

INHALTSVERZEICHNIS

	VORWORT	2
1	STATISTISCHE UND LITERARISCHE AUFARBEITUNG	4
1.1	KINDERUNFÄLLE IM STRAßENVERKEHR 2000	5
1.2	WARUM KINDER VERUNGLÜCKEN	8
1.3	SCHAULUSTIGE UND GAFFER – KINDER ALS UNFREIWILLIGE ZEUGEN	9
2	DIE PSYCHISCHE SITUATION UNFALLBETEILIGTER KINDER	11
2.1	BELASTUNGSFAKTOREN UND BELASTUNGSREAKTIONEN	12
2.2	SPEZIFISCHE PHOBIEN	15
2.3	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN (PTSD)	17
2.3.1	DIE DIAGNOSE	17
2.3.2	ALTERNATIVE DIAGNOSEKRITERIEN FÜR KLEINKINDER	19
2.4	VERÄNDERTE PERSÖNLICHKEIT UND LEISTUNG DURCH EINE PTSD	20
2.5	PRÄVENTIVE UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN	22
2.5.1	PRÄVENTION UND PSYCHISCHE ERSTE HILFE	22
2.5.2	THERAPEUTISCHE ANSÄTZE	33
2.5.2.1	KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE	33
2.5.2.2	ANDERE THERAPEUTISCHE ANSÄTZE	36
3	DIE AKTUELLE SITUATION IN DEUTSCHLAND	37
3.1	PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG UNFALLBETEILIGTER KINDER: DIE SICHT DER BETROFFENEN	38
3.2	DIE SICHT DER PROFESSIONELLEN HELFER	40
4	HILFE GEGEN DIE PTSD BEI UNFALLBETEILIGTEN KINDERN	41
4.1	AUFKLÄRUNG DER ELTERN	42
4.2	AUFKLÄRUNG ÜBER HILFSAKTIONEN UND HILFE AM UNFALLORT	43
4.3	ABKLÄRUNG UND NACHBETREUUNG	44
4.4	PSYCHISCHE FOLGEN BEI KINDERN UND DIE ÖFFENTLICHKEIT	45

Die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeichnen bezüglich des Unfallgeschehens auf Deutschlands Straßen ein positives Bild. Die Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen Verletzten fiel 2001 um ca. 2 % im Vergleich zum Vorjahr, die der Getöteten um über 7 %. Dies bedeutet die wenigsten Verkehrstoten in Deutschland seit Einführung der Statistik der Straßenverkehrsunfälle im Jahr 1953. Dennoch starben 2001 bundesweit 6.949 Menschen bei Verkehrsunfällen und jedes dieser Todesopfer ist ein Opfer zuviel.

Die schwächsten Verkehrsteilnehmer sind die Kinder. Im Jahr 2000 verunglückten rund 45.400 Kinder unter 15 Jahren im Straßenverkehr. Darüber hinaus wurden unzählige Kinder Augenzeugen eines Verkehrsunfalls.

Auf dem Gebiet der Medizin konnten in den letzten 20 Jahren enorme Fortschritte bei der Behandlung schwerverletzter Unfallpatienten erzielt werden. Die Rettungsdienste, die für die Erstversorgung am Unfallort und auf dem Transport in die Krankenhäuser verantwortlich sind, arbeiten, wie in Untersuchungen nachgewiesen, hoch effizient. In den Großstädten vergehen nur wenige Minuten zwischen der Unfallmeldung und dem Eintreffen des Rettungsdienstes. Hochqualifizierte Notärzte übernehmen die Erstversorgung am Unfallort, kompetente Unfallchirurgen stehen in den Kliniken bereit, Notfallseelsorger stehen den Verletzten und deren Angehörigen zur Seite. Die psychische und seelsorgerliche Erstversorgung am Unfallort ist in fast allen Fällen gewährleistet. Die klinische Versorgung und die Rehabilitation von Unfallopfern ist nahezu perfekt organisiert.

Im Gegensatz zu den physischen Folgen des Unfalls ist über die psychischen Folgen wenig bekannt. Die wenigen bisher vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen aber, dass Verkehrsunfälle zu lang anhaltenden psychischen Beschwerden führen können. Viele Betroffene zeigen Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion, einer Störung, die auch nach Kriegserlebnissen beobachtet wurde.

Die Rettungskette ist für die Erwachsenen gut organisiert – unverletzte Kinder dagegen bleiben häufig am Unfallort mehr oder weniger sich selbst überlassen. Sie sind Betroffene als Unfallopfer aber auch als Zuschauer von Unfällen und Rettungsaktionen.

Schreckliche Ereignisse prägen sich Kindern besonders ein. Die Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge ist dem Phänomen »Unfallbeteiligte Kinder« nachgegangen und hat eine Untersuchung zu diesem Thema veranlasst.

Die Ergebnisse, Hintergründe und Konsequenzen sind in der vorliegenden Broschüre dargestellt.

Sie entstand in enger Zusammenarbeit zwischen der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge, der Konferenz evangelischer Notfallseelsorger in Deutschland und dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat, der seit über 30 Jahren mit seiner Arbeit dazu beiträgt, die Verkehrssicherheit auf den deutschen Straßen zu verbessern.

Die Broschüre richtet sich an Eltern von unfallbeteiligten Kindern, an Notärzte, an Notfallseelsorger, an Rettungsdienste und an Beratungsdienste.

Wir hoffen, dass wir damit in der Prävention und in der Nachsorge einen Beitrag leisten können, der den betroffenen Kindern hilft, das von ihnen erlebte Unfallgeschehen so zu verarbeiten, dass dauerhafte Schädigungen vermieden werden können.

Michael Wendler
Vorstandsvorsitzender der
Bruderhilfe VVaG

Prof. Manfred Bandmann
Präsident des Deutschen
Verkehrssicherheitsrates e. V.

1

Statistische und literarische Aufarbeitung



1.1 KINDERUNFÄLLE IM STRASSENVERKEHR 2000

(Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 9/2001)

Überblick

Im Jahr 2000 verunglückten insgesamt 45.381 Kinder unter 15 Jahren bei Straßenverkehrsunfällen in Deutschland, das waren 7,7 % weniger als 1999. Im Durchschnitt des Jahres kam alle 12 Minuten in Deutschland ein Kind im Straßenverkehr zu Schaden. Den stärksten Rückgang gab es bei den Kindern als Fahrradbenutzer. Mit dem Fahrrad verunglückten insgesamt 15.572 Kinder, das waren 12 % weniger als 1999. 15.362 Kinder verunglückten als Pkw-Insassen (-6,0 %) und 12.194 als Fußgänger (-5,2 %).

240 Kinder wurden im Straßenverkehr getötet, das waren 77 Kinder bzw. 24 % weniger als 1999. 9.149 Kinder wurden schwer (-12 %) und 35.992 leicht verletzt (-6,4 %).

Längerfristige Entwicklung des Unfallrisikos

Trotz der immer noch hohen Zahlen ist das Unfallrisiko für Kinder seit 1978 deutlich geringer geworden: Damals verunglückten in Deutschland ca. 72.100 Kinder und damit 37 % mehr als im Jahr 2000. Das Risiko, als Kind im Straßenverkehr getötet zu werden, war 1978 mit 1.449 getöteten Kindern sechsmal so hoch wie im Jahr 2000 mit 240. Besonders hat sich die Situation bei den Fußgängern verbessert: 2000 kamen 69 Kinder als Fußgänger ums Leben, 1978 waren es mit 701 rund zehnmal so viele.

Verunglückte Kinder nach Art der Verkehrsbeteiligung und Altersgruppen

Am häufigsten verunglückten Kinder im Jahr 2000 als Fahrradbenutzer oder Pkw-Insassen (jeweils zu 34 %). 27 % der verunglückten Kinder waren Fußgänger und 5,0 % verunglückten in den übrigen Verkehrsbeteiligungsarten (u. a. Motorzweirad, Kraftomnibus). Dabei ergibt sich in den einzelnen Altersgruppen ein unterschiedliches Bild:

Es verunglückten:

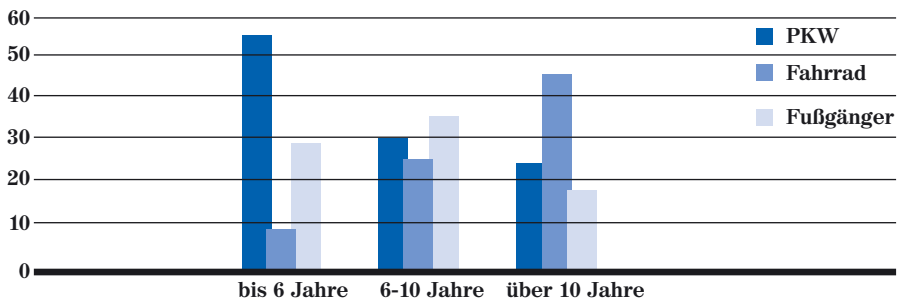
- ◆ Kinder unter 6 Jahren zu 56 % im Pkw, zu 31 % als Fußgänger und zu 9,3 % als Fahrradbenutzer.
- ◆ Kinder im Alter zwischen 6 bis unter 10 Jahren zu 37 % als Fußgänger, zu 32 % als Insassen im Pkw und zu 27 % als Fahrradbenutzer.
- ◆ Kinder über 10 Jahren zu 47 % als Fahrradbenutzer, zu 26 % als Pkw-Insassen und zu 20 % als Fußgänger.

43 % oder 103 der getöteten Kinder starben im Pkw. 29 % bzw. 69 Kinder starben als Fußgänger und 23 % bzw. 55 als Fahrradbenutzer.

Verunglückte nach dem Geschlecht

Jungen waren im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen. 57 % der verunglückten Kinder waren Jungen und 43 % Mädchen. Mit 390 Verunglückten je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe und des Geschlechts war das Unfallrisiko von Jungen deutlich höher als das von Mädchen (312).

Jungen waren insbesondere als Radfahrer wesentlich gefährdeter als Mädchen, so waren 67 % der verunglückten Radfahrer Jungen und nur 33 % Mädchen. Auch als Fußgänger verunglückten Jungen (59 %) häufiger als Mädchen (41 %). Als Pkw-Insassen verunglückten dagegen Mädchen (54 %) etwas häufiger als Jungen (46 %).



Verunglückte nach Bundesländern

Am stärksten gefährdet waren Kinder – bezogen auf die Einwohnerzahlen der entsprechenden Altersgruppen – in Brandenburg mit 478 verunglückten Kindern je 100.000 Einwohnern dieser Altersgruppe, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (456), Bremen (455) und Hamburg (440).

