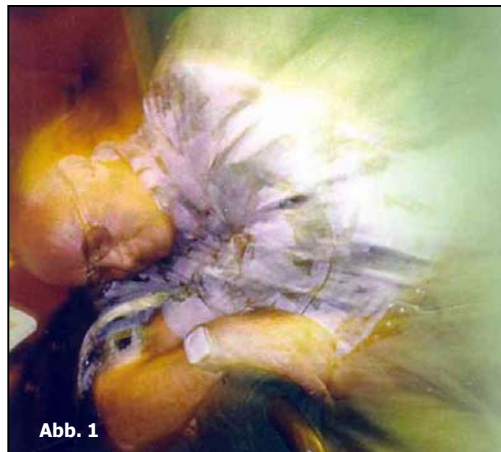


Psychologische Betreuung von Notfallpatienten und deren Angehörige im Einsatz

**Vordiplomarbeit
im
Fach Psychologie**

**Fachbereich Sozialwesen an der
Fachhochschule Fulda**



vorgelegt von
Dieter Rothmann
Kleinlüder

Matrikelnummer:
163183

Erster Referent: **Prof. Dr. Wolf**
Zweiter Referent: **Prof. Dr. Lasch**

Kleinlüder, Januar 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 4
2. Psychologie der Notfallsituation	Seite 5
2.1 Der freie Fall ins Ungewisse – das Erleben einer Notfallsituation.....	Seite 6
2.2 Belastungen des Notfallpatienten aufgrund der körperlichen Schädigung.....	Seite 6
2.3 Der Notfallstress und seine Bewältigung.....	Seite 9
2.4 Psychische Situation und Reaktionen von Unfallpatienten.....	Seite 13
3. Studie über das psychische Erleben einer Notfallsituation	Seite 14
3.1 Rahmenbedingungen.....	Seite 14
3.2 Ergebnisse der durchgeführten Studie.....	Seite 15
3.2.1 <i>Belastende Faktoren</i>	Seite 15
3.2.2 <i>Reaktionen</i>	Seite 18
4. Psychische Erste Hilfe (PEH)	Seite 24
4.1 Definition.....	Seite 24
4.2 Die Notwendigkeit von Psychischer Erster Hilfe (PEH).....	Seite 25
4.3 Regeln zur psychischen Ersten Hilfe.....	Seite 27
4.3.1 <i>Basisregeln für Laienhelfer</i>	Seite 27
4.3.2 <i>Regeln für professionelle Helfer</i>	Seite 28
4.3.2.1 Fahrt zum Unfallort.....	Seite 28
4.3.2.2 Überblick über die Notfallsituation.....	Seite 30
4.3.2.3 Begrüßung und Vorstellung.....	Seite 31

4.3.2.4	Körperkontakt.....	Seite 31
4.3.2.5	Informationen.....	Seite 32
4.3.2.6	Kompetenz.....	Seite 33
4.3.2.7	Gespräch.....	Seite 34
4.3.2.8	Zuschauer.....	Seite 35
4.3.2.9	Psychischer Ersatz.....	Seite 36
4.4	„Todsünden“ im Umgang mit Unfallopfern.....	Seite 37
5.	Psychologische Betreuung von Angehörigen.....	Seite 38
5.1	Reaktionen von Angehörigen beim Erleben einer Notfallsituation.....	Seite 38
5.2	Empfehlungen zum Umgang mit Angehörigen.....	Seite 40
5.3	Strategien zur Vermeidung einer pathologischen Trauer bei Angehörigen.....	Seite 41
5.4	Ausblick.....	Seite 41
6.	Schluss.....	Seite 42
7.	Abbildungen.....	Seite 42
8.	Literaturverzeichnis.....	Seite 42

1. Einleitung

Wussten sie schon ...
dass die Nähe eines Menschen
gesund machen
krank machen
tot und lebendig machen kann

wussten sie schon
dass das Wegbleiben eines Menschen
sterben lassen kann
dass das Kommen eines Menschen
wieder leben lässt

wussten sie schon
dass das Zeithaben für einen Menschen
mehr ist als Geld
mehr als Medikamente
unter Umständen mehr
als eine geniale Operation

wussten sie schon
dass das Anhören eines Menschen
Wunder wirkt

(Wilhelm Willms, gekürzt)

Wilhelm Willms hat schon beschrieben was leider erst sehr spät in der Notfallmedizin erkannt wurde. Denn nicht nur der Körper bedarf der Hilfe, sondern auch die Seele. In meiner Vordiplomarbeit möchte ich dieses Thema näher beleuchten. Bei meiner Tätigkeit als Rettungsassistent bei den Malteser Fulda, werde ich oft mit den verschiedensten schwierigen Notfallsituationen konfrontiert, die eine psychische Betreuung erforderlich machen.

Egal ob es sich um einen Herzinfarkt oder eine Verletzung handelt, das Erleben ist für die Betroffenen und deren Angehörige eine extreme psychische Ausnahmesituation.

Wie kann ein Mensch eine solche Situation meistern? Welche Möglichkeiten stehen ihm zur Verfügung? Welche Hilfe nimmt er überhaupt an? Wie muss eine Hand dargeboten werden, damit sie erreichbar, für den, sich in Not befindlichen Menschen wird?

Dies sind einige Fragen, die ich in meiner Vordiplomarbeit erörtern bzw. denen ich auf den Grund gehen möchte. Der Tatsache, dass das positive psychische Erleben für

Notfallpatienten auch deren physische Stabilität beeinflussen kann, wurde bislang aus verschiedensten Gründen leider noch zuwenig Beachtung geschenkt.

Da es sich um ein sehr großes Themengebiet handelt, habe ich mich in meiner Ausarbeitung speziell auf die **Unfallopfer** und deren Angehörige konzentriert.

2. Psychologie der Notfallsituation

Jeden Tag hören oder sehen wir Schreckensmeldungen im Fernseher oder Radio: *„Frontal-Crash auf der B 27“*, *„Massenkarambolage auf der Autobahn – 15 Verletzte“*, *„17-jährige wollte sich nach Streit mit ihrem Freund das Leben nehmen“*. Sie werden von uns registriert, vielleicht mit einem gewissen Grausen, vielleicht aber auch mit Mitleid für die Notfallopfer und deren Hinterbliebenen. Manchmal fühlen wir uns auch erleichtert, nicht selbst zu den Notfallopfern zu zählen. Meistens wird der Schrecken der Ereignisse schon bald im Alltagsgeschehen vergessen.

Allerdings zeigen uns auch *„Action-Berichterstattungen“*, wie z.B. die Sendung Notruf, dass Unglück nicht nur vergessen und verdrängt wird. Wir Menschen weiden uns regelrecht an dem Entsetzen und dem Leiden anderer Menschen. Dies kann man besonders gut am sogenannten *„Unfalltourismus“* erkennen.

Ähnlich wie das Verbrechen, scheint der Notfall eine faszinierende Wirkung auf uns Menschen zu haben. Es scheint die Mauer um das Zerstörerische und Schreckliche einzureißen, welches trotz aller Versuche der Kontrolle und Disziplin ständig wie ein wildes Tier in uns lauert. Milles hat es einmal so formuliert: *„Es ist die natürliche und menschliche Widerspenstigkeit gegen den Traum technisch unfehlbarer Naturbeherrschung, die sich im Unfall äußert“* (Milles 1995, S. 15).

Selbstverständlich löst der Notfall aber auch sehr häufig spontane Gesten der Hilfsbereitschaft aus. Eine regelrechte Welle der Hilfsbereitschaft überrollt dann die betroffenen Menschen. Sie ist leider meist unkoordiniert und rollt somit oft an den Bedürfnissen der Notfallopfer vorbei.

Ebenso ist auch die Situation des Notfallopfers und sein Erleben Thema psychologischer Betrachtung. Das Notfallopfer befindet sich in einer absoluten Extremsituation, in der es sein Leben in Gefahr sieht. Todesangst, um sich und evtl. seine Angehörigen, rauben ihm oft fast den Verstand. Für das Rettungsdienstpersonal ist es wichtig zu begreifen, dass nicht nur der physisch medizinische Teil relevant ist, sondern auch eine gezielte psychologische Hilfe zur emotionalen Sicherung des Patienten eingeleitet werden muss. Es muss begriffen werden, dass gerade auch die psychische Hilfe in nicht unerheblichem Maße das physische Befinden des Patienten verbessern kann. Leider wird in den Lehrplänen der Rettungsdienstschulen dieses Thema sehr häufig vernachlässigt – oft

sogar ganz weggelassen. „Dafür machen wir lieber Herzkreislauferkrankungen, das ist wichtiger für die Prüfung“. Aber was ist im Rettungsdienstalltag wichtig ? Ist es nicht vielleicht viel wichtiger befähigt zu sein, durch psychologisches Geschick eine Notfallsituation erträglicher und somit positiver für das Unfallopfer zu gestalten ?

