



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Richtig helfen“ -

Die Bedeutung Psychischer Erster Hilfe im
Rettungsdienst mit dem Fokus auf das
Rettungsdienstpersonal unter besonderer
Berücksichtigung der Ausbildung

Verfasser

Simon Bluma

angestrebter akademischer Grad

Magister

Wien, im April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit gilt bei allen personenbezogenen Bezeichnungen die gewählte Form für beide Geschlechter.

Danksagung

Während meiner Studienzeit und der Erarbeitung der vorliegenden Diplomarbeit
haben mich
viele Menschen begleitet, ermutigt und gefördert.
Dafür möchte ich mich sehr herzlich bedanken.

Ganz besonderer Dank gilt:

Meinen Eltern, Susanne und Helmut, die mich durch ihr Vorbild zu einem sozialen
Menschen erzogen haben.

Meiner Betreuerin, Frau Professorin Drⁱⁿ Mag^a Hanna Mayer für die professionelle
Unterstützung und menschliche Förderung.

Dem Notfallpsychologen Dr. Clemens Hausmann für seine Bereitschaft meine Arbeit durch
sein Expertenwissen zu bereichern.

**Den Kolleginnen und Kollegen des Arbeiter-Samariter Bundes Gruppe Floridsdorf-
Donaustadt** sowie dem **Landesverband Wien**, für die wertvolle Lebenserfahrung, die ich im
Zuge meines Zivildienstes und meiner ehrenamtlichen Tätigkeit machen durfte und die
Bereitstellung von InterviewpartnerInnen.

Der Wiener Magistratsabteilung 70, insbesondere dem **administrativen Leiter Mag.
Thomas Klvana**, für die Überlassung wichtiger praxisbezogener Informationen.

**Ogleich die Kräfte der Menschen ungleich sind,
so sind doch ihre Rechte gleich,
weil diese nicht auf den Kräften beruhen.**

Schopenhauer

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Psychischen Ersten Hilfe im Rettungsdienst. In Zeiten der steigenden Einsatzzahlen und der Personaleinsparungen in jedem Bereich des Dienstleistungssektors führt der Zeitdruck zu immer rascheren Einsatzabwicklungen.

PatientInnen im Rettungsdienst befinden sich in einer Ausnahmesituation, in der sie oft aufgebracht sind und sich unsicher fühlen. Die Aufgabe des Rettungsdienstpersonals soll es sein, die PatientInnen neben dem medizinischen Bereich auch psychologisch zu betreuen. Die Komponenten der psychologischen Betreuung bzw. der Psychischen Ersten Hilfe werden immer wieder vergessen.

Nach einer kurzen Darstellung der momentanen Ist- Situation beschäftigt sich der erste Teil der Diplomarbeit mit der Theorie um psychologische Betreuung im Rettungsdienst und beinhaltet Grundregeln von Psychischer Erster Hilfe (PEH).

Im zweiten Teil der Arbeit sind Interviews mit SanitäterInnen und Sanitätern aufgeführt, die die momentane Ist-Situation schildern, über Probleme in der Anwendung bzw. der Umsetzung sprechen und auf Mankos in der Ausbildung bzw. in der Schulung hinweisen.

Im Anschluss daran findet sich ein Kapitel, in dem zwei SchulungsleiterInnen von österreichischen Rettungsorganisationen über die Ausbildung sprechen, über gesetzliche Vorgaben und über Probleme in der Umsetzung.

Abschließend nimmt der Notfallpsychologe Dr. Clemens Hausmann zu der momentanen Situation Stellung, erklärt warum die Schulung im Bereich der PEH so bedeutend ist und wie ein Optimum an Ausbildung aussehen würde.

Abstract

This thesis deals with the psychological first aid in emergency medical services. Through downsizing and the simultaneous increase of medical responses, time pressure is resulting in an ever quicker carrying out of work.

In an emergency, patients are often stressed and insecure. A paramedic should, aside from medical first aid, also administer psychological assistance. This is often times neglected.

After briefly portraying the problems of the current situation, the first part of the thesis deals with the theory of psychological assistance and contains the basic rules of psychological first aid.

The second part of the thesis consists of interviews with paramedics who describe the current situation, speak about implementation and execution problems and point out shortcomings in training.

In the following chapter two trainers of austrian emergency medical services explain the legal guidelines, talk about the training and implementation problems.

The thesis concludes with emergency psychologist Clemens Hausmann MD commenting on the current situation and explaining why special schooling in the area of psychological first aid is of the utmost importance and how an ideal training could look like.

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	7
2. Problemstellung.....	9
3. Fragestellung und Zielsetzung	12
4. Notfall	13
4.1. Definition	13
4.2. Das Wesen der Notfallsituation.....	14
4.3. Das Erleben der Notfallsituation	16
4.4. Notfallpsychologie	18
4.4.1. Dimensionen der Notfallpsychologie.....	23
4.5. Notfalltypen.....	24
4.6. Betroffene Personengruppen	25
4.7 Zeitdimensionen des Notfalls.....	26
4.8. Konzepte die mit dem Notfall in Verbindung stehen.....	27
4.8.1. Krise	27
4.8.2. Trauma	29
4.8.3. Traumatherapie.....	30
5. Psychische Erste Hilfe	32
5.1. Definition „Psychischer Erster Hilfe“	32
5.2. Notwendigkeit „Psychischer Erster Hilfe“	33
5.3. Ablauf „Psychischer Erster Hilfe“	35
5.4. „Regeln zur psychischen Ersten Hilfe“	36
5.5. Regeln für professionelle Helfer	37
5.6. „Todsünden“ im Umgang mit NotfallpatientInnen	42
5.7. Die Gesprächsführung im Rettungsdienst.....	44
5.7.1. Exkurs: Kommunikation nach Schulz von Thun (1981).....	46
5.8. Die Gesprächsführung mit Angehörigen in Notfallsituationen.....	48
5.9. „Psychische Erste Hilfe“ in der Ausbildung	54
5.9.1. „Psychische Erste Hilfe“ in der österreichischen Ausbildung	55
5.9.2. „Psychische Erste Hilfe“ in der deutschen Ausbildung	56
6. Empirischer Teil – Ergebnisdarstellung	57

6.1. Ergebnisdarstellung Rettungsdienstpersonal.....	57
6.1.1. PatientInnenumgang.....	57
6.1.2. Wissensquellen.....	65
6.1.3. Anwendungsprobleme.....	71
6.1.4. Umsetzungsprobleme	74
6.2. Ergebnisdarstellung SchulungsleiterInnen.....	80
6.3. Ergebnisdarstellung Hausmann.....	86
7. Schlussfolgerung.....	91
8. Zusammenfassung.....	93
9. Literaturverzeichnis.....	96
10. Abbildungsverzeichnis.....	100
11. Anhang	101
11.1. Interviewleitfäden.....	101
11.2. Curriculum Vitae.....	104

2. Problemstellung

In den letzten 30 Jahren hat der Rettungsdienst deutliche Fortschritte und Erfolge in medizinischer Sicht verbuchen können, allerdings wurde ein wichtiger Teilbereich im Rettungsdienst und der Notfallhilfe vernachlässigt: Die psychische Situation des Notfallpatienten/der Notfallpatientin.

In Zeiten der alternden Bevölkerung, der steigenden Einsatzzahlen und der Personaleinsparungen in allen Bereichen des Dienstleistungssektors wird es immer schwieriger, einen Notfallpatienten optimal zu betreuen. Die folgende von der administrativen Leitung der Magistratsabteilung 70 zur Verfügung gestellte Abbildung (Abb. 1) zeigt den Trend der steigenden Einsatzzahlen der letzten zehn Jahre in Wien.

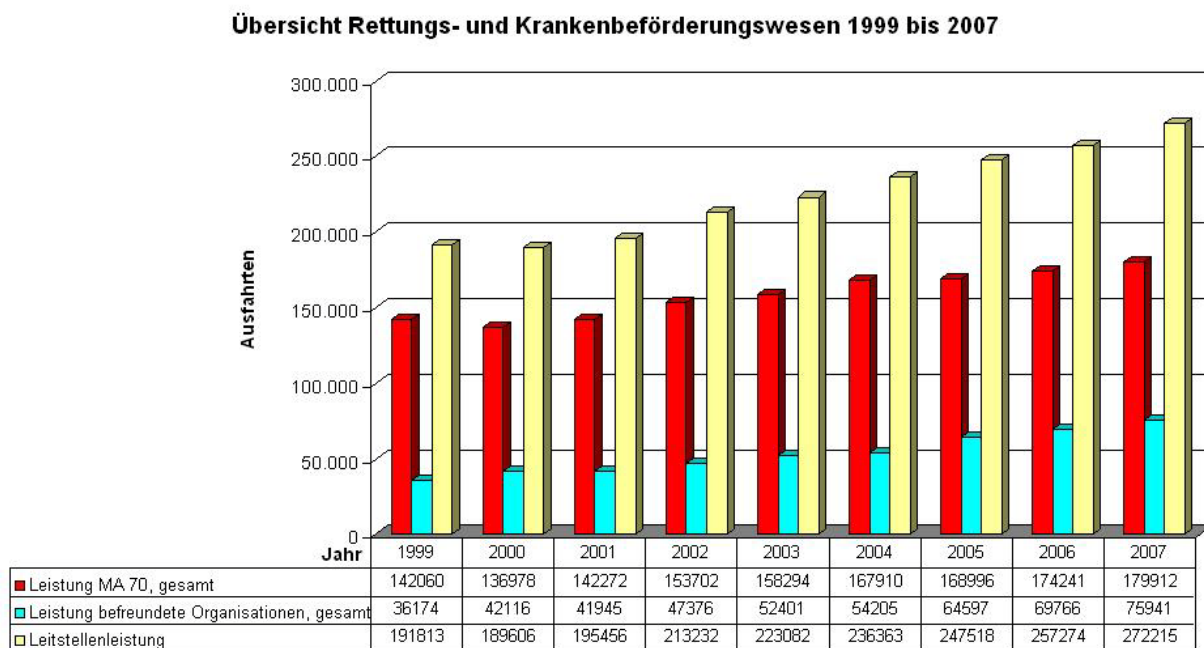


Abbildung 1: Einsatzzahlen MA 70

Dadurch lässt sich erklären, dass der Zeitfaktor und die möglichst rasche Einsatzabwicklung zunehmend im Mittelpunkt stehen und der psychische Beistand gegenüber dem/der PatientIn und dessen/ deren Angehörigen immer mehr in den Hintergrund rückt.

Bei so hohen Einsatzzahlen und knapp berechneten Personalressourcen muss die Arbeit am Einsatzort möglichst rasch und effizient erledigt werden. So „stürzt“ man sich zuerst auf den/die PatientIn um seine/ ihre körperlichen Symptome zu

untersuchen bzw. zu behandeln, seine/ ihre mentale Situation wird dabei meistens vernachlässigt.

Doch gerade die psychische Betreuung ist in einer Ausnahmesituation, verursacht durch beispielsweise starke Schmerzen, Verletzungen oder schwere Unfälle, besonders wichtig, da in Stresssituationen die kognitiven Fähigkeiten vermindert sind. Nach *Meyer und Balck (1997)* ist die Ausbildung der professionellen Helfer hinsichtlich eines psychologisch angemessenen Umgangs mit Unfallopfern als defizitär zu betrachten.

Meyer (1995) fasst dies folgendermaßen 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.“

Die psychische Betreuung beginnt damit, den Patienten/die Patientin anzusprechen, ihm/ihr die Situation zu erklären und ihm/ihr jede Intervention mitzuteilen, damit er/sie sich „sicherer“ fühlt.

In der österreichischen Ausbildung zum/zur RettungssanitäterIn sind lediglich vier Stunden Psychologie vorgesehen, in der des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin sind es 12 Stunden. Geregelt ist dies in der *Sanitäter-Ausbildungsverordnung Anlage 1, Modul 1 bzw. Modul 2*. Laut Verordnung hat die Schulung eine „fachkompetente Person“ durchzuführen.

Die Wiener Rettung (Magistratsabteilung 70) hält in der Ausbildung zum/zur NotfallsanitäterIn mittlerweile 24 Stunden für notwendig. Diese Ausbildung wird in einem Ausbildungszentrum eines Wiener Psychiatrischen Krankenhauses (Otto Wagner Spital, Baumgartner Höhe) durchgeführt und von PsychologInnen gelehrt.

Die Nachfrage nach solchen Kursen steigt, was wiederum auf das Bedürfnis des Personals zurückzuführen ist, auch psychologisch gut und kompetent geschult zu werden.

Eine besondere Bedeutung kommt im Rettungsdienst auch dem Gespräch und der Gesprächsführung zu. Es ist schließlich eines der ältesten Bedürfnisse des Menschen, sich durch Sprache mitzuteilen. Ohne Sprache gäbe es kein Miteinander, sondern ein Durcheinander.

Im Rettungswesen hängt der Verlauf des Einsatzes davon ab, wie wir den Beteiligten begegnen, egal ob PatientInnen, KollegInnen, oder ÄrztInnen.

„Eine gute Gesprächsführung fordert ein flexibles Verhalten, hilft jedoch auch, die Kompetenz des RD (Rettungsdienst Anm.) zu erhöhen“, so *Stepan (2001)*. Das Bedürfnis nach Kommunikation erlischt auch in Krankheit und bei seelischem Notstand nicht. Im Gegenteil, gerade in solchen Notsituationen erhält Kommunikation eine große Bedeutung. Manchmal ist ein Gespräch auch das Einzige, was wir dem Patienten bzw. der Patientin bieten können.

Nach *Scheiblich (2001)* sollten für ein gutes Gelingen eines Gespräches sieben Gegebenheiten erfüllt werden:

- Ungeteilte Aufmerksamkeit des Helfers für den Patienten (z.B.: dass die angegebene Zeit nur dem Betroffenen gehört)
- Ruhige Zurückhaltung des Helfers, verbunden mit Zuwendung, Wohlwollen und Geduld
- Schaffen einer entsprechenden Atmosphäre (z.B. durch Verhindern, dass das Telefon klingelt)
- Das Bewusstsein, dass jedes Gespräch ein Notfallgespräch ist
- Klarstellung der Situation. Was ist Anlass und Ziel des Gesprächs?
- Möglichkeit, den Patienten spontan berichten zu lassen
- Vermittlung des Gefühls an den Patienten, als Person akzeptiert zu werden

Jedoch sind die psychologischen Inhalte in der Aus- und Weiterbildung eines Sanitäters/ einer Sanitäterin in den Lehrbüchern nur sehr knapp gehalten und es wird nicht höchste Priorität darauf gelegt.

Es ist zu beachten, dass sich NotfallpatientInnen in Ausnahmesituationen befinden und unter besonders hohem Stress stehen. Die Frage, die sich hier für mich stellt lautet, ob es notwendig ist, gewisse Richtlinien für die psychologische Betreuung aufzustellen oder ob das Personal nach Intuition und Gefühl handeln soll.

3. Fragestellung und Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit soll die psychische Situation von NotfallpatientInnen beleuchten und den Umgang des Rettungsdienstpersonals untersuchen. Die Untersuchungen dienen dazu, mögliche Empfehlungen für die Helfer zu liefern. Die Forschungsfragen lauten:

- Wie sollte psychologische Erstbetreuung im Rahmen eines Einsatzes ablaufen?
- Wie sieht die momentane Situation der psychologischen Erstbetreuung aus, welche Probleme gibt es, welches Potential steckt dahinter?
- Wie könnte psychologische Erstbetreuung für NotfallpatientInnen verbessert werden?
- Wie kann die Ausbildung zum Rettungssanitäter gestaltet werden um die agierenden Personen für einen kompetenten Umgang mit der psychischen Situation vorzubereiten?

Ziel der Arbeit ist es, der Frage nachzugehen, wie psychische Erstbetreuung erfolgen kann. Des Weiteren sollte geklärt werden, wie psychologische Betreuung in die Ausbildung integriert werden könnte. Anhand der aktuellen Situation (des so genannten Ist-Standes) sollen die wesentlichen Problembereiche aufgezeigt werden. Es sollte auch ein Ziel sein, durch die Anwendung dieses Wissens Stresssituationen für PatientInnen, aber auch für den Rettungsdienst zu vermindern. Es wäre wichtig herauszufinden, welche Möglichkeiten es zur Verbesserung der Ausbildung des Rettungsdienstpersonals gibt.

4. Notfall

Der Begriff Notfall ist für die vorliegende Diplomarbeit entscheidend und wird im Laufe dieser Arbeit immer wieder im Text vorkommen. Deshalb ist es wichtig im Folgenden die Definition festzulegen und den Begriff „Notfall“ genauer zu beschreiben.

4.1. Definition

Der Begriff **Notfall** wird oft und für Verschiedenes verwendet, allerdings sollten wir uns hier auf eine Definition einigen um zur besseren Verständlichkeit beizutragen.

Lassoga und Gasch (2004) definieren Notfall folgendermaßen: „Notfälle sind Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch und / oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen und/oder psychischen Gesundheit führen können. Von Notfällen können Einzelpersonen oder Gruppen betroffen sein.“ (*Lassoga und Gasch 2004, S. 19*)

Wie aus dieser Definition schon hervorgeht, zählen nicht objektive sondern subjektive Kriterien. Dies bedeutet wiederum das verschiedene Erlebnisse oder Ereignisse unterschiedlich erlebt werden können.

Das Aufzeigen dieser Tatsache ist auch wichtig, um darzustellen, dass unterschiedliche Personen in verschiedenen Situationen unterschiedlich reagieren und daher auch unterschiedlich zu „behandeln“ sind. Es muss immer auf die Individualität des Menschen geachtet werden und dementsprechend be- und gehandelt werden.

Hausmann (2006) konkretisiert die Problematik des „Notfalls“ in dem er Folgendes erläutert: „Die normalen Abläufe sind stark eingeschränkt oder überhaupt unterbrochen. Die Fähigkeit, Veränderungen, Belastungen und unvorhergesehene Situationen zu bewältigen, wird durch einen Notfall extrem beansprucht.“ ... „Ein

schwerer Schaden ist nicht auszuschließen oder bereits eingetreten, der Zusammenbruch des gesamten Systems ist möglich.“ (Hausmann 2006, S.30)

Mitchell und Everly (2002) definieren Kennzeichen für Notfälle, die wie folgt lauten:

- ☐ Sie treten plötzlich auf
- ☐ Das Opfer ist überrascht
- ☐ Das Opfer ist unvorbereitet
- ☐ Das Opfer ist überwältigt von der Intensität des Geschehens.
- ☐ Sie dauern relativ kurz.

Bei diesen Kennzeichen muss allerdings beachtet werden, dass sie nicht allgemeingültig sind. Sie stimmen zwar häufig mit Notfallsituationen überein, allerdings können sie auch gegenteilig abweichen. So kann beispielsweise ein Notfall auch lang andauern, wie bei Entführungen oder Geiselnahmen. Notfälle müssen auch nicht immer plötzlich auftreten, wie man auch bei Überschwemmungen oder Hurrikans sehen kann.

4.2. Das Wesen der Notfallsituation

Notfallsituationen sind für die Öffentlichkeit dann interessant, wenn sie besonders spektakulär sind. „Der Notfall scheint, ähnlich wie das Verbrechen, eine starke Faszination auf den Menschen auszuüben, weil er zeigt, was eigentlich nicht sein darf.“ (Hannich 2004, S.1)

So sehr sich die Öffentlichkeit auch für spektakuläre Notfälle interessiert, so sehr vergisst sie das eigene Gefährdungsrisiko. Schließlich treffen Notfälle immer die „Anderen“, man selbst, so meinen die Meisten, ist unverletzlich. Dies mag jedoch ein Selbstschutzmechanismus sein, der vor der Erkenntnis schützt, dass immer und überall etwas passieren kann und dass man selbst nicht vor Notfällen oder Unfällen geschützt ist.

Die Betroffenen selbst werden mit der Tatsache konfrontiert in der sich, wie *Milles (1995)* treffend äußert: „... sich die natürlich und menschliche Widerspenstigkeit gegen den Traum technisch unfehlbarer Naturbeherrschung ... äußert.“ (*Milles 1995, S.15*)

Aus Katastrophenfällen hat sich gezeigt, dass Notfälle spontane Gesten der Hilfsbereitschaft auslösen. So haben die Notfälle der letzten Zeit gezeigt, dass schon Minuten nach der Katastrophe Telefonleitung auf Grund von Hilfsangeboten blockiert sind. Dies birgt die Gefahr, dass Hilfe unkoordiniert stattfindet und an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeht.

Für das Rettungsdienstpersonal ist es wichtig, die psychologischen Aspekte eines Notfalles zu kennen. Auch *Hannich (2004)* gibt an, dass sich Notfallopfer in einer „Extremsituation par excellence“ befinden. Durch Basiskenntnisse der Psychologie ist es möglich, PatientInnen auch menschlich kompetente Erste Hilfe zu leisten. Weiters gibt *Hannich (2004)* an, dass psychische Traumata der NotfallpatientInnen vermieden werden können, wenn gezielte psychologische Maßnahmen bereits während des Notfalles gesetzt werden.

Es ist bekannt, dass sich bei Notfällen auf öffentlichen Plätzen immer Schaulustige zu dem Notfallort begeben. Das Wissen um die psychische Situation der Zuschauer sollten die Helfer kennen um die Anwesenden als Ressource zu verwenden. Die Zuschauer können leichte Hilfestellungen leisten und werden weniger als Belastung für das Rettungsdienstpersonals, aber auch für das Opfer, empfunden.

Nicht zuletzt muss auch auf die Situation der Helfer selbst geachtet werden. Oft erleben Helfer Notfälle die für den Einzelnen nur schwer zu verkraften sind. Die Häufung solcher Situationen kann zu Burnouts führen. Die Umsetzung von Ergebnissen aus psychologischen Untersuchungen der Stressforschung in die Praxis kann zu einer Vermeidung von Burnout-Symptomen führen und darüber hinaus dazu beitragen, dass der Beruf des Rettungsdienstes dauerhaft ausgeführt werden kann.

4.3. Das Erleben der Notfallsituation

Wenn eine Person in eine Notfallsituation „gerät“ ist dies meistens unvorhersehbar und tritt plötzlich auf. Von einem Moment zum nächsten ist die selbstständige Person in „den Abgrund des Chaos und des Schreckens hingestürzt“. (*Hannich 2004, S.2*)

Remke (1993) bestätigt dies und gibt an, dass jede Art von Verletzung neben der physischen Komponente auch eine psychische Belastung darstellt.

Das Notfallgeschehen ist eine Ausnahmesituation und es gibt kein Erfahrungsmuster, das angewandt werden kann. Fischer und Riedesser merken an, dass ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. (*Fischer und Riedesser 1998, S.79*)

Hannich (2004) beschreibt weiters, dass die auftretenden Gefühle von Furcht, Hilflosigkeit und Schrecken sogar soweit führen, dass psychotische Entgleisungen die Folge sind.

In einer Notfallsituation werden Menschen plötzlich mit Schmerzen, Beeinträchtigungen und/ oder Behinderungen konfrontiert. Dies führt wiederum zu Ängsten, welche in Verlauf und Ausmaß variieren. Im Folgenden werden objektive und subjektive Merkmale der körperlichen Schädigung, die das Angsterleben der Betroffenen beeinflussen, dargestellt.

Äußerliche Sicherheit

Verletzungen, die nach außen hin sichtbar sind, wie beispielsweise stark blutende Wunden, können starke Angstgefühle auslösen, während hingegen schwere innere Verletzungen, die nicht sichtbar sind, nicht registriert werden und daher als unbedrohlich wahrgenommen werden. Gerade Verletzungen im Gesichtsbereich werden als besonders traumatisch beschrieben, da diese eine tief greifende Störung des Selbstwertgefühls verursachen können. Personen nach Unfällen befürchten durch ihre Gesichtsverletzungen „entstellt“ zu sein und dadurch ihre Attraktivität und ihre soziale Wertschätzung zu verlieren. Dies trifft vor allem auf junge Frauen und Jugendliche zu.

Vitale Bedrohung des betroffenen Organs

Die Angst, dass lebenswichtige Organe verletzt wurden, kann zu großen Ängsten führen. Die Angst, dass der Körper lebenswichtige Funktionen nicht mehr erfüllen kann, führt zu einer seelischen Ausnahmesituation bis tief in die Persönlichkeit hinein. Besonders traumatisierend wirken Verbrennungen auf die Notfallopfer. Feuer und Verbrennungen werden mit Ängsten verbunden und werden in der Regel bei vollem Bewusstsein miterlebt.

Weiters werden Verletzungen, die die Extremitäten betreffen, also die Mobilität einschränken, als besonders bedrohlich empfunden.

Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule führen automatisch zu der Angst, eine Querschnittslähmung zu erleiden.

Eine besondere Angst besteht auch vor einer drohenden Körperbehinderung, beispielsweise hervorgerufen durch offene Frakturen der Beine oder schwerere Verletzungen der Augen oder Ohren. In solchen Fällen können schon am Einsatzort „manifeste depressive Reaktionen in Form von Hoffnungslosigkeit, im schlimmsten Fall von Selbstaufgabe“, festgestellt werden. (*Hannich 2004, S.3*)

Schmerzen

Sehr häufig sind mit einem Notfallgeschehen auch Schmerzen verbunden, die oft plötzlich und stark auftreten. Dies kann soweit gehen, dass es das Denken und Empfinden des Opfers so einnimmt, dass primär eine Schmerztherapie durchgeführt werden sollte. Studien haben gezeigt, dass Schmerz nicht nur Ausdruck für erlittene (körperliche) Verletzungen oder Erkrankungen ist.

„Insbesondere Angst als Ausdruck der seelisch-körperlichen Erschütterung bestimmt unabhängig vom Ausmaß der objektiven Schädigung die Schmerzerfahrung wesentlich mit.“ (*Hannich 2004, S.4*)

Nach *Bernhard (1995)* wird Schmerz in der Evolution als die entwicklungsgeschichtlich ältere Reaktionsform auf Gefahr, Angst als die später einsetzende angesehen.

Es existiert jedoch auf der Fall, dass durch den vorliegenden Unfallschock Schmerzen nicht wahrgenommen werden. Auch die Ausschüttung von schmerzhemmenden Endorphinen im Körper können zum Herabsetzen des Schmerzempfindens beitragen.

Diese beiden Faktoren begründen das oftmals auftretende Phänomen, dass Notfallopfer trotz schwerster Verletzungen keine Schmerzen empfinden.