Am niedrigsten lagen die Werte im Saarland (249), Baden-Württemberg (287) und Hessen (305).

Verunglückte nach Monaten

Die meisten 6- bis 14-jährigen Fahrradfahrer verunglückten im Monat Mai, nämlich 2.269 bzw. 16 %, gefolgt vom Juni mit 1.867 bzw. 13 %. In den sechs Monaten April bis September verunglückten fast drei Viertel (70 %) der 6- bis 14-jährigen Radfahrer.

Dagegen war die saisonale Verteilung der verunglückten Fußgänger kaum ausgeprägt. Die Anteilswerte der Monate schwankten zwischen 6,0 % im Juli und 10 % im Mai (im Vergleich dazu verunglückte Radfahrer: 2,7 % im Januar bis 16 % im Mai). Am häufigsten verunglückten 6- bis 14-jährige Fußgänger im Mai mit 978 und im März mit 914 (jeweils 10 %), gefolgt vom November mit 889 bzw. 9,3 %. Im Ferienmonat Juli verunglückten die wenigsten Kinder als Fußgänger im Straßenverkehr.

Verunglückte nach der Tageszeit

Ein hohes Unfallrisiko der 6- bis 14-jährigen Fußgänger und Radfahrer bestand zu Schulbeginn: 10 % der verunglückten Kinder kamen zwischen 7 und 8 Uhr zu Schaden. Höher war das Unfallrisiko jedoch in der Zeit zwischen 16 und 18 Uhr; in dieser Zeit wurde nahezu jedes vierte verunglückte Kind dieser Verkehrsgruppe (24 %) registriert. Nur in den Wintermonaten November bis Februar erwies sich die Zeit des täglichen Schulweges zwischen 7 und 8 Uhr morgens als die unfallträchtigste.

Internationaler Vergleich

In Deutschland wurden 1999 25 Kinder je 1 Mill. Einwohner dieser Altersgruppe im Straßenverkehr getötet. Ein geringeres Risiko für Kinder, im Straßenverkehr getötet zu werden, bestand nur in Italien (18), Vereinigtes Königreich (19), Norwegen (21), Schweden (22) und Luxemburg (24). Erheblich höher war das Risiko insbesondere in Portugal (84), Rumänien und Estland (jeweils 57).

1.2 WARUM KINDER VERUNGLÜCKEN

Warum sind Kinder im Verkehr mehr gefährdet als Erwachsene?

Die physiologischen und psychologischen Bedingungen von Kindern sind anders als die von Erwachsenen.

Kinder nehmen anders wahr:

- ◆ Kinder sehen Autos anders als Erwachsene (Der Verkehr findet in Augenhöhe des Erwachsenen statt).
- ◆ Kinder nehmen Entfernungen anders wahr als Erwachsene.
- ◆ Kinder haben kein Gefühl für Brems- und Anhaltewege.
- ◆ Die Sinnesorgane von Kindern sind nicht voll entwickelt, ihre Unterscheidungsfähigkeit ist gering. Wesentliches und Unwesentliches werden nicht klar unterschieden. Die Aufmerksamkeit von Kindern wird leicht von Dingen fixiert, die sie interessieren. Ein Ball, der auf der Straße rollt, ist interessanter als ein herannahendes Auto.
- ◆ Kinder rechnen damit, dass sie gesehen werden.
- ◆ Kinder sind leicht ablenkbar.
- ◆ Kindern fällt es schwer, unterschiedliche Geräusche zu differenzieren. Das Richtungshören ist nicht sehr ausgeprägt.
- ◆ Bei Kindern ist die Raumvorstellung noch nicht voll entwickelt. Deshalb haben sie Schwierigkeiten mit der raschen Wahrnehmung von Veränderungen im Raum.
- ◆ Kinder neigen zu impulsivem Verhalten. Das gilt in besonderem Maß für Kleinkinder. Die Impulsivität nimmt im Laufe der Entwicklung ständig ab.

1.3 SCHAULUSTIGE UND GAFFER – KINDER ALS UNFREIWILLIGE ZEUGEN

Bei außergewöhnlichen Ereignissen gibt es immer auch eine Vielzahl von Zuschauern.

Nach einer Untersuchung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) sind bei einem Verkehrsunfall durchschnittlich zwischen 16 und 25 Zuschauer anwesend, bei Massenkarambolagen mehr als 100 (vgl. Fiedler 1997, 219). Die Lust am Zusehen, die bei allen Kulturen vorhanden war und ist (Gladiatorenkämpfe, öffentliche Hinrichtungen, Straftäter am Pranger, Live-Übertragungen von Hinrichtungen in den USA usw.), wird von Unfallbeteiligten als belastend, von Einsatzkräften als störend empfunden. Die Zuschauer werden als »Gaffer«, die in der Mehrheit noch nicht einmal erste Laienhilfe geleistet haben, verärgert wahrgenommen. Die gängigste Deutung: Sie wollen Angst, Schrecken und Spannung miterleben, ohne selbst beteiligt zu sein.

Um eine neue Bewertung des »Ansehens« bemüht sich Dombrowsky (2000, 153 ff.), der das Zusehen in einen lerntheoretisch bedeutsamen Zusammenhang von Sehen und Einsehen bringt, ein ungefährliches Dabei-Sein-Können, quasi ein Probehandeln im gedanklichen Selbstversuch: »Was würde ich in dieser Lage machen können?« Der Zuschauer ist so nahe dabei, dass er alles wahrnehmen kann, aber so distanziert, dass er sich selbst nicht gefährdet. Diese Spannung zwischen Nähe und Distanz ist für ihn ein ideales Übungsfeld, es lässt sich die »Zerbrechlichkeit fremder wie eigener Existenz erahnen und zugleich eine Vorstellung von Handlungsoptionen entwickeln« (Dombrowsky, ebd.).

Rutscht aber einem Zuschauer z. B. bei dem Fahrradunfall eines kleinen Kindes heraus: »Mein Gott, ich darf gar nicht daran denken – wenn das meiner wäre ...!« wird spätestens hier deutlich, dass er die Distanz zu dem Geschehen verloren hat und selbst Belastungsreaktionen davontragen kann.

In der einschlägigen Fachliteratur (Riediger 1983, 211) wird deutlich darauf hingewiesen, dass bei Kindern auch ohne direkte Schadenseinwirkung von außen psychische Schäden allein durch das Miterleben auftreten können.

Völlig verantwortungslos verhält sich daher ein Familienvater, der den vierjährigen Sohn schultert, damit er das Geschehen besser sehen kann. Kinder können noch nicht eine schützende Distanz zu einem Ereignis aufbauen. Sie schützen sich durch Abstand und zögerliches Herangehen an eine für sie unbekannt Situation. Sie machen die Augen zu, damit der Schrecken nicht auf sie zukommt. Wird dieser Schutz durch einen wohlmeinenden Erwachsenen aufgehoben, sind sie den direkten Eindrücken der Unfallstelle schutzlos ausgesetzt.

Sie nehmen die Bilder von grausamen Verletzungsmustern, Geräusche der Rettungsgeräte oder Schmerzensschreie und Gerüche von Blut, Erbrochenem oder ausgelaufenem Kraftstoff an einer Einsatzstelle intensivst wahr, ohne sich davon emotional distanzieren zu können (vgl. Karutz, 2001, 28). Die Eindrücke »brennen sich ein« mit der Folge, dass die Bilder, Geräusche und Gerüche unvermittelt wieder erinnert werden in Albträumen und Flashbacks. Damit werden die Kinder als unfreiwillige Zeugen ebenfalls unfallbeteiligte Kinder, die besondere Beachtung und Nachsorge benötigen.

Unfreiwillige Zeugenschaft eines Verkehrsunfalls kann dazu führen, dass Kinder besonders gesteigerte Ängste entwickeln, wenn sie selbst einen (eher harmlosen und nicht lebensgefährlichen) Unfall erleiden.

Kinder sollten sofort von den Eindrücken einer Unfallstelle abgeschirmt werden. Haben sie wider Erwarten Eindrücke aufgenommen, brauchen sie das intensive Gespräch über ihre Erlebnisse und wie unverletzte Beteiligte Beobachtung und angemessene Begleitung.

LITERATUR:

Dombrowsky, Wolf R. Nach der Katastrophe: Gegafft und nichts gesehen, geholfen und nichts heil? in: Schockenhoff, Eberhard u. a. (Hrsg.) Zeitschrift für medizinische Ethik 47, Schwaben Ostfildern 2001, 153-164

Fiedler, Harald / Gasch, Bernd / Lasogga, Frank, Umgang mit Zuschauern, in: Bengel, Jürgen Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Springer Berlin Heidelberg New York 1997, 213-225

Karutz, Harald, Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen, unveröff. Diplomarbeit, Mülheim an der Ruhr, 2001

Riediger, Gerd, Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? in: Notfallmedizin 9 (1983) S. 198-220

Psychische Situation unfallbeteiligter Kinder

2



2.1 BELASTUNGSFAKTOREN UND BELASTUNGSREAKTIONEN

Ein Unfallgeschehen wird von ganz verschiedenen Belastungsfaktoren geprägt, die sich auf die psychische Situation eines unfallbeteiligten Kindes massiv auswirken können (Karutz 2001).

Als externe Faktoren physiologischer Belastungen sind z. B. die Witterungsbedingungen zu nennen. Während schon Erwachsene unter Kälte oder Hitze leiden, trifft das für Kinder um so mehr zu. Das Einhüllen in eine Rettungsdecke oder das Zufächeln kühler Luft mildert auch die psychischen Belastungen. Die Geräuschkulisse der Rettungsmittel, der Anblick von Rettungsschere und -spreizer wirken bedrohlich und können wie auch die Lichtverhältnisse (Dunkelheit) angstverstärkend wirken.

Zu den internen Faktoren physiologischer Belastungen gehört insbesondere die Schwere der Verletzung, die zu Atemnot, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen kann. Dazu kommen unbekannte sensorische Empfindungen (Kribbeln in Armen und Beinen, Wärme-, Kälte- oder Taubheitsgefühl) die vom Kind ebenfalls als (lebens-)bedrohlich eingeschätzt werden. Die Schwere der Verletzung kann nicht objektiv beurteilt werden, da das Wissen über die Funktion von Organen, der Haut, dem Blutkreislauf usw. fehlt. So werden sichtbarer Blutverlust und Hautschädigungen als elementar lebensbedrohlich erlebt.