2.1 Der Freie Fall ins Ungewisse – das Erleben einer Notfallsituation

„Was ist geschehen ? Bin ich verletzt ? Ist die Verletzung schlimm ? Warum ich ? Was ist mit den Kindern ?“

Dies waren die ersten Gedanken, die durch meinen Kopf rasten, nachdem ich wieder richtig bei Besinnung war. Mein Herz raste und der Magen fühlte sich an, als hätte eine unsichtbare Faust ihn in ihrem stahlharten Griff. Durch den Aufprall des anderen Wagens wurde ich wie in einer Achterbahn hin- und hergeschüttelt, von einem Knirschen und Krachen überwältigt. Ich hatte panische Angst um mich und die Kinder. Mein größter und einziger Wunsch war: *„Nur weg von hier !“*

Dies sind Worte, die ein Unfallopfer wählte, um seine überwältigende Erfahrung zu schildern. Das, woran man fast nie dachte, trat plötzlich ein. Mit brutaler Gewalt wandelte sich plötzlich die Normalität des Seins in ein Chaos und Schrecken. Glück und die Aneinanderreihung von Zufällen, verhinderten oft den nahen Tod. Aus dem Zustand des Gesunden herausgerissen, wird das Unfallopfer plötzlich und ohne Vorwarnung mit Schmerz, Behinderung und anderen körperlichen Beeinträchtigungen konfrontiert.

2.2 Belastungen des Notfallpatienten aufgrund der körperlichen Schädigung

Wie eine erlittene Verletzung psychisch verarbeitet wird, ist von Notfallopfer zu Notfallopfer unterschiedlich. Reaktionen können von der überspitzten Wahrnehmung der Verletzung bis zur vollkommenen Ignoranz führen. Häufig entsteht eine Art *„Mikroskopeffekt“*, bei dem das verletzte Körperteil das gesamte Wahrnehmungs- und Erlebnisfeld des Patienten ausfüllt. *„Mein Bein, mein Bein, was ist nur damit los !“*, alle anderen Situationsaspekte im Umfeld scheinen unscharf und von sekundärer Bedeutung. Es sind jedoch auch andere gegenteilige Beschreibungen von Unfall- und Katastrophenopfern über die Nichtwahrnehmung von Verletzungen bekannt.

Remke zitierte (1994) den Fall einer Mutter, die aus Sorge um ihr Kind die eigene Verletzung durch den Unfall erst bemerkte, als es für sie fast schon zu spät war.

Die Beurteilung der Schwere der Verletzung und somit das Bedrohlichkeitserleben des Notfallopfers wird durch objektive und subjektive Merkmale der körperlichen Schädigung bestimmt. Zu diesen Merkmalen zählen die äußere Sichtbarkeit, die vitale

(lebenswichtige) Bedeutung des Organs, das Schmerzerlebnis und die subjektive Bedeutung des betroffenen Organs.

Die äußerliche Sichtbarkeit einer klaffenden, stark blutenden Kopfplatzwunde kann durch seine optische Wirkung eine echte psychische Bedrohung im Patienten auslösen. Obwohl die Wunde vom medizinischen Standpunkt aus gesehen, keinesfalls lebensbedrohlich sein muss.

Im Gegensatz dazu werden lebensbedrohliche Verletzungen aufgrund ihrer Unsichtbarkeit (z.B. innere Verletzungen) manchmal von Patienten (übrigens auch vom Rettungsdienstpersonal) unterschätzt.

Verletzungen im Gesichtsbereich (z.B. Verlust von Zähnen, größere Platz- oder Schnittwunden u.ä.) werden als besonders traumatisch erlebt. Die Angst für immer entstellt zu sein und damit Attraktivität und soziale Wertschätzung verloren zu haben, können eine tiefgreifende Störung des Selbstwertgefühls hervorrufen, besonders für Jugendliche und junge Frauen.

Eine weitere Quelle von Ängsten ist die Schwere, mit der lebenswichtige Organe betroffen sind. Man spricht hierbei von der vitalen Bedrohung des Organs für das Unfallopfer. Zu spüren oder zu wissen, dass lebenswichtige Funktionen bestimmter Organe nicht mehr intakt sind und somit auch zum Tode führen können, führt zu einer seelischen Erschütterung bis tief in die Persönlichkeit hinein. Ängste, deren Quelle nicht zugeordnet werden können, überwältigen den Patienten. Gleichzeitig herrscht jedoch ein ausgeprägtes Gefühl der Bedrohung vor, das alle anderen Ängste, wie z.B. Todes- und Verletzungsängste überdeckt (Hannich 1987). Der Notfallmediziner und Psychoanalytiker Klapp (1983) bemerkte in diesem Zusammenhang, dass der Ausfall lebenswichtiger Funktionen, sowie der Verlust der Kontrolle der Ich – Funktionen (d.h. die Fähigkeit des Menschen zur realitätsgerechten Situationsbewältigung), den Patienten so stark schwächen, dass er sich „ . . . unvermittelt wieder mit frühesten – zu einem großen Teil nicht mehr einzeln erinnerbaren – Ängsten und Erfahrungen konfrontiert sieht, aus einer Phase, in der es noch keine Worte gab“ (Klapp 1983, S. 28).

Besonders traumatisierend wirken sich Verbrennungen aus. Sie erfassen den Menschen und werden in der Regel bei klarem Bewusstsein miterlebt. Das Unfallopfer mit einer thermischen Verletzung „ . . . sieht z.B. das lodernde Feuer auf sich zukommen und bemerkt, dass seine Kleidung entflammt, er fühlt Schmerzen und erlebt alle Ereignisse nach dem Trauma bei vollem Bewusstsein“ (Fertig 1994, S. 72). Es gibt so starke Verbrennungen (z.B. Suizid durch Ansteckung), dass durch die Schwere der Verbrennung (Verkohlung) des Körpers, große Teile der Schmerzrezeptoren zerstört sind. Somit erlebt der Patient bei vollem Bewusstsein und ohne ein Schmerzempfinden, dass seine Situation hoffnungslos ist. Seltsamerweise sind diese Patienten häufig vollkommen ruhig und schätzen ihre Situation sachlich und nüchtern ein.

Unfallverletzungen der Wirbelsäule oder andere Verletzungen, die zu einer schweren Immobilität der Extremitäten führen können, verursachen beim betroffenen Menschen ein Gefühl großer Bedrohung. Insbesondere auch Verletzungen der Augen.

Die Angst mit einer Querschnittslähmung oder einer lebenslangen Körperbehinderung leben zu müssen, können schon an der Einsatzstelle zu manifesten depressiven Reaktionen führen.

Eine der zentralen Empfindungen nach einer z.B. unfallbedingten Verletzung, ist der plötzlich einsetzende Schmerz. Das Erleben und die Stärke des Schmerzes können die Gedanken und Empfindungen des Notfallopfers voll ausfüllen, daher ist die schnellstmögliche Schmerzstillung eine der dringlichsten Aufgaben der Erstversorgung. Der Schmerz ist nicht nur ein Zeichen für eine erlittene Gewebeschädigung. Da es sich bei einem Unfall um ein seelisch-körperliches Geschehen handelt, wird die Intensität des Schmerzerlebens durch gefühlsmäßige Faktoren stark beeinflusst.

Besonders die Angst spielt hierbei eine große Rolle. Neuroanatomische und elektrophysiologische Studien erklären dies durch die topografische Verflechtung von Angst- und Schmerzzentren bzw. -bahnen. Nach Bernhard (1995) wird Schmerz in der Evolution als die entwicklungs-geschichtlich älteste Reaktionsform auf Gefahr angesehen, Angst als die später einsetzende.

Weitaus häufiger führt bei einem Unfallschock die akut ausgelöste Angst zu einer herabgesetzten Schmerzempfindung bis zur Unempfindlichkeit (Carrière 1983).

Die Angst überflutet den Patienten so stark, sodass der Schmerz nicht wahrgenommen wird. Ebenso führt die Ausschüttung zentralnervöser Endorphine zu einer zusätzlichen Schmerzdämpfung. Somit erklärt sich auch das Phänomen, dass Notfallopfer trotz schwerster Verletzungen keine oder nur wenige Schmerzen empfinden.