Ganz besonders wichtig ist auch die Kenntnis darüber, dass das Schmerzempfinden ein subjektives ist.

Auch das Wissen für den Patienten, dass etwas gegen die Schmerzen von kompetenten Helfern getan wird, kann die Schmerztoleranz erhöhen. *Hannich (2004)* beschreibt dass Personen, die sich in abgelegenen Gebieten verletzen und ohne Hoffnung auf Rettung verweilen, zu Ohnmachtsanfällen neigen. Außerdem führt die Aussichtslosigkeit auf Hilfe dazu, dass eine Distanzierung von Schmerzen unmöglich ist.

Dies ist ein weiterer Grund warum eine angemessene psychosoziale Betreuung von NotfallpatientInnen unmittelbar nach dem Eintreffen der Einsatzkräfte notwendig ist.

Subjektive Bedeutung des betroffenen Organs

Einen wesentlichen Einfluss auf das Traumaerleben eines Patienten hat auch die subjektive Bedeutung des betroffenen Organs. Für die meisten Menschen gilt, dass Verletzungen im Kopf und Rückenbereich oder Schädigungen der Geschlechtsorgane als besonders dramatisch erlebt werden.

Aber auch die Schädigung anderer, individuell besonders „wertvoller“ Organe, kann zu einem starken psychischen Trauma führen. Als Beispiele wären Beinverletzungen oder gar Amputationen bei Leistungssportlern oder Hand- bzw. Armverletzungen bei Pianisten oder Chirurgen nennenswert.

Die Folgen solcher einschneidenden Erlebnisse können eine schwere Selbstwertproblematik sein. Dies kann zu Depressionen, zu aggressiven Regungen bis hin zu einer resignativen Hoffnungslosigkeit führen.

4.4. Notfallpsychologie

Zuerst eine Erläuterung des Begriffs der **Notfallpsychologie**. Die Notfallpsychologie handelt von dem Erleben und Verhalten während und nach Notfallsituationen.

Hausmann definiert sie folgendermaßen: „Sie (die Notfallpsychologie, Anm.) definiert sich über einen Anlass, den konkreten Notfall, und umfasst alle

psychologischen Interventionen, die in Bezug auf diesen Notfall nötig sind.“ (Hausmann 2006).

Eine weitere Gliederung der Notfallpsychologie ergibt sich aus dem zeitlichen Rahmen.

Lasogga und Gasch (2005) sprechen von Notfallpsychologie im engeren Sinn welche Prävention, Akuthilfe und Nachbetreuung im Zeitraum von einigen Stunden und Tagen umfasst. Die Behandlung von Folgestörungen fallen nicht mehr in den Tätigkeitsbereich der Notfallpsychologie.

Genauer sehen sie dies so: *„Notfallpsychologie ist die Entwicklung und Anwendung von Theorien, Methoden und Maßnahmen der Psychologie sowie ihrer Nachbardisziplinen bei Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen, die von Notfällen direkt oder indirekt betroffen sind. Sie wendet sich sowohl an die Opfer als direkt Betroffene als auch an indirekt Betroffene wie Angehörige, Augenzeugen, Zuschauer, aber auch an Helfer und Mitarbeiter von Hilfsorganisationen. Sie umfasst Präventions-, Interventions-, und Nachsorgemaßnahmen bezogen auf einen relativ kurzen Zeitraum.“* (Lasogga und Gasch 2004, S.23)

Geschichtlich gesehen gibt es vereinzelte Berichte über Notfallsituationen und deren Belastungen und Folgen bereits im Mittelalter. Lasogga und Gasch (2008) nennen hierfür beispielsweise einen Großbrand in London im Jahr 1666, bei dem die Bevölkerung an Schlafstörungen litt, da die Gedanken an das Feuer ihre Psyche bestimmten. Für die neuere Zeit gibt es bereits mehrere Berichte. Hausmann (2005) beschreibt den Brand eines Clubs in Boston 1943 mit den daraus resultierten Folgen. In den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts wuchs die Zahl der Publikationen stark an, viel wurde mit „Posttraumatischer Belastungsstörung“ in Verbindung gebracht. Nachfolgend wird erklärt: „Bis heute steht diese Diagnose im Zentrum der Forschung. Über die viel häufigeren sonstigen psychologischen Belastungen der Opfer und die möglichen Folgen sowie intervenierenden Variablen liegen allerdings nur wenige Publikationen vor.“ (Lasogga und Gasch 2008, S.4)

Lasogga und Gasch (2008) geben an, dass es psychische Unterstützung für NotfallpatientInnen vermutlich schon immer gibt. Anfangs erfolgte dies durch Familie, Freunde oder Geistliche. Mit der Erfindung des Telefons stieg die Zahl der

Unterstützung schubhaft an. Bereits 1896, kurz nach der Einführung des Fernsprechers, entwickelte der Baptistenpfarrer Harry Warren in New York eine Art Telefonseelsorge, bei der er es als seine Hauptaufgabe sah, in der Prävention von Suiziden zu arbeiten.

Etwa ab 1974 konzentrierte man sich auf die Zielgruppe von traumatisierten Flüchtlingen (zunächst aus Ex-Jugoslawien), welche man psychologische Betreuung zur Abarbeitung ihrer Traumatisierung anbot. *Emminghaus und Wolf (2002)* erwähnen in dieser Sache erstmals den Begriff „psychological first aid“, welchen sie auf Tyhorst aus dem Jahre 1974 zurückführen.

Ende der 1980er Jahre und besonders in den 1990er Jahren wird kritisiert, dass der psychologische Umgang mit PatientenInnen vernachlässigt wird. Hierbei beziehen sich *Gorgaß und Ahnefeld (1994)* hauptsächlich auf die Berufsgruppen von Rettungsdienst, Notärzten, Polizei und Feuerwehr. In der Ausbildung dieser Berufsgruppen wird das Thema entweder gar nicht oder viel zu allgemein und oberflächlich behandelt.

Mit ihrem Regelkatalog für Laienhelfer und professionelle, nicht psychologische Helfer (z.B.: RettungsdienstmitarbeiterInnen) entwickelten *Lasogga und Gasch* im Jahr 1990 erstmals gewisse Anweisungen für den Umgang mit Notfallopfern. In der Zwischenzeit hat sich gezeigt, dass einige NotfallpatientInnen über die „Psychische Erste Hilfe“ hinaus, eine weiterführende Betreuung benötigen, was zu der Einführung von Kriseninterventionsteams (KIT) führte. Zeitgleich entwickelten sich auch in Deutschland erstmals Notfallseelsorger.

Hausmann (2005) sieht Notfallpsychologie in einem weiteren Sinn. Seiner Ansicht nach umfasst sie den kompletten Rahmen (rasch einsetzende Akutinterventionen, psychologische Stabilisierungsmaßnahmen in den Tagen und Wochen nach dem Notfall, individuelle Weiterbetreuung und Therapie möglicher Langzeitfolgen sowie Prävention und Schulung).

Notfallpsychologie geht nach Hausmann (2004) in drei Richtungen, in die Phase der Theoriebildung, in die praktische Anwendung von Interventionen und in die Psychohygiene.

Die Bereiche der Notfallpsychologie.

A. Theoriebildung (Psychotraumatologie)	B. Interventionen (praktische Notfallpsychologie)
1. Forschung bezüglich Traumatisierung und ihre Folgen	1. notfallpsychologische Akuthilfe
2. Entwicklung und Evaluation von Interventionen	2. psychologische Stabilisierung
3. Formulierung von Versorgungs- und Interventionsstandards	3. individuelle Weiterbetreuung und -behandlung
	4. Information und Schulung
C. Psychohygiene	

Abbildung 2: nach Hausmann 2004, S.23

Der Bereich der Theoriebildung ist psychologisch, jedoch auch medizinisch und neurobiologisch geprägt. Untersucht werden hierbei verschiedene Arten und Stärken von Traumata, andere Störungsbilder, Traumatisierungs- und Genesungsverläufe sowie unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren. Ein weiteres, wichtiges Forschungsinteresse liegt in der wissenschaftlichen Überprüfung und Weiterentwicklung von in der Praxis anwendbaren Interventionen.

Die praktische Notfallpsychologie beschäftigt sich mit der Akutbetreuung von Traumatisierten, aber auch mit den Langzeit- und Spätfolgen.

Für den Bereich des Rettungsdienstes ist die **„Notfallpsychologische Akuthilfe“** von besonderer Bedeutung. Diese findet am Einsatzort statt. Ihr primäres Ziel ist es, eine psychische Dekompensation der Opfer zu verhindern. Die Interventionen haben vor allem den Sinn der psychologischen Ersten Hilfe.

Als nächster Schritt folgt die **Psychologische Stabilisierung**. Sie umfasst die psychologische Unterstützung von PatientInnen und Angehörigen, nach dem sie den Einsatzort verlassen haben. Auch Zeugen, Nachbarn oder sonstige indirekte Opfer sollen hierbei behandelt werden. Notwendig kann die psychologische Stabilisierung auch für RettungsdienstmitarbeiterInnen nach besonders belastenden Ereignissen sein. Zeitlich gesehen soll dieser Schritt Tage bis Wochen nach dem Einsatz stattfinden. Die Interventionen haben behandelnden und präventiven Charakter, denn sie sollen die möglichen Spätfolgen verhindern und akute manifeste Symptome behandeln.

Die **Individuelle Weiterbetreuung- und -behandlung** für traumatisierte Personen beginnt, wenn aufgetretene Symptome nicht von selbst vergehen und die Erlebnisse nicht verarbeitet werden können. Die Behandlung kann hier in Form von speziellen Formen der Trauma- bzw. Psychotherapie erfolgen.

Ein weiterer Bereich der praktischen Notfallpsychologie ist der Bereich „**Information und Schulung**“, welcher auf Einsatzkräfte abzielt, die häufig mit Krisen und Notfällen konfrontiert sind. „Information und Schulung“ soll dazu führen, dass Helfer auf mögliche psychische Belastungen vorbereitet werden, damit sie im Ernstfall besser damit umgehen können.

Im Idealfall sollen diese Phasen einen Kreislauf bilden, der mit Vorbereitung und Schulung beginnt, über Akutinterventionen zur psychologischen Stabilisierung führt, individuelle Weiterbetreuung bietet und mit dem Feedback von Einsatzerfahrungen wieder in der Schulung mündet.

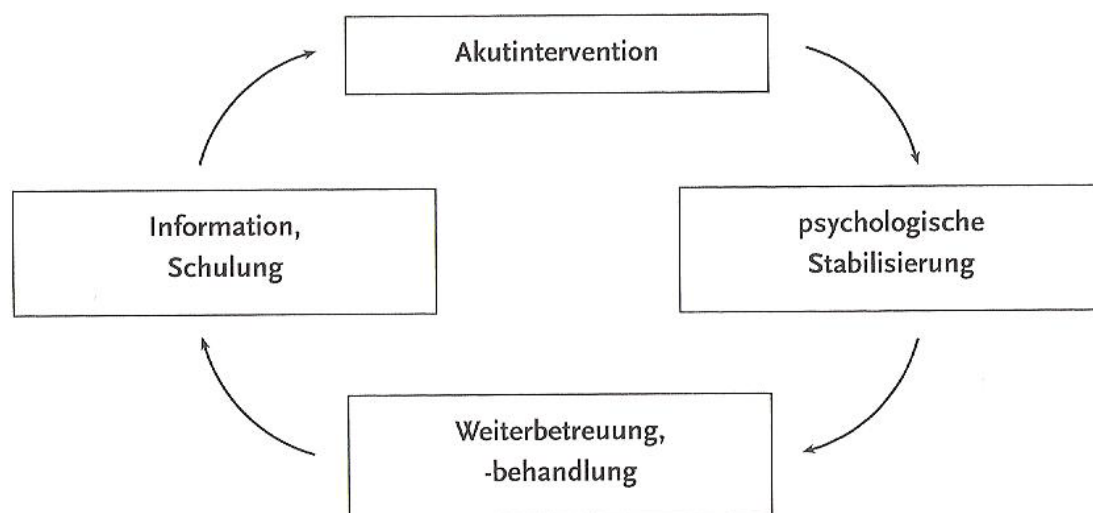


Abbildung 3: Phasen des notfallpsychologischen Handelns nach Hausmann 2004, S.25

Der letzte Bereich der Notfallpsychologie, die Psychohygiene, ist nicht zu unterschätzen. Die psychischen und körperlichen Anforderungen an die Helfer sind enorm. Sie werden täglich mit extremen Erlebnissen konfrontiert. Diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist Sache der beruflichen Kompetenz, der Organisation und der Psychohygiene. Psychohygiene hat das Ziel der Vermeidung von Überforderungen, von Burn-Out Syndromen und von sekundären Traumatisierungen. „Für Notfallpsychologen ist sie die Anwendung eigener

Methoden auf sich selbst zur Aufrechterhaltung und Förderung der professionellen Kompetenz und Handlungsfähigkeit.“ (Hausmann 2004, S.26)

4.4.1. Dimensionen der Notfallpsychologie

Die Forschung und Anwendung der Notfallpsychologie beinhaltet mehrere Dimensionen die Lasogga und Gasch (2004) in einem Quadermodell darstellen.

Die drei Dimensionen lauten:

- Der Ereignistyp (der Notfalltyp)
- Die betroffenen Personen(gruppen)
- Die Zeitachse

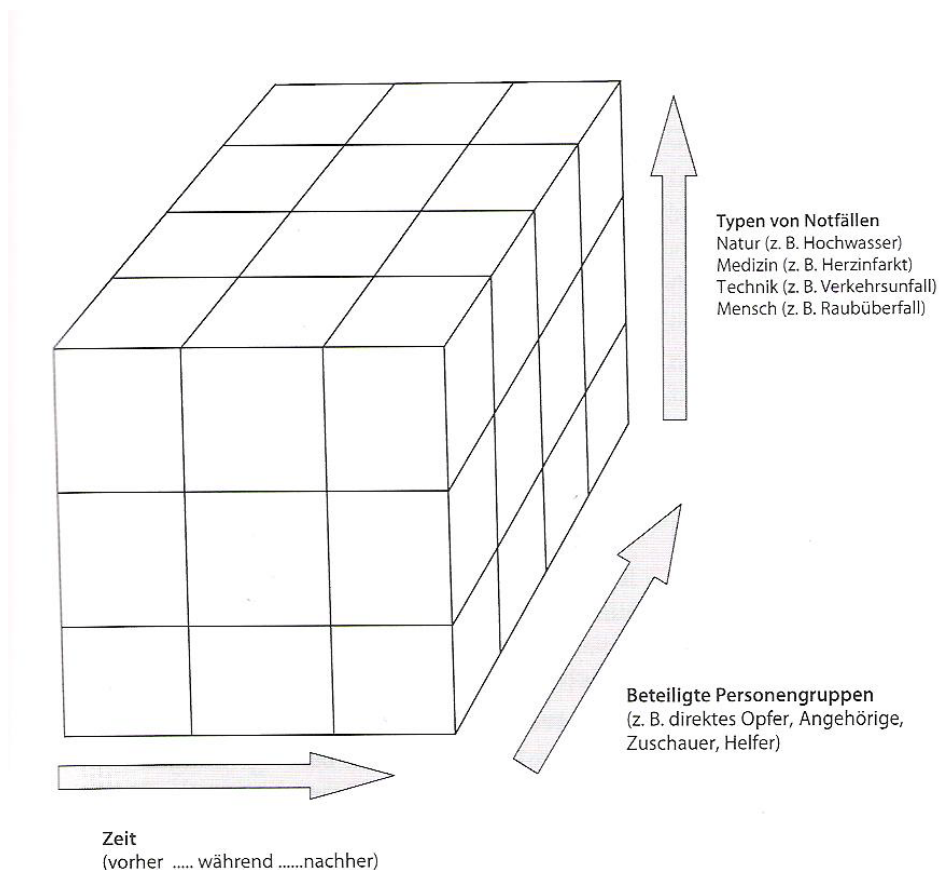


Abbildung 4: Dimensionen der Notfallpsychologie nach Lasogga und Gasch (2004)

4.5. Notfalltypen

Lasogga und Gasch (2004) definieren 4 Kategorien von Notfalltypen, wobei es jedoch bei diesen zu Überschneidungen kommen kann.

Naturkatastrophen

Naturkatastrophen werden durch die Natur ausgelöst, auch wenn zum Teil die Menschen selbst die Ursache einiger Naturkatastrophen verursachen (zum Beispiel ein Lawinenabgang ausgelöst durch abgerodete Bäume auf Berghängen). Zu den Naturkatastrophen zählen Waldbrände, Erdbeben, Überschwemmungen, Erdrutsche, Wirbelstürme, etc.

Technisch verursachte Notfälle

Hiermit sind vor allem Notfälle gemeint, die durch technische Mittel zustande kommen. In diese Kategorie zählen Verkehrsunfälle mit Autos, Flugzeugen, Schiffen, etc. oder Unfälle im Haushalt, in der Freizeit und Arbeitsunfälle. Ebenfalls in diese Rubrik gehören Kraftwerksunfälle (Tschernobyl 1986), Bergwerksunglücke (Lassing 1998), etc.

Für diese Art von Notfällen liegen technische, organisatorische und medizinische Rettungspläne bereit, das Manko jedoch liegt hier in der psychologischen Betreuung.

Medizinische Notfälle

Unter medizinischen Notfällen sind akut eintretende Erkrankungen oder medizinische Ereignisse zu verstehen. Beispiele hierfür wären Schlaganfälle, Herzinfarkte, Fehlgeburten aber auch alle anderen akut auftretende Beschwerden. Außerdem versteht man darunter auch die Eröffnung von schweren Krankheitsdiagnosen wie Krebs oder AIDS.

Zwischenmenschliche Notfälle

In dieser Notfallkategorie zählt die zwischenmenschliche Interaktion. Hierzu zählen vor allem kriminelle Delikte wie Mord, Körperverletzung, Vergewaltigung, Raubüberfall, Kindesmissbrauch, etc.) Auch Suizide bzw. Suizidversuche gehören zu diesem Notfalltyp.

4.6. Betroffene Personengruppen

Bei einem Notfalleinsatz des Rettungsdienstes sind oft viele verschiedenen Personengruppen beteiligt, die möglicherweise psychische Erste Hilfe benötigen. Im Zentrum der Aufmerksamkeit sollte das **direkte Notfallopfer** stehen, in der Literatur oft auch Primäropfer (*Mitchell 1998*) oder primär Traumatisierter (*Figley 1995; Maercker und Ehler 2001; Reinhard und Maercker 2004*) genannt. Es handelt sich dabei um die Person, die selbst den Notfall erlitten hat. Die Stärke der psychischen Belastung für das Notfallopfer muss nicht mit dem Grad der physischen Verletzungen bzw. Beschwerden korrelieren. So können sowohl PatientInnen mit leichten Verletzungen psychisch sehr stark verletzt sein, Menschen mit starken physischen Verletzungen psychisch kaum beeinträchtigt sein.

Als **indirekte Notfallopfer**, oder auch Sekundäropfer (*Mitchell 1998*) werden Personen bezeichnet, die den Notfall nicht am „eigenen Körper“ erlitten haben, aber sich mit den Auswirkungen des Einsatzes auseinandersetzen müssen. Zu dieser Gruppe zählen zum Beispiel **Angehörige** des direkten Notfallopfers. Sie können den Notfall mit angesehen haben, oder sie müssen über Telefon über das Notfallereignis informiert werden.

Eine weitere Gruppe von indirekten Notfallopfern stellen die **Verursacher** dar. Diese Gruppe ist sehr heterogen und kann beispielsweise der Verursacher eines Verkehrsunfalls sein oder aber auch der Verursacher einer tätlichen Tat oder Misshandlung.

Auch **Augenzeugen**, die den Notfall miterlebt haben, obwohl sie möglicherweise in keiner Beziehung zu dem Notfallopfer stehen, können durch den Anblick traumatisiert sein.

Eine ähnliche Personengruppe sind **Zuschauer**. Sie unterscheiden sich von Augenzeugen dadurch, dass sie den Notfall nicht miterlebt haben sondern sich erst nach dem Ereignis zum dem Einsatzort begeben haben.

Ebenso zählen **Medienvertreter** oder **Journalisten** zu den indirekten Notfallopfern. Auch wenn sie primär ein berufliches Ziel verfolgen, müssen sie Notfallerelebnisse

verarbeiten. Über einige sogenannte Kriegsreporter gibt es Berichte, dass sie das Erlebte erheblich belastet und beeinträchtigt hat.

Eine dritte Gruppe für notfallpsychologische Maßnahmen stellen die **Helfer** dar. Die können sowohl Laienhelfer aber auch professionelle Helfer sein. Bei den Professionellen muss zwischen professionellen, nicht-psychologischen Helfern (Rettungskräfte, Polizei, Feuerwehr, etc.) und psycho-sozialen Notfallhelfern und Notfallpsychologen entschieden werden. Letztere müssen darin ausgebildet sein Notfallopfer psychologisch angemessen zu betreuen. Auf der anderen Seite müssen sie jedoch auch ihre eigenen psychischen Belastungen adäquat verarbeiten. Dies nennt sich Psychohygiene, (siehe Punkt Psychohygiene).

4.7 Zeitdimensionen des Notfalls

Nach dem Quadermodell gibt es mindestens 3 Aspekte. Der erste Aspekt ist die **Vorwarnzeit**. Notfälle können mit oder ohne Vorwarnzeiten auftreten. Das Überraschungsmoment bei Notfällen, die ohne Vorwarnung auftreten, kann dabei eine eigene Belastung für die Betroffenen verursachen.

Wenn Vorwarnungen möglich sind, muss noch immer darauf geachtet werden, dass diese auch ernst genommen werden. Im Winter beispielsweise wird in Österreich sehr oft vor Lawinenabgängen gewarnt, jedoch werden diese Vorwarnungen oft ignoriert bzw. nicht „ernst genommen“: Eine weitere Problematik ergibt sich daraus, dass die Betroffenen von der Vorwarnung nicht erreicht werden. So konnte die Tsunami-Katastrophe zwar vorhergesehen werden, allerdings konnten die Betroffenen nicht rechtzeitig vorgewarnt werden. Schlussendlich wehren sich auch viele Menschen gegen nötige Präventivmaßnahmen, wie beispielsweise das Verlassen ihrer Häuser bei Hochwassergefahr.

Der nächste Aspekt der Zeitdimension bezieht sich auf den **Verlauf des Notfallereignisses**. Im alltäglichen Sprachgebrauch sind Notfälle plötzlich eintretende, unvorhersehbare Ereignisse. Jedoch können Notfälle eine lange Vorgeschichte haben und eine unterschiedlich lange Dauer.

Der dritte und letzte Aspekt der Zeitdimension ergibt sich aus den **Hilfsmaßnahmen**. Psychologische Hilfsmaßnahmen sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten notwendig. Diese werden in die Abschnitte „Intervention“, „Nachsorge“, und „Therapie“ gegliedert.

4.8. Konzepte die mit dem Notfall in Verbindung stehen

4.8.1. Krise

Der Begriff Krise bedeutet „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, wenn Ereignisse oder Lebensumstände nicht bewältigt werden können.“ (*Hausmann 2006, S.28*)

Dieser Begriff ist notwendig, da er in der Notfallpsychologie häufig mit Notfall (*D'Amelio et al. 2006*) oder dem Begriff Trauma synonym verwendet wird. Verschiedene Autoren (*Riecher-Rössler et al. 2004; Berger u. Riecher-Rössler 2004*) merken an, dass die Begriffe Trauma und Krise „inflationär“ verwendet werden.

Mitchell und Everly (1998) definieren Krise folgendermaßen: „Aus der Sicht der Psychologie kommt es zu einer Krise, wenn eine Person unfähig ist, mit einer unangenehmen Situation fertig zu werden. Das seelische Gleichgewicht ist hier massiv gestört.“

Gerade PatientInnen sind in Notfallsituationen überfordert, da sie schließlich nicht alltäglich sind. Es ist ihnen nicht möglich die Situationen zu bewältigen, wodurch sie sich wiederum hilflos fühlen. Diese entstandenen Spannungen führen häufig zu Angst, Panik oder depressiver Verstimmung. *Sonneck (2000)* gibt an, dass „der Selbstwert sinkt, ein psychischer Zusammenbruch ist möglich“.

Es werden zwei Arten von Krisen unterschieden:

- 1.) Traumatische Krisen: Diese treten plötzlich und unerwartet auf und laufen üblicherweise in vier Phasen ab: Schock-, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase (*Cullberg 1978*).
- 2.) Veränderungskrisen: Diese kommen zustande, wenn sich allgemeine Lebensveränderungen für den Betroffenen so umstellen, dass sie nicht mehr bewältigbar sind. Beispiele für diese Veränderungsphasen wären u.a. die Pubertät, das Verlassen des Elternhauses, Entwicklungsstillstand (Midlifecrisis) oder die Konfrontation mit dem eigenen Sterben. Nach *Caplan (1964)* hat

dieser Verlauf mehrere Phasen: Konfrontation mit den Veränderungen, Gefühl des Versagens, Mobilisierung aller Ressourcen zur Bewältigung und anschließend entweder Vollbild der Krise oder Bewältigung und Neuanpassung.

Die unten stehende Tabelle von Clemens Hausmann, welcher sich hierbei auf Sonneck (2000) bezieht, soll die zwei Arten von Krisen übersichtlich darstellen: (Hausmann 2006, S. 57)

Traumatische Krise	Veränderungskrise
1. Schock: Zustand der Betäubung oder chaotisch-ungesteuerter Aktivitäten	1. Konfrontation mit der Veränderung
2. Reaktion: Konfrontation mit der Realität, Versuche, sie zu integrieren; Gefahren: Fixierung, Chronifizierung, Krankheit, Sucht, Suizidalität	2. Lösung misslingt – Gefühl des Versagens
3. Bearbeitung: Klärung und Verstehen der Ereignisse, ihrer Vorgeschichte und Folgen; dadurch allmähliche Lösung von Trauma und Vergangenheitsfixierung	3. Mobilisierung aller Bewältigungsmöglichkeiten führt zu a. Lösung, Bewältigung oder b. Rückzug, Resignation: Gefahr der Chronifizierung
4. Neuorientierung: Selbstwertgefühl wiedergewinnen, neue Beziehungen aufbauen	4. Vollbild der Krise mit innerer „Lähmung“ oder ziellosen Aktivitäten Gefahren: Fixierung, Chronifizierung, Krankheit, Sucht, Suizidalität
	5. Bearbeitung der krisenauslösenden Veränderungen und ihrer Konsequenzen
	6. Neuanpassung an die veränderten Lebensumstände

Abbildung 5: Die zwei Arten von Krisen (Hausmann 2006, S.57)

Da sich die Betroffenen in akuten Krisen sehr belastet und überfordert fühlen, benötigen sie Unterstützung und nehmen gerne Hilfe an. Zu einer vernünftigen Krisenintervention zählen eine Reihe von Maßnahmen, die alle das Ziel der Bewältigung der Krise verfolgen. Unter anderem sind die psychologische, psychiatrische, psychotherapeutische, pflegerische, sozialarbeiterische und andere Maßnahmen. Die Krisenintervention ist beendet, sobald eine nachhaltige Bewältigung der Krise stattgefunden hat.

