

KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern

H. Karutz

Ein Praxis-Konzept

Verletzte und erkrankte Menschen erleben Notfallsituationen als körperlich und seelisch belastenden Ausnahmezustand, so daß auch die Hilfeleistung nicht auf die Durchführung medizinischer Maßnahmen beschränkt bleiben darf. Notfallpatienten müssen umfassend betreut werden, und die verbale und nonverbale Zuwendung zum Betroffenen ist ein unverzichtbarer Bestandteil professioneller Erstversorgung. Im folgenden Beitrag wird ein neues Konzept vorgestellt, mit dem vor allem Ersthelfern einige Regeln vermittelt werden sollen, deren Beachtung und Umsetzung bei der Betreuung verletzter und erkrankter Kinder hilfreich sein könnte.

Begründung und Zielsetzung

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – eine Feststellung, die in der Notfallmedizin schon längst erkannt und berücksichtigt wird. Für die psychische Erste Hilfe gilt ganz ähnli-



Abb. 1: Kinder erleben Notfälle anders als Erwachsene ... (Foto: Knacke)

Anschrift des Verfassers:

Harald Karutz, cand. paed., RS und Sanitätsdienstausbilder,
Blumenthalstraße 39, D- 45476 Mülheim/Ruhr

ches: Die Wahrnehmung, das Erleben und das Verhalten von Kindern in Notfallsituationen, kurz: die gesamte psychische Situation eines verletzten oder erkrankten Kindes unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der eines verletzten oder erkrankten Erwachsenen (Abb. 1). Vor allem der jeweilige kognitive Entwicklungsstand, bisherige Vorerfahrungen mit Krankheit und Verletzungen und die dementsprechend zur Verfügung stehenden Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien eines Kindes spielen hier eine große Rolle. Verwiesen sei an dieser Stelle auf die ausführlichen Artikel von Gabriele Glanzmann (in 1) und Wolfgang Heinz (in 14).

Festzustellen ist jedoch, daß es trotz dieser Kenntnisse über die kindliche Psyche bislang an einem in sich geschlossenen Konzept in Form einheitlicher Regeln zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern mangelt. Hier sollte Abhilfe geschaffen werden.

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

- die vereinzelt veröffentlichten, zumindest teilweise unterschiedlichen und sich mitunter redundant überlagernden Tips, Hinweise und Anregungen für die Betreuung verletzter und erkrankter Kinder zu *einem* Konzept zusammenzuführen,
- ihre entwicklungspsychologische Begründung und die inhaltliche Relevanz für die Praxis zu hinterfragen sowie abschließend
- ein didaktisch aufbereitetes Regelwerk zur Vermittlung psychischer Erster Hilfe an Kindern zur Verfügung zu stellen.

Auf eine explizite altersspezifische Zuordnung einzelner Regeln wurde übrigens ganz bewußt verzichtet, um ein für die Betreuung *aller* Kinder geeignetes, *einheitliches* Ausbildungskonzept verwirklichen zu können. Gleichwohl beinhalten die Regeln z.T. in sich, daß sie altersgemäß angepaßt werden.

Ergebnis der Studie ist das Konzept KASPERLE, mit dem die bereits vorgestellte Regel PAKT (11) sinnvoll ergänzt werden kann. Einige positive Unterrichtserfahrungen mit dem neuen

Konzept, die vor allem in der Ausbildung von Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern an der katholischen Schule für Pflegeberufe in Essen gesammelt wurden, liegen inzwischen vor. KASPERLE wurde dabei im Rahmen von Schulungen für pädiatrische Notfallsituationen vorgestellt und in möglichst realitätsnah durchgeführten Rollenspielen praktisch eingeübt.

Zweifellos dürfte sich KASPERLE auch in die Ausbildung zum Rettungssanitäter bzw. Rettungsassistenten sowie in Lehrgänge für Erste Hilfe am Kind integrieren lassen. Wo es gewünscht wird, können bestehende Lehraussagen somit sinnvoll ergänzt werden.

