Psychische Erste Hilfe bei Unfällen

Psychische Erste Hilfe bei Unfällen

Frank Lasogga / Bernd Gasch

5., überarbeitete Auflage

Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, Edewecht 2013

Anmerkungen des Verlags

Die Autoren und der Verlag haben höchste Sorgfalt hinsichtlich der Angaben von Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen aufgewendet. Für versehentliche falsche Angaben übernehmen sie keine Haftung. Da die gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlich begründeten Empfehlungen einer ständigen Veränderung unterworfen sind, ist der Benutzer aufgefordert, die aktuell gültigen Richtlinien anhand der Literatur zu überprüfen und sich entsprechend zu verhalten.
Die Angaben von Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. ohne die besondere Kennzeichnung ®/™/© bedeuten keinesfalls, dass diese im Sinne des Gesetzgebers als frei anzusehen wären und entsprechend benutzt werden könnten. Der Text und/oder das Literaturverzeichnis enthalten Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat. Deshalb kann er für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seite verantwortlich. Aus Gründen der Lesbarkeit ist in diesem Buch meist die männliche Sprachform gewählt worden. Alle personenbezogenen Aussagen gelten jedoch stets für Personen beliebigen Geschlechts gleichermaßen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen oder Textteilen, vorbehalten. Einspeicherung in elektronische Systeme, Funksendung, Vervielfältigung in jeder Form bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Verlags. Auch Wiedergabe in Auszügen nur mit ausdrücklicher Genehmigung.

© Copyright by Verlagsgesellschaft
Stumpf + Kossendey mbH, Edewecht 2013
Umschlaggestaltung: Jens Pesch, Zülpich
Druck: Tolek Sp. z o.o., 43-190 Mikolów (Polen)

ISBN 978-3-943174-15-1

Inhalt

1 Einleitung 8

2 Die aktuelle Situation 10

2.1 Wechselwirkung von Körper und Psyche 10

2.2 Ausbildung 14

2.3 Vorgehensweise 16

3 Die psychische Situation von Unfallpatienten 21

3.1 Belastungen 21
- Physiologische Belastungen 22
- Psychologische Belastungen 25

3.2 Moderatorvariablen 28
- Biologische Variablen 28
- Soziografische Variablen 28
- Psychologische Variablen 29
- Situative Variablen 30

3.3 Reaktionen 30
- Gefühle 31
- Gedanken 33
- Verhalten 34

3.4 Kurz, mittel- und langfristige Folgen 37

4 Der Umgang mit direkt Betroffenen 41

4.1 Überblick gewinnen 41

4.2 Begrüßung 43

4.3 Nonverbale und paraverbale Kommunikation 47

4.4 Information 49

4.5 Kompetenz 53

4.6 Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeitserleben 54

4.7 Gespräch 56

4.8 Psychischer Ersatz 59

4.9 Psychosoziale Notfallhelfer 60

4.10 Spezielle Gruppen 61
- Kinder und Jugendliche 62
- Ältere Personen 64
- Ausländer 65
- Aggressive 66
- »Problematische« Notfallopfer 67
- Sterbende 68

4.11 »Todsünden« 68
- Vorwürfe 69
- Abgestumpftheit 69
- Hektik 69

5 Der Umgang mit indirekt Betroffenen 71

5.1 Angehörige 71
- Angehörige von überlebenden Notfallopfern 71
- Angehörige bei Todesfällen 74

5.2 Zuschauer 77
- Gründe für das Zuschauen 77
- Umgang mit Zuschauern 81

5.3 Medien 85

6 Der Umgang mit sich selbst 89

6.1 Belastungen und die Folgen 89

6.2 Umgang mit Belastungen während des Einsatzes 91

6.3 Aufarbeitung belastender Erlebnisse 94

7 Wissenschaftliche Diskussion 100

7.1 Wissen versus Verhalten 100

7.2 Intuitives versus rationales Handeln 101

7.3 Haltung versus Technik 103

7.4 Allgemeines versus differenzielles Verhalten 104

7.5 Beruhigung versus Aktivierung 105

7.6 Zur Praxisrelevanz psychologischer Forschung 106

8 Zusammenfassende Regeln 109

8.1 Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe für Laien (»Die 4-S-Regeln«) 109

8.2 Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe für professionelle Helfer 110

9 Selbst-Trainingsprogramm 113

Aufgabe 1: Rollenspiel I 113

Aufgabe 2: Rollenspiel II 115

Aufgabe 3: Übung zum aktiven Zuhören I 117

Aufgabe 4: Übung zum aktiven Zuhören II 119

Aufgabe 5: Vorstellung und Information 120

Aufgabe 6: Anruf 121

Aufgabe 7: Nachsorge 122

10 Nachwort 124

11 Literatur 126

Autoren 134

1 Einleitung

Unfallzahlen

In der Bundesrepublik Deutschland verunglücken jährlich ca. 8 Millionen Menschen (BAuA 2012, Zahl für das Jahr 2009), die Mehrzahl davon im Heim- und Freizeitbereich, nämlich 5,4 Millionen (BAuA 2012a), knapp 920 000 im Beruf (meldepflichtige Arbeitsunfälle 2011), 1,4 Millionen in den Schulen (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2011) und 305 000 im Straßenverkehr (Statistisches Bundesamt Deutschland 2012, Zahlen für 2011).

Die Verunglückten erhalten relativ schnell kompetente medizinische Hilfe: Ungefähr 8 Minuten braucht ein Rettungswagen durchschnittlich, bis er an der Unfallstelle eintrifft. Die technische Ausstattung mit medizinischem Gerät und der Ausbildungsgrad von Rettungsdienstpersonal und Notärzten sind hinsichtlich der medizinischen Ersten Hilfe recht gut.

Derartige Statistiken und Angaben sagen jedoch nichts darüber aus, wie es den direkt und indirekt Betroffenen unter psychologischen Gesichtspunkten während und nach einem Unfall geht, d.h. wie sie sich fühlen, welche Gedanken ihnen durch den Kopf gehen, wie sie das Geschehen verarbeiten etc. Die meisten Kontaktpersonen machen sich nicht bewusst, dass ein Unfall oder auch ein anderer Notfall

zentraler Eingriff

einen plötzlich eintretenden *zentralen Eingriff* in das Leben eines Menschen darstellt, für den häufig keine direkten Vorerfahrungen vorliegen. Schlagartig ändert sich mehr oder minder stark die gesamte Lebenssituation und beeinflusst zum Teil dramatisch das aktuelle Erleben und Verhalten und in schwereren Fällen auch das der nahen oder ferneren Zukunft. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren gesamtes soziales Umfeld.

Dieser Aspekt, nämlich dass ein verunglückter Mensch mehr ist als eine Zahl in einer Statistik, dass er auch eine Psyche hat, die bei einem Unfall ebenso »verletzt« ist wie sein Körper, wird in der Theorie wie auch in der Praxis oft vergessen. Im vorliegenden Buch sollen deshalb die psychische Situation eines Unfallpatienten aufgezeigt und Regeln vorgestellt werden, wie Unfallpatienten unter psy-

chologischen Gesichtspunkten zu behandeln sind, wie also »*Psychische Erste Hilfe*« geleistet werden kann.

Die vorgestellten Hinweise beziehen sich vorwiegend auf Unfälle. Viele davon gelten auch für andere Notfälle, wenn auch mit Modifikationen, beispielsweise für Patienten mit akutem Herzinfarkt oder Opfer eines kriminellen Delikts (Raubüberfall, Vergewaltigung, Einbruch). Zu diesen Notfällen sei auf Lasogga und Gasch (2011) verwiesen.

2 Die aktuelle Situation

2.1 Wechselwirkung von Körper und Psyche

Erste-Hilfe-Interventionen erfolgen häufig nur unter medizinischen Gesichtspunkten. Lange Jahre war für viele Rettungskräfte (Rettungsdienstmitarbeiter, Notfallmediziner) ein Unfallopfer lediglich eine *Ansammlung von Organen* bzw. eine »Maschine, die repariert werden muss«.

»Ansammlung von Organen«

Die psychische Situation des Notfallpatienten dagegen wurde weitgehend vernachlässigt, und zwar nicht nur von Rettungsdienstmitarbeitern und Notärzten, sondern auch von anderen Einsatzkräften wie Polizeibeamten und Feuerwehrbediensteten. Die Ängste und Sorgen des Notfallopfers wurden nicht weiter beachtet. »Es sollte nicht primäres und alleiniges Ziel unseres Rettungswesens sein, Unfallopfer so schnell wie möglich von der Unfallstelle ins Krankenhaus zu bringen« (Mentges 1995, S. 29).

Vernachlässigung psychischer Faktoren

Die Vernachlässigung der psychischen Seite wird jedoch in jüngster Zeit bei einem Teil der Notärzte und des Rettungspersonals sowie anderen Einsatzkräften zunehmend erkannt und ernst genommen. So schreiben Gorgass und Ahnefeld bereits 1994: »Es wird beanstandet, dass Ärzte vorrangig somatische Defekte und Störungen der Patienten unter Vernachlässigung emotionaler und psychischer Begleitprozesse behandelten« und dass »... die Therapie zu einer organspezifischen Reparaturarbeit degradiert sei ...«. Die »Ganzheit des Patienten, die Kommunikation mit und der Respekt vor der Persönlichkeit« seien verloren gegangen. Die Aussagen gipfeln nach Ansicht der beiden Mediziner in dem »besonders schwerwiegenden Vorwurf, man nehme den Patienten nicht in seiner umfassenden Personalität als Einheit aus Körper, Geist und Seele an« (Gorgass und Ahnefeld 1994, S. 127).

Forderungen

Andere Notfallmediziner forderten den Einbezug psychischer Faktoren noch deutlicher: »... so ist die Betreuung eben nicht nur medizinisch und rettungsdienstlich erfor-

derlich, sondern gleichwohl muss diese medizinische Versorgung mit einer psychologisch angepassten Betreuung der Notfallopfer einhergehen. Durch menschlich warme Zuwendung wird der Notfallpatient seelisch stabilisiert.« (Linde 1994, S. 7).

medizinsche und Psychische Erste Hilfe

Insgesamt hat sich also in den letzten Jahren die Sensibilität der Helfer für psychische Prozesse erhöht. Es scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass auch die Psyche bei dem Umgang und der Behandlung berücksichtigt werden muss. Dies gilt nicht nur für schwer verletzte Unfallopfer, sondern auch für die Vielzahl von Unfällen, bei denen keine oder zumindest keine größeren somatischen Verletzungen zu verzeichnen sind. Auch bei diesen Unfällen reagieren die betroffenen Unfallopfer häufig ängstlich, verstört oder hilflos. Hier ist sogar vorwiegend Psychische Erste Hilfe notwendig, medizinische Erste Hilfe dagegen nur in geringem Ausmaß.

indirekt Betroffene

Jedoch bedürfen nicht nur die direkt von einem Unfall betroffenen Personen psychischer Hilfe, sondern auch viele indirekt Betroffene: unverletzte oder leicht verletzte Familienmitglieder, Freunde oder Begleitpersonen, sogar scheinbar unbeteiligte Augenzeugen. Auch sie entwickeln zum Teil starke Ängste, machen sich Sorgen, sind verstört etc.; »... nicht nur die Verletzten sind Opfer, sondern auch andere Unfallbeteiligte, desorientierte und verzweifelte Hinterbliebene, insbesondere Kinder. Auch dieser Personenkreis bedarf der Zuwendung.« (Linde 1994, S. 7).

Wechselwirkung von Körper und Psyche

Die Berücksichtigung der Psyche ist sogar aus *rein medizinischen Gründen* notwendig. Dass nämlich Körper und Psyche in einer Wechselwirkung miteinander stehen, wurde bereits in der Antike erkannt, durch moderne Forschungsergebnisse vielfach bestätigt und gehört inzwischen zum medizinischen Allgemeingut. Dies gilt nicht nur für die typischen psychosomatischen Krankheitsbilder, sondern auch für Alltagsphänomene. Selbst ein Laie kann dies feststellen:

Einfluss der Psyche

Jede Erkältung, unzweifelhaft eine körperliche Erkrankung, beeinflusst die psychische Stimmungslage negativ. Dies gilt aber auch umgekehrt: Jede Änderung der psychischen Stimmungslage (Ärger, Freude ...) ruft im Körper chemische und

physiologische Phänomene hervor, die negative bzw. positive somatische Folgen nach sich ziehen können. Umgekehrt sorgt psychische *Entspannung*, z.B. durch Gespräche, Musik, Meditation für eine Milderung oder sogar Behebung körperliche Schäden. Folgerichtig wird die körperliche Genesung eines *rein medizinisch* behandelten Notfallpatienten schlechter verlaufen, als wenn er eine angemessene medizinische *und* psychologische Erstversorgung erhält. Es wäre somit sogar als *medizinischer Kunstfehler* anzusehen, wenn die Erstversorgung ausschließlich unter medizinischen Aspekten erfolgte und die psychologischen Aspekte unter den Tisch fielen. Nur eine angemessene medizinische *und* Psychische Erste Hilfe stellt somit auch unter medizinischen Gesichtspunkten eine optimale Hilfe dar.

frühe Intervention

Dabei gilt für die Medizin wie für die Psychologie, dass eine Intervention umso bessere Effekte hat, je *früher* sie einsetzt. Dies ist für Unfallpatienten von besonderer Relevanz. Nicht nur, dass hier das psycho-physische Gleichgewicht drastisch gestört ist, sondern es sind auch gute Chancen gegeben, unmittelbar und schnell auch auf die psychische Seite einzuwirken. Dies gilt für Laienhelfer ebenso wie für die später am Unfallort eintreffenden Einsatzkräfte (Rettungsdienstpersonal, Notärzte, Polizei und Feuerwehr usw.).

Medizinische Erste Hilfe und Psychische Erste Hilfe sind daher nicht als konkurrierend zu betrachten. Medizinische Erste Hilfe kann so geleistet werden, dass sie neben dem physiologischen auch gleichzeitig den psychologischen (und damit wiederum den physiologischen usw.) Zustand stabilisiert, sie kann aber auch den Patienten beunruhigen, nervös machen und dadurch den physiologischen Zustand verschlechtern.

Ursachen

Es ist also festzuhalten: Einerseits ist die Wechselwirkung von Psyche und Körper unstrittig, andererseits wird in der Notfallversorgung nicht immer gemäß diesen Erkenntnissen gehandelt. Die Ursachen dafür sind mannigfaltig: Möglicherweise ist die Bedeutung der psychischen Verfassung von Unfallopfern bei Einsatzkräften noch nicht bekannt genug oder wird als zu gering eingeschätzt. Eventuell spielt auch eine Rolle, dass ein medizinischer Fehler

meist unmittelbar zu einer bestimmten körperlichen, zum Teil auch an Instrumenten ablesbaren Reaktion beim Patienten führt, die Auswirkungen eines psychologisch angemessenen oder unangemessenen Umgangs sich hingegen erst Tage oder Monate später zeigen – zu einem Zeitpunkt also, an dem die Einsatzkräfte das Unfallopfer schon längst aus den Augen verloren haben. Ferner dürfte auch die noch immer mangelhafte Ausbildung auf diesem Gebiet in erheblichem Maße zu diesem Zustand beitragen (s. Kap. 2.2).

Qualitätsdenken

In letzter Zeit hat der Aspekt einer psychisch optimalen Versorgung von Unfallpatienten noch einen weiteren Akzent bekommen: den des »Qualitätsmanagements«, der, ursprünglich aus dem wirtschaftlichen Bereich stammend, inzwischen auch auf andere Organisationen wie den Rettungsdienst angewendet wird. Der Grundgedanke ist einfach: Alle Dienstleistungen können besser oder schlechter erfolgen. Bei Unfällen wird nach der aufgeführten Argumentation unzweifelhaft dann eine »bessere« Arbeit verrichtet, wenn neben der medizinischen Versorgung auch Psychische Erste Hilfe geleistet wird.

Kundenorientierung

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff »Kundenorientierung« relevant. Er soll besagen, dass z.B. ein Rettungsdienstmitarbeiter, ein Notarzt oder eine andere Einsatzkraft ein Notfallopfer als »Kunden« ansehen sollte, der direkt oder indirekt für die Dienstleistung bezahlt (Felleiter 1996). Als Kunde hat er dann ein Anrecht auf qualitativ gute Arbeit, die auch eine psychologische Betreuung umfasst. Bei einer diesbezüglichen »Kundenbefragung« von 1692 präklinischen Patienten im Rettungsdienst (Höhn 1998) zeigte sich, dass die »Freundlichkeit« (also ein »psychologischer« Faktor) für die subjektive Gesamtzufriedenheit der Patienten sogar als wesentlich bedeutsamer eingeschätzt wurde als die medizinische Kompetenz.

Der Mensch besteht aus Körper und Psyche. Beide Instanzen beeinflussen sich wechselseitig. Bei einem Unfall muss sowohl eine medizinische als auch eine psychologische Erstversorgung (Psychische Erste Hilfe) geleistet werden.

2.2 Ausbildung

mangelnde Ausbildung

Ein Hauptgrund für die mangelnde Berücksichtigung der psychischen Situation bei Unfallopfern liegt in der Ausbildung der professionellen Helfer. Diese ist hinsichtlich eines psychologisch angemessenen Umgangs mit Unfallopfern als *defizitär* zu bezeichnen (s. z.B. Meyer und Balck 1997). In der überwiegenden Zahl der Lehrbücher für Notärzte und Rettungsassistenten ist kaum etwas über den psychisch angemessenen Umgang mit Unfallpatienten zu finden. Meyer (1995, S. 62) fasst zusammen: »In Aus- und Fortbildungen wird zwar gelehrt, innerhalb von wenigen Minuten die Notfallsituation diagnostisch und therapeutisch richtig einzuschätzen; mit den psychischen und ethischen Unwägbarkeiten (...) steht die Rettungsmannschaft aber immer noch allein«. Bei der Überprüfung von 20 Lehrbüchern zur Notfallmedizin fand sich nur eines unter den Neuesten (Madler et al. 2009), das auf die psychologischen Aspekte einging, dies allerdings sehr ausführlich.

Intuition

Gelegentlich wird in Bezug auf eine Psychische Erste Hilfe der Einwand vorgebracht, man verhalte sich hierbei ohnehin intuitiv richtig. Wie unhaltbar diese Auffassung ist, wird dann deutlich, wenn man sie auf den physischen Bereich überträgt. Man stelle sich folgende Situation vor: Kurz vor einer Operation fragt ein Patient den zuständigen Chirurgen, wo und wie er denn für die bevorstehende Operation ausgebildet worden sei. Der Arzt antwortet: *»Ich bin nicht speziell für diese Operation ausgebildet worden, sondern verlasse mich dabei auf meine Intuition.«* Genauso stellt sich die Situation für die Aufgabe eines psychologisch angemessenen Umgangs mit Unfallopfern dar. Sicher werden sich einige Helfer in psychologischer Hinsicht intuitiv angemessen verhalten – so wie auch eine intuitiv durchgeführte Operation gelingen kann –, andere werden dem Unfallopfer allerdings durch ihr Verhalten schaden.

In den letzten Jahren mehren sich dementsprechend die Stimmen, die fordern, dass die psychologische Ausbildung

bzw. der psychologische Umgang mit Unfallopfern und Angehörigen in der Ausbildung verstärkt werden sollte. »Dabei wird deutlich, dass die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals im psychologischen Bereich einen festen Platz einnehmen und forciert werden muss« (Stepan 1996, S. 431, auch Küster 2005).

kein Ausbildungsbestandteil

In der Ausbildung von Notärzten, die nicht im Studium, sondern in Sonderseminaren erfolgt, werden psychologische Aspekte meist nur marginal behandelt. So verlangt die Bundesärztekammer (2006) in ihrer Ausbildungsordnung nur die Behandlung folgender psychologischer Themenbereiche:

- Abschnitt 5.1: Patientenkontakt: Ansprechen des Patienten, Vorstellen Notarzt
- Abschnitt 6.3: Soziale Faktoren
- Abschnitt 27: Psychosoziale Notfälle, Krisenintervention

ohne allerdings zu erläutern, was – insbesondere bei den letztgenannten Stichwörtern – darunter verstanden wird.

Curriculum

Bei der Ausbildung von Rettungsdienstmitarbeitern ist die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung von Unfallopfern, Angehörigen und Zuschauern in der Vergangenheit eher erkannt worden. So ist in den Rahmenrichtlinien zum Curriculum für die Ausbildung zum Rettungsassistenten das Thema »Psychische Betreuung von Verletzten und Kranken« mit 44 Stunden Theorie (von insgesamt 586 Stunden) und 4 Stunden Praxis (von insgesamt 214 Stunden) vertreten. Dies ist jedoch in der Quantität noch unzureichend.

Eine Ausbildung in Erster Hilfe muss sowohl aus einer Ausbildung in medizinischer Erster Hilfe als auch in Psychischer Erster Hilfe bestehen. Bei den entsprechenden Berufsgruppen ist diese Ausbildung immer noch defizitär.

2.3 Vorgehensweise

keine empirischen Ergebnisse

Das Defizit in der Ausbildung in Psychischer Erster Hilfe ist auch darauf zurückzuführen, dass bisher keine fundierten empirischen Ergebnisse über diese Thematik vorlagen. In Artikeln, Broschüren oder Büchern fand man dann häufig nur pauschale Äußerungen wie, man solle den Patienten »beruhigen«. Die einzelnen Helfer werden wahrscheinlich unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie sie »beruhigend« wirken können. Dies kann von geduldigem Zuhören bis zum Anschreien, von der naiven Instruktion (*»Bleiben Sie mal ruhig!«*) bis zu allgemeinen Floskeln (*»Das wird schon wieder«*) oder dem Erzählen von sehr drastischen Unfällen gehen.

Diese Sachlage führte die Autoren dazu, im Jahre 1987 an der Universität Dortmund ein Projekt zur Untersuchung des psychologisch angemessenen Umgangs mit Unfallopfern zu etablieren. Analog zur bekannten medizinischen Ersten Hilfe wurde es »Psychische Erste Hilfe« genannt. Ziel des Projektes war es:

Ziele des Projektes

- auf der Basis von empirischen und theoretischen Ergebnissen Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe in Unfallsituationen für professionelle Helfer und für Laien zu entwickeln
- zum Einüben dieser Regeln ein Trainingsprogramm zu erstellen.

Zunächst erfolgte eine Konzentration auf Opfer von Unfällen, später wurden auch Hinweise für andere psychische Notsituationen wie Herzinfarkt, Suizid, kriminelle Delikte wie Überfall, Vergewaltigung und Einbrüche oder die Mitteilung einer Todesnachricht etc. entwickelt und schließlich ein Gesamtkonzept von »Notfall-Psychologie« vorgelegt (Lasogga und Gasch 2011).

Um hierfür Erkenntnisse zu gewinnen, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

Am häufigsten leisten Rettungsdienstmitarbeiter, Notärzte, Feuerwehrbedienstete und Polizisten professionell Erste Hilfe. Deshalb wurde auf die Erfahrungen und das Wissen dieses Personenkreises zurückgegriffen. Anhand eines Leitfadens wurden von den Autoren sowie von Mitarbeitern und Studierenden der Universität Dortmund inzwischen insgesamt über 1 000 Interviews mit Vertretern dieser Berufe durchgeführt. In ihnen wurde vor allem erfragt:

Erfahrungen von professionellen Helfern

- welche psychologischen Verhaltensweisen Unfallpatienten zeigen
- welche Verhaltensweisen von Helfern sich als nützlich und angebracht erwiesen haben
- welche Verhaltensweisen sich als unangemessen erwiesen haben
- welche verbalen Äußerungen zu empfehlen sind
- welches nonverbale Verhalten (Körperkontakt, Gestik etc.) als angemessen oder unangemessen erlebt wird
- wie mit Zuschauern umgegangen werden sollte
- wie mit Angehörigen umgegangen werden sollte
- wie mit speziellen Gruppen (Kindern, Alten, Ausländern, Problempatienten etc.) umgegangen werden sollte
- wie die Ausbildung der Befragten zu dieser Thematik aussah
- was Laienhelfern zu empfehlen wäre
- welche typischen Fehler beim psychologischen Umgang mit Unfallopfern auftreten
- wie die eigene berufliche Belastung verarbeitet wird.

Interviews mit Betroffenen

Daneben lag es natürlich auch nahe, die Betroffenen selbst, also Unfallpatienten, zu befragen. Auch für diesen Personenkreis wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Anhand dessen wurden über 100 Unfallopfer – teilweise noch in den Krankenhäusern – zu folgenden Punkten befragt:

- wie ihre Reaktionen nach dem Unfall ausfielen
- woran sie als Erstes gedacht haben
- wie sich Rettungsdienstpersonal, Notärzte, Polizei verhalten haben
- was dabei als angenehm und was als unangenehm erlebt wurde
- wie Zuschauer und deren Verhalten empfunden wurden
- was als psychologisch besonders entlastend empfunden wurde
- was als psychologisch besonders belastend erlebt wurde
- wie mit Angehörigen umgegangen wurde
- wie sie sich die ideale Psychische Erste Hilfe vorstellten.

Für spezifische Aspekte wie das Überbringen einer Todesnachricht wurden zusätzlich Ärzte, Polizeibeamte und Seelsorger interviewt sowie Personen, die eine derartige Nachricht erhalten haben (s. Lasogga 2001).

Aufgrund von Veröffentlichungen über das Projekt in Fachzeitschriften, der Tagespresse, im Fernsehen und im Hörfunk wurden den Autoren darüber hinaus zahlreiche Erlebnisberichte von Unfällen zugesandt, die ebenfalls eingearbeitet wurden.

Simulationen

Des Weiteren nahm einer der Autoren wiederholt im Rahmen der Ausbildung von Notärzten als »simulierter« Unfallverletzter an gestellten Großunfällen teil. An diesen Übungssimulationen waren jeweils 4 – 6 Fahrzeuge mit ca. 12 – 15 (geschminkten) Verletzten beteiligt. Jeweils 150 – 220 Ärzte müssen dabei in kleinen Gruppen die Rolle des »ersteintreffenden Notarztes« ausfüllen. Die Beobachtungen bei dieser Erstsondierung wurden protokolliert und die anderen »verletzten Mimen« interviewt.

Ferner wurden im Rahmen von Seminaren diverse Rollenspiele durchgeführt, an denen Mitarbeiter von Hilfsorganisationen, Feuerwehrleute und Studierende der Universität Dortmund teilnahmen. Hier wurden typische Unfall-

situationen im häuslichen, schulischen und Freizeitbereich sowie auch bei der Berufsausübung und im Straßenverkehr nachgespielt und per Video aufgezeichnet. Im Anschluss wurden die Unfallopfer und professionellen wie Laienhelfer über ihre Reaktionen, Erlebnisse, Emotionen und Handlungszweifel interviewt.

Als eine weitere Erkenntnisquelle wurde ein psychologisches Verfahren angewendet, das schon um die Jahrhundertwende bekannt war: das Verfahren der Introspektion. Allerdings wurde diese Methode im Sinne einer »projektiven Introspektion« abgewandelt: Die Autoren versetzen sich in der Art eines »geistigen Rollenspiels« in die oben beschriebenen Situationen und explorierten selbst oder wechselseitig die dabei entstandenen Reaktionen und Gefühle.

Introspektion

Natürlich wurde auch die damals vorhandene Literatur, wie z.B. die Unterlagen der Hilfsorganisationen, Lehrbücher zur Notfallmedizin und die einschlägigen Fachzeitschriften, nach verwertbaren Hinweisen durchgesehen, wobei der Erfolg zum damaligen Zeitpunkt (ca. 1988 – 1994) allerdings sehr dürftig war. Ebenso wurden die einschlägigen Lehrbücher der Psychologie, insbesondere der Klinischen Psychologie und der Sozialpsychologie (Altruismusforschung) in die Recherche einbezogen. Konkrete psychologische Hilfen für akute Notsituationen wurden darin jedoch kaum erwähnt.

Literaturanalyse

Als etwas ertragreicher erwies sich dagegen eine systematische Überprüfung der Anwendbarkeit vorliegender theoretischer Ansätze aus der Psychologie auf die vorliegende Thematik. Hierbei wurde versucht, ein möglichst breites Spektrum an Ansätzen zu konsultieren, das von »Arousal«-Theorien über Handlungstheorien, Motivationstheorien, der Psychophysiologie bis zu den verschiedenen Psychotherapie-Methoden reichte.

Die im Folgenden dargestellten Regeln und Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe für professionelle Helfer basieren somit auf einer Vielzahl von Erkenntnisquellen. Die daraus resultierenden, teilweise divergierenden Ergebnisse auf einen Satz handhabbarer Regeln zu komprimieren, stellte kei-

ne einfache Aufgabe dar. Dabei sei zugestanden, dass im Zweifel subjektive Interpretationstendenzen der Autoren mit einflossen.

Es liegen nur wenige empirische Befunde über den psychologischen Umgang mit Unfallopfern vor. Aufgrund von Interviews mit professionellen Helfern und mit Opfern, über Simulationen und andere Erkenntnisquellen wurden wissenschaftlich abgesicherte Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe entwickelt.

3 Die psychische Situation von Unfallpatienten

3.1 Belastungen

Auf Unfallpatienten wirken unmittelbar und plötzlich zahlreiche belastende Faktoren ein, die zu sehr unterschiedlichen Reaktionen führen können (Abb. 1):

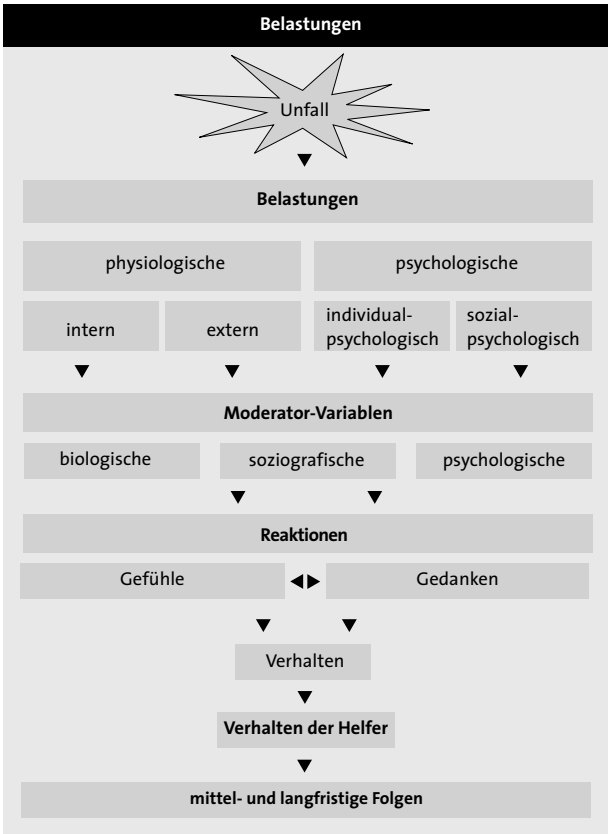


Abb. 1 ▶ Belastungen eines Unfallopfers und die Folgen

Zunächst kann zwischen *physiologischen* und *psychologischen* Belastungen unterschieden werden, die wechselseitig in Beziehung stehen.

▶ Physiologische Belastungen

Die mechanischen oder chemischen Einwirkungen auf den Körper durch das Unfallgeschehen können zu spezifischen Belastungen des Körpers führen, der darauf mit einer »Notfallreaktion« antwortet, die schon sehr früh beschrieben wurde (Cannon 1914, Selye 1950).