Zu den psychologischen Belastungen während des Unfallgeschehens zählen insbesondere der Kontrollverlust, d. h. die Hilflosigkeit, nicht mehr das tun zu können, was man kurz vorher noch gemacht hat. Auf einmal bestimmen andere über die Person, legen sie auf eine Trage usw... Als Belastung wird auch die Erregung und das Verhalten der Erwachsenen, die Aufregung der Bezugspersonen und die Anwesenheit von passiven Zuschauern erlebt. Durch diese (nicht vollzählig aufgelisteten, sondern nur beispielhaft genannten) Belastungsfaktoren ergeben sich emotionale, kognitive, psychosomatische und verhaltensbezogene Reaktionen, die als akute Belastungsreaktionen zwar extrem in ihrer Äußerung wahrgenommen werden können, aber als Abwehrmechanismen angemessene und normale Reaktionen auf ein abnormales Ereignis sind. Sie sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet:

Unmittelbare Stressreaktionen: PHYSISCH

- ◆ Zittern
- ◆ Schwitzen
- ◆ Frieren/Schüttelfrost
- ◆ Erschöpfung
- ◆ Übelkeit
- ◆ Magenbeschwerden
- ◆ Erhöhte Herzfrequenz
- ◆ Erhöhter Blutdruck
- ◆ Brustschmerzen
- ◆ Schwindel
- ◆ Atemnot
- ◆ Unruhe (Hypervigilanz)
u. a.

Unmittelbare Stressreaktionen: KOGNITIV

- ◆ Sprachschwierigkeiten
- ◆ Gedächtnisverlust (Amnesie)
- ◆ Entscheidungsprobleme
- ◆ Problemlösungsschwierigkeiten
- ◆ Konzentrationsprobleme
- ◆ Erhöhter Blutdruck
- ◆ Brustschmerzen
- ◆ Schwindel
- ◆ Atemnot
- ◆ Unruhe (Hypervigilanz)
u. a.

Unmittelbare Stressreaktionen: EMOTIONAL

- ◆ Angst/Furcht
- ◆ Hilflosigkeit/Orientierungsverlust
- ◆ Niedergeschlagenheit
- ◆ Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung
- ◆ Emotionale Taubheit
- ◆ Interesselosigkeit
- ◆ Gereiztheit/Aggression
- ◆ Zornausbrüche/Wut
- ◆ Erschöpfung
- ◆ Überforderungsgefühle
u. a.

Unmittelbare Stressreaktionen: VERHALTENSÄNDERUNGEN

- ◆ Sich zurückziehen
- ◆ Still sein/viel reden
- ◆ Appetitlosigkeit/viel essen
- ◆ Nicht zur Ruhe kommen
- ◆ Schnelles, zielloses Herumlaufen
- ◆ Veränderter Konsum von Alkohol, Nikotin, Koffein, Medikamenten, Drogen (»Selbstmedikation«)
u. a.

Diese normalen Reaktionen wirken sich speziell bei Kindern als angstverstärkend aus und führen dazu, dass das Kind nicht spricht (z. B. über seine Schmerzen) und sich am liebsten unsichtbar machen würde (»Geißlein-Effekt«). Es zieht sich in sich zurück. Wo das nicht möglich ist, kann als gegen-
teilige Reaktion heftiges Weinen, Schreien und Sich-Wehren (z. B. gegen
medizinisch notwendige Maßnahmen) einsetzen. Auch die fehlende Einsicht,
dass ein schmerzhafter Eingriff wie die Applikation einer Spritze langfristig
zur Besserung des Gesundheitszustandes führen wird, kann zu heftigem
Abwehren führen. Erst ab einem Alter von ca. sechs Jahren wächst die
Einsicht, dass medizinische Maßnahmen notwendig sind. Dennoch ist für ein
Kind in diesem Alter nicht einzusehen, dass Helfer auch mit unangenehmen
Maßnahmen helfen wollen. Auftretende Schmerzzustände werden mit den
Personen verbunden, die sie »hervorrufen«, das Rettungspersonal in »gut« und
»böse« eingeteilt. Hilfreich ist hier eine Erklärung, die die Linderung als
Resultat der Maßnahme hervorhebt: »Das wird jetzt etwas weh tun, aber da-
nach geht es dir schnell besser«.

Im Alter bis zu sechs Jahren entwickeln Kinder bei Unfällen und
Erkrankungen evtl. auch Schuldgefühle. Für das Auftreten der Situation wer-
den irrationale Erklärungskonzepte herangezogen. Die auftretende Erkrank-
ung bzw. Verletzung wird als Ergebnis eigenen Fehlverhaltens interpretiert
und die Schmerzen und anderen Folgen als Bestrafung empfunden. Eine
schnelle Intervention: »Du bist nicht daran schuld ...« kann außerordentlich
hilfreich sein.

Psychische Beeinträchtigungen nach einem Trauma, die innerhalb weniger
Stunden oder Tage abklingen, werden als akute Belastungsstörung klassifi-
ziert. Sie können sehr ähnliche Ausdrucksformen wie die einer Posttrau-
matischen Belastungsstörung (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) anneh-
men, zeichnen sich aber durch ihre zeitliche Begrenztheit aus. Erst ab einer
Dauer der Symptome von mindestens einem Monat spricht man von einer
PTSD.

Die massive psychische Belastung, die das Miterleben oder Beobachten eines
schweren Verkehrsunfalls darstellt, kann eine ganze Reihe unterschiedlicher
Reaktionen bei Kindern hervorrufen. Im Zentrum der verschiedenen
Störungsbilder, die in psychiatrischen Diagnoseinventaren beschrieben wer-
den, stehen jedoch im Besonderen zwei Begriffe: Ängstlichkeit und Angst.
Dies bezieht sich sowohl auf akute Angstzustände, die durch intensive Erin-
nerung an das Erlebte hervorgerufen werden, als auch auf Ängste gegenüber
neu auftretenden Situationen, die mit dem Erlebnis in Verbindung gebracht

werden, sowie eine Zunahme allgemeiner Ängstlichkeit in unterschiedlichsten Situationen. Ein traumatisiertes Kind kann beispielsweise durch Erinnerung an die konkrete Unfallsituation in Erregung und Angstzustände versetzt werden, es kann eine allgemeine Angst davor entwickeln, wieder ein Auto zu besteigen oder sich einer vielbefahrenen Straße zu nähern oder es kann ganz generell erhöhte Ängstlichkeit zeigen.

Wenn ein traumatisches Unfallerlebnis vorangegangen ist, werden neben den oben erläuterten Akuten Belastungsstörungen Spezifische Phobien und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) unterschieden. Die Spezifischen Phobien werden im nächsten Abschnitt kurz beschrieben. Anschließend soll die PTSD, mit der die gravierendsten Einschränkungen verknüpft sind, ausführlicher dargestellt werden.

LITERATUR:

Karutz, Harald, Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen, unveröffentlichte Diplomarbeit, S. 37-68, Mülheim an der Ruhr, 2001

2.2 SPEZIFISCHE PHOBIEN

Eine spezifische Phobie äußert sich in wiederkehrenden Angstzuständen, die durch konkrete Situationen oder Umweltreize ausgelöst werden. Bekannte Beispiele sind etwa die Angst vor dem Eingesperrtsein (Klaustrophobie) oder Ängste vor bestimmten Tierarten, z. B. Spinnen. Die Ursachen spezifischer Phobien sind oft nicht mehr aufzudecken, wobei häufig ein inzwischen vergessenes traumatisches Ereignis in der Vergangenheit angenommen wird.

Auf der Verhaltensebene äußern sich spezifische Phobien vor allem dadurch, dass die angstauslösenden Situationen oder Reizbedingungen gemieden werden. Aus der Sicht des Betroffenen ist diese Strategie zunächst durchaus adaptiv, aus psychologischer Sicht führt derartiges Vermeidungsverhalten jedoch zu einem Teufelskreis, der unter Umständen dazu führt, dass der Betroffene durch die Phobie immer mehr eingeschränkt wird. Angstauslösende Situationen werden gemieden, dies wird als angenehm, als belohnend erlebt, weil der unangenehme Angstzustand nicht auftritt. Diese Belohnung verstärkt wiederum das Vermeidungsverhalten. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass ganze Verhaltens- oder Lebensbereiche gemieden werden. Die Phobie wird auf diese Weise aber nicht unter Kontrolle gebracht, im Gegenteil, sie weitet ihre Kontrolle über das Leben des Betroffenen aus.

Im konkreten Fall eines durch einen Unfall traumatisierten Kindes könnte dies beispielsweise dazu führen, dass das Kind sich weigert, wieder ein Auto zu besteigen. Wird diesem Wunsch entsprochen, verstärkt sich das Vermeidungsverhalten, die Abwehr gegen Autos wird möglicherweise weiter zunehmen, so dass auch schon die Nähe eines Pkws als angstauslösend empfunden wird, und so weiter.

Das Ziel therapeutischer Maßnahmen gegen spezifische Phobien besteht daher im Allgemeinen darin, den Teufelskreis von Angst und Vermeidung zu durchbrechen. Dies geschieht, indem der Betroffene dazu gebracht wird, sich mit entsprechenden Situationen und Umweltreizen auseinander zu setzen, wobei ihm Strategien an die Hand gegeben werden, die entstehende Angst unter Kontrolle zu bringen.

Bei der »systematischen Desensibilisierung« beispielsweise lernt der Betroffene zunächst ein Entspannungsverfahren, etwa Progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training. Dazu wird gemeinsam mit dem Therapeuten eine Liste von angstauslösenden Situationen aufgestellt, geordnet nach dem Grad der Aversivität für den Betroffenen. Es entsteht eine »Angsthierarchie«. Der Patient versetzt sich dann in einen Zustand der Entspannung und wird, zunächst nur in seiner Vorstellung, mit immer unangenehmeren Situationen konfrontiert. Ziel ist es, die angstauslösende Vorstellung »auszuhalten«, und dabei den Zustand körperlicher Entspannung nicht zu verlassen. Auf diese Weise soll der Körper die physiologischen Reaktionen auf die vorgestellten Situationen »verlernen«, die mit Angst einhergehen.

Im konkreten Fall einer Traumatisierung durch einen Unfall lässt sich das Entstehen einer spezifischen Phobie durch den richtigen Umgang mit der Angst oft verhindern. Dazu ist es wesentlich, das Vermeiden angstauslösender Situationen so bald wie möglich zu unterbinden. Je schneller beispielsweise die Situation »Auto fahren« wieder als normale und alltägliche Situation erlebt wird, desto unwahrscheinlicher ist das Entstehen einer Phobie. Hier können Eltern unfallgeschädigter Kinder in Absprache mit Ärzten und Psychologen präventiv tätig werden.