Die Veränderungskrise zählt jedoch nicht zum Gebiet der Notfallpsychologie. Hauptaugenmerk der Veränderungskrise liegt auf der Entwicklung und den vergangenen Ereignissen. Notfälle fordern jedoch kurzfristige Interventionen.

D'Amelio, Archonti, Falkai und Pajonk (2006) geben an, dass „Patienten bei unmittelbarer Bearbeitung des Krisenanspruches und dem Aufzeigen von schnell einsetz- und umsetzbaren Bewältigungsfertigkeiten in das Stadium der Neuorientierung und Reorganisation eintreten und neben ihren eigenen aktiven Bewältigungsfertigkeiten neue unterstützende Beziehungen mobilisieren.“ (D'Amelio, Archonti, Falkai und Pajonk 2006, S. 198)

Die Interventionen die während bzw. nach traumatischen Ereignissen ergriffen werden, enden mit der nachgewiesenen Bewältigung der Krise. Zusammenfassend merken *D'Amelio, Archonti, Falkai und Pajonk (2006)* dass eine Krisenintervention eine zeitlich limitierte Intervention ist, welche das Ziel verfolgt, den Patienten unmittelbar zu stabilisieren, ihn emotional zu entlasten und seine Handlungs- und Entscheidungsfähigkeiten wiederherzustellen.

4.8.2. Trauma

Oft wird in Verbindung mit Notfall der Begriff **Trauma** verwendet. Dieser Begriff wird entweder synonym zu Notfall oder als Folge von Notfall genannt. *Lasogga und Gasch (2004)* merken dazu Folgendes an: „Manchmal entsteht der Eindruck, dass jedes seltene negative Ergebnis bereits ein „Trauma“ ist bzw. zur Folge hat wie ein Prüfungsversagen oder ein Blechschaden am Auto.“ (Lasogga und Gasch 2004, S. 20)

Sie beschreiben weiter, dass der Begriff Trauma in mindestens vier Bedeutungen verwendet wird.

- 1.) Das Trauma als Ereignis: In dieser Hinsicht wird ein Ereignis, welches subjektiv als belastend empfunden wird, als „Trauma“ bezeichnet. Wichtig ist dabei jedoch, dass es kein traumatisches Ereignis als solches gibt, sondern nur ein potenziell traumatisierendes Ereignis. Dies bedeutet dass ein bestimmtes Ereignis zu negativen Folgen führen kann, aber nicht muss.
- 2.) Trauma als Folge: Nach dieser Wortbedeutung wird nicht das Ereignis selbst, sondern die Folge als Trauma beschrieben. Es handelt sich dabei um eine psychische Reaktion der Person.

- 3.) Trauma als Ereignis und dessen Bewertung: Diese Definition geht auf die Stressdefinition von *Lazarus und Folkmann (1984)* zurück. Sie bedeutet dass sowohl das äußere Ereignis als auch dessen Bewertung durch die betroffene Person im Vordergrund stehen. Es handelt sich hiermit also um eine Kombination des äußeren Ereignisses und der subjektiven, individuellen Bewertung.
- 4.) Trauma als Ereignis, dessen Bewertung und der negativen Folgen: *Lasogga und Gasch (2004)* ziehen nach dieser Auffassung folgende Punkte als Kriterien zur Definition von „Trauma“ heran:
- ☐ Das Ereignis selbst,
 - ☐ Dessen Bewertung unter Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und zusätzlich
 - ☐ Die negativen Folgen

Die in Punkt 4 beschriebene Definition ist die gebräuchlichste, die ebenso im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV TR) beschrieben werden.

Fischer und Riedesser (2003) definieren Trauma folgendermaßen: „Ein „Trauma“ ist eine vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das ... eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Eine weiterführende Definition lautet: „Ein psychisches Trauma ist ein zumeist plötzlich auftretendes Ereignis, das auf den Betroffenen sehr bedrohlich wirkt und zugleich nicht bewältigbar erscheint.“ (*Hausmann 2006, S.31*)

Gleichzeitig spricht er auch folgende Problematik an: „Es kann langfristige psychische Symptome und Störungen verursachen.“ (*ebd. S.31*)

4.8.3. Traumatherapie

Die Traumatherapie beschäftigt sich laut *Hausmann (2006)* mit der Behandlung von PatientInnen **nach** der Notfallsituation, die womöglich zu einem Trauma führt. Traumatherapie ist indiziert wenn psychische Störungen diagnostiziert wurden, wie

beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörungen oder somatoforme Störungen. Die Therapie ist erfolgreich abgeschlossen, wenn der Patient unter keinen Symptomen mehr leidet und keine belastenden Traumafolgen mehr bestehen.

Die Traumatherapie ist eine Behandlung welche auf die speziellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist und auf die speziellen Bedingungen, Phasen und Verlaufsformen der Traumatherapie eingeht. Nachfolgend sind die Ebenen der Unterstützung während und nach Notfällen abgebildet (nach *Hausmann 2006*):

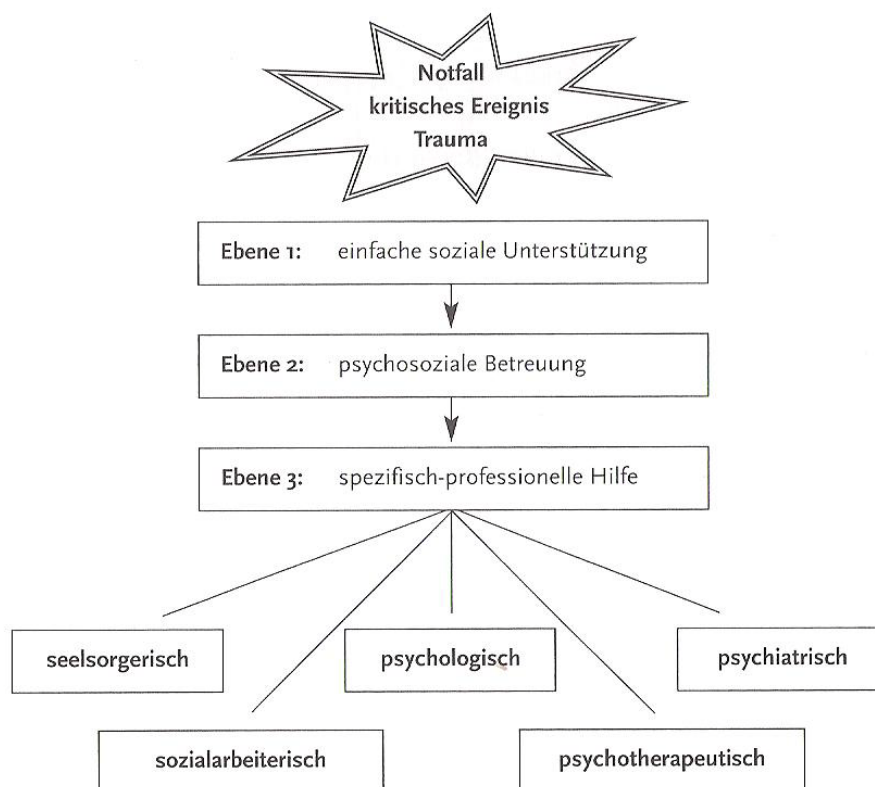


Abbildung 6: Ebenen des Notfall nach Hausmann 2006

Allen voran steht die **Notfallsituation**, eine plötzlich auftretende Ausnahmesituation, die den Betroffenen und deren Angehörige überfordert.

In **Ebene 1** zählt zunächst die bloße Anwesenheit eines Menschen. Hier sollte dem Betroffenen gezeigt werden, dass jemand „Da-Ist“, ihm zuhört, sich um ihn kümmert und bei ihm bleibt. In solchen Situationen sind einfache Methoden wie die des „Händchenhaltens“ besonders wichtig um dem Betroffenen soziale Unterstützung zu signalisieren. Diese Aufgabe kann nahezu jeder erfüllen, vom Rettungsdienstpersonal bis zu Passanten.

In der **zweiten Ebene** sollte die psychosoziale Betreuung von Personen durchgeführt werden, die im Führen hilfreicher Gespräche geschult sind.

Die Gespräche sollen Sicherheit vermitteln und beruhigen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können sollte man sich Zeit nehmen, aktiv zuhören, Probleme benennen, das soziale Netzwerk aktivieren und auf Hinweise bezüglich eventueller psychischer Störungen achten.

Die **dritte Ebene** umfasst die spezifisch-professionelle Hilfe, zu denen die psychologische Diagnostik und Triage, akute Krisenintervention bei stark Betroffenen, emotionale Entlastung und Stabilisierung bis hin zu der Behandlung von Traumafolgen und psychischen Störungen zählen. In dieser Ebene sollte auch die psychologische Schulung von Helfern und Einsatzkräften abgehandelt werden.

5. Psychische Erste Hilfe

In diesem Teil der Diplomarbeit soll Psychische Erste Hilfe erklärt werden und Modelle vorgestellt werden, die die Arbeit des Rettungsdienstes erleichtern können und den PatientInnen ein sichereres Gefühl geben können.

5.1. Definition „Psychischer Erster Hilfe“

Definiert wird Psychische Erste Hilfe (PEH) beispielsweise so: „Psychische Erste Hilfe ist der regelgeleitete psychologisch angemessene Umgang mit direkten und indirekten Opfern von Notfällen. Psychische Erste Hilfe wird von Laienhelfer und professionellen nicht-psychologischen Helfern (Einsatzkräften) geleistet.“ (Lasogga 2008, S. 74)

Lasogga drückt damit aus, dass gerade PEH nicht von ExpertInnen der Psychologie durchgeführt werden soll. Denn eine professionelle psychologische Betreuung dauert ohnedies über den Notfall hinaus und kann nicht in ein paar Minuten abgehandelt werden. Wichtig ist jedoch eine erste Behandlung oder Unterstützung, die dem Patienten bzw. der Patientin eine Grundsicherheit und ein Grundvertrauen dem Rettungsdienstpersonal gegenüber gibt.

D'Amelio, Archonti, Falkai und Pajonk (2006) setzen Krisenintervention mit dem Begriff „Psychologische Erste Hilfe“ gleich und definieren sie folgendermaßen: „... bezieht sich auf jede Form von psychosozialer Betreuung und Behandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einem Krisenanlass steht.“ (D'Amelio, Archonti, Falkai und Pajonk 2006, S. 199)

Lasogga und Gasch (2004) geben an: „Gute und professionelle Erste Hilfe sollten daher sowohl aus einem medizinischen als auch aus einem psychologischen Teil bestehen.“ (Lasogga und Gasch 2004, S. 45)

Bourauel (1994) beschreibt dass psychische Interventionen die Stabilisierung der Betroffenen fördern und für den weiteren Heilungserfolg und für die Bewältigung der Notfallsituation von erheblicher Bedeutung sind.

Weiters ist in der Definition von *Lasogga* angeführt, dass PEH an direkten und indirekten Opfern durchgeführt werden muss. Direktes Opfer ist der Patient selbst.

Als indirekte Opfer sind Beteiligte, Augenzeugen oder dergleichen gemeint. Auch indirekte Opfer befinden sich in einer Ausnahmesituation auch wenn sie selbst nicht vital bedroht sind.

5.2. Notwendigkeit „Psychischer Erster Hilfe“

Bis jetzt war es so, dass die „Betreuung von Patienten häufig, wenn überhaupt, „aus dem Bauch“ heraus geschehen“ ist. (*May und Mann 2003, S. 79*)

Bengel (2004) beschreibt vier Gründe warum psychische Erste Hilfe notwendig ist:

1. Auch ein Notfallopfer hat eine ihm eigene Würde, die zu berücksichtigen ist.

Der Notfallpatient ist keine Ansammlung von Organen, er ist keine Maschine, sondern ein Mensch mit einer Psyche und Würde, der auch Gefühle, Gedanken und Emotionen hat. Dies sollte auch in hektischen Situationen bedacht werden und eine angemessene Handlung durchgeführt werden.

2. Körper und Psyche stehen in permanenter Wechselwirkung, deshalb müssen beide beachtet werden.

Körper und Psyche interagieren gemeinsam. Es ist bekannt, dass psychische Belastungen wie beispielsweise Stress zu körperlichen Erkrankungen führen können (erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Magengeschwüre, etc.). Umgekehrt können auch körperliche Beschwerden zu einem verschlechterten psychischen Zustand führen. Dies beginnt bereits bei einer harmlosen Verkühlung und endet bei schweren Erkrankungen. Gerade aus diesen Gründen ist in einer Notfallsituation Körper und Psyche gleichermaßen zu beachten.

3. Bei psychologisch angemessenem Verhalten der Helfer treten weniger Spätfolgen auf.

Ein zielgerichtetes und kompetentes Verhalten des Rettungsdienstes führt sowohl zu einer Besserung der momentanen Situation aber auch zu einer Reduzierung von mittel- und langfristigen Folgeerscheinungen. Sie treten seltener auf und die Gefahr einer Chronifizierung ist geringer. Wenn sich jedoch die Helfer unangemessen verhalten kann dies zu einer Verstärkung der Gefühle und der Situation beitragen. Psychische „Beruhigung“ stabilisiert Körper und Psyche, Frustration, Angst und Unsicherheit können hingegen die Symptomatik verstärken. Schlechte Erfahrungen mit dem Rettungsdienst bleiben oft langfristig in der Erinnerung der PatientInnen.

4. Ein Notfallopfer hat für die Hilfeleistung bezahlt und einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Arbeit, zu der auch die psychologische Betreuung gehört.

Die Durchführung eines Rettungstransportes ist eine Dienstleistung. Somit nimmt auch die Bedeutung des Qualitätsmanagements zu. Ziel eines erfolgreichen Qualitätsmanagements ist die KundInnenorientierung. Somit sollte auch die Dienstleistung des Transportes in das nächstgelegene Krankenhaus zur Zufriedenheit des Kunden/der Kundin geschehen. Wenn der Rettungsdienstmitarbeiter mit dem Patienten/der Patientin während der Fahrt spricht, ihn beruhigt und ihm erklärt welche Interventionen durchgeführt werden, führt dies zu einer größeren

Zufriedenheit des Patienten/ der Patientin als ein anderer, bei dem die Besatzung sich nur um die medizinischen Interventionen kümmert ohne ein Wort mit dem Patienten/ der Patientin zu wechseln.

Des Weiteren führt *Remke (1993)* die Notwendigkeit der psychischen Ersten Hilfe folgendermaßen aus: „Das Ziel einer umfassenden Ersten Hilfe durch das Rettungsteam sollte daher neben einer medizinischen Ersten Hilfe auch in einer psychischen Hilfe für den Betroffenen liegen, um sein Erleben positiv zu beeinflussen, was Einfluss auf den Genesungsprozess hat und zur Verringerung möglicher psychischer Folgeschäden durch den Unfall beiträgt.“ (*Remke 1993, S.617*)

Weiters ist er der Meinung dass es wichtig ist, den Bedürfnissen der PatientInnen nachzukommen und die Erwartungen zu erfüllen die die Opfer an das Rettungsteam haben.

Da es jedoch das Rettungsteam ist, die eine Intervention von psychologischen Fachkräften (beispielsweise eines Kriseninterventionsteams) veranlassen, ist es notwendig, dass SanitäterInnen und Sanitäter eine psychologische Basiskompetenz haben, um im Notfall die Lage richtig einzuschätzen. (*Müller-Cyran 2004*)

5.3. Ablauf „Psychischer Erster Hilfe“

Der Ablauf von psychischer Erster Hilfe erfolgt in drei große Schritten, die noch in weitere Unterschritte (Zwischenschritte) gegliedert werden. (nach *Hausmann 2003*)

- **Kontakt**

Begonnen wird damit, Kontakt zu dem Notfallpatienten aufzunehmen. Der erste Schritt ist das aktive Zugehen auf den Betroffenen. Man sollte auf Augenhöhe mit dem Patienten/ der Patientin gehen und sich mit seinem Namen und seiner Funktion vorstellen. Selbstverständlich ist es auch besonders wichtig, den Patienten/ die Patientin in Sicherheit zu bringen, das heißt den Unfall- bzw. Notfallbereich abzusichern. In Notfallsituationen zählt ganz besonders das Sicherheitsgefühl, darum sollte das Rettungsdienstpersonal dem Patienten/ der Patientin Sicherheit vermitteln

und ihm/ ihr seine Hilfe anbieten. Außerdem ist ein vorsichtiger Körperkontakt für den Betroffenen angenehm, da sich dieser dann nicht „alleine“ fühlt.

- **Aktueller Zustand**

Die Frage nach dem aktuellen Zustand und Befinden des Patienten/ der Patientin steht hier im Vordergrund. In diesem Schritt sollte auch ein Anamnesegegespräch durchgeführt werden und nach den Aktuellen Beschwerden gefragt werden.

- **Dringende Bedürfnisse**

Im letzten Schritt der „psychischen Erste Hilfe“ sollte sich der „Helfer“ um die aktuellen Bedürfnisse kümmern und dem Patienten/ der Patientin ein sicheres Gefühl vermitteln. Außerdem sollte hier, aber auch im Laufe des gesamten Einsatzes, für den Patienten/ die Patientin eine kompetente Hilfeleistung stattfinden. Nun sollte für Bequemlichkeit gesorgt werden damit ein Weitertransport in das nächst gelegene Krankenhaus schnell, sicher und „angenehm“ durchgeführt werden kann.

Weiters muss angemerkt werden, dass miteinander zu reden besonders in Ausnahmesituationen ungemein wichtig ist. *Stepan (1996)* merkt an, dass das Gespräch die wichtigste und effektivste Form ist einen Patienten optimal psychologisch zu betreuen.

5.4. „Regeln zur psychischen Ersten Hilfe“

Lasogga und Gasch (2002) haben Regeln zur „psychischen Ersten Hilfe“ sowohl für Laien als auch für professionelle Helfer entwickelt. Zur Entwicklung dieser wurden Broschüren, Merkblätter, Folder und Ausbildungsunterlagen von Hilfsorganisationen ausgewertet. In einem nächsten Schritt wurden über 200 professionelle nicht psychologische Helfer (Rettungsdienstpersonal, Feuerwehrleute, Polizeibeamte, Notärzte, Pflegepersonal etc.) nach einem halbstandardisierten Leitfaden interviewt. Im Anschluss wurden noch Unfallopfer im Krankenhaus oder auch später (nach der Entlassung) befragt. Des Weiteren wurden Simulationstrainings und Rollenspiele mit Studierenden der Universität Dortmund und mit Rettungsdienst-, Feuerwehr- und

Polizeipersonal durchgeführt. Ferner nahm einer der Autoren in einer teilnehmenden Beobachtung als „Verletzter“ an Simulationen den Part des Notfallpatienten ein und befragte im Anschluss auch die übrigen „Verletzten“.

Abschließend wurden 457 Notärzte im Rahmen von Ausbildungskursen über ihr Interesse an psychologischen Themenbereichen befragt. Es wurde dann versucht, bestehende psychologische Theorien auf die Fragestellung zu implementieren.

Die Outcomes aus diesen Quellen wurden anschließend gruppenspezifisch zusammengefasst. Es wurde nun ein Regelkatalog für Laienhelfer und einer für professionelle Helfer erstellt, welche nun im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

Die Studie wurde zwar mit Unfallopfer durchgeführt, jedoch lässt sie sich sehr gut auf andere Notfälle umsetzen.

Da es in der vorliegenden Diplomarbeit um den kompetenten Umgang des Rettungsdienstpersonals geht, werden hier nur die Regeln für professionelle Helfer genauer erläutert.

5.5. Regeln für professionelle Helfer

Bei Personen, die nahezu täglich mit Notfallsituationen zu tun haben (Rettungsdienstpersonal, Feuerwehr, Polizei, etc.), kann davon ausgegangen werden, dass sie komplexe Situationen und Verhaltensweisen von PatientInnen analysieren und entsprechende Hilfsmaßnahmen einleiten können. Darum wurde von *Lasogga und Gasch (2002)* ein zweiter Regelkatalog entwickelt, der speziell auf professionelle, nicht-psychologische Helfer ausgerichtet ist. Dieser Regelkatalog soll den kompletten Ablauf des Rettungseinsatzes abdecken (zum Beispiel die Fahrt zum Einsatzort, der Umgang mit Angehörigen und Zuschauern, bis hin zur eigenen Kompetenz) und nicht bei der Interaktion mit dem Notfallpatienten enden.

Eingangs sei gesagt, dass *Remke (1993)* in einer Studie mit 63 Unfallopfern herausfand, dass die Patienten großen Wert auf ein kompetentes, ruhiges und sicher auftretendes Rettungsteam legen.

Fahrt zum Unfallort

Gerade bei neuen MitarbeiterInnen im Rettungsdienst hat sich herausgestellt, dass diese auf der Fahrt zum Einsatzort oft starken Stress erleben. Ein gewisser Grad an Stress ist jedoch nicht schädlich, sondern führt, wie bereits das aus der Psychologie bekannte „Yerkes-Dodson-Gesetz“ besagt, dazu, dass die Leistungsfähigkeit bei Menschen mit mittlerer Erregung am höchsten ist. Erst wenn das optimale Erregungsniveau überschritten wird, sollten Möglichkeiten herangezogen werden, um sich zu beruhigen. Eine Art der Stressreduktion wäre, sich den gesamten Ablauf des Notfalleinsatzes als mentales Training vorzustellen. Man sollte sich Sicherheit geben, in dem man einfache standardisierte Regeln der (medizinischen) Ersten Hilfe im Kopf behält.

Eine andere Möglichkeit der Stressreduktion wäre es an dem Ansatz, Hoffnung auf Erfolg“ anstelle von „Furcht vor Misserfolg“ zu arbeiten. Demzufolge sollte man auch die KollegInnen am Fahrzeug motivieren und ihnen vor Augen führen, dass man dem Patienten nur helfen kann. Eine positive Grundeinstellung zu einem Einsatz beruhigt das Rettungsteam und reduziert Stress.

Wenn durch diese Möglichkeiten keine zufriedenstellende Stressreduktion stattfinden kann, ist zu erwägen, bestimmte Trainingsprogramme zur Stressreduktion zu absolvieren.

Überblick gewinnen

Gerade als ersteintreffendes Rettungsmittel ist es notwendig, sich zuerst einen Überblick über die vorliegende Situation zu machen. Oberste Priorität bei einem Einsatz hat selbstverständlich der Selbstschutz. So sollte darauf geachtet werden, ob die Unfall- bzw. Notfallstelle ordnungsgemäß abgesichert ist. Oft fällt der agile Patient zuerst auf, auf ruhige, am Straßenrand sitzende Patienten wird vergessen. Doch meistens benötigen ruhige Patienten dringend psychologische Unterstützung. *Lasogga und Gasch* beschreiben den Ablauf des Überblicks gewinnen so: „Dies sollte bei einem Unfall mit einem Verletzten etwa 15-30 Sekunden dauern, bei einem Großschadensereignis kann dies auch bis zu fünf Minuten in Anspruch nehmen.“ (*Lasogga und Gasch 2004, S.49*)

Begrüßung

In Notfallsituation herrscht sehr oft große Hektik, in der viele Informationen auf das Notfallopfer einwirken. Am Notfallort treffen sehr häufig Personen mit unterschiedlichen Positionen zusammen, wie PolizistInnen, Rettungsdienstmitarbeiter, Feuerwehr und sonstigen. Deshalb ist es besonders wichtig sich bei dem Patienten mit Namen und Funktion vorzustellen.

Nach *Nyberg et al 2000* sehen 94% aller befragten Personen den Erstkontakt zu professionellen Helfer als wichtig bzw. sehr wichtig.

Das Notfallopfer sollte informiert sein, wer mit ihm spricht und welche Kompetenz diese Person hat. Der Name des Helfers dient dazu, zu zeigen, dass man nicht nur Vertreter einer Institution ist, sondern auch helfender Mitmensch. Um Vertrauen zu gewinnen sollte man auch nach dem Namen des Patienten fragen und ihn anschließend auch mit diesem ansprechen. Dies „normalisiert“ die Situation ein wenig und entdramatisiert.

Abschließend sollte man dem Patienten noch einmal beteuern, dass man sich um ihn in Folge kümmern wird.

Körperkontakt

Die größte Angst von NotfallpatientInnen ist es, allein zu sein. Darum ist es nützlich, den Opfern durch Körperkontakt zu zeigen, dass jemand da ist. Es hat sich herausgestellt, dass ein statischer Kontakt (sanfter Druck) angenehmer erlebt wird als ein dynamischer (Streicheln). Auch die Hand des Patienten zu halten hat sich als nützlich erwiesen. Um Körperkontakt aufrecht zu erhalten, sollte man sich auf die gleiche Höhe begeben wie der Patient. Eine Person, die über einem steht, wird oft als bedrohlich empfunden.

Information

Da sich NotfallpatientInnen, wie schon öfters bekundet, in einer Ausnahmesituation befinden, ist der Informationsfluss besonders wichtig. So sollte dem Opfer erklärt werden, welche Interventionen durchgeführt werden und warum. *Remke (1991)* stellt fest, dass sich PatientInnen bereits durch pure Information beruhigen lassen. Ein weiteres Argument für die Informationsweitergabe ist sicherlich, dass sie das Kompetenzzempfinden steigert. Das Notfallopfer sollte sich auch auf die Interventionen einstellen können, auf deren Dauer und Sinnhaftigkeit.

Es hat sich herausgestellt, dass sich PatientInnen sehr oft auch Gedanken über ihr Umfeld machen. Sie wollen wissen, wer ihre Angehörigen informiert, wer sich beispielsweise um das Unfallauto kümmert und ähnliches. Hierüber sollte das Rettungsteam so gut wie möglich Auskunft geben um damit die PatientInnen zu beruhigen.