Solche Beobachtungen über Schmerzunempfindlichkeit sind bei Soldaten im Kriegseinsatz gemacht worden. Dies ging soweit, dass Amputationen von zerstörten Extremitäten aufgrund von Arzneimittelmangel ohne Medikation im direkten Schock durchgeführt wurden. (Bengel 1997)

Die Persönlichkeitsfaktoren spielen bei der Schmerzempfindung ebenfalls eine wesentliche Rolle. Das Ausmaß der individuellen Angstbereitschaft, der präorbiden Depressivität, der Neigung zur ängstlichen Selbstbeobachtung (Hypochondrie) sowie die Vorerfahrungen mit Schmerzen und deren Bewältigung beeinflussen ebenfalls erheblich das Schmerzempfinden.

Ein weiterer wichtiger Faktor beim Schmerzerleben ist der Grad der „[Informiertheit](#)“ über mögliche Hilfen und Rettungsversuche durch die Hilfskräfte.

Durch das Wissen, dass alles Mögliche getan wird, jemand da ist und Informationen vermitteln kann, hat der Patient das Gefühl, die Kontrolle nicht ganz zu verlieren.

Ebenfalls ein sehr interessanter Aspekt ist die manchmal stark subjektive Bedeutung eines bestimmten traumatisierten Organs.

Nach Gaus u. Köhle (1990) können Körperteile und Organe als „*Quellen von Vergnügen, Stolz und Selbstvertrauen, Hilfen um befriedigende zwischenmenschliche Beziehung aufrechtzuerhalten, Mittel zur Verringerung intrapsychischen Konflikte, Unterstützung des Gefühls des persönlichen Identität, der Stabilität des Körperschemas und der erwünschten sozialen Rolle*“ (S. 1130) dienen.

Schädigungen bzw. Verlust (Amputation) eines symbolisch besonders hoch besetzten Organs oder Körperteils (Finger eines Pianisten oder Chirurgen, Gesichtsverletzungen im Allgemeinen, Geschlechtsorgane usw.), können eine schwer narzisstische Kränkung mit massiven Selbstwertproblematik auslösen.

2.3 Der Notfallstress und seine Bewältigung

Um die psychologischen Anforderungen an den Verunfallten zu beschreiben, bieten sich Erkenntnisse aus der Stressforschung an. Wobei man dabei zwischen Situationsabhängigen Merkmalen eines stressauslösenden Ereignisses und der Charakteristik einer Stressreaktion unterscheiden muss.

In einer Notfallsituation lassen sich nachfolgende stressinduzierte Situationsaspekte identifizieren:

- hohe Intensität,
- Unvorhersehbarkeit/Plötzlichkeit,
- Unausweichlichkeit,
- Zeitliche Begrenztheit des Ereignisses,
- Auftreten oftmals aufgrund äußerer Einwirkungen.

(Bengel 1997)

Besonders die hohe Intensität einer Notfallsituation ist von Bedeutung. Es gibt äußere Reize, die von einer so hohen Intensität sind, dass sie auf jedermann traumatisch wirken. Schon während bzw. unmittelbar nach der Gefahrensituation kommt es zur Aktivierung aller psychologischen und physiologischen Reserven, um sich selbst vor dem Ereignis und seinen Folgen zu schützen.

Während eines Unfalles kann es sein, dass das betroffene und gefährdete Individuum in einen hochgespannten Zustand der Wachheit versetzt wird. Dies führt dazu, dass die Sinnesorgane so aufmerksam sind, dass sich die Eindrücke des Geschehens noch

stärker und genauer in sich einprägen. Die Zeitwahrnehmung ist jedoch so stark verändert, das „*Sekunden als Ewigkeit*“ erlebt werden.

Auf physiologischer Ebene kommt es durch die Aktivierung des vegetativ-endokrinen Systems (Sympathikus) zur Ausschüttung bestimmter Hormone (Adrenalin, Noradrenalin, Nebennierenhormonen). Auf diese Art und Weise wird die gesamte Energiepalette des Körpers dem Notfallpatienten zur Verfügung stellt und ihm die bestmöglichen Voraussetzungen geschaffen, mit der lebensbedrohlichen Situation fertig zu werden.

Die psychische Reaktion ist abhängig von der persönlichen Einschätzung und deren Erleben der Notfallsituation für den Patienten. Hier gibt es ein breites Reaktionsspektrum vom emotionalen „*Totstellreflex*“ über „*normale*“ Notfallreaktionen bis hin zu schweren Erregungszuständen mit Bewusstseinsveränderungen und Desorientierung. Im schlimmsten Falle kann es zu einem Persönlichkeitszerfall kommen. Während des emotionalen Totstellreflexes hat das Notfallopfer jegliche Gefühlsregungen ausgeschaltet. Äußerlich wirkt der Patient ruhig und gefasst und möchte sogar selbst bei der Rettungsaktion helfen. Erst nach der Beseitigung der Gefahr kommt es häufig zu Gefühlen des Grauens und des nachhaltigen Erschreckens. Oftmals äußert sich dieses aufgestaute Gefühl in hemmungslosem Weinen.

Remke (1994) beschreibt sogenannte „*normale*“ psychophysische Notfallreaktionen, welche für die Mehrzahl der Notfallopfer zu verzeichnen sind. Zu diesen Reaktionen zählen Zittern, Schwitzen, schwache Beine, Übelkeit, Harndrang, bleierne Müdigkeit und innere Spannung. Da sie nicht wissen, wie sie sich in der bestehenden Situation verhalten sollen, wirken sie desorientiert und verwirrt. Auch wenn sie unverletzt sind, sitzen oder stehen sie passiv an einem Ort, ganz mit den eigenen Emotionen beschäftigt oder irren völlig ziellos umher.

Häufig ist dies bei Großschadensereignissen zu sehen, wo das Erlebte und Gesehene selbst von Unverletzten so traumatisierend wirkt, dass sie oft von den Rettungskräften regelrecht eingefangen werden müssen. Dieser Zustand dauert häufig nur wenige Minuten, kann jedoch auch wesentlich länger anhalten.

Die Einsatzkräfte haben hierbei eine besondere Bedeutung, da sie diese Zeit extrem verkürzen können. Meist direkt nach der ersten medizinischen Versorgung und auch psychologischer Hilfeleistung finden die Patienten den Halt wieder. Allerdings kann es durch das Erlebte zu regelrechten psychischen Ausnahmezuständen für den Patienten kommen. Diese können sich in überstarken motorischen Erregungszuständen, bis hin zu explosiven Ausdrucksformen (z.B. panisches, kopfloses Verhalten usw.) und sogar psychogener Blindheit oder Taubheit äußern.

Fallbeispiel

„Er kann die körperlichen Zeichen der Angst nicht länger zurückhalten: Schweißausbrüche, Tremor, Ruhelosigkeit, schneller Herzschlag, kurzes Atmen treten auf. Seine Gedanken und Urteilskraft sind beeinträchtigt, seine Handlungen willkürlich und schlecht kontrolliert, neue Aktionen werden vor Abschluss bereits begonnener Handlungen aufgenommen. Er nimmt kaum wahr, was er tut. In Panik rennt der Mensch wild herum, lacht, schreit und weint abwechselnd in rascher Folge. ... In einigen Fällen folgen stupor- und komaähnliche Zustände dem Höhepunkt der Panik“

(White 1956, S. 207-208)

Bei Notfallopfern, die aufgrund ihrer schweren Verletzung ihre aufgestauten Emotionen nicht durch motorische Möglichkeiten wie Herumlaufen kompensieren können, kann es zu unkontrolliertem Schimpfen kommen. Gleiches gilt insbesondere für alkoholisierte Patienten, speziell beim Eintreffen der Rettungskräfte und der Polizei: *„Was wollt ihr denn hier, ich hab euch doch gar nicht gerufen“*. Dies kann auch zu Gewalttätigkeiten von Seiten des Alkoholisierten führen, der so seine aufgestauten und nicht verarbeiteten Gefühle kompensieren will.

Das Notfallopfer befindet sich während des Ereignisses in einer asymmetrischen Beziehungskonstellation zu seiner Umwelt. Während der Verletzte selbst krank, hingestreckt, schwach, hilfsbedürftig, abhängig ist, treten ihm die anderen Helfer gesund, aufrecht, stark, hilfsbereit und unabhängig entgegen. Die Erfahrung des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit (Ohnmacht) lasten schwer auf dem Patienten. Das Angestarrt werden durch Schaulustige, das Wartenmüssen auf Rettung, die Unmöglichkeit, die Körperposition zu verändern (z.B. bei Einklemmung), die Unfähigkeit, sich zu verständigen usw. tragen zu einer vorher nie erlebten Hilflosigkeit bei.