Bei den physiologischen Belastungen kann zwischen internen und externen Faktoren unterschieden werden.

Intern

Schmerzen

Schmerzen: Je nach Art (Trauma, Verbrennung, Vergiftung) und Schwere der inneren und äußeren Verletzungen leiden Unfallopfer unter mehr oder minder großen Schmerzen. Schmerzen haben normalerweise eine Alarmfunktion, d.h. sie weisen auf eine Gefährdung des Organismus hin. Ihr Ausmaß variiert jedoch zeitlich (häufig treten sie nicht unmittelbar nach dem Geschehen, sondern erst später auf), interindividuell (zwischen verschiedenen Personen) und intraindividuell (innerhalb einer Person) beträchtlich, unabhängig von der Schwere der Verletzung (Wendrich 2000).

Bei Schmerzempfindungen spielen neben objektiven (Verletzungstyp) auch subjektive Faktoren eine Rolle, beispielsweise die Einschätzung der Bedrohlichkeit der Verletzung (vgl. Melzack 1978) oder die bisherige Erfahrung mit dem Erdulden von Schmerzen. Schmerzen verursachen häufig Angst, die dann wiederum weitere zusätzliche physiologische Folgen (z.B. Blutdrucksteigerung) nach sich zieht. Diese Wechselwirkung ist aber auch in umgekehrter Richtung beobachtbar: Schmerzen treten ohne äußere Verletzungen aufgrund psychischer Auslöser auf.

Atemnot

Atemnot: Atemnot wird von den meisten Menschen als extrem bedrohlich und Angst auslösend erlebt. Bei manchen Verletzten übertönt sie selbst starke Schmerzemp-

findungen. Hier kann ein psychosomatischer Kreisprozess eintreten: Die Wahrnehmung einer (leichten) Atemnot erzeugt Angst, die wiederum die Atemnot erhöht usw. Deswegen ist die medizinische Grundregel, im Notfall primär die Atemwege freizulegen, oder die Instruktion an den Verletzten, ruhig und regelmäßig zu atmen, auch psychologisch von erheblicher Bedeutung.

Bewusstseinstrübung: Eine Einschränkung des Bewusstseins und somit der Wahrnehmungs- und Denkfunktionen (bis zur Bewusstlosigkeit) wird von Unfallopfern unterschiedlich erlebt. Manche interpretieren sie sogar als das beginnende Sterben. Gelegentlich erfolgt dies auch bei der Gabe von starken Schmerzmitteln oder Narkotika. Dominieren starke Schmerzen, kann eine Ohnmacht allerdings auch positiv erlebt werden.

Bewusstseinstrübung

Sensorische Empfindungen: Bei Unfallopfern können ungewohnte sensorische Empfindungen auftreten, wie beispielsweise Taubheitsgefühle oder das Gefühl zu »schweben«. Diese Empfindungen können ebenfalls zu Ängsten führen, weil sie als beginnende Lähmung interpretiert werden können. Am häufigsten treten – unabhängig von der aktuellen Außentemperatur – Kälte- und gelegentlich auch Wärmeempfindungen auf. Manche Unfallopfer bemerken auch ungewohnt laut ihren eigenen Herzschlag. Von einigen Verletzten wird auch berichtet, dass sie plötzlich den Eindruck hatten, der Boden schwanke.

Taubheitsgefühle

Extern

Hitze/Kälte: Nicht nur die oben erwähnten intern-physiologisch bedingten Kälte- bzw. Hitzeempfindungen, sondern auch die objektive Außentemperatur kann eine Belastung für einen Unfallverletzten darstellen. Dies gilt besonders für extreme Temperaturen bzw. Temperaturunterschiede (z.B. vom warm geheizten Auto in den nasskalten Straßengraben). Auch bei Regen in Kälte längere Zeit im Freien ausharren zu müssen, ist für Unfallopfer belastend.

Temperatur

Lärm

Lärm/Stille: Laien unterschätzen oft den erheblichen Lärmpegel bei Rettungsmaßnahmen, insbesondere bei Massenunfällen. Nach dem Eintreffen von Polizei und Rettungsdienst (Martinshorn) müssen manchmal die Motoren der Rettungsfahrzeuge weiterlaufen, um einen schnellen Abtransport zu gewährleisten. Auch werden zuweilen Generatoren und Kompressoren eingesetzt, um die Rettungsgeräte bedienen zu können. Jeder Gesunde würde sich bei einer derartigen Lärmbelastung sofort zurückziehen. Aber auch das Gegenteil von Lärm kann belastend wirken: Viele Unfallopfer fühlen sich besonders unmittelbar nach einem Unfall von einer plötzlich eintretenden Stille stark irritiert (*»Ich hörte nur ein leises Zischen!«*).

Dunkelheit

Licht/Dunkelheit: Was im akustischen Bereich gilt, kann auch auf den optischen übertragen werden. So kann es etwa bei Unfällen in der Nacht in vielerlei Hinsicht plötzlich »ziemlich dunkel« werden, z.B. bei einem Autounfall durch das Abkommen von der beleuchteten Fahrbahn, aber auch durch übereinander liegende Unfallteile oder durch Blut, das über das Gesicht rinnt. Bei Rettungsmaßnahmen kann auch das Gegenteil eintreten: Starke Notscheinwerfer erhellen die Unfallstelle und blenden insbesondere die Beteiligten, die sich nur eingeschränkt bewegen können.

Gerüche

Gerüche: Gerüche können nicht nur unangenehm sein, sondern auch zu Übelkeit oder Kopfschmerzen und auch zu Angst führen. Dies gilt insbesondere für Brandgeruch. Als extrem unangenehm wird der Geruch von verbrannter Haut wahrgenommen.

Lage

Lage des Unfallopfers: Belastungen können sich auch aus der Lage des Unfallopfers ergeben, selbst wenn dadurch keine Schmerzen verursacht werden. Beispielsweise sind sie manchmal in unbequemer Lage eingeklemmt; oder sie liegen in der Position »mit dem Kopf nach unten«, was als besonders unangenehm empfunden wird. Indirekt wirkt hier auch die damit verbundene Einschränkung des Gesichtsfelds unangenehm, da die Orientierung eingeschränkt ist

(*»Wo bin ich eigentlich?«*). Dies kann wiederum den schon beschriebenen psycho-physiologischen Angstzirkel in Gang setzen.

Sonstige externe Belastungsfaktoren: Bei speziellen Unfallsituationen können weitere externe Belastungen auftreten, z.B. Rauch, Nebel oder Nässe, die negativ auf andere Sinneskanäle wirken oder die Orientierung beeinträchtigen. Gelegentlich entstehen auch unangenehme Vibrationen.

▶ Psychologische Belastungen

Die psychologischen Belastungen, denen sich ein Unfallopfer ausgesetzt sieht, können auf *individualpsychologischen* Ursachen – bedingt durch das Individuum selbst – und auf *sozialpsychologischen* Ursachen – bedingt durch seine Beziehungen zu anderen Menschen – beruhen.

Individualpsychologisch

Neuheit: Während für professionelle Helfer ein Unfall etwas Alltägliches darstellt, bedeutet er für die meisten Unfallopfer etwas völlig Neues, was sie in dieser Form noch nie erlebt haben. Eine Vielzahl von bisher nicht bekannten Empfindungen, Gefühlen, Gedanken tritt auf. *»Ein Unfallgeschehen reißt den Verletzten aus ... der heilen Welt heraus«* (Remke 1993, S. 107). Schon aus diesem Grund erscheint die Situation bedrohlich. »Neuheit« ist dabei aus der subjektiven Perspektive eines Unfallopfers zu interpretieren. Bezeichnend hierfür ist die Reaktion von Mitgliedern eines Rettungsteams, das auf der Rückfahrt von einem Einsatz selbst in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde (Crespin 1995). Trotz ihrer Ausbildung und trotz des für die Helfer eigentlich gewohnten Bildes zeigten sie aus der jetzt vorhandenen anderen Perspektive zunächst die gleichen Belastungsreaktionen wie andere Unfallopfer auch.

neue Situation

Kontrollverlust: Unfallpatienten können die Situation nicht mehr oder nur in geringerem Ausmaß als zuvor selbst kontrollieren. Im Gegenteil: Statt selbst das eigene Handeln zu verantworten, bestimmen jetzt andere Personen (Rettungs-

Verlust der Kontrolle

dienstmitarbeiter, Notärzte, Polizeibeamte, Feuerwehrleute) über die eigene Person und geben Anweisungen, denen Folge zu leisten ist. Ein derartiger Kontrollverlust wird als unangenehm erlebt und kann zu vielfältigen negativen Folgereaktionen, bei permanentem Andauern sogar zu psychischen und körperlichen Krankheiten führen (vgl. Brehm 1966). Verfügt man dagegen noch über einen Rest an Eigenkontrolle, mindert dies die Intensität einer negativen emotionalen Folgereaktion (siehe beispielsweise Davison, Neale und Hautzinger 2007, Rogner und Frey 1987). Dies ist vermutlich einer der Gründe, warum einige Unfallopfer schon von sich aus bemüht sind, noch in irgendeiner Form die Kontrolle zu behalten (*»Ich wollte zu verstehen geben, dass ich nicht ganz hilflos bin«*). Eine derartige Intention ist also als durchaus positiv zu bewerten und sogar zu fördern.

unerledigte Handlung

Unterbrochene Handlung: Jeder Unfall unterbricht den Ablauf einer Handlung, die man sich vorgenommen hat; sie bleibt zwangsweise zunächst unerledigt. Dies erzeugt Frustration. Teilweise entstehen daraus auch Schuldgefühle, wenn man Arbeiten, die für sich selbst oder andere Personen wichtig sind, nicht mehr durchführen kann. Bereits in den zwanziger Jahren vermutete Lewin, dass dies zu internen psychischen Spannungen führt, die teilweise dauerhaft bestehen bleiben. In den dreißiger Jahren wies Zeigarnik nach, dass unterbrochene Handlungen stärker erinnert werden als erledigte. Dies mag mit ein Grund dafür sein, dass Unfälle noch jahrelang im Gedächtnis bleiben.

Sozialpsychologisch

andere Notfallopfer

Andere Notfallopfer: Sind bei einem Unfall auch andere Menschen betroffen, kann dies unterschiedlich wirken. Einerseits könnten die tröstlichen Gedanken aufkommen, man sei mit seinem Schicksal nicht allein, anderen gehe es genauso, wenn nicht sogar schlechter (*»Ich lebe wenigstens noch«*). Andererseits können Neidreaktionen gegenüber denen auftreten, die unverletzt geblieben sind (*»Warum hat es ausgerechnet mich erwischt?«*). Schließlich kön-

Neid

nen aber auch objektive und subjektive Schuldgefühle (Lasogga und Müller-Kramer 2009) gegenüber denen entstehen, die beim Unfall schwerer verletzt wurden oder nicht überlebt haben (*»Wieso bin ich davongekommen und andere nicht?«*). In der akuten Situation können auch die Schreie oder das Stöhnen anderer Unfallopfer eine zusätzliche Belastung darstellen. Dies gilt besonders, wenn Lebenspartner, Eltern, Kinder oder andere Verwandte oder Kollegen einbezogen sind.

Hierarchie

Soziale Hierarchie: Wie schon unter dem Stichwort »Kontrollverlust« angedeutet, führt ein Unfall zu einer temporären oder auch permanenten Veränderung der sozialen Hierarchiestruktur eines Menschen. Über lange Jahre hinweg hat jedes Individuum ein eigenes internes System dafür entwickelt, wem es sich persönlich oder organisatorisch über- oder unterlegen fühlt, etwa wer wem Anweisungen erteilen darf und von wem man sie erhält. Es ist für viele deshalb nicht einfach zu akzeptieren, dass sie bei einem Unfall ohne reale Chance von Widerstand das tun müssen, was andere von ihnen verlangen.

»Gaffer«

Zuschauer: Als ein weiteres belastendes Element werden von vielen Unfallopfern »Zuschauer« angeführt. Es ist ihnen unangenehm, derartig im Mittelpunkt des Interesses zu stehen und »begafft« zu werden. Man fühlt sich hilflos, eventuell ist auch die Kleidung nicht in korrektem Zustand, geht Urin oder Kot ab, oder man schämt sich vor den Zuschauern wegen seines schmerzbedingten Schreiens oder Weinens.

»Froschperspektive«

Lageperspektive: Die Effekte der liegenden Position eines Unfallverletzten (»Froschperspektive«) und die damit verbundene Wahrnehmungseinschränkung wurden schon beschrieben. Diese Position hat jedoch auch sozialpsychologische Effekte: Die Welt wird unüblich verzerrt wahrgenommen, die Proportionen anderer Menschen sind verschoben. Helfer, die sich über den Patienten beugen, werden aus dieser Perspektive möglicherweise als bedrohlich erlebt.

Die Belastungen eines Unfallopfers resultieren aus physiologischen wie psychologischen Faktoren. Physiologisch belastend sind Schmerzen und Atemnot, ebenso massive externe Reize wie Lärm und Kälte. Psychologische Belastungsfaktoren sind individualpsychologisch (Neuheit, Kontrollverlust, unterbrochene Handlung) und sozialpsychologisch (Zuschauer, soziale Hierarchie) bedingt.

3.2 Moderatorvariablen

individuelle Unterschiede

Jeder Mensch erlebt die belastenden Faktoren eines Unfalls unterschiedlich. Dies liegt an der Modifikation durch individuelle biologische, soziografische und individualpsychologische Variablen (»Moderatorvariablen«). Sie können bei einer positiven Ausprägung die Effekte eines Notfalls abmildern, das Notfallopfer also in gewissem Ausmaß vor negativen Folgeerscheinungen schützen und damit protektiv wirken; sie können aber auch die Belastungen durch einen Notfall verstärken, also ein Risiko darstellen und die Entwicklung von negativen Folgeerscheinungen fördern. Sie können auch eine neutrale Wirkung haben, also die Folgen nicht in irgendeine Richtung beeinflussen.

▶ Biologische Variablen

Geschlecht

Von den biologischen Variablen sind vor allem *Alter* und *Geschlecht* bedeutsam. Physiologisch wie psychologisch werden wahrscheinlich Kinder oder alte Menschen die entstandenen Belastungen stärker oder schwächer, aber zumindest anders erleben als Menschen in mittleren Altersstufen. Auch das Geschlecht könnte von Bedeutung sein, beispielsweise bei dem Empfinden von Schmerzen. Auch die angeborene oder momentane körperliche Konstitution dürfte eine Rolle spielen.

▶ Soziografische Variablen

Kultur

Zu den soziografischen Variablen zählt u.a. die Prägung durch unterschiedliche *kulturelle Faktoren*. Wie beispielsweise Emotionen und Trauer in verschiedenen Ländern und

Religionen unterschiedlich ausgedrückt werden, so wird es auch mit den Gefühlen bei einem Unfall geschehen. Eine verunglückte türkisch-muslimische Großfamilie wird anders reagieren – und von den Helfern anders zu behandeln sein – als eine entsprechende deutsch-katholische Familie.

Aber auch innerhalb eines Kulturkreises gibt es relevante Unterschiede. Bei einem Mann, der verheiratet ist und zwei kleine Kinder hat, steht vermutlich die *familiäre Situation* bei einem Unfall gedanklich und emotional stärker im Vordergrund als bei einem Single, bei dem möglicherweise die beruflichen Konsequenzen im Fühlen und Denken dominieren. Einige Untersuchungen zeigen, dass gute Beziehungen zu mindestens einer Person einen protektiven Faktor gegenüber negativen Folgeerscheinungen eines Notfalls darstellen (Reinhard und Maercker 2004, Bengel und Heinrichs 2004)

familiäre Situation

▶ Psychologische Variablen

Unter die psychologischen Moderatorvariablen fallen alle bisherigen *lebensgeschichtlichen Erfahrungen* eines Menschen (z.B. *»Ich habe in meinem Leben schon so viel erlebt, ich werde auch das schaffen!«*). Jeder Mensch hat für die Bewältigung von Problemsituationen bestimmte Strategien entwickelt, sogenannte Coping-Strategien. Diese können bei auftretenden Problemen hilfreich sein oder ungünstig bzw. dysfunktional. Besonders bedeutsam sind die sogenannten *»Kontrollüberzeugungen«* oder das *»Selbstwirksamkeitserleben«*, d.h. der Glaube daran, inwieweit man meint, auf die Umwelt selbst einwirken zu können oder von anderen, dem Schicksal oder dem Zufall abhängig zu sein. Ebenso spielt der Grad der bisher praktizierten kommunikativen Offenheit eine Rolle: Einige Menschen haben in ihrem Leben nicht gelernt, über Probleme zu sprechen, sondern fressen sie in sich hinein, während andere es bevorzugen, bei Schwierigkeiten immer mit irgendjemandem zu kommunizieren. Letzteres wirkt sich positiv auf die Verarbeitung aus. Natürlich gibt es auch Coping-Strategien, die – vor allem wenn sie dauerhaft betrieben werden – negativ wirken, z.B. reflexartiger Alkoholkonsum auf eine Problemsituation (*»Darauf muss ich erst einen trinken!«*).

Lebensgeschichte

Kontrollüberzeugung

▶ Situative Variablen

Die akuten Auswirkungen eines Notfalls auf andere und durch andere sind je nach Situation sehr unterschiedlich. Man stelle sich vor: Ein Notfall ereignet sich bei einem einsamen Waldspaziergang, bei einer großen Sportveranstaltung, am Arbeitsplatz oder in der Wohnung im Kreise der Familie. Die Gefühle, die Gedanken und auch die Reaktionen aller Beteiligten in den unterschiedlichen Situationen werden sich sicher unterscheiden. Beispielhaft sollen im Folgenden zwei Aspekte herausgegriffen werden.

anwesende Bezugspersonen

Wenn vertraute Personen anwesend und unverletzt geblieben sind, fühlen sich viele Notfallopfer sicherer. Dies gilt insbesondere für Kinder. Dabei spielt natürlich auch das Verhalten der Bezugspersonen eine Rolle. Bleiben sie ruhig, verhalten sie sich »kompetent« (und wenden sie womöglich die in Kapitel 4 und 8 beschriebenen Regeln der »Psychischen Ersten Hilfe« für Laien an), hat dies eine positiv-beruhigende Wirkung; sind sie nervös und hektisch, kann dies auch auf das Notfallopfer ausstrahlen.

Verhalten der Helfer

Das Verhalten von professionellen Helfern in einer Notfallsituation fällt sehr unterschiedlich aus. Sie und ihr Verhalten hat für die Unfallopfer eine zentrale Bedeutung (Hütter 2000). Verhalten sich Helfer psychologisch angemessen, mildern sie mögliche Folgesymptome, verhalten sie sich unangemessen, kann dies zu einer »Sekundär-Traumatisierung« führen. Das Verhalten der Helfer hat dann negativere psychologische Konsequenzen als der eigentliche Notfall (*»Ich war so erleichtert, als die eintrafen. Aber dann haben die mich in einer Weise behandelt, dass ich richtig schockiert war, das kann ich überhaupt nicht vergessen.«*).

3.3 Reaktionen

Reaktionen vs. Folgen

Bei den Auswirkungen eines Notfalls ist zwischen den unmittelbaren »Reaktionen« sowie den kurz-, mittel- und langfristigen »Folgen« zu unterscheiden. Die unmittelbare »Reaktion« auf einen Unfall umfasst die akuten Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen innerhalb der ersten Mi-

nuten, ggf. auch Stunden nach einem Notfall, die akut mit dem Ereignis zusammenhängen.

Bei der Darstellung der Reaktionen werden diese der Übersichtlichkeit halber in die Kategorien »Gefühle« und »Gedanken« sowie »Verhalten« unterteilt. Selbstverständlich ist jeder Bereich mit jedem anderen verbunden. So ist jede Emotion von Kognitionen, also von Gedanken, begleitet und Gedanken führen häufig zu bestimmten Emotionen und beides beeinflusst das aktuelle Verhalten.

▶ Gefühle

Angst

Angst

Angst ist das vorherrschende Gefühl bei den meisten Unfallopfern (Schnyder et al. 2000). Teilweise ist sie eher diffus, teilweise sehr konkret: vor weiteren Schmerzen, vor den Folgen schwerer Verletzungen, z.B. vor drohenden Amputationen (*»Als ich das Knacken hörte, bekam ich panische Angst!«*), vor den Problemen eines Krankenhausaufenthalts oder vor den Unannehmlichkeiten medizinischer Maßnahmen wie Spritzen und Infusionen. Das Unfallopfer kann Angst haben vor ärztlichen Kunstfehlern, vor der Trennung von Angehörigen, der unterbrochenen beruflichen Arbeit oder Karriere, davor, geliebte Hobbys nicht mehr ausüben zu können, oder vor finanziellen Konsequenzen. Im Extremfall bezieht sie sich auf die Frage nach Leben und Tod *(»Muss ich jetzt sterben? Warum gerade ich?«)*. Das Ausmaß und die Art der erlebten Angstgefühle variieren allerdings stark. Bei Atemnot, Herzbeschwerden und stark blutenden Verletzungen treten in der Regel die stärksten Angstgefühle auf.

Fahrt zum Krankenhaus

Nicht nur die aktuelle Unfallsituation, sondern auch die Fahrt zum Krankenhaus wird in dieser Hinsicht unterschiedlich erlebt. Die Unfallopfer befinden sich jetzt in einer eher isolierten Situation, d.h. sie werden jetzt nicht mehr durch eine Vielfalt von Wahrnehmungen und Aktionen abgelenkt. Insbesondere wenn das Rettungspersonal nicht mit ihnen spricht, kommt manchen Unfallopfern die Schwere ihrer Verletzungen jetzt erst voll zu Bewusstsein – es sei denn, sie sind medikamentös sediert worden.

Sie befürchten dann, dass ein längerer stationärer Aufenthalt mit vielen Unannehmlichkeiten droht. Andererseits erfahren Patienten im Rettungswagen auch positiv, dass ihre physische Situation jetzt »unter Kontrolle« gebracht wurde, was ihre Erregung mindert.

Krankenhaus

Das Krankenhaus selbst stellt ebenfalls einen ambivalenten Reiz dar. Einige Patienten sind erleichtert, wenn sie dort eintreffen, da sie sich hier die beste Hilfe versprechen (s. auch Remke 1991), bei anderen erzeugen die wahrgenommenen Instrumente, die weiß oder grün gekleideten Personen, der typische Geruch etc. zusätzliche negative emotionale Reaktionen. (Auf die speziellen Belastungen, die durch die manchmal sehr problematische Übergabesituation vom Rettungsdienst an das Klinikpersonal entstehen, kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden.)

Deprimiertheit, Depressionen

Depression

Als eine weitere Reaktion bei Unfallpatienten kann eine allgemeine Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmtheit auftreten (s. auch Stauffert o.J., S. 81). Diese Reaktion scheint insbesondere dann gefördert zu werden, wenn Patienten allein gelassen werden. Auch hierbei reagieren Unfallopfer häufig nach dem Muster ihrer Vorerfahrungen: Unfallopfer, bei denen schon vorher depressives Verhalten zu beobachten war, zeigen diese Reaktion auch vermehrt nach einem Unfall (Greis 1992).

Schuldgefühle

Schuldfrage

Der Schuldfrage wird sehr unterschiedlich nachgegangen, sie ist für einige Unfallopfer von zentraler Bedeutung, als ob dies die wichtigste Frage in der vorliegenden Situation sei. Sie möchten sie sofort abklären (*»Ich habe den Rettungssanitäter sofort gefragt, ob ich schuld sei!«*). Einige Notfallopfer entwickeln aber auch Schuldgefühle, ohne dass tatsächlich ein objektives Eigenverschulden vorliegt (»subjektives Schuldgefühl«, s. Lasogga und Münker-Kramer 2009). Auch eine andere Art von Schuldgefühlen wurde bereits erwähnt: Die Sorge, berufliche, familiäre und gesellschaftliche Verpflichtungen nicht mehr wahrnehmen zu

können (»*Wer sorgt jetzt für die EDV-Anlage in meinem Betrieb?*«). Die Entwicklung von Schuldgefühlen ist bedeutsam für die Entwicklung psychischer Folgestörungen. Je stärker die Schuldgefühle, desto mehr tendieren Notfallopfer zu stärkeren psychischen Beeinträchtigungen (Lasogga und Frommberger 2004).

Scham

Scham

Schamgefühle können in Unfallsituationen in verschiedenen Varianten auftreten. Am einsichtigsten kann man dies nachfühlen, wenn sich viele Zuschauer um die Unfallstelle scharen. Wie schon oben beschrieben, schämt man sich wegen seines schmerzbedingten Schreiens oder Weinens oder wegen des Abgangs von Urin oder Kot. Aber auch eine andere Art von Scham kann auftreten: Anderen Personen »Umstände zu machen«, auf Hilfe angewiesen zu sein, ja sogar »Kosten zu verursachen«.

▶ Gedanken

Gesundheit

Gesundheit

Der erste Gedanke von Unfallopfern gilt häufig der eigenen Gesundheit – sowohl was die momentane akute Situation betrifft als auch die sich daraus ergebenden Folgen. Dies kann im Extrem auch Gedanken an den eigenen Tod betreffen. Bezüglich der Einschätzung der Schwere von Verletzungen sind sich dabei die meisten Unfallopfer zwar relativ sicher (vgl. Remke 1991), allerdings deckt sich dies oft nicht mit der medizinischen Diagnose im Krankenhaus (Nahmias 1983).

Unfallfolgen

Folgen

Gedanken hinsichtlich der möglichen Folgen und Auswirkungen des Unfalls machen sich Verletzte in sehr unterschiedlicher Form. Für einige Unfallopfer spielen sie zunächst überhaupt keine Rolle, selbst wenn diese eindeutig evident sind (»*Über die Folgen habe ich mir keine Gedanken gemacht.*«). Andere dagegen reflektieren intensiv alle möglichen Auswirkungen des Geschehens. Dies geschieht vor allem bei jungen Menschen (Ladenbauer 2002). Es werden

verschiedene Alternativen durchgespielt, die um die künftige Situation kreisen. Man stellt sich vor, wie es sein würde, wenn man Extremitäten verlöre (*»Wird mein Bein amputiert?«*). Folgerichtig kommen auch Gedanken an ein »Leben im Rollstuhl« oder die Situation eines Dauerpflegefalls auf. Gelegentlich kreisen die Gedanken aber auch um scheinbar banale Themen wie den nun abzusagenden Urlaub, an Arbeiten, die verschoben werden müssen, an die Vertretungsregelungen am Arbeitsplatz oder das Problem *»Wer füttert jetzt meine Katze?«*.

Angehörige

Angehörige

Einer der ersten Gedanken gilt häufig auch Angehörigen. Man sorgt sich um die Auswirkungen, die der Unfall auf sie hat (*»Ich hatte auch Sorge um meinen Mann … der darf sich nicht aufregen!«*). Ansonsten wünscht man sich, dass Angehörige möglichst schnell benachrichtigt werden und man sie bald sieht (*»Hoffentlich kommt meine Frau bald!«*). In der Regel fühlen sich Unfallopfer dann durch deren Anwesenheit beruhigt.

Materielles

Materielles

Gedanken an den materiellen Schaden eines Unfalls stehen zunächst meist nicht im Vordergrund. Wenn sie jedoch auftreten, umfassen sie nicht immer die gesamten Konsequenzen, sondern gelten auch belanglosen Dingen, die für Außenstehende angesichts des Geschehens gelegentlich fast grotesk erscheinen *(»Wo ist das Katzenauge vom Fahrrad? Wenn ich es nicht finde, muss ich mir ein neues kaufen.«)*.

▶ Verhalten

Weinen

Weinen

Weinen ist eine verständliche Reaktion bei einem Unfall. In den letzten Jahren ist dabei eine Wandlung zu beobachten: Auch Männer schämen sich offenbar weniger, in der Öffentlichkeit ihre Tränen zu zeigen. Welche Gründe auch immer für das Weinen vorliegen, z.B. körperliche Schmerzen oder Ängste, es sollte sowohl vom Unfallopfer als auch vom Helfer nicht unterdrückt oder unterbunden werden.

Schreien

Schreien

Unfallopfer schreien auch häufig sehr laut, sei es vor Schmerzen oder aus Angst (*»Ich habe aus Angst wie wahnsinnig geschrien!«*). Dies hat einen alten biologischen Sinn. Die Not wird den Artgenossen bekannt gemacht, und man signalisiert, dass man Hilfe braucht. Wird diese geleistet, werden die Betroffenen meistens automatisch ruhiger.

Aggressionen

Aggressionen

Manche Notfallopfer zeigen aggressive Verhaltensweisen. Diese können sich in Beschimpfungen niederschlagen, aber auch in körperlichen Reaktionen wie Um-sich-Schlagen, Wegstoßen etc. Diese Handlungen können gegen andere Personen gerichtet sein, beispielsweise gegen andere Unfallbeteiligte, gegen Zuschauer, die Polizei, den Rettungsdienst, aber auch gegen sich selbst. Psychologisch gesehen handelt es sich dabei jedoch nicht immer um eine gerichtete Feindseligkeit, sondern um eine allgemeine Erregungsabfuhr. Dies zu erkennen, ist für Hilfeleistende oft nicht einfach. Sie können sich jedoch häufig mit dem Gedanken helfen »Ich bin nicht gemeint«.

Ärger

Wut

Nicht selten sind Notfallopfer ärgerlich oder wütend. Dies wird von 21% der befragten Unfallopfer angegeben (Nyberg et al. 2000). Dieser Ärger kann sich auf die eigene Person beziehen, etwa warum man sich so »ungeschickt« oder »unvorsichtig« verhalten hat, aber auch auf andere, beispielsweise auf die vermuteten Verursacher eines Notfalls.

Überaktivität

Erregung

Die hohe Erregung bei einem Unfall kann zu einer starken physischen und psychischen Aktivität führen. Im Extremfall rennen die Opfer orientierungslos umher und sind kaum zu stoppen. Im gemäßigteren Fall wirken sie nur agitiert, reden sehr viel, möchten unbedingt »etwas machen«, auch wenn die intendierten Handlungen und Aktionen nicht sinnvoll sein mögen.

Lähmung

Apathie

Eine der Überaktivität entgegengesetzte Reaktion ist ebenfalls zu beobachten: Die Opfer stehen der Situation wie gelähmt gegenüber. Sie wirken apathisch, erstarrt, bewegungslos, stieren vor sich hin. Ihre Umwelt scheint sie nicht zu interessieren. Das Geschehen hat für sie anscheinend keine Bedeutung mehr. Sie erwecken den Eindruck, als würden sie sich aufgeben. Dies kann bis zum sogenannten »Einfrieren« gehen, einer biologischen Reaktion, die dann auftritt, wenn in einer Problemsituation weder »Flucht» noch »Kampf« sinnvoll erscheinen.

Ruhe, Gelassenheit

Gelassenheit

Erstaunlicherweise verhalten sich manche Unfallopfer bemerkenswert ruhig und gelassen (Nyberg et al. 2000), obwohl aufgrund der Schwere des Unfalls mit einer heftigeren Reaktion zu rechnen wäre. Dies kann einen Schutzmechanismus gegen die erlebte Reizüberflutung darstellen.

Lachen

Lachen

Manchmal kommt es bei Unfallopfern auch zu sehr kurios anmutenden Verhaltensweisen, beispielsweise zu lautem Lachen. Dies dient ebenfalls nur der Erregungsabfuhr und ist keineswegs als Unempfindlichkeit, mangelnde Sensibilität oder gar aggressive Tendenz zu werten.

Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen

Schließlich sind noch einige Verhaltensweisen beobachtbar, die auf den ersten Blick unlogisch oder übertrieben wirken. Häufig handelt es sich dabei um die aus der Psychoanalyse bekannten »Abwehrmechanismen«. Sie reduzieren bzw. »verarbeiten« die empfundenen Spannungen. Bei Notfällen treten insbesondere folgende auf:

Regression

Regression: Die Unfallopfer fallen auf eine frühere, oft kindliche Altersstufe zurück. Sie geben sich hilfloser als sie sind und schreien quasi nach der helfenden »Mama« oder dem schützenden »Papa«. Sie delegieren damit die Verantwortung an andere.

Verleugnung: Die Betroffenen leugnen das Geschehen. Vorhandene Tatsachen werden nicht realitätsentsprechend wahrgenommen. Dazu kann auch gehören, dass man keine realen Informationen über das Geschehen wünscht (*»Ich wollte keine Informationen.«, »Ich wollte erst gar nicht wissen, was mit mir gemacht wird.«*). Diese Abwehrreaktion kann im Extremfall sogar dazu führen, dass beispielsweise der Tod eines Kindes von den Eltern »geleugnet« wird.

Verleugnung

Verdrängung: Der Mechanismus der Verdrängung kann als eine schwächere Form der Verleugnung angesehen werden. So werden z.B. Verletzungen in ihrer Schwere heruntergespielt, die Gefahr der Situation gar nicht wahrgenommen oder einzelne Details nicht erinnert. Verdrängungsmechanismen sind häufig auch dafür verantwortlich, dass Unfallopfer Hilfe ablehnen, obwohl sie dieser aus medizinischer und auch aus psychologischer Sicht dringend bedürfen (*»Ich wollte nur in Ruhe gelassen werden.«*).

Verdrängung

Rationalisierung: Dieser Mechanismus bedeutet, dass Unfallopfer das Geschehen nachträglich so interpretieren, als sei es eine konsequente und quasi logische Folge von vorangegangenen Geschehnissen gewesen. Es werden viele Gründe gesucht und gefunden, warum alles so laufen musste, wie es gelaufen ist *(»Bei diesem Wetter konnte es eigentlich gar nicht anders kommen!«).*

Rationalisierung

3.4 Kurz-, mittel- und langfristige Folgen

Wie dargelegt, ist bei den Auswirkungen eines Notfalls zwischen den unmittelbaren »Reaktionen« sowie den kurz-, mittel- und langfristigen »Folgen« zu unterscheiden, die mit der längerfristigen psychischen Verarbeitung des Notfalls in Zusammenhang stehen.

Kurzfristige Folgen können nach einigen Stunden oder innerhalb der nächsten Tage auftreten. Als *mittelfristige Folgen* sollen die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bezeichnet werden, die bis zu einem Jahr bestehen bleiben.

Langfristige Folgen können mehrere Jahre oder das ganze Leben lang bestehen bleiben.

Hinsichtlich der psychologischen Folgewirkungen von Notfällen ergeben sich erhebliche Differenzen in der Art sowie in der Schwere und Dauer (ausführlich s. Lasogga 2011). Diese hängen von den physiologischen und psychologischen Belastungen sowie von den Moderator- und den Situationsvariablen und dem Verhalten der Umwelt ab. Die Zusammenhänge sind also äußerst komplex und vor allem nicht linear. Man stelle sich einmal die Kombinationsmöglichkeiten der diversen Einflussfaktoren vor, die auch noch sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Ein Notfall wird nicht unbedingt umso schwerer erlebt und die Reaktionen fallen nicht umso heftiger aus, je stärker die Belastungsfaktoren einzeln oder in ihrer Summe ausgeprägt sind.

komplexe Zusammenhänge

Häufig resultieren aus einem Notfall keine länger andauernden psychischen Folgen, und wenn, dann treten diese oft nur kurzfristig auf (Shalev 2001). Schnyder et al. (2000, S. 82) schreiben dazu resümierend über die psychischen Folgen von schwer verletzten Unfallpatienten: »Daraus lässt sich folgern, dass körperlich und psychisch gesunde, mit guten psychosozialen Ressourcen ausgestattete Personen auch einen schweren Unfall und seine Folgen in der Regel ohne größere psychische Probleme verarbeiten können.« Notfallopfer besitzen in der Mehrzahl der Fälle genug Ressourcen, um einen Unfall psychisch zu verarbeiten (Lasogga und Münker-Kramer 2009).

negative Folgewirkungen

Wenn negative Folgen auftreten, sind deren Art und Ausmaß sehr unterschiedlich. Leichte negative Folgen können relativ schnell überwunden werden, stärkere können das Alltagsleben massiv beeinträchtigten. So kann beispielsweise eine »Anpassungsstörung« oder Depression auch in einem größeren zeitlichen Abstand zum Notfall auftreten. Hierbei spielt auch die Schwere des Notfalls eine entscheidende Rolle: Bei dramatischen Notfällen insbesondere mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen sind Auswirkungen auf die weitere Lebensplanung wahrscheinlicher als bei leichteren.

posttraumatische Belastungsstörung

Sehr stark thematisiert wird momentan auch die akute oder posttraumatische Belastungsstörung. Symptome sind eindringliche, wiederkehrende belastende Erinnerungen und Träume, ein intensives körperliches und psychisches Belastungsgefühl bei der Konfrontation mit Reizen, die an das Ereignis erinnern (*»Immer, wenn ich an der Unfallstelle vorbeifahre …«*), eine Vermeidung derartiger Reize (*»Ich steige in kein Flugzeug mehr!«*) sowie eine generell starke Erregung, Schlafschwierigkeiten oder Wutausbrüche. Eine Posttraumatische Belastungsstörung tritt insgesamt jedoch nur sehr selten auf (Lasogga 2011), sodass der Verdacht besteht, es handele sich dabei eher um ein »Modethema« (ähnlich dem »Burn-Out-Syndrom«).

positive Verhaltensänderung

Das Erleben eines Notfalls muss jedoch nicht nur gar keine oder negative Folgen haben, sondern es können sich auch positive Folgeerscheinungen (Lasogga 2011) zeigen, beispielsweise veränderte Verhaltensweisen aufgrund rationaler Erkenntnisse (*»Seitdem trinke ich keinen Tropfen Alkohol mehr, wenn ich fahren muss!«* oder *»Seitdem steige ich nicht mehr auf eine ungesicherte Leiter.«*). Auch können sich soziale Beziehungen intensivieren oder man entwickelt eine veränderte Einstellung bezüglich seiner Lebensphilosophie (*»Seit meinem Unfall habe ich eine andere Beziehung zur Religion.«*).

sekundärer Krankheitsgewinn

Verhalten der Umwelt (sekundärer Krankheitsgewinn)

Hinsichtlich der psychologischen Folgen eines Notfalls ist auch das Verhalten der Umwelt von Bedeutung. Ein interessantes Phänomen stammt aus der psychoanalytischen Gedankenwelt: der »sekundäre Krankheitsgewinn«. Dieser Terminus besagt, dass in jeder Krankheit und – übertragen auf Notfälle – in jedem erlebten Notfall auch Aspekte für den Betroffenen liegen, die für ihn einen »Gewinn« bedeuten. Dieser besteht zum Beispiel darin, dass man umsorgt und gepflegt wird, dass sich andere Menschen um einen kümmern, dass man »im Zentrum des Interesses« steht. Im Extremfall wird sogar der Genesungsprozess unbewusst hinausgezögert, um diese Vorteile nicht zu verlieren. Angehörige stehen unter diesem Aspekt vor einer schwierigen

Aufgabe: Einerseits sollten sie ein Notfallopfer nicht überversorgen und überbehüten (Overprotection). Umgekehrt sollten sie (insbesondere bei Kindern) auch nicht sofort wieder zum Alltag übergehen und so tun, als sei nichts geschehen.

Unfallopfer erleben sehr unterschiedliche Gefühle, am häufigsten Ängste. Die dominierenden Gedanken gelten der eigenen Gesundheit, Angehörigen und möglichen Folgen des Unfalls. Das beobachtbare Verhalten von Unfallverletzten differiert sehr stark. Weinen und Schreien treten ebenso auf wie Aggressionen gegen sich und Umstehende. Gelegentlich findet man aber auch Betroffene, die trotz der Schwere des Unfalls ruhig und gelassen erscheinen. Mittel- und langfristige psychische Folgen sind selten. Sie können zu rationalen Einsichten, aber auch zu diversen Störungen führen.

4 Der Umgang mit direkt Betroffenen

4.1 Überblick gewinnen

Ersteintreffende

Bei jedem Unfall trifft nach einem eventuell vorhandenen Laienhelfer ein professioneller Helfer ein, sei es ein Mitglied der Polizei, der Feuerwehr, des Rettungsdienstes oder ein Notarzt, der in der Regel von der Leitstelle alarmiert wird. Dieser Helfer hat zunächst eine Aufgabe zu bewältigen, die seinem ersten fundamentalen Reflex, sich sofort um das Opfer zu kümmern, entgegensteht, nämlich zunächst einen Überblick über das Geschehen zu gewinnen und ggf. technisch-organisatorische Entscheidungen zu treffen. Diese Aufgaben werden häufig nicht beachtet (ausführlich s. Lasogga et al. 2011a). Sie sind vor allem bei Großschadensereignissen wichtig, aber auch im Einzelfall von Belang. Auch bei einem simplen Hausunfall kann z.B. Gas ausströmen, können Geräte unter Strom stehen, kann ein kriminelles Delikt vorliegen oder eine Mauer muss abgestützt werden. Im Einzelnen sind (zusammengefasst nach Wichmann 2000, Peter et al. 2001) folgende Aufgaben zu erfüllen:

Eigensicherung

- *Eigensicherung:* Zunächst ist abzuklären, ob eine Selbstgefährdung des Helfers besteht. Gegen diese Forderung wird nach Berichten von Beteiligten häufig verstoßen. Die Unfallstelle kann noch nicht oder nur unzureichend abgesichert sein, Benzin kann ausfließen, Giftstoffe können frei werden usw. Wie notwendig der Eigenschutz ist, wurde bei einem Eisenbahnunfall deutlich, bei dem der Lokomotivführer schwer verletzt eingeklemmt war. Man konnte ihm lange Zeit nicht helfen, weil man nicht klären konnte, ob die Lok unter Strom stand. Hätte man sofort versucht, ihn herauszuziehen,

hätte dies unter Umständen weder das Unfallopfer noch der Helfer überlebt.

Lagefeststellung

- *Erste Lagefeststellung:* Aus einer ersten Analyse der Gesamtsituation ist eine Groborientierung über das Geschehen zu gewinnen. Unter medizinischen, aber auch psychologischen Aspekten ist festzulegen, wer welcher Hilfe bedarf. Dabei ist nicht nur auf die somatisch Verletzten, sondern auch auf die psychisch Verletzten, die Angehörigen, andere Unfallbeteiligte, Augenzeugen und Kinder zu achten. Wie lang diese erste Orientierung dauern sollte, ist schwer zu bestimmen. Um wenigstens einen groben Hinweis zu geben: Bei einem Unfall mit einem einzigen Verletzten können 15 – 30 Sekunden, bei Unfällen mit mehreren Verletzten bis zu 5 Minuten für diese Aufgabe nötig sein.

Rückmeldung

- *Erste Rückmeldung an die jeweilige Leitstelle:* Bei jedem Unfall ist daraufhin die Leitstelle zu informieren. Hierbei sind folgende Angaben wichtig: Zahl der Verletzten, Typ der Verletzungen und ggf. eine Empfehlung für eine geeignete Klinik (z.B. bei Brandverletzungen). In speziellen Fällen (Kinder, psychisch dekompensierte Angehörige, Suizid etc.) sind auch »psychosoziale Notfallhelfer« anzufordern (s. unten; ausführlich in Lasogga und Münker-Kramer 2009).

Großschaden

Bei einem *Großschadensereignis* sind die Notfallopfer zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Sie haben sehr viele Sinneseindrücke zu verarbeiten. Außerdem kann einige Zeit vergehen, bis sie untersucht und versorgt sind und ggf. abtransportiert werden. Außerdem sind häufig viele Zuschauer zugegen. Psychosoziale Notfallhelfer sind nicht in genügender Zahl schnell vor Ort. Die Opfer fühlen sich oft hilflos (ausführlich s. Lasogga et al. 2011a).

Durch die Helfer sind viele zusätzliche Aufgaben zu erfüllen: Die Rückmeldung an die Leitstelle muss auch Ort und äußere Bedingungen möglichst exakt beschreiben. Bei Gefährdungen (Gift, Gase, Elektrizität) sind entsprechende

technische Hilfen anzufordern und die weiter benötigten Rettungsmittel abzuschätzen. Hierbei ist ein trivialer, aber einsichtiger Hinweis von Rempe (2000) wichtig: Das Verbot von Adjektiven wie »viel«, »groß«, »klein«, »wenig« in der Meldung. Besser ist eine zahlenmäßige Schätzung, also *»circa acht beteiligte Pkws, ein Bus mit circa 20 Passagieren, insgesamt etwa sieben schwer Verletzte, 15 leicht Verletzte«*.

Anfahrtswege

Weitere wichtige organisatorische Maßnahmen sind z.B. die Festlegung und das Freihalten von Anfahrts- und Abfahrtswegen und die Definition von Stellplätzen für die Rettungsfahrzeuge. Hersche (2000) beklagt z.B. bei der Analyse eines Großunfalls in Österreich, dass »... die Rettungsfahrzeuge zu nahe an die Unfallstelle heranfahren, statt Raum für die notwendige Bewegungsfreiheit zu lassen«. Aber auch beim Einzelunfall sollte der Rettungswagen z.B. so geparkt werden, dass einerseits der Verletzte leicht eingeladen werden kann und andererseits der Wagen ohne zu wenden sofort wegfahren kann.

Parken

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. 15 – 30 Sekunden, bei einem Großschadensereignis bis zu 5 Minuten Zeit!

4.2 Begrüßung

Erstkontakt

Das Denken und Fühlen von Unfallopfern ist primär auf das Eintreffen des Helfers zentriert. Aus diesen Gründen ist – psychologisch betrachtet – der Erstkontakt eines Helfers mit dem Unfallopfer besonders wichtig.

Informationschaos

Bei Unfällen, speziell bei Verkehrsunfällen, agieren völlig unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Aufgaben und Interessen in der Szene, wie z.B. Rettungsdienstmitar-

beiter, Polizisten, Notärzte, Zuschauer, Unfallbeteiligte etc. Die dabei vorhandene Aufgabenstruktur ist den Rettungsdienstmitarbeitern, Notärzten oder Feuerwehrleuten bekannt. Ein Unfallopfer dagegen weiß in der Regel nicht, wer es anspricht, berührt, die Kleidung öffnet. Es ist meist nicht nur emotional, sondern auch *informatorisch verwirrt*. Dies gilt besonders bei Unfällen mit mehreren Beteiligten. Aber auch bei einem Hausunfall weiß das Unfallopfer manchmal nicht, wer es anspricht oder »behandelt«.

Vorstellung mit Namen und Funktion

Deshalb ist es wichtig, dass das Unfallopfer eindeutig erfährt, dass jemand gezielt mit ihm Kontakt aufnimmt, wer dies ist und in welcher Funktion er dies tut. Der Helfer sollte sich also mit seinem *Namen* und seiner *Funktion* vorstellen. Durch diesen einleitenden Kontakt wird demonstriert, dass der Betroffene wahrgenommen und angenommen wird und dass er es mit der für ihn richtigen Person zu tun hat. Er muss dann nicht mehr vermuten, dass ein gutwilliger, aber inkompetenter Passant an ihm »herumdoktert«. Dies reduziert seine Angst und seine Spannungen.

Name des Unfallopfers

Günstig ist es auch, ihm explizit zu sagen, dass Maßnahmen in Gang gesetzt werden, um ihm zu helfen. Es ist dabei auch zu empfehlen, sich den *Namen des Unfallopfers* nennen zu lassen und es damit anzusprechen. Diese wechselseitige Vorstellung signalisiert, dass der Helfer die Würde des Verletzten als die eines gleichwertigen Menschen akzeptiert. Außerdem wird dadurch ein Stück »Normalität« in die Situation eingebracht, die die vorhandene Erregung mildert. Ferner wird durch diesen Einstieg gleichzeitig die medizinisch notwendige Prüfung der Ansprechbarkeit vorgenommen. Ein Beispiel für die erste Kontaktaufnahme in wörtlicher Rede:

- *»Guten Tag, mein Name ist Knösel. Ich bin Notarzt. Können Sie mich hören? Wie ist ihr Name? (Antwort). Herr Schulz, wir werden Ihnen jetzt helfen. Wo haben Sie Schmerzen oder Beschwerden?«*

Zur Erläuterung dieser ersten Regel möge folgende Fallschilderung dienen, die aus mehreren echten Berichten von Un-

fallopfern zusammengestellt wurde. Der Leser sollte dabei weniger versuchen, die geschilderten Abläufe rational zu verstehen, sondern sich vielmehr emotional in die Situation einfühlen.

Fallschilderung

Stellen Sie sich vor: Sie sind ein Mann von 45, gute Position, verheiratet, zwei Kinder. Sie fahren Freitagmittag auf der Autobahn. Folgende Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf:

»Die Autobahn ist ja heute für Freitag erstaunlich frei. Die Zeit ist zwar knapp für die Sitzung, aber wenn's so bleibt, komme ich noch rechtzeitig. Eigentlich ist die Sitzung doch recht wichtig, den Müller-Dahlmann müssten wir noch überzeugen, dann geht das, ich werde da mal unseren Standpunkt deutlich vertreten – und dann ist ja endlich mal wieder ein freies Wochenende. Wir sollten wieder mal was mit den Kindern machen, vielleicht könnten wir in den Zoo fahren, da waren wir schon lange nicht mehr, aber vielleicht sind sie schon etwas zu alt dafür? Und mit Marga, na ja ... Mensch – was ist denn das für ein Trottel da vorne ... Ja was macht denn der ... Der kann doch nicht so einfach ... Das ist ja ... Aufprall ... Krach ... Knirschen ... Kissen im Gesicht ... Überschlag ... Ihr Kopf stößt an ... Fliehkräfte am Körper ... Glas splittert ... Teile fliegen im Auto herum ... Tür reißt auf ... Festhalten am Lenkrad ... Poltern ... noch ein Überschlag ... und noch einer ... und noch einer, aber langsamer ... ein Wippen ... Ruhe ... leises Zischen ... Pause – Oh Gott, jetzt ist es passiert ... Sie sind starr ... hängen irgendwie im Auto ... ein Versuch, sich zu bewegen ... geht nicht ... oh Gott: Unfall ... Wärme am Bein ... und im Gesicht ... Sie können kaum etwas sehen ... Was jetzt? ... Zeit vergeht ... das Zischen hat aufgehört ... Ja, irgendwas muss doch jetzt passieren ... einzelne Rufe ... Stimmen ... näher ... »Den müssen wir rausholen!« ... Gesichter über Ihnen ... irgendwer zerrt an Ihnen ... »Geht nicht, anders herum!« ... nochmals Zerren, jemand hebt Ihren Kopf ... »Oh Gott, schaut der aus!« ... »Ja, so rum, nein so rum!« »Vorsicht, das Bein klemmt!« ... »So, jetzt geht's!« ... Irgendwie werden sie bewegt ... über eine scharfe Kante gezogen ... plötzlich ein stechender Schmerz im Bein ... »Lass ihn da liegen!« ... »Nein, ein bisschen weiter rüber!« ... »Ja hier!« ... Irgendjemand macht den Gürtel Ihrer Hose auf ... »ja, aber bitte nicht weiter! Ich weiß ja gar nicht, wer das

ist!« ... »Immer diese Raserei!« ... »Wo wollten Sie denn hin?« ... »Nach Aachen« – wollen Sie sagen, aber es geht nicht ... Oh Gott, was ist mit mir los! ... Ich friere so furchtbar! ... »Da drüben ist noch einer!« ... Weitere Rufe und Stimmen ... Satzfetzen ... »Das überlebt der nie!« ... »Mensch, schau mal die Blutlache an!« ... Gilt das mir?... Schritte in der Nähe – eine Decke wird über Sie gelegt ... die Schritte entfernen sich wieder ... Pause ... entfernt hören Sie Motorgeräusche ... immer mehr Stimmen, aber weit weg ... Oh Gott, ich bin sicher stärker verletzt ... Galt das wirklich mir mit der Blutlache? ... Wenn ich mich doch bewegen könnte! ... Mensch, und ich sehe auch kaum was! ... Verdammt, wie lang das dauert, bis da mal jemand kommt! ... Und im Sitzungssaal werden sie warten und sich ärgern, dass ich nicht da bin, der Müller-Dahlmann ist ja so ein Pünktlichkeitsfanatiker ... Die anderen schaffen es ja doch nicht, ... ach ja, und ich hab ja auch die Unterlagen dabei! Die sollten ja kopiert werden und dieser Scheiß-Kopierer ging kaputt. Und Marga wird sich wieder aufregen! Und die Kinder, Gott sei Dank, dass sie mich so nicht sehen ... Warum kommt denn niemand? ... Wieder Schritte ... irgend jemand versucht, ihren Körper herumzudrehen ... »Was ist mit Ihnen?« ... Blöde Frage, das sieht er doch! ... Er soll mir helfen, einen Krankenwagen holen! ... Hoffentlich haben die den schon alarmiert? ... Schritte entfernen sich wieder ... Pause ... Jetzt! Aus der Ferne hören Sie ein Martinshorn ... und noch eines ... Na, Gott sei dank ... es kommt näher ... Rufe: »Hierher!« ... Plötzlich ein lautes Motorengeräusch direkt in der Nähe ... Ja sieht mich denn niemand? ... Wenn ich was sagen könnte ... »Krchhh«. Nein es geht nicht ... Die müssten mich doch jetzt sehen! ... Und die sollen diesen verdammten Motor abstellen ... Mein Gott, warum kommt denn niemand, ich verblute ja ... Vielleicht liege ich in einem Graben ... Warum haben die mich nicht anderswo hingelegt ... Plötzlich sehe ich die ganze Unfallstelle von oben: Zwei Ambulanzwagen sind schon da ... und sogar die Feuerwehr ... oder bilde ich mir das nur ein? Ich hab mal gelesen, das ist so, wenn man stirbt, da sieht man alles von oben! ... Alles wird leicht und grau ... Doch plötzlich kommen starke Schmerzen! ... Verdammt, Ihr müsst mich doch sehen!! ... Wieder Schritte ... Kommt da nicht doch jemand? ...

Alternative 1: *Da fasst Sie jemand an der Schulter an … »Guten Tag, mein Name ist Knösel, ich bin Notarzt, ich werde Sie jetzt versorgen. Wo haben Sie Schmerzen?«*

Erstkontakt

Alternative 2: *Jemand schlägt relativ kräftig auf Ihre Wange, kneift Sie schmerzhaft in den Hals. »Hören Sie mich«? … »Eindeutig rot« … »*500 *mg Azinol!« … »Nein, doch lieber* 800 *– wie der ausschaut!« … Ihr Hemdsärmel wird aufgeschnitten, man fummelt Ihnen am Arm herum … »Verdammt, wo ist denn da die Vene!« …*

Zusätzlich zu diesen verbalen Äußerungen soll an dieser Stelle noch auf eine sehr relevante Variable hingewiesen werden, die in einer Buchpublikation schlecht darstellbar ist: der Tonfall. Er kann stärker beruhigend wirken als der Inhalt. Generell gilt: Die Botschaft sollte als »sachlich-neutral-ruhig« wahrgenommen werden.

Stellen Sie sich mit Ihrem Namen und mit Ihrer Funktion vor! Lassen Sie sich den Namen des Opfers nennen und reden Sie es damit an! Versichern Sie ihm, dass etwas zu seiner Hilfe geschieht! Achten Sie auf einen sachlich-beruhigenden Tonfall.

4.3 Nonverbale und paraverbale Kommunikation

In unserer Gesellschaft hat man es sich angewöhnt, vorwiegend mit Worten zu beruhigen, Ängste zu nehmen und zu trösten. Dabei wird oft vergessen, dass dies auch nonverbal, also z.B. durch Körperkontakt erfolgen kann. Dies ist sogar oft weitaus effektiver. Für Mütter von kleinen Kindern ist das selbstverständlich. In schwierigen Situationen reden sie nicht nur mit ihnen, sondern nehmen sie in den Arm und stellen Körperkontakt her. Oft wird man dann beobachten können, dass die Kinder dabei schlagartig ruhiger werden.

Körperkontakt

Erwachsene haben dieses Verhalten im Zuge ihrer Sozialisation verlernt, Männer stärker als Frauen. Dabei hat ge-

rade in Notfallsituationen *leichter körperlicher Kontakt* eine erhebliche Bedeutung (Dick und Dick-Ramsauer 1996, S. 27f) und wirkt häufig auch bei Erwachsenen beruhigend. Von Älteren und von Frauen wird Körperkontakt als etwas wichtiger angesehen und angenehmer empfunden als von Männern (Ladenbauer 2002).

Beim Körperkontakt ist nicht nur die direkte emotionale Beruhigung bedeutsam, sondern auch eine indirekte: Ein Unfallopfer erhält auf diese Weise auch nonverbal die Information, dass es nicht allein gelassen wird, was die größte Angst von Unfallopfern darstellt. Beim Körperkontakt sind jedoch einige Regeln zu beachten:

Hände, Arme

- Bei Notfallopfern sind nicht sämtliche Körperteile für einen beruhigenden Körperkontakt geeignet. Aus Interviews und Rollenspielen der Autoren hat sich ergeben, dass vor allem Kontakt an den *Händen, Armen und Schultern* als angenehm und beruhigend empfunden wird. Auch das Abwischen der Stirn wirkt positiv – nicht jedoch sonstige Berührungen am Kopf, insbesondere im Gesicht.
- Als unangenehm wird auch das Berühren anderer Körperteile (Bauch, Brust etc.) erlebt.
- Auch in der Art des Körperkontakts gibt es Unterschiede: *Statischer* Kontakt, also das Halten der Hand, wird häufig als angenehmer empfunden als ein dynamischer Kontakt, beispielsweise Streicheln.
- Der Kontakt von *Haut zu Haut* wirkt beruhigender als der Kontakt durch die Kleidung. Eine besonders wirksame Berührung besteht darin, dass der Helfer mit seiner Hand den Handrücken des Unfallopfers fasst. Dabei kann der Druck durchaus etwas kräftiger sein, als man es als Helfer zunächst annimmt.
- Wenn allerdings Unfallopfer schwer verletzt sind, sollte Körperkontakt eher unterbleiben, da er mit Schmerzen verbunden sein könnte (s. auch Ladenbauer 2002).

Ein weiterer Aspekt des nicht-verbalen Verhaltens liegt darin, dass Unfallopfer, die am Boden liegen, die Welt aus der sogenannten Froschperspektive wahrnehmen. Sie empfinden es aufgrund dessen als unangenehm, wenn sich Menschen von oben über sie beugen. Helfer sollten sich also in diesen Fällen auf die *Höhe des Unfallopfers* begeben, sich hinknien oder hinhocken. Außerdem sollte die medizinische Versorgung, wenn möglich, aus den gleichen angsterzeugenden Gründen *nicht von hinten* erfolgen.

»Froschperspektive«

Weinen ist entlastend. Wenn Patienten *weinen*, sollte ihnen signalisiert oder direkt gesagt werden, dass dies nicht unterdrückt werden muss. Dies ist insbesondere bei älteren Männern wichtig, da diese häufig so erzogen wurden, dass sie sich derartige nonverbale Gefühlsäußerungen nicht gestatten dürfen.

Weinen

Eine besondere Rolle kommt auch der paraverbalen Kommunikation zu. Damit sind die Stimmlage, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke, Pausen, Betonungen und Tonfall gemeint. Die Stimme vermittelt per se eine Botschaft. Deshalb ist von Helfern auf die eigene Stimme zu achten. Sie kann bei entsprechender Sprechweise beruhigend wirken, sie kann umgekehrt aber auch Unfallopfer beunruhigen, z.B. durch schnelles, hastiges Sprechen.

Stimme

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

4.4 Information

Unfallpatienten suchen begierig nach Orientierung. Die Unfallsituation ist für sie neu, komplex und irritierend. Die Schwere der Verletzung und die daraus resultierenden Folgen können nicht eingeschätzt werden. Jedes Indiz eines »Experten«, das ihnen vermeintlich Klärung verspricht,

Suche nach Orientierung

wird begierig aufgenommen. Oft sind es am Anfang nur negative Bewertungen von Laienhelfern, die die Unfallopfer hören. Laienhelfer überschätzen jedoch häufig die Schwere der Notfallsituation und interpretieren sie zu ernst (Garms-Homolova, 1988). Aber auch das Schweigen von Helfern kann missverstanden werden. Es kann die Vorstellung entstehen, dass der Zustand so schlimm ist, dass die Helfer nichts zu sagen wagen.

Informationsaufgabe

Damit Unfallopfer einigermaßen realitätsgerecht die Schwere einer Verletzung einschätzen, sollte eine psychologische Grundregel der Arzt-Patient-Interaktion auch in der Notfallsituation berücksichtigt werden: den Patienten über seine Verletzungen zu *informieren*. Diese Forderung sollte jedoch *nicht* in der Weise interpretiert werden, dass er detaillierte Analysen oder Diagnosen erhalten müsste. Die Informationen sollten sich vielmehr auf Mitteilungen in relativ groben Kategorien beschränken. Sie sollten *verständlich in einfacher deutscher Sprache* gegeben werden; also nicht *»Es handelt sich um eine Fraktur«*, sondern eher *»Ihr Bein ist gebrochen«*.

Belügen

Als unangenehm wird von Notfallopfern empfunden, wenn sie den Eindruck haben, dass sie *belogen* werden und wenn beispielsweise die Schwere der Verletzungen offensichtlich heruntergespielt wird. Wahrscheinlich wird aufgrund nonverbaler (Gestik, Mimik) und paraverbaler (Tonfall, Sprechpausen, Zittern der Stimme) Signale von den Patienten wahrgenommen, dass hierbei das Gesprochene nicht mit den Gedanken des Helfers übereinstimmt.

Bedrohlich wirkt besonders, wenn Helfer untereinander über ein Unfallopfer in einer für es *unverständlichen Sprache* reden, z.B. beim Austausch detaillierter medizinischer Diagnosen (*»Eine nosaema apystos!«*) oder gar bedrohliche Prognosen stellen (*»Das Bein wird wohl nicht zu retten sein!«*). (Wenn sich medizinisch vorgebildete Leser jetzt irritiert fühlen, weil sie bisher ein offenbar schweres Unfallsymptom mit der Bezeichnung »nosaema apystos« nicht kannten, sollen sie beruhigt werden: Es handelt sich um einen erfundenen Namen. Trotzdem ist diese Beunruhigung lehrreich: Ähnlich empfinden nämlich Notfall-

opfer diese Äußerungen, selbst wenn die lateinischen Bezeichnungen korrekt sind.)