Vorgehensweise

Die bereits erwähnten Veröffentlichungen wurden zunächst daraufhin untersucht, ob in ihnen *überhaupt* Aussagen zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern getroffen wurden. Während die medizinischen Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie bei Kindernotfällen naturgemäß in allen vorliegenden Publikationen mehr oder weniger ausführlich dargestellt sind, lassen sich Regeln zur psychischen Hilfeleistung bei Kindern in der Mehrzahl der analysierten Bücher nicht finden: Angaben hierzu werden in nur 13 der untersuchten 35 Bücher gemacht.

In drei weiteren Veröffentlichungen wird zwar auf die allgemeine Notwendigkeit psychischer Erster Hilfe in Notfallsituationen hingewiesen, es fehlen aber Angaben dazu, wie die psychische Hilfe konkret geleistet werden soll.

Eine Begründung dafür mag sein, daß die Notwendigkeit zur Betreuung verletzter bzw. erkrankter Kinder sowie die diesbezügliche Qualifikation der Helfer auch in der Fachliteratur, die sich ausdrücklich auf die Erste Hilfe bei Kindern bezieht, als selbstverständlich vorausgesetzt wird. Möglicherweise ist aber auch die Erkenntnis, daß psychische Erste Hilfe notwendig ist, gelehrt – d.h. im Unterricht vermittelt werden kann – und (wie andere medizinische Maßnahmen) sogar erlernt werden *muß*, noch nicht ausreichend weit verbreitet.

Die gefundenen Hinweise zur psychischen Hilfeleistung bei Kindern wurden nun jedenfalls gesammelt und in neun Bereiche jeweils ähnlicher Anregungen zusammengefaßt, die im folgenden nach der Häufigkeit ihrer Nennung in der Literatur aufgeführt werden:

- Nahezu alle Autoren, die überhaupt Hinweise zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern geben (10 von 13), empfehlen bei der Hilfeleistung einheitlich die Einbeziehung von Bezugspersonen des Kindes, achtmal werden als solche ausdrücklich die Eltern genannt. Einmal wird darauf hingewiesen, daß auch andere Kinder bzw. Freunde des Verletzten oder Erkrankten Trost spenden können und dementsprechend bei dessen Versorgung anwesend sein sollten.
- Ebenso häufig wird auf die beruhigende, tröstende und/oder ablenkende Wirkung von Teddybären und Affen (5 Nennungen), des (welcher Gattung auch immer angehörenden) Lieblingsstofftiers (5 Nennungen), einer Clown-

puppe (1 Nennung) sowie bemalten Infektionsschutzhandschuhen (1 Nennung) hingewiesen.