Kompetenz

Bereits das Eintreffen des Rettungswagens führt zur Beruhigung des Patienten. Er hat nun die Gewissheit, dass ihm geholfen wird. Wie kompetent allerdings die Rettungsmannschaft auf den Patienten wirkt, hängt nicht von objektiven, sondern von subjektiven Kriterien des Opfers ab. Indikatoren, die die Kompetenz des Helfers beurteilen, sind unter anderem: Umgang mit den KollegInnen, Konzentration im Umgang mit dem Patienten, die Durchführung von medizinischen Maßnahmen (zügig, aber nicht hektisch), die Weitergabe der Information über den Verletzungs- bzw. Erkrankungsgrad und die dafür eingeleiteten Hilfsmaßnahmen.

Es ist anzuraten, dass der Helfer dem Opfer demonstriert, dass er Kenntnisse über die Effekte besitzt, welche die medizinischen Maßnahmen beim Patienten erfordern. Durch ein kompetentes Auftreten während des Einsatzes fühlt sich der Notfallpatient in „sicheren Händen“ und ist wesentlich ruhiger.

Selbstkontrolle

In einer Notfallsituation wird das Opfer abhängig von anderen Personen. Das Rettungsdienstpersonal, Feuerwehr oder aber auch Polizei entscheiden, was mit dem Patienten „geschieht“. In der Literatur findet sich, dass dies als unangenehm empfunden wird und zu negativen Folgereaktionen führen kann (*Brehm 1966*).

Einige Opfer sind bemüht, irgendwie die Kontrolle über sich und die Situation zu behalten. Dies ist als durchaus positive Reaktion anzusehen. Es empfiehlt sich daher, denn PatientInnen die Möglichkeit zur „Mitarbeit“ zu geben. Außerdem ist es ratsam, wenn möglich, den Opfern kleine, leichte, zu bewältigende Aufgaben zu übertragen. Dieses Konzentrieren auf Handlungen lenkt zudem die PatientInnen von ihrer Ausnahmesituation ab. Das Gefühl des Kontrollverlustes kann auch minimiert werden, wenn PatientInnen einfache Entscheidungen selbst treffen können. Dies kann beispielsweise sein, ob jemand verständigt werden soll. Es sollte jedoch auch klar sein, dass die PatientInnen nicht überfordert werden sollen.

Gespräch

Remke (1991) stellte fest, dass NotfallpatientInnen das Bedürfnis zu kommunizieren verspüren und es ihnen Erleichterung bringt. Die RettungsdienstmitarbeiterInnen sollten daher bemüht sein, ein Gespräch mit den PatientInnen aufrecht zu erhalten. Dies hat außerdem den Vorteil der kontinuierlichen Überwachung über den Bewusstseinszustand des Patienten. Es sollten die Themen gewählt werden, die die Opfer ansprechen, da diese gewählt werden, weil sie sie gerade beschäftigen. Der Helfer sollte aktiv zuhören und ihnen Verständnis entgegenbringen, auch wenn er dieses Thema unwichtig oder sogar absurd findet. Eine besondere Gesprächsform, nämlich das „aktive Zuhören“ oder das „patientenzentriertes Gespräch“, wurde von *Carl Rogers* entwickelt und hat sich in Notfallsituationen bewährt. Folgende fünf Regeln sollten beachtet werden:

1. Der Helfer sollte versuchen, die Gefühle und Gedanken sowie die Sichtweise des Verletzten so genau wie möglich zu verstehen.
2. Während des Gespräches signalisiert der Helfer dem Patienten, dass er ihm aufmerksam zuhört. Dies geschieht durch Blickkontakt, Kopfnicken und Worte wie „ja, mhm, ach so, aha, etc.“, außerdem durch Nachfragen.
3. Der Helfer wiederholt in seinen eigenen Worten, was er von den Gedanken, Gefühlen und Bewertungen des Patienten verstanden hat.
4. Der Helfer bewertet die Aussagen des Patienten nicht, egal was dieser sagt, denkt oder fühlt.
5. Der Helfer gibt keine Ratschläge, Analysen und Deutungen.

Falls das aktive Zuhören schwer fällt, kann auch auf sogenannte „Jokerfragen“ zurückgegriffen werden, auf die fast jeder Mensch antwortet. Dies können zum Beispiel Fragen über die Herkunft oder den Beruf des Patienten sein.

Wenn der Patient von sich aus nicht redet, nicht reden kann oder nicht reden will, sollte es dennoch Aufgabe des Sanitäters sein, durch eigene Bemerkungen Nähe zu signalisieren. *Merikle und Daneman (1996)* stellen fest, dass das Gehör einer der Sinne ist, die zuletzt ausfallen. Aus diesem Grund sollte dies genutzt werden, um PatientInnen zu beruhigen. Einige PatientInnen nehmen sogar in Bewusstlosigkeit oder Vollnarkose wahr, was um sie herum geschieht. Beim Gespräch mit dem

Patienten sollte auf einen „nüchtern-ruhigen“ Tonfall geachtet werden, da dadurch Beruhigung besonders wirksam vermittelt wird.

Psychischer Ersatz

Wie bereits bei den „Regeln für Laienhelfer“ erwähnt, ist es in Notfallsituation eines der wichtigsten Anliegen der PatientInnen, nicht allein gelassen zu werden. Es muss daher immer dafür gesorgt werden, dass jemand während der gesamten Zeit des Einsatzes bei dem Opfer bleibt. Gerade bei Großschadensereignissen ist dies für SanitäterInnen nicht immer möglich. Deshalb ist es sinnvoll, einen Ersatz zu suchen. Dafür geeignet sind Polizeibeamte, ein Feuerwehrmann, im Notfall sogar ein Zuschauer oder Passant. Um die PatientInnen ein wenig abzulenken ist es auch nützlich, ihnen leichte Verhaltenshinweise zu geben. Dies gibt den Opfern eine Aufgabe und bindet zugleich ihre Aufmerksamkeit.

5.6. „Todsünden“ im Umgang mit NotfallpatientInnen

Ein Notfalleinsatz eines Rettungsmittels ist oft sehr komplex. Er führt zu Stress, die Rahmenbedingungen unterscheiden sich von Einsatz zu Einsatz. Daher ist es nachvollziehbar, dass nicht immer alle Regeln der psychischen Ersten Hilfe korrekt umgesetzt werden können. In Untersuchungen an direkten und indirekten Notfallopfern wurden nun von *Lasogga und Gasch (2004)* einige Verhaltensweisen aufgezeigt, die diese PatientInnen (und ihre Angehörigen) als besonders unangenehm empfunden haben, welche nun genauer betrachtet werden.

Vorwürfe

Es ist verständlich, wenn bei manchen Notfällen sich sehr oft die Schuldfrage stellt. Dies könnte beispielsweise bei einem Unfall ein nach Alkohol riechender Autolenker sein, aber auch ein Kettenraucher mit einer Lungenentzündung. Nichts desto trotz sollte eine Anschuldigung vermieden werden, sie ist in einer solchen Situation nicht angemessen und es ist auch nicht Aufgabe des Rettungsdienstes sich damit zu beschäftigen. Des Weiteren sollte angemerkt werden, dass Vorwürfe in einer Notfallsituation keinen Sinn haben. Entweder das Opfer hat seinen/ ihren Fehler bereits eingesehen und macht sich selbst Vorwürfe oder es ärgert sich über die

Vorwürfe der Helfer. Die Anschuldigung könnte sogar zur Reaktanz führen. Die Aufgabe der Einsatzkräfte ist es zu helfen, die Schuldfrage klären andere Instanzen.

Hektik

In der vorliegenden Untersuchung hat sich gezeigt, dass sehr oft Hektik in Notfallsituationen auftritt. Dies passiert sowohl bei Professionellen wie auch bei Laienhelfern. Hektik drückt sich durch nonverbale Kommunikation, wie hektischen Umherlaufen, Gestik und Mimik aber auch durch hastiges Sprechen und erregten Tonfall, aus. Die Uneingespieldheit des Helferteams erzeugt für den Patienten den Eindruck von Inkompetenz, das Vertrauen den Helfern gegenüber sinkt.

Das hektische Verhalten ist oft auf eine falsche Schulung zurückzuführen, bei der gelehrt wird, dass sofort etwas unternommen werden muss. Diese falsche Ausbildung und das Bedürfnis, dem Opfer sofort helfen zu müssen können zu Hyperaktivität und Hektik führen. Oft wollen Helfer auch ihre Unsicherheit dem Patienten nicht zeigen und kompensieren dies damit, dem Opfer alle Entscheidungen „abzunehmen“. Es sollte aber darauf geachtet werden, dass die Ressourcen des Patienten aktiviert werden um die eigenen Initiativen zu unterstützen.

Abgestumpftheit

Wenn SanitäterInnen ihren Beruf länger ausüben ist es verständlich, dass die Tätigkeit nach einer gewissen Zeit zur Routine wird. Sie erleben sehr oft Einsätze, die sehr ähnlich ablaufen, bei denen Umstände nahezu ident sind und die Symptomatik Parallelen zeigt. Nichts desto trotz muss darauf geachtet werden, dass keine Abgestumpftheit entsteht. Aus Sicht des Rettungsteams ist es verständlich, wenn sie zum dritten Mal an einem Tag sagen: „Ich gebe ihnen jetzt ein Notfallmedikament, welches den Blutdruck senken wird“. Allerdings muss beachtet werden, dass es für das Notfallopfer nicht das dritte Mal, sondern das erste Mal ist, dass es diesen Notfall erlebt und deshalb genau über die Vorgangsweise informiert werden will.

5.7. Die Gesprächsführung im Rettungsdienst

Sich durch Sprache mitzuteilen ist eines der ältesten Bedürfnisse des Menschen. *Stepan (2001)* merkt in diesem Zusammenhang an: „Auch im Rettungsdienst kommt dem Gespräch und der Gesprächsführung eine besondere Bedeutung zu. So hängt der Verlauf eines Einsatzes weitgehend davon ab, wie wir den Beteiligten begegnen. Davon ist nicht nur der Patient betroffen, sondern auch Angehörige, Polizeibeamte, (Not-)Ärzte und auch der eigene Kollege auf dem Fahrzeug.“

Des Weiteren stellt *ebd. (2001)* fest, dass eine gute Gesprächsführung ein flexibles Verhalten fordert, jedoch auch die Kompetenz des Rettungsdienstes erhöht.

Der Mensch hat ein Bedürfnis nach Kommunikation und Zuwendung, welche auch in Not nicht erlischt, sondern eher im Gegenteil, zunimmt.

Ob und wie wir mit dem Patienten sprechen hängt auch davon ab, um welchen Patienten es sich dabei handelt.

Böbel (2003) gibt an, dass das aktive Zuhören und das Ernstnehmen des Patienten im Vordergrund für den Rettungsdienstmitarbeiter steht.

Stepan (2001) gibt sinnvolle Tipps, die dem Rettungsdienstpersonal schon beim Eintreffen am Einsatzort klar sein sollte:

- Jeder Mensch reagiert anders auf Verletzung und Krankheit.
- Die affektiven Verhaltensmuster können sehr verschieden und für den Helfer nicht immer nachvollziehbar sein.
- Der Patient kann in der Not inadäquate Affekte (z.B.: Affektstarre, Affektlabilität) zeigen.
- Akzeptieren Sie die Gefühle und Emotionen Ihres Patienten und versuchen Sie, ihn zu verstehen.

Stepan (2001), S. 240

Wie oben bereits erwähnt reagiert prinzipiell jeder Mensch anders auf Notfallsituationen. Im Grund genommen ist es jedoch möglich, diese Reaktionen in Gruppierungen zusammenzufassen.

Harald Karutz unterteilt die psychische Betreuung in verschiedene PatientInnengruppen. Sein Grundgedanke dabei ist es, dass verschiedene

PatientInnen jedoch meist in Gruppen von ähnlich reagierenden Personen zusammengefasst werden können. (Karutz 2003)

Er nennt hierbei den „ängstlich schweigenden Notfallpatienten“. Dieser Typus verhält sich zumeist passiv und ruhig. Er leidet unter massiven Angstzuständen, ist innerlich enorm angespannt und aktiv.

Der zweite Typus wäre der „überfordert-verwirrte Patient“, welcher den Anforderungen der Situation nicht gewachsen ist. Er ist unfähig auf Fragen einzugehen und Anweisungen zu befolgen.

Der „besorgt-erregte Notfallpatient“ bildet die nächste Gruppierung. Dieser wiederum spricht sehr viel über die Dinge, die im Moment wichtig für ihn sind. Er denkt dabei oft an andere Sachen und nicht an sich selbst.

Der „panisch-hysterische Patient“ schreit, ist stark erregt und hyperventiliert häufig. Er würde am liebsten von der Situation davonlaufen und ist meist einer sachlichen Argumentation nicht zugänglich.

Stepan (2001) ist sich jedoch sicher, dass der Helfer durch seine Arbeitserfahrung im Rettungsdienst schnell herausfindet, um welche Art von Notfallpatient es sich handelt und wie mit diesem umgegangen werden muss.

Wie bei einer Notfallsituation gehandelt wird soll ein von Stepan (2001) erstelltes Interaktionsdreieck zeigen, welches vom Autor der Diplomarbeit abgeändert wurde und im Anschluss näher erläutert wird.

Interaktionsdreieck, verändert nach Stepan (2001)

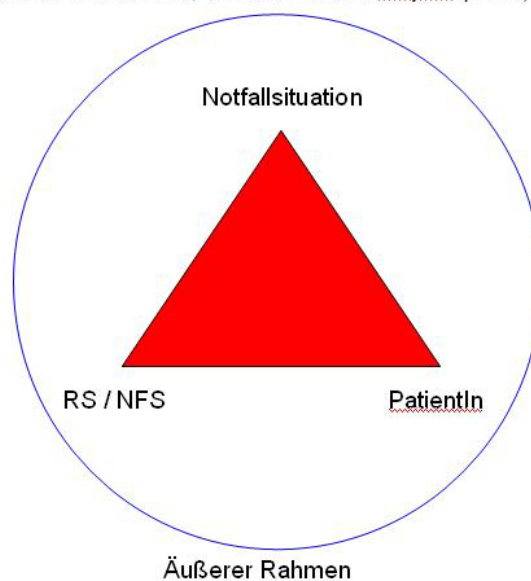


Abbildung 7: Interaktionsdreieck, Bluma verändert nach Stepan (2001)

Der Kreis in dieser Abbildung symbolisiert den äußeren Rahmen, in dem die Interaktion zwischen Einsatzteam und Patient stattfindet. Hiermit ist in der Regel der Einsatzort gemeint. Der Einsatzort bestimmt auch teilweise das gesamte Vorgehen. Das Schaffen von günstigen Rahmenbedingungen (zum Beispiel die Patientenbetreuung in Ruhe im Rettungsauto) ist wichtig für den weiteren Einsatzablauf. Das Dreieck in der Mitte der Abbildung stellt die Verbindung zwischen PatientIn und Rettungsdienstpersonal (RettungssanitäterIn (RS) und/ oder NotfallsanitäterIn (NFS) dar. Ist die Verbindung gut, so ist eine optimale Versorgung gegeben, ist sie schlecht, bricht die Verbindung und damit die Basis des Dreiecks auseinander. Es ist dann nicht mehr möglich, mit dem/ der PatientIn Probleme zu lösen und eine optimale Versorgung zu garantieren.

Die Spitze des Dreiecks bildet die Notfallsituation. Sie ist der Grund, warum Patient und Rettungsdienstpersonal miteinander interagieren. Das gesamte Einsatzgeschehen wird sich in dem Dreieck abspielen. Ein solider äußerer Rahmen sollte gegeben sein. Ist das Dreieck intakt, so ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung gegeben.

5.7.1. Exkurs: Kommunikation nach Schulz von Thun (1981)

Auch im Rettungsdienst ist es von besonderer Bedeutung zu wissen, wie Kommunikation abläuft und wie Dinge gesagt werden müssen um auch richtig verstanden zu werden. Friedemann Schulz von Thun beschreibt den Vorgang zwischenmenschlicher Kommunikation sehr kompakt. Er spricht von einem Sender, der etwas einer anderen Person mitteilen möchte, nämlich dem Empfänger. Der Sender kodiert das, was er mitteilen möchte als Nachricht. Der Empfänger hat nun die Aufgabe diese Nachricht zu entschlüsseln. Meistens soll dann die gesendete Nachricht mit der empfangenen übereinstimmen. Häufig kommt es vor, dass der Empfänger dann eine Art Rückmeldung gibt, wie er die Nachricht verstanden hat. So können beide Gesprächsteilnehmer überprüfen, ob die Nachricht richtig angekommen bzw. richtig verstanden wurde. (*Schulz von Thun 1981*)

Grafisch würde dieses Modell dann in etwa so aussehen:

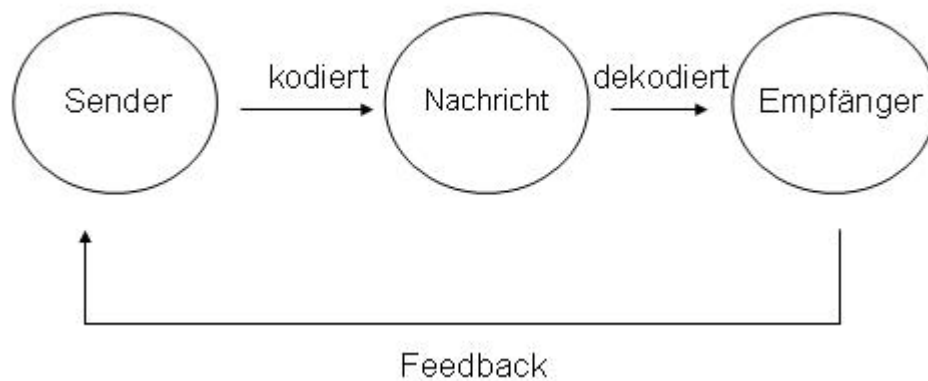


Abbildung 8: Kommunikationsmodell Abbildung Bluma nach Schulz von Thun (1981)

Schulz von Thun geht einen Schritt weiter und behauptet dass jede Nachricht viele Botschaften gleichzeitig enthält.

- 1.) Der Sachinhalt: Treffend formuliert Schulz von Thun dies auch so „Worüber ich informiere“ (*Schulz von Thun 1981, S. 26*) Dieser Teil der Nachricht enthält die Sachinformation.
- 2.) Die Selbstoffenbarung: Dieser Part der Nachricht bedeutet, dass was ich von mir selbst kundgebe. Auch wenn ich hauptsächlich Sachinformationen weitergebe, vermittele ich unbewusst auch wie ich mich dabei fühle.
- 3.) Beziehung: Hier spielt die Beziehung zwischen Sender und Empfänger eine wichtige Rolle. Es geht darum, wie ich die Nachricht übermittle, in welcher Lautstärke, in welchem Tonfall, mit welchem Gesichtsausdruck und mit welcher Absicht. Bei diesem Teil der Nachricht ist auch das Distanzgefühl wichtig. Menschen die sich nicht kennen, werden sich keine zu „persönlichen“ Fragen stellen.
- 4.) Appell: Beim Appell soll vermittelt werden, was ich mit meinem Gesprochenen vermitteln möchte. Meist möchte ich mit dem, was ich sage, etwa eine Handlung des Gesprächspartners erreichen.

Die untenstehende Abbildung zeigt das oben beschriebene Modell nochmals grafisch (*Schulz von Thun 1984, S. 30*)

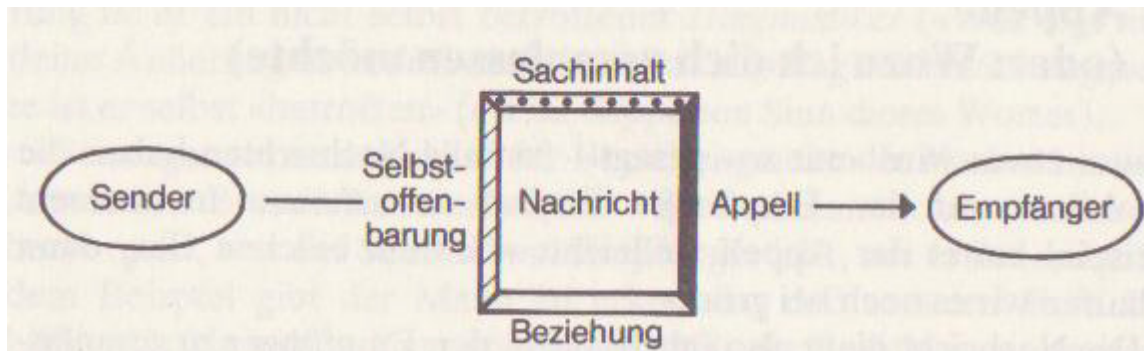


Abbildung 9: Kommunikationsmodell (Schulz von Thun 1984, S.30)

Dieses Kapitel soll zeigen, wie wichtig überlegte und angemessene Kommunikation im Rettungsdienst ist. PatientInnen in Notfallsituationen sind in Ausnahmesituationen und benötigen kompetente Hilfe. Sich den PatientInnen gegenüber richtig zu verhalten ist das um und auf der PatientIn-Helfer Interaktion. Mit dem Patienten nicht angemessen umzugehen führt oft zu einem Vertrauensverlust oder zu Kränkungen. *Stepan (2001)* gibt an: „Die Praxis hat gezeigt, dass es in der Helfer-Patienten-Beziehung vor allem zwei Bereiche gibt, in denen Menschen gekränkt werden. Auf der einen Seite durch Bevormundung, auf der anderen durch Geringschätzung.“

Daraus lässt sich schließen, dass es wichtig ist dem Patienten Wertschätzung und Entscheidungskompetenzen zu gewähren. Er sollte die Möglichkeit haben, Entscheidungen selber zu treffen und ihn in den Behandlungsprozess einzubeziehen. In dem wir den Patienten wertschätzen, zeigen wir ihm, dass wir ihn als eine „selbstständige, achtenswerte, vollwertige und gleichberechtigte Person sehen, seine Gefühle und Gedanken akzeptieren und ihm positiv begegnen.“ (*Stepan 2001, S. 203*)

5.8. Die Gesprächsführung mit Angehörigen in Notfallsituationen

Neben dem Umgang und der psychischen Ersten Hilfe der PatientInnen ist es auch wichtig, angemessen mit den Angehörigen der Opfer umzugehen. Gerade Angehörige erleben meist einen „Schreck“, für sie ist die Notfallsituation nichts Alltägliches, sie können oft nicht richtig einschätzen, welche Beschwerden der Patient verspürt und wie „akut“ seine (Notfall)Situation ist. Auch die Angehörigen

stehen unter starkem Stress und reagieren sensibel auf die verbale- und non-verbale Kommunikation des Rettungsteams.

„Jeder Angehörige hat andere Bedürfnisse und bedarf einer individuellen Behandlung.“ (*Bastigkeit 1995, S.90*)

Angehörige werden als indirekte Opfer gesehen. Dies bedeutet, dass sie nicht selbst von einem akuten Notfall in einer physischen Form betroffen sind, sondern einem direkten Opfer (der/ die PatientIn) nahe stehen. So ist die Belastung für Angehörige meist nur psychischer Natur, was jedoch wiederum zu physischen Beschwerden führen kann. Die Stärke der Belastung hängt auch von der Beziehung zu dem Opfer ab. Sie kann so stärker oder schwächer ausfallen. Teilweise ist es möglich, dass die Reaktion des Angehörigen stärker ausfällt als die des Opfers, beispielsweise bei den Eltern eines verletzten oder (schwer) erkrankten Kindes.

Oft empfinden die Helfer Angehörige in Notfallsituationen als belastend und anstrengend. Es muss jedoch festgehalten werden, dass Angehörige das moralische Recht haben, zu jedem Zeitpunkt des Einsatzes anwesend zu sein. Ein Argument für die Anwesenheit ist die beruhigende Wirkung auf den/die PatientIn. Wie bereits beschrieben, ist es eine der größten Sorgen der Opfer, allein gelassen zu werden. Wenn jemand an ihrer Seite ist, den sie kennen, so beruhigt dies die gesamte Notfallsituation. Des Weiteren können Angehörige die psychische Betreuung durchführen und dem Rettungsteam assistieren.

Auf der anderen Seite ist jedoch zu beachten, dass nahe Angehörige keine „invasiven oder lebensrettende Maßnahmen“ (*Bastigkeit 1996, S. 94*) durchführen sollten, da die Gefahr groß ist, dass nach einer misslungenen Reanimation Schuldgefühle auftreten. Ein weiteres Argument gegen die Anwesenheit der Angehörigen ist, dass sie die Maßnahmen direkt oder indirekt behindern könnten. Mitanzusehen wie ein Angehöriger reanimiert oder intubiert wird, kann zu Traumatisierungen führen.

Im Folgenden werden grundlegende Verhaltensvorschläge für den Umgang mit Angehörigen nach *Bastigkeit (1995)* vorgestellt:

- Das Rettungsteam sollte sich Angehörigen vorstellen.
- Das Rettungsteam sollte die Angehörigen über den Ablauf der Rettungsmaßnahmen grob informieren.

- Finden die Rettungsmaßnahmen in der Wohnung des Patienten statt, sollte man nie vergessen, dass man dort Gast ist.
- Bei einem kritischen Zustand des Patienten sollten die Angehörigen alle 15 Minuten informiert werden.
- Für die Angehörigen sollten andere vertraute Menschen, ein Kriseninterventionsteam (KIT) oder ein Geistlicher gerufen werden.

Der Umgang mit Angehörigen ist eine der schwierigsten Aufgaben im Rettungsdienst, sie erfordert neben der ohnehin vorherrschenden Ausnahmesituation noch empathisches, psychologisches und kommunikatives Geschick der professionellen Helfer.

Nach *Lasogga und Gasch (2004)* gibt es 4 Grundsituationen, wie bei einem Notfalleinsatz das Zusammenspiel von PatientIn und Angehörige(n) ist. Diese werden im Folgenden genauer erläutert.