2.3 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN (PTSD)

2.3.1 Die Diagnose

Die PTSD bezeichnet ein typisches Muster psychischer und physiologischer Symptome, die infolge traumatischer Erlebnisse, z. B. Krieg oder Unfall auftreten. Zu den typischen Symptomen einer PTSD gehören wiederholte sich aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, Albträume und das Gefühl, das Trauma in Gedanken erneut zu durchleben, obwohl man nicht mehr daran denken möchte. Menschen, die an PTSD leiden, versuchen, Gedanken oder Aktivitäten, die die Erinnerung an das Trauma wachrufen würden, zu unterdrücken. Daneben bestehen Symptome wie Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, häufiges Erschrecken auch bei nichtigen Anlässen und eine allgemein erhöhte Reizbarkeit.

Die folgende verkürzte Auflistung zeigt diagnostische Kriterien des Störungsbildes nach dem Diagnostischen Leitfaden Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM III-R, 1989, S. 307-308) sowie deren Erweiterung in der 1994 erschienenen Neufassung (DSM IV, 1994, S. 427-429).

Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM III-R und DSM IV

DSM III-R:

Die Person hat ein Ereignis erlebt, das für die meisten Personen außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt und für fast jeden stark belastend wäre, z. B. ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens oder der körperlichen Integrität; ernsthafte Bedrohung oder Schädigung der eigenen Kinder, des Ehepartners oder naher Verwandter und Freunde; plötzliche Zerstörung des eigenen Zuhauses bzw. der Gemeinde; oder mit anzusehen, wie eine andere Person infolge eines Unfalls bzw. körperlicher Gewalt vor kurzem oder gerade ernsthaft verletzt wurde oder starb.

DSM IV:

A)

Die Person war einem traumatischen Ereignis ausgesetzt.

B)

Das traumatische Ereignis wird ständig wiedererlebt.

C)

Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden).

D)

Anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus (waren vor dem Trauma nicht vorhanden).

E)

Die Dauer der Störung (Symptome aus B, C und D) beträgt mehr als einen Monat.

F)

Die Störung verursacht klinisch bedeutsames Leid oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen.

Zu spezifizieren ist:

AKUT:

Wenn die Dauer der Symptome weniger als drei Monate beträgt.

CHRONISCH:

Wenn die Dauer der Symptome drei Monate oder mehr beträgt.

MIT VERZÖGERTEM BEGINN:

Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis.

Die Revision von DSM III-R zu DSM IV ändert in erster Linie das Eingangskriterium: In der revidierten Fassung wird mehr Gewicht auf das subjektive Erleben und die Bewertung der Situation durch den Betroffenen gelegt.

2.3.2 Alternative Diagnosekriterien für Kleinkinder

Scheeringa et al. (1995) haben alternative Kriterien für Kinder unter 4 Jahren entwickelt. Ihre Vorschläge basieren auf den DSM IV-Kriterien für PTSD, legen aber mehr Wert auf die entwicklungsbedingten Fähigkeiten von Kleinkindern (Scheeringa et al., 1995, S. 195, zitiert nach Perrin et al., 2000; eigene Übersetzung). Eine wissenschaftliche Validierung dieser Kriterien steht allerdings noch aus.

In Bezug auf Kriterium A schlagen Scheeringa et al. z. B. vor, dass das Kind zwar ein traumatisches Erlebnis gehabt haben muss, nicht aber die intensive Furcht zum Zeitpunkt des Erlebnisses, die DSM IV verlangt. Zusätzlich soll eines der folgenden – hier gekürzt wiedergegebenen – Symptome aus dem Bereich »Wiedererleben« erfüllt sein:

- 1 Post-traumatisches Spiel**
- 2 Spielerisches Wieder-Aufführen der traumatischen Situation**
- 3 Wiederholte Erinnerungen an das traumatische Ereignis, abgesehen von denen, die sich im Spiel äußern, und die nicht notwendigerweise belastend sind**
- 4 Alpträume**
- 5 Episoden mit objektiven Merkmalen eines Flashbacks oder von Dissoziation**

Wie DSM IV fordern Scheeringa et al., dass die Störung mindestens einen Monat bestanden haben muss, sie verzichten aber auf den Kriterienbereich »Beeinträchtigungen« (Cluster F in DSM IV). Der Kriterienkatalog basiert auf der Analyse von 20 veröffentlichten Fallstudien mit traumatisierten Kindern.

2.4 Veränderte Persönlichkeit und Leistung durch eine PTSD

(nach Perrin et al., 2000, S. 278)

Der wohl belastendste Aspekt einer PTSD ist das wiederholte Wiedererleben der traumatischen Situation. Diese Art von Gedanken kann jederzeit auftreten, ist aber besonders häufig, wenn das Kind sich still verhält oder einzuschlafen versucht. Auch bestimmte Umweltreize oder intensive emotionale Zustände können Auslöser sein.

Die Art und Weise, in der das Kind das Trauma wiedererlebt, ändert sich häufig über die Zeit und wird mit zunehmender Reife der DSM IV-Beschreibung der Störung bei Erwachsenen immer ähnlicher (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995). Es gibt beispielsweise Hinweise, dass visuelle Flashbacks und dissoziative Phänomene, Abstumpfung und trauma-induzierte Amnesie bei sehr jungen Kindern nicht auftreten (Terr, 1985). Kleinkinder drücken ihr Trauma eher durch »Nachspielen« des traumatischen Ereignisses oder durch Zeichnungen und Geschichten aus.

Häufig sind, besonders bei Kleinkindern, Ängste vor schlechten Träumen und nächtliches Aufwachen, speziell in den ersten Wochen nach dem Ereignis. Auftretende Ängste beziehen sich oft nicht direkt auf das Trauma (z. B. Angst vor Monstern). Auch Trennungsangst ist häufig und tritt gelegentlich sogar bei Jugendlichen noch auf. In den ersten Tagen nach dem Trauma wollen Kinder ständigen Blickkontakt zu ihren Eltern haben, kehren manchmal sogar dazu zurück, bei den Eltern im Bett zu schlafen. Manche Kinder werden reizbarer und sind leichter zu verärgern, sowohl im Kontakt mit ihren Eltern als auch wenn sie mit Gleichaltrigen zusammen sind. Auch aggressive Verhaltensweisen können sich zeigen.

Traumatisierte Kinder haben häufig ein starkes Bedürfnis, über das Erlebte zu sprechen. Paradoxerweise fällt es aber gleichzeitig vielen schwer, mit ihren Eltern oder mit Gleichaltrigen zu reden. Dies mag mit dem Versuch zusammenhängen, die Schwere des eigenen Leides vor Erwachsenen zu verbergen. Gegenüber Gleichaltrigen kann auch der Wunsch, sich nicht durch das eigene Erlebnis von den anderen abzuheben, »am Rand zu stehen« eine Rolle spielen. Gleichzeitig vermeiden Gleichaltrige es oft, nach dem Erlebnis zu fragen, um den Spielkameraden nicht aufzuregen. Dies wird von den Betroffenen unter Umständen als eine subtile Form von Zurückweisung aufgefasst.

Eine starke Empfindlichkeit gegenüber potenziellen Gefahren in ihrer Umgebung ist bei traumatisierten Kindern häufig. Unter Umständen reagieren sie sehr heftig auf Berichte über andere traumatische Ereignisse. Besonders nach schweren Unfällen, bei denen womöglich schwere Verletzungen aufgetreten oder Menschen umgekommen sind, entwickeln die »Überlebenden« ein starkes Gefühl für die Zerbrechlichkeit des eigenen Lebens. Dies kann zu einer pessimistischen Sicht der Zukunft führen, die sich oft in einer vollständigen Vermeidung des Nachdenkens über das Thema Zukunft äußert.

Bei der Bandbreite der mit PTSD verknüpften Symptome kann es nicht überraschen, dass die sogenannte »Komorbidität«, also das gleichzeitige Vorhandensein anderer psychischer Störungen, weit verbreitet ist. Häufig sind, wie bereits erwähnt, spezifische Phobien, die sich auf konkrete Aspekte des traumatischen Erlebnisses beziehen. Auch sogenannte Generalisierte Angststörungen können auftreten, bei denen ein insgesamt erhöhtes Niveau von Besorgtheit gegenüber unterschiedlichsten, nicht mit dem Trauma verknüpften Situationen und vermuteten Gefährdungen im Vordergrund steht. Auch Panikattacken sind im Zusammenhang mit PTSD beobachtet worden, wobei der Beginn hier oft sehr verzögert eintritt.

Weitere assoziierte Probleme im Falle von verletzten oder getöteten Angehörigen oder Bekannten sind Schuldgefühle und eine oft massiv erschwerte Trauerarbeit. Die Betroffenen fühlen sich schuldig, weil sie überlebt haben, und sie sind unter Umständen der Meinung, dass sie den übrigen Opfern des Ereignisses besser hätten helfen müssen. Trauerarbeit, die Auseinandersetzung mit dem Tod eines Verwandten oder Bekannten, wird vor allem durch die gleichzeitig aktivierten, mit dem Trauma assoziierten Angstgefühle erschwert. Um die schrecklichen Ereignisse nicht noch einmal durchleben zu müssen, wird Trauerarbeit oft vermieden oder doch zumindest weit über das normale Maß hinaus verlängert. In diesem Fall, aber auch in weniger schweren Fällen von PTSD ist eine zusätzliche depressive Störung häufig. Auch von Selbstmordabsichten, autoaggressiven, also selbstverletzenden Handlungen und Alkohol- oder Drogenmissbrauch ist in diesem Zusammenhang berichtet worden.

Auch eine Reihe von Problemen der kognitiven Leistungsfähigkeit sind im Zusammenhang mit PTSD bei Kindern und Jugendlichen bekannt. Häufig sind Konzentrationsstörungen gegeben, besonders im Hinblick auf Schularbeiten. Auch Gedächtnisprobleme können auftreten, sowohl im Hinblick auf neu zu Lernendes als auch im Hinblick auf in der Vergangenheit bereits erlernte Fertigkeiten.

LITERATUR:

Perrin, S.; Smith, P.; Yule, W.; Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents, *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. Vol 41(3), Mar (2000). (pp. 277-289). US: Cambridge Univ Press

Scheeringa, M. S.; Zeanah, C. H.; Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age, *Infant Mental Health Journal*. Vol 16(4), Win (1995). Special Issue: Posttraumatic stress disorder (PTSD) in infants and young children. (pp. 259-270). US: John Wiley & Sons Inc.