Der erlittene Kontrollverlust ist ein weiterer Verursacher für Angst und psychophysischer Aktivierung. Fragen wie *„Was wird aus mir ?“*, *„Werde ich überleben ?“*, *„Werde ich sterben ?“*, *„Was wird aus meiner Familie, meinem Geschäft, meinem Beruf ?“* werden unter anderem als besonders peinigend empfunden. Auch wenn diese Fragen nicht direkt gestellt werden, muss man davon ausgehen, dass der Wunsch sie zu stellen doch vorhanden ist. Mit der Abnahme der Ungewissheit bekommt der Patient zumindest subjektiv das Gefühl der Kontrolle, sodass Angst- und Stresserleben reduziert werden. Aus diesem Grunde muss daran gedacht werden, dass die Aufmerksamkeit des Patienten voll auf dem Rettungsdienstpersonal, dem Notarzt und deren Gespräche und Aussagen ruht. Hierbei sei erwähnt, dass auch die Patienten die vermeintlich nichts mehr mitbekommen, häufig noch vieles aufnehmen.

In einer Notsituation bewusstlose Menschen berichteten, dass sie sich noch an Dinge, die über sie oder um sie herum geschahen, erinnern können. Dies führt dazu, dass insbesondere bei Bewusstlosen darauf zu achten ist, dass die gleichen Regeln eingehalten werden wie bei einem Bewusstseinsklaren Patienten.

Gerade diese Patientengruppe ist auf eine einfühlsame psychologische Führung angewiesen. Sie erfährt in den meisten Fällen jedoch genau das Gegenteil, indem sie zum Objekt der medizinischen Behandlung unter Ausschluss jeglicher personenbezogener Perspektive wird. Der Grund hierfür ist, die in der klinischen Praxis weit verbreitete Meinung, dass fehlendes Reaktionsvermögen mit Empfindungslosigkeit gleichzusetzen ist. Befunde aus Forschung und Klinik haben aber festgestellt, dass man *„...aus dem Verlust prüfbarer Hirnleistungen keinesfalls den Schluss ziehen darf, dass bei dieser Bedingung sämtliche Faserverbindungen mit sämtlichen kortikalen Arealen unterbrochen sind. Vielmehr muss immer ein elementares Bewusstsein bei Patienten angenommen werden, welches im Sinne des passiven Erlebens wirksam ist“*

(v. Cramon 1979, S. 84).

Beispiel dafür ist das sogenannte Locked-in-Syndrom (die Unfähigkeit, sich trotz erhaltenem Bewusstsein sprachlich oder durch Bewegungen spontan verständlich zu machen) infolge von Hirnstammläsionen (Plum u. Posner 1980).

Kurz gesagt: *„Auch bewusstlose Patienten können noch wahrnehmen“.*

Insofern ist es wichtig **mit** dem Patienten und nicht **über** ihn zu reden, damit es erst gar nicht zu Missverständnissen durch evtl. aufgefangene Wortfetzen kommen kann. Auch die Mimik und Gestik der Helfer, werden vom Notfallpatienten beobachtet und interpretiert, um mehr über seinen Zustand herauszubekommen. (Hannich 1987)

Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, dass die Kommunikation zwischen Patient und Rettungsdienstpersonal sich meist nur auf direkte medizinische Maßnahmen beschränkt, um z.B. den Bewusstseinszustand herauszubekommen.

In diesem Zusammenhang liegt es nahe, dass beschriebene Verhalten des Rettungspersonals als einen Versuch zu interpretieren, sich angesichts von emotional überwältigenden Situationen vor allzu großem Betroffensein zu bewahren und damit die eigene Handlungsfähigkeit zu sichern.

Fallbeispiel

Eine Patientin die Initial bewusstlos und auffallend durch ausgeprägte Erregungszustände war, wurde nach einem schweren Verkehrsunfall auf die Intensivstation eingeliefert. Die psychophysische Aktivierung konnte trotz ausgiebiger Sedierung und Analgetikagabe kaum beherrscht werden.

Nach dem Aufwachen aus der Bewusstlosigkeit berichtete sie von einem Gespräch am Unfallort, in dem das Rettungspersonal sich über die zu erwartende Querschnittslähmung

eines Unfallopfers unterhielt. Obwohl sie nicht gemeint war, bezog die Patientin das Gespräch auf sich. Aufgrund ihrer Bewusstlosigkeit war sie nicht in der Lage, ein realitätsgerechtes Bild über ihren Zustand zu entwickeln, sondern wähnte sich in dem Glauben, ihre Bewegungsfähigkeit verloren zu haben. Erst nachdem sie über ihren körperlichen Zustand umfassend aufgeklärt worden war, stellte sich eine allmähliche Beruhigung ein. (Bengel 1997, S. 15-16)

Ein solches zusätzliches und unnötiges Trauma wäre sicherlich zu vermeiden gewesen, wenn die bewusstlose Patientin wie ein wacher Mensch behandelt worden wäre. Die Anwendung dieser Regel, einen bewusstlosen Patienten wie einen wachen zu behandeln, ist nicht als eine „*humane Verzierung*“ zu verstehen sondern eine Notwendigkeit auf die nicht verzichtet werden darf.

2.4 Psychische Situation und Reaktionen von Unfallpatienten

Nach Erhebungen gab es im Jahre 1994 8,7 Millionen Unfallverletzte. Wovon 0,52 Millionen im Straßenverkehr und 2,3 Millionen an der Arbeitsstelle verletzt wurden. Mehr als 4,6 Millionen Verletzte wurden bei Unfällen im Hausbereich oder während der Freizeit registriert. Obwohl diese Zahlen sehr hoch sind und somit die Häufigkeit eines Unfalles relativ hoch ist, liegen bis jetzt kaum Untersuchungen über die psychischen Reaktionen von Unfallopfern vor (Linde 1994, S. 73).

Der materielle Schaden ist bei Unfällen relativ leicht zu erfassen. Häufig wird der Einsatz von der Polizei und den Medien bagatellisiert wie z.B. „*Dabei entstand ein Sachschaden von 50.000 DM*“ oder „*Es entstand ein erheblicher Sachschaden*“. Auch können die erlittenen körperlich Schäden relativ einfach diagnostiziert und dargestellt werden („*Fraktur im linken Unterschenkel mit einer leichten Gehirnerschütterung*“).

Schwierig ist es jedoch, die psychischen Folgewirkungen festzustellen. Sie können vom einfachen Akzeptieren der Situation bis hin zu „*Todesangst*“ und Suizidgedanken führen. Alle diese Reaktionen wie Gelassenheit, Ärger, Todesangst oder Suizidgedanken können sofort nach dem Unfall auftreten oder aber mit zeitlicher Verzögerung (z.B. nach dem Erfassen der entgangenen Todesgefahr). Die auftretende Angst kann geradlinig erlebt und langsam abgebaut werden, kann sich aber auch in einem anfallsartigen Verlauf mit zeitweise panischen Angstattacken darstellen, in denen das Unfallopfer z.B. nachts schweißgebadet aufwacht.

Leider liegen z.Zt. kaum Erkenntnisse darüber vor, ob bestimmte Voraussetzungen oder Dispositionen bei Unfallopfern dazu führen, dass die Reaktionen auf einen Unfall trotz ähnlicher Rahmenbedingungen derartig unterschiedlich ausfallen.

Genauso unklar ist auch, ob es typische Reaktionen auf Unfälle gibt, ob bestimmte Reaktionen verstärkt auftreten und ob es bestimmte Verläufe bei den Reaktionen gibt. Unfallpsychologische Fragestellungen befassen sich derzeit noch überwiegend mit Problemen der Verkehrssicherheit, jedoch nicht mit der Situation des Unfallopfers.

3. Studie über das psychische Erleben einer Notfallsituation

Um über das psychische Erleben einer Unfallsituation und deren Folgen allgemeine fundierte Erkenntnisse zu gewinnen, wurde in einer Studie versucht, einige Parameter zu ermitteln und darzulegen. Die Ergebnisse und Rahmenbedingungen für diese Studie wurden in der zur Verfügung stehenden Literatur (Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, J. Bengel, S.25-37) wie folgt dargestellt.

