand: 08.01.2014.

GLANZMANN, GABRIELE (2004): *Psychologische Betreuung von Kindern*. In: Jürgen Bengel. *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Heidelberg/Berlin/New York: Springer, S. 133-142).

HAUSMANN, CLEMENS (2003): *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung: Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards*. Wien: Facultas.

HAGAN, JOSEPH (2005): *Psychosocial Implications of Disaster or Terrorism on Children: A Guide for the Pediatrician*. Online in Internet: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/3/787.full#content-block>, Stand: 12.02.2014.

HELMERICH, JUTTA (2005): *Psychosoziale Notfallversorgung bei Großveranstaltungen*. In: Peter Maurer. *Gefahrenabwehr bei Großveranstaltungen*. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey, S. 167-185.

DERS. (2010): *Psychosoziale Notfallversorgung*. In: Luiz, Thomas/Jörg Schmidt (Hrsg.): *Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz*.

DERS. (2011): *Psycho-soziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen*. In: Lasogga/Gasch. *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 371-399.

HOFMANN, REINHARD/SCHWEIGKOFER, UWE/THOMANN, KLAUS-DIETER (2013): *Katastrophen und Großereignisse bewältigen: Gefahren erkennen und abwehren. Rettung und medizinische Notfallversorgung. Versicherung und Entschädigung*. Frankfurt: Referenz.

HOLLE, PIA/POHL-MEUTHEN, ULRIKE (2002): *Rettungsdienst im Großschadensfall* (Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft 142). Bergisch-Gladbach.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (2011): *Guidelines for Children friendly Spaces in Emergencies*. Online in Internet: http://www.unicef.org/protection/Child_Friendly_Spaces_Guidelines_for_Field_Testing.pdf, Stand: 11.02.1014.

KARUTZ, HARALD (2001): *Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen*. veröffentlichte Diplomarbeit. Online in Internet: <http://www.notfallseelsorge.de/Materialien/diplpehkind.pdf>, Stand: 06.09.2013.

DERS. (2004): *Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen*. Münster: LIT.

DERS. (2011): Standardisierung in der PSNV: Entwicklung einer Stärke- und Ausstattungsnachweisung. In: *Rettungsdienst 9*, S. 26-31.

DERS. (2013): *Kinder, Krisen und Katastrophe. Kindergerechte Notfallvorsorge- und Hilfeleistungsstrategien in Deutschland*. In: *Bevölkerungsschutz 02*.2013.

DERS. (o.J.): *Psychische Erste Hilfe bei Kindern im Großschadensfall*. Online in Internet: <http://www.notfallseelsorge.de/Besondere%20Einsaetze/MerkblattPumuckel.pdf>, Stand: 21.01.2014.

KARUTZ, HARALD/LASOGGA, FRANK (2008): *Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge*. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey.

KRÖGER, CHRISTOPH (2013): *Psychologische Erste Hilfe*. Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag/Toronto/Boston/Amsterdam/Kopenhagen/Stockholm/Florenz: Hogrefe.

LAUCHT, MANFRED (2002) *Störungen des Kleinkind- und Vorschulalters*. In: Günther Esser u.a. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme, S. 120-144.

LANDOLT, MARKUS (2000): *Die Psychologie des verunfallten Kindes*. In: *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie (AINS) 35*, S. 615-622.

DERS. (2003): *Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52*, S. 71-87.

LASOGGA, FRANK/GASCH, BERND (1999): *Psychische Erste Hilfe. Leitlinien zum psychologischen Umgang mit Unfallopfern*. In: *Notfall und Rettungsmedizin 2*, S. 228-234.

DERS. (2006): *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits*. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey.

DERS. (2008): *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

DERS. (2011): *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

LAZARUS, PHILIP/JIMERSON, SHANE/BROCK, STEPHEN (o.J.): *Natural Disasters*. In *Best Practices in School Crisis Prevention and Intervention*, S. 433-448. Online in Internet: http://www.nasponline.org/resources/crisis_safety/22-Lazarus.pdf, Stand: 13.02.2014.

LIPP, ROLAND (2005): *Das Rettungsdienstpersonal*. In: Kersten Enke et al. *Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin*, Bd. 4: Berufskunde und Einsatztaktik. Edewecht: Stumpf & Kossendey.