2.5 Präventive und therapeutische Möglichkeiten

2.5.1 Prävention und Psychische Erste Hilfe

Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe FÜR LAIEN
modifiziert nach Lasogga & Gasch (2000)

Regel 1

Sagen Sie, dass Sie da sind und dass etwas geschieht!

Das verletzte Kind soll spüren, dass es in seiner Situation nicht allein ist ... Schon der Satz: »Ich bleibe bei Dir« wirkt entlastend und beruhigend ...

Regel 2

Schirmen Sie das verletzte Kind vor Zuschauern ab!

Neugierige Blicke sind für verletzte Kinder unangenehm. Weisen Sie Schaulustige freundlich, aber bestimmt zurück, indem Sie z. B. sagen: »Bitte treten Sie zurück!«

Wenn Zuschauer stören, weil sie unnötige Ratschläge geben oder von eigenen Erlebnissen berichten, geben Sie ihnen eine Aufgabe. Sagen Sie z. B.: »Schauen Sie, ob die Unfallstelle abgesichert ist.« Zu Störern kann auch gesagt werden: »Halten Sie bitte die Zuschauer auf Distanz und sorgen Sie für Ruhe!«

Regel 3

Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt!

Leichter körperlicher Kontakt wird von Kindern als angenehm und beruhigend empfunden. Halten Sie deshalb die Hand oder die Schulter ... Berührungen am Kopf und an anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe wie das verletzte Kind; knien Sie sich daneben oder beugen Sie sich herab. Wenn das verletzte Kind ... friert, unbequem liegt oder Kleidungsstücke zerrissen sind, sollte man dies beheben, z. B. es mit einer Decke zudecken.

Regel 4

Sprechen Sie und hören Sie zu!

Sprechen kann für das verletzte Kind wohltuend sein ... Sprechen Sie ... möglichst in ruhigem Tonfall – selbst zu Bewusstlosen! ... Sollten Sie Mitleid verspüren, scheuen Sie sich nicht, es zu zeigen!

**Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe FÜR PROFESSIONELLE HELFER
ebenfalls modifiziert nach Lasogga & Gasch (2000)**

Regel 1

Erregung beim Notfalleinsatz ist normal. Ein mittlerer Grad an Erregung ist optimal. Vergegenwärtigen Sie sich auf der Fahrt zum Einsatzort, was Sie erwartet und in welcher Reihenfolge Sie die einzelnen Handlungen absolvieren wollen. Hoffnung auf Erfolg ist besser als Angst vor Misserfolg.

Regel 2

Beginnen Sie nicht sofort nach der Ankunft am Unfallort mit Rettungsmaßnahmen. Verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick. Klären Sie, ob eine Selbstgefährdung vorliegt, welche organisatorische und logistische Arbeit zu leisten ist, welche Person welcher medizinischen und psychologischen Maßnahmen bedarf, welche weiteren Maßnahmen notwendig sind. Nehmen Sie sich hierfür bei einem Einzelunfall ca. 30 Sekunden, bei einem Großunfall bis zu 5 Minuten Zeit.

Regel 3

Sagen Sie, wer Sie sind und welche Funktion Sie haben. Lassen Sie sich den Namen des Kindes nennen. Versichern Sie ihm, dass etwas zu seiner Hilfe geschieht.

Regel 4

Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt. Halten Sie die Hand des Kindes oder legen Sie Ihre Hand auf seine Schulter. Berührungen am Kopf und an anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die Ebene des Kindes. Versorgen Sie es nicht von hinten.

Regel 5

Geben Sie Informationen über die Art der Verletzungen sowie Art und Dauer der eingeleiteten Maßnahmen in einer für das Kind verständlichen Sprache. Belügen Sie das Kind nach Möglichkeit nicht.

Regel 6

Kompetenz im fachlichen Bereich beruhigt. Vermitteln Sie dies verbal und durch einen zügigen Vollzug der medizinischen Verrichtungen.

Regel 7

Stärken Sie die Selbstkompetenz des Kindes. Ziehen Sie es zu einfachen Aufgaben mit heran, um in ihm das Gefühl der Eigenkontrolle zu stärken.

Regel 8

Halten Sie das Gespräch mit dem Kind aufrecht. Hören Sie »aktiv« zu, wenn es über seine Gefühle spricht. Sprechen Sie auch zu Bewusstlosen.

Regel 9

Sagen Sie verletzten Kindern, wenn Sie sie verlassen müssen. Sorgen Sie für »psychischen Ersatz« und instruieren Sie diese Person über ihre Aufgabe.

Gerade Kinder sind am Unfallort für eine psychische Betreuung (Beruhigung, Reizabschirmung und Vermittlung von Sicherheit) im Rahmen der Ersten Hilfe sehr empfänglich. Durch eine angemessene Betreuung am Unfallort kann eine Prävention der posttraumatischen Belastungsstörung erreicht werden.

Die nachfolgenden Regeln sind speziell auf die Bedürfnisse, Gefühle und Denkweise von Kindern zugeschnitten (nach Karutz 2001).

KASPERLE

- K** Kein Kind darf übersehen werden, jedes Kind muss betreut werden!
Kontaktaufnahme soll langsam und durch einen Helfer erfolgen! Körperkontakt vorsichtig herstellen!
- A** Aktivität ermöglichen!
Ablenkung behutsam versuchen!
- S** Situation und Maßnahmen erklären und ggf. vom Kind mitgestalten lassen!
Schuldgefühle beachten, ggf. intervenieren
(»Du bist nicht schuld«)!
- P** Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen
(Eltern, Freunde, Geschwister)!
- E** Entscheidungsfreiheit lassen!
Ermutigen, z. B. Fragen zu stellen und Schmerzen zu äußern!
- R** Ruhe bewahren und im Umfeld für Ruhe sorgen!
- L** Lieblingsstofftier bzw. einen Ersatz besorgen!
Loben hilfreichen Verhaltens (positives Verstärken)!
- E** Ernst nehmen, nicht »betüddeln«!
Ehrlich sein, z. B. Fragen nach Schmerzhaftigkeit von Maßnahmen ehrlich beantworten!

Für die Betreuung von Kindern im Großschadensfall stellte Karutz als zweite Richtlinien-Gruppe die **PUMUCKEL-Regeln** auf. Leitgedanke hierbei ist, dass die Kinder bei Ihren Eltern bleiben bzw. rasch zu ihnen gebracht und auch von ihnen betreut werden. Sollte dies nicht möglich sein, sollten Kinder in Sicherheit und gemeinsam mit anderen Kindern zu hilfreicher Aktivität angeleitet werden.

PUMUCKEL

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: Im zweiten Weltkrieg erlitten z. B. Kinder, die zum Schutz vor alliierten Angriffen ohne ihre Eltern in Erholungsheime auf dem Land evakuiert worden waren, häufiger psychische Folgeschäden als Kinder, die gemeinsam mit ihren Eltern massive Bombenangriffe miterlebten!

M Materialbeschaffung

Vorzuhalten sind Ersatzbekleidung in Kindergrößen, Malstifte und Zeichenblöcke, Knetmasse, Kindermusik auf Kassetten sowie einige Süßigkeiten (siehe unten).

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 Gruppenführerausbildung).

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. Dies kann (bei älteren Kindern) z. B. anhand konkreter Regeln vermittelt werden (»Ihr müsst jetzt gut aufeinander aufpassen!«).

E Eigenaktivität

Jedes eigene Tun von Kindern mindert ihre Hilflosigkeit. Insofern sollte Aktivität initiiert und ermöglicht werden. Eine Möglichkeit besteht etwa darin, Kinder aufzufordern, doch ein Bild für die Männer und Frauen von der Feuerwehr zu malen. Die Bilder könnten sogar noch am Einsatzort an Feuerwehrleute übergeben werden, die sich gerade am Rand des Geschehens oder in einem Aufenthaltsraum ausruhen.

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.

Neben den KASPERLE- und PUMUCKEL-Regeln erarbeitete Karutz auch **WINNETOU-Regeln**, die als Leitfaden für die Psychische Erste Hilfe bei trauernden Kindern dienen sollen. Prinzipiell sollen nach Karutz Kinder so trauern können, wie sie es tun, und außerdem möglichst mit Erwachsenen gemeinsam trauern können.

WINNETOU

Wenden Sie sich trauernden Kindern zu!

Schenken Sie trauernden Kindern besondere Aufmerksamkeit, zeigen Sie Ihre Liebe und Zuneigung; vermitteln Sie Sicherheit, indem Sie z. B. Absprachen zuverlässig einhalten und für einen klar strukturierten Tagesablauf sorgen.

Informieren Sie trauernde Kinder!

... über die laufenden Vorbereitungen für das Begräbnis, die geplante Trauerfeier und das bevorstehende Abschiednehmen. Auch die Tatsache, dass jemand gestorben ist sowie die Todesursache, sollten in einfachen Worten mitgeteilt werden.

Nicht einengen, zensieren, bevormunden!

Lassen Sie trauernde Kinder eigene Entscheidungen treffen, z. B. bezüglich der Art des eigenen Abschiednehmens, des eventuellen Ansehens eines Verstorbenen, der Auswahl eines Abschiedsgrußes als Sargbeigabe etc.

Nichts verheimlichen, nicht ausschließen, sondern einbeziehen!

Lassen Sie trauernde Kinder Anteil nehmen – auch an Ihrer eigenen Trauer. Erklären Sie, warum Sie trauern und sich möglicherweise ungewohnt verhalten!

- E** Ermutigen Sie trauernde Kinder, Fragen zu stellen und eigene Gefühle zu zeigen!
Erlauben Sie trauernden Kindern, so zu trauern, wie sie es tun! Akzeptieren Sie die Art und Weise, in der ein Kind trauert, auch wenn Sie dadurch irritiert sein sollten oder eine andere Vorstellung von »ordnungsgemäßer« Trauer haben!
Zeigen Sie Geduld, Toleranz und Verständnis – auch für Zorn, Unruhe und andere vorübergehende Verhaltensänderungen.
- T** Thematisieren Sie (gemeinsame) Erinnerungen an den Verstorbenen!
Teilen Sie Ihre Trauer! Sehen Sie sich gemeinsam Fotos an, weinen Sie gemeinsam.
- O** Offene und v. a. ehrliche Gespräche sind hilfreich, wenn Kinder sie wünschen!
Das bedeutet: Texten Sie trauernde Kinder nicht zu, sondern beantworten Sie ihre Fragen ehrlich und mit einfachen Worten.
- U** Unternehmen Sie etwas, wenn ein Kind Schuldgefühle entwickelt und langfristig anhaltende Verhaltensänderungen zeigt!
Sagen Sie ihm ggf. explizit, dass es unschuldig ist und keine Verantwortung für den Tod trägt. Daumenlutschen und Bettnässen, aber auch plötzliche Schulschwierigkeiten können Anzeichen dafür sein, dass professionelle Hilfe notwendig ist!