3.1 Rahmenbedingungen

In dieser prospektiven Studie wurden 152 Verkehrsunfallopfer zu ihren unmittelbaren Reaktionen während des Unfalls und in den ersten Tagen nach dem Unfall sowie innerhalb des darauffolgenden halben Jahres befragt. Diese Patienten hatten bei Verkehrsunfällen Knochenbrüche erlitten und mussten stationär im Krankenhaus behandelt werden. Mittels eines halb standardisierten Interviewleitfadens wurden über 100 Personen interviewt, die häufig mit derartigen Unfallsituationen umgehen und intervenieren müssen. Außerdem wurden über 60 Unfallopfer mit einem halbstandardisierten Interviewleitfaden hinsichtlich ihrer Reaktion, ihrer Emotionen, Gedanken und ihres Verhaltens nach einem Unfall befragt. Um diese Befunde zu ergänzen, wurde auch ein Personenkreis befragt, der nicht in Erster Hilfe ausgebildet ist, aber trotzdem häufig in Situationen gerät, in denen Erste Hilfe notwendig ist. Dazu gehören beispielsweise Lehrer, Mitarbeiter der Bahnhofsmission, Angestellte in Freizeitparks und Altenpflegepersonal. Hinsichtlich der Reaktionsweise von Patienten wurden außerdem 10 Ärzte interviewt, die eine furchterzeugende Diagnose (wie Krebs) mitteilen mussten, sowie 10 kirchliche Mitarbeiter, die eine schlechte Nachricht, meistens eine Todesnachricht, überbringen mussten. Auch wurden noch 10 Personen, die eine schlechte Nachricht erhalten hatten, befragt.

3.2 Ergebnisse der durchgeführten Studie

3.2.1 Belastende Faktoren

Allgemein ist die Situation eines Unfallopfers dadurch gekennzeichnet, dass viele belastende Faktoren gleichzeitig oder kurz nacheinander auf das Unfallopfer einwirken. Zunächst einmal haben Faktoren einen Einfluss, die im Unfall selbst liegen, wie:

- Art und Schwere des Unfalls,
- Art und Schwere der Verletzung,
- Betroffenheit von Angehörigen,
- Anzahl der am Unfall Beteiligten,
- Tote.

Generell kann festgestellt werden, dass je stärker (intensiver) diese Faktoren ausgeprägt sind sich die Situation für das Unfallopfer um so schlimmer darstellt. Die erlebte Belastung hängt jedoch nicht nur von objektiven Faktoren ab. Es kann nicht gesagt werden, dass in jedem Fall ein Unfallopfer mit starken körperlichen Verletzungen die Belastung als stärker empfindet als eine Person mit geringen oder gar keinen Verletzungen. Die subjektive Realität des Erlebens einer Notfallsituation ist damit ebenso bedeutsam für die Reaktion und die psychische Verarbeitung wie die objektiven Gegebenheiten.

Kontrollverlust und Soziale Hierarchie

Unfallopfer fühlen sich für kurze oder längere Zeit hilflos und nicht mehr Herr der Lage. Dies betrifft besonders Menschen, welche z.B. in ihrem beruflichen Alltag große Verantwortung (Manager) für andere haben und immer „Über allem“ stehen. Sie können den Verlauf der Ereignisse nicht mehr kontrollieren.

Während des Unfalls selbst sind ihre Einflussmöglichkeiten äußerst eingeschränkt. Nach dem Unfall beeinflusst u.a. die Schwere des Unfalls die Möglichkeit der Kontrolle. Dieser Kontrollverlust und die Einschränkung der Handlungsfreiheit wird als sehr unangenehm erlebt und kann zu negativen Reaktionen (Reaktanz) führen. Unfallopfer sind deshalb häufig darum bemüht, auch in schlimmen Situationen noch in irgendeiner Weise die Situation kontrollieren zu können.

Unterbrochene Handlung

Menschen sind auf dem Weg zur Arbeit, nach Hause, zur Verabredung, reparieren etwas in der Wohnung, planen gerade den nächsten Urlaub oder wollten einem anderen Menschen noch etwas ganz wichtiges sagen, bevor sie verunglückten. Diese Handlungen werden unterbrochen und können zunächst nicht zu Ende gebracht werden. Bereits in den 20er Jahren vermutete bereits Lewin, dass das Unterbrechen einer Handlung, bzw. das nicht Ausführen, zu einer Spannung führt. Diese Spannung und Unruhe könne erst durch die Wiederaufnahme der Handlung oder einer Ersatzhandlung beseitigt werden. Unterbrochene Handlungen werden auch später häufig noch stärker erinnert.

Zuschauer

Zuschauer werden meistens von Unfallopfern als sehr unangenehm empfunden. Die Tatsache wehrlos, evtl. nackt zu sein und so von anderen Menschen gesehen zu werden, verstärkt das Gefühl der Hilflosigkeit noch um ein vielfaches. Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Schwere der Verletzung. Bei weniger schweren Verletzungen werden Zuschauer als belastender wahrgenommen, bei sehr schweren Verletzungen werden sie nicht als so störend empfunden. In diesem Fall ist das Unfallopfer oft derartig auf sich selbst und das „Überleben“ konzentriert, dass es die Zuschauer gar nicht wahrnimmt.

Wahrnehmung

Während eines Unfalls sind Unfallopfer verschiedenen und extremen Reizen ausgesetzt. So kann das Riechen von verbranntem Fleisch, das Hören der Schreie von Verletzten, das Sehen von zerstückelten Körperteilen, das Spüren von Hitze auf der Haut oder von Schwanken des Untergrundes Gefühle wie Angst und Ekel auslösen.

Der Anblick des Unfallortes generell wird als sehr unangenehm erlebt. Später können ähnlich Wahrnehmung wie Gerüche, Geräusche oder bestimmte Situationen für heftige, und für Andere nicht nachzuvollziehende, Reaktionen im Rahmen von posttraumatischen Belastungsreaktionen sein.

So berichtete ein Unfallopfer, welcher von Bord eines Schiffes fiel und nur knapp dem Tode durch die Schiffsschraube entging, dass schon das öffnen des Wasserhahnes und die damit entstandenen Geräusche zu Panikattacken bei ihm führten.

Außerdem erfolgt die Wahrnehmung dieser Reize aus einer anderen Perspektive. Wenn ein Unfallopfer nach einem Unfall auf dem Boden liegt, wird die Umwelt aus der „Froschperspektive“ (vgl. Abb. 2 Seite 32) gesehen. Aus dieser Perspektive erscheinen

Größenverhältnisse anders, besonders auch Personen, die sich über den Betroffenen beugen, können beispielsweise auch als bedrohlich erlebt werden.

Körperempfindungen

Die erlebten Körperempfindungen (Schmerz, Bewegungslosigkeit usw.), die auftreten, sind teilweise ungewohnt und können daher Angst auslösen. Manche Patienten berichten, dass sie Wärme oder Kälte kaum noch, oder überhaupt nicht mehr spüren. Auch Verletzungen werden nicht immer sofort bemerkt. Unter dem als überwältigend erlebten Unfallgeschehen kann der Körper einen Schutzmechanismus zur Verfügung stellen, in dem die Wahrnehmung z.T. aus dem Bewusstsein ausgeblendet wird. Auch die Erinnerung an Teile des Ereignisses können gestört sein (Dissoziation).

Die verschiedenen körperlichen Reaktionen wie Herzklopfen, Atemnot, Zittern, Schwitzen, Hitze- und oder Kälteempfindungen können sowohl eine direkte Folge der Verletzung sein, wie auch ein Zeichen der psychischen Erregung. So ist auf starke Aufregung mit völlig unterschiedlichen körperlichen Erscheinungen wie Hitze- oder Kältewallungen oder Veränderungen der Herzfrequenz zu rechnen („*Mein Herz blieb beinahe stehen*“, „*Mein Herz schlug wie wild*“).

Neuheit

Für das Rettungsdienstpersonal, Notärzte, Polizisten usw. gehört ein Unfall zum Alltag. Bei der Ausübung des Berufes werden sie alltäglich mit Unfällen konfrontiert, und es hat sich eine gewisse Routine eingestellt. Jedoch schützt auch die Routine auch die Hilfskräfte nicht vor z.T. intensiven psychischen Reaktionen, die meist jedoch nur vorübergehend aber auch längeranhaltend sein können.

Für Unfallopfer ist diese Situation meistens völlig neu. Sie werden von Gefühlen, Emotionen, Schmerz, Lärm usw. überwältigt. Sie erleben diese Situation als bedrohlich und als „*Oh Gott, wie soll ich das schaffen ?*“.

Bisher hatte das Unfallopfer höchstens im Fernsehen Unfälle aus sicherer Distanz gesehen oder in der Tageszeitung nüchterne Zahlen gelesen. Dies hat jedoch nicht dazu geführt, dem Patienten Verhaltensstrategien für eine solche Situationen an die Hand zu geben.