Notfallopfer »verletzt« Angehörige anwesend	Notfallopfer verstorben Angehörige anwesend
Notfallopfer »verletzt« Angehörige nicht anwesend	Notfallopfer verstorben Angehörige nicht anwesend

Abbildung 10 nach Lasogga und Gasch (2004)

Notfallopfer „verletzt“, Angehörige anwesend

Oftmals sind Angehörige bei einem Notfalleinsatz dabei. Es ist daher unabdingbar, dass die Einsatzkräfte sich auch um das psychische Wohlbefinden der Angehörigen kümmern. Gerade Eltern eines in einem Notfall befindlichen Kindes sind psychisch gesehen in einer sehr starken Ausnahmesituation. In einer von *Balnus et al. (2002)* durchgeführten Studie stellte sich heraus, dass Eltern die Verletzung oder Erkrankung ihres Kindes oft lebensbedrohlicher empfinden als sie in Wirklichkeit ist.

Hier würde eine korrekte Informationsgabe schon beruhigend wirken. Obwohl hier von Kindern als PatientInnen die Rede ist, ist dies auch für „erwachsene“ PatientInnen so zu sehen. In der Studie wird außerdem festgestellt, dass die Aufmerksamkeit auf dem Patienten und den Angehörigen liegen muss. („...ein Schwerpunkt des notärztlichen Anforderungsprofils in der psychischen Intervention bzw. der menschlichen Betreuung von Kind und **Angehörigen** liegen...“) Es ist ratsam Angehörigen anzubieten, dass sie bei der medizinischen Behandlung anwesend sind. Dies fördert den psychischen Zustand des Patienten und der angehörigen Person. Es ist auch möglich, dass die Angehörigen gewisse Hilfestellungen leisten. *Gerdts (1997)* merkt zusätzlich an, dass Angehörige dann das Gefühl haben, selbst „alles getan zu haben“. Dies kann dazu führen, dass Schuldgefühlen vorgebeugt wird.

Es ist jedoch zu beachten, dass der generelle Ratschlag, dass Angehörige in Notfallsituation anwesend sein sollen, für viele Fälle modifiziert werden muss.

In einer von *Lasogga und Gasch (1999)* durchgeführten Studie über Herzinfarktpatienten wurde festgestellt, dass die Meinungen die Anwesenheit betreffend, auseinandergehen. So wird auf der einen Seite die Anwesenheit oft als beruhigend erlebt, auf der anderen Seite sind jedoch die Angehörigen in solchen Situationen nervöser als die PatientInnen selbst.

Oft passiert es auch, dass Angehörige den Ablauf des Rettungseinsatzes behindern, zum Beispiel wenn sie im Weg stehen oder besserwisserisch dazwischenreden. So können einige Behandlungsmethoden sehr drastisch wirken, was wiederum zu einer Belastung für die Angehörigen führen könnte. Ein Beispiel wäre hier mit an zu sehen, wie der/die PatientIn intubiert wird.

Wie nun also in solchen Situation über die Anwesenheit der Angehörigen entschieden werden soll, ist schwer zu entscheiden. Manche Rettungsorganisationen geben der Auftrag, grundsätzlich Angehörige bei der medizinischen Behandlung wegzuschicken. Dies ist sicherlich nicht immer der richtige Weg. So sollte deshalb zumindest kurz bei jedem Einsatz darüber nachgedacht und dann auf Grund der Gesamtsituation eine Entscheidung getroffen werden.

Wenn die Angehörigen nun weggeschickt werden, sollte man ihnen eine Aufgabe zuteilen, damit sie beschäftigt werden. Ein klassisches Beispiel hierfür wäre das Suchen der „e-Card“ oder auch das Zusammentragen aller eingenommenen Medikamente. Nach *Lasogga und Gasch (2004)* sollten die Angehörigen in einem

weiteren Schritt alle 10-20 Minuten über den aktuellen Zustand des Opfers informiert werden.

Abschließend sollte man den Angehörigen ein Informationsblatt hinterlassen, wie sie mit dem Opfer in nächster Zeit umgehen sollen und an wen sie sich, wenn sie Hilfe benötigen, wenden können.

Notfallopfer verstorben, Angehöriger anwesend

Für die meisten Hinterbliebenen ist der Tod eines Angehörigen stark belastend. Ein plötzlich eintretender Tod durch schwere Unfälle oder schwere, akute Erkrankungen wie ein Herzinfarkt wirkt häufig belastender als ein Tod, mit dem man gerechnet hat. Nach dem Tod des Opfers sollte der Angehörige in der Regel nicht allein gelassen werden. In der Regel helfen schon Angehörige wie Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde. Ist dies nicht der Fall, sollte professionelle Hilfe herangezogen werden, in Wien wäre dies beispielsweise die Akut Betreuung Wien (ABW). Die Wiener Organisation „Akutbetreuung Wien“ hat die Aufgabe sich um Angehörige nach dem Tod von NotfallpatientInnen zu kümmern. Speziell ausgebildete psycho-soziale Fachkräfte betreuen Betroffene, Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen und Augenzeugen vor Ort in den ersten Stunden nach einem außergewöhnlich belastenden Ereignis.

Ihre Ziele¹ sind:

- Emotionale Stabilisierung
- Wiedergewinnung der Handlungsfähigkeit
- Aufklärung und Unterstützung von Angehörigen, die von dem Ereignis nicht direkt betroffen waren
- Vernetzung zu psycho-sozialen Nachbetreuungseinrichtungen
- Verringerung der akuten Belastung
- Vermeidung von Folgeerkrankungen

In einigen Fällen ist es jedoch von den Angehörigen nicht gewünscht, dass sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, die soll nach *Lasogga und Gasch (2004)* akzeptiert werden.

¹ Vgl. <http://www.wien.gv.at/sicherheit/akut/ziele.htm> Stand 28.05.2008

Eine besondere Situation ist es, wenn der anwesende Angehörige noch nicht darüber informiert ist, dass das Opfer verstorben ist. Dies kann gerade bei Großschadensereignissen auftreten.

Es muss darauf geachtet werden, dem Angehörigen die Todesnachricht in einer geeigneten Umgebung mitzuteilen. Hierbei ist es wichtig sich für die Angehörigen Zeit zu nehmen und ihnen mit Ruhe zu begegnen.

Mit Todesfällen sind auch manchmal Schuldgefühle der Angehörigen verbunden. Es wird von Seiten des Rettungsteams häufig versucht, eine sachliche Diskussion über „Schuld“ und „Nicht-Schuld“ zu führen. Diese Strategie kann ab und zu helfen, aber auch nichts bewirken. Sinnvoller wäre in dieser Situation das „Aktive Zuhören“, welches bereits thematisch behandelt wurde. Gerade in solchen Situation ist das empathische Vermögen des Rettungsdienstpersonals gefragt.

Notfallopfer „verletzt“, Angehörige nicht anwesend

Es kommt häufig vor, dass PatientInnen im Rettungsdienst den Wunsch äußern, ihre Angehörigen zu informieren. Das Überbringen der Nachricht, dass der Patient verletzt oder erkrankt ist, kann auch telefonisch erfolgen, jedoch ist der persönliche Weg zu bevorzugen. Die Mitteilung kann vom Rettungsteam, aber auch von anderer Stelle (von KollegInnen, LehrerInnen, Freunden, usw.) geschehen. In diesem Gespräch sollte der Angehörige informiert werden und ihm, wenn bereits möglich, bekannt gegeben werden, in welchen Krankenhaus der Patient gebracht wird, da der erste Impuls oftmals ist, dass die Angehörigen das Opfer sehen möchten.

Notfallopfer verstorben, Angehörige nicht anwesend

Das Überbringen einer Todesnachricht zählt zu den schwierigsten Aufgaben im Rettungsdienst. Viele SanitäterInnen berichten, dass sie sich trotz jahrelanger Routine nicht an diese Situation gewöhnen können.

Die Literatur ist sehr lückenhaft was das Thema der Überbringung einer Todesnachricht betrifft. *Horn (2005)* beschreibt, dass die Überbringung Aufgabe der Polizei ist, da sie „bei einem Tod im öffentlichen Raum ohnehin Untersuchungs- bzw. Ermittlungsbehörde sei“. Die Mitteilung wird jedoch auch häufig von Ärzten vorgenommen, zum Beispiel nach einer erfolglosen Reanimation. Manchmal müssen auch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte (nach Arbeitsunfällen zum Beispiel) die Todesnachricht überbringen.

Es finden sich zwar einige Publikationen mit Ratschlägen zum Überbringen einer Todesnachricht, es handelt sich hierbei allerdings nicht um empirische Daten sondern um Ergebnisse von subjektiven Erfahrungen. *Lasogga und Gasch (2004)* merken hier sehr treffend an: „Erfahrung ist bekanntlich trügerisch“.

Um zu empirischen Daten zu kommen haben die beiden Autoren, nach dem sie Vorinterviews, Literatursichtung und Diskussionen mit Überbringern durchgeführt haben, einen halbstrukturierten Interviewleitfaden erstellt, mit welchem sie einige hundert Personen befragt haben, die häufig eine Todesnachricht überbringen. Ebenfalls wurden Personen interviewt, die eine Todesnachricht erhalten haben. Auf Grund der Ergebnisse dieser Befragungen wurden Hinweise zum Überbringen einer Todesnachricht aufgestellt.

Kurz zusammengefasst sollte die Mitteilung einer Todesnachricht nur persönlich und nicht etwa über Telefon erfolgen. Es ist ratsam, die Todesnachricht in einer für das Opfer gewohnten Umgebung zu übermitteln. Die Überbringen der Todesnachricht sollte von 2 Helfern durchgeführt werden. Am Besten geeignet sind Psycho-Soziale Nothelfer oder Notfallseelsorger. Das Rettungsteam sollte, wenn möglich, psychologisch Professionelle zuziehen, da sich diese eingehender um die Angehörigen kümmern können und länger für sie Zeit haben, da die Rettungsmannschaft nicht über einen längeren Zeitraum bei den Angehörigen bleiben kann. Außerdem sollte angemerkt werden, dass SanitäterInnen auch keine Ausbildung haben um die Angehörigen psychologisch adäquat zu betreuen.

5.9. „Psychische Erste Hilfe“ in der Ausbildung

In diesem Kapitel soll die Psychische Erste Hilfe in der Ausbildung beleuchtet werden, mit einem Blick auch nach Deutschland, wo ähnliche Probleme wie in Österreich herrschen. Es ist sehr schwer im deutschsprachigen Raum zu Informationen zu kommen, da sowohl in Deutschland wie auch in der Schweiz die verschiedenen Rettungsorganisationen sehr autonom arbeiten und es kaum einheitliche Richtlinien gibt. Im nachfolgenden Kapitel sind alle dem Autor zur Verfügung stehenden Quellen verwendet um einen kurzen Überblick liefern zu können.

Den momentanen IST-Zustand der Ausbildungen im Rettungsdienst sollen nun die nachfolgenden Kapitel für Österreich bzw. für Deutschland zeigen und verdeutlichen.

5.9.1. „Psychische Erste Hilfe“ in der österreichischen Ausbildung

Wie bereits in der Problemstellung am Beginn der Diplomarbeit angesprochen, sind laut Sanitärverordnung in der österreichischen Ausbildung zum/zur RettungssanitäterIn lediglich vier Stunden Psychologie vorgesehen, in der des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin sind es 12 Stunden. Geregelt ist dies in der *Sanitäter-Ausbildungsverordnung Anlage 1, Modul 1 bzw. Modul 2*.

In dem für die Ausbildung zum österreichischen Rettungssanitäters/ zur österreichischen Rettungssanitäterin 700 Seiten dicken Lehrbuch LPN-San Österreich sind zur psychologischen Betreuung von NotfallpatientInnen gerade einmal dreieinhalb Seiten (*Hansak, P.; Petutschnigg, B.; Böbel, M.; Hündorf, H.-P.; Lipp, R.; Veith, J. (Hrsg.) 2003, S. 549-552*) zu finden.

Böbel (2003) weist in diesem Kapitel darauf hin, dass „die Erfüllung oder Nichterfüllung dieser Bedürfnisse (soziale und physiologische, Anm.) ... über Erfolg oder Misserfolg eines Einsatzes entscheiden“ (*Böbel 2003, S. 550*)

Im 760 Seiten umfassenden Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter (2005) ist ein Kapitel über die „Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen“ von Christoph Redelsteiner in einem Ausmaß von sechseinhalb Seiten enthalten.

In dem Basiswerk Rettungsdienst (2004) ist ein Kapitel über die „Psychosoziale Betreuung und Begleitung im Rettungsdienst“ zu finden, welches 6 Seiten umfasst. In diesem Kapitel wird eine sogenannte „Basis-Krisenintervention“ (Basis-KIT) genannt, welche folgendermaßen definiert wird: „... ist eine verantwortete Betreuung in der Akutsituation (direkt während oder „nach“ dem Einsatz) kann (sollte) von jedem Rettungsdienstmitarbeiter (Notarzt, Rettungsassistent, Rettungssanitäter) durchgeführt werden.“ (*Runggaldier, Redelsteiner; von Wittersheim; Schneider; Löb; Müller-Cyran (2004), S. 848*)

Bei Notfällen kann ein Kriseninterventionsteam (KIT) (nach)gerufen werden, welches in Österreich von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, entweder von Organisationen wie dem Roten Kreuz oder, wie in Wien (Akut Betreuung Wien), vom Magistrat verwaltet wird.

5.9.2. „Psychische Erste Hilfe“ in der deutschen Ausbildung

In Deutschland gibt es drei Arten von RettungsdienstmitarbeiterInnen. Die höchste der drei Ausbildungen ist die des Rettungsassistenten, darunter liegt die des Rettungssanitäters und als verkürzte Ausbildung dazu gibt es die des Rettungshelfers. Nur die Rettungsassistentenausbildung ist bundesweit einheitlich geregelt. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter hat zwar eine bundesweit einheitliche Dauer, unterscheidet sich aber in den Inhalten in den einzelnen Bundesländern. Der Rettungshelfer ist eine länderspezifisch unterschiedliche, verkürzte Rettungssanitäterausbildung.

Selbst in der Rettungsassistentenausbildung ist eine genaue Aufgliederung der Stunden gesetzlich nicht vorgegeben, die einzige Grundlage bildet hier der Themenkatalog der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung².

Wie auch aus dieser Ausbildungsverordnung ersichtlich nimmt der Teil der Psychologie bzw. des psychologischen Umgang mit PatientInnen und deren Angehörigen keinen großen Teil der Ausbildung ein. Da auch der Großteil der vorhandenen Literatur zum Thema der psychischen Ersten Hilfe aus Deutschland stammt zeigt sich dass auch hier ein Aufholungsbedarf besteht.

In Deutschland wird die psychologische Unterstützung von NotfallpatientInnen hauptsächlich von der Notfallseelsorge organisiert, dies bedeutet eine starke Einbindung der Kirchen.

Leider war es nicht möglich mehr Informationen zu diesem Thema zu finden, da die Organisation in Deutschland sehr unterschiedlich ist.

² http://bundesrecht.juris.de/rettassaprv/anlage_1_22.html (Stand 9.6.2009)

6. Empirischer Teil – Ergebnisdarstellung

In einem halbstandardisiertem Leitfadeninterview wurden 6 SanitäterInnen und Sanitäter befragt, welche nun im Sinne der „Analyse nach Fragen“ nach *Morse (1998)* ausgewertet wurden. Bei der Auswahl des Rettungsdienstpersonals wurde auf eine homogene Gruppe geachtet, welche aus 4 männlichen und 2 weiblichen KollegInnen bestand. Im Anschluss daran wurde zwei SchulungsleiterInnen von Rettungsorganisationen zum momentanen Ist-Zustand interviewt. Abschließend wurde ein Gespräch mit dem österreichischen Experten und Notfallpsychologen Dr. Clemens Hausmann zum Thema der Psychischen Ersten Hilfe in der Ausbildung geführt. Nachfolgend finden sich die Ergebnisse dieser Befragungen.

6.1. Ergebnisdarstellung Rettungsdienstpersonal

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung mit dem Rettungsdienstpersonal vorgestellt.

6.1.1. PatientInnenumgang

Die Datenauswertung ergab im Hinblick auf die erste Frage „Wie gehe ich mit Patienten und Angehörigen um, wie leiste ich „Psychische Erste Hilfe?“ zwei Hauptkategorien, welche im Anschluss näher dargestellt werden.

BASIS PSYCHISCHER ERSTER HILFE / GRUNDUMGANG

- Höflichkeit
- Respekt
- Gespür über das richtige Verhältnis von Humor und Ernsthaftigkeit
- So behandeln, wie ich selbst gern behandelt werden würde
- Blickkontakt ermöglichen
- Ruhe behalten
- Gute Kommunikation im Team

MÖGLICHKEITEN DER BERUHIGUNG

1.) VERBAL

- Informationen geben
- Keine „schweren“ Themen ansprechen
- Ablenkung
- Mit Namen ansprechen
- Nicht in Fachsprache reden
- Trost spenden
- Leise und beruhigend zu wirken und zu reden

2.) NON-VERBAL

- Blickkontakt herstellen
- Körperkontakt herstellen
- Selbst ruhig bleiben
- Sicherheit vermitteln
- Sich auf die gleiche Blickebene mit dem Patienten zu begeben

Basis Psychischer Erster Hilfe/ Grundumgang

Die Interviews ergaben zum Ersten, dass ein gewisser Grundumgang herrschen sollte, welcher auch in Alltagssituationen anwendbar ist. Es geht um grundsätzliche Muster positiver zwischenmenschlicher Kommunikation, wie sie alltäglich erlebt wird.

Höflichkeit

Im Rettungsdienst sollte im Sinne der Kundenzufriedenheit auf einen höflichen Umgang mit den PatientInnen und deren Angehörigen geachtet werden.

Ein Interviewpartner teilt dies folgendermaßen mit: *„Ja vielleicht war das psychologisch nicht ganz richtig, sondern da war eher gemeint, dass man den Patienten eben mit dem erforderlichen Respekt, Höflichkeit [behandelt, Anm.].“* (Interview 1, Zeile 26)

Respekt

Wichtig ist es auch die Opfer, welche sich in Ausnahmesituationen befinden, mit Respekt und Würde zu behandeln. Eine Rettungssanitäterin drückt dies mit diesen Worten aus: *„Ich probiere die Patienten immer so zu behandeln wie ich gern behandelt werden würde.“* (Interview 5, Zeilen 17-18)

„Gespür“ für das richtige Verhältnis von Humor und Ernsthaftigkeit

Grundsätzlich sind Situationen im Rettungsdienst besonders ernst und kein Spaß. Es handelt sich um Notfalleinsätze, die für PatientInnen und deren Angehörige nicht alltäglich sind und die sie psychisch stark belasten. Daher ist es wichtig die Beteiligten mit „Fingerspitzengefühl“ und Vorsicht anzusprechen. Auch über den Grad der Ernsthaftigkeit sollte man sich Gedanken machen. Oft kann es trotzdem hilfreich sein, durch Humor die Situation zumindest kurzfristig ein wenig zu entspannen. Bei den Interviews kam es darüber zu folgender Aussage: *„Also ins Lächerliche zu ziehen sollte man es nicht, das ist der falsche Weg, man kanns´*

wenns die Situation erlaubt, ein bissl mit Humor nehmen, das kommt aber auch auf die Situation drauf an.“ (Interview 2, Zeilen 24-26)

So behandeln, wie ich selbst gerne behandelt werden würde

Wie das Zitat unter dem Punkt Respekt schon ersichtlich macht, ist es auch von Bedeutung die PatientInnen so zu behandeln, wie man es selbst gerne hätte. Das Rettungsdienstpersonal orientiert sich hiermit an den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen, wie in so einer Situation sie sich den Umgang vorstellen würden.

Blickkontakt ermöglichen

Gerade im Sommer werden bei Schönwetter gerne Sonnenbrillen getragen. Bei Notfalleinsätzen ist ein rascher Vertrauensgewinn von großer Bedeutung für den Erfolg des Einsatzes und die Mitarbeit des Opfers. Daher sollte es ermöglicht werden, den Helfern in die Augen schauen zu können. Das Beispiel mit der Sonnenbrille wird von einer Sanitäterin folgendermaßen geschildert: *„Naja Blickkontakt reicht schon .. also wenn du die Sonnenbrille aufhast, der sieht dich ja nicht. Also ich selber mag's nicht.. und ich denk mir .. wenn der Mensch eh schon in einer Ausnahmesituation ist.. dann kommt einer und will was von dir...“ (Interview 5, Zeilen 17-19)*

Ruhe behalten

Im Grundumgang mit PatientInnen muss beachtet werden, dass diese oft, ob der schwierigen und außergewöhnlichen Situation, aufgebracht sind und sich von ihrem Gegenüber (dem Rettungsdienstpersonal) wünschen, dass diese Ruhe ausstrahlen und wenig Hektik aus der Situation nehmen. Dies äußert eine Mitarbeiterin so: *„Also das Wichtigste ist selber ruhig zu bleiben, eine gewisse Sicherheit zu vermitteln, egal ob man sich jetzt selber sicher ist. Aber für den Patienten muss man immer sicher wirken.“ (Interview 5, Zeilen 24-26)*

Gute Kommunikation im Team

Nur wenn sich Sanitäterinnen und Sanitäter in ihrem Team wohlfühlen, „getrauen“ sie sich mit den Patientinnen zu reden und sie ausführlich zu beruhigen. Oft kommt der Einwand, dass es Sanitäter gibt, die das Ganze nicht interessiert und die nur schnell den Einsatz abwickeln wollen, ohne sich um den Menschen in seiner Ausnahmesituation kümmern zu wollen. Dazu wurde folgendes gesagt: *„... ich glaube wenn man da ein schlechtes Team erwischt dann lernt man das nicht so. Ich hab halt die Erfahrung nicht so, ich bin immer mit Leuten gefahren, mit denen ich mich gut verstanden habe. Und wenn da die Kommunikation passt dann lernt man auch aus dem Ganzen. Aber wenn du mit einem Team fährst zu dem du keine Kommunikation aufbauen kannst oder nicht kommunizieren kannst dann tust du dir relativ schwer weil dann stehst du da und bist irgendwie verloren und tust nur anschaffen und traust dich eigentlich nicht. Du musst dich schon wohl fühlen und wenn man sich im Team wohl fühlt ist man glaub ich auch offener zum Patienten. Und tut sich leichter was auszuprobieren oder mal nachzufragen.“* (Interview 2, Zeilen 56-64)

Möglichkeiten der Beruhigung

Im Folgenden werden die Möglichkeiten zur Beruhigung aufgezeigt, welche das Rettungsdienstpersonal genannt hat. Wir unterscheiden bei diesem Punkt zwischen verbaler Beruhigung und nonverbaler.

Verbal

Informationen geben

Besonders wichtig im Rettungsdienst ist es, den Patienten und seine Angehörigen zu beruhigen, in dem man sie laufend informiert. Dies beginnt bei der bloßen Information wer man selbst ist, welche Funktion man inne hat, welche medizinische Intervention gerade und wozu gesetzt wird, sowie auch simple Dinge wie der Name des Zielkrankenhauses. Dies schildert ein Interviewpartner folgendermaßen: *„... und sagst ihr, dass wir jetzt ins Spital fahren und dass sie dort und da ist und dass wir*

halt dort hinfahren um abzuklären ob alles in Ordnung ist. Und dann hat sie sich eh wieder beruhigt..." (Interview 3, Zeilen 13-15)

Keine „schweren“ Themen ansprechen

Die Wahl des Gesprächsthemas sollte gut überlegt und durchdacht sein. Es empfiehlt sich zum Beispiel nicht über Schuldfragen des Verkehrsunfalls zu diskutieren, da es erstens nicht die Aufgabe des Sanitäters ist und zweitens in dieser Situation auch keinen Nutzen erfüllt. Dazu wurde folgendes erzählt: *„... dass du halt mit Personen die psychisch schon so belastet sind, dass du da halt keine argen Themen anschneidest“ (Interview 3, Zeilen 29-30)*

Ablenkung

Es ist jedoch ein gutes Mittel die PatientInnen und auch deren Angehörigen zu beruhigen in dem man sie ablenkt. Dies kann durch einfache Mittel wie Small Talk oder sonstiges geschehen. Es geht dabei einfach darum, den Patienten auf andere Gedanken zu bringen.