Weiterführende Empfehlungen

Ergänzend zu den KASPERLE/PUMUCKEL/WINNETOU-Regeln erhalten Sie hier weiterführende Empfehlungen für unterschiedliche Situationen.

1 Kind unverletzt oder leicht verletzt – Elternteil oder Eltern verletzt oder verstorben

Hier geht es um altersangemessene psychosoziale Begleitung in unmittelbarer zeitlicher und örtlicher Nähe des Unfallortes. Notwendig sind die elementaren Hilfen: Beruhigen, Stabilisieren, den Unfallhergang erzählen lassen, Informationen geben über den Verbleib der Angehörigen, ggf. Mitfahrt ins Krankenhaus usw.

Bei Tod eines Elternteils: Kind (ab Kindergartenalter) nicht ausgrenzen oder abschotten, wenn noch am Unfallort eine Aussegnung erfolgt. Kindgemäß und altersgerecht informieren über mögliche akute Belastungsreaktionen, Kontakt zu Vertrauensperson herstellen, Person des Vertrauens informieren und auf mögliche Reaktionen vorbereiten.

2 Kind verletzt – Elternteil oder Eltern verletzt oder verstorben

Das Kind nach Möglichkeit in das gleiche Krankenhaus wie die Eltern bringen (außer, wenn Spezialklinik notwendig ist). Dann schnellstmöglich psychosoziale Fachleute vor Ort, z. B. Krankenhausesseelsorger und/oder Sozialarbeiter über Unfall informieren/alarmieren.

3 Kind(er) verletzt – Eltern haben keinen sofortigen Zugang zum Kind

Solche Situationen können auftreten bei einer Klassenfahrt, einer Kinder- oder Jugendgruppenreise, einem Ausflug eines Sportvereins o. Ä. Ist eine ganze Gruppe von Kindern betroffen, sollte sofort eine bundesweit tätige ehrenamtliche Organisation der Notfallseelsorge/Krisenintervention/Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen eingeschaltet werden, denn es sind mehrere Betreuungselemente notwendig:

◆ **Sofort Eltern-Informationsveranstaltung anbieten:**

Eltern informieren über Unfallhergang und Unfallfolgen sowie mögliche Belastungsreaktionen der Kinder. Eltern für mögliche/wahrscheinliche Verhaltensänderungen des Kindes sensibilisieren.

- ◆ **Ein Team zur psychosozialen Unterstützung an den Ferien/Veranstaltungsort entsenden** zur Unterstützung des vorhandenen Betreuungsteams. Strukturierte Gruppen- bzw. Einzelgespräche für die Kinder anbieten.
- ◆ **Örtliche Betreuer informieren über mögliche akute Belastungsreaktionen.**

4 Kind(er) verletzt – viele kindliche Augenzeugen

Dies kann z. B. bei einem Unfall auf Schulveranstaltungen oder Schulfahrten der Fall sein. Psychosoziale Unterstützung ist notwendig sowohl für die Verletzten als auch für die als Augenzeugen betroffenen Kinder.

Daher gilt: nach der Akutbetreuung für weitergehende Begleitung sorgen, z. B. die Krankenhausseelsorge informieren.

Gruppe der unfreiwilligen Augenzeugen, Freunde, Klassenkameraden usw. zu einem strukturierten Gruppengespräch einladen. Informieren über mögliche akute Belastungsreaktionen.

5 Kind verstorben

Verabschiedung mit Aussegnung noch an der Unfallstelle ermöglichen.

Zuständigen Seelsorger informieren. Angebote für Gespräche im Kindergarten, in der Schule usw. unterbreiten. Freunde und Klassenkameraden an der Vorbereitung und Ausgestaltung der Beerdigung beteiligen.

Langfristige Trauerbegleitung sicherstellen, z. B. durch Vermittlung an regionale Trauerselbsthilfegruppe »Verwaiste Eltern« oder andere.

6 Hilfe für Helfer

Kindernotfälle können auch schon während des Einsatzes oder danach heftige akute Belastungsreaktionen bei Helfern auslösen. Grausame Verletzungsmuster oder eine Familiensituation mit eigenen Kindern im Alter des unfallbeteiligten Kindes können dazu führen, dass eine Einsatzkraft während des Einsatzes oder danach aufgrund der psychischen Belastung nicht mehr handlungsfähig ist. Als Helfer in solchen Fällen eine Einsatznachsorgemaßnahme für sich oder für alle Einsatzhelfer in Anspruch nehmen. Gut geeignet dafür

sind die Maßnahmen der Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen mit einem weltweit standardisierten Ansatz.

An ein Einsatznachsorgeteam in Ihrer Region wenden oder an die Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen unter:
Tel. 0 18 05/87 28 62.

Mögliche psychische Reaktionen bei und nach einem Unfall

Psychische Reaktionen auf ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens oder das eines anderen sind völlig normale Reaktionen eines normalen und gesunden Menschen auf ein abnormes Ereignis.

Als völlig normale akute Belastungsreaktionen können auftreten ...

... **in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis:**

- ◆ **Schock**
- ◆ **Übererregung, Zittern, Weinkrämpfe**
- ◆ **Klammern an Bezugspersonen**

... **nach einer ersten Ruhe- und Erholungsphase:**

- ◆ **Schlafprobleme und Alpträume, nicht mehr alleine schlafen wollen**
- ◆ **gereiztes Verhalten**
- ◆ **Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungsabfall in der Schule**
- ◆ **Vermeidungsverhalten (des betreffenden Unfall-Verkehrsmittels)**
- ◆ **Rückzug von Freunden und Klassenkameraden, Isolierung**
- ◆ **ständiges Nachspielen des Verkehrsunfalls mit Spielzeugautos**

Sollten solche Verhaltensweisen nicht nach einer gewissen Zeit verschwinden und sehr lange Zeit anhalten, so ist weitergehende professionelle Hilfe notwendig.

LITERATUR:

Karutz, H., Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Mülheim an der Ruhr, 2001

Lasogga, F., Gasch, B., Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Edewecht: Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey 2000

2.5.2 Therapeutische Ansätze

Ist eine PTSD einmal entstanden und diagnostiziert, gibt es eine Reihe von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Dabei stehen drei Ziele im Vordergrund: Die Reduktion der PTSD-Symptomatik, die Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien und eine Steigerung des Kontrollgefühls und Wohlbefindens des Betroffenen.

2.5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Nach der Einschätzung von Perrin et al. (2000), herrscht inzwischen weitgehender Konsens zwischen Trauma-Experten, dass die Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) am besten geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Kennzeichnend für KVT-Methoden ist die Einbeziehung der aktiven Teilnahme des Klienten, der in Selbsthilfe-Methoden ausgebildet und so zum eigenen Therapeuten wird. Verschiedenste Verfahren der KVT wurden entwickelt und sind heute in Anwendung.

In den wenigen bisher durchgeführten kontrollierten Therapiestudien konnte die Wirksamkeit von KVT Methoden bei PTSD bei Kindern bestätigt werden (z. B. Mannarino, 1996, 1998; Goenjian et al., 1997; March et al., 1998). Weitgehender Konsens besteht weiterhin darüber, dass eine effektive Behandlung von PTSD Kind und Eltern einbeziehen und gründliche Aufklärung über die Störung beinhalten sollte. Als zentral wird betrachtet, dass der Betroffene im Verlauf der Therapie auch den unangenehmen, angstauslösenden Reizen ausgesetzt werden muss (Exposition) und dass dysfunktionale gedankliche Inhalte aufgedeckt und umstrukturiert werden müssen (etwa Schuldgefühle).

Im Folgenden soll exemplarisch ein auf dieser Grundlage aufbauendes therapeutisches Programm beschrieben werden, das speziell zur Behandlung von PTSD bei Kindern entwickelt wurde (Perrin et al., 2000).

Das Programm ist aus vier Komponenten zusammengesetzt:

- ◆ **Informationsvermittlung, Setzen von Zielen**
- ◆ **Entwicklung von Bewältigungsstrategien**
- ◆ **Exposition**
- ◆ **Abschluss der Therapie und Rückfallprävention.**

Informationsvermittlung, Setzen von Zielen: Eltern und Kind sollten mit Informationen über die Auswirkungen des Traumas auf unterschiedliche

Funktionsbereiche versorgt werden. Spezielles Gewicht sollte dabei darauf gelegt werden, eine Vorstellung von den Grundprinzipien zu vermitteln, auf denen die Behandlung aufbaut. Die Ziele der Behandlung sollten im gegenseitigen Einverständnis von Kind, Eltern und Therapeut explizit gemacht und festgelegt werden. Dazu werden konkrete Fragen formuliert, die Kind und Eltern sich immer wieder selbst stellen können, um den aktuellen Therapiefortschritt zu beurteilen. Wichtig ist dabei die Formulierung tatsächlich messbarer Therapieziele, etwa »fünfzigprozentige Zunahme in der Anwendung von Bewältigungsstrategien bei Angstgefühlen«.

Entwicklung von Bewältigungsstrategien: Dem Kind wird beigebracht, Auslöser für Angstgefühle frühzeitig zu erkennen, um das Gefühl von Kontrolle zu verstärken und Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Dabei ist es wichtig, dass nicht jegliche Art von Vermeidungsverhalten unterlassen werden sollte, bevor die kompensatorischen Bewältigungsmechanismen eingeübt sind. Zu diesen Strategien zählen z. B. Entspannung, positive Selbstverbalisation, positive Vorstellungen und Problemlösen. Auch die sogenannte »Gedankenstopp«-Technik kann eingesetzt werden, um sich aufdrängende Gedanken in der Schule oder vor dem Einschlafen zu unterdrücken. Dem Kind wird dann beigebracht, eine eigene Skala für das Ausmaß der erlebten Belastung zu entwickeln. Dabei spielen numerische Werte eine Rolle, die das Ausmaß der Belastung beschreiben sollen (etwa: 1 – bin überhaupt nicht belastet, 10 – fühle mich so schlecht wie nie zuvor). Für jüngere Kinder kann hierzu auch eine graphische Variante, etwa ein »Angst-Thermometer« eingesetzt werden. Die Entwicklung dieser persönlichen Skala ist die Grundlage für die darauffolgende Expositionsphase.