- Insgesamt siebenmal finden sich Hinweise zur nonverbalen Zuwendung in Form unterschiedlich formulierter Anforderungen, vorsichtig Körperkontakt zum verletzten oder erkrankten Kind zu suchen: Es wird dazu angeregt, das Kind in bzw. auf den Arm zu nehmen (2 Nennungen), es zu streicheln (2 Nennungen), die Hand zu halten (1 Nennung) oder es zumindest nicht alleine zu lassen, d. h. (u. a. körperliche) Präsenz zu zeigen (3 Nennungen).
- In sechs Veröffentlichungen wird der Aufklärung des Kindes über die Verletzung/Erkrankung sowie die bevorstehenden Maßnahmen eine besonders große Bedeutung beigemessen. Die einzelnen Autoren geben dabei noch verschiedene Hinweise: nicht albern (3 Nennungen), ohne zu lügen (3 Nennungen), mit freundlicher Stimme (2 Nennungen), altersentsprechend bzw. kindgerecht (2 Nennungen), jedoch nicht in Babysprache (1 Nennung), aber durchaus spielerisch (2 Nennungen), möglichst konkret, anschaulich und sinnlich nachvollziehbar (1 Nennung), ehrlich (1 Nennung) bzw. realistisch (1 Nennung) sowie ohne das Notfallgeschehen zu bagatellisieren (1 Nennung).
- Ebenfalls sechsmal wird empfohlen, das verletzte oder erkrankte Kind vom Notfallgeschehen abzulenken. Dazu kann z. B. ein Trostlied gesungen (1 Nennung, auf die Betreuung von Kindern durch andere Kinder bezogen) oder eine Geschichte erzählt werden, deren Ende sich dann das Kind ausdenken soll (2 Nennungen). Man kann das Kind außerdem zählen lassen, bis etwa eine unangenehme Maßnahme vorbei ist (1 Nennung), und Blut bzw. Verletzungen im allgemeinen (z. B. die abnorme Lage frakturierter Extremitäten) sollten abgedeckt werden (2 Nennungen).
- Fünf Autoren weisen darauf hin, daß es bei Kindern besonders wichtig ist, Ruhe zu bewahren bzw. die eigene Aufregung nicht anmerken zu lassen. Man soll dem Kind außerdem mit Liebe und Geduld begegnen (1 Nennung) und ihm das Gefühl geben, alles unter Kontrolle zu haben (1 Nennung).
- In vier Veröffentlichungen empfehlen die Autoren, dem Kind bei der Durchführung von Maßnahmen möglichst weitgehende Entscheidungsfreiheit zu lassen (so formuliert 1 Nennung), Zwang und Druck zu vermeiden (1 Nennung), die Zustimmung des Kindes zu bestimmten Therapievorhaben einzuholen (1 Nennung) und v. a. das Festhalten – sofern möglich – zu vermeiden (1 Nennung).
- Ebenfalls vier Hinweise finden sich zur ersten Kontaktaufnahme: Man soll sich dem Kind möglichst langsam nähern (2 Nennungen), sich auf sein körperliches Niveau begeben (z. B. also hinknien), sich ihm mit Vornamen vorstellen und nach seinem Vornamen fragen (1 Nennung).
- In drei Veröffentlichungen wird angegeben, daß es wichtig sei, verletzte oder erkrankte Kinder z. B. mit ihren (Schmerz-)Äußerungen *ernst* zu nehmen.
- Als weitere Einzelnennungen sind abschließend folgende Anregungen aufzuführen:
- Die Mitarbeit des Kindes bei der Durchführung der Hilfsmaßnahmen sollte belohnt werden,
- Der Helfer sollte auf nonverbale Botschaften (z. B. einen besorgten Gesichtsausdruck) achten und reagieren, und
- der Helfer sollte bedenken, daß Kinder ihre Beschwerden und Schmerzen entwicklungsbedingt kaum adäquat verbal artikulieren können.

** Es wurde davon ausgegangen, daß die Häufigkeit, mit der bestimmte Empfehlungen in der Fachliteratur gegeben werden, auch deren tatsächliche Bedeutung widerspiegelt. Daß nur die mindestens dreimal gefundenen Aussagen zur Erstellung des Betreuungskonzeptes Verwendung fanden, wurde normativ festgelegt*

Die mehr als dreimal gefundenen Aussagen der verschiedenen Autoren wurden anschließend erneut strukturiert und in acht Regeln mit den jeweiligen Anfangsbuchstaben K-A-S-P-E-R-L-E als Merkhilfe zusammengefaßt*. Das Ergebnis mit nunmehr möglichst konkret operationalisierten Anforderungen an den Helfer inklusive der jeweiligen Begründung ist in Tabelle 1 dargestellt.

Kritik

Wenngleich unübersehbar ist, daß die Materialbasis zur Entwicklung des Konzeptes KASPERLE wenig umfangreich war, dürfte es sich bei den einzelnen Regeln durchaus um sinnvolle und begründete Anregungen für die Betreuung von Kindern handeln.