Frage nach Überlebenschancen

Diffizil und ethisch schwierig wird die Frage einer korrekten Information bei Unfallopfern mit *sehr schweren* und *lebensgefährlichen Verletzungen*. In diesem Dilemma muss von den Helfern eine gewisse Balance gewahrt werden: Die Unfallopfer sollen über ihren Zustand »im Groben« wahrheitsgemäß informiert werden, ohne dass diese Informationen zu belastend wirken. Meistens ist in einer Notfallsituation ohnehin eine Differenzialdiagnose nur sehr schwer zu stellen, sodass die Aussage *»Sie sind schwer verletzt, wir müssen Sie ins Krankenhaus bringen und dort behandeln!«* beide Bedingungen erfüllt.

Die Frage, wie Patienten geantwortet werden soll, die explizit nach ihren *Überlebenschancen* fragen, ist noch schwerer zu beantworten. Die Autoren können an dieser Stelle nur ihre eigene Überzeugung ausdrücken, die lautet: Ein Mensch gerade in dieser Situation sollte nicht noch belogen werden. Allerdings muss dabei auch berücksichtigt werden, ob sich der Helfer in der Lage fühlt, die Wahrheit zu sagen. Im Zweifelsfall bietet sich eine ähnliche Formulierung an wie bereits oben empfohlen: *»Das kann ich jetzt nicht sagen. Ihre Verletzungen sind sehr schwer, aber wir tun alles, um Sie optimal zu versorgen!«*

Dass die vom Helfer geforderte Sensibilität nicht selbstverständlich ist, zeigen folgende wörtliche Zitate von Rettern in simulierten Großschadensereignissen, wobei sehr zu hoffen ist, dass es sich um Sätze handelt, die sich in realen Situationen nicht wiederholen:

negative Äußerungen

- *»Da ist nicht mehr viel zu retten!«*
- *»Das Kind ist tot, da kann ich jetzt auch nichts mehr machen!«*
- *»Die hat keinen Puls, T4, abserviert!«*
- *»Das ist der Busfahrer, dem soll's jetzt schlechter gehen!«*
- *»Die sind ja eh hin!«*
- *»Das sind ja zwei Leichen.«*
- *»Der ist schon in der Urne!«*

Auch über die nächsten Schritte im Rettungsgeschehen sollte ein Unfallopfer aufgeklärt werden, beispielsweise dass es in eine Klinik gefahren wird. Diese Informationen wirken in der Regel beruhigend und sind von den meisten Unfallpatienten erwünscht (s. auch Stauffert o.J., Remke 1991 und 1993a). Außerdem wird dadurch auch der Eindruck der Kompetenz des Helfers verstärkt (s. Kap. 8, Regel Nr. 6).

Verhinderung von Abwehrreaktionen

Der Informationsaustausch mit dem Unfallopfer ist auch nützlich zur Aufrechterhaltung des verbalen Kontakts (s. Kap. 8, Regel Nr. 5) und verhindert überzogene körperliche *Abwehr- oder Panikreaktionen* bei der Durchführung der medizinischen Maßnahmen, da das Unfallopfer sich leichter auf die eventuell folgenden Schmerzen und sonstige Empfindungen einstellen kann.

Zeitangaben

Wichtig sind auch ungefähre *Zeitangaben*, weil ein Unfallopfer dann weiß, wie lange es eine für es unangenehme Maßnahme auszuhalten hat. Meistens sind die von Unfallopfern geschätzten Zeiten unrealistisch und oft überhöht. Die Wartezeit oder die Zeit für eine Maßnahme kommt ihnen endlos vor, wenn kein Ende angegeben wurde. Bei einer Zeitangabe dagegen kann das Unfallopfer seine »Schmerztoleranz« besser »dosieren«. Es weiß dann: *»Eine Minute noch, dann ist es vorbei.«*

Beispiele für Informationen in wörtlicher Rede:

Beispiele in wörtlicher Rede

- *»Ich taste Sie jetzt vorsichtig ab! Bitte sagen Sie mir, wenn Sie Schmerzen spüren!«*
- *»Ich gebe Ihnen jetzt eine Spritze, bei der bekommen Sie ein leichtes Wärmegefühl. Das ist normal und soll Sie nicht ängstigen!«*
- *»Wir saugen das jetzt ab, das dauert nur etwa eine halbe Minute.«*
- *»In 10 Minuten sind wir im Krankenhaus!«*

Information von Angehörigen

Viele Unfallopfer machen sich auch Gedanken darüber, wer beispielsweise *Angehörige informiert*, oder sie beschäftigen sich auch mit banaleren Problemen, z.B. was aus ihrem demolierten Fahrrad wird, wer ihre Haustiere füttert, wer

den Berufskollegen informiert, dass sie wichtige Akten bei sich tragen oder ob etwas gestohlen wird etc. Auch wenn diese Anliegen für manchen Helfer in der gegebenen Situation eher unbedeutend erscheinen mögen: Einige Notfallopfer sprechen auch über derartige Dinge, um Normalität in die Situation zu bringen. Sie würden ansonsten das Geschehen nicht aushalten (s. Lasogga und Münker-Kramer 2009). Auf jeden Fall sollten Einsatzkräfte so weit wie möglich darauf eingehen, den Unfallopfern zuhören und auf die im jeweiligen Rettungssystem für derartige Aufgaben üblichen Routine-Informationswege verweisen.

Geben Sie Informationen, beispielsweise über die Art der Verletzungen oder über die vorgenommenen Maßnahmen in einer für das Unfallopfer verständlichen Sprache! Belügen Sie Unfallopfer nach Möglichkeit nicht!

4.5 Kompetenz

Von Unfallopfern wird ein Helferverhalten als angenehm und psychisch stabilisierend erlebt, das unter dem Begriff »Kompetenz« zusammengefasst werden kann. Darunter verstehen Unfallopfer beispielweise das Erkennen und verständliche Benennen von Verletzungen, die Erläuterung der vorgenommenen Maßnahmen und deren zügigen, nicht zögerlichen Ablauf. Dazu gehört auch die Kenntnis der Effekte, die eine Maßnahme erzeugt, z.B. wenn der Helfer im Voraus die Wirkung einer Spritze erläutern kann. Es geht somit nicht nur darum, dass ein Helfer kompetent ist, sondern dass das Unfallopfer auch einen entsprechenden *Eindruck gewinnt*. Kompetenz in diesem Sinne ist somit das, was ein Unfallopfer als kompetent erlebt, und nicht, was ein Experte darunter versteht.

Kenntnis der Effekte

Beispiele für Formulierungen, die in Richtung von vorhandener Kompetenz erlebt werden:

Beispiele in wörtlicher Rede

- *»Sie werden jetzt ein leichtes Druckgefühl erleben, das ist aber nicht gefährlich und soll Sie nicht ängstigen!«*

- *»Ich schaue mir jetzt die Wohnung an, um zu sehen, welche Maßnahmen zur Sicherung Ihrer Wohnung ergriffen werden können.«*
- *»Die Verletzung am Arm kann ich jetzt schon mal gut versorgen. Sie haben aber auch gesagt, dass Sie am Bauch Schmerzen haben. Das wird besser im Krankenhaus abgeklärt. Dort gibt es Verfahren, um eine genaue Diagnose zu stellen.«*

Bei der letzten Äußerung könnte man einwenden, der Helfer wirke ja nun gerade *nicht* kompetent, weil er die Bauchverletzung offensichtlich nicht richtig zu diagnostizieren weiß. Dies mag formal-logisch richtig sein. Unfallopfer jedoch interpretieren eine derartige Äußerung so, dass dadurch eine positiv bewertete Differenzierungsfähigkeit demonstriert wird. Jemand, der sich in einer derartigen Notsituation als allwissend darstellt, büßt dagegen eher an Glaubwürdigkeit ein.

keine Floskeln

Nach den vorliegenden Ergebnissen wird ein Helfer ebenfalls als *nicht kompetent* empfunden, wenn er nur allgemeine Floskeln verwendet, wie z.B.: *»Das wird schon wieder.«* oder *»Das ist nicht so schlimm.«*.

Kompetenz im fachlichen Bereich beruhigt! Vermitteln Sie dies durch einen zügigen Vollzug der notwendigen Verrichtungen und verbal, indem Sie Informationen über Ihre Maßnahmen geben.

4.6 Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeitserleben

Kontrollverlust

Einer der besonders belastenden Faktoren für ein Notfallopfer ist das Gefühl des »Kontrollverlustes« (s. Kap. 3.1 »Psychologische Belastungen«). Dementsprechend wirkt es sich positiv aus, wenn ihm das Gefühl vermittelt werden kann, dass es nicht völlig die Kontrolle über sich und die Situation verloren hat. Es ist deshalb günstig, wenn Notfallopfer in irgendeiner Weise eine Chance zur Mitarbeit erhalten oder

auf andere Art erleben, dass sie selbst etwas bewirken können.

Dies kann schon durch eine Aufforderung geschehen wie *»Bitte konzentrieren Sie sich ganz auf mich!«*. Noch stärker wird das Selbstwirksamkeitserleben gefördert, wenn man den Unfallopfern kleine, spezifische, aber zu bewältigende Aufgaben überträgt. Gleichzeitig kann dadurch die vorhandene Erregung wenigstens teilweise »gebunden« und in Handlungen abgeleitet werden. Beispiele hierfür sind folgende Formulierungen:

kleine Aufgaben übertragen

- *»Bleiben Sie ruhig auf der Seite liegen und bewegen Sie sich möglichst wenig.«*
- *»Drücken Sie bitte mit Ihrer Hand leicht auf dieses Pflaster, damit es nicht verrutscht!«*
- *»Halten Sie bitte für ein paar Minuten diese Kanüle, bis ich sie Ihnen wieder abnehme!«*

Entscheidend ist dabei, dass eine Person *glaubt*, dass sie die Situation kontrollieren und zu ihrer Versorgung beitragen kann, und nicht, ob die instruierten Verrichtungen auch tatsächlich wichtig und notwendig sind. Das Gefühl, die Situation kontrollieren und selbst etwas bewirken zu können, kann auch durch Entscheidungsfragen, also Fragen, die mit »Ja« oder »Nein« beantwortet werden müssen, herbeigeführt werden. So können Unfallopfer gefragt werden, ob sie jemanden anrufen möchten oder ob sie mit einer Decke zugedeckt werden möchten. Durch die Beantwortung der Frage erleben sie, dass sie selbst noch etwas entscheiden und nicht nur andere Personen über sie bestimmen.

Erregungsabfuhr

Angeblich benutzen einige amerikanische Fluggesellschaften das gleiche Prinzip der Erregungsabfuhr oder -milderung, um bei kritischen Flugsituationen Panikreaktionen zu vermeiden. So werden z.B. bei einer drohenden Notlandung folgende Instruktionen gegeben: *»Bitte ziehen Sie Ihre Schuhe aus! Bitte achten Sie aber auch darauf, dass Ihre Mitpassagiere ihre anderen Kleidungsstücke anbehalten!«* (Johnson 1984). Während das Ablegen der Schuhe einen sinnvollen Zweck verfolgt, nämlich ein Hängenbleiben auf

den Notrutschen zu vermeiden, dient der zweite Teil der Instruktion offensichtlich nur dem Zweck, das bestehende Erregungspotenzial im Rahmen einer konkreten Aufgabe zu »binden«. Damit soll bewirkt werden, dass die Passagiere weder stark exaltierte Verhaltensweisen zeigen, die auf andere »ansteckend« wirken könnten, noch in eine »Freezing«-Haltung verfallen, womit sie sich selbst stark gefährden würden.

Stärken Sie die Selbstkompetenz des Unfallopfers! Ziehen Sie es zu einfachen Aufgaben heran, um in ihm das Gefühl der Eigenkontrolle zu stärken. Stellen Sie ihm Entscheidungsfragen, die mit »Ja« oder »Nein« beantwortet werden können.

4.7 Gespräch

Ein Unfallgeschehen stellt für viele Personen eine große emotionale Belastung dar. Eine wichtige Möglichkeit, diese *Anspannung zu reduzieren*, besteht darin zu reden. (Dies gilt im Übrigen nicht nur für die akute Unfallsituation, sondern auch für die späteren Phasen der Genesung.)

»aktives Zuhören«

Von Bedeutung ist dabei, dass ein Unfallopfer den Eindruck gewinnt, dass ihm jemand aufmerksam zuhört und dass seine Aussagen ernst genommen werden. Nur in diesem Fall ist ein derartiges Gespräch hilfreich. Eine spezielle Form der Gesprächsführung, die dies gewährleistet und für derartige Situationen besonders geeignet ist, ist die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers (1972), auch *»aktives Zuhören«* genannt.

Rogers hatte beobachtet, dass Ratschläge oder die Darstellung der Welt aus der Sicht des Zuhörers in aller Regel nicht hilfreich sind, wenn sich jemand psychisch in einer Notsituation befindet. Vielmehr ist für den Betroffenen die eigene Sichtweise der Dinge allein bedeutend und damit real. Wenn sich also jemand in einer Unfallsituation vor allem darum Sorgen macht, wer jetzt das Treppenhaus reinigt, so ist dieses Thema für ihn momentan von

zentraler Bedeutung und sollte im Gespräch im Vordergrund stehen können. Dagegen hat es keinen positiven Effekt, ihn davon überzeugen zu wollen, dass dies in der gegebenen Situation nicht relevant ist, sondern er sich vielmehr darum kümmern sollte, *»dass er wieder auf die Beine kommt!«*

Für diese Art eines hilfreichen Gesprächs gelten folgende Regeln:

Regeln des »aktiven Zuhörens«

- Während des Gesprächs signalisiert der Helfer, dass er aufmerksam zuhört. Dies kann geschehen durch Blickkontakt, Kopfnicken, Worte wie *»Ja«*, *»Mhm«*, *»Ach so«*, *»Aha«*.
- Der Helfer versucht, die Gefühle und Gedanken und die Sichtweise des Unfallopfers aus dessen Perspektive (nicht aus seiner eigenen!) so genau wie möglich zu verstehen.
- Der Helfer fasst in eigene Worte, was er von den Gedanken, Gefühlen und Bewertungen des Unfallopfers verstanden hat. Dies kann durch Formulierungen erfolgen wie: *»Sie meinen …«*, *»Sie denken also …«*, *»Sie fühlen …«*, *»Sie finden …«*, *»Ich habe Sie so verstanden, dass …«* oder auch durch Zusammenfassungen: *»Sie haben das also als sehr schlimm erlebt!«*
- Der Helfer bewertet die Aussagen des Patienten nicht, egal was dieser sagt, denkt oder fühlt; also nicht: *»Sie haben recht!«*, aber auch nicht: *»Das sehen Sie falsch!«*
- Der Helfer gibt keine Ratschläge, Analysen und Deutungen des Geschehens und der Äußerungen des Unfallopfers.

Fast jedes Unfallopfer fühlt sich bei dieser Gesprächsform verstanden, wird wahrscheinlich weiter reden und ruhiger und entspannter werden.

Beginn eines Gesprächs

Sollte das Unfallopfer von sich aus kein Gespräch beginnen, kann es der Helfer durch unspezifische Anstöße in Gang setzen. Eine gute Einstiegsmöglichkeit liegt darin, zu fragen, ob man (noch) etwas für den Betroffenen tun könne. Nicht alle Unfallopfer äußern ihre Gefühle, Bedürfnisse

und Wünsche von sich aus, sondern erst, wenn sie direkt darauf angesprochen werden. Sie interpretieren dies dann als »Erlaubnis« des Gesprächspartners, die Wünsche oder die sie bedrückenden Themen zu äußern.

Weitere Einstiegs- oder Fortsetzungsmöglichkeiten für ein Gespräch bieten die sogenannten »offenen Fragen«. Diese Fragen bringen nahezu jeden Menschen dazu, etwas über sich zu erzählen. Beispiele:

offene Fragen

- *»Woher kommen Sie?«*
- *»Was hatten Sie gerade vor?«*
- *»Wie ist das Ganze denn entstanden?«*

Den Antworten ist geduldig, gemäß den oben genannten Regeln zuzuhören. Weitere Nachfragen können dann durchaus gestellt werden, sie sollten sich jedoch auf das bereits Gesagte beziehen.

In der akuten Unfallsituation bietet das Gespräch mit dem Patienten auch den Vorteil, dass die *Ansprechbarkeit* und damit der Bewusstseinszustand eines Patienten kontinuierlich überprüft werden kann.

Falls das Unfallopfer von sich aus nicht reden will oder reden kann oder es sichtlich unter der verbalen Interaktion leidet, sollte man es natürlich nicht dazu zwingen. Es ist dann aber günstig, wenn der Helfer wenigstens in Abständen von sich aus einige Bemerkungen macht, um Kontakt zu signalisieren. »Allein zu sein« ist die größte Furcht von Unfallopfern. Man kann beispielsweise den technischen Ablauf der Rettungsaktionen schildern, oder – wie oben erwähnt – kurz die vorgesehenen medizinischen Maßnahmen erläutern. Beispiele in wörtlicher Rede:

Kontakt signalisieren

- *»Ich erzähle Ihnen ein bisschen, was da jetzt noch vorgeht. Sie müssen aber nicht antworten!«*
- *»Es sind jetzt alle Verletzten versorgt.«*
- *»Wir haben das Krankenhaus schon informiert.«*
- *»Polizei und Feuerwehr haben alles abgesperrt und im Griff!«*
- *»Alles geht planmäßig voran!«*

Halten Sie das Gespräch mit den Unfallopfern aufrecht. Hören Sie »aktiv zu«, wenn Unfallopfer über ihre Gefühle und Gedanken sprechen.

4.8 Psychischer Ersatz

Wie bereits dargestellt haben Unfallopfer am stärksten Angst davor, »allein zu sein«. Sie haben den Eindruck, dass sie in ihrer Situation selbst ihre grundlegendsten Bedürfnisse nur mit Hilfe von Helfern befriedigen können (s. auch Remke 1993a). Diese Angst, die nach dem Eintreffen der professionellen Helfer gewöhnlich abnimmt, wird reaktiviert, wenn sie nach der Erstversorgung wieder allein gelassen werden.

Ansprechpartner

Für das Unfallopfer sollte deshalb während der gesamten Zeit eine *Bezugsperson* zur Verfügung stehen. Wenn sich die Einsatzkräfte auch um andere Unfallopfer kümmern müssen, sollte dies dem aktuellen Unfallopfer *angekündigt* werden. Gleichzeitig sollte eine *Ersatzperson* gestellt werden, die während der Abwesenheit bei ihm bleibt. Stehen hierfür keine weiteren Einsatzkräfte zur Verfügung, kann damit auch ein Zuschauer oder natürlich ein Angehöriger betraut werden. Dem Unfallopfer sollte dann beispielsweise gesagt werden:

Ersatzhelfer stellen

- *»Ich muss mich jetzt um andere Verletzte kümmern. Herr Müller (dieser Polizist/Feuerwehrmann) wird jedoch bei Ihnen bleiben, bis der Krankenwagen kommt. Wenn die Schmerzen sehr viel stärker werden, können Sie mich sofort wieder rufen lassen.«*

Die Ersatzperson ist dementsprechend zu instruieren, beispielsweise mit folgenden Worten:

Instruktion

- *»Sie können uns jetzt sehr helfen! Bitte bleiben Sie bei Herrn Schulz, bis der Krankenwagen kommt. Ich werde dann nochmals wiederkommen. Bitte knien Sie sich neben ihn, halten Sie seine Hand, und sprechen*

Sie mit ihm. Wenn er sehr starke Schmerzen verspürt, rufen Sie mich bitte. Vielen Dank!«

Dank

Nach Abschluss der Rettungsaktionen ist es dann nicht nur ein Gebot der Höflichkeit für den professionellen Helfer, sich bei den Ersatzpersonen und den Laienhelfern zu bedanken. Vielmehr kann damit auch die Bereitschaft erhöht werden, bei einer weiteren Unfallsituation wieder helfend einzugreifen oder zur Verfügung zu stehen.

Sagen Sie Unfallopfern, wenn Sie sie verlassen müssen. Sorgen Sie für »psychischen Ersatz«, und instruieren Sie die Ersatzperson über ihre Aufgabe!

4.9 Psychosoziale Notfallhelfer

Psychische Zweite Hilfe

Bei einigen Unfallopfern genügt es nicht, sich nach den Regeln der Psychischen Ersten Hilfe zu verhalten. Diese Personen benötigen eine weitergehende, sozusagen eine »Psychische Zweite Hilfe«. Sollten Einsatzkräfte den Eindruck haben, dass dies notwendig ist, sollten sie »Psychosoziale Notfallhelfer« alarmieren, sofern diese nicht bereits von der Leitstelle gerufen wurden. »Psychosoziale Notfallhelfer« ist ein Sammelbegriff für Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteams, Notfallbegleiter etc. Diese Personen haben (hoffentlich) eine zusätzliche Ausbildung im Umgang mit Notfallopfern erhalten und können auch längere Zeit bleiben. Das Eintreffen sollte den Betroffenen gegenüber angekündigt bzw. mit ihnen abgesprochen werden. Insbesondere bei folgenden Notfällen bzw. Situationen und Personen empfiehlt es sich, Psychosoziale Notfallhelfer nachzualarmieren (nach Lasogga und Münker-Kramer 2009):

Situative Faktoren

Indikationen für psychosoziale Notfallhelfer

- lange Dauer des Notfalls
- Lebensbedrohlichkeit der Situation

- schwere körperliche Verletzungen
- extrem intensive Sinnenbeteiligung
- hohe »Betroffenheit« (psychisch, situativ, körperlich)

Biografische und soziografische Risikofaktoren

- mehrere Notfälle des aktuellen Opfers hintereinander ohne Erholungsphase
- Retraumatisierung bzw. frühere belastende Erfahrungen des aktuellen Notfallopfers
- absehbare mangelnde soziale Unterstützung des Notfallopfers

Reaktionen des Unfallopfers

- starkes Als-ob-Empfinden (Intrusionen, Flashbacks)
- starke Hilflosigkeit
- starke Schuldgefühle
- expliziter Wunsch des Betroffenen.

Bei bestimmten Unfällen sollte eine Alarmierung von psychosozialen Notfallhelfern bereits durch die Leitstelle erfolgen, nämlich bei Unfällen mit Todesfolge und bei Großschadensereignissen.

Bei einigen Notfallopfern ist eine Psychische Zweite Hilfe erforderlich. Dann sollten Psychosoziale Notfallhelfer herbeigerufen werden. Diese haben eine spezielle Ausbildung und können sich intensiv um psychische und soziale Belange der Notfallopfer kümmern.

4.10 Spezielle Gruppen

zusätzliche Verhaltensweisen

Die oben dargestellten Regeln gelten für sämtliche Unfallopfer, auch wenn individuelle Unterschiede bestehen. Für einige Personenkreise sind Kenntnisse über zusätzliche Vorgehensweisen hilfreich.

▶ Kinder und Jugendliche

gängiges Klischee

Die Vorgehensweise bei Kindern in Notfällen unterscheidet sich weniger von der bei Erwachsenen als vermutet werden könnte. Kinder haben entgegen den gängigen Klischee-Vorstellungen in Notsituationen ein hohes Maß an Problembewältigungskapazität (Karutz 2004, Karutz und Lasogga 2008). So seien bei nicht-professionellen, aber auch professionellen Rettern mindestens vier Fehlauffassungen bzw. Fehlverhaltensweisen in der Betreuung von Kindern verbreitet, nämlich dass ...

Fehlauffassungen

- Kinder völlig hilflos seien,
- »Ablenkung« die einzige Methode sei,
- das Geschehen durch die Hilfeleistenden stark bagatellisiert werden müsse,
- in Kindersprache kommuniziert werden müsse.

empfohlene Vorgehensweise

Insgesamt empfehlen sich bei Kindern ähnliche Vorgehensweisen wie bei Erwachsenen und nur teilweise sind sie leicht zu modifizieren.

Da Kinder noch nicht so rational denken wie Erwachsene, wird der erste Kontakt mit Helfern von ihnen nicht immer als hilfreich, sondern auch manchmal als bedrohlich empfunden. Dies dürfte insbesondere der Fall sein, wenn sich ein ganzes Rettungsteam in Uniform um sie bemüht. Daher sollte sich zunächst nur eine Person um das Kind kümmern.

Fragen beantworten

Auf Fragen der Kinder sollte ein Helfer eingehen. In der entsprechend vereinfachten Form sollte das Kind informiert und dabei auch die Wahrheit gesagt werden. Kinder spüren wahrscheinlich eher als Erwachsene, wenn sie belogen werden oder wenn die Situation »beschönigt« wird. Der Helfer sollte die Situation und die ablaufenden Maßnahmen in einfachen Worten erklären (*»Das war ein ziemlich schwerer Unfall, Du und Deine Mama sind verletzt, aber wir werden Euch gut versorgen und in ein Krankenhaus bringen. Wir verständigen auch Deinen Vater, damit er weiß, wo Ihr seid.«*).

Körperkontakt wichtig

Körperkontakt ist bei Kindern bedeutsamer als bei Erwachsenen. Er wirkt auf sie fast immer beruhigend und

angstreduzierend. Die bei Erwachsenen empfohlenen Formen können sogar etwas intensiver ausfallen, z.B. können Kinder auch in den Arm genommen werden (falls keine Abwehrzeichen bemerkt werden).

Kuscheltier

Viele Rettungswagen sind inzwischen mit Kuscheltieren ausgestattet, die eine sehr nützliche Funktion erfüllen. Die Kinder können sie an sich drücken, mit ihnen schmusen, sie »trösten« oder man kann im Gespräch einen Namen dafür suchen. Diese Stofftiere sollten dem Kind geschenkt und nicht nur geliehen werden. Ersatzweise kann man einem Kind wenigstens einen anderen weichen Gegenstand, z.B. ein Tuch zum Halten, geben.

Ablenkung

Von Praktikern wird bei Kindern häufig »Ablenkung« empfohlen, z.B. durch Reden, Singen, Spielen oder eine andere Art der »aktiven Beschäftigung«. Unter psychologischen Gesichtspunkten ist dies ambivalent zu bewerten: Einerseits gewinnen Kinder dadurch eine gewisse Distanz zum Geschehen, andererseits scheinen manche dieses Verhalten aber auch als »Strategie« zu erkennen und fühlen sich dann in ihrer Angst und ihren Schmerzen nicht ernst genommen. Vielleicht ist dieses Dilemma am besten zu lösen, indem die ablenkende Funktion der Maßnahmen benannt und als »Vorschlag« definiert wird (*»Wir brauchen noch etwa 10 Minuten bis zum Krankenhaus. Hast Du denn ein Lieblingslied, das wir bis dahin singen könnten? Oder kennst Du ein kurzes Spiel?«*).

von Schuldgefühlen entlasten

Gelegentlich kann es notwendig sein, Kinder von Schuldgefühlen zu entlasten (*»Du kannst nichts dafür!«*). Falls sie sichtlich leiden, dies aber nicht zeigen wollen, ist es günstig, ihnen dezidiert zu erlauben, ihre Schmerzen zu äußern. Ehrlichkeit ist auch (wie bei Erwachsenen) bei der möglichen Schmerzhaftigkeit einer Behandlung angesagt (*»Diese Spritze piekst jetzt etwas, das dauert aber nur eine Sekunde und die meisten Kinder konnten das bisher aushalten!«*).

Eltern hinzuziehen

Schließlich sollte eine wichtige Grundregel auf alle Fälle beachtet werden: So weit wie möglich sollte versucht werden, die Eltern oder andere nahestehende Personen hinzuzuziehen. Sie wirken in aller Regel beruhigend und fördern das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit.

Jugendliche

Bei Jugendlichen hängt die Vorgehensweise natürlich stark vom Alter ab. Insbesondere im Bereich des Körperkontakts sollte ein Helfer betont sensibel vorgehen, d.h. versuchen zu erspüren, ob dieser beruhigend oder doch eher irritierend wirkt.

Geben Sie Kindern und Jugendlichen auch Informationen zum Unfallgeschehen und zu vorgenommenen Maßnahmen, aber in einer altersgemäßen Sprache. Stürzen Sie sich nicht mit mehreren Helfern auf ein Kind. Ein Kuscheltier kann den Kontakt zu Kindern erleichtern. Bei Kindern kann der Körperkontakt intensiver ausfallen.

▶ Ältere Personen

Ältere Menschen reagieren bei Unfällen besonders unterschiedlich. Die einen erleben das Geschehen als existenzielle Bedrohung (*»Jetzt ist mein Leben vorbei!«*) und sind selbst bei kleinen Unfällen sehr aufgeregt, die anderen bleiben überraschend gelassen (*»Was kann mir eigentlich noch passieren – in meinem Alter!«*).

Respekt

Helfer neigen gelegentlich dazu, älteren Unfallopfern nicht mit dem nötigen Respekt zu begegnen. Sie infantilisieren sie, d.h. behandeln sie wie kleine Kinder, duzen sie oder sprechen sie mit *»Opa«* oder *»Oma«* an. Dies ist schon aus ethischen Gründen unangebracht. Älteren Menschen sollte mit dem gleichen Respekt wie anderen Unfallopfern begegnet werden.

Geduld

Häufig ist allerdings mehr Geduld nötig: Die Sinnesorgane von älteren Menschen sind manchmal nicht mehr voll intakt. Deswegen sollte besonders langsam und deutlich gesprochen werden (was nicht unbedingt »lauter« heißen muss). Ältere brauchen in einer Unfallsituation auch mehr »technische« Hilfe, z.B. beim Ausfüllen von Formularen oder bei der Suche nach Telefonnummern. Sehr wirksam ist auch der schon erwähnte Körperkontakt.

»Einlieferung«

Besondere Angst entwickeln ältere Unfallopfer vor einer Einlieferung in eine Institution, sei es ein Krankenhaus, Al-

tenheim oder Pflegeheim. Sie befürchten, derartige Einrichtungen nicht wieder verlassen zu können. Wenn es vertreten werden kann, ist dann die Information, dass dies nur zu ihrer temporären Hilfe geschieht, sehr nützlich.

Infantilisieren Sie ältere Unfallopfer nicht. Haben Sie Geduld. Sprechen Sie langsam und deutlich. Leisten Sie »praktische Hilfen«.

▶ Ausländer

Der Umgang mit verletzten Ausländern kann sich als schwierig gestalten. Generell empfiehlt es sich, sich in kulturellen Besonderheiten einer bestimmten Gruppe ein wenig auszukennen, wenn man mit dieser häufiger zu tun hat. So ist es beispielsweise in bestimmten Kulturen üblich, sehr laut zu weinen und zu klagen. Dies kann bei Nichtkenntnis irritierend wirken. Bei muslimischen Familien kann es hilfreich sein, vor Betreten der Wohnung zu fragen, ob man die Schuhe ausziehen soll.

Der Umgang kann sich aufgrund von *Sprachproblemen* als schwierig gestalten. Aber selbst wenn Ausländer wenig oder kein Deutsch verstehen und keine Person dolmetschen kann, sollte mit ihnen *verbaler Kontakt aufgenommen* und aufrechterhalten werden. Die Sprache sollte einfach sein, allerdings grammatisch korrekt (Gegenbeispiel: *»Du Mund zumachen!«*). Die *nonverbale und paraverbale Kommunikation* (s. Kap. 4.3) ist besonders wichtig. Deshalb ist verstärkt auf Gestik und Mimik sowie den Tonfall zu achten. Durch sie können und sollten die beruhigenden emotionalen Botschaften vermittelt werden, auch wenn der Inhalt des Gesagten nicht hinreichend verstanden wird.

nonverbale Kommunikation

Ein zweites Problem mit ausländischen Unfallopfern liegt im empfohlenen *Körperkontakt*. Hier bestehen unterschiedliche kulturelle Normen. Bei den meisten islamischen, aber auch manchen südländischen Kulturen ist der Körperkontakt insbesondere zu weiblichen Personen für einen Fremden weniger gestattet als im westlichen Kul-

Vorsicht bei Körperkontakt

turkreis. Deshalb sollten Helfer sensibel auf die Reaktionen beim Körperkontakt achten und ihn dann in seiner Intensität verstärken, abschwächen oder darauf verzichten.