LUEGER-SCHUSTER, BRIGITTE/KRÜSMANN, MARION/PURTSCHER, KATHARINA(2006): *Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen.lessonslearned*. Wien/New York: Springer.

LUIZ, THOMAS ET AL. (2010): *Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz*. München: Urban & Fischer.

METZLER, JANNA ET AL. (2013): *Evaluation of Child Friendly Spaces. Uganda Field Study Summary Report*. Online in Internet: <http://www.wvi.org/global-engagement/publication/evaluation-child-friendly-spaces>, Stand: 13.02.2014.

MCNALLY, RICHARD (2003): *Does early psychological intervention promote recovery from post-traumatic stress?* In: *Psychological Science in the Public Interest* 4, S. 45-79.

MÜLLER-CYRAN, ANDREAS (2006): *Die peritraumatische Intervention: Eine deskriptive Darstellung*. veröffentlichte Diplomarbeit. Online in Internet: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5641/1/Mueller-Cyran_Andreas.pdf, Stand: 14.01.2014.

NATIONAL COMMISSION ON CHILDREN AND DISASTERS (2010): *Report to the President and Congress. AHRQ Publication.No. 10-M037*. Rockville.

NIKENDEI, ALEXANDER (2012): *Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch Krisenintervention*. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey.

PIAGET, JEAN/INHOLDER, BÄRBEL (1993): *Die Psychologie des Kindes, 5. Aufl.* München: dtv/Klett-Cotta.

PETER, HANNO/MAURER KLAUS (Hrsg.) (2005): *Gefahrenabwehr bei Großveranstaltungen*. Edewecht/Wien: Stumpf und Kossendey.

PEEK, LORI/ STOUGH, LAURA (2010): *Children With Disabilities in the Context of Disaster: A Social Vulnerability Perspective*. In: *Child Development* 81/4, S. 1260–1270.

PLAN (Organisation) (2014): *Child-friendly Spaces*. Online in Internet: <http://plan-international.org/what-we-do/emergencies/haiti-recovery/priorities/child-protection/child-friendly-spaces/>, Stand: 11.02.2014.

REVERE, CHRISTOPHER (2001): *Children an Disasters. Breaking the cycle of neglect*. In: *Natural Hazards Observer* 4, S. 2-24.

SCHREIBER, MERRITT (2010): *The PsySTART Rapid Mental Health Triage and Incident Management System*. Online in Internet: <http://www.cdms.uci.edu/PDF/PsySTART-cdms02142012.pdf>, Stand: 14.01.2014.

SCHREIBER, MERRITT/ ALLEN, RICK (2013): *Toward the Way Forward in Disaster Mental Health: The Contribution of an Evidence Based Rapid Triage and Incident Management System: PsySTART*. Online in Internet: http://www.cdms.uci.edu/PDF/201308_PsySTART_CAPsychologist.pdf, Stand: 15.01.2014.

SCHREIBER, MERRITT/GURWITCH, ROBIN (2006): *Listen, Protect and Connect: Psychological First Aid for Children and Parents*. Online in Internet: http://www.ready.gov/sites/default/files/documents/files/PFA_Parents.pdf, Stand: 09.01.2014.

DERS. (2006): *Listen, Protect and Connect: Psychological First Aid for Students and Teachers*. Online in Internet: http://www.ready.gov/sites/default/files/documents/files/PFA_SchoolCrisis.pdf, Stand 06.02.2014

SEFRIN, PETER ET AL. (2012): *Notfallmedizin*. Stuttgart: Thieme.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (2014): *Health in emergencies*. Online in Internet: http://www.unicef.org/health/index_emergencies.html, Stand 14.02.2014.

WEINER, DEBRA ET AL. (2011): *FEMA's Organized Response With a Pediatric Subspecialty Team: The National Disaster Medical System Response: A Pediatric Perspective*. In: *Pediatrics*. Online in Internet: http://pediatrics.aappublications.org/content/117/Supplement_4/S405.full.pdf+html, Stand: 02.01.2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014): *Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies*. Online in Internet: http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/, Stand: 12.02.2014.

ZEHNDER, DANIEL/HORNUNG, RAINER/LANDOLT, MARKUS (2006): *Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55, S. 675-692.

7. Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt haben, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Hamburg, den 21.02.2014

Michael Prell