Zweifellos sind die Regeln aber nicht immer alle in gleichem Maße angebracht und anwendbar; so gilt es z. B. bezüglich der Einbeziehung von Bezugspersonen und der Aufforderung, Körperkontakt zu suchen, die zu Recht problematisierenden Ausführungen von Glanzmann (in 1) sowie Lasogga und Gasch (7) zu berücksichtigen. Darüber hinaus gilt für die Bedeutung der Aufklärung des Kindes über seine Verletzung/Erkrankung und die bevorstehenden Maßnahmen (Regel „Situation erklären“), daß dies zwar hilfreich sein kann, daß aber die Vermittlung eines Geborgenheitsgefühls und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Helfer und kindlichem Patienten durch die übrigen Regeln letztlich doch wichtiger sind als die rein sachliche Information und dementsprechend im Vordergrund der Hilfeleistung stehen sollten.

Außerdem konnten einige inhaltliche Überschneidungen bei der Erstellung der einzelnen Regeln nicht vermieden werden. So kann z. B. das Lieblingsstofftier nicht nur als solches zur Beruhigung und zum Trost des Kindes dienen (Regel „Lieblingsstofftier holen und dem Kind geben“), sondern auch zur Ablenkung (Regel „Für Ablenkung sorgen“). Auch die Hierarchisierung der einzelnen Regeln kommt nicht in der Weise zum Ausdruck, wie es vielleicht wünschenswert wäre. So könnte man die letzte Regel des Konzeptes „Das Kind ernst nehmen“ auch als unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung aller anderen Regeln betrachten. Die Anwesenheit von Bezugspersonen ist einerseits ein betreuender Eigenwert an sich, andererseits können es gerade die Bezugspersonen sein, die eben den Körperkontakt herstellen, für Ablenkung sorgen, die Situation erklären usw. KASPERLE erscheint somit als komplexes Netz miteinander verflochtener Einzelaussagen, die sich allesamt wechselseitig beeinflussen und z. T. sogar bedingen.

Im übrigen scheint es angebracht, darauf hinzuweisen, daß für die Entwicklung des vorliegenden Konzeptes wohlgermerkt nur die schon in der angegebenen Literatur zumindest ansatzweise operationalisierten Anregungen zur Betreuung verwendet wurden. Die Aufforderungen, „Trost zu spenden“, „Mut zu machen“ oder „dem Kind das Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln“, blieben z. B. unberücksichtigt, da sie pauschal formulierte Gemeinplätze darstellen, die Laien in einer Notfallsituation wenig helfen dürften. Es bleibt ja fraglich, *wie* Trost gespendet werden soll, *wie* Mut gemacht und *wie* dem Kind das Gefühl von Geborgenheit vermittelt werden soll. Angebracht erschien deshalb, die Durchführung einer helfenden

Tabelle 1

Betreuungskonzept KASPERLE

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

Betreuung im Sinne verbaler und nonverbaler Zuwendung zum Betroffenen als das übergeordnet angestrebte Ziel psychischer Erster Hilfe zu betrachten – und die Erarbeitung der einzelnen, konkreter formulierten Regeln der Formel KASPERLE sollte dann helfen, dieses Ziel erreichen zu können.

Auch der veröffentlichte Ratschlag, dem verletzten oder erkrankten Kind emotionale Zuwendung zukommen zu lassen, ist sicherlich berechtigt und gut zu begründen. Er schien jedoch ebenfalls nur schwer operationalisierbar und wurde deshalb nicht in das Regelwerk einbezogen. Außerdem besteht noch Klärungsbedarf zur Frage, inwiefern bestimmte Emotionen des Helfers überhaupt notwendig sind, um helfend betreiben zu können bzw. inwiefern helfende Betreuung auch als primär *rational* begründete *Technik* möglich ist. Daß die verbale und nonverbale Zuwendung zu Betroffenen gerade in Notfallsituationen aber ohne jede Empathie und ohne ein *Mindestmaß* an tatsächlicher Anteilnahme des Helfers wohl kaum die gewünschte Wirkung erzielen würde, zeigen z.B. Erfahrungen aus der Gesprächspsychotherapie bzw. Erfahrungen mit der nicht-direktiven Gesprächsführung. So dürfte ein gänzlich unkongruentes Verhalten, bei dem die innere Motivation des Helfers *grundsätzlich* nicht mit der Zielsetzung dessen, was er tut, übereinstimmt bzw. sogar in Widerspruch zu dieser steht, den Gedanken an eine und den Wunsch nach einer wirklich helfenden Betreuung rasch ad absurdum führen.