Schmerzen

Die Intensität des erlebten Schmerzes schwankt beträchtlich. Die Schmerzempfindung hat dabei auch eine subjektive Komponente. Nicht nur die Intensität eines Schmerzreizes

beeinflusst das Schmerzempfinden, sondern auch emotionale und kognitive Faktoren wie Erwartungshaltung, Einstellungen, das Ausmaß der Anspannung oder der Aufmerksamkeit. Ein Zusammenhang besteht zwischen der Schmerzempfindung und dem Fokus der Gedanken und Aufmerksamkeit. Bei starken Schmerzen wird nur noch an die eigenen Schmerzen gedacht; andere Gedanken wie beispielsweise an die Familie oder andere treten kaum auf („*Ich hab nur an die Schmerzen gedacht*“). Teilweise wurde das Verhalten des Rettungsdienstpersonals und der Notärzte beklagt. So verursachte nach Angaben von Unfallopfern auch das unachtsame Ausziehen von Kleidung und das Lagern unnötige Schmerzen.

3.2.2 Reaktionen

Die Varianz von Reaktionen bei einem Verkehrsunfall sind sehr groß. Es zeigt sich, dass die Reaktionen, um so stärker sind, je stärker die **belastenden Faktoren** ausgeprägt sind. Jedoch haben nicht nur die Stärke der einwirkenden Faktoren einen Einfluss auf die Reaktionen sondern spielen auch Komponenten wie die „*Persönlichkeit*“ und Bewältigungsstrategien des Unfallopfers eine wichtige Rolle.

Generell sind kaum Reaktionen zu finden, die bei nahezu allen Unfallopfern gemeinsam auftreten. Im folgenden werden die aufgetretenen Reaktionsweisen, wie sie bei Unfallopfern in den oben dargestellten Erhebungen vorzufinden waren, aufgelistet.

Einen Einfluss auf die Reaktionen haben Geschlecht und Alter: Als kurzfristige Reaktion auf einen Unfall zeigen Frauen eher stärkere Emotionen und weinen z.B. leichter. Frauen denken häufiger an Angehörige, den Mann und die Kinder („*Ich hatte auch Sorge um meinen Mann*“), während Männer eher an die Arbeit und den Beruf denken („*Ich muss arbeiten gehen*“). Dies ist teilweise sicherlich bereits durch die kindliche geschlechtsspezifische Sozialisation bedingt, teilweise auch schlicht durch die Tatsache, dass mehr Männer berufstätig sind als Frauen. Für Kinder ist eine Unfallsituation noch bedrohlicher als für Erwachsene. Da Erwachsene eher durch Presseberichte, Lebenserfahrung usw. besser auf eine Notfallsituation vorbereitet sind.

In den folgenden weiteren Beschreibungen der Auswertungsergebnisse werde ich zur besseren Erklärung einige wörtliche Zitate in Klammern mit hinzufügen.

Ebenfalls sind zur besseren Übersichtlichkeit die Reaktionen in drei Hauptteile unterteilt: „**Emotionen**“, „**Gedanken**“ und „**Verhalten**“.

„Emotionen“

Angst und Unruhe

Viele Unfallopfer haben Angst. Art und Ausmaß der Angst variieren bei den einzelnen Personen beträchtlich. Der objektive Maßstab der Verletzung oder des Unfallgeschehens muss nicht immer einen Anlass für derartige Ängste bieten. Einige Unfallopfer berichten diffuse Ängste über das weitere Leben bis hin zu konkreten Todesängsten („*Werde ich jetzt sterben ?*“; „*Ich sterbe. Warum ich ?*“).

Andere Unfallopfer erleben die Notfallsituation eher konkret und realistischer. Beispielsweise empfinden sie Angst vor einer Infusion oder dass ein Arm amputiert werden muss („*Als ich das knacken hörte, bekam ich panische Angst !*“). Auch spielt die Angst vor der Möglichkeit eines ärztlichen Kunstfehlers im Angsterleben eine wichtige Rolle, ebenso wie die Sorge um die Angehörigen („*Ich hatte auch Sorgen um meinen Mann ... darf sich nicht aufregen !*“).

Das Eintreffen des Rettungswagens wird zunächst als Angstreduzierend empfunden. Es kann aber auch die Angst verstärken. Grund hierfür ist, die direkt nach dem Unfall erste Beruhigung in das Unfallszenario. Das Eintreffen des Hilfspersonals (Sondersignale, usw.) mit dem darauffolgenden Transport in die Klinik, stellt wieder ein zu überwindendes Hindernis dar. Dies kann in der Folge zum Wiederauftreten von Ängsten führen.

Das Krankenhaus wird von den Unfallopfern ebenfalls zum einen Teil als erleichternd, für viele aber auch angstfördernd empfunden. Angstreduzierend wird in allen Aussagen die Übermittlung von Informationen empfunden.

Bei einem Teil der Unfallopfer ist nicht direkt Angst, sondern eher eine allgemeine Unruhe festzustellen. So reagieren einige ausgesprochen hektisch und sind kaum noch ansprechbar. Allgemein ist die Verfassung von Unfallopfern durch die ständig auf und abgehenden Gefühle eher als labil zu bezeichnen.

Depressionen

Das Gefühl der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, sowie subdepressives Verhalten können sich besonders dann nach einem Unfall zeigen, wenn der Patient das Gefühl hat, allein zu sein oder allein gelassen zu werden. Depressionen können auch noch nach größeren zeitlichen Abständen zum Unfallgeschehen auftreten. Dies ist jedoch meist nur bei schweren Unfallfolgen wie z.B. bei erheblichen Funktionseinschränkungen oder dem Verlust eines Organs der Fall oder, wenn die Zukunftsaussichten durch den Unfall zerstört wurden. Ansonsten treten nur bei wenigen leicht verletzten Patienten stärkere

Depressionen auf und wenn, dann bestand meist vorher schon eine mehr oder weniger ausgeprägte Depression.

Aggressionen

Ein Teil der Unfallopfer reagiert auf das Geschehene Aggressiv, ärgerlich, wütend oder gereizt. Diese Aggressionen sind teilweise gegen sich selbst gerichtet („*Warum bin ich nur mitgefahren ?*“; „*Wäre ich nur zuhause geblieben !*“), teilweise gegen andere, den Unfallverursacher, Beifahrer usw.. Die Aggressionen wenden sich teilweise auch gegen das Rettungspersonal. In diesem Falle handelt es sich meist um eine Art der „*Erregungsabfuhr*“, die soweit möglich nicht stärker beachtet werden sollte. Erst bei stärkerem Ausmaß sollte man Maßnahmen gegen den Erregungszustand erwägen.

Gelassenheit

Nicht alle Unfallopfer reagieren auf eine Notfallsituation mit Unruhe und Angst. Einige bleiben ruhig und gelassen. Die Schwere des Unfalls spielt hierbei eine erhebliche Rolle. Bei kleineren Unfällen ohne Körperverletzungen zeigen viele Unfallopfer keine äußeren Anzeichen von Unruhe (Rettungsdienstmitarbeiter berichteten: „*Bei Sachschäden sind die Beteiligten meist ruhig und sachlich !*“). Die nach außen wirkende Gelassenheit bedeutet jedoch nicht in jedem Fall, dass der Unfall keine psychischen Auswirkungen hinterlassen hat. Vielmehr könnte dies ein Hinweis dafür sein, dass die Situation noch nicht richtig registriert und verarbeitet wurde. Dies kann in der Folge zu einer späteren psychischen Krise führen. Je apathischer ein Unfallopfer sich benimmt, um so näher liegt der Verdacht, dass mit einer solchen Reaktion zu rechnen ist. Wenn das Geschehen ein Unfallopfer scheinbar unberührt lässt, ist dies meist ein Indikator für eine unangemessene Reaktion in Form einer Verdrängung. Diese Reaktion ist als eine Schutzreaktion vor stärkeren Emotionen oder einer Reizüberflutung zu sehen.

Scham

Scham kann nach einem Unfall auftreten, wenn das Unfallopfer sich über sein eigenes Fahrverhalten, für seine Dummheit etc. Vorwürfe macht. Sie entsteht auch dann, wenn das Unfallopfer beispielsweise mit zerrissener Kleidung hilflos am Boden liegt und den Blicken von Zuschauern ausgesetzt ist oder wenn das Rettungspersonal z.B. die Kleidung öffnet.

Schuldgefühle

Unfallopfer gehen die Schuldfrage sehr unterschiedlich an. Für die Einen ist die Schuldfrage eher nebensächlich, für andere ist der Gedanke darüber geradezu zentral (*„Ich hab den Rettungssanitäter gefragt, ob ich Schuld sei!“*).

Manche Unfallopfer entwickeln ein Schuldgefühl, auch wenn eine objektive Schuld kaum oder gar nicht vorliegt. Für die psychische Abarbeitung des Unfallgeschehens ist die Schuldfrage direkt nach dem Einsatz und auch im weiteren Verlauf – Versicherung, Anklagen, Gerichtsverfahren sehr bedeutsam. Wer stärkere Schuldgefühle entwickelt, tendiert längerfristig zu starken psychischen Beeinträchtigungen durch den Unfall.