Angehörige

Ein drittes Problem können die *Angehörigen* darstellen. Im Gegensatz zum deutschsprachigen Kulturkreis werden Angehörige anderer Kulturkreise wie Spanien, Griechenland, Türkei etc. verstärkt versuchen, so weit wie möglich mit dem Unfallopfer in Kontakt zu bleiben. Hier gilt dieselbe Regel, die im Abschnitt über Angehörige generell aufgeführt ist: Wenn die Präsenz von Angehörigen nach der Einschätzung der Helfer dem Notfallopfer schadet, sollen sie weggeschickt werden, wenn sie ihm hilft, dürfen sie bleiben.

Nehmen Sie Rücksicht auf kulturelle Besonderheiten. Sprechen Sie langsam und deutlich, aber grammatisch korrekt. Stimmlage und Tonfall sollten beruhigend wirken. Seien Sie vorsichtig beim Körperkontakt. Belassen Sie in der Regel Angehörige beim Unfallopfer.

▶ Aggressive

Unfallopfer, aber auch Angehörige verhalten sich Helfern gegenüber nicht immer kooperativ, sondern in einigen Fällen sogar aggressiv. Dies geht von massiven Vorwürfen (*»Was wollen Sie überhaupt?«, »Warum kommen Sie so spät?«, »Typisch, wenn man Sie mal braucht, sind Sie nicht da.«*) bis zu Handgreiflichkeiten. In den letzten Jahren hat die körperliche Gewalt gegenüber Einsatzkräften offensichtlich zugenommen (Plappert 2011, Heinemann 2011). Die Gründe für Aggressionen sind teilweise verständlich: Jeder Unfall stellt eine Frustration dar. Eine mögliche Reaktion auf eine Frustration sind Aggressionen. Diese sind somit keine »originäre« Reaktion, sondern lediglich eine Form, die entstandene Frustration abzubauen (Dollard et al. 1939). Aggressionen gelten damit nicht dem Helfer als Person. Deshalb können davon Betroffene zumindest verbale Aggressionen ignorieren und sich sagen: *»Ich bin nicht gemeint!«*

Frustration/ Aggression

Dies gilt auch für Aggressionen, die von Angehörigen gezeigt werden. Auch bei ihnen handelt es sich teilweise um eine Erregungsabfuhr. Wenn die Reaktionen so stark sind, dass die Arbeit der Einsatzkräfte beeinträchtigt wird, ist es gerechtfertigt, härter zu reagieren, deutlich die Grenzen aufzuzeigen und ggf. die betreffenden Personen mit Hilfe der Polizei entfernen zu lassen. Gegenaggressionen zu zeigen ist unangebracht.

Ignorieren Sie Aggressionen weitgehend. Aggressive Unfallopfer oder Angehörige meinen mit ihren Äußerungen in der Regel nicht den Helfer persönlich.

▶ »Problematische« Notfallopfer

Der Umgang mit einigen Personengruppen, wie Betrunkenen, Drogenabhängigen, Obdachlosen etc. kann für Helfer in mehrfacher Hinsicht ein Problem darstellen. So kann beispielsweise die Fahrt im Krankenwagen mit einer Person, die sich lange Zeit nicht gewaschen und auch noch eingekotet hat, belastend sein. Dies wird noch verstärkt, wenn der Eindruck besteht, dass die Person aufgrund des eigenen Verhaltens oder ihrer Lebensweise selbst am Unfall schuld ist.

Gleichbehandlung

Einige Einsatzkräfte fordern, *alle Patienten gleich* zu behandeln. Sie meinen, es sei eine Diskriminierung, wenn diesen Personen zum Beispiel nicht die gleiche Wertschätzung entgegengebracht würde wie anderen Unfallopfern. Die Gegenkritik lautet, diese Forderung sei nichts anderes als »Gesülze«. Eine derartige Forderung könne in der Realität nicht eingehalten werden. Manchmal bestehe die größte Leistung einer Einsatzkraft eben darin, es im Rettungs- oder Polizeiwagen mit dem Unfallopfer auszuhalten.

Die Autoren wollen in dieser Frage ihre subjektive Haltung (was nicht gleichzusetzen ist mit wissenschaftlicher Erkenntnis) nicht verschweigen: Ihnen erscheint verständlich, wenn professionelle Helfer sich in derartigen Fällen weniger gemäß den empfohlenen Regeln verhalten und einige der beschriebenen Verhaltensweisen (beispielsweise das Zu-

Kontakt-reduzierung

hören und natürlich den Körperkontakt) reduzieren und sich auf den *technischen Vollzug* ihrer Aufgaben konzentrieren. Allerdings sollten auf alle Fälle eigene Aggressionen gegenüber dem Unfallopfer zurückgehalten werden.

Bei einigen speziellen Gruppen wie Betrunkenen, Drogenabhängigen, Obdachlosen oder Kriminellen ist es verständlich, wenn nicht immer alle Regeln der Psychischen Ersten Hilfe eingehalten werden. In derartigen Fällen sollten sich die Helfer auf ihre eigene Sicherheit und die technischen Vollzüge ihrer Arbeit konzentrieren.

▶ Sterbende

Ruhe und Würde

Der Tod gehört zu den extremsten Ereignissen im Leben eines Menschen. Für einen Helfer ist hier nur eine Haltung möglich: Er sollte Sterbenden ermöglichen, in Ruhe und Würde aus dem Leben zu scheiden. Dazu sollte man ihnen auch in der größten Hektik eines Unfalls wenigstens für einige Sekunden Ruhe, Zuwendung und Kontakt vermitteln. Dazu gehört auch, Zuschauer rigoros zu separieren.

Sterbende haben ein Recht darauf, in Ruhe und Würde aus dem Leben zu scheiden. Es sollte eine Kontaktperson bei ihnen sein. Zuschauer sollten abgeschottet werden.

4.11 »Todsünden«

Kein Helfer kann immer alles richtig machen. Er muss sich auf medizinische, polizeiliche, feuerwehrtechnische und auf Psychische Erste-Hilfe-Maßnahmen konzentrieren. Hinzu kommen unterschiedliche Situationsvariablen und ein individuell sehr unterschiedliches Verhalten von Notfallopfern, anderen Helfern und anderen beteiligten Organisationen. Die gesamte Situation ist also sehr komplex. Es ist ohne Weiteres verständlich, wenn nicht alle der aufgeführten Hinweise immer in gleicher Weise umgesetzt werden. Einige Verhaltensweisen jedoch, die von Unfallopfern und auch von erfahrenen Helfern als *besonders negativ* und unange-

Fehler

nehm geschildert werden, sollten auf alle Fälle vermieden werden. Sie werden im Folgenden als »Todsünden« bezeichnet. Dazu gehören:

▶ Vorwürfe

Es ist sicherlich verständlich, wenn bei Helfern angesichts mancher Unfallsituationen die Schuldfrage auftaucht. Aber auch wenn Opfer selbst am Unfall schuld sind, z.B. wenn sie zu schnell gefahren sind oder eine Leiter unsachgemäß aufgestellt haben, ist es nicht angemessen, dies in der aktuellen Situation zu diskutieren (falsch: *»Warum mussten Sie auch dort hinaufsteigen!«, »Wie konnten Sie nur so rasen!«*).

Vorwürfe vermeiden

Anders ist zu verfahren, wenn ein Unfallopfer von sich aus das Thema aufbringt. Wer stärkere Schuldgefühle entwickelt, tendiert längerfristig gesehen zu stärkeren psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Lasogga und Frommberger 2004). Deswegen kann der Helfer bei offensichtlich unberechtigten Selbstvorwürfen des Opfers dieses auch entlasten (*»Nach dem, was ich gesehen habe, glaube ich nicht, dass Sie sich da falsch verhalten haben!«*). Bei augenscheinlich berechtigten Selbstvorwürfen sollte versucht werden, die Thematik zu verschieben (*»Das kann alles später geklärt werden!«*).

Schuldfrage

▶ Abgestumpftheit

Es ist sicherlich verständlich und teilweise sogar positiv zu bewerten, wenn sich im Laufe der Jahre bei Helfern eine gewisse *Routine* einstellt. Diese darf jedoch nicht dazu führen, dass ein Unfallopfer dies als Gleichgültigkeit und Abgestumpftheit interpretiert; dann wirkt sie negativ. Auch hier gilt die gleiche Betrachtungsweise, wie sie schon in mehreren anderen Abschnitten dargestellt wurde: Maßgebend für die emotionale Stabilisierung des Unfallopfers ist *dessen Interpretation des Geschehens* und nicht allein die Intention des Helfers.

Routine

▶ Hektik

Eine ganze Reihe von Unfallopfern beklagte sich in Interviews über die Hektik und Nervosität von Mitgliedern des

Nervosität und Hektik

Rettungsdienstes, von Notärzten, Polizei und Feuerwehr (vgl. Kap. 2.3). Dies wird teilweise auch von Einsatzkräften selbst beklagt. Dabei sind es vor allem nonverbale (Gestik, Mimik, Umherlaufen) und paraverbale (Tonfall, Sprechgeschwindigkeit) Variablen, die diesen Eindruck erzeugen. Unfallopfer bringen ein derartiges Verhalten in Zusammenhang mit mangelnder Kompetenz und befürchten daraus resultierende Fehler. Dadurch wird ihre ohnehin schon vorhandene Angst und Nervosität noch zusätzlich gesteigert.

Vorwürfe, Abgestumpftheit und Hektik sind als Todsünden gegenüber den Patienten anzusehen und sollten auf alle Fälle vermieden werden.

5 Der Umgang mit indirekt Betroffenen

5.1 Angehörige

Nicht nur das Unfallopfer selbst, sondern auch die Angehörigen befinden sich in einer Ausnahmesituation. Auch sie reagieren mit ähnlichen Emotionen und Verhaltensweisen, z.B. mit Sorgen und Angst. Auch sie haben das Recht, ernst genommen und beachtet zu werden. *»Doch nicht nur die Verletzten sind die Opfer, sondern auch andere Unfallbeteiligte, desorientierte und verzweifelte Hinterbliebene, insbesondere Kinder. Auch dieser Personenkreis bedarf der Zuwendung.«* (Linde 1994, S. 7). Doch: »Notärztlicher *Umgang mit den Angehörigen ist … wenig professionell«* (Meyer et al. 1992, S. 71).

Recht auf Beachtung

Bei der Darstellung von konkreten Verhaltensstrategien wird im Folgenden eine Unterteilung vorgenommen zwischen Angehörigen eines lebenden Unfallopfers und Angehörigen von Verstorbenen.

▶ Angehörige von überlebenden Notfallopfern

Bei der schwierigen Frage, ob Angehörige bei der medizinischen Behandlung von Notfallpatienten anwesend sein sollen oder nicht, sind die Antworten relativ unsicher. Für eine Anwesenheit spricht:

Argumente für Anwesenheit

- das moralische Recht von Angehörigen, in jeder Situation den Kontakt zu ihrem Partner, Kind oder Verwandten behalten zu dürfen
- die in der Regel (mit Ausnahmen) beruhigende Wirkung ihrer Anwesenheit
- die Möglichkeit der Hilfestellung
- die Abfuhr der vorhandenen Erregung durch Hilfeleistungen (s. Kap. 5.2 »Zuschauer«)
- die Demonstration, dass alle Mittel und Methoden für den Patienten eingesetzt werden.

Gegen eine Anwesenheit spricht:

Argumente gegen Anwesenheit

- die mögliche Behinderung der medizinischen Maßnahmen durch »Dreinreden« oder durch Im-Weg-Stehen
- der Schock für die Angehörigen bei drastischen medizinischen Eingriffen, z.B. beim Legen eines zentralvenösen Zugangs, bei der Intubation oder Defibrillation
- die Tradition der konventionellen Medizin, die bei fast allen Behandlungen Angehörige weitgehend ausschließt.

Auch *Angehörige selbst* sind sich offenbar nicht immer sicher, ob sie anwesend sein wollen oder nicht. Nach Saternus et al. (1996) erwarten zum Beispiel Eltern beim »plötzlichen Kindstod« zwar ein Angebot von Seiten des Notarztes, bei der Reanimation dabei zu sein, lehnen es aber dann im konkreten Fall doch überwiegend ab. Von ähnlichen Erfahrungen berichtet Fässler-Weibel (1995). Ein derartiges Angebot erfolgt allerdings auch nur von 7% einer Notärztestichprobe (Meyer et al. 1992).

Präsenz

Aus der Sicht der Psychologie und aus Sicht der Notfallopfer ist die *Präsenz* der Angehörigen eher zu *befürworten*. Allerdings sind auch Fälle nicht auszuschließen, in denen deren Anwesenheit nicht als Beruhigung, sondern eher als Belastung erlebt wird, und zwar sowohl vom Unfallopfer als auch von den Angehörigen selbst.

Empfindungen des Helfers

Für eine Entscheidung ist somit wesentlich die *Empfindung des Notarztes oder Rettungsdienstmitarbeiters* von Bedeutung. Wenn dieser sich durch eine ihm auferlegte Empfehlung, die Anwesenheit von Angehörigen zuzulassen, verunsichert fühlt, ist dies ein zusätzlich belastendes Moment bei seiner Arbeit, das sich sogar zum Schaden des Unfallopfers auswirken kann.

Die Empfehlung soll deshalb lauten, die Anwesenheit von Angehörigen in Erwägung zu ziehen, aber angesichts

der Gesamtlage *»nach Gefühl«* zu entscheiden. Der Helfer sollte die Alternative wählen, bei der er sich selbst am sichersten fühlt *und* von der er glaubt, dass sie dem Patienten am besten dient. Im Rettungsteam könnte man im Sinne einer Rollenteilung auch vereinbaren, wer sich vornehmlich um die Angehörigen und wer sich um die Notfallopfer kümmern sollte.

Entscheidung »nach Gefühl«

Hat der Helfer sich entschlossen, die Angehörigen beim Patienten zu lassen, so sollten ihnen *einfache, spezifische und gezielte Aufgaben* gegeben werden, die ihre Aufmerksamkeit binden und ihnen gleichzeitig das Gefühl geben, etwas tun zu können. Ein Beispiel:

Aufgaben geben

- *»Bitte halten Sie diese Flasche, und beobachten Sie diesen Zeiger! Sagen Sie mir, wenn er sich unter oder über die eingezeichneten Marken bewegt!«*

Wird die Anwesenheit von Angehörigen abgelehnt, so sollte man ihnen aus Gründen der Erregungsabfuhr ebenfalls eine – wenn auch *externe – Aufgabe* zuteilen. Diese Aufgabe sollte den Angehörigen nützlich und einsichtig erscheinen:

- *»Bitte suchen Sie alle Medikamente zusammen, die Ihr Mann in der letzten Zeit eingenommen hat, und warten Sie damit im Wohnzimmer!«*

Auf alle Fälle jedoch sollte versprochen werden, Angehörige nach der medizinischen Maßnahme wieder zum Patienten zu lassen, z.B. mit dem Satz:

- *»Wir holen Sie nach der Behandlung sofort wieder herein!«*

Sollte eine Maßnahme länger dauern, sollen die Angehörigen alle 15 – 30 Minuten informiert werden, auch wenn sich keine neuen Tatsachen ergeben haben.

Leisten Sie auch bei Angehörigen Psychische Erste Hilfe. Belassen Sie Angehörige nach Möglichkeit beim Unfallopfer. Falls Sie sie wegschicken, geben Sie ihnen eine Aufgabe. Informieren Sie sie regelmäßig über den Zustand des Unfallopfers.

▶ Angehörige bei Todesfällen

Todesmitteilung

Die Mitteilung von Todesnachrichten an Angehörige erfolgt in der Regel durch Polizeibeamte, Notärzte oder Notfallseelsorger. Im Jahr 2004 geschah dies bundesweit über 30 000-mal (Kahmann 2007). In vielen Städten hat es sich dabei bewährt, dass Polizeibeamte und ein Psychosozialer Notfallhelfer diese Pflicht gemeinsam übernehmen (Daschner 2001).

In einer Befragung von Lasogga (2001) sagten sämtliche Überbringer, dass sie diese Aufgabe als sehr belastend erleben, sich nicht an sie gewöhnt haben und wohl auch nie gewöhnen werden. Gerade in dieser Extremsituation ist aber ein angemessener psychologischer Umgang mit den Betroffenen äußerst wichtig. Daher sollen auch für diese Situation einige Regeln vorgestellt werden (ausführlicher bei Lasogga und Gasch 2011).

Für die Empfänger ist eine derartige Nachricht eine zentrale Situation in ihrem Leben. Der Lebensabschnitt mit einem Menschen ist für immer und unwiederbringlich zu Ende. Es versteht sich von selbst, dass daher eine Todesnachricht immer persönlich und nicht etwa per Telefon überbracht werden sollte (Ausnahme: der Tod langfristig schwerkranker Patienten in einer Klinik, bei der schon Kontakt zu den Angehörigen besteht).

einfache Worte

Zunächst sollte man sich die Bestätigung einholen, dass man es mit der richtigen Kontaktperson zu tun hat (*»Sind Sie Frau Maria Schulze, die Ehefrau von Herrn Martin Schulze?«*). Es ist dann am günstigsten, den Tod in *einfachen Worten* und kurzen Sätzen mitzuteilen. Am Ende sollten eindeutige Worte wie »Tod« oder »verstorben« verwendet werden. Beispiele:

- *»Wir haben versucht, Ihrem Mann zu helfen, aber wir hatten keinen Erfolg. Er war schon tot, als wir kamen. Das Herz hatte ausgesetzt.«*
- *»Ihr Mann hatte einen schweren Unfall. Er ist noch an der Unfallstelle verstorben.«*
- *»Wir konnten leider nichts mehr für Ihren Vater tun. Er hat aber nicht gelitten und ist friedlich gestorben!«*

individuelle Reaktionen

Die Reaktionen der Angehörigen auf eine derartige Nachricht sind sehr unterschiedlich. Die meisten sind sichtlich traurig, einige beginnen zu weinen. Dabei kann es zu regelrechten Wein- und Schreikrämpfen kommen. Viele sind fassungslos, entsetzt, schockiert, reagieren verzweifelt, zeigen Hilflosigkeit. Auch Lethargie und Apathie können auftreten, ebenso Aggressionen gegen den Überbringer. In vereinzelten Fällen kann es sogar zu körperlichen Angriffen kommen (Horn 2005). Einige Betroffene suchen explizit nach Körperkontakt, andere reagieren mit übersteigertem Redefluss oder Aktionismus. Genau die gegenteilige Reaktion kann aber auch auftreten: Sprachlosigkeit und körperliche Verkrampfung. Einige Empfänger sind völlig ungläubig und leugnen das Geschehen. Sie wiederholen immer wieder, dass dies nicht sein könne und der Überbringer sich täuschen müsse. Schließlich trifft man auch auf nüchterne, gefasste und gelassene Reaktionen.

Zeit nehmen

Die genannten unterschiedlichen Reaktionen können nicht nur bei verschiedenen Personen auftreten, sondern auch bei einer Person nacheinander oder sogar nahezu gleichzeitig. Für den Überbringer ist es besonders wichtig, sich in dieser Situation *Zeit* zu *nehmen*. Dies nicht zu tun, ist in den zitierten Befragungen von Notfallopfern und von Helfern der am häufigsten genannte Fehler.

Nach der ersten Mitteilung empfiehlt es sich, eher wenig zu reden und dann das aktive Zuhören anzuwenden. Der Empfänger benötigt Zeit, das Gehörte zu verarbeiten. Wenn Fragen gestellt werden, sollten diese offen beantwortet werden. Unangebracht ist die Verwendung von Fremd-

wörtern (»*Die Reanimation hatte keinen Erfolg.*« besser »*Die Wiederbelebung …*«) und Floskeln (»*Es wird schon wieder werden.*«) bzw. oberflächlichen Trostworten (»*Sie sind ja noch jung und können noch mehr Kinder bekommen.*«).

Schuldgefühle

Einige Angehörige entwickeln *Schuldgefühle*, auch wenn sie objektiv am Tod des Unfallopfers völlig unschuldig sind (s. auch Lasogga und Münker-Kramer 2009). Helfer sollten dann besondere Vorsicht walten lassen und derartige Tendenzen nicht durch unvorsichtige Bemerkungen provozieren oder verstärken, selbst wenn diese berechtigt sind. Zum Beispiel könnte der Satz: »*Haben Sie denn nicht gesehen, dass der Atem schwächer wurde?*« so aufgenommen werden: »*Oh Gott, ich hätte besser aufpassen sollen! Ich bin schuld, dass er gestorben ist.*« oder der Satz: »*Sie war ja schon ziemlich abgemagert!*« wird möglicherweise interpretiert als: »*Ich hätte ihr mehr zu essen geben sollen, dann wäre das nicht passiert!*« Ein drittes Beispiel: »*Warum haben Sie mich nicht vor einer Stunde schon gerufen?*« könnte wahrgenommen werden als: »*Wenn ich doch schon früher reagiert hätte!*«. Wird die Gefahr der Entwicklung von Schuldgefühlen spürbar, sollte der Helfer explizit die Angehörigen von solchen Gedanken entlasten. Beispiele:

- »*Sie haben ihn sehr gut gepflegt!*«
- »*Sie und ich haben alles für ihn getan, was in unserer Macht lag!*«
- »*Auch wenn wir* früher *gekommen wären, hätten wir nicht mehr helfen können!*«

Wenn diese Äußerungen nicht beruhigend wirken, sollten spätestens zu diesem Zeitpunkt psychosoziale Notfallhelfer herbeigerufen werden.

Frage nach Angehörigen

Eine besonders belastende Situation kann sich ergeben, wenn *Angehörige* mit in einen Unfall verwickelt sind und die Opfer danach fragen (»*Wie geht es meiner Frau? Die saß doch neben mir im Auto.*«). Meistens ist der mit dieser Frage konfrontierte Retter schon aus Unkenntnis nicht in der Lage, hier eine wahrheitsgemäße Auskunft zu geben. Dann kann er sich oft auf eine Formulierung wie die folgende be-

rufen: »*Ich weiß darüber nichts Genaues, aber alle Verletzten hier werden im Moment kompetent versorgt!*« Gewiss sagt der Helfer in diesem Fall nicht die volle Wahrheit; in der Abwägung aller Aspekte erscheint es jedoch (zumindest den Autoren) günstiger, eine Todesnachricht nicht in der Hektik eines Verkehrsunfalls an einer Straßenkreuzung zu vermitteln, sondern in der ruhigeren Atmosphäre eines abgeschotteten Raumes einer Klinik.

Kontaktadresse hinterlassen

Wenn der Helfer die Angehörigen verlässt, empfiehlt es sich, eine *Kontaktadresse* zu hinterlassen, da bei ihnen in der Folgezeit häufig Fragen auftauchen können, die belastend wirken, wenn sie nicht beantwortet werden.

Teilen Sie eine Todesnachricht in einfachen Worten und in einem ruhigen Tonfall mit. Nehmen Sie sich Zeit. Hören Sie »aktiv zu«. Beantworten Sie offene Fragen. Verwenden Sie keine Floskeln. Hinterlassen Sie eine Kontaktadresse.

5.2 Zuschauer

▶ Gründe für das Zuschauen

negatives Verhalten

Nach Untersuchungen der Bundesanstalt für Straßenwesen sind bei einem Verkehrsunfall im Schnitt ca. 16 bis 25 Zuschauer anwesend, bei schweren Kollisionen oft mehr als hundert. Ihre Anwesenheit wird von Unfallopfern und Helfern meistens als störend empfunden. Es wird kritisiert, dass sie Rettungswege blockieren, im Weg stehen, unerbetene Kommentare abgeben und sich am Leid anderer ergötzen. Dies hat dazu geführt, dass in manchen Bundesländern bereits gesetzliche Regelungen eingeführt wurden, die es erlauben, Zuschauern bei Unfällen Bußgeldbescheide auszustellen.

Schaulust historisch

Allerdings hat es diese »Schaulust« schon zu *allen Zeiten* gegeben und wird in *allen Kulturen* in bestimmten Formen befriedigt, und zwar nicht nur in geheimen Zirkeln, sondern durchaus öffentlich als Unterhaltungsprogramm (Fiedler et al. 2004). Gladiatorenkämpfe, öffentliche Fol-

ter, Hinrichtungen, Hexenverbrennungen, öffentliche Leichenöffnungen sowie das Zurschaustellen von Straftätern am Pranger waren teilweise bis in das 19. Jahrhundert hinein beliebte Freizeitattraktionen. Aber auch heutzutage ist es nicht unplausibel, Zuschauern bei Profi-Boxkämpfen oder Autorennen zu unterstellen, dass sie auf blutige Verletzungen oder Unfälle möglicherweise sogar »hoffen«. Beim spanischen Stierkampf ist das Töten (eines Tieres) sogar der geplante Höhepunkt eines Unterhaltungsspektakels. Aber auch indirekt werden Notfälle und Verletzungen zur eigenen Befriedigung konsumiert. So sind nicht nur Beschreibungen von fiktiven Gewaltakten in Kriminalromanen und Spielfilmen beliebt, sondern auch Video-Zusammenschnitte von Unfällen bei Auto- und Motorradrennen. In den USA bemühen sich bereits TV-Sender darum, Live-Übertragungen von Hinrichtungen zu erreichen, und einzelne Krankenhäuser lassen Zuschauer bei Operationen zu (Ruhr-Nachrichten 1997).

Schaulust als Bedürfnis

Wie »fesselnd« das Zuschauen ist, haben die meisten Menschen am 11. September 2001 selbst miterlebt. Die Fernsehübertragung des Anschlags auf das World Trade Center wurde wahrscheinlich von kaum jemandem aus »ethischen« Gründen ausgeschaltet, im Gegenteil: Millionen von Menschen folgten der Übertragung des schrecklichen Geschehens fasziniert, sogar in zahllosen Wiederholungen.

Ursachen

In der Literatur wird eine ganze Reihe von *Ursachen* für das Phänomen der Schaulust angeführt. Neben dem generellen biologischen Bedürfnis, seine Sinnesorgane zu gebrauchen (»sensorische Deprivation« führt im Extremfall sogar zu psychischen Störungen!), werden eine Reihe von weiteren biologischen Reflexen oder Trieben (»Orientierungsreaktion«) wie auch psychologische Motive (»Neugier-Motiv«) hierfür verantwortlich gemacht. Nach v. Cube (1990) steht ein »Sicherheitstrieb« im Vordergrund: Durch das neugierige Erforschen von Unbekanntem reduziere der Mensch seine Ängste (Keller und Voss 1976) und gewinne an persönlicher Sicherheit. Möglicherweise will der Zuschauer auch nur ohne eigenes Risiko »Ersatzemotionen« in schützendem Abstand passiv erleben (Apter 1994).

Außenreize, die diese Motive anregen, wirken auf die Betroffenen sehr stark; sie davon abzubringen, ist nur mit großem Kraftaufwand möglich. Dabei sind aber nicht alle Ereignisse für Zuschauer gleich interessant. Besondere Attraktion üben sie aus, wenn sie selten, dramatisch, destruktiv, blutig etc. sind (s. dazu Fiedler et al. 2004).

Motiv und Hemmung

Mit jedem Motiv sind aber immer auch *Hemmungsmechanismen* verbunden. Dies gilt auch für die »Zuschau-Motive«. Diese leiten sich aus zwei prinzipiell unterschiedlichen Quellen ab: Einerseits gibt es intrinsische, d.h. in der Person liegende Mechanismen, die das Ausleben eines Motivs dann verhindern, wenn die wahrgenommenen Reize zu stark sind. So gehen manche Menschen zwar voller Vorfreude in einen Horrorfilm, schließen dann aber doch die Augen, »wenn es zu schlimm wird«.

Ein weiterer Hemmungsmechanismus liegt vor, wenn mehrere Motive miteinander konkurrieren. Dies könnte der Fall sein, wenn Neugier mit der Angst einhergeht, selbst verletzt zu werden. Tatsächlich kann man bei Gefahrensituationen, die eine Gefahr für das eigene Leben darstellen, also z.B. bei einer Explosion oder einem plötzlich auftretenden Brand, häufig beobachten, dass die betroffenen Menschen zunächst aus einer Fluchttendenz heraus weglaufen, nach einiger Zeit jedoch stehen bleiben und sich umdrehen, um zu erfahren, »was da eigentlich passiert ist«. Gelegentlich nähern sie sich dann sogar dem Ort des Ereignisses wieder etwas an. Ein derartiges Verhalten konnte auch beim Terroranschlag auf das World Trade Center beobachtet werden.

Ein anderer Hemmungsmechanismen wird durch historische und kulturelle Normen gesetzt, die bestimmen, was im jeweiligen Kulturkreis als erlaubt, verboten oder tolerierbar gilt. Entsprechend ist es in unserer Kultur z.B. gestattet, sich in der Tagesschau »*aus Informationsgründen*« eine Reportage von einem Erdbeben mit Toten und Verletzten anzusehen, einen Kampf zwischen einem Menschen und einem Bären in einer Arena dagegen durfte man nur im alten Rom »genießen«. Auch eine öffentliche Hinrichtung wird in der Regel nicht im Fernsehen übertragen,

aber in einigen Ländern erfolgt eine Steinigung durchaus öffentlich.

natürliche Bedürfnisse

Wenn somit Neugier und Schaulust *natürliche Bedürfnisse* sind, die lediglich zeitlich und örtlich variierenden kulturellen und sozialen Normen unterworfen sind, sollte man zunächst Schaulustige allein wegen der Tatsache, dass sie zuschauen, *nicht verurteilen*.

Gründe für das Entfernen

Mehrere Gründe sprechen jedoch dafür, bei Unfällen Zuschauer weitgehend zu entfernen, insbesondere wenn sie sehr zahlreich sind:

- Zuschauer behindern durch ihre Anwesenheit häufig Rettungsabläufe, z.B. durch die Blockade von Rettungswegen. Bei 2 000 erfassten Rettungsdienst-Einsätzen kam dies immerhin bei etwa jedem 13. Einsatz vor (Bierhoff et al. 1988).
- Zuschauer werden von Unfallopfern meistens als unangenehm erlebt. Dabei spielt die schon erwähnte Scham eine Rolle, auf diese Art im Mittelpunkt zu stehen oder hilflos oder nicht korrekt bekleidet zu sein. Nur bei sehr schweren Verletzungen werden Zuschauer vom Unfallopfer nicht mehr wahrgenommen (Remke 1991).
- Auf professionelle Helfer wirken Schaulustige häufig stark negativ. Es führt bei ihnen zu Verärgerung, wenn sie unter Anspannung aller Kräfte ihr Möglichstes für die Opfer tun, während die Umstehenden deren Leid zu konsumieren scheinen. Diese subjektive Irritation und der damit verbundene Ärger können zu einer Minderung der Qualität der Helfer-Arbeit führen.
- Zuschauer können sich selbst gefährden. Ihr erhöhtes Erregungsniveau kann dazu führen, dass die kritische Wahrnehmung eigener Gefahrenmomente eingeschränkt ist. In diesem Fall muss das Rettungspersonal sogar für den Zuschauer mitdenken und die entsprechende Verantwortung für sie mit übernehmen.