Dazu erzählt ein Sanitäter folgendes: *„Der Schlüssel ist einfach, den Patienten, den man dann führt, der ja ziemlich fertig ist, ihn auf andere Gedanken zu bringen. Ihn irgendwie auch, ich weiß nicht, auf Themen anzusprechen, die nix mit dem Unfall zu tun haben, einfach nur generell ins Reden verwickeln.“ (Interview 4, 28-31)*

Mit Namen ansprechen

In Notfallsituationen, die für das Rettungsdienstpersonal mit der Zeit alltäglich werden, ist es wichtig, die PatientInnen, trotz der immer wiederkehrenden, ähnlichen Einsätze, mit dem Namen anzusprechen. Dadurch fühlen sie sich als Mensch, als Individuum behandelt und nicht als eine „Zahl“, eine „Nummer“, einer von vielen. Dazu sagt ein erfahrener Sanitäter: *„... dass ich versuche, ich habe meistens den Namen oder ich erfrag ihn mir einfach, dass ich ihn mit Namen anspreche.“ (Interview 6, Zeilen 14-15)*

Nicht in Fachsprache reden

Es muss dem Rettungsdienstpersonal von Anfang an klar sein, dass sie ein ausgebildetes, kompetentes, medizinisch-bewandertes Fachpersonal sind, welches sich mit Fachsprache auskennt und diverse Fachausdrücke kennt. Oft ist jedoch zu beachten, dass PatientInnen über kein medizinisches Fachwissen verfügen und schon gar nicht die medizinische Fachsprache beherrschen. Darum sollten die Dinge möglichst verständlich erklärt werden, statt einer „Fraktur“ sollte beispielsweise das Wort „Knochenbruch“ verwendet werden. Dies erklärt ein Interviewpartner so: *„In dem Moment in dem ich reinkomme und mit irgendeinem medizinischen Vokabular um mich herumschmeiße, das bringt nix.“* (Interview 6, Zeilen 18-19)

Trost spenden

Trost zu spenden und zu erhalten ist ein altes Bedürfnis. Anteil an dem Leid eines Opfers zu nehmen, beruhigt den Patienten und die Situation. Es tut dem Notfallopfer gut zu sehen, dass jemand sein Leid und seine Ausnahmesituation versteht und ihm zuhört. Es sollte daher die Aufgabe des Personals sein, den Patienten und seine Angehörige zu trösten. Dies wird so geschildert: *„...wo ich dann versuch zu trösten...“* (Interview 6, Zeile 32)

Leise und beruhigend zu wirken und zu reden

Im Patientengespräch ist es auch wichtig, eine gewisse Ruhe zu vermitteln und auch ruhig und ohne Hektik zu reden. Jeder Form von Nervosität und Unruhe von Seiten des Sanitäters könnte zu einer gesteigerten Panik und Angst des Patienten führen. Dies hängt in weiterer Folge auch mit dem Sicherheitsgefühl und der Kompetenz des Personals zusammen. Folgendes wird dazu gesagt: *„... und ich versuch einmal leise und beruhigend auf ihn zu wirken und zu reden, denn jede Aufregung meinerseits wäre kontraproduktiv als dass ich sie auf den Patienten übertrage.“* (Interview 6, Zeilen 15-18)

Non Verbal

Blickkontakt halten

Um mit dem Patienten in einem Gespräch zu stehen sollte stets Blickkontakt gehalten werden. Hierzu sollte man dem Patienten in die Augen und schauen und ihm auch einen Blick in die eigenen Augen ermöglichen. Dazu sagt eine Sanitäterin folgendes: *„Naja Blickkontakt reicht schon .. also wenn du die Sonnenbrille aufhast, der sieht dich ja nicht. Also ich selber mags nicht.. und ich denk mir .. wenn der Mensch eh schon in einer Ausnahmesituation ist.“* (Interview 5 , Zeilen 17-19)

Ein anderer Kollege erzählt es so: *„Aber gerade im Rettungsdienst ist es sicher, abgesehen vom medizinischen, auch sehr wichtig, mit dem Patienten zu reden, Augenkontakt zu halten.“* (Interview 4, Zeilen 50-51)

Ein anderer Helfer merkt dazu dies an: *„dass ich mit ihm auf einer Ebene bin, dass ich ihm in die Augen schauen kann...“* (Interview 6, Zeilen 12-13)

Körperkontakt herstellen

In Notfallsituationen ist es wichtig, eine Vertrauensbasis mit dem Patienten herzustellen. Dafür sind leichte Körperberührungen durchaus hilfreich um das Opfer zu beruhigen und ihm damit zu signalisieren, dass jemand „da“ ist. Dies wird einerseits so geschildert: *„dann greifst ihr halt einmal auf die Schulter..“* (Interview 3, Zeilen 12-13) andererseits auch so: *„Oft reicht es schon wenn du ihnen die Hand auf die Schulter legst.“* (Interview 5, Zeilen 39-40) und so: *„ich hab auch kein Problem damit wenn ich einmal einen bei der Hand halte.“* (Interview 6, Zeile 15)

Selbst ruhig bleiben

Wie bereits bei dem Punkt „Leise und beruhigend zu wirken und zu reden“ ist es auch non verbal wichtig dem Patienten einen ruhigen und nicht nervösen Eindruck zu vermitteln.

Eine Rettungssanitäterin schildert dies so: *„Also das Wichtigste ist selber ruhig zu bleiben,..“* (Interview 4, Zeile 24)

Sicherheit vermitteln

Durch ein kompetentes und sicheres Auftreten sollte man den Patienten und deren Angehörigen Sicherheit vermitteln. Sie sollen sich „in guten Händen“ fühlen.

„eine gewisse Sicherheit zu vermitteln, egal ob man sich jetzt selber sicher ist. Aber für den Patienten muss man immer sicher wirken“ (Interview 4, Zeilen 25-26)

Sich auf die gleiche Blickebene mit dem Patienten zu begeben

Um mit dem Patienten vertrauensvoll reden zu können, sollte man sich mit ihm auf gleicher Augenhöhe befinden. Ein gutes Gespräch verlangt eine gemeinsam Blickebene um keine Hierarchie wirken zu lassen.

„Das ist einmal dass ich mich zu dem Patienten auf eine Ebene begeben, dass ich mich hinsetze oder hinknie oder egal wie, dass ich mit ihm auf einer Ebene bin, dass ich ihm in die Augen schauen kann...“ (Interview 6, Zeilen 11-13)

6.1.2. Wissensquellen

Die Datenauswertung ergab im Hinblick auf die Frage „Woher nehme ich mein Wissen, wie ich Psychische Erste Hilfe leiste?“ folgende Struktur.

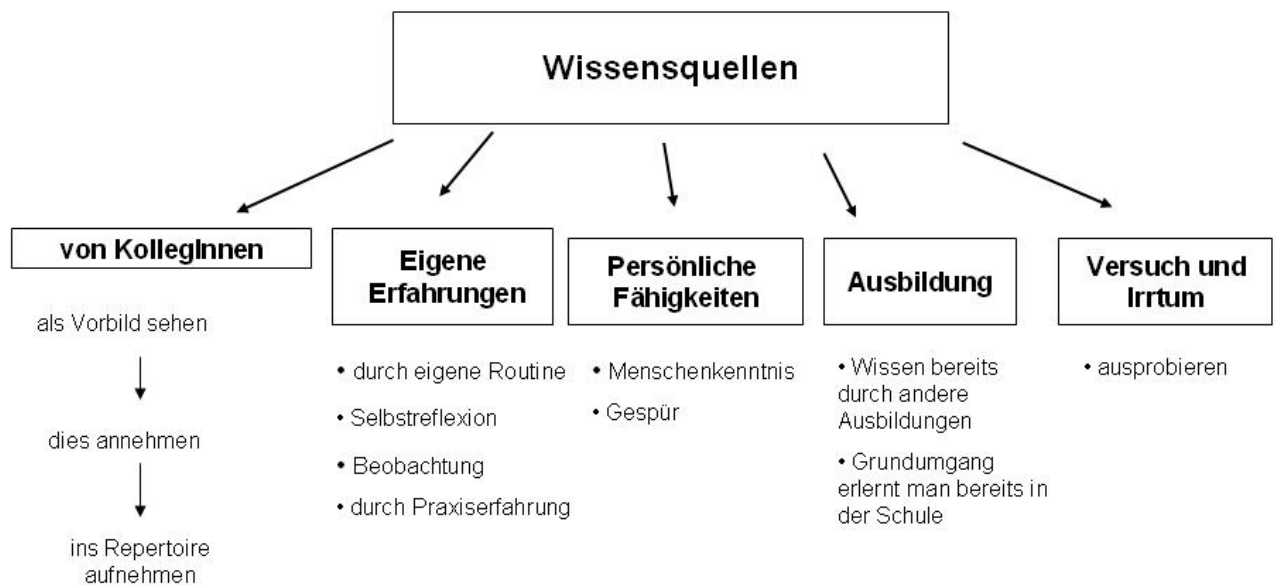


Abbildung 11: Wissensquellen (Bluma 2009)

In obenstehendem Diagramm zeigt sich, dass die Wissensquellen aus 5 Kategorien bestehen. Nun soll Schritt für Schritt näher dargestellt werden, was die einzelnen Kategorien bedeuten und was in die jeweiligen hineinfällt.

Von KollegInnen

KollegInnen dienen in der praktischen Ausübung als wichtige Wissens- und Erfahrungsquelle.

„Als Vorbild sehen“

Als „frischer“ Sanitäter ist es oft sehr hilfreich sich gewisse Tipps zu holen, sie sich abzuschauen oder zu beobachten.

Ein Interviewpartner erklärt dies folgendermaßen: „...mal zuhören wie jemand das macht, der das gscheit macht. [die psychologische Betreuung, Anm.]“ (Interview 1, Zeilen 40-41)

Weiters merkt dieser Gesprächspartner auch an, dass es durch Beobachtung schnell zu erlernen ist: „Ich glaub dass es derzeit schon so ist, dass es in der speziellen Situation, wo ich das 1 zu 1 schon mal ganz gut gehört hab, oder wo ich es halt

glaub, ist vielleicht eh falsch, dass man dann mit offenen Ohren und Augen durch die Gegend schauen muss.“ (Interview 1, Zeilen 49-52)

Weiters wird immer wieder erwähnt, dass diese Betreuung, auf Grund von fehlenden Fortbildungsmöglichkeiten, sich von erfahreneren KollegInnen abgeschaut wird. Dies bekräftigte ein Interviewpartner so: *„Naja teilweise schaut man sich das auch von den Kollegen ab, sicher. Wenn ein Kollege der schon viel länger dabei ist, der geht auch ganz anders mit einem Patienten um als einer der erst zwei Wochen dabei ist oder so. Der ist natürlich schon viel aufgeschlossener, der redet auch mit den Leuten und weiß auch was für Themen man anschneiden kann, auch wenns jetzt nur Smalltalk ist.“ (Interview 3, Zeilen 45-49).*

Bereits in der Ausbildung hat man schon die Gelegenheit, sich es von PraxisanleiterInnen bzw. vom Rettungsteam „abzuschauen“: *„Ja das vielleicht schon aber durch die praktische Ausbildung ist man ja doch 4 Wochen mit einem anderen zusammen und das schaut man sich dann schon ab. Also wenn man da jetzt nicht unbedingt einen Deppen erwischt sag ich mal, dann kann man von denen auch viel lernen. Weil ich hab in meiner Ausbildung von zwei Personen kann ich sagen viel gelernt. Was eben auch das Menschliche betrifft.“ (Interview 3, Zeilen 64-68)*

Eine Kollegin äußert dazu noch dies: *„Am Anfang war es eher so, dass ich mir das abgeschaut hab, es beobachtet hab, wie die Kollegen die das schon viel länger machen, wie sie damit umgehen, wie sie die Patienten beruhigen. Also man lernt das einfach, wie man handeln muss, wie man mit ihnen reden muss, wie ich das angehe, das lernt man.“ (Interview 4, Zeilen 46-49)*

„Dies annehmen“

Im nächsten Schritt geht es darum, dass Beobachtete anzunehmen. Wie hier ersichtlich wird, ist Schritt eins (als Vorbild sehen) Voraussetzung für diesen Schritt (dies annehmen). In den Interviews erzählten die SanitäterInnen dies folgendermaßen: *„Am Anfang abgeschaut und dann hab ich mir überlegt, wie ich die Situation selbst am besten löse.“ (Interview 4, Zeilen 57-58)*

ins Repertoire aufnehmen

Im letzten Schritt haben viele RettungsdienstmitarbeiterInnen das „Erlern“ ins eigene Repertoire aufgenommen. Zum Beispiel folgendermaßen: *„In dem man sich einerseits Dinge die man sieht, die man hört, die man diesbezüglich als sinnvoll erachtet, versucht ins Repertoire aufzunehmen.“* (Interview 1, Zeilen 54-55)

Eigene Erfahrung

Die nächste Kategorie die als Wissensquelle dient ist die „eigene Erfahrung“. Diese ist in mehrere Unterkategorien geteilt, welche nun genauer beschrieben werden.

durch eigene Routine

Das man das Wissen am besten durch eigene Routine erfährt wurde in den Interviews sehr oft genannt. Hier nur ein paar Beispiele: *„Das ist halt die Schwierigkeit, grad wenn so ein schwieriger Einsatz ist, dass man in der Sache so drinnen ist, dass man die Dinge nur durch ganz viel Routine halt kriegt.“* (Interview 1, Zeilen 52-54) Hier noch ein weiteres Beispiel: *„Also das lernt man erst.. die Routine kommt erst mit der Zeit .. Genauso wie bei .. na.. das sonstige Know How dass man halt am RTW (Rettungswagen, Anm.) braucht.“* (Interview 3, Zeilen 37-39)

Selbstreflexion

Auch das Wissen über die eigene Person hilft um mit PatientInnen angemessen umzugehen. Ein Sanitäter erzählt dies so: *„Ich kann eigentlich aus Eigenem sprechen, ich hab in relativ jungen Jahren unter Depressionen gelitten und kann mich dadurch vermehrt, viel vermehrter als ein anderer, in so ein Krankheitsbild hineinversetzen.“* (Interview 6, Zeilen 44-47)

Beobachtung

Auch aus der Beobachtung, wie sich die Situation ergibt, entstehen Wissensquellen über das „richtige“ Handeln.

„das kommt aber auch auf die Situation drauf an“ (Interview 2, Zeile 26)

Durch Praxiserfahrung

Im Laufe der Zeit und von Dienst zu Dienst wird man reicher an Erlebnissen und Erfahrungen. Man lernt durch Erfahrung, durch bereits ähnliche Einsätze, wie man angemessen mit der Situation umgehen könnte. Dies wird auch so erzählt: *„Das ergibt sich dann mit der Zeit, das sind Erfahrungswerte die man sammelt.“* (Interview 4, Zeilen 81-82)

Sich durch Praxiserfahrung Wissen anzueignen wird auch als Alternative zu einem mangelhaften Schulungsangebot genannt: *„Ja sicher, denn direkte Schulungen, wie man das macht, gibt es nicht, man entwickelt das halt nur, wenn man in der Praxis fährt.“* (Interview 4, Zeilen 95-96)

Persönliche Fähigkeiten

Persönliche Fähigkeiten und gewissen Charakterzüge bilden eine weitere Wissensquelle mit mehreren Unterkategorien.

Menschenkenntnis und Gespür

Gute Menschenkenntnis und ein soziales Gespür erleichtert es, solche Situationen zu meistern. Es sagt einem das Bauchgefühl, was zu tun ist. Folgendes wird von einer Sanitäterin dazu gesagt: *„Also ich denke man braucht für solche Sachen Menschenkenntnis, gute Menschenkenntnis und ein bissl ein Gespür. Und wenn man zu dem Einsatz hinfahrt weiß man ja durch die Einsatzcodes ungefähr was einen dort erwarten kann, es kommt teilweise auch anders als es ist, aber ich persönlich überleg mir eigentlich nix, ich mach das aus dem Bauch heraus. Also ich kann Situationen was das psychische betrifft relativ gut einschätzen und find da relativ gut die richtigen Worte.“* (Interview 2, Zeilen 19-24)

Eine andere Kollegin entscheidet auch direkt vor Ort: *„Ich denke mir ja, ich mach viel aus dem Bauch heraus. Da sagen mir die Leute oft im nach hinein, gut gemacht. Ich überleg mir da nicht so viel wie ich den Patienten ruhig bekommen.“* (Interview 5, 37-39)

Ausbildung

Eine weitere essentielle Kategorie der Wissensquellen ist die Ausbildung.

Wissen bereits durch andere Ausbildungen

Eine Sanitäterin, die als Volksschullehrerin arbeitet erklärt dies so: *„Also ich hab immer schon mit Menschen zu tun gehabt. Bevor ich noch als Lehrerein angefangen hab, hab ich schon immer auf Kinder aufgepasst. In der Ausbildung (zur Volksschullehrerin, Anm.) hast halt viel Motivationspsychologie und so dabei. Ich probiere die Patienten immer so zu behandeln wie ich gern behandelt werden würde.“ (Interview 5, Zeilen 34-37)*

Grundumgang erlernt man bereits in der Schule

Außerdem wurde genannt, dass ein gewisser Grundumgang bereits in der Schulausbildung erfolgen sollte: *„Also, vernünftig wäre es schon, aber wie man mit einem Menschen umgeht, das lernt man eigentlich schon in der Schule.“ (Interview 4, Zeilen 101-102)*

Versuch und Irrtum

Die letzte Kategorie bildet der Versuch und Irrtum, das berühmte Trial-Error Prinzip. Es wird einfach die momentane Situation genommen und einfach probiert, was passend wäre.

Dies erzählt ein Sanitäter folgendermaßen: *„Also man lernt das einfach, wie man handeln muss, wie man mit ihnen reden muss, wie ich das angehe, das lernt man. Es gibt sicher einige Leute die das nicht können oder die das nicht wollen. Aber gerade im Rettungsdienst ist es sicher, abgesehen vom medizinischen, auch sehr wichtig, mit dem Patienten zu reden, Augenkontakt zu halten. Und man merkt gleich am Anfang, wie der Patient reagiert, wenn ich merke, er will nicht reden, ist das ok, dann gibt es halt eine Fahrt, wo kein Wort fällt, aber das muss auch ok sein.“ (Interview 4, Zeilen 48-53)*

6.1.3. Anwendungsprobleme

Dieser Punkt zeigt nach Auswertung der Interviews, warum „Psychologische Erste Hilfe nicht immer durchgeführt werden kann und wo die Probleme hierbei liegen.

ANWENDUNGSPROBLEME

- Zeitmangel
- Man weiß nicht, was einen erwartet
- Patientenzustand
- Eigene Laune
- Reaktion des Patienten
- Verständigungsprobleme
- Geduld

Zeitmangel

In schwierigen Notfallsituationen bleibt häufig keine Zeit um mit den PatientInnen bzw. vor allem mit deren Angehörigen ausführlich zu sprechen oder sie zu informieren.

Eine Kollegin schildert dies so: *„Also das Einzige was mir jetzt so spontan einfällt war meine erste Reanimation, aber da war für die Betreuung der Angehörigen keine Zeit weil da haben wir den Patienten versorgt. Und das wars, weil das war, wie so oft, eng, und irgendwie hast halt schauen müssen, dass der Patient stabil ist und du ihn vom 5. Stock ins Auto bringst.“ (Interview 2, Zeilen 10-13)*

Man weiß nicht, was einen erwartet

Die Unkenntnis darüber, was auf einen am Einsatzort zukommt führt zu Problemen bei der Psychologischen Ersten Hilfe. Es ist nicht klar, welche Herausforderungen am Ort des Geschehens auf einen warten und was die PatientInnen vom Rettungsdienstpersonal erwartet.

Dies führt ein Sanitäter so aus: *„zum Beispiel du bekommst B-los (Bewusstlos, Anm.) und der macht dir dann die Tür auf oder du kriegst einen Hundebiss, das haben wir gehabt, und wir sind in eine Tischlerei gekommen und ich hab gesagt „auf welchen Kasten soll ich denn flüchten“ und dann bekomm ich als Antwort "warum denn?", und ich sag "na wo ist denn der Rotweiler" und er sagt wieder "wieso denn?", „na wir haben bekommen einen Tierbiss“ und er antwortet mir "nana, einem Kollegen sind die Holzfasertafeln am Fuß gefallen", also weißt, da vorbereiten, nicht wirklich, ich lass es auf mich zukommen und handel dann relativ spontan.“ (Interview 6, Zeilen 63-70)*

Patientenzustand

Ein weiteres Problem zeigt sich in Situationen, wo demente PatientInnen die Rettung benötigen. Sie haben oft massive Gedächtnis- und Erinnerungsprobleme und nehmen nur kurzfristig Dinge auf.

Ein Kollege schildert aus einem Erlebnis: *„ Ja also das war eine ältere Dame, die war schon ziemlich dement. Die hat halt die ganze Zeit herumgeschrien, also nicht geschrien aber sie hat halt die ganze Zeit gefragt was los ist und auch wenns dir dann schon nach einer Zeit auf die Nerven geht, dann greifst ihr halt einmal auf die Schulter und sagst ihr, dass wir jetzt ins Spital fahren und dass sie dort und da ist und dass wir halt dort hinfahren um abzuklären ob alles in Ordnung ist. Und dann hat sie sich eh wieder beruhigt und nach ein paar Minuten hat das wieder begonnen.“ (Interview 3, Zeilen 10-16)*

Eigene Laune

Selbstverständlich sind Sanitäterinnen und Sanitäter auch Menschen, die bessere und schlechtere Tage erleben. Ihr Gemütszustand ist nicht jeden Tag gleich stabil, er

variiert wie bei jedem Anderen auch. Ein Sanitäter erkennt das Problem und meint jedoch, dass dies nicht der Patient zu spüren bekommen sollte.

Er sagt dies folgendermaßen: *„Ja also mir ist das schon wichtig dass es dem Patienten gut geht. Weil immerhin ist das dein Job und der Patient ist dein Gast. Und auch wenn man einen schlechten Tag hat sollte man das nicht am Patienten auslassen find ich deshalb ist es auch immer wichtig, dass es dem Patienten gut geht.“* (Interview 3, Zeilen 21-24)

Reaktion des Patienten

Es ist natürlich nicht einfach PatientInnen psychologisch zu betreuen. Jeder Mensch reagiert in der Situation anders und es ist nicht vorhersehbar, wie der aktuelle Patient auf das eine oder andere Thema anspricht. In Kapitel 5.7. ist als Hilfestellung eine Typisierung verschiedener Patientengruppen nach Karutz (2003) zu finden.

Ein Sanitäter sagt zu dieser Problematik dies: *„Naja nicht so wirklich außer dass du halt mit Personen die psychisch schon so belastet sind, dass du da halt keine argen Themen anschneidest. Aber so richtig kann mans nie wissen, weil man weiß ja nicht wie der auf Theman reagiert.“* (Interview 3, Zeilen 29-31)

Verständigungsprobleme

Die Kommunikation kann aus unterschiedlichen Gründen zu Problemen führen. Alkoholisierte PatientInnen oder PatientInnen mit Migrationshintergrund, die die deutsche Sprache nicht gut genug beherrschen, erschweren die psychologische Erste Hilfe.

Dies erzählt uns ein Interviewpartner so: *„... es gibt einige Patienten, mit denen man kein einziges Wort reden kann, weil sie entweder nicht deutsch reden können oder weil sie unter Alkoholeinfluss stehen...“* (Interview 4, Zeilen 10-12)

Geduld

Auf Grund des Zeitdruckes haben viele MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes nicht ausreichend Geduld. Sie erleben immer wieder gleiche oder ähnliche Einsätze und

nehmen sich dadurch abgestumpft keine oder nur sehr wenig Zeit um mit den PatientInnen zu reden.

Eine Kollegin kritisiert dies: *„Naja, lass mich kurz nachdenken, prinzipiell ältere Leute. Auf jeden Fall. Weil ganz oft einfach mit denen auf eine Art und Weise umgegangen wird, die so nicht,.. wo sie sich nicht wohlfühlen. Es gibt halt mehr oder weniger ungeduldige Kollegen. Ich denk mir da sollte man vielleicht ein bissl... mit ihr reden und ihr Zeit lassen.“* (Interview 5, Zeilen 9-12)

6.1.4. Umsetzungsprobleme

Nachdem nun aus den Interviews klar erkennbar ist, wie das Rettungsdienstpersonal Psychische Erste Hilfe (PEH) leistet, und wo die Wissensquellen sind, soll anhand der Datenauswertung bei den Umsetzungsprobleme beleuchtet werden, warum die PEH nicht immer (richtig) angewandt wird und wo die Probleme liegen. Nachfolgende Grafik soll uns nun einen Überblick verschaffen.

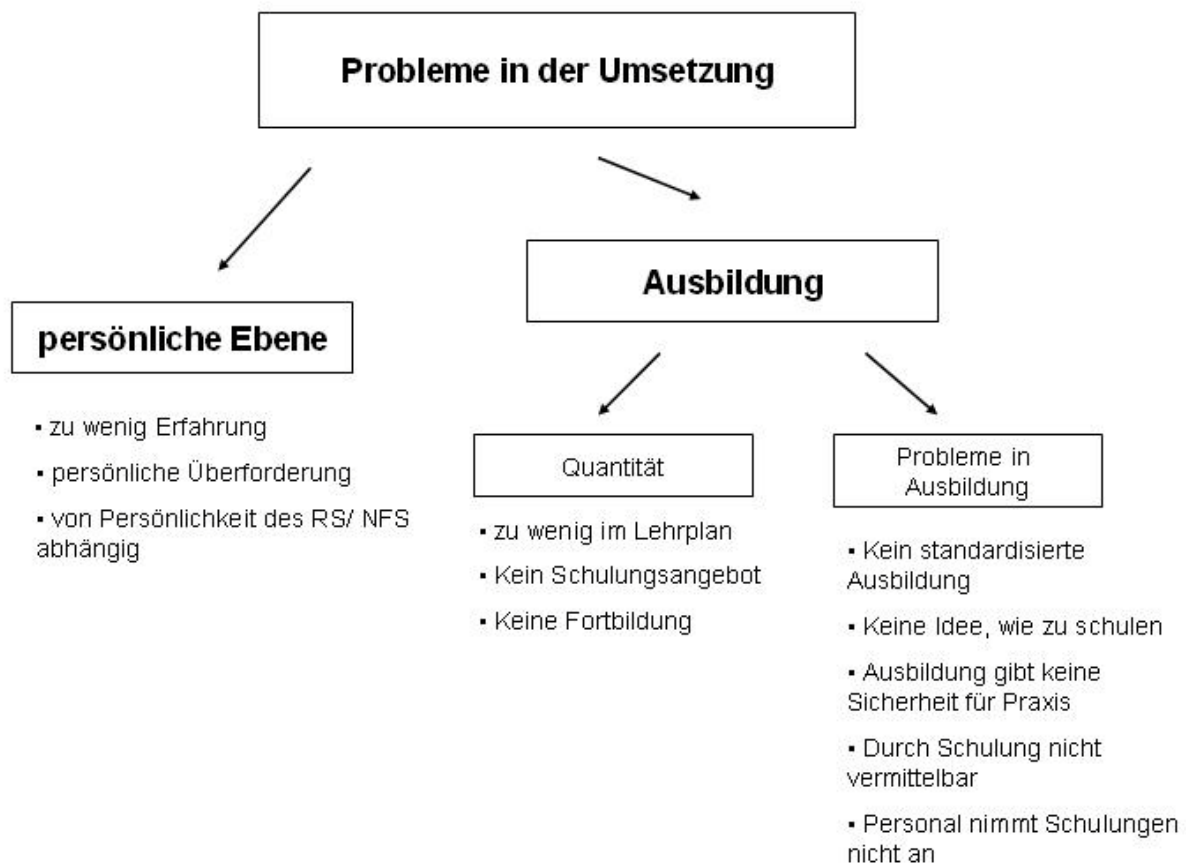


Abbildung 12: Umsetzungsprobleme (Bluma 2009)

persönliche Ebene

zu wenig Erfahrung

Die Probleme bei der Umsetzung von PEH liegen auch auf der persönlichen Ebene. Wie uns ein Interviewpartner mitteilt, ist es so, dass ohne Erfahrung sich die „frischen“ Sanitäter oft nicht trauen mit den PatientInnen oder deren Angehörige über „heikle“ Themen zu sprechen: „*Ein vier Augen Gespräch mit dem Angehörigen was um dessen Angehörigen halt schlecht steht das kann ich von niemandem verlangen der drei Tage aus dem Kurs draußen ist.*“ (Interview 1, Zeilen 73-75)

Persönliche Überforderung

Zu wenig Erfahrung bedingt oft eine Überforderung, und dass man sich schlicht hilflos fühlt. Dies deutet der Interviewpartner folgendermaßen an: *„Da gehören andere Gschichten auch noch dazu. Das kann ich ihm zwar vermitteln aber er wird mit der Situation nicht richtig umgehen können.“* (Interview 1, Zeilen 75-77).