Exposition: In dieser Phase assistiert der klinische Psychologe oder Kinderpsychiater dem Kind dabei, sich an das Ereignis zu erinnern und alle relevanten Gedanken und Gefühle erneut zu durchleben, aber auf eine Art und Weise, die die damit verbundene Belastung nicht verstärkt sondern es erlaubt, die Belastung zu bewältigen. Dazu ist es in erster Linie notwendig, eine als sicher und vertraut erlebte Umgebung zu schaffen, in deren Schutz das Erlebnis besprochen werden kann. Der Therapeut muss darauf vorbereitet sein, das Kind nach den schwierigsten Aspekten des traumatischen Erlebnisses zu fragen. Bei Kleinkindern kann es nützlich sein, sie ihre Erfahrungen zeichnen oder malen zu lassen, um die emotionale Verarbeitung zu erleichtern. Spiel kann die gleiche Funktion erfüllen.

Das Kind wird aufgefordert, sich in seiner Vorstellung mit dem traumatischen Ereignis auseinander zu setzen und dabei mit Hilfe der vorher entwickelten

Skala ein Urteil über die dabei erlebte Belastung abzugeben. Nach einer Beschreibung der Situation sollte das Kind die Gelegenheit bekommen, sich zu beruhigen und zu entspannen, gleichzeitig sollte ausgiebig der Mut und die Bereitschaft gelobt werden, seine Erfahrungen mitzuteilen. Sollten sich Beruhigung und Entspannung nach kurzer Zeit nicht eingestellt haben, sind Entspannungsübungen durchzuführen oder das Kind kann aufgefordert werden, darüber zu sprechen, wie es war, über das Trauma zu sprechen. Eine Sitzung sollte niemals beendet werden, wenn das Kind emotional noch unter Druck steht.

Die kognitive Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Erlebten sollte verschoben werden, bis das Angstniveau hinreichend reduziert worden ist. Wenn das Kind entspannter ist, ist es sinnvoll nach Hinweisen für selbstanklagende Gedanken, Glauben an eine dauerhafte Wirkung des Traumas (»Ich werde nie mehr derselbe sein!«) oder nach einer Überbetonung der Effekte des Traumas auf andere Lebensbereiche (»Es hat alles ruiniert!«) zu suchen. Es kann ausreichend sein, diese dysfunktionalen Gedanken aufzudecken und dem Kind zu helfen, sie zu normalisieren. Kognitive Umstrukturierung kann eingesetzt werden, wenn sie notwendig erscheint.

Therapeutische Hausaufgaben bestehen in dieser Phase darin, sich nach und nach in der Vorstellung und »in vivo« Auslösern für Erinnerungen an das Trauma auszusetzen. Dazu können beispielsweise Tonbandaufnahmen der therapeutischen Sitzungen verwendet werden. Die Eltern werden einbezogen und bekommen den Auftrag, das Kind für den Einsatz richtiger Bewältigungsstrategien zu belohnen. Ihnen wird außerdem Hilfe beim Umgang mit möglichem abweichenden Verhalten des Kindes zu Hause und in der Schule angeboten (Schulverweigerung, Bettnässen, Trennungsangst, Reizbarkeit). Wichtig ist auch eine regelmäßige Information der Eltern über den Therapiefortschritt.

Abschluss der Therapie und Rückfallprävention: Am Ende der aktiven Therapiephase sollte das Kind darüber Auskunft geben können, was es gelernt hat und beschreiben können, wie es in Zukunft mit Erinnerungen an das Trauma und anderen Langzeiteffekten umgehen wird. Eine Neuorientierung des Kindes auf die Schule, angenehme Aktivitäten und Wünsche für die Zukunft können hilfreich sein. Rückfallprävention sollte mit dem Kind besprochen werden, dabei kann es auch zukünftige möglicherweise problematische Situationen beschreiben. Problemlösestrategien und der Einsatz von erlernten Bewältigungsmechanismen für diese Situationen können dann in Erinnerung gerufen werden.

Eventuell können zusätzliche Auffrischungssitzungen vereinbart werden, die einige Monate nach dem Ende der Therapie stattfinden und in denen die erlernten Bewältigungsstrategien erneut überprüft werden können. Dies ist besonders sinnvoll kurz vor dem Wiedereintritt in die Schule oder vor Jahrestagen des traumatischen Erlebnisses.

2.5.2.2 Andere therapeutische Ansätze

Ein noch umstrittener Therapieansatz für PTSD ist die sogenannte Augenbewegungs-Desensitivierung (EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shapiro, 1989). Dabei bewegt der Therapeut einen Finger in einer Seitwärtsbewegung vor dem Gesicht des Patienten hin und her. Der Patient ist aufgefordert, dem Finger mit seinem Blick zu folgen. Gleichzeitig soll er an das traumatische Erlebnis denken, ohne jedoch notwendigerweise darüber zu sprechen. Dieser Prozess wird wiederholt bis die Erinnerung als weniger belastend erlebt wird. Laut einigen unkontrollierten Fallstudien ist EMDR möglicherweise bei Kindern mit PTSD hilfreich (Coco & Sharpe, 1993; Greenwald, 1994; Muris & de Jonghe, 1996).

Einige wenige Studien geben auch Hinweise darauf, dass strukturierte Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt auf der Nachbesprechung des Erlebnisses bei kindlicher PTSD erfolgreich angewendet werden könnte (Galante & Foa, 1986; Yule, 1992; Stallard & Law, 1993). Zu beachten ist hier aber, dass in der Literatur auch negative Effekte solcher Nachbesprechungen berichtet werden (Foa & Meadows, 1997).

Pharmakologische Ansätze allein können PTSD aller Wahrscheinlichkeit nicht beikommen (Shalev et al. 1996). Es gibt einige wenige Hinweise auf die Wirksamkeit adrenerger Blockierung auf einige der Symptome von PTSD, doch steht hier ausreichende Validierung noch aus.

Die aktuelle Situation in Deutschland

3



Psychische Unfallfolgen können, das sollte aus dem bisher Dargestellten zweifelsfrei zu entnehmen sein, besonders für Kinder zu ernsthaften und dauerhaften Problemen führen. Mit Prävention und Intervention ließen sich viele dieser Probleme verhindern oder bekämpfen, aber geschieht dies auch in ausreichendem Maße? Wie sieht die tatsächliche Betreuung von Kindern am Unfallort aus? Sind Rettungskräfte und Polizei ausreichend auf diese Anforderung vorbereitet? Sind den Eltern und den Ärzten betroffener Kinder die seelischen Gefahren, die mit einem Verkehrsunfall verbunden sind, bewusst? Gibt es genügend Betreuungsangebote für traumatisierte Unfallopfer?

Um diese Fragen zu beantworten, hat die Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge eine breit angelegte Studie durchführen lassen, in der sowohl Betroffene als auch professionelle Unfalhhelfer zu Wort kamen. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden kurz dargestellt.

3.1 Psychologische Betreuung unfallbeteiligter Kinder: Die Sicht der Betroffenen

Die Eltern von insgesamt 47 Kindern und Jugendlichen, die selbst Unfallopfer geworden waren, beteiligten sich an der Studie. 70 % der betroffenen Kinder waren zum Zeitpunkt des Unfalls weniger als 10 Jahre alt. Die meisten der Beteiligten verunglückten als Radfahrer (36 %) oder als Insassen in einem Pkw (32 %). Etwa 23 % wurden als Fußgänger Opfer oder Zeuge eines Unfalls.

92 % der Teilnehmer wurden bei dem Unfall verletzt, etwa die Hälfte davon schwer. Die Verletzungen reichten von Prellungen und Schürfwunden über Brüche und Kopfverletzungen bis hin zur Amputation von Gliedmaßen und Querschnittslähmung. In etwa 30 % der Fälle wurden neben dem Kind auch noch andere Beteiligte verletzt, in einigen Fällen gab es auch Todesopfer. Bei fast 60 % der betroffenen Kinder gab es unmittelbar nach dem Unfall keine Möglichkeit, das Geschehene ausführlich zu besprechen. Von den übrigen konnten bei etwa 40 % die Eltern unmittelbar nach dem Unfall mit dem Kind sprechen, bei knapp 24 % übernahmen Rettungspersonal oder Polizei diese Aufgabe, bei 18 % konnte sich ein unbeteiligter Zeuge um das Kind küm-

mern, bei 8 % stand ein begleitender Erwachsener zur Verfügung. In einigen wenigen Fällen kümmerte sich auch ein anderer Unfallbeteiligter oder der Notarzt um das psychische Wohlergehen des Kindes.

Nur knapp 13 % der Kinder wurden in den ersten Monaten nach dem Unfall professionell psychisch betreut, davon jeweils ein Viertel von einem Kinderarzt oder von einem Kinder- und Jugendpsychiater. 12 % der psychisch Versorgten erhielten Betreuung vom Hausarzt, 37 % von einem Psychologen. Die Eltern der Kinder, die keine professionelle Betreuung erhielten, begründeten dies zumeist damit, dass sie selbst es nicht für notwendig gehalten hatten (56 %) oder damit, dass es keine entsprechenden Angebote gegeben habe (22 %). In knapp 10 % der Fälle wurde aufgrund der Aussagen des Kindes selbst auf Nachbetreuung verzichtet.

Ein Elternpaar gestand im Fragebogen ein, man hätte auf Nachsorge verzichtet, um das Kind nicht erneut mit dem Erlebten zu konfrontieren.

Insgesamt 38 % der Kinder litten auch zum Zeitpunkt der Befragung, das heißt im Mittel vier Jahre später, noch unter den psychischen Folgen des Unfalls, 34 % »ein bisschen« und 4 % »sehr«.

Die von den Eltern berichteten psychischen Nachwirkungen lesen sich wie ein Auszug aus einem Diagnoseinventar für PTSD: Angst im Straßenverkehr (37 %), Schlafstörungen (30 %), Stimmungsschwankungen (27 %), Schreckhaftigkeit und generelle Ängstlichkeit (je 24 %), Konzentrationsschwierigkeiten (21 %). Auch über Trennungsangst und Traurigkeit (je 19 %), Alpträume und Unruhe (je 16 %), Absinken schulischer Leistung (16 %) und Aggressionen und Wutausbrüche (12 %) wurde berichtet.