Schaulustige hat es zu allen Zeiten und in allen Kulturen gegeben. Sie sind per se nicht zu verurteilen. Mehrere Gründe sprechen jedoch dafür, Zuschauer zu entfernen. Sie können den Ablauf der Rettung stören und sich selbst gefährden. Außerdem empfinden Unfallopfer und Helfer Zuschauer als unangenehm und belastend.

▶ Umgang mit Zuschauern

Für den Umgang mit Zuschauern sind prinzipiell fünf Interventionsstrategien möglich:

Das Ignorieren

häufigste Methode

Diese Methode wird von den meisten Helfern gewählt. Aus den dargelegten Gründen sollte dies jedoch nicht die Methode der Wahl sein. Sinnvoll ist das Ignorieren lediglich, wenn Zuschauer nicht stören, andere Aufgaben wichtiger sind oder es nur unter erheblichem Kraft- und Zeitaufwand gelingen würde, sie zu entfernen.

Das Billigen

Videowände

In einigen Polizeikreisen wird als Maßnahme diskutiert, bei Großschadensereignissen in ungefährlicher Entfernung vom Unfallort Videowände aufzustellen, die eine Direktübertragung des Geschehens für Zuschauer ermöglichen (Die Zeit, 9.9.1994). Auch Dombrowsky (1995, S. 251) stellt die Frage, warum nicht sofort bei Großschadensereignissen Zuschauerbereiche abgesteckt werden, von denen aus das Geschehen betrachtet werden kann, wenn Einsatzkräfte dadurch nicht behindert werden. Dies sollte nicht unbedingt mit einem Aufschrei der Empörung kommentiert werden, sondern als Versuch, einen Kompromiss zwischen der vorhandenen menschlichen Schaulust und den notwendigen Restriktionen zu finden. Schließlich wurden auch die eingeschlossenen Bergleute, die in Chile im August 2010 insgesamt 69 Tage auf ihre Rettung warteten, ausführlich im Fernsehen gezeigt.

Das Zuschauen unmöglich machen

Eine weitere technische Möglichkeit bestände darin, Zuschauer bei Schadensereignissen bereits präventiv fernzuhalten, sodass die Schaulust gar nicht erst durch wahrnehmbare Reize aktiviert wird. Je mehr es gelänge, diese Reize abzubauen, desto weniger Zuschauer werden sich einfinden. Dies könnte z.B. durch weiträumige Absperrung geschehen. Eine gute Möglichkeit bieten auch Sichtblenden. So können Decken oder Planen aufgespannt werden, die einen Sichtkontakt unterbinden. Bei einigen Sportereignissen wird dies auch praktiziert (Unfälle bei der Formel 1 oder im Pferdesport, wenn sich ein Tier verletzt oder sogar getötet werden muss). Dies ist allerdings nur umsetzbar, wenn genügend Personal und entsprechende Materialien vorhanden sind.

Sichtblenden

Das Entfernen

Wenn sich Zuschauer bereits versammelt haben, gelingt es in der Regel selten, sie mit moralischen Appellen dazu zu bewegen, den Ort des Geschehens zu verlassen. Insbesondere größere Menschenmengen sind auf diese Weise nicht zu beeindrucken. Zu der Schaulust kommen in diesem Fall noch sozialpsychologische Gründe: Wenn eine Menschenmenge angesprochen wird, fühlt sich ein einzelnes Mitglied höchstens zu dem Anteil angesprochen, den es quantitativ in dieser Menge darstellt. Die Handlungsanregung ist somit zu schwach, um zu reagieren und den Unfallort zu verlassen.

Appelle

Zudem könnte ein derartiges Vorgehen auch Widerstand (Reaktanz) bei den Schaulustigen hervorrufen: Sie würden dann allein aus Protest gegenüber den Anweisungen von Helfern am Ort des Geschehens verbleiben und z.B. argumentieren, dass sie nur ihr »*gutes Recht auf Information*« wahrnehmen, oder darauf verweisen, sich auf öffentlich zugänglichem Gelände zu bewegen. Auch der Hinweis auf eine Selbstgefährdung wird nur dann Erfolg haben, wenn diese deutlich spürbar ist, z.B. durch herunterfallende Teile bei einem Brand.

Widerstand

So bleibt nur die Möglichkeit des direkten, deutlichen, nüchternen und klaren Appells, der mit spürbarem Ernst auf die entstandenen und zu erwartenden Behinderungen hinweist. Dabei ist Folgendes wichtig:

Ernst der Lage

1. Die entsprechenden Anweisungen sollten in Tonfall und Wortwahl den Ernst der Lage und die Dringlichkeit der Aufforderung spürbar werden lassen. In der Praxis klingt in entsprechenden Lautsprecherdurchsagen dagegen manchmal eine aggressive Grundstimmung des Sprechers durch, die Protest, Widerstand und Gegenaggression hervorruft. Es müsste in Rollenspielen geübt werden, sowohl den Sprachstil als auch den Tonfall so zu modulieren, dass dies vermieden wird.

spezifische Instruktionen

2. Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus Theorien über die Interaktion von Zielsetzung und Leistungsmotivation (vgl. Locke und Latham 1990). Hier zeigt sich eine deutliche Leistungsüberlegenheit bei spezifischen Instruktionen gegenüber unspezifischen. Übertragen auf die vorliegende Situation ist somit eine präzise Aufforderung wie: »*Wir brauchen dringend Platz für die eintreffenden Rettungsfahrzeuge! Bitte treten Sie* 20 *Meter zurück!*« erfolgreicher als ein allgemeiner Appell: »*Entfernen Sie sich bitte sofort von hier!*«

Selbst wenn diese Hinweise beachtet werden, werden sich in manchen Fällen Zuschauer nicht vom Unfallort entfernen. Dann wird es nötig sein, diese Anweisungen auch durch physische Maßnahmen wie Abdrängen durchzusetzen. Dies ist eine Aufgabe der Polizei.

Das Einbinden

Aktivieren zu Hilfsmaßnahmen

Zuschauer können mit guten Chancen für Hilfsmaßnahmen aktiviert werden, insbesondere wenn ihre Zahl nicht sehr hoch ist. Dies ist mit den »Arousal«-Theorien zu erklären. Sie gehen davon aus, dass Menschen, die durch Außenreize

unspezifisch erregt sind, eine erhöhte Handlungstendenz aufweisen. Welche Handlung konkret durchgeführt wird, ist aber nicht vorbestimmt, sondern wird durch die Bedingungen der jeweiligen Situation beeinflusst. Das erhöhte Erregungsniveau kann somit auch *im Sinne von Hilfsbereitschaft* genutzt werden. Dafür müssten Instruktionen für entsprechende Handlungen vorgegeben werden. Das könnten z.B. im Fall eines Verkehrsunfalls sein:

latente Hilfsbereitschaft

Aufgabenbeispiele

- Gasse für Rettungswagen freihalten
- Rettungswagen zum Unfallort weisen
- nach weiteren Verletzten suchen
- Decken besorgen
- Infusionsflasche halten
- Feuerlöscher halten
- darauf achten, dass niemand in der Umgebung raucht
- Leichtverletzten Erste Hilfe leisten
- mit Verletzten reden, d.h. als »psychischer Ersatz« zur Verfügung stehen.

gezielte Ansprache

Bei der Ansprache von Zuschauern zur Durchführung dieser Aufgaben ist eine freundliche, an einzelne Personen gerichtete Ansprache wirksamer als ein allgemeiner Appell.

- Positivbeispiel: »*Sie im hellen Mantel und Sie im roten Pullover, darf ich Sie um Hilfe bitten …*«
- Negativbeispiel: »*Könnte hier mal jemand helfen?*«

Sinnvoll ist es auch, nicht eine, sondern gezielt zwei oder drei Personen anzusprechen. Diese können sich bei ihrer Aufgabe wechselseitig unterstützen, helfen, aber auch (zumindest unbewusst) kontrollieren.

Modellwirkung

Wenn einzelne Zuschauer als Helfer gewonnen werden, kann sogar mit einer Modellwirkung gerechnet werden, d.h. andere werden nun ihrerseits eher bereit sein, Hilfe zu leisten. Gelegentlich wirkt dieser »Ansteckungseffekt« so stark, dass mehr Helfer als nötig zur Verfügung stehen.

Besonders in Zusammenhang mit der oben beschriebenen Aufgabe, Zuschauer aus der Situation zu entfernen, könnte man auf der Basis der postulierten latenten Handlungsbereitschaft sogar erwägen, einige Zuschauer für genau diese Aufgabe einzusetzen.

Unter Einbeziehung der beschriebenen Hinweise könnte dies konkret etwa wie folgt umgesetzt werden:

- *»Sie beide, hier vorne im grünen Mantel und Sie im schwarzen Pullover, Sie können mir jetzt sehr helfen! Wir brauchen hier dringend Platz für die Lagerung von technischem Rettungsmaterial! Bitten Sie die anderen Personen, dass sie mindestens 10 Meter zurücktreten!«*

Das Zuschauen kann gebilligt, ignoriert oder unmöglich gemacht werden. Zuschauer können entfernt oder durch gezielte Aufgaben in das Geschehen eingebunden werden. Dabei sollten bestimmte Zuschauer gezielt angesprochen und mit konkreten Aufgaben betraut werden.

5.3 Medien

Bei Unfällen, insbesondere Großschadensereignissen, sollte auch die Rolle der Medien bedacht werden. Oftmals sind Vertreter dieser Zunft fast zeitgleich mit den Einsatzkräften am Ort des Geschehens. Zuweilen sind dann mehr Presse- als Rettungshubschrauber vor Ort.

legitime Bedürfnisse

Auch wenn es bei der Berichterstattung manche Auswüchse gibt, sollte nicht vergessen werden, dass Medien legitim über Notfälle berichten. Die Bürger wollen über Unglücksfälle ausführlich in Wort und Bild informiert werden. Dies ist natürlich nur möglich, wenn Medienvertreter auch vor Ort sind. In manchen Fällen können Journalisten sogar sinnvolle Hilfe leisten, wie z.B. bei Aufrufen von Blutspenden, der Mitteilung von Verkehrssperren etc.

Allerdings können Medienvertreter auch Schaden anrichten. Nicht alle Journalisten verhalten sich angemessen im Umgang mit den Opfern und den Helfern. Sie behindern nicht selten Hilfsmaßnahmen und verhalten sich nicht immer ethisch verantwortungsvoll: Beispielsweise wird über das Bergbahnunglück von Kaprun berichtet, dass Journalisten für die Möglichkeit, ein Bild aus dem Tunnel zu schießen, einige Tausend Euro angeboten haben sollen. Auch der Umgang von Medienvertretern mit Schülern nach Amokläufen in Schulen wird beklagt.

»geistige Blockaden«

Bei den Helfern erzeugt die Präsenz von Pressevertretern sehr unterschiedliche Effekte. So berichten Hermanutz und Buchmann (1994, S. 297) von dadurch verursachten »geistigen Blockaden« in den Köpfen der Retter nach dem Prinzip »*Hoffentlich mache ich nichts falsch vor den Fotografen und den laufenden Kameras!*«. Umgekehrt scheinen es einige Helfer aber auch zu genießen, im Mittelpunkt des Geschehens zu stehen, von Reportern interviewt, in den Medien zitiert oder gezeigt zu werden. In einem Bericht über eine Großunfallübung im Ruhrgebiet 1989 findet sich zum Beispiel der folgende Satz: »*Anweisungen durch den Leitenden Notarzt erreichten uns nicht. Rücksprachen konnten nicht durchgeführt werden; der Leitende Notarzt war zu diesem Zeitpunkt von einer Schar Reporter umringt …*« (Stadt Dortmund 1989, S. 12).

Priorität

Folgender Umgang mit Medienvertretern erscheint sinnvoll: Der Grundkonsens sollte sein, einerseits die Bedürfnisse der Medien als legitim anzuerkennen, andererseits jedoch Journalisten klarzumachen, dass die Hilfeleistung für Unfallopfer eine höhere Priorität hat und dass gewisse Richtlinien bei der Berichterstattung einzuhalten sind.

Großschadensfall

Bei Großschadensereignissen ist es sinnvoll, ein eigenes Pressezentrum einzurichten, in dem regelmäßig (mindestens zweimal täglich) Pressekonferenzen stattfinden. An ihnen sollten neben dem politisch Verantwortlichen – sofern er vor Ort ist – der Einsatzleiter, ein Polizeivertreter, ein Leitender Notarzt und ein psychosozialer Notfallhelfer teilnehmen. Diese Personen können zuerst aus ihrer Sicht

die Situation darstellen und dann Fragen beantworten. Diese Reihenfolge sollte strikt eingehalten werden. Meist wird sie von den Medienvertretern auch akzeptiert, da sie diese Form gewohnt sind. Ggf. könnte auch ein Verantwortlicher eine (gut geplante) Führung arrangieren. Um zu verhindern, dass unkontrolliert Fotos der Szene aufgenommen werden, erstellen manche Pressezentren eine interne eigene Webseite mit eigenen Fotos, auf die die Presse dann zugreifen kann.

Medienbeauftragter

Bei mittelgroßen Notfällen ist es hilfreich, einen Rettungsdienst- oder Feuerwehrmitarbeiter speziell für die Aufgabe der Medieninformation zu bestimmen. Dies müsste allen anderen Beteiligten bekannt gemacht werden, damit sie Anfragen von Journalisten sofort an diese Person weiterleiten und nicht in Versuchung geführt werden, selbst Auskünfte zu erteilen.

- »*Haben Sie bitte Verständnis, ich muss mich dringend um diesen Verletzten kümmern! Unser Pressereferent bei der Einsatzleitung drüben bei dem Feuerwehrwagen gibt Ihnen Informationen!*«

späterer Zeitpunkt

Bei kleineren, eher lokal relevanten Unfallsituationen ohne spezielle Bestimmung eines Medienbeauftragten müsste die Auskunft zunächst abgeblockt und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

- »*Haben Sie bitte Verständnis, ich muss mich dringend um diesen Verletzten kümmern! Ich gebe Ihnen nach der Beendigung des Einsatzes Auskunft!*«

Aufgabe erteilen

In diesem Fall könnte auch erwogen werden, den Journalisten wie einen Zuschauer mit zur Hilfeleistung heranzuziehen: »*Ich kann Ihnen darüber noch keine Auskunft geben, aber Sie könnten mir sehr helfen, wenn Sie bitte für zwei Minuten fest hier draufdrücken!*«. Dies würde dem Journalisten erlauben, am Ort des Geschehens zu bleiben; er kann dann sogar »aus erster Hand« berichten.

Betroffenheit

Schließlich sollte bedacht werden, dass auch Journalisten nur Menschen sind, die trotz mancher äußerlich zur Schau gestellten kühlen Professionalität von dem Geschehen betroffen sein können, auch wenn nur wenige im Nachhinein darüber sprechen.

Journalisten haben ein professionelles und legitimes Interesse an Unfällen. Dieses sollte jedoch gegenüber dem der Unfallopfer zurückstehen. Auskünfte sollten entweder zu einem späteren Zeitpunkt oder durch eine dafür abgestellte Person erteilt werden.

6 Der Umgang mit sich selbst

Helfer sind keine Übermenschen

Helfer sind keine Übermenschen. Die tägliche Arbeit sowie bestimmte Einsätze können stark belastend sein (Lasogga und Karutz 2012). Schwarz (1997) nennt beispielsweise Steigerungen der Herzfrequenz bei aktuellen Einsätzen auf Spitzenwerte von 140/min bei der Ankündigung des Einsatzes und 200/min z.B. bei Reanimationen. In Laborversuchen konnte er nachweisen, dass die Zahl der »technischen Fehler« stark ansteigt. Diese akuten Belastungen und die durch die alltägliche Arbeit können sich nicht nur auf die Person des Helfers auswirken, sondern sich auch im Umgang mit dem Notfallopfer niederschlagen. Deswegen hat ein professioneller Helfer nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, angemessen mit diesen eigenen Schwierigkeiten umzugehen.

6.1 Belastungen und die Folgen

Auslöser

Auslöser für Belastungen sind mannigfaltig. Bereits die Anfahrt zum Einsatzort kann stressend sein, weil z.B. eine Straße versperrt ist, oder die Konfrontation mit der Situation vor Ort, weil es z.B. in einer Wohnung nach Urin, Schweiß und Erbrochenem riecht. Auch die erlebte eigene Hilflosigkeit, wenn ein Mensch verstirbt, oder das Wissen um die eigene lückenhafte Kompetenz stellt für Helfer ein Problem dar. Ebenso stark oder sogar stärker kann es die alltägliche Arbeit sein, beispielsweise durch Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen oder durch Schichtdienst (ausführlich s. Lasogga und Karutz 2012). Auch die Zusammenarbeit mit Helfern aus anderen Organisationen gestaltet sich manchmal kompliziert und verläuft nicht immer reibungslos, z.B. zwischen Rettungsdienst und Polizei (Lasogga et al. 2011a).

Einige Typen von Einsätzen werden als besonders schwerwiegend erlebt (Hallenberger und Mueller 2000, Steinbauer et al. 2001; Wagner et al. 2001, Reinhard und Maercker 2004, Klemisch et al. 2005, Reinecke et al. 2006). Dazu gehören vor allem:

belastende Einsätze

- schwer verletzte oder tote Kinder und Jugendliche
- versuchter Suizid
- Sterbende
- Patient ist ein Bekannter, Kollege (in kleineren Gemeinden nicht selten)
- direkte Gefährdung der Helfer
- Großschadensereignis.

Allerdings handelt es sich dabei um pauschale Angaben. Von einzelnen Einsatzkräften werden derartige Einsätze auch als weniger belastend erlebt.

Folgen

Die Folgen durch die alltäglichen oder ereignisspezifischen Belastungen sind sehr unterschiedlich. So zeigen manche Helfer kurzfristig Reaktionen, z.B. einen starken Rededrang oder sie können trotz starker Erschöpfung nicht schlafen. Derartige Reaktionen legen sich aber meistens nach Stunden oder Tagen. Wenn dies nicht geschieht, können allerdings auch negative langfristige Folgen entstehen. Berichtet werden diverse psychosomatische Beschwerden wie beispielsweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magen-Darm-Probleme, erhöhter Blutdruck etc. (Stepan 1995).

Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass die Arbeit als Einsatzkraft auch gar keine oder sogar positive Folgen haben kann (s. beispielsweise Hallenberger und Mueller 2000, Buchmann 2006). So berichteten beispielsweise 60% von befragten Polizeibeamten von einer positiv eingeschätzten Werteveränderung, 59% von einem größeren Erfahrungsschatz, 35% von einer bewussteren Lebensführung und 27% von einem gestiegenen Selbstbewusstsein (Steinbauer et al. 2001).

Folgende positive Folgen werden von Helfern insgesamt aufgeführt (Lasogga und Karutz 2012):

- Persönlichkeitsentwicklung
- Sinnfindung, Sinnstiftung
- Spiritualität
- Vertiefung der Beziehungen zu anderen Menschen
- Gefahrenbewusstsein, Lebensweise
- Kompetenzgefühl.

Die Belastungen durch die tägliche Arbeit und durch bestimmte Typen von Einsätzen können sich negativ auf den Helfer selbst auswirken sowie auf den Umgang mit Patienten. Werden die Belastungen nicht angemessen verarbeitet, kann dies zu diversen Störungen wie Ängsten, Schlaflosigkeit, psychosomatischen Erkrankungen oder Alkoholproblemen führen.

6.2 Umgang mit Belastungen während des Einsatzes

Bestimmte Gedanken und Verhaltensweisen können dazu beitragen, das Ausmaß an erlebter Belastung auf der Fahrt zum Einsatzort und während des Einsatzes zu reduzieren. Dazu mag schon der generelle Hinweis beitragen, dass Stress und Aufregung beim Einsatz normale Reaktionen darstellen und nicht generell als schädlich anzusehen sind. Wenn eine schwierige Aufgabe zu entspannt angegangen wird, führt dies sogar zu einer schlechteren Leistung. Aber auch eine zu starke Anspannung beeinträchtigt die Arbeitsqualität. Ein mittlerer Grad dagegen ist für viele Leistungsanforderungen optimal (»Yerkes-Dodson-Gesetz«). Sollten Helfer also generell »Stress« als schädlich ansehen, so sollten sie auf der Grundlage dieser Erkenntnisse der Psychologie eine Neubewertung (»reframing«) ihrer Empfindungen vornehmen.

Stress ist normal

Damit korrespondiert eine weitere Unterscheidung: die zwischen »Eu-Stress« und »Di-Stress«. Mit »Eu-Stress« wird eine »positive« Aufregung bezeichnet, also beispielsweise die Vorerwartung auf ein Ereignis, bei dem man zeigen darf, was man kann, und bei dem man sich einen Erfolg verspricht. Diese Form von Stress wirkt leistungsfördernd. »Di-Stress« beschreibt dagegen eine Aufregung, die begleitet ist von der Vorstellung zu versagen, Fehler zu machen, in Schwierigkeiten zu geraten, Misserfolge zu erleiden. Sie wirkt leistungsmindernd. Rein physiologisch sind die beiden Stressformen nicht zu unterscheiden, d.h. diese Unterteilung hat ihre Ursache allein in der unterschiedlichen psychologischen Interpretation des physiologischen Vorgangs

Eustress/ Disstress

der Erregung. Diese Interpretation ist aber durch Fremd- oder Selbstinstruktion beeinflussbar. Dementsprechend ist es günstig, bei der Fahrt zum Unfallort generell eine positive Einstellung zu entwickeln etwa in dem Sinne: »*Wir werden irgendwie helfen können!*« und »*Ich bin gut ausgebildet!*«. Negativ auf die Leistung wirken sich hingegen Di-Stress bzw. Furcht vor Misserfolg aus, etwa in dem Sinn: »*Hoffentlich passiert mir kein Fehler!*« Einsatzkräfte können sich so durch kleine Bemerkungen wechselseitig günstig beeinflussen.

positive Einstellung

standardisierte Regeln

Nützlich ist es für den Helfer auch, sich auf eine kleine Zahl von standardisierten, formalisierten Regeln oder Handlungsabläufen zu konzentrieren und den erwarteten Ablauf zu strukturieren. Diese Handlungsabläufe sind in Gedanken zu wiederholen, z.B. die bekannte ABCD-Regel (Atemwege – Bewusstsein – Circulation – Drogen), die BAK-Regel (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) oder den (wenigstens intern berühmten) »Schokoladenkuchen« bei der Defibrillation (»Schocken – Laden – Gucken«). Auf diese Art könnten auch die Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe noch einmal durchgegangen werden.

mentales Training

Damit ist auch eine Brücke geschlagen zu einem weiteren Konzept, das sich insbesondere im Sport bewährt hat: das mentale Training. Dabei wird (beispielsweise im Skiabfahrtslauf) noch einmal vor dem Start die gesamte Strecke in Gedanken abgefahren. Übertragen auf den Notfalleinsatz bedeutet dies, dass der Standard-Ablauf der durchzuführenden Hilfsmaßnahmen gedanklich Schritt für Schritt durchgegangen werden sollte.

Entspannungstraining

Schließlich sollten bei weiter bestehendem überstarkem Stress auch die bewährten Entspannungsverfahren wie das Autogene Training oder die noch besser geeignete Progressive Muskel-Relaxation sowie andere Entspannungsverfahren (s. z.B. Petermann und Vaitl 2009) angewendet werden. Durch diese Techniken gelingt es, innerhalb von Sekunden ein schädlich überhöhtes Erregungsniveau auf ein adäquates Maß zu reduzieren. Diese Entspannungstechniken müssen jedoch erlernt werden. Entsprechende Kurse dauern in Kompaktform nur einige Tage bzw. wenige Wochen bei je ein bis zwei Sitzungen wöchentlich.

Wenn eine Einsatzkraft die Gefahr heraufkommen sieht, am Ort des Geschehens von Angst übermannt zu werden, kann auch eine kurze floskelhafte *Selbstinstruktion* helfen. Nach einer empirischen Studie von Hermanutz und Buchmann (1994) verwenden viele (40%) der Helfer in einer derartigen Situation Formulierungen wie: »*Ich packe es, jetzt muss ich helfen.*«, »*Jetzt reiß dich mal zusammen.*«, »*Bleibe auf dem Boden, Junge.*«, »*Da muss ich jetzt durch.*«

Selbstinstruktion

Sollten die negativen Stresssymptome bei Helfern trotz wachsender Erfahrung nicht nachlassen oder sollte trotz Anwendung der oben zitierten Hinweise keine Linderung eintreten, können speziell entwickelte spezifische Trainingsprogramme angewendet werden wie beispielsweise das »Stress-Impfungs-Training« (SIT) von Meichenbaum (2003). Dieses wurde speziell für Situationen entwickelt, wie sie Rettungsdienstmitarbeiter, Notärzte, Feuerwehrleute oder auch Pflegekräfte in Kliniken etc. erleben. Elemente dieses Programms sind: Situationsanalyse, Zielbestimmung, Widerstandsanalyse, Erinnerung an erfolgreich bewältigte Stresssituationen, Vergleich mit der am schlimmsten erlebten Stresssituation, Horrorvisionen, Projektion (»*Welchen Rat würden Sie anderen in einer gleichartigen Situation geben?*«).

Trainingsprogramme

Eine Horrorvision einiger Retter ist die Angst vor einer völligen Blockade während eines Einsatzes (Notärztin: »*Was tun, wenn man mitten in der Aktion richtig geblockt ist?*«). Hier ist ein gutes soziales Klima im Rettungsteam eine gute Vorbeugung. Warum soll beispielsweise nicht ein Notarzt auch einen Rettungsassistenten fragen können: »*Haben Sie einen Vorschlag, was wir jetzt noch tun könnten?*«*?* Dies setzt jedoch ein verständnisvolles, kooperatives Klima im Rettungsteam voraus, das nicht immer vorhanden ist (Notarztäußerung: »*Wenn man das als Notarzt tut, dann hat man bei diesem Team verschissen!*«). Hier müssten »Teamentwicklungsmaßnahmen« eingeführt werden, wie sie bereits in einigen Industrie- und Wirtschaftsunternehmen sowie in Teilen der öffentlichen Verwaltung üblich sind.

Kooperation im Rettungsteam

Ein gänzlich anderer Zugang als die hier vorgestellten Maßnahmen, die an der einzelnen Person ansetzen, beste-

organisatorische Maßnahmen

hen in präventiven organisatorischen Maßnahmen (s. Lasogga und Karutz 2012). So sollte beispielsweise bereits bei der Personalauswahl darauf geachtet werden, ob jemand für die Arbeit als Einsatzkraft geeignet ist. Teams sollten so zusammengestellt werden, dass sich die Mitglieder gut verstehen. Mehrere neue Mitglieder sollten nicht zusammen den Einsatz versehen, sondern jeweils ein erfahrener und ein weniger erfahrener Helfer. Unter diesem Gesichtspunkt ist die derzeitige rechtliche Regelung in Deutschland, nach der ein Notarzt-Anfänger zunächst zehn Einsätze unter der Leitung eines erfahrenen Notarztes zu leisten hat, sehr zu begrüßen.

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. Überstarker Stress kann durch Trainingsprogramme reduziert werden. Bei der Einstellung sollte darauf geachtet werden, ob jemand für die Arbeit in Rettungsdienst, Feuerwehr bzw. Polizei geeignet ist. Personen, die eng zusammenarbeiten, sollten sich gut verstehen. Dies kann durch »Teamentwicklungsmaßnahmen« gefördert werden.

6.3 Aufarbeitung belastender Erlebnisse

Aufarbeitung von Belastungen

Die Belastungen durch Einsätze können manchmal so stark sein, dass eine Aufarbeitung nötig ist. Hierbei ist zwischen einer individuellen/informellen und einer institutionellen/organisierten Form zu unterscheiden (ausführlich s. Lasogga und Karutz 2012). Individuelle, informelle Möglichkeiten werden von vielen Einsatzkräften ohnehin angewendet und sind sehr zu empfehlen. Hier sind beispielsweise bestimmte Rituale zu nennen, die nach einem Einsatz routinemäßig durchgeführt werden, wie das Duschen oder Wechseln der Kleidung. Dies stellt ein äußeres, aber auch ein inneres Zeichen dar, dass dieser Einsatz nun beendet ist.

Gespräche

Von sehr vielen Einsatzkräften wird das Gespräch als Mittel genannt, um mit Belastungen umzugehen. Gespräche führen zu einer Reduktion der Spannungen und zu einer Strukturierung des Erlebten (»*Komisch, während ich das jetzt erzähle, fällt mir auf, dass* …«). Gesprächspartner können Kollegen sein, aber auch andere Personen wie Familienmitglieder, Freunde und Bekannte.

An institutionellen, organisierten Nachsorgemöglichkeiten bieten sich strukturierte Nachbesprechungen und Supervisionsgruppen an. Nachbesprechungen sollten insbesondere nach einzelnen, besonders belastenden Ereignissen stattfinden, Supervisionsgruppen stellen hingegen eine Dauereinrichtung zur Aufarbeitung der alltäglichen Belastungen dar.

Bei der Einrichtung und Durchführung von Nachbesprechungs- und Supervisionsgruppen sind einige Punkte zu beachten:

Nachbesprechung

Eine *Nachbesprechung* darüber, wie der Einsatz unter technischen oder medizinischen Gesichtspunkten hätte besser gestaltet werden können, sollte für jeden problematischen Einsatz sobald wie möglich und obligatorisch für alle Beteiligten erfolgen. Darüber hinaus sollte eine Nachbesprechung immer nach besonders dramatischen, schwierigen und belastenden Einsätzen offiziell durch Vorgesetzte organisiert und durchgeführt werden. Für alle Einsatzkräfte, die bei diesem Einsatz tätig geworden sind, sollte die Teilnahme Pflicht sein. Sie sollte innerhalb von 24 Stunden nach dem Einsatz durchgeführt werden und maximal eine Stunde dauern. Diese Nachbesprechung hat mehrere Funktionen: Einerseits sollten Informationen über den Einsatz gegeben werden, sowie technische Fehler und Probleme angesprochen werden und für zukünftige Einsätze nutzbar gemacht werden. Andererseits wird dadurch aber auch signalisiert, dass dieser Einsatz nunmehr beendet ist. Gespräche über die emotionalen Probleme von Einsätzen dagegen sind von dieser technischen Nachbesprechung zu trennen.

Bei psychisch besonders belastenden Einsätzen empfiehlt es sich, eine längere Nachbesprechung zwei bis drei Tage

nach dem Einsatz anzubieten. Die Teilnahme sollte jedoch nur freiwillig erfolgen. Bei dieser Nachbesprechung sollten das eigene Erleben, die eigenen Empfindungen, Ängste etc. thematisiert werden. Als Richtschnur gilt dabei eine Dauer von mindestens 60, höchstens jedoch 180 Minuten. Die Teilnehmerzahl sollte 3 – 12 Personen betragen. Diese Besprechung sollte als Dienst akzeptiert werden.

Freiwilligkeit

Für derartige Nachbesprechungen wird teilweise das Wort »Debriefing« verwendet. Diese Bezeichnung ist aber nicht identisch mit dem »Critical Incident Stress Debriefing (CISD)« von Mitchell und Everly (1993, 2005). Es handelt sich um drei Typen von Nach-Treffen (Demobilization, Defusing, Debriefing), die in ihrem Ablauf relativ strikt und formal organisiert sind. Insbesondere das »Debriefing« ist stark in Kritik geraten; der Nutzen und die Effektivität werden in zahlreichen Publikationen in Zweifel gezogen; es wird sogar von negativen Effekten berichtet (Krüsmann 2004, Mitte et al. 2005).