Inwieweit durch die Anwendung der Regeln Kindern nun tatsächlich der geforderte emotionale Rückhalt und das Gefühl von Geborgenheit gegeben werden kann, ist abschließend nicht mit letzter Sicherheit zu klären und dürfte im Endeffekt von sehr vielen Faktoren abhängen, die im vorliegenden Beitrag erst gar nicht angesprochen wurden, weil dies zweifellos den vorgegebenen Rahmen gesprengt hätte. Nicht zuletzt dürfte hier – entsprechend den obigen Ausführungen – aber von besonderer Bedeutung sein, *wie* die Regeln im Einzelfall von den Helfern angewendet werden. ■

Literatur:

Angegeben werden im folgenden vor allem die Veröffentlichungen, in denen auch Angaben zur psychischen Ersten Hilfe bei Kindern gefunden wurden. Die komplette Liste aller untersuchten Veröffentlichungen kann mit frankiertem Rückumschlag beim Autor dieses Artikels angefordert werden.

1. Bengel J (Hg.) (1997) *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – Barcelona – Budapest – Hongkong – London – Mailand – Paris – Santa Clara – Singapur – Tokio
2. Bollig G (Hg.) (1996) *Erste Hilfe: Lehrbuch, Fotoatlas, Nachschlagewerk*. Verlag Harald Kaegbein, Sankt Augustin, 2., überarb. u. erw. Auflage
3. Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (Hg.) (1996) *Gesundheitserziehung für die Klassen 5-8 in 16 Unterrichtseinheiten*. Ferd. Dummlers Verlag, Bonn
4. Deutsches Rotes Kreuz, Präsidium (Hg.) (1994) *Erste Hilfe am Kind. Ein Handbuch*. Verlags- und Vertriebsgesellschaft des DRK, Landesverband Westfalen-Lippe, Nottuln, 2. Auflage
5. Domres B, R Lipp (Hg.) (1997) *Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin. Band 4: Berufskunde, Organisation und Einsatztaktik, Arbeitsplatz Rettungsdienst*. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht – Wien
6. Flake F, B Lutomsky (Hg.) (1997) *Leitfaden Rettungsdienst: Notfallmanagement, Organisation, Arbeitstechniken, Algorithmen*. G. Fischer-Verlag, Lübeck – Stuttgart – Jena – Ulm
7. Gasch B, F Lasogga (1997) *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: Kompensation eines Defizits*. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht – Wien, 1. Auflage
8. Hintzenstern, U v. (Hg.) (1997) *Notarztleitfaden: Diagnostik, Therapie, Organisation, Abrechnung*. G. Fischer-Verlag, Ulm – Stuttgart – Jena – Lübeck, 2., aktual. Auflage
9. Hündorf H-P, P Rupp (Hg.) (1997) *Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin. Band 2: Allgemeine und spezielle Notfallmedizin, Schwerpunkt Innere Medizin*. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht – Wien
10. Jugendrotkreuz im DRK-Landesverband Baden-Württemberg e. V. (Hg.) (ohne Jahresangabe) *Heranführung an die Erste Hilfe. Ein Programm für Kinder im Vorschulalter*. Stuttgart
11. Karutz H (1999) *Mit dem Notfallpatienten einen PAKT schließen*. *Rettungsdienst* 22: 212 – 213
12. Langer R (1997) *Erste Hilfe. Sofortmaßnahmen in akuten Notfällen, bei Unfällen in Haushalt, Beruf, Freizeit und Straßenverkehr*. VPM Verlagsunion Pabel Moewig KG, Rastatt
13. Rothe L, V Skwarek (1997) *Erste Hilfe konkret für Ausbildung und Praxis*. Verlag Dr. Max Gehlen, Bad Homburg vor der Höhe
14. Stepan T (Hg.) (1998) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Grundlagen notfallmedizinischer Psychologie*. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey, Edewecht, 1. Auflage