50 % der Eltern würden sich im Rückblick wünschen, es hätte mehr Angebote zur akuten und langfristigen psychischen Betreuung ihres Kindes gegeben. Zum Vergleich mag eine Untersuchung dienen, die am Royal United Hospital in Bath in Großbritannien durchgeführt wurde (Stallard et al, 1998). In einer zwölfmonatigen Studie wurden 119 Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren untersucht, die in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen waren. Als Kontrollgruppe dienten 66 Kinder, die sich beim Sport verletzt hatten. Im Schnitt sechs Wochen nach dem Unfall wurden die Kinder getestet und interviewt. Es zeigte sich, dass 34,5 % der unfallbeteiligten Kinder an einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten. Bei Kindern mit Sportverletzungen waren es hingegen nur 3 %. Ob eine Störung auftrat oder nicht, hing weder vom Alter des Kindes noch von der Art des Unfalls oder der Verletzung ab. Mädchen hatten mit 55 % ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Jungen mit 19 %.

3.2 Die Sicht der professionellen Helfer

Um das Problem »akute Betreuung am Unfallort« auch von der anderen Seite zu beleuchten, wurden 264 erfahrene Notärzte und 119 erfahrene Notfallseelsorger befragt. In großer Übereinstimmung berichteten sie, dass Kinder, die Unfallopfer geworden sind, meist von ihren Eltern oder dem Rettungspersonal betreut würden. Dabei betonten über zwei Drittel der Notärzte und sogar knapp drei Viertel der Seelsorger, dass die vor Ort anwesenden Helfergruppen (Notarzt, Rettungspersonal, Polizei, Feuerwehr) keine Möglichkeit hätten, sich in ausreichendem Maß um das psychische Wohlergehen der kleinen Unfallopfer zu kümmern. Insgesamt waren von den 383 befragten professionellen Unfallhelfern nur drei der Meinung, dass die psychische Betreuung von Kindern am Unfallort stets ausreichend sei. Über die Hälfte war der Meinung, die Betreuung sei »selten« oder »nie« ausreichend.

Ärzte und Seelsorger machten eine Reihe von Vorschlägen zur Verbesserung der Situation von Kindern am Unfallort. Die am häufigsten formulierte Forderung betraf spezifische Aus- und Weiterbildung von Notärzten, Seelsorgern und Rettungspersonal. Zusätzlich würden sich viele der Befragten wünschen, dass im Bedarfsfall über die Rettungsleitstelle eigens ausgebildetes Fachpersonal wie Psychologen oder Seelsorger angefordert werden könnte. Einige der Notärzte klagten, dass Zeitmangel eine angemessene Betreuung der kleinen Patienten unmöglich mache, da die medizinische Versorgung stets im Vordergrund stehen müsste. Ärzte und Notfallseelsorger verwiesen auf die enorme Bedeutung unmittelbarer und fachlich kompetenter Betreuung der Kinder, die aber, vor allem wenn sie nicht unmittelbar betroffen seien, am Unfallort kaum wahrgenommen würden.

Hilfe gegen PTSD bei unfallbeteiligten Kindern

4



Wie die bisher dargestellten Erkenntnisse zeigen, ist einerseits das Risiko, dass unfallbeteiligte Kinder psychische Narben davontragen, relativ groß, andererseits fehlen nach übereinstimmender Einschätzung von Betroffenen und professionellen Helfern die nötigen Betreuungs- und Hilfsangebote.

Welche konkreten Maßnahmen wären aber notwendig? Welche Ansatzpunkte gibt es, um auf das Problem aufmerksam zu machen und es anzugehen? Die folgenden Abschnitte sollen hierzu Anregungen geben.

4.1 Aufklärung der Eltern

Eines der augenfälligsten Ergebnisse der von der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge in Auftrag gegebenen Befragung ist die Tatsache, dass sich wenige Eltern nach dem Unfall bemüht hatten, ihr Kind professionell nachbetreuen zu lassen. Die sehr reale Möglichkeit, dass ein an einem Unfall direkt oder indirekt beteiligtes Kind unter gravierenden psychischen Nachwirkungen des Erlebten leiden könnte, scheint vielen nicht in den Sinn gekommen zu sein. Dies hängt sicher stark damit zusammen, dass das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Öffentlichkeit bisher wenig bekannt ist, und diese Art von Nachwirkung daher auch nicht als Problem betrachtet wird.

Eine Forderung, die sich hieraus unmittelbar ableiten lässt, ist die nach mehr und besserer Information für Eltern ganz allgemein, speziell aber für die Eltern betroffener Kinder. Diese könnte auf unterschiedlichste Weise zur Verfügung gestellt werden. Notärzte könnten bereits am Unfallort auf die Problematik hinweisen und eventuell direkt Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Rettungspersonal könnte grundsätzlich bei Unfällen mit Kinderbeteiligung die Empfehlung aussprechen, eine psychologische Beratungsstelle aufzusuchen, um Informationen einzuholen und möglicherweise notwendige weitere Schritte abzuklären. Spätestens bei der medizinischen Versorgung beim Hausarzt oder im Krankenhaus sollten den Eltern entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt werden. Bei Informationsabenden in Schulen und Kindergärten zur Verkehrserziehung könnten Eltern allgemein und präventiv auf das Problem und vorhandene Hilfsangebote hin-

gewiesen werden, so dass sie im Ernstfall wüssten, an welche Institutionen sie sich wenden können.

Eine weitere Forderung lässt sich aus der Tatsache ableiten, dass nach den Erfahrungen der Praktiker meist die Eltern diejenigen sind, die sich am Unfallort um die Kinder kümmern. Eine präventive Aufklärung mit dem Ziel, in solchen Fällen eine einfühlsame Auseinandersetzung mit dem Erlebten einzuleiten, könnte Eltern in die Lage versetzen, sich in einer Unfallsituation angemessen zu verhalten und so psychischen Spätfolgen vorzubeugen. Auch dies ist im Zusammenhang einer gesamtgesellschaftlichen Aufklärung zu sehen.

Schließlich können Eltern sich bemühen, sich im Straßenverkehr vorbildhaft zu verhalten und damit unter Umständen verhindern, dass ihre Kinder belastenden Eindrücken überhaupt ausgesetzt werden. Dazu zählt beispielsweise, als Unbeteiligter an einer abgesperrten Unfallstelle nicht stehen zu bleiben oder langsamer zu fahren, um zu »gaffen«. Auch die Konfrontation mit zerstörten Fahrzeugen und am Unfallort behandelten Schwerverletzten kann bei Kindern eventuell eine posttraumatische Belastungsstörung, zumindest aber Verunsicherung und Angstgefühle auslösen. Dementsprechend sollten Eltern sich bemühen, bereits abgesicherte Unfallstellen zügig zu passieren und mitfahrenden Kindern eventuell eine sachliche und beruhigende Erklärung für das Geschehene zu geben.

4.2 Aufklärung über Hilfsaktionen und Hilfe am Unfallort

Im Idealfall sollten bei der Beteiligung von Kindern an einem Verkehrsunfall mehrere Mechanismen in Gang gesetzt werden. Zu denken ist hier an eine Verbindung von kompetenter Behandlung vor Ort und an die Vermittlung von wesentlichen Informationen an Eltern und weiterbehandelnde Einrichtungen. Wie die von der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge in Auftrag gegebene Studie ergab, sehen gerade viele Notärzte sich rein zeitlich nicht in der Lage, sich ausreichend um die psychische Betreuung von Kindern am Unfallort zu kümmern. Dies kann unter Umständen gerade dann besonders gravierend sein, wenn das betroffene Kind nicht selbst verletzt ist, also nicht medizinisch versorgt werden muss. Da Polizei, Rettungspersonal und Ärzte gerade in dieser Situation mit anderen Aufgaben ausgefüllt sind, ist nach einer zusätzlichen,

nicht mit medizinischen Aufgaben oder Sicherungs- und Bergungsaufgaben befassten Gruppe von Betreuern zu streben, die im Bedarfsfall über die Rettungsleitstelle angefordert werden kann, wenn Kinder an einem Unfall beteiligt sind. Diese Forderung wurde auch von mehreren Notärzten und Notfallseelsorgern in der oben beschriebenen Befragung formuliert.

Denkbar wäre ein Bereitschaftsdienst von Notfallpsychologen und Notfallseelsorgern, die für die Betreuung traumatisierter Unfallopfer im Allgemeinen und für die Betreuung unfallbeteiligter Kinder im Besonderen ausgebildet sind. Diese Betreuer könnten dann auch die Aufgabe übernehmen, Eltern bereits am Unfallort möglichst umfassend zu informieren und auf weiterführende Hilfsangebote hinzuweisen. Eine derartige Ergänzung der Helfergruppen am Unfallort wäre zwar wünschenswert, wird aber wohl selbst im besten Fall noch einige Zeit auf sich warten lassen. Zunächst sollten daher psychologische Erkenntnisse über die Situation unfallbeteiligter Kinder stärker in die Ausbildung von Notärzten, Notfallseelsorgern und Rettungsdiensten aufgenommen werden.

Eine stärkere Betonung der psychischen Gefahren der Traumatisierung und zusätzliche Vermittlung von Grundkonzepten und -techniken der Gesprächsführung für solche Fälle könnten die Helfer in die Lage versetzen, mit Akutinterventionen die Entstehung einer traumatisch bedingten Erkrankung unter Umständen zu verhindern.

4.3 Abklärung und Nachbetreuung

Wünschenswert wäre es, wenn standardmäßig eine Abklärung der psychischen Nachwirkungen eines Unfalles bei Kindern angesetzt würde. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Praxen sowie psychologische Beratungsstellen und -dienste verfügen über die diagnostischen Mittel und die fachliche Kompetenz, durch einen Unfall entstandene Belastungen einzuschätzen und eventuell therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

4.4 Psychische Folgen bei Kindern und die Öffentlichkeit

Sowohl aus den Ergebnissen der von der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge in Auftrag gegebenen Elternbefragung als auch aus den Aussagen von Notärzten und Notfallseelsorgern lässt sich eines klar ableiten: Aufklärung, die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die psychischen Gefahren von Traumatisierung durch Verkehrsunfälle, ist dringend notwendig. Hierzu können unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen und Institutionen beitragen, von den Medien über Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen bis hin zu Ärzten und Rettungskräften. Erst wenn Eltern, Lehrer, Kindergärtnerinnen und Rettungskräfte über die möglichen psychischen Folgen eines Unfalls Bescheid wissen, können sie angemessen und gezielt reagieren.