Debriefing

Insgesamt kann als Fazit festgehalten werden, dass diese Methoden keinesfalls jeder Einsatzkraft helfen, sondern sie können helfen, gar nichts bewirken oder schaden. Möglicherweise ist aber auch der Anspruch an diese Methoden zu hoch. Schließlich schreiben Mitchell und Everly selbst, dass es sich bei diesen Verfahren nicht um »Psychotherapie« handelt (Mitchell und Everly 2005, S. 177), und dass sorgsam geprüft werden sollte, ob nicht andere Interventionen geeigneter sind.

Getrennt von diesen einsatzbezogenen Veranstaltungen sind *regelmäßige Supervisionsgruppen* zu sehen. Dass der Wunsch nach Aufarbeitung von Belastungen in Supervisionsgruppen sehr groß ist, zeigt eine Studie von Lindemeier, nach der 72,5% der befragten Notärzte »Institutionalisierte Hilfen in Form von ›Balint‹-Gruppen oder anderen Gesprächsgruppen« wünschen (Lindemeier 1995, S. 328). Allerdings gaben nur 2% an, dass derartige Aussprachemöglichkeiten bestehen. Dabei ist, wie Untersuchungen beispielsweise bei der Polizei zeigen, Supervision »ein hochwirksames Instrument zur Optimierung polizeilichen Han-

regelmäßige Supervision

delns« und trägt in bedeutsamer Weise zur Gesunderhaltung bei (Driller 2006).

Moderator

Eine Supervisionsgruppe für Helfer kann mit oder ohne Moderator durchgeführt werden. Die Variante mit Moderator ist günstiger. Sie hat den Vorteil, dass sich die Gruppenmitglieder ganz auf ihre Probleme konzentrieren können, ohne auf die Zeit, äußere Bedingungen oder ihre Wirkung auf Kollegen und deren Reaktion Rücksicht nehmen zu müssen.

Fachleute

Die Moderatoren-Rolle kann entweder durch einen der Teilnehmer oder durch einen ausgebildeten Experten ausgefüllt werden. Natürlich ist eher die zweite Variante zu wünschen. Wie in anderen Bereichen auch, so sollte man bei schwierigen Aufgaben Fachleute mit einer entsprechenden Ausbildung heranziehen. Ausgebildete Moderatoren haben gelernt, an der richtigen Stelle nachzuhaken, haben keine Angst vor möglicherweise entstehenden emotionalen Äußerungen (beispielsweise Weinen, aggressive Äußerungen) und sollten damit umgehen können. Hierfür muss sich allerdings ein Kostenträger finden.

Doppelqualifikation

Die Frage, ob dieser Moderator neben seiner Ausbildung zum Supervisor auch Experte im Rettungsdienst sein soll, kann kontrovers diskutiert werden. Vorteile einer Doppelqualifikation liegen darin, dass die Einsatzkräfte zu einem Mitglied des gleichen Berufsstandes mehr Vertrauen haben könnten, und glauben, besser verstanden zu werden (»*Nur wer selbst im Notfalleinsatz tätig ist, weiß, wie ich fühle!*«). Aber auch für die Gegenposition sprechen Argumente: Bei einem Berufsfachmann als Moderator könnten die Teilnehmer glauben, sie müssen nicht so viel von ihren Gefühlen mitteilen, weil sie vermuten, der Moderator kenne diese ja ohnehin. Dies wäre jedoch im Sinne einer Aufarbeitung nicht günstig, da der positive Effekt des Mitteilens ja nicht in der Informationsübermittlung liegt, sondern im Prozess der Verbalisation der Emotionen und Gedanken. Ein Nicht-Insider dagegen kann aus seiner Rolle heraus berechtigterweise naiv und damit emotional fundamentaler nachfragen und ggf. auch bisher tabuisierte Gefühle ansprechen.

»Outsider«

(Beispiel: Teilnehmer: »*Ihr wisst ja, was man fühlt, wenn man vor einem brennenden Haus steht.*«; Moderator: »*Ich weiß das nicht. Was haben Sie denn in dieser Situation gefühlt?*«).

Organisation

Hinsichtlich der *Organisation* einer derartigen Supervisionsgruppe wird folgendes vorgeschlagen:

- die Teilnehmerzahl sollte etwa 5 – 10 Personen betragen
- die Treffen sollten regelmäßig, etwa alle 3 – 4 Monate stattfinden
- die Dauer der Treffen sollte etwa 2 – 3 Stunden (inklusive einer Pause) betragen
- die Treffen sollten in einem ruhigen Raum stattfinden, frei von Störungen
- die Teilnehmer sollten sich im Sinne des »aktiven Zuhörens« verhalten.

Nach den Erfahrungen der Autoren besteht bei derartigen Treffen generell keine Notwendigkeit, die Teilnehmer zum Reden zu animieren – im Gegenteil: Offenbar ist die Anspannung so groß, dass eher Themen und Fälle zurückgestellt werden müssen.

Pflicht des Arbeitgebers

Eine derart institutionell organisierte Aufarbeitung der alltäglichen und von belastenden Einsätzen von Einsatzkräften findet bisher nur sehr vereinzelt statt. Dabei kann die Einrichtung von Supervisionsgruppen sogar als Pflicht des Arbeitgebers angesehen werden. Sie lässt sich aus dem Rechtsbegriff des »Organisationsverschuldens« herleiten (siehe Leonhardt 1996). Ein Arbeitgeber hat demnach eine Fürsorgepflicht, die Nachbearbeitung belastender Erlebnisse eines Mitarbeiters zu veranlassen, falls zu erwarten ist, dass bestimmte Erlebnisse die künftige Qualität der Arbeit des Mitarbeiters mindern (Schaper 1996). Dies ist durchaus plausibel: Wenn ein Notarzt, Rettungsdienstmitarbeiter, Feuerwehrbediensteter oder Polizeibeamter durch seine Einsätze so stark belastet ist, dass er sich nicht mehr kompetent fühlt, müssten derartige Veranstaltungen vom Arbeitgeber angeboten und auch finanziert werden (und in der Dienstzeit stattfinden).

In einzelnen Fällen wird allerdings weder ein Ritual noch ein Gespräch mit Kollegen noch eine Supervisionsgruppe oder eine offizielle Nachbesprechung ausreichen, um das Erlebte zu verarbeiten. Die oben aufgezählten oder weitere Belastungsphänomene bestehen weiter oder verstärken sich sogar. In diesen Fällen ist eine Psychotherapie erforderlich.

Die Belastungen von Helfern können in der Regel durch individuelle/informelle Nachsorge wie Rituale und Gespräche mit Kollegen, Freunden oder familiären Partnern aufgearbeitet werden. Daneben können sowohl die alltäglichen beruflichen Belastungen sowie besonders belastende Einsätze in Supervisionsgruppen und in speziellen Nachbesprechungen bearbeitet werden

7 Wissenschaftliche Diskussion

Viele der hier erarbeiteten konkreten Hinweise zur Psychischen Ersten Hilfe mögen auf den ersten Blick anschaulich, leicht durchführbar und quasi selbstverständlich erscheinen. Die Beschäftigung mit der Thematik stellte die Autoren jedoch mehrfach vor schwierige, auch theoretische Probleme, von denen einige dargestellt werden sollen.

7.1 Wissen versus Verhalten

Selbstverständlichkeiten?

Bei der Präsentation der hier vorgestellten Regeln wurde sowohl von Laien als auch von professionellen Helfern teilweise geäußert, es würden nur *Selbstverständlichkeiten* propagiert. Dies mag bei der puren Lektüre ggf. so erscheinen. Nur zeigt sich hier ein Grundproblem menschlichen Handelns: Zwischen der kognitiven Erfassung des Inhalts eines Satzes und der handlungsmäßigen Umsetzung liegen große Differenzen (»*Zwischen Reden und Handeln liegt das Meer.*«, chinesisches Sprichwort). Selbst wenn man dem Inhalt einer Aussage zustimmt, und selbst wenn man sich entsprechend zu verhalten beabsichtigt, bedeutet dies noch nicht, dass dies in der konkreten Situation auch geschieht. Ein Alltagsbeispiel stellen Raucher dar. Nahezu jeder Raucher weiß, dass seine Gewohnheit sehr gesundheitsschädlich ist. Viele fassen auch den Vorsatz aufzuhören, aber dies gelingt nicht.

Ebenso bekunden die meisten Personen, es sei selbstverständlich, dass man Verunglückten helfe. Doch auch das ist nicht der Fall, im Gegenteil: Wie immer wieder in Experimenten gezeigt wurde (s. z.B. Bierhoff 1990, Vieweg und Weyer 1990), fahren viele Menschen bei Unfällen vorbei oder schauen nur interessiert zu.

Live-Experiment

Dies wird auch durch folgendes Live-Experiment bestätigt: Bei einer Posterpräsentation der Thematik im Rahmen einer wissenschaftlichen Tagung bestätigten zunächst viele der hochintellektuellen Zuhörer die Plausibilität der aufgeführten Grundregeln. Dann aber waren sie völlig verwirrt und reagierten zum Teil ganz konträr zu diesen Vor-

schlägen, als sich der Vortragende (als unangekündigte Demonstration) plötzlich zu Boden fallen ließ, sich an die Burst griff und stöhnte.

Entsprechendes gilt für die in dieser Publikation aufgeführten Handlungsanweisungen: Auch hier steht zu erwarten, dass Wissen und Handeln auseinanderklaffen. Das Lesen und Verstehen der vorgeschlagenen Konzepte reicht also allein nicht aus, um in der konkreten Situation die entsprechenden Handlungen auch auszuführen. Es empfiehlt sich somit, die vorgestellten Hinweise nicht nur kognitiv aufzunehmen, sondern auch *einzuüben*. Hierfür wurde diesem Buch seit der 3. Auflage von den Autoren ein Selbsttrainings-Teil angehängt (s. Kap. 9). Wenn ein Leser die hier vorgeschlagenen Übungen durchführt, kann er sicher sein, dass die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln wenigstens partiell verringert wird.

Selbsttraining

7.2 Intuitives versus rationales Handeln

Intuition

Mehrfach tauchte im Laufe der Beschäftigung mit der vorliegenden Thematik der Einwand auf, dass für Psychische Erste Hilfe eine Schulung nicht notwendig sei, da man in derartigen Situationen ohnehin intuitiv richtig reagiere. Dass dies nicht so ist, wurde aus den Ergebnissen der Interviews und den Simulationen deutlich. Wie wäre es sonst zu erklären, dass die befragten Unfallopfer ganze Litaneien von Klagen über dieses angeblich intuitive Helferverhalten äußerten.

In bestimmten Fällen führt Intuition sogar zu einem Fehlverhalten. Man stelle sich folgende Situation vor: Man fährt in seinem Pkw auf einer dunklen Landstraße. Kurz vor dem eigenen Wagen kommt ein anderes Auto ins Schleudern und überschlägt sich. Man hält an, steigt aus und hört aus dem anderen Wagen Schmerzensschreie und den Ruf: »*Hilfe! Hilfe! Ich habe große Schmerzen! Bitte helfen Sie mir! Schnell! Schnell!*« Intuitiv würden die meisten Menschen wohl eine der beiden folgenden Handlungsmöglichkeiten auswählen:

1. zu dem verunglückten Wagen laufen und versuchen, die Verletzten zu retten
2. fliehen, d.h. ins Auto springen und sich möglichst aus dieser unangenehmen Situation entfernen.

Gefahr!

Beide Reaktionen sind *falsch*, die erstere sogar *gefährlich!* Richtig wäre es, anzuhalten, die Warnblinkanlage einzuschalten und die Unfallstelle mit seinem Warndreieck abzusichern (um der Gefahr vorzubeugen, dass man selbst und weitere Verkehrsteilnehmer in einen Folgeunfall verwickelt werden) und einen Notruf abzusetzen. Erst danach kann man sich unter der Beachtung der eigenen Sicherheit um die Verletzten kümmern.

Handlungsalternativen

Dies bedeutet allerdings nicht, dass Intuition bei der Helferleistung überhaupt keine Rolle spielt. Wenn verschiedene Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, wird sich ein Helfer zwischen diesen Alternativen entscheiden, ohne dass dies immer kognitiv begründet werden kann. So können beispielsweise Notfallopfer auf sehr unterschiedliche Weise beruhigt werden. Wie dies nun in der konkreten Situation erfolgt, muss der Intuition des Helfers überlassen bleiben. Um eine Auswahl aus verschiedenen Möglichkeiten zu fällen, benötigt er jedoch eine gute Ausbildung, in der er diese Möglichkeiten kennen gelernt hat und dann eine dieser Möglichkeiten intuitiv auswählt. Etwas »intuitiv« zu machen, bedeutet also nicht, etwas »aus dem hohlen Bauch«, also ohne Kenntnisse zu unternehmen, sondern aus vorhandenen bekannten Möglichkeiten etwas intuitiv auszuwählen.

Meta-Entscheidung

Das bedeutet, dass – theoretisch betrachtet – zunächst eine Meta-Entscheidung zu treffen ist, für welche Teilaspekte der Psychischen Ersten Hilfe eine intuitive oder eine rationale Strategie angebracht ist. Inwieweit dies ein unauflösbares Paradoxon darstellt (geschweige denn, ob diese Entscheidung lehr- und lernbar ist), soll hier offen bleiben.

7.3 Haltung versus Technik

Eine weitere Grundfrage von Psychischer Erster Hilfe liegt darin, ob eine bestimmte Haltung notwendig ist, um sie zu leisten, oder ob dies rein in der Befolgung von Regeln geschehen kann. In den psychologischen Theorien bestehen bei dieser Frage unterschiedliche Auffassungen. So müsste ein reiner Gesprächspsychotherapeut nach Rogers wohl eher für die Haltungsposition argumentieren, während z.B. ein Verhaltenstherapeut die Ausübung bestimmter Techniken für ausreichend erachten könnte.

Dem vorliegenden Konzept liegt die Auffassung zugrunde, dass Psychische Erste Hilfe auch effizient geleistet werden kann, *ohne* dass eine bestimmte Haltung im Helfer vorhanden sein muss. Die entwickelten Regeln für Unfallopfer sind aller Wahrscheinlichkeit nach unabhängig von der Einstellung der Einsatzkraft wirksam und von *allen* Einsatzkräften anwendbar, egal aus welchen Gründen und in welcher Gefühlslage sie eine Hilfeleistung erbringen.

keine »Haltung« notwendig

Bei der Entwicklung der Regeln war in diesem Zusammenhang auch das Argument bedeutsam, die medizinisch und technisch ausgebildeten Helfer »dort abzuholen, wo sie sind«. In der Ausbildung ist ihnen vermittelt worden, Helfen als eine Anwendung von Maßnahmen und Regeln zu verstehen. Dies auch auf psychische Aspekte zu übertragen, erschien immer noch nützlicher, als durch die Forderung nach einer speziellen inneren Einstellung möglicherweise eine generelle Abwehr gegenüber psychischen Aspekten zu provozieren. Sollte ein Helfer jedoch Mitgefühl empfinden oder eine empathische (einfühlende) Haltung mitbringen, sollte er sie natürlich nicht unterdrücken. Echte Anteilnahme und Empathie wird sicher von den meisten Unfallopfern nicht missverstanden.

Anteilnahme

Schließlich liegt dem vorliegenden Konzept noch eine implizite Hoffnung zugrunde: Bei der Anwendung der Regeln werden nach einiger Zeit so viele positive Rückmeldungen durch die Unfallopfer (ggf. auch durch Kollegen) erfolgen, dass sich auf diese Weise eine geänderte Haltung

bildet. Verändertes Verhalten führt bei positiver Rückmeldung auch langfristig zu einer anderen »Haltung«.

7.4 Allgemeines versus differenzielles Verhalten

Häufig besteht innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie eine Scheu vor praktischen Anweisungen, weil diese mit dem Risiko einer Vergröberung und Verallgemeinerung der wissenschaftlichen Erkenntnis verbunden sind. *»Das ist individuell verschieden!«* oder *»Das kommt ganz auf die Situation an!«* sind gängige Floskeln.

Differenzierungen

Sicherlich sind die in diesem Buch aufgeführten praktischen Hinweise nicht für sämtliche Menschen und jede Situation gleichermaßen zutreffend. Es müsste zum Beispiel differenziert werden, wer welche Art von Körperkontakt von wem wie lange in welcher Unfallsituation als eher angenehm oder unangenehm empfindet, wer beim Hören des Martinshorns aufatmet oder verkrampft, für wen Reden entlastend oder belastend wirkt, wen man mit welchen Informationen beruhigt oder verunsichert. Das intellektuelle Niveau der Unfallopfer oder deren Vorerfahrungen sind zu berücksichtigen, die Interaktionsform mit Angehörigen, der Punktwert auf einer Extraversion-Introversion-Skala (Geselligkeits-Verschlossenheits-Skala etc.). Dementsprechend müssten die Handlungsstrategien unterschiedlich konzipiert werden.

Dies ist nicht möglich. Selbst bei den hier vorgeschlagenen groben Differenzierungen (Kinder, Alte, Ausländer etc.) sind die daraus resultierenden Modifikationen der Handlungsanweisungen wahrscheinlich nur mühsam zu erlernen. Noch schwieriger wäre es, ein für eine individuelle psychologische Diagnose erforderliches schnelles Test- und Beobachtungsinstrumentarium zu entwickeln, das für Unfallsituationen angebracht und auch für psychologische Laien anwendbar ist sowie Hinweise darauf gibt, wie mit welchem Unfallopfer vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte bei welchem Notfall unter welchen Umständen umzugehen sei.

Wie dieses Dilemma zu lösen ist, zeigt die Notfallmedizin: Auch sie muss notwendigerweise auf komplizierte Differenzialdiagnosen verzichten (wie sie dann später in der Klinik vorgenommen werden), sondern versucht, zunächst die biologischen Basisfunktionen zu stabilisieren. Dies gilt auch für die medizinische Laienhilfe: Die jedem Führerscheininhaber vertraute »stabile Seitenlage« ist z.B. bei manchen Verletzungsmustern schädlich. Trotzdem muss sie gelehrt werden. Sie rettet in der Summe mehr Menschen das Leben als, dass sie schadet.

Ähnlich verhält es sich mit den hier vorgestellten Hinweisen und Handlungsstrategien zur Psychischen Ersten Hilfe. Sie wurden aus mehreren wissenschaftlichen Quellen entwickelt, die jedoch nicht immer übereinstimmende Ergebnisse erbrachten. Wenn sich bei der wissenschaftlichen Recherche und den empirischen Untersuchungen Inkonsistenzen und zum Teil auch Widersprüche ergaben, wurde versucht, solche Vorschläge zu erarbeiten, die vermutlich *in der Mehrzahl der Fälle* positive Wirkung zeigen. Das bedeutet, dass auch die vorgestellten Konzepte als »*Neunzig-Prozent-Regeln*« anzusehen sind. Die Forderung nach hundertprozentig gültigen Aussagen wäre eine Illusion.

90%-Regeln

7.5 Beruhigung versus Aktivierung

Nahezu alle hier vorgestellten Ansätze zur Psychischen Ersten Hilfe gehen von der Hypothese aus, dass Angst, Erregung, Anspannung etc. bei einem Unfallopfer schädliche Reaktionen darstellen, die durch entsprechende Maßnahmen gemildert oder behoben werden sollten. Dies erscheint unmittelbar einsichtig. In einigen Fällen könnte jedoch das Gegenteil, also das Prinzip der Aktivierung, relevant werden. Gelegentlich muss z.B. der Helfer eingeklemmte Unfallopfer zum »Durchhalten« motivieren. Allerdings berichten Einsatzkräfte nicht selten, dass die betreffenden Opfer nach der Anspannung aller Kräfte dann nach der endgültigen Rettung zusammenbrechen. Dieses Risiko wird man als Helfer jedoch eingehen müssen.

»Durchhalten«

7.6 Zur Praxisrelevanz psychologischer Forschung

Der Psychologie wird gelegentlich etwas polemisch der Vorwurf gemacht, sie hätte umso weniger zu bieten, je praktischer und relevanter ein Problem sei. Für die vorliegende Fragestellung muss diesem Vorwurf zugestimmt werden. So erscheint es fast absurd, dass angesichts der geschilderten Forschungslage die wissenschaftliche Psychologie bei einer so einfach anmutenden Fragestellung trotz über 100 Jahren Forschung keine konkreten Konzepte zu bieten hat, sondern erst einmal Nicht-Psychologen wie Notärzte, Rettungsdienstmitarbeiter, Feuerwehrleute, Polizisten etc. interviewt werden mussten, um erste Informationen über die Thematik zu gewinnen. »Bedauerlicherweise steht die Beschäftigung der Psychologen mit dem Thema ›Unfall‹ in einem grotesken Missverhältnis zu den persönlichen, sozialen, ökonomischen und allgemeinen gesellschaftlichen Konsequenzen des Unfalls« (Hoyos 1980, S. 21).

Praxisferne der Psychologie

Am ehesten hätte man Hinweise noch in den klassischen Lehrbüchern der klinischen Psychologie vermutet; dies ist jedoch nicht der Fall. Von den zahlreichen Varianten von psychotherapeutischen Methoden erwies sich keine als direkt übertragbar auf Unfallsituationen. Dies hat mehrere Gründe:

Psychotherapie

- Das Instrumentarium der klassischen Psychotherapien ist für die oben beschriebenen Situationen schon aus rein methodischen Gründen nicht unmittelbar anwendbar. Überspitzt ausgedrückt: Man kann bei einem Unfall nicht nach Art der klassischen Psychoanalyse frühkindliche Erinnerungen oder Träume analysieren oder à la Verhaltenstherapie zunächst willkürliche Entspannung trainieren und eine individuelle Angsthierarchie erstellen.
- Ein zweites, damit verbundenes Problem liegt in der Zeitdauer der Intervention: Selbst die in der klinischen Psychologie beschriebenen *Kurzpsycho-*

therapien dauern noch Stunden, während in den beschriebenen Fällen Minuten genutzt werden müssen.

- Des Weiteren gehen die professionellen Methoden der Psychotherapie meist von der Situation aus, dass ein Klient mit seinen Problemen zum Therapeuten kommt, und nicht davon, dass man kurzfristig aktiv psychologische Maßnahmen gegenüber anderen Menschen ergreifen muss.
- Ein zusätzlicher drastischer Unterschied zu üblichen psychotherapeutischen Maßnahmen besteht im »Setting«: Konventionelle Psychotherapie findet fast immer in einer angenehmen, ruhigen, entspannenden Umgebung statt und nicht bei Nieselregen, Lärm und Hektik im Straßengraben einer Landstraße oder neben einem Herd, auf dem das Essen übergekocht ist und jemand verbrüht wurde, während im Nebenraum kleine Kinder schreien.
- Schließlich sind die professionellen Methoden der Psychotherapie für die Anwendung durch Experten konzipiert, die sich hierfür einer jahrelangen Ausbildung unterziehen müssen, und nicht für Einsatzkräfte, die einen anderen Ausbildungsweg durchlaufen.

Sozialpsychologie

Neben der Psychotherapie hätte man auch von der Sozialpsychologie (vor allem im Rahmen der Altruismusforschung) Hilfestellung für den Problembereich akuter Notsituationen erwartet, aber auch sie bietet keine konkreten Hinweise. Einschlägige Experimente fragen eher danach, wann und unter welchen Umständen wer wem hilft, aber nicht, *wie* geholfen wird und vor allem *wie optimal* geholfen werden sollte. So brechen beispielsweise fast alle Hilfeleistungs-Experimente genau zu dem Zeitpunkt ab, zu dem die jeweilige Versuchsperson den Entschluss fasst, einzugreifen, ohne dass dann die helfende Handlung auch durchgeführt und wissenschaftlich analysiert wird. Dies bedeutet nicht, dass die vorliegenden Forschungsansätze nicht nütz-

lich gewesen wären. Wie schon erwähnt, dienten sie den Autoren aber eher als Gedankenanstoß, um daraus Handlungsstrategien zur Hilfeleistung abzuleiten.

Die Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe zu kennen, bedeutet noch nicht, sich entsprechend verhalten zu können. Sich allein auf die Intuition zu verlassen, ist falsch. Die vorgestellten Regeln sind »Neunzig-Prozent-Regeln«. Ein optimal differenzielles Verhalten ist nicht möglich.

8 Zusammenfassende Regeln

8.1 Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe für Laien (»Die 4-S-Regeln«)

Regel 1: Sage, dass Du da bist und dass etwas geschieht!
Das Unfallopfer soll spüren, dass es in seiner Situation nicht allein ist. Gehen Sie zu den Betroffenen. Schon der Satz: *»Ich bleibe bei Ihnen, bis der Krankenwagen kommt.«* wirkt entlastend und beruhigend. Der Verletzte sollte auch über vorgenommene und zu erwartende Maßnahmen informiert werden, z.B. *»Der Krankenwagen ist auf dem Weg.«*

Regel 2: Schirme das Unfallopfer vor Zuschauern ab!
Neugierige Blicke sind für ein Unfallopfer unangenehm. Weisen Sie Schaulustige freundlich, aber bestimmt 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.«* oder *»Bitte achten Sie darauf, dass hier in der Umgebung niemand raucht!«*

Regel 3: Suche vorsichtigen Körperkontakt!
Leichter körperlicher Kontakt wird von vielen Unfallopfern als angenehm und beruhigend empfunden. Halten Sie die Hand oder die Schulter des Betroffenen. Berührungen am Kopf und anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe wie das Unfallopfer; knien Sie neben ihm oder beugen Sie sich herab. Wenn das Unfallopfer friert, unbequem liegt oder Kleidungsstücke zerrissen sind, sollte man dies beheben, z.B. es mit einer Decke zudecken. Durch eine Decke fühlen sich Unfallopfer auch psychologisch beschützt.

Regel 4: Sprich und höre zu!
Sprechen kann für den Verletzten wohltuend sein. Hören Sie geduldig zu, wenn der Betroffene redet.

Sprechen Sie auch von sich aus, möglichst in ruhigem Tonfall. Vermeiden Sie Vorwürfe. Fragen Sie das Unfallopfer: »*Kann ich etwas für Sie tun?*« Unterrichten Sie ggf. hierüber die Einsatzkräfte.

8.2 Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe für professionelle Helfer

Regel 1: Anfahrt mit Hoffnung auf Erfolg

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. Aktivieren Sie Ihre »Hoffnung auf Erfolg« statt einer »Angst vor Misserfolg«.

Regel 2: Überblick verschaffen!

Beginnen Sie nicht sofort nach der Ankunft am Unfallort mit Maßnahmen. Verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick. Klären Sie, ob eine Selbstgefährdung vorliegt, welche organisatorische und logistische Arbeit zu leisten ist, welche Person welcher Maßnahmen bedarf, welche weiteren Maßnahmen notwendig sind. Nehmen Sie sich hierfür bei einem Einzelunfall ca. 10 – 30 Sekunden Zeit.

Regel 3: Sich vorstellen!

Stellen Sie sich mit Ihrem Namen und Ihrer Funktion vor! Lassen Sie sich den Namen des Opfers nennen und sprechen Sie es damit an! Versichern Sie ihm, dass etwas zu seiner Hilfe geschieht!

Regel 4: Vorsichtig Körperkontakt suchen!

Leichter körperlicher Kontakt wird von vielen Unfallopfern als angenehm und beruhigend empfunden. Halten sie die Hand oder die Schulter des Betroffenen. Berührungen am Kopf und anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen. Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe wie das Unfallopfer; knien Sie neben ihm oder beugen Sie sich herab. Versorgen Sie das Unfallopfer nicht von hinten. Wenn

es friert, unbequem liegt oder Kleidungsstücke zerrissen sind, sollte man dies beheben, z.B. es mit einer Decke zudecken. Dadurch fühlen sich Unfallopfer auch psychologisch beschützt.

Regel 5: Den Betroffenen Informationen geben!
Geben Sie Informationen über Ihr Vorgehen und die Art und Dauer der eingeleiteten Maßnahmen in einer für das Unfallopfer verständlichen Sprache. Belügen Sie die Betroffenen nach Möglichkeit nicht.

Regel 6: Eigene Kompetenz vermitteln!
Kompetenz im fachlichen Bereich beruhigt. Zeigen Sie dies verbal, indem Sie Ihr Vorgehen erklären, und durch einen zügigen Vollzug der Handlungen.

Regel 7: Eigenkontrolle der Betroffenen stärken!
Stärken Sie die Selbstkompetenz des Unfallopfers. Ziehen Sie es zu einfachen Aufgaben mit heran, um ihm das Gefühl der Eigenkontrolle zu geben. Stellen Sie ihm Entscheidungsfragen, die mit »Ja« oder »Nein« beantwortet werden können.

Regel 8: Ein Gespräch mit dem Unfallopfer führen!
Halten Sie das Gespräch mit dem Notfallopfer aufrecht. Hören Sie »aktiv zu«, wenn Notfallopfer über ihre Gefühle und Gedanken sprechen. Sprechen Sie auch zu Bewusstlosen.

Regel 9: Durchgehende Betreuung sicherstellen!
Sagen Sie dem Unfallopfer, wenn Sie es verlassen müssen. Sorgen Sie für »psychischen Ersatz« und instruieren Sie einen anderen Helfer über seine Aufgabe. Wenn Sie es für notwendig halten, rufen Sie »Psychosoziale Notfallhelfer« (Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteams, Notfallbegleiter) zur Betreuung von Notfallopfern und Angehörigen herbei.

Regel 10: Angehörige einbinden!
Beachten Sie die Angehörigen. Belassen Sie nach Möglichkeit die Angehörigen bei den Unfallopfern. Beziehen Sie An-

gehörige wenn möglich in die Hilfsmaßnahmen ein, indem Sie ihnen spezifische Aufgaben geben. Sollten Sie die Angehörigen wegschicken, geben Sie Ihnen ebenfalls eine Aufgabe. Teilen Sie eine Todesnachricht in einfachen Worten und in einem ruhigen Tonfall mit. Beantworten Sie offen Fragen. Hinterlassen Sie eine Kontaktadresse.

Regel 11: Unfallopfer von Zuschauern abschirmen!
Schirmen Sie Unfallopfer vor Zuschauern ab. Binden Sie ggf. Zuschauer in einfache Hilfsmaßnahmen mit ein. Sprechen Sie hierzu bestimmte Zuschauer an und geben Sie ihnen konkrete Aufgaben.

Regel 12: Belastende Einsätze aufarbeiten!
Der Stress bei der täglichen Arbeit und bei bestimmten Typen von Einsätzen kann sich negativ auf den Helfer selbst und auf den Umgang mit Unfallopfern auswirken. Belastende Erlebnisse sollten durch Einzel- und Gruppengespräche aufgearbeitet werden. Supervisionsgruppen sollten durch einen ausgebildeten Moderator geleitet werden.

9 Selbst-Trainingsprogramm

Einsicht und Verständnis führen noch nicht zum erwünschten Handeln. Deshalb sollten Einsatzkräfte die im folgenden Kapitel geschilderten Trainingsaufgaben durchführen und darüber reflektieren.