„Gedanken“

Die bei einem Unfall entstehenden starken Emotionen beeinträchtigen die rationale Informationsverarbeitung. Sachverhalte, die vorher als einfach und verständlich angesehen wurden, sind direkt nach einer Unfallsituation für das Notfallopfer kaum nachvollziehbar. Sowohl Denk- als auch Wahrnehmungsprozesse können verändert oder eingeschränkt ablaufen und die kognitive Verarbeitung von Emotionen verändern. Auch die Beeinträchtigung der Gehirnleistung durch eine kurze Bewusstlosigkeit muss bei der Beurteilung der Reaktionen des Unfallopfers berücksichtigt werden.

Gesundheit

Nach einem Unfall gilt der erste Gedanke häufig der eigenen Gesundheit und dem Körper.

Es geht um die Befürchtung, Extremitäten zu verlieren (*„Wird mein Bein amputiert?“*) oder dass Körperteile fehlen. Auch kosmetische Aspekte (*„Hoffentlich fehlt kein Zahn?“*; *„Oh Gott, hoffentlich bleibt keine Narbe in meinem Gesicht?“*). Das Unfallopfer stellt Hypothesen über die gesundheitlichen Folgen auf und ist sich derer ziemlich sicher (*„Der Arm gehört mir nicht, die werden ihn mir abschneiden“*).

Die Bewertung der Schwere einer Verletzung stimmt Studien zur Folge in den seltensten Fällen mit den Einschätzungen des Rettungs- und Krankenhauspersonals überein. Da das Verhalten des Patienten jedoch im wesentlichen durch seine Selbsteinschätzung gesteuert wird, ist es sinnvoll den Patient über seine eigene Einschätzung zu befragen und dazu evtl. Fragen zu beantworten. So ist es evtl. möglich, die Selbsteinschätzung der tatsächlichen Einschätzung etwas anzupassen. Je weniger ein Patient den künftigen Verlauf seiner Genesung voraussehen kann, um so eher treten später psychische Beeinträchtigungen auf. Insofern ist es sinnvoll, wenn die Situation für das

Rettungsdienstpersonal einschätzbar ist, dem Patienten den späteren Klinischen Verlauf evtl. erklären zu können.

Angehörige

Neben der Gesundheit sind die ersten Gedanken häufig auf die Angehörigen und deren Benachrichtigung gerichtet („*Wer benachrichtigt meine Eltern ?*“; „*Kann ich meine Mutter anrufen ?*“). Viele Unfallopfer wünschen sich, dass Familienangehörige bei ihnen wären oder möglichst bald kommen („*Hoffentlich kommt mein Mann bald !*“). Einige schauen auch als erstes nach Angehörigen oder ob überhaupt Personen in der Nähe sind.

Die Anwesenheit von Angehörigen wurde von fast allen Unfallopfern als beruhigend geschildert.

Materielles

Gedanken an materielle Dinge treten zunächst weniger auf. Sie gelten wenn sie auftreten, wertvollen („*Das Auto war nagelneu !*“), aber auch scheinbar völlig unbedeutenden Dingen („*Wo ist das Katzenauge vom Fahrrad; der mittelschwer verletzte Mann kroch sogar auf dem Boden herum und suchte es !*“). Hier zeigt sich besonders deutlich die Veränderung von Kognitionen (der Bewertung der Bedeutsamkeit) durch Emotionen.

Zukunft

Der Gedanke an die Zukunft, und die Folgen für den Patienten nach dem Unfall stehen für einige sofort im Mittelpunkt. Werden Zukunftsperspektiven durch den Unfall zerstört, können später Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen auftreten. Für andere sind die Folgen zunächst vollkommen irrelevant („*Über die Folgen hab ich mir keine Gedanken gemacht !*“), wobei dies durch die Schwere des Unfalls maßgeblich beeinflusst wird.

Wunsch nach Gespräch

Aufgrund der Angst bzw. der starken Emotionen, die durch das Erlebte ausgelöst wurden, haben viele Unfallopfer das Bedürfnis zu sprechen und wünschen sich ein Gespräch. Dieses Bedürfnis tritt nicht nur direkt im Anschluss an den Unfall auf, sondern auch noch Wochen später („*Ich hab es bestimmt schon 100mal erzählt !*“). Ein derartiges Verhalten ist als Verarbeitungsstrategie anzusehen und generell zu empfehlen und zu stützen.

Informationswunsch

Die meisten Unfallopfer möchten Informationen haben, trauen sich aber häufig auch nicht nachzufragen. Der Wunsch nach Informationen bezieht sich auf den eigenen Zustand, aber auch auf Angehörige und andere Unfallbeteiligte. Informationen wirken laut Aussagen der Befragten beruhigend und sollten von dem Rettungspersonal so weit wie möglich gegeben werden. Bei der Weitergabe von Diagnosen und Prognosen ist jedoch Zurückhaltung geboten.

„Verhalten“

Das Verhalten eines Unfallpatienten ist stark durch die veränderten Kognitionen und Emotionen beeinflusst.

Schock

Ein Schock kann sich in verschiedenen Formen darstellen. Er kann sich in einer leichten Verwirrung äußern, aber auch in sehr schweren Formen. Einige Unfallopfer berichteten, dass sie nicht mehr denken konnten (*„Ich hatte gar keine Gedanken, war im Schock !“*) oder verwirrt waren (*„Wo bin ich ?“; „Warum liege ich hier ?“*).

Völlige Orientierungslosigkeit kann zu Umherirren und zur Gefährdung der Unfallopfer und anderer führen, z.B. das Umherirren auf der Autobahn.

Manche fühlen sich zusätzlich zur Verwirrtheit auch wie gelähmt und entwickeln später starke Schuldgefühle, weil sie in diesem Zustand anderen nicht mehr helfen konnten.

Abwehrmechanismen

Verleugnung, Rationalisierung und Regression werden als Abwehrmechanismen genutzt. So zeigen einige Unfallopfer Verhalten auf einer kindgemäßen Altersstufe, sind hilflos, delegieren sämtliche Verantwortung an andere und möchten nicht mehr entscheiden, d.h. sie fallen auf die Entwicklungsstufe eines Kindes zurück (Regression).

Nicht-wahr-haben-wollen, Verleugnung des Geschehens, kann dazu führen, dass Tatsachen nicht realitätsentsprechend wahrgenommen und interpretiert werden. Im Extremfall werden die Folgen eines Unfalls sogar völlig geleugnet.

Informationen zur Aufklärung der Situation sind in diesem Stadium des Patienten eher unerwünscht (*„Ich wollte keine Informationen !“*, *„Ich wollte erst gar nicht wissen, was mit mir gemacht wird !“*).

Rationalisierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Unfallopfer nach Gründen suchen, dass der Unfall unvermeidlich war und man unter den gegebenen Umständen sogar noch Glück gehabt hat. Das Unfallopfer versucht, den Unfall und die Unausweichlichkeit im Nachhinein rational zu klären.

Ablehnung von Hilfe

Trotz schwerer Verletzungen sind einige Unfallopfer nicht oder nur in geringem Maß bereit, Hilfe anzunehmen. Sie wehren sich regelrecht gegen Hilfe („*Ich wollte in Ruhe gelassen werden*“). Einige erscheinen in dieser Situation unnahbar.

Schreien

Lautes Schreien muss nicht nur wegen der Schmerzen erfolgen, sondern kann aus Angst oder aufgrund der Anspannung ein Mittel der Entladung sein („*aus Angst musste ich wahnsinnig schreien*“). Sofern dies nicht bei anderen Unfallopfern Ängste erzeugt oder durch zusätzliche Erregungszustände andere gefährdet, sollte diese Form der Erregungsabfuhr toleriert werden.

4. Psychische Erste Hilfe (PEH)

In diesem Teil möchte ich ein Konzept Psychischer Erster Hilfe, für akute Notfallsituationen, speziell für Unfälle, vorstellen. Es soll ein Regelsatz für Laienhelfer und für professionelle Helfer dargestellt werden. Als Basisliteratur diene neben anderen, welche in der Literaturübersicht genannt sind, hauptsächlich J. Bengel (1997), „*Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*“; Bierhoff H-W (1990), „*Psychologie hilfreichen Verhaltens*“; Gasch/Lasogga, Notfall & Rettungsmedizin 1999 – 2:S. 228 – 234, „*Psychische erste Hilfe*“, Stephan (2001), „*Zwischen Blaulicht, Leib und Seele*“.