Anschließend bekräftigt er seine Meinung und warnt vor Konsequenzen: *„Weil bevor er einen Schwachsinn macht ist es geschickter er macht garnix. Weil man kommt nämlich ganz ganz leicht, glaub ich, in die Schiene, dass man vor lauter ... vor lauter Angehörigenberuhigung.. – betreuung dem einfach ins Gesicht lügt .. und des is das schlechteste was man machen kann, das ist nicht in Ordnung.“* (Interview 1, Zeilen 77-80)

Abschließend merkt er dann noch einmal an, dass am Anfang die Erfahrung fehlt: *„Und dass man das dann nicht macht und trotzdem in einer Art und Weise mit dem kommuniziert dass das für den aufnehmbar und in Ordnung ist, glaub ich da wäre das zu früh.“* (Interview 1, Zeilen 81-82)

Von Persönlichkeit des RS/ NFS abhängig

In den Interviews wurde ebenfalls genannt, dass trotz Schulungen sehr viel von der Persönlichkeit des Helfers abhängt. Wenn jemanden die PEH von vornherein nicht als notwendig erachtet, er nicht motiviert ist sie zu erlernen und danach in den Einsätzen auch anzuwenden, bringen die besten Schulungen nichts: *„Ich muss sagen, es kommt auf den Typen an. Ich bin ein sehr feinfühlicher, sensibler Mensch, der alles mit 120 % macht. Das ist eigentlich schon ein bissl ein krankhaftes Bild... (lacht) ... aber aus dieser Person heraus von mir selbst bin ich einfach der Typ für sowas. Ich glaub man ist das oder man ist es nicht. Man kann sich zwar ein bissl in die Richtung begeben auf Grund von lernen und Erfahrungen sammeln aber entweder man ist jetzt so oder man ist nicht so.“* (Interview 6, Zeilen 80-85)

Ausbildung

Grundsätzlich liegen die Ursachen der Probleme bei der Umsetzung vor allem in der Ausbildung. Wie in der Grafik ersichtlich teilen sich diese Problemfelder in zwei

Kategorien, nämlich in die Quantität, also die Menge an Ausbildungen, das zur Verfügung stehende Angebot an Schulungen, und die Qualität der Ausbildung. Im Folgenden werden beide Punkte genauer vorgestellt.

Quantität

Zu wenig im Lehrplan

Außerdem wurde noch erwähnt, dass Psychologie generell zu wenig im Lehrplan verankert ist.

Ein Kollege teil uns dies so mit: *„Erstens gehört einmal ein bissl ein Fingerspitzengefühl für so einen Beruf dazu, meines Erachtens und zweitens würde es vermehrt in einen Lehrplan eingebaut gehören.“ (Interview 6, Zeilen 95-97)*

Kein Schulungsangebot

Ein weiteres Problem liegt darin, dass bereits in der Schulung zu wenig auf die psychische Erste Hilfe eingegangen wird. Hier sei wieder zu erwähnen, dass in der Ausbildung zum österreichischen Rettungssanitäter gerade einmal 4 Stunden Psychologie vorgesehen sind, die teilweise nicht einmal unterrichtet werden, wie in einem späteren Kapitel bei der Auswertung der ExpertInneninterviews ersichtlich ist. Die SanitäterInnen drücken diese Problematik so aus: *„...aber irgendetwas dazwischen wo man so Basics mitkriegt, da gibt's einfach kein Angebot und daher gibt's einfach keine andere Möglichkeit als dass man sich das selber irgendwie zusammenpuzzelt.“ (Interview 1, Zeilen 100-102)*

Ein anderer Interviewpartner merkt dies ebenfalls an: *„Ja sicher, denn direkte Schulungen, wie man das macht, gibt es nicht, man entwickelt das halt nur, wenn man in der Praxis fährt.“ (Interview 4, Zeilen 95-96)*

Weiters wurde folgendes genannt: *„das es gibt da zwar irgendwie so Schulungen aber das merkt man sich ja nicht, das müsste viel öfters angeboten werden.“ (Interview 2, Zeilen 38-39)*

Keine Fortbildungen

Ein wesentliches Problem in der Umsetzung liegt nach Auswertung der Interviews in dem mangelnden Angebot an Grundschulungen und Fachfortbildungen bezogen auf das Thema der psychologischen Betreuung von NotfallpatientInnen und deren Angehörigen.

Zwei beispielhafte Aussagen zu dieser Problematik: *„Es ist so wie es so ist momentan der einzig mögliche weil es ja keine .. es gibt nichts, ich muss nachdenken, mir fällt jetzt keine Fortbildung ein die in letzter Zeit angeboten wurde, egal wo, in dieser Hinsicht.“* (Interview 1, Zeilen 93-95)

Die zweite Aussage lautet: *„Und sonst, so direkte Vorbereitung, ich weiß eigentlich gar nicht obs bei uns dazu irgendwelche Fortbildungen gibt...“* (Interview 2, Zeilen 26-27)

Probleme in der Ausbildung

Nach dem Punkt, dass sich die Ausbildung zu wenig mit diesem Thema beschäftigt, geht es in dieser Kategorie nun darum, welche Probleme außerdem vorhanden sind.

Kein standardisierte Ausbildung

Es fehlt dem Rettungsdienstpersonal oft an einem Grundrezept, einem „Schema“, wie PatientInnen in Extremsituationen zu behandeln sind. Die InterviewpartnerInnen sind der Meinung, dass dies das Erlernen dieser Thematik wesentlich erleichtern würde. Ein Auszug aus einer Aussage dazu: *„Es gibt kein Schema wo man sagt, ok das gehört dann irgendwann einmal gemacht, so wie beim Führerschein Schleuderkurs und solche Geschichten.“* (Interview 1, Zeilen 95-97)

Weiters wird dies auch so ausgedrückt: *„Ich glaub auch ganz fest es gibt kein Rezept wie geh ich mit dem Patienten um. Eine Sache die für mich absolut in Ordnung ist und die funktioniert kann bei meinem Kollegen der einfach ein komplett anderer Mensch ist völlig daneben gehen. Der Patient geht dann vielleicht noch höher als er im Moment eh schon aufgebracht ist.“* (Interview 5, Zeilen 48-52)

Keine Idee, wie zu schulen

Oft mangelt es auch an der Idee welche Inhalten man dieser Thematik zugrunde legen und wer diese Lehrinhalten vermitteln sollte.

„nur wüsste ich jetzt nicht wie man das machen sollte“ (Interview 2, Zeile 37)

Ausbildung gibt keine Sicherheit für die Praxis

Für frisch ausgebildete Sanitäterinnen und Sanitäter ist es oft schwer direkt nach der Ausbildung im Fahrbetrieb mit den PatientInnen und deren Angehörigen angemessen umzugehen, da sie in diesem Bezug nicht ausgebildet wurden. Eine Kollegin beispielsweise teilt mit, dass sie sich am Anfang etwas überfordert gefühlt hat: *„Weil so nach der Ausbildung da wird man ja sozusagen ins kalte Wasser gestoßen“ (Interview 2, Zeilen 55-56)*

Durch Schulung nicht vermittelbar

Viele Gesprächspartner sind der Meinung, dass die psychologischen Themen schwer vermittelbar sind, sie können sich nicht vorstellen, ob dies vernünftig gelehrt werden kann. Sie sagen dazu folgendes: *„Na ja viel in der Schulung kann man das nicht machen, dass bekommt man erst durch die praktische Erfahrung mit. Also wirklich in der Schulung.. man kanns oberflächlich vielleicht anschneiden aber so dass es in Haut und Fleisch übergeht .. das dauert.“ (Interview 3, Zeilen 55-57)*

Ein anderer Interviewpartner schließt sich dieser Meinung an: *„Ob man das richtig schulen kann, meiner Meinung nach glaub ich nicht, das muss jeder für sich selbst entscheiden“ (Interview 4, Zeilen 68-69)*

Der gleiche Interviewpartner gibt anschließend noch an: *„Also meiner Meinung nach kann man das nicht wirklich schulen.“ (Interview 4, Zeile 73)*

Personal nimmt Schulungen nicht an

Das Prinzip von Schulungen ist recht einfach. Man vermittelt Lehrinhalte. Doch werden diese nur aufgenommen, wenn sie das Rettungsdienstpersonal auch damit

auseinandersetzt und aktiv am Unterricht teilnimmt. Aus den Interviews ergibt sich, dass solche Schulungen nur Sinn machen, wenn sie auf Freiwilligkeit beruhen.

„Das Problem ist beim Fortbilden und Schulen... ,dass es bei der Person selber liegt ob er es annimmt und wie er es macht. Es gibt nämlich auch genug Kollegen, die sich denken, ok, jetzt mach ich den Dienst, versorge den Patienten so wenig es geht und der Rest ist mir wurscht. So was gibt es auch. Das gibt es auch bei Kollegen, die schon jahrelang dabei sind und vielleicht auch schon Kurse dazu besucht haben.“ (Interview 4, Zeilen 67-72)

Eine weitere Aussage zu dieser Thematik ist diese: *„Wenn dann glaub ich muss so was freiwillig sein. Weil wenn in so einem Seminar einer drin sitzt und sich zurücklehnt und denkt mir ist das egal, dann wird dem der Vortrag auch nix helfen. Das glaub ich schon. Wenn sich einer reinsetzt und sagt, ok ich setz mich da rein vielleicht ist das was für mich dabei was ich mitnehmen kann, dann bringts sicher was.“ (Interview 5, Zeilen 58-61)*

6.2. Ergebnisdarstellung SchulungsleiterInnen

In einem nächsten Schritt wurden zwei SchulungsleiterInnen von österreichischen Rettungsorganisationen zur momentanen Ist- Situation interviewt.

Beiden ist bekannt, dass lauter Sanitärverordnung in der Ausbildung zum Rettungssanitäter / zur Rettungssanitäterin (Modul 1) 4 Stunden Psychologie vorgesehen sind.

Im ersten Interview teilte uns der Schulungsleiter folgendes mit: *„In der Ausbildung zum Rettungssanitäter sind bei mir diese Inhalte nicht vorhanden. Es ist so dass es im medizinischen Teil der Ausbildung einen Teil mit psychiatrischen Notfällen gibt, aber das eigene Unterrichtsfach Psychologie im Rettungswesen wird zur Zeit nicht vorgetragen da es dazu keine Vortragenden gibt.“ (Interview 7, Zeilen 9-12)*

Ihm fehle es an Vortragenden, die sich für diese Zeit in den Schulungssaal stellen und diese Lehrinhalte vermitteln.

Dies drückt er so aus: „Aber grundsätzlich, ja wäre schön und nett wenn ich einen Vortragenden hätte der das machen würde, der auch möglichst Tagesfreizeit hat, dann könnte ich mir das auch vorstellen, aber dadurch dass es schwer ist Vortragende zu finden, nutzen wir die Zeit um praktisch zu üben. Weil die Zeit ist ja doch eher knapp. Wir kommen immer mehr drauf, wie schwer es eigentlich sein muss, dass Leute zu uns kommen zum Rettungssanitäterkurs, die vorher vielleicht nicht einmal einen Führerschein-Erste Hilfe Kurs gemacht haben, Biologieunterricht auch schon recht lange zurück ist, dass sie nicht mehr wissen wie der menschliche Körper funktioniert, und was wir eigentlich von ihnen innerhalb von vier bis neun Wochen von ihnen verlangen. Dass sie das Erlernte sofort können, also von 0 auf 100 in vier Wochen eigentlich ... Da kommen wir immer mehr drauf, dass das eigentlich recht anstrengend ist.“ (Interview 7, Zeilen 114-124)

Gleich im Anschluss nennt er ein weiteres Problem. Die Zweigstelle dieser Rettungsorganisation bildet hauptsächlich Zivildienstleistende (ZDL) aus. Da der Zivildienst auf 9 Monate verkürzt wurde, ist ein Zeitproblem entstanden. Es ist nicht möglich, die Zivildienstleistenden mehr als 2 Monate auszubilden, da sie dann nur noch 7 Monate in den Dienstbetrieb eingegliedert werden können. Es ist natürlich ein Ziel, möglichst rasch die Ausbildung zu erledigen um die Sanitäter lange im Dienstbetrieb halten zu können.

Dies teilt er so mit: „... das Problem was ich nur habe ist, dass wir nur Rettungssanitäterkurse mit Zivildienstleistenden anbieten... diese zum Teil auch recht unter Zeitdruck abgehalten werden müssen, weil die ja irgendwann in den Dienst kommen sollen und nachdem die ja nur noch 9 Monate ZDL sind, und von den neun Monaten dauert schon 2 Monate die Ausbildung und man kann sie dann nur noch 7 Monate in den Dienstbetrieb eingliedern...“ (Interview 7, Zeilen 51-56)

Aus Sicht des Schulungsleiters müssten solche Lehrinhalte auf Freiwilligkeit beruhen. Er sieht keine Möglichkeit, das Personal zu verpflichten, diese Kurse zu besuchen, da sie sonst keine Inhalte mitnehmen würde.

Er erzählt dies folgendermaßen: „... man könnte es einmal ausprobieren wenn sich jemand findet der das machen würde, ich würde aber die Leute dort eher auf

freiwilliger Basis einladen in so einen Kurs, ich halte nix davon dass man die Leute da zwangsverpflichtet. Also wenn da ein Bedarf wäre dass die Leute sagen würden, sie würden sowas machen wollen, ich möchte darüber reden, dann gerne sag ich jetzt einmal, aber ich glaube nicht dass es Sinn macht, Leute dazu zu verpflichten, weil wenn der dort nicht hingehen will, wird er mir dort auch nix erzählen. Das würde nicht viel Sinn machen. Was hab ich dann davon wenn 25-30 Leute von dem Rettungssanitäterkurs dort sitzen und eigentlich nur blödeln, dann bringt es das auch nicht würde ich sagen. Ja aber man kann es gerne mal ausprobieren.“ (Interview 7, Zeilen 57-66)

Weiters führt er an einer späteren Stelle folgendes dazu aus: *„Ja also man könnte es erklären aber die Frage ist ob es dann angenommen werden würde und sie sich es merken würden und es umsetzen würden.. die Garantie kann ich dir nicht geben... Also ich sag einmal so, da würden wahrscheinlich auch zwei Stunden reichen, das wäre kein Problem, wenn man ihnen zwei Stunden lang Basics sagt, rein darauf wie beruhige ich den Patienten.“ (Interview 7, Zeilen 108-112)*

Auch die zweite Interviewpartnerin, ebenfalls eine Schulungsleiterin sieht das Problem der Freiwilligkeit. Sie weiß auch nicht, ob die SanitäterInnen und Sanitäter dies annehmen würden.

Sie drückt dies folgendermaßen aus: *„Es gibt so eine handvoll Leute, für die biete ich auch immer wieder so Fortbildungen an wie Peer oder KIT, der Umgang mit schwierigen Patienten, der Umgang mit Patienten anderer Religionen. Das wird aber relativ wenig angenommen. Das gehört zu den schlecht besuchtesten Fortbildungen. Das gibts wirklich eine Stammgruppe, die kommen immer wieder, von jeder Gruppe ein paar Leute und den Rest interessiert das eigentlich nicht.“ (Interview 8, Zeilen 32-37)*

Auf die Frage, warum diese Fortbildungen so schlecht angenommen werden, antwortet sie dies: *„Ich glaub es gibt dafür zwei Gründe. Das eine ist, dass die best gebuchtesten Fortbildungen die sind, wo sie nichts machen müssen, keine praktischen Teile, keine Gruppenarbeiten, kein Teamwork, nix. Einfach drinnensitzen und lauschen. Auf der anderen Seiten glaub ich doch, dass viele die*

Schulungsnotwendigkeit nicht erkennen. Also ich denke es ist eine Kombination aus den beiden Sachen.“ (Interview 8, Zeilen 74-78)

In den Rettungssanitäterkursen der zweiten Schulungsleiterin werden die 4 Stunden Psychologie von einer Notfallpsychologin unterrichtet. In dieser Zeit steht allerdings die Stressbewältigung für das Rettungsdienstpersonal nach traumatischen Ereignissen bzw. Einsätzen im Vordergrund.

„Also rein vom Gesetz her hast du ja 4 Stunden eine Psychologin wobei die auch sehr auf Stressbewältigung eingeht bzw. das sehr viel unterrichtet. Ansonsten fließt das so in die einzelnen Themen immer wieder ein, worauf hast du .. ich sag einmal.. bei einem Schlaganfallpatienten zu achten, bei einem Blutstillungspatienten zu achten, ein eigenes Thema von Lehrerseite ist es nicht.“

Im Sinne von Fortbildungen würde sie es sehr gerne ausprobieren solche Lehrinhalte gezielter zu vermitteln, sie sieht jedoch ein Problem bei erfahrenen Kolleginnen und Kollegen.

„Also prinzipiell kenn ich schon 2 Notfallpsychologen, ich überlege jetzt natürlich gleich ob das nicht eine Idee für eine Fortbildung ist. Es wäre auf alle Fälle einen Versuch wert, ob es angenommen wird, vor allem von den Jungen. Weil der Alte wird eh nicht herkommen, der wird sich denken er braucht das nicht, er macht das eh seit 30 Jahren. Aber für die Jungen ist das eine Überlegung wert.“ (Interview 8, Zeilen 56-60)

Beide Schulungsleiter würden, wenn das Thema der Psychischen Ersten Hilfe angenommen wird, Zeitressourcen im Stundenplan dafür finden.

Auf die Frage ob Zeit dafür wäre, es am Anfang in den Stundenplan einzugliedern und ob sie es für notwendig halten, bestätigen sie beides.

Der erste Schulungsleiter teilt mit, dass dafür Zeit wäre, er bekräftigt jedoch noch einmal „sein“ Hauptproblem: *„Für dieses Thema auf alle Fälle, und ja mir fehlen prinzipiell die passenden Vortragenden, die sich diesem Thema annehmen sag ich einmal, und für zwei Stunden ein Konzept erarbeiten. Und sich dann hinstellen und*

die zwei Stunden auch wirklich vortragen. Wenn ich sie hätte würde ich sie einbauen, keine Frage. Zwei Stunden mehr oder weniger, ob die Leute jetzt da sitzen, hab ich kein Problem vom Stundenplan her können wirs machen. Aber mir fehlt dafür einfach das Personal.“ (Interview 7, Zeilen 143-148)

Grundsätzliche Dinge sind für beide jedoch sehr wichtig. Sie sind der Meinung dass man diese schon früher gelernt haben sollte und nicht unbedingt Teil der Rettungssanitäterausbildung sein muss.

Sie nennen dazu folgende Beispiele: *„Dass man so Basissachen unterrichtet, dass man zu alten Frauen nicht du sagt und nicht Oma oder so...“ (Interview 8, Zeilen 46-47)*

„Naja wichtig, wichtig schon, Frage ist nur, ob es im Kurs nicht schon zu spät ist, denn ich muss ja nicht nur wissen wie ich mit dem Patienten rede, sondern auch im Privatleben wie geh ich mit Kollegen oder Vorgesetzten oder Kunden um, wie ich mich zu verhalten hab, wie ich mit dem rede. Also wichtig ja, Frage ist ob es rein nur für den Sanitäter auf Patienten zugeschnitten, es sind halt Dinge die man weit früher lernen sollte, im Sinne von Umgang mit den Mitmenschen.“ (Interview 7, Zeilen 89-94)

Der erste Interviewpartner sieht einen Bedarf, dem Personal gewisse Basisregeln näher zu bringen.

Dies erzählt er so: *„Sowas find ich schon wichtig, wahrscheinlich würde es vielen helfen, wenn man ihnen so Basics einmal gibt oder so, dass ich mich halt auf gleicher Höhe mit dem Patienten befinde, dass ich neben ihm hergehe oder so, solche Sachen... das ist sicher, viele wissen es wahrscheinlich garnicht, wie man das tun sollte. Auch dass man mit seiner Stimme für Beruhigung sorgen kann.“ (Interview 7, Zeilen 99-103)*

Beide Interviewpartner erzählen von mit dem Thema der psychologischen Erstbetreuung verbunden, ausbaufähigen Inhalten.

Interviewpartner eins merkt an, dass der Vorzeigeeffekt sehr nützlich sein kann: *„Ja aber man kann es gerne mal ausprobieren. Wie man es dann in der Praxis rüberbringt, ich denke mir wenn ich das gut vorführe wie ich mit den Leuten rede, dann sieht der das. Wenn ich das schon nicht gscheit tue, dann wirds der Praktikant auch nicht tun. Wenn ich aber dem zeige, man kann ruhig und gelassen mit dem reden und braucht keine Hektik und keinen Stress machen, dann wirds der Praktikant unter Umständen auch so machen. Geht leichter und besser wahrscheinlich, aber das liegt wahrscheinlich an den Leuten.“* (Interview 7, Zeilen 65-71)

Die zweite Schulungsleiterin erzählt von einer Schulung, die sie selbst besucht hat und die es erst seit wenigen Monaten in Österreich gibt.

Sie führt dazu folgendes aus: *„Ja, das hieß GEMS und bedeutet Geatric Education for Medical Services, dauert drei Tage. Dabei gehts nicht in erster Linie um die medizinische Versorgung, sondern mehr um das Ganze drumherum. Wie geh ich um mit dem alten Menschen? Also dass ich mich von vorne ihm nähere, weil er vielleicht schlecht sieht, dass ich mich zu ihm auf eine Ebene begebe, nicht auf ihn herunterschaue, dass ich ihn vernünftig anspreche, langsam rede, deutlich rede .. um diese Dinge geht es da.“* (Interview 8, Zeilen 87-92)

Weiters erläutert sie dazu noch von wo der Kurs kommt und wer ihn unterrichtet hat: *„Das waren Rettungsassistenten aus Deutschland, die eben diese Schulung in Amerika gemacht haben und jetzt nach Österreich gebracht haben. Der Kurs hat zwei Tage gedauert und der dritte Tag war der Instrukorkurs, das heißt alle die den Kurs gemacht haben sind jetzt Instruktor in Österreich. Also wir können das Wissen jetzt weitergeben.“* (Interview 8, Zeilen 96-99)

Abschließend nennt sie noch ein Beispiel, wie es in dieser Schulung durchgeführt wurde: *„Ja also wir haben so eine Situation mit Kopfhörern simuliert, damit man sieht wie es ist wenn man schwerhörig ist und zum Teil hatten wir so eine Brille mit ganz dicken Gläsern damit du einmal bewusst ganz schlecht siehst. Das war ganz nett und eine sehr interessante Erfahrung.“* (Interview 8, Zeilen 103-106)

6.3. Ergebnisdarstellung Hausmann

In einem letzten Schritt wurde der österreichische Notfallpsychologe und Autor mehrerer Fachbücher Dr. Clemens Hausmann zu seiner Meinung bezüglich des aktuellen Ist Zustandes, den Soll Zustand, Probleme in der Ausbildung und Möglichkeiten der Schulung befragt.

Zuerst wurde der Notfallpsychologe zur Dauer der psychologischen Inhalte in der Rettungssanitäterausbildung befragt, die laut Sanitätsverordnung 4 Stunden beträgt. Er meint dazu Folgendes: *„Also vier Stunden sind besser als nichts, man kann in vier Stunden Grundsätze vermitteln, dass ist ganz klar, man kann im Rahmen eines Tages, also das sind dann acht Stunden, die wesentlichen Dinge gut vermitteln und auch üben. Und da kann man schon gut was reinbringen.“* (Interview 9, Zeilen 10-13)

Er betont gleich im Anschluss, dass eine kompakte Überbringung von Lehrinhalten essentiell ist und dass danach diese in der Praxis geübt werden sollten.

Er drückt dies so aus: *„Wichtig ist nur dass man sich in dieser Zeit auf die wesentlichen Dinge spezialisiert und nicht bei Adam und Eva beginnt und über den Kosmos der Gefühle und Persönlichkeit und so, sondern wirklich knapp bei dem bleibt was zu tun ist und warum das gut ist das zu tun. Und dann kann man das in vier Stunden diskutieren und in acht oder 12 Stunden kann man das auch in einigen konkreten Situationen durchspielen und dann reicht das denk ich einmal damit das gut vermittelt ist.“* (Interview 9, Zeilen 13-18)

Als Optimum sieht er eine Dauer von 8 Stunden an und belegt dies so: *„Ich hab die Erfahrung gemacht, dass ich mit acht Stunden, also in einem Tag, ein Seminar ein Tag lang, sehr gut die wesentlichen Dinge vermitteln und rüberbringen kann. Also das ist so zwischen vier und zwölf. Mit vier Stunden komm ich nicht so gut zurecht, aber das hat vielleicht mit meiner Gewöhnung zu tun, dass ich einfach acht Stunden gewöhnt bin. Mit vier Stunden kann man einzelne Dinge ansprechen, aber man kann sie nicht wirklich üben oder vertiefen. Sondern dass ist mehr so ein Überblick ...“* (Interview 9, Zeilen 69-74)

In der nächsten Frage betont er die Wichtigkeit „Psychischer Erster Hilfe“ und die möglichen Spätfolgen, wenn diese nicht durchgeführt wird. Er geht einen Schritt weiter und bezeichnet das Unterlassen einer psychologischen Betreuung als Behandlungsfehler, als Defizit.

„Also ich denke das ist ein essentieller Punkt, weil wenn das nicht vorkommt, also wenn in der Ersten Hilfe und in der Sanitätshilfe, kein Augenmerk auf Gesprächsführung, auf Kontakt, auf Beruhigung, auf grundlegende Kommunikationstechniken die da einfach notwendig sind, also wenn das nicht gemacht wird, dann öffnet man eigentlich Tür und Tor für spätere ganz problematische Entwicklungen und das kann im psychischen Bereich zu Störungen kommen. Also das ist so ähnlich wie wenn man unsteril arbeitet. Man kann nicht völlig steril arbeiten aber man achtet doch auch ein bissl auf hygienische Dinge und auf Grundsachen. Und würde das außer Acht gelassen, das wäre echt ein Fehler, ein Behandlungsfehler. Es ist ein Defizit.“ (Interview 9, Zeilen 27-34)

Er betont weiter, dass es wichtig ist, die Lehrinhalte interessant rüberzubringen. Er sieht es als notwendig an, die Dinge anzusprechen, die für das Rettungsdienstpersonal wichtig sind und die sie brauchen. Er spricht davon, handlungsorientiert zu lehren.