Aufgabe 1: Rollenspiel I

Führen Sie bitte mit einer Person, zu der Sie Vertrauen haben (Kollege, Lebenspartner, Freund), folgende Übung durch:

Denken Sie sich in eine/n 40-jährige/n Frau/Mann ein, die/der am Samstagnachmittag im Garten Obst von einem Baum ernten wollte. Dazu war eine Leiter angelehnt worden, die plötzlich umfiel. Sie sind vom Baum gestürzt und haben sich offensichtlich schwerer verletzt. Jetzt liegen Sie im Garten am Boden, haben starke Schmerzen und Atemnot. Ihnen ist »schlecht«. Das Sprechen fällt Ihnen schwer. Versuchen Sie, sich auch in die emotionale Lage zu versetzen, in der Sie sich in dieser Situation fühlen würden. Ihr Rollenspiel-Partner soll dann hinzukommen, weil er ein »komisches Geräusch« gehört hat. Er soll sich so verhalten, wie er es im Ernstfall auch tun würde (wobei er die medizinischen Maßnahmen ggf. nur andeuten, die psychologischen jedoch detailliert durchführen sollte). Nach etwa zwei Minuten brechen Sie die Übung ab.

Denken Sie jetzt einige Minuten über Ihre Gefühle und Gedanken in der gespielten Situation nach. Beantworten Sie dann die folgenden Fragen, tragen Sie Ihre Notizen in die offenen Zeilen ein und sprechen Sie danach darüber mit dem Rollenspiel-Partner:

1. Welche Gefühle standen im Vordergrund?

_____

_____

_____

2. Welche Gedanken gingen Ihnen durch den Kopf?

_____
_____
_____

3. Welche Verhaltensweisen Ihres Rollenspiel-Partners haben sie als »psychologisch hilfreich« bzw. entlastend erlebt?

_____
_____
_____

4. Welche Verhaltensweisen Ihres Rollenspiel-Partners haben sie als »störend« bzw. belastend erlebt?

_____
_____
_____

5. Wenn Ihr Rollenspiel-Partner Sie körperlich berührt hat, wie haben Sie die Berührungen empfunden?

_____
_____
_____

6. Was hätten Sie sich an Berührungen gewünscht?

_____
_____

Befragen Sie jetzt den Rollenspiel-Partner:

1. Was hat er gefühlt? _____
_____
_____

2. Was ist ihm durch den Kopf gegangen?_____
_____
_____

3. Was würde er bei einer Wiederholung anders machen?

_____

_____

Haben Sie aus der Übung eine Schlussfolgerung für Ihr berufliches Handeln gezogen? Wenn ja, wie lautet sie?

_____

_____

Aufgabe 2: Rollenspiel II

Wiederholen Sie die Aufgabe 1 mit umgekehrten Rollen. Ihr Rollenspiel-Partner ist von der Leiter gefallen, Sie haben ein »komisches Geräusch« gehört und finden ihn auf dem Boden liegend vor. Versuchen Sie jetzt, ein oder zwei Erkenntnisse anzuwenden, die Sie selbst in der Opferrolle für die Psychische Erste Hilfe gewonnen haben. Brechen Sie die Übung nach zwei Minuten ab.

Befragen Sie Ihren Rollenspiel-Partner und tragen Sie bitte dessen Antworten in Kurzform unten ein:

1. Welche Gefühle haben bei ihm dominiert?

_____

_____

_____

2. Welche Gedanken gingen ihm durch den Kopf?

_____

_____

_____

3. Welche Verhaltensweisen von Ihnen hat er als »psychologisch hilfreich« bzw. entlastend erlebt?

_____

_____

_____

4. Welche Verhaltensweisen von Ihnen hat er als »störend« bzw. belastend erlebt?

_____
_____
_____

5. Wenn Sie Ihren Rollenspiel-Partner körperlich berührt haben, wie hat er die Berührungen empfunden?

_____
_____
_____

6. Was hätte er sich an Berührungen gewünscht?

_____
_____

Berichten Sie Ihrem Rollenspiel-Partner über Ihre Gedanken und Gefühle:

1. Was haben Sie gefühlt? _____
_____
_____

2. Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen? _____
_____
_____
_____

3. Was würden Sie bei einer Wiederholung anders machen?

_____
_____
_____

Haben Sie aus der zweiten Übung eine weitere oder eine veränderte Schlussfolgerung für Ihr berufliches Handeln gezogen? Wenn ja, wie lautet sie? _____
_____
_____
_____

Aufgabe 3: Übung zum aktiven Zuhören I

Bitte stellen Sie sich vor, Sie kommen als Helfer in die folgenden Situationen. Beantworten Sie die dazu gehörenden Fragen:

1. Eine Frau, gestürzt, blutend, am Boden liegend: *»Ich hab' doch aufgepasst. Jetzt macht mir mein Mann bestimmt Vorwürfe.«*

a) Wahrscheinliche Gefühle, Gedanken der Frau:

_____

_____

_____

b) Reaktion des Helfers im Sinne des »aktiven Zuhörens«:

_____

_____

_____

c) Welche Reaktion wäre nicht hilfreich?: _____

_____

_____

2. Jemand ist von einer Mauer gefallen. Er sagt: *»Ich habe solche Schmerzen im Bein.«*

a) Wahrscheinliche Gefühle, Gedanken des Betroffenen:

_____

_____

_____

_____

b) Reaktion des Helfers im Sinne des »aktiven Zuhörens«:

_____

_____

_____

c) Welche Reaktion wäre nicht hilfreich?: _____

_____

_____

3. Das Opfer eines Verkehrsunfalls: *»Ich habe den Wagen noch nicht einmal bezahlt.«*

a) Wahrscheinliche Gefühle, Gedanken des Opfers:

_____

_____

_____

b) Reaktion des Helfers im Sinne des »aktiven Zuhörens«:

_____

_____

_____

c) Welche Reaktion wäre nicht hilfreich?: _____

_____

_____

4. Eine Frau nach einem Unfall, weinend: *»Immer muss mir das passieren. Was mache ich denn bloß falsch?«*

a) Wahrscheinliche Gefühle, Gedanken der Frau:

_____

_____

_____

b) Reaktion des Helfers im Sinne des »aktiven Zuhörens«:

_____

_____

_____

_____

c) Welche Reaktion wäre nicht hilfreich?: _____

_____

_____

Aufgabe 4: Übung zum aktiven Zuhören II

Bitten Sie einen Kollegen (kein Familienmitglied!), sich als Rollenspiel-Partner zur Verfügung zu stellen. (Je unbekannter Ihnen der Kollege ist, desto besser). Sie können den Grund Ihrer Übung gerne nennen: Sie wollen üben, sich mit jemand in einer bestimmten Weise zu unterhalten.

Suchen Sie sich einen ruhigen Raum. Sorgen Sie dafür, dass sie in den nächsten 20 Minuten nicht gestört werden. Führen Sie mindestens 10 Minuten lang ein Gespräch mit ihm, bei dem Sie die Regeln des »aktiven Zuhörens« befolgen. Sprechen Sie am besten über ein Thema, das die andere Person bewegt, über das sie sich Gedanken macht bzw. das mit Gefühlen verbunden ist. Brechen Sie nach circa zehn Minuten das Gespräch ab. Machen Sie eine kleine Pause, denken Sie über das Gespräch nach und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Was ist Ihnen beim Gespräch schwergefallen? _____
_____
_____
_____

Was ist Ihnen in der Reaktion Ihres Gesprächspartners aufgefallen? _____
_____
_____

Fragen Sie jetzt Ihren Gesprächspartner und tragen Sie seine Antworten in Kurzform ein:

Wie hat er das Gespräch empfunden? _____
_____
_____
_____

Was ist ihm aufgefallen? _____
_____
_____

Wiederholen Sie das Gespräch mit einem zweiten Gesprächspartner!

Aufgabe 5: Vorstellung und Information

Praktizieren Sie bei den nächsten drei beruflichen Einsätzen die folgenden beiden Regeln und tragen Sie die Daten unten ein:

1. Stellen Sie sich namentlich und in Ihrer Funktion vor, insbesondere wenn Sie der ersteintreffende Helfer sind.

Einsatz 1 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Einsatz 2 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Einsatz 3 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Wie hat das Unfallopfer reagiert? _____
_____
_____

Eigenerkenntnis daraus: _____
_____
_____

2. Erklären Sie dem Unfallopfer in kurzen Worten, was mit ihm geschieht (z.B. »*Ich lege Ihnen jetzt eine Schiene an!*«).

Einsatz 1 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Ein Satz aus Ihren Erläuterungen (möglichst wörtlich!):
_____
_____

Wie hat das Unfallopfer reagiert? _____
_____

Einsatz 2 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Ein Satz aus Ihren Erläuterungen (möglichst wörtlich!):

_____

_____

Wie hat das Unfallopfer reagiert? _____

_____

Einsatz 3 am _____ Uhrzeit _____ Unfallopfer _____

Ein Satz aus Ihren Erläuterungen (möglichst wörtlich!):

_____

_____

Wie hat das Unfallopfer reagiert? _____

_____

Eigenerkenntnis daraus: _____

_____

_____

_____

Aufgabe 6: Anruf

Rufen Sie drei Unfallopfer, die Sie in der letzten Zeit betreut haben, im Krankenhaus oder zu Hause an (oder besuchen Sie sie). Befragen Sie die Unfallopfer, was Ihnen in der akuten Situation *psychologisch* gut getan hat und was sie zu beklagen hatten. Schreiben Sie dies in kurzer Form hier auf:

Opfer 1
Gut getan: _____

_____

_____

_____

Nicht gut getan: _____
_____
_____
_____

Opfer 2
Gut getan: _____
_____
_____
_____

Nicht gut getan: _____
_____
_____
_____

Opfer 3
Gut getan: _____
_____
_____

Nicht gut getan: _____
_____
_____
_____

Aufgabe 7: Nachsorge

Denken Sie kurz über einen Fall aus Ihrem beruflichen Bereich nach, der Ihnen in Erinnerung geblieben ist, weil hierbei *psychologische* Aspekte eine Rolle gespielt haben.

Worüber machen Sie sich in diesem Fall besonders Gedanken? _____
_____
_____
_____
_____
_____

Welche Erklärung haben Sie dafür, dass Ihnen ausgerechnet dieser Fall in den Sinn gekommen ist?

Besprechen Sie den Fall und Ihre Empfindungen mit einer Person Ihres Vertrauens. Was haben Sie aus diesem Gespräch für Erkenntnisse gewonnen?

10 Nachwort

Die Hinweise dieses Buches zur Psychischen Ersten Hilfe bei Unfällen sind das Ergebnis von mehr als 25 Jahren kontinuierlicher Forschungsarbeit auf einem früher unbehandelten und schwierigen Gebiet der Angewandten Psychologie. Wir danken allen Personen und Institutionen, die uns dabei geholfen haben:

- den befragten Notfallopfern und Helfern, die uns überwiegend sehr bereitwillig und ausführlich Auskunft gaben
- den Studierenden der Universität Dortmund, die zusätzlich zu den Autoren mit viel Engagement Helfer und Opfer interviewten
- der »Arbeitsgemeinschaft für Intensivmedizin (aim)« und der »ARGE für Notfallmedizin« (Österreich), die das Thema in ihre Ausbildungsveranstaltungen übernahmen und uns eine Vielzahl von Erfahrungs- und Diskussionsmöglichkeiten verschafften
- der Arbeitsgemeinschaft der Notärzte in Nordrhein-Westfalen (AGNNW), die in ihren Sitzungen und Tagungen offen über ihre Berufsprobleme diskutiert hat
- den vielen sonstigen Gesprächspartnern, die die Wichtigkeit der Thematik bestätigten und uns ermutigten, trotz aller Schwierigkeiten weiter auf diesem Gebiet zu forschen und zu lehren.

Bleiben zum Schluss noch einige formale Anmerkungen:

- Die Wörter »Unfallopfer«, »Notfallopfer«, »Notfallpatient«, »Unfallpatient«, »Verletzter« etc. sind synonym verwendet. Dies gilt ebenso für die Bezeichnungen »Rettungsdienstpersonal«, »Rettungsdienstmitarbeiter« etc.
- Die im Text kursiv gedruckten wörtlichen Äußerungen stammen weitgehend aus den in Kapitel 3 beschriebenen empirischen Quellen: Experten- und Opferinterviews und Simulationen.
- In der vorliegenden Publikation wurde entweder eine geschlechtsneutrale Sprachform gewählt oder die konventionelle Form, die auf eine Geschlechtsdifferenzierung verzichtet. Dies geschah ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit und der Verständlichkeit. Allen weiblichen Notfallopfern, Helfern und sonst Interessierten sei versichert, dass den Autoren keine diskriminierende Intention zugrunde lag.

Stellungnahmen, Anregungen und Kritik zu der gesamten Thematik sind erwünscht und werden in die weiteren Forschungsaktivitäten einfließen.

11 Literatur

Apter, M. (1994) Im Rausch der Gefahr. Warum immer mehr Menschen den Nervenkitzel suchen. München: Kösel

BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2012a) http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html, 21. Mai 2012

BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2012a): http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Heim-Freizeit/2000/Hausunfaelle.html, 21. Mai 2012

Bengel, J.; Heinrichs, M. (2004) Psychische Belastungen des Rettungsdienstpersonals. In: Bengel (Hrsg.) Psychologie in Notfallmedizin und im Rettungsdienst. 2. Aufl., Berlin: Springer, S. 25-34

Bierhoff, H. (1990) Psychologie hilfreichen Verhaltens. Stuttgart: Kohlhammer

Bierhoff, H.; Klein, R.; Kramp, P. (1988) Hilfsbereitschaft im Widerstreit zu Ängsten und psychischen Hemmnissen. In: Erste Hilfe – Gemeinsame Fachtagung 20. bis 21. Oktober 1987 in Hennef/Sieg. St. Augustin: Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., S. 79-88

Brehm, J.W. (1966) Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press

Buchmann, L. (2006) Veränderungen der Persönlichkeit. Persönlichkeitsveränderungen bei Helfern nach langjährigen Katastrophen-Einsätzen. In: Bevölkerungsschutz 1: 9-14

Cannon, W.B. (1914) The emergency function of the adrenal medulla in pain and major emotions. In: American Journal of Physiology 22: 356-372

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

Cube, F. v. (1990) Gefährliche Sicherheit. Die Verhaltensbiologie des Risikos. München: Piper

Davison, G.; Neale, J.; Hautzinger, M. (2007) Klinische Psychologie. Weinheim: Beltz PVU

Daschner, C.H. (2001) KIT – Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht: Stumpf + Kossendey

Decker, F. (1996) Führen im Rettungsdienst. Berlin: Springer

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2010) DGUV-Statistiken für die Praxis 2010. http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2010d.pdf, 17. Januar 2013

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2011) DGUV-Statistiken für die Praxis 2011. http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2011d.pdf, 17. Januar 2013

Dick, G.; Dick-Ramsauer, U. (1996) Erste Hilfe in der Psychotherapie. Wien: Springer

DIE ZEIT (1994) Mund und Augen auf. Nr. 37, 9.9.1994

Dollard, J. et al. (1939) Frustration and Aggression. New Haven: Yale University Press

Dombrowsky, W. (1995) Katastrophentourismus. In: Rupprecht, H. (Hrsg.) Rettungsdienst und Nofallmedizin. Edewecht, Wien: Stumpf + Kossendey

Driller, U. (2006) Gruppensupervision als Instrument zur Bearbeitung arbeits- und organisationsspezifischer Belastungen in der Polizei. In: Polizei & Wissenschaft 2: 80-92.

Fässler-Weibel, P. (1995) Der pädiatrische Notfall: Eltern begegnen, die soeben ihr Kind verloren haben. Winterthur: Verlag zum Ziel

Felleiter, P. (1996) Qualitätsmanagement in der Luftrettung – Anwendungen am Beispiel einer Luftrettungsstation. In: Der Notarzt 12: 152-157

Fiedler, H.; Gasch B.; Lasogga, F. (2004) Umgang mit Schaulustigen. In: Bengel, J. (Hrsg.) Psychologie in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst. Berlin: Springer

Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D. (1988) Probleme der Handlungsbereitschaft und der Kompetenz von Laien in Notfallsituationen. In: Öffentliches Gesundheitswesen 50: 46-50

Gorgass, B.; Ahnefeld, F. (1994) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Schlußbetrachtungen. In: Ahnefeld, F. (Hrsg.) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Schriftenreihe des Rettungsdienstes, Bd. 11. Nottuln: Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes, S. 126-150

Greis, J. (1992) Psychologische Erste Hilfe – ein vergessenes Thema? In: Rettungsdienst 11: 794-798

Hallenberger, F.; Müller, S. (2000) Was bedeutet für Polizistinnen und Polizisten Stress? In: Polizei und Wissenschaft 1: 58-65

Heinemann W. (2011) Gewalt im Rettungsdienst: Welche Auswirkungen haben Angriffe bei Einsätzen? In: Rettungsdienst 34: 324-327.

Hermanutz, M.; Buchmann, K. (1994). Körperliche und psychische Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften während und nach einer Unfallkatastrophe. In: Die Polizei 11: 294-302

Hersche, B. (2000) Großveranstaltungen: Organisation und Panikverhütung. Vortrag, 17. St. Pauler Notfalltage, 4.-6.5.2000, St. Paul

Höhn, O. (1998) Kundenwünsche an den Rettungsdienst aus der Sicht der Patienten. In: Engelhardt, G.H. (Hrsg.) Der Rettungsdienst vor neuen Herausforderungen. Edewecht, Wien: Stumpf + Kossendey, S. 415-418

Horn, D. (2005) Überbringung einer Todesnachricht. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft

Hoyos, C. Graf v. (1980) Psychologische Unfall- und Sicherheitsforschung. Stuttgart: Kohlhammer

Hütter, M. (2000) Klinisch psychologische Behandlung an einer unfall-chirurgischen Intensivstation. In: Psychologie in Österreich 5: 260-264

Johnson, D.A. (1984) Just in Case – A Passenger's Guide to Airplane Safety and Survival. New York: Plenum Press

Kahmann, J. (2007) Stressbewältigung von Polizeibeamten beim Überbringen einer Todesnachricht. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft

Karutz, H. (2004) Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen. Münster: Lit Verlag

Karutz, H.; Lasogga, F. (2008) Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge. Edewecht: Stumpf + Kossendey

Keller, H.; Voss, H. (1976) Neugier und Exploration. Weinheim: Beltz

Klemisch, D.; Kepplinger, J.; Muthny, F.A. (2005) Belastungen, Belastungsbewältigung und psychische Störungen von Polizeibeamten – eine Literaturanalyse. In: Polizei und Wissenschaft 1: 27-42

Krüsmann M. (2004) Welche Hilfe brauchen Helfer? – Prävention im Einsatzwesen. In: Müller, W., Scheuermann, U. (Hrsg.) Praxis der Krisenintervention. Stuttgart: Kohlhammer

Küster, S. (2005) Der Einfluss der psychischen Ersten Hilfe und der Einfluss medizinischer Faktoren auf die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Universität Jena. Diplomarbeit

Ladenbauer, W. (2002) Projektbericht Psychische Erste Hilfe. Bergrettungsakademie für Wissenschaft und Forschung im Eigenverlag der Landesorganisationen NÖ/W des ÖBRD Wien

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

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

Lasogga, F. (2011) Folgen von Notfällen. In: Lasogga, F.; Gasch, B. (Hrsg.) Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 52-66

Lasogga, F.; Frommberger, U. (2004) Die psychische Situation und Reaktion von Unfallpatienten. In: Bengel, J. (Hrsg.) Psychologie in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst. Berlin: Springer

Lasogga, F.; Gasch, B. (2004) Notfallpsychologie. 2. Aufl., Edewecht, Wien: Stumpf + Kossendey

Lasogga, F; Gasch, B. (Hrsg.) (2011) Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl., Heidelberg: Springer

Lasogga, F.; Karutz, H. (2012) Hilfen für Helfer. 2. Aufl., Edewecht: Stumpf + Kossendey

Lasogga, F.; Münker-Kramer, E. (2009) Psychosoziale Notfallhilfe. »Psychische Zweite Hilfe« durch Notfallseelsorger und Kriseninterventionsteams. Edewecht: Stumpf + Kossendey

Lasogga, F.; Roeder, S.; Quellmelz, M. (2011a) Koordination, Kooperation und Kommunikation bei Großschadensereignissen. In: Lasogga F.; Gasch, B. (Hrsg.) Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 453-465

Leonhardt, K. (1996) Wie soll das Fortbildungsangebot für Rettungsassistenten/-innen strukturiert sein? In: Rettungsdienst 19: 712-715

Linde, H. (1994) Beispielhafte Darstellung des Istzustandes zum Workshopthema: Deutsches Rotes Kreuz. In: Ahnefeld, F. (Hrsg.) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Schriftenreihe zum Rettungswesen, Bd. 11. Nottuln: Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes, S. 3-8

Lindemeier, B. (1995) Psychische, vegetative und soziale Folgen langjähriger Notarzttätigkeit. In: Rettungsdienst 18: 326-329

Locke, E. A.; Latham, G. (1990) A Theory of Goal Setting and Task Performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Madler, C. et al. (Hrsg.) (2009). Akutmedizin – die ersten 24 Stunden (Das NAW-Buch). 4. Aufl., München: Urban & Fischer

Meichenbaum, D. (2003) Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stress-Impfungs-Trainings. 2. Aufl., Bern: Huber

Melzack, R. (1978) Das Rätsel des Schmerzes. Stuttgart: Hippokrates

Mentges, D. (1995) Das Busunglück von Donaueschingen – was ist daraus zu lernen? In: Der Notarzt 11: 26-30

Meyer, W. (1995) Die Notfallsituation und der Retter: Zur Psychologie von Extremsituationen. In: Madler, C.; Jauch, K. W.; Werdan, K. (Hrsg.) Das NAW-Buch. Praktische Notfallmedizin. München: Urban & Schwarzenberg, S. 61-71

Meyer W. et al. (1992) Zur Psychologie des notärztlichen Verhaltens in der Konfrontation mit dem Tod: Notärztlicher Umgang mit den Angehörigen. In: Der Notarzt 8: 66-71

Meyer W.; Balck F. (1997) Psychologische Betreuung von Angehörigen. In: Bengel J. (Hrsg.) Psychologie in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst. Berlin: Springer

Mitchell, J. T.; Everly, G. S. (1993) Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster Workers. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation

Mitchell, J. T.; Everly, G. S. (2005) Handbuch Einsatznachsorge – Critical Incident Stress Management. 2. Aufl., hrsg. von Joachim Müller-Lange, Edewecht, Wien: Stumpf + Kossendey

Mitte, K.; Steil, R.; Nachtigall, C. (2005) Eine Metaanalyse unter Einsatz des Random-Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 34: 1-9

Müller, V. (1994) Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen im Feuerwehrdienst. In: Ahnefeld, F. (Hrsg.) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Schriftreihe zum Rettungswesen, Bd. 11. Nottuln: Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes, S. 30-47

Nahmias, L. (1983) Use of the SCL90R to Assess Health Care Staff's Perceptions of Patients' Psychological States. In: Perceptual & Motor Skills 57 (3): 803-806

Nyberg, E.; Mayer, M.; Frommberger, U. (2000) Erleben der präklinischen Versorgung nach einem Verkehrsunfall. Bundesanstalt für Straßenwesen.

Peter, H.; Mitschke, T.; Uhr, T. (2001) Notarzt und Rettungsassistent beim MANV – Aufgaben des zuerst eingetroffenen Rettungsteams (= SEGmente 3, hrsg. von H. Peter, K. Maurer), 3. Aufl., Edewecht, Wien: Stumpf + Kossendey

Petermann, F.; Vaitl, D. (Hrsg.) (2009) Entspannungsverfahren. Weinheim: Beltz PVU

Plappert, T. (2011) VIRSEM: Ein neuer Weg in der Erfassung von Gewalt in der Notfallmedizin. In: Rettungsdienst 35: 726-727

Reinecke, S. et al. (2006): Qualität, Intensität und Quantität von psychischen Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit – Bericht über ein Forschungsprojekt. In: Polizei und Wissenschaft 2: 4-16

Reinhard, F.; Maercker, A. (2004) Sekundäre Traumatisierung. Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1: 29-36

Remke, S. (1991) Möglichkeiten erster psychologischer Hilfe bei Unfallpatienten. Universität Leipzig: Unveröffentlichte Diplomarbeit

Remke, S. (1993) Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten. In: Rettungsdienst 16: 107-117

Remke, S. (1993a) Wünsche von Unfallpatienten an das medizinische Rettungsteam während der Ersten Hilfe. In: Rettungsdienst 16: 617-621

Rempe, A. (2000) Vortrag, Fortbildungsseminar für den Leitenden Notarzt, 16.-20.6.2000, Porta Westfalica

Rogers, C. (1972): Die nicht direktive Beratung. München: Kindler

Rogner, O.; Frey, D. (1987) Der Genesungsverlauf von Unfallpatienten aus kognitionspsychologischer Sicht. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1: 11-28

Ruhr-Nachrichten (1997) Hohes Bußgeld für Gaffer. Nr. 45, 22.2.1997, M12

Saternus, K.; Helmerichs, J.; Walter-Humke, S. (1996) Der plötzliche Kindstod – Betreuungsaufgaben in der Notfallmedizin. In: Der Notarzt 12: 43-46

Schaper (1996) Mündliche Mitteilung. 44. Delegiertenversammlung des Deutschen Feuerwehrtages, Bad Neuenahr/Ahrweiler, 5. Oktober 1996

Schnyder, U. et al. (2000) Early psychological reactions to life-threatening injuries. In: Critical Care Medicine 28 (1): 86-92

Schwarz, R. (1997) Streßbewältigung im Rettungsdienst. Vortrag. Tage der Klinischen Psychologie. Hamburg: BDP

Selye H. (1950) The Physiology and Pathology of Exposure to STRESS. ACTA. INC. Medical Publishers

Shalev, A. (2001) Traumatischer Stress. Körperreaktionen und psychische Strörungen. In: Maercker, A.; Ehlert, U. (Hrsg.): Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Pychologie, Bd. 20. Göttingen: Hogrefe

Stadt Dortmund (1989) Abschlußbericht zur Katastrophenschutzvollübung »Open Air«. Dortmund, Interner Bericht 21.10.1989

Statistisches Bundesamt (2012) https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/Tabellen/PolizeilichErfassteUnfaelle.html, 21. Mai 2012

Stauffert, B. (o. J.) Bedürfnisse von Patienten im Krankentransport und Rettungsdienst. Universität Bamberg: Unveröffentlichte Diplomarbeit

Steinbauer, M.; Jagsch, R., Kryspin-Exner, I. (2001) Stress im Polizeiberuf und die Verarbeitung von belastenden Ereignissen im Dienst. Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft

Stepan, T. (1995) Rettung zwischen Blaulicht und Fast food. In: Rettungsdienst 12: 958-960

Stepan, T. (1996) Psychologische Betreuung von Notfallpatienten. In: Rettungsdienst 19: 431-435

Vieweg, C.; Weyer, P. (1990) Hätten Sie geholfen? In: Stern, Heft 24, S. 17

Wagner, D. et al. (2001) Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörung bei Hochrisikopopulationen. In: Maercker, A.; Ehlert, U (Hrsg.) Psychotraumatologie. Göttingen: Hogrefe

Wendrich P. (2000) Psychisch-emotionale Reaktionen nach einem Unfall. In: Rettungsdienst 23: 1070-1075

Wichmann, V. (2000) Vortrag, Kurs Fachkunde Rettungsdienst, 28.4.-4.5.2000, Arnsberg

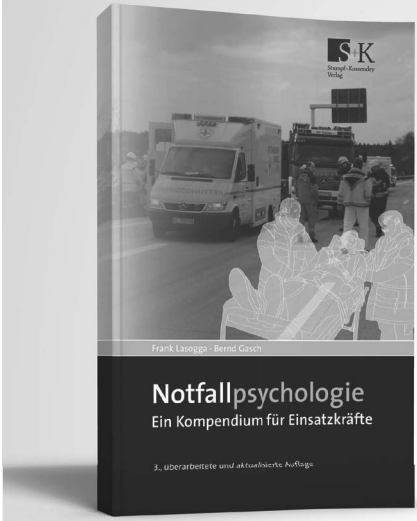
Zeigarnik, B. (1927): Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. In: Psychologische Forschung 9: 1-85

Autoren

Prof. Dr. Frank Lasogga
Prof. em. Dr. Bernd Gasch
TU Dortmund
Fakultät 12
Institut für Psychologie
Emil-Figge-Str. 50
44221 Dortmund

E-Mail:
f.lasogga@t-online.de
bernd.gasch@t-online.de

Rundum achtsam
Für das Patientenwohl



- **Reaktionen kennen**
- **Hilfe leisten**
- **Folgen lindern**

Notfallpsychologie:
Ein Kompendium für Einsatzkräfte
von Frank Lasogga und Bernd Gasch
- 3. Auflage 2014
- 232 Seiten
- 16 Abbildungen
- Softcover

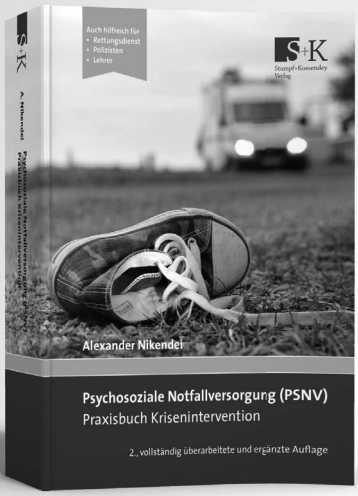
Best.-Nr. 321 · € 16,90

Die für die Präklinik relevanten psychischen und organisatorischen Aspekte stellt dieses Einführungswerk dar. In seiner kompakten und praxisnahen Ausrichtung wendet es sich neben Rettungssanitätern und Notfallsanitätern auch an Einsatzkräfte von Polizei und Feuerwehr. Seinen Kern bilden die gut zu merkenden Regeln und Handlungsanweisungen für den Einsatz. Das mit konkreten Formulierungen und realen Patientensituationen gespickte Basiswissen bereitet Sie auf einen rundum achtsamen Umgang mit Patienten vor!

Bestellen Sie jetzt direkt in unserem Online-Shop:
www.skverlag.de/shop

S+K
Stumpf+Kossendey Verlag

Das Taschenbuch
für PSNV-Mitarbeiter



- **kompakt**
- **übersichtlich**
- **flexibel**

Psychosoziale Notfallversorgung – Praxisbuch Krisenintervention
von Alexander Nikendei
- 2. Auflage 2017
- 522 Seiten
- 10,5 × 14,5 cm
- strapazierfähiger Kunststoffeinband
- durchgehend vierfarbig

Best.-Nr. 477 · € 24,00

Sie begleiten Menschen, unser Praxisbuch begleitet Sie!
Nach einem einheitlichen Schema gibt es Hinweise für die spezifischen Einsatzsituationen wie z.B. Überbringen einer Todesnachricht oder Räumung: Wie reagieren Betroffene? Was sollten Sie als Begleiter tun bzw. vermeiden? Welches Fachwissen ist relevant? Konkrete Formulierungshilfen und Praxistipps bieten Ihnen Unterstützung während des Einsatzes. Für besondere Herausforderungen wie z.B. Kinder oder Schuldgefühle enthält es umfangreiche Hinweise. Relevante Informationen in einheitlicher Struktur und handlichem Format!

Bestellen Sie jetzt direkt in unserem Online-Shop:
www.skverlag.de/shop

S+K
Stumpf+Kossendey Verlag