Er erzählt dies so: *„Also ich hab die Erfahrung gemacht, ich mach ja auch solche Fortbildungen, und zwar für Nicht-Psychologen. Also ich hab Pflegekräfte aber es sind auch immer wieder ZDL (Zivildienstleistende, Anm.) dabei. Also ich hab die Erfahrung gemacht, wenn man die bei dem anspricht was sie brauchen, dann klappt das. Die erste Frage die ich in solchen Fortbildungen immer stelle ist, für welche Notfälle wollt ihr vorbereitet sein. Und ja dann sagen die das, und darüber reden wir dann. Also da bring ich dann nicht einfach die Theorie mit 17 Powerpoint Folien und 12 Filmen sondern wir besprechen das was für die Personen wichtig ist, wo sie was wissen wollen und praktische Sachen. Nicht die Theorie, sondern praktische Sachen. Je weniger Zeit wir haben desto praktischer muss es sein. Also ich denke Sanitäter sind handlungsorientierte Menschen, die wollen wissen was ich tue, also sagt man ihnen das.“ (Interview 9, Zeilen 43-42).*

Clemens Hausmann ist außerdem der Meinung, dass die psychologische Erstbetreuung ein Teil der Grundausbildung sein sollte.

„Also in der Grundausbildung denk ich gehört das einfach standardmäßig dazu. Also wenn ich mir was wünschen darf wäre das genau das, dass nämlich diese Dinge einfach Standard sind und da frag ich dann auch nicht interessiert euch jetzt das Wundmanagement oder Lagerung oder so .. interessiert euch das .. interessiert euch jetzt wie ich den Helm runtergebe von einem Motorradfahrer. Das macht man einfach...“ (Interview 9, Zeilen 59-63)

Wenn diese Lehrinhalte „nur“ vier Stunden in Anspruch nehmen können, ist der Notfallpsychologe der Meinung, dass die Lehrinhalte dann auch geprüft werden sollten.

Er begründet dies folgendermaßen: *„... aber ich denke dass wenn man vier Stunden macht, dass das dann auch geprüft wird,. Also weil nur dann setzen sich die Leute auch damit auseinander. Bei acht Stunden ist das mit der Prüfung nicht mehr so wichtig weil da ist eh der ganzen Tag.“ (Interview 9, Zeilen 74-77)*

Wichtig für eine gute Schulung ist nicht zuletzt die Gruppengröße: *„Wichtig ist auch die Gruppengröße, dass man da nicht 30, 50 Leute zusammenfasst, das kann man machen bei einem Vortrag, aber ansonsten ist das Üben in kleinen Gruppen wichtig, also so 10, 15 Leute und nicht 30.“ (Interview 9, Zeilen 77-79)*

Auf die Frage nach der Installation eines MentorInnensystems begrüßt er zwar diese Idee, betont aber dass die Grundinhalte davor in einem theoretischen Rahmen übermittelt werden sollen: *„Ja fein, wenn das möglich ist, ist das immer gut. Also wenn es Mentoren gibt oder Praxisanleiter oder irgendsowas, mit denen das nachher noch einmal zu reflektieren, aber das ist nicht die eigentliche Vermittlung. Die Vermittlung sollte schon nochmals grundsätzlich stattfinden denke ich. Und das kann man ja sehr praktisch machen.“ (Interview 9, Zeilen 85-88)*

Auf die Problematik angesprochen, dass die Wichtigkeit der psychologischen Betreuung im Rettungsdienst oft unterschätzt wird, betont Clemens Hausmann die Punkte, die für eine gute, wirkungsvolle Übermittlung notwendig sind.

Er bezeichnet sie so: *„Naja da spielen ein paar Sachen zusammen. Also erstens geht es einmal darum, dass man das einmal hört und weiß was zu tun ist. Und da brauchts griffige Informationen und kein allgemeines Reden über die Psyche. Das ist ein Blödsinn, also wenn jemand mit dem Freud anfangt, das ist alles ein Schmarrn. Ich mein nicht die Sachen selbst, aber das gehört da einfach nicht hin. Sondern ganz konkret und das gibts aber auch. Also das liegt ja vor, es gibt Bücher, es gibt Checklisten. So mit dem fangts an. Dann ist wichtig dass das vermittelt wird in einer Weise mit Rahmenbedingen die das interessant macht. Und das muss dann abgeprüft werden damit man sich auch damit auseinander setzt. Und die vier Punkte für die psychologische Erste Hilfe zu lernen ist ja wirklich nicht schwer. Und die sechs Grundsätze das geht auch noch. Dann gehört es dazu, dass das Ganze von motivierten und kompetenten Vortragenden gemacht wird, klar.“* (Interview 9, Zeilen 102-112)

Er bekräftigt in einem nächsten Schritt auch die Unterstützung der Organisation, die für ein Grundverständnis ihrer MitarbeiterInnen sorgen muss.

Er drückt sich hierbei so aus: *„Dann ist es aber auch wichtig dass das Ganze in der Organisation entsteht. Also dass das einfach klar ist, auch von oben her, "redets mit den Leuten". "Ihr braucht keine langen Gespräche führen aber verwendet auch Worte." nicht nur die Hände auch Worte. Erste Hilfe und Sanitätshilfe ist immer auch Kommunikation. Und wenn ich wen angreife dann ist das auch schon Kommunikation. Also wend ich auch ein paar Worte an. Der sagt was, ich hör ihm zu, ich antworte ihm. Einfach ein bissl ernst nehmen, nicht ein bissl sondern wirklich ernst nehmen und ein bissl drauf eingehen reicht schon. Es geht ja nicht darum, dass man lauter halbe Psychologen hat, sondern die Situation, die ohnehin da ist, aufzugreifen und da halt die richtigen Worte zu finden und die falschen zur Seite zu werfen.“* (Interview 9, Zeilen 112-121)

Zu der Unterstützung der Organisation erzählt er von einem eigenen Beispiel, bei dem die Führungskräfte nicht hinter dieser Thematik standen: *„Aber das Entscheidende ist schon wie letztlich die Führungskräfte aufgeschlossen sind diesen Themen. Wenn der Oberboss sagt das brauch ma nicht, dann ist das gestorben. Ich hab mal einen Vortrag gehalten bei der Feuerwehr, 40 Leute die haben mich eingeladen, über diese Dinge und dann war das fertig, rege Teilnahme, großes Interesse. Zum Schluss kommt der Oberkommandant von denen, nimmt mich auf die Seite, legt mir seine schwere Hand auf die Schulter und sagt wissen sie das war sehr nett aber meine Leute brauchen das nicht. Ich mein was soll ich da machen. Und ich bin auf solche Menschen schon gestoßen, also reale Personen die von diesen Dingen einfach nix wissen wollen. Die sind aber oft in entscheidender Position, irgendwo weiter oben, die sind schon lang dabei, deren Wort hat Gewicht, und wenn die sagen das ist ein Blödsinn oder das brauch ma nicht, dann kann sich das Fußvolk lange bemühen.“* (Interview 9, Zeilen 133-143)

Für die Zukunft sieht er die Entwicklung positiv, er unterstreicht ebenfalls die Wichtigkeit dass die MitarbeiterInnen auch diese Themen einfordern: *„... also ich bin da grundsätzlich auf lange Sicht zuversichtlich. Es ist aber schon wichtig, dass die Leute an der Basis und die Trainer die das dann vermitteln, dass die das dann auch einfordern. Es gibt ja grad bei der Rettung auch das Peer System. Dass die dann sagen, Leute das ist wichtig das hilft uns und wir möchten das jetzt endlich auch in den Schulungen für die Sanitäter und für die ZDL....“* (Interview 9, Zeilen 144-149)

Zum Abschluss erzählt er auch, dass es notwendig wäre in jedem „Erste Hilfe“ Kurs, auch in der Bevölkerung, beispielsweise in dem sechsstündigen Kurs für den Führerschein, die Grundinhalte von PEH zu vermitteln.

Abschließend drückt er dies so aus: *„und letztlich auch für die Ersten Hilfe Kurse die in der Bevölkerung angeboten werden. Da gehört das rein, also ich finde wirklich das gehört überall rein auch wenn der nur ein paar Stunden dauert, zumindest angesprochen sollten sein, die Regeln der psychosozialen ersten Hilfe. Gasch, Lasogga, sie kennen die vier Regeln, das gehört vermittelt, das braucht nicht lang, das ist ein Blatt und das gehör gesagt damit das jeder zumindest gehört hat.“* (Interview 9, Zeilen 148-153)

7. Schlussfolgerung

Ich habe in der Zeit von Oktober 2004 bis September 2005 meinen Zivildienst bei einer Rettungsorganisation absolviert. Nach erfolgter Ausbildung, die überwiegend medizinische Fertigkeiten umfasste, wurde ich als Rettungssanitäter eingesetzt. Schon bei meinen ersten Einsätzen bemerkte ich, dass der psychologischen Betreuung der NotfallpatientInnen und/oder deren Angehörigen kaum Stellenwert eingeräumt wurde. Im Vordergrund stand eine perfekte medizinische und organisatorische „Abwicklung“ des Einsatzes.

Neben meinem Studium setzte ich die Arbeit bei der Rettungsorganisation als ehrenamtlicher Mitarbeiter fort. Einerseits sah ich in dieser Tätigkeit meinen persönlichen Dienst an der Gesellschaft, andererseits bot sie mir die Möglichkeit mich über einen längeren Zeitraum intensiv mit der Thematik der (fehlenden?) „Psychischen Ersten Hilfe“ im Rettungsdienst zu befassen.

Für mich bilden die geeignete Persönlichkeitsstruktur und eine fundierte Ausbildung in Bezug auf die PEH die Basis für eine erfolgreiche und befriedigende Erfüllung dieser Aufgabe. Im Zuge meiner wissenschaftlichen Arbeit wollte ich die Umstände und Praxis der Aus- und Fortbildung in diesem Bereich beleuchten.

Meine Recherchen in der zur Verfügung stehenden Theorie ergaben grobe Mankos in Bezug auf die psychologische Ausbildung im Rettungsdienst. Sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht wurde ein Verbesserungspotential ersichtlich.

In den Interviews mit den RettungssanitäterInnen traten die Unsicherheiten der Befragten in unterschiedlicher Weise zu Tage. Übereinstimmend waren die Aussagen, wonach die diesbezüglichen Lehrinhalte zu wenig und nicht vertiefend vermittelt wurden, Ratlosigkeit herrschte bezüglich praxisbezogener Verbesserungsvorschläge. Der Einstieg in die praktische Arbeit wurde von den meisten als „Sprung ins kalte Wasser“ beschrieben.

Zwei von einander unabhängige SchulungsleiterInnen vertraten die Auffassung, dass die PEH in der theoretischen Grundausbildung vernachlässigt wird und die RettungssanitäterInnen für Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich schwer bis gar nicht zu motivieren sind.

Der interviewte Experte sah im Umgang mit PEH ein Defizit in der gesamten Bevölkerung. Seiner Meinung nach sollte diese Thematik bereits in anderen Erste Hilfe Ausbildungen, wie zum Beispiel im Rahmen der Führscheinausbildung vorgeschrieben, verpflichtend gelehrt werden. Er hält Grundkenntnisse in diesem Bereich in sämtlichen Lebensbereichen für notwendig.

Aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen, der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die dieser Arbeit zugrunde liegen und der Aussagen des Rettungsdienstpersonals, der SchulungsleiterInnen und des Experten komme ich zu dem Schluss, dass die Evaluierung und Reformierung der Aus- und Weiterbildungsmodalitäten in quantitativer und qualitativer Hinsicht wünschenswert wäre. Unabdingbar für die sinnstiftende Berufsausübung als SanitäterIn ist die geeignete Persönlichkeitsstruktur mit Merkmalen wie sozialer Kompetenz, Geduld und Liebe zu den Menschen Voraussetzung um das Notfallopfer und dessen Angehörige nutzbringend und menschlich betreuen zu können.

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit stellt den Versuch dar, das Thema der Psychischen Ersten Hilfe zu thematisieren, auszuarbeiten und Handlungsanleitungen sowie Verbesserungen für die Schulung zum österreichischen Rettungssanitäter zu bieten.

In einem ersten Schritt wurde versucht, das Thema der PEH mit der vorliegenden Literatur aufzuarbeiten und verschiedene, diese Thematik betreffende, Begriffe zu definieren.

Intension war es, Handlungstipps bzw. Handlungsanleitungen für Notfalleinsätze auszuarbeiten, da der Autor zu der Erkenntnis gekommen ist, dass das Wissen um die Regeln der Notfallpsychologie die Arbeit des Rettungsdienstmitarbeiters erleichtert und ein wesentlicher Beitrag zur Entspannung der psychischen Situation des Notfallopfers und dessen Angehörigen ist.

Nach Ausarbeitung der theoretischen Ansätze wurden in einem nächsten Schritt Sanitäterinnen und Sanitäter im Dienstbetrieb zu der momentanen Situation aus ihrer persönlichen Sicht, betreffend die psychologische Betreuung von NotfallpatientInnen im Zuge von Rettungseinsätzen, befragt. Die RettungsdienstmitarbeiterInnen berichteten über ihre Probleme in der täglichen Ausübung ihrer Tätigkeit. Es wurden Vorschläge zu Verbesserung der Schulung und Fortbildung entgegengenommen. Anschließend wurde auch das Wissen über Grundkenntnisse der PEH des Rettungsdienstpersonals abgefragt und die Wissensquellen erruiert. Abschließend wurden die Ursachen für die Probleme in der Umsetzung erörtert.

In einem nächsten Schritt wurden zwei, von einander unabhängige, SchulungsleiterInnen interviewt. Das Hauptaugenmerk bei diesen Befragungen lag darauf, den Stellenwert psychologischer Themen in der Grundausbildung zum Rettungssanitäter zu bestimmen, und herauszufinden wie viele Fortbildungen zu diesem Thema angeboten werden und wie gut diese besucht sind.

Den Abschluss bildet ein Experteninterview mit dem österreichischen Notfallpsychologen und Autor Dr. Clemens Hausmann. Seiner Meinung nach ist die psychologische Betreuung von NotfallpatientInnen ein wichtiger Aspekt der Ersten Hilfe. Sowohl in der Literatur als auch von ExpertInnen und von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern werden Maßnahmen zur Schulung und Weiterbildung gefordert. Clemens Hausmanns Forderung geht soweit, dass Inhalte der „Psychischen Ersten Hilfe“ bereits in Erste Hilfe Kursen für die Bevölkerung unterrichtet werden. Er nennt als Beispiel, die für den Führerschein verpflichtenden, sechsstündigen Erste Hilfe Kurse, in denen Grundinhalte vermittelt werden sollen, wie die unten abgebildete „4-S-Regel“ von *Lasogga und Gasch (2006)*.

Die 4-S-Regel

- Sage, dass Du da bist und dass etwas geschieht!
- Schirme das Notfallopfer von Zuschauern ab!
- Suche vorsichtigen Körperkontakt!
- Sprich und höre zu!

Bereits Jürgen Bengel (2004) stellte fest, dass wir dem heutigen Auftrag im Rettungsdienst nur gerecht werden können, wenn wir neben der medizinischen Hilfe eine situations- und bedarfsgerechte psychologische Betreuung sicherstellen.

In diesem Sinne soll die vorliegende Arbeit dazu dienen, die Thematik der Notfallpsychologie im Rettungsdienst sowie der Psychischen Ersten Hilfe bekannter zu machen und auf ihre Wichtigkeit hinzuweisen. Meiner Meinung nach sollte die psychologische Erstbetreuung von NotfallpatientInnen und deren Angehörigen ein unumgänglicher Grundbestandteil der Ausbildung zum Rettungssanitäter und Notfallsanitäter sein, da dieser sowohl die psychische Verfassung von Notfallopfern stabilisieren kann, als auch die Arbeit der professionellen Helfer erleichtern kann.

Schließen möchte ich mit einem Zitat aus dem Interview mit Dr. Clemens Hausmann, welcher sagt: „Erste Hilfe und Sanitätshilfe ist immer auch Kommunikation. Und

wenn ich wen angreife dann ist das auch schon Kommunikation. Also wend ich auch ein paar Worte an.“ (Interview 9, Zeilen 115-117)

9. Literaturverzeichnis

Bastigkeit, Matthias (Hrsg.) (2005): Können Sie mich verstehen? Sicher kommunizieren im Rettungsdienst. Stumpf und Kossendey Verlag, Edewicht, Wien

Bengel, Jürgen (Hrsg.) (2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2.Auflage, Springer, Berlin

Bengel J., Strittmatter R., Belz-Merk M. (1998): Psychologische Aus- und Fortbildung in Notfallmedizin und Rettungsdienst. In: Notfall&Rettungsmedizin 1998:1, Springer Verlag

Bernhard, P (1995): Schmerzempfindung und Schmerzerleben. In: Brähler, Elmar (Hrsg.) (1998) Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. 2.Auflage, Psychosozial Verlag, Gießen, S.50-61

Böbel, Markus (2003): In: Hansak, P.; Petutschnigg, B.; Böbel, M.; Hündorf, H.-P.; Lipp, R.; Veith, J. (Hrsg.) (2003): LPN-San Österreich. Lehrbuch für Rettungssanitäter, Betriebssanitäter und Bundesheersanitäter, Stumpf und Kossendey Verlag, Edewicht, Wien

Böbel, Markus; Hündorf, Hans-Peter; Lipp, Roland; Veith, Johannes (2006): LPN-San. Lehrbuch für Rettungssanitäter, Betriebssanitäter, und Rettungshelfer, Stumpf und Kossendey Verlag, Edewicht, Wien

Bourauel, Rita (1994): Psychische Erste Hilfe für Laien. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 17 (1994), S. 15-17

Brähler, Elmar (Hrsg.) (1998) Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. 2.Auflage, Psychosozial Verlag, Gießen

D'Amelio, R.; Arconti, C.; Falkai, P.; Pajonk, F. (2006): Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. In: Notfall+ Rettungsmedizin 2 (2006), S. 194-204

Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag, München

Hannich, Hans-Joachim (2004): In: Bengel, Jürgen (2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2.Auflage, Springer, Berlin

Hansak, P.; Petutschnigg, B.; Böbel, M.; Hündorf, H.-P.; Lipp, R.; Veith, J. (Hrsg.) (2003): LPN-San Österreich. Lehrbuch für Rettungssanitäter, Betriebssanitäter und Bundesheersanitäter, Stumpf und Kossendey Verlag, Edewicht, Wien

Hausmann, Clemens (2006): Einführung in die Psychotraumatologie, UTB Verlag, Wien

Hausmann, Clemens (2003): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung, Facultas, Wien

Hausmann, Clemens (2005): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe, Facultas, Wien

Karutz, Harald (2003): Differenzielle Betreuung von Notfallpatienten? Eine Typologie als Diskussionsbeitrag. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 26 (2003), S. 16-18

Kühn, Dietmar.; Luxem, Jürgen.; Runggaldier, Klaus (2004): Rettungsdienst, 3.Auflage, Urban & Fischer Elsevier, München

Lasogga, Frank; Gasch, Bernd (Hrsg.) (2008): Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis, Springer Verlag, Heidelberg

Lasogga, Frank; Gasch, Bernd (2006): Psychische Erste Hilfe bei Unfällen, Strumpf&Kossendey, Edeweicht, Wien

Lasogga, Frank; Gasch, Bernd (2004): In: Bengel, Jürgen (2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2.Auflage, Springer, Berlin

May, Arnd; Mann, Reinhold (2003): Soziale Kompetenz im Notfall. Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst – ein Unterrichtskonzept, Lit Verlag, Münster

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung, UTB Verlag, Wien

Mayer, Hanna (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Facultas, Wien

Milles, Dietrich (1995): Das Unfallparadigma in der Entwicklung des Berufskrankheitenkonzepts. In: Kaupen-Haas, Heidrun; Rothmaler, Christiane (Hrsg.): Industrielle Pathogenität und Krankheit, Sozialhygiene und Public Health, Band 2. Mabuse Verlag, Frankfurt, S.15-28

Montada Leo (1992): Die psychische Situation des Rettungspersonals im Notfalleinsatz. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg) Retten und Helfen über Grenzen hinweg. 7.Rettungskongress des DRK. Eigenverlag, Bonn, S. 291-301

Müller-Cyran, Andreas (2004): In: Bengel, Jürgen (2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2.Auflage, Springer, Berlin

Redelsteiner, Christoph; Kuderna, Heinz; Baubin, Michael (2005): Das Handbuch für Notfall und Rettungssanitäter: Patientenbetreuung nach Leitsymptomen, Braumüller Verlag, Wien

Remke, Stefan (1993): Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 16 (1993), S. 107-108

Remke, Stefan (1993): Wünsche von Unfallpatienten an das medizinische Rettungsteam während der Ersten Hilfe. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 16 (1993), S. 617-620

Runggaldier, Klaus; Redelsteiner, Christoph; von Wittersheim, Hanjo; Schneider, Martin; Löb, Rainer; Müller-Cyran, Andreas (2004) In: Kühn, Dietmar.; Luxem, Jürgen.; Runggaldier, Klaus. (2004): Rettungsdienst, 3.Auflage, Urban & Fischer Elsevier, München

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. UTB Verlag, Wien

Stepan, Thomas (1996): Psychologische Betreuung von Notfallpatienten. In: Rettungsdienst: Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin 19 (1996), S. 39-43

Stepan, Thomas (Hrsg) (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin, 2. Auflage, Stumpf und Kossendey Verlag, Edeweicht, Wien

<http://www.wien.gv.at/sicherheit/akut/ziele.htm> (Stand 26.1.2009)

Einsatzzahlen von administrativem Leiter der MA 70, Wiener Rettung

Informationen zu Ausbildung der Wiener Rettung von Schulungsleiter der Wiener Rettung

Sanitäter Ausbildungsverordnung

<http://www.ris2.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?QueryID=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002916&ShowPrintPreview=True> (Stand 26.1.2009)

http://bundesrecht.juris.de/rettassaprv/anlage_1_22.html (Stand 9.6.2009)

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einsatzzahlen MA 70	9
Abbildung 2: nach Hausmann 2004, S.23	21
Abbildung 3: Phasen des notfallpsychologischen Handelns nach Hausmann 2004, S.25	22
Abbildung 4: Dimensionen der Notfallpsychologie nach Lasogga und Gasch (2004)	23
Abbildung 5: Die zwei Arten von Krisen (Hausmann 2006, S.57)	28
Abbildung 6: Ebenen des Notfall nach Hausmann 2006	31
Abbildung 8: Kommunikationsmodell Abbildung Bluma nach Schulz von Thun (1981)	47
Abbildung 9: Kommunikationsmodell (Schulz von Thun 1984, S.30)	48
Abbildung 10 nach Lasogga und Gasch (2004)	50
Abbildung 11: Wissensquellen (Bluma 2009)	66
Abbildung 12: Umsetzungsprobleme (Bluma 2009)	75

11. Anhang

11.1. Interviewleitfäden

Interviewleitfaden für RettungsdienstmitarbeiterInnen

Wenn du an die letzten Einsätze, die du erlebt hast, denkst, gibt es da irgendeinen der die spontan einfällt, wo du besondere Erfahrungen im Hinblick auf psychologische Betreuung des Opfers gemacht hast?

Wo war der psych. Umgang eine Herausforderung?

Was ist dabei gut gelungen/ was ist nicht so gut gelungen?

Gibt es eine Möglichkeit sich auf solche Einsätze vorzubereiten?

Gibt es ein weiteres Beispiel wo dir die psych. Betreuung besonders schwer gefallen ist?

Gibt es ein weiteres Beispiel wo dir die psych. Betreuung besonders leicht gefallen ist?

Wo denkst könnte ein Ansatz liegen um den psych. Umgang mit PatientInnen zu schulen?

Angaben zur Person:

- ☐ Alter?
- ☐ Geschlecht?
- ☐ Berufserfahrung seit?
- ☐ Hauptamtlich oder Ehrenamtlich?
- ☐ RS oder NFS (NKA, NKV, NKI)

Interviewleitfaden für ExpertInnen (SchulungsleiterInnen)

Wie sehen Sie die momentane Ausbildung zum Rettungssanitäter bzw. zum Notfallsanitäter in Hinblick auf die psychische Betreuung von NotfallpatientInnen?

Können Sie sich Verbesserungen in der Schulung bzw. im Curriculum vorstellen?

Wo liegen Probleme in der Umsetzung des Curriculums?

Denken Sie, dass genug „Psychische Erste Hilfe“ im Curriculum verankert ist, wird es Ihrer Meinung nach ausreichend gelehrt?

Ist es möglich, in den momentan vorgeschriebenen 4 Stunden Psychologie, wichtige Lehrinhalte zu übermitteln?

In welcher Form könnte so etwas übermittelt werden und macht dies auch in Fortbildungen Sinn?

Interviewleitfaden für Dr. Clemens Hausmann (Experte)

Psychische Erstbetreuung in Notfallsituationen

Wie sehen Sie die momentane Ausbildung zum Rettungssanitäter bzw. zum Notfallsanitäter in Hinblick auf die psychische Betreuung von NotfallpatientInnen?

Wie schätzen sie die vorgeschriebene Dauer von 4 Stunden für psychologische Inhalte ein?

Wie wichtig finden Sie die psychologischen Inhalte in der Ausbildung zum Rettungssanitäter?

Wie würde Ihrer Meinung nach das Optimum aussehen, in welcher Dauer und mit welchen Inhalten das Thema der „Psychischen Ersten Hilfe“ behandelt werden sollte?

Wo könnte das Problem liegen, dass zu wenig Wert auf diese Inhalte gelegt wird?

11.2. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Simon Bluma
Geburtsdatum: 29.03.1986
Geburtsort: Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich



Ausbildung:

Seit 10/2005 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Seit 10/2005-12/2005 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien

2004 – 2005: Zivildienstleistender beim Arbeitersamariterbund Gruppe Floridsdorf-Donaustadt

1996 – 2004: Bundesgymnasium Albertgasse, 1080 Wien

Berufliche Tätigkeiten (Auswahl):

Ferialjobs:

- Oktober 2008 Rettungssanitäter beim Arbeiter-Samariterbund Gruppe Floridsdorf Donaustadt
- August 2008 Verwaltungspraktikant im Bundessozialamt und Betreuung der 24-Stunden-Pflege Hotline
- August, September 2007 Ferialjob als Pflegeaushilfe im Hanusch Krankenhaus