4.1 Definition

Psychische Erste Hilfe ist der psychologische angemessene Umgang mit Personen in akuten Notsituationen wie z.B. Unfällen. Nicht gemeint ist die längerfristige Betreuung im Rahmen von psychotherapeutischen Maßnahmen. (Bengel 1997, S. 70)

4.2 Die Notwendigkeit von Psychischer Erster Hilfe (PEH)

Jährlich verunglücken in der Bundesrepublik Deutschland fast 9 Millionen Menschen. Wobei mehr als die Hälfte der Fälle im Heim- und Freizeitbereich geschehen. Durch die Weiterentwicklung der Medizin hat sich die medizinische Erstversorgung und somit die Überlebenschance deutlich verbessert. Die durchschnittliche Zeit vom Unfallereignis bis zum Eintreffen des Rettungswagens hat sich auf durchschnittlich 8 min. verkürzt, zudem sind die Rettungswagen technisch und apparativ immer besser ausgestattet.

Der Intensivmedizin gelingt es mittlerweile durch den Einsatz immer besserer und ausgefeilterer Behandlungsmethoden, die Überlebenschance von Notfallopfern deutlich zu erhöhen. Jedoch wird der Einsatz von immer mehr medizinischen Geräten „*Apparatemedizin*“ auch kritisiert. Es entsteht oft der Eindruck, dass der Verletzte, der Kranke und vor allem auch das Notfallopfer nur noch als eine Ansammlung von Organen gesehen wird. Daraus resultierend scheint man dazu übergegangen zu sein, nur noch Organe zu „*reparieren*“ und nicht mehr den Menschen als ganzes Individuum mit „*Leib und Seele*“ zu betrachten und zu achten.

„Es wird beanstandet, dass Ärzte vorrangig somatische Defekte und Störungen der Patienten unter Vernachlässigung emotionaler und psychischer Begleitprozesse behandelten“ und dass *„die Therapie zu einer organspezifischen Reparaturarbeit degradiert sei“* (Gorgaß u. Ahnefeld 1995, S. 127)

Das Menschen und vor allem verunglückte Menschen auch Gefühle, Ängste, Befürchtungen haben, sich Sorgen machen, wird sowohl von Laienhelfern (also zufällig vorbeikommenden Passanten) als auch von professionellen Helfern, wie Rettungsdienstmitarbeitern, Notärzten, Feuerwehrleuten und Polizisten stark vernachlässigt. *„Die Bedeutung der psychischen Verfassung wird häufig übersehen oder als zu gering eingeschätzt. Verletzte befinden sich in einem schweren seelischen Belastungszustand“* (Brandstätter, zit. In Bierhoff 1990, S. 101).

In den Ausbildungsunterlagen der Hilfsorganisationen oder den Lehrbüchern für Notärzte werden psychische Aspekte kaum oder gar nicht thematisiert. Auch in den Erste-Hilfe-Kursen, die im Rahmen des Führerscheinerwerbs absolviert werden, wird dieses Thema kaum behandelt.

Studien zu Folge (durchgeführt von Garms - Homolova) wird in nur 0,14 % der Kurse die psychische Betreuung erwähnt (zit. In Greis 1992, S. 794).

Gelegentlich sind nur pauschale, wenig hilfreiche Ratschläge zu finden wie: *„Bleiben sie ruhig“* oder *„Wirken sie beruhigend“* (Bourauel 1993).

Wie oder wodurch ein Ersthelfer jedoch beruhigend wirken könnte, wird nicht ausgeführt. Dies bestätigen sowohl die Opfer wie auch die meisten professionellen Helfer.

„Das Rettungsdienstpersonal ist für die psychische Erstbetreuung von Patienten und Unfallopfern nicht spezifisch ausgebildet. Die Rettungsassistenten sind hier auf Intuition und eigene spezifische Erfahrungen angewiesen“ (Bengel und Kuntz 1995, S. 115).

Somit ist festzustellen, dass die Ausbildung in diesen Bereichen bislang als völlig defizitär zu bezeichnen ist. Jeder handelt in der Praxis nach eigenen Vorstellungen und Erfahrungen, die er gemacht hat. Fehler, die dabei begangen werden, werden nur unzureichend erkannt und ausgebessert. Es gibt kein menschliches Verhalten, bei dem nicht Körper und Psyche in Interaktion stehen. Jede körperliche Veränderung geht mit psychischen Veränderungen einher: Eine Virusinfektion mit Fieber beeinflusst die Stimmungslage eines Menschen erheblich. Umgekehrt hat jede Emotion Auswirkungen auf Drüsen, Herztätigkeit, Atmung, Kreislauf, Magen- und Darmtätigkeit, Muskeltonus, Immunsystem etc. Dass die Psyche Einfluss auf die Entstehung, den Verlauf und somit auch auf die Genesung von Erkrankungen und Verletzungen haben muss, scheint unbestritten.

In letzter Zeit wird diese Problematik auch in der Medizin immer stärker thematisiert. Auch die großen Rettungsdienstorganisationen betonen die Bedeutung psychischer Aspekte mehr und mehr:

„Wenn ich vornehmlich über die psychosoziale Betreuung und Führung des eigenen Rettungsdienst gesprochen habe, so ist die Betreuung der Notfallopfer eben nicht nur medizinisch oder rettungsdienstlich erforderlich, sondern gleichwohl muss diese medizinische Versorgung mit einer psychologisch angepassten Betreuung der Notfallopfer einhergehen. Durch menschlich warme Zuwendung wird der Notfallpatient seelisch stabilisiert. Doch nicht nur die Verletzten sind Opfer, sondern auch andere Unfallbeteiligte, desorientierte und verzweifelte Hinterbliebene, insbesondere Kinder. Auch dieser Personenkreis bedarf der Zuwendung“ (Linde 1994, S. 7)

Die Aspekte der medizinischen und psychischen Ersten Hilfe schließen sich keinesfalls gegenseitig aus, sondern sind beide bedeutsam und können sich gut ergänzen.

Leider wird der Tatsache, dass gute psychologische Betreuung in einer Notfallsituation die bedrohliche körperliche Situation entspannen und stabilisieren könnte, zu wenig Bedeutung beigemessen. Dies scheint in der Unsicherheit des Hilfspersonals begründet zu sein. Die Gefahr verletzlich zu werden und selbst seelischen Schaden zu erleiden, hält viele Helfer davon ab, sich zu sehr auf die Situation und somit auf den Patienten einzulassen. Verständlicherweise, da leider für das Hilfspersonal keine oder nur mangelhafte psychische Hilfe zur Verfügung steht.

In den letzten Jahren allerdings ist ein Trend zu sehen, der Hoffnung aufkeimen lässt. Man scheint erkannt zu haben, dass es effektiv ist sich auch um die Psyche des Patienten zu kümmern. Somit wurde zwangsläufig auch der Psyche des Helfers mehr Gewicht beigemessen. Begriffe wie „*Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS)*“, „*Burnout Syndrom*“ usw. werden mittlerweile heiß diskutiert und wissenschaftlich erforscht.

4.3 Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe (PEH)

In dem hier vorliegenden **PEH** Konzept, ist eine Trennung der Regeln für den Laienhelfer und für den professionell Helfenden vorgenommen worden. Die Tatsache, dass die Regeln an den Ausbildungsstand des Anwenders angepasst werden musste, führte dazu, dass die Regeln für den Laienhelfer (Basisregeln) kurz und prägnant zusammengefasst wurden, um diesen nicht zu überfordern. Die sogenannten „**S-Regeln**“ (beginnen mit „**S**“) wurden zur besseren Einprägung in einfacher, appellhafter Sprache formuliert. Die vorliegende sprachliche Form entstand nach einer Reanalyse der Interviewdaten durch Bourauel im Rahmen eines Projekts des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR; Bourauel 1993).

4.3.1 Basisregeln für Laienhelfer

Sage, dass du da bist und dass etwas geschieht!

Der Verletzte soll spüren, dass er in seiner Situation nicht allein ist. Gehen Sie zu dem Notfallopfer und stehen Sie nicht herum. Schon der Satz: „*Ich bleibe bei Ihnen, bis der Krankenwagen kommt*“, wirkt entlastend und beruhigend. Der Verletzte sollte auch über vorgenommene Maßnahmen informiert werden, z. B. „*Der Krankenwagen ist auf dem Weg*“.

Schirme den Verletzten vor Zuschauern ab !

Neugierige Blicke sind für einen Verletzten unangenehm. Weisen Sie Schaulustige freundlich, aber bestimmt zurück, z. B. indem Sie sagen: „*Bitte treten Sie zurück!*“. Wenn Zuschauer stören, weil sie unnötige Ratschläge geben oder von eigenen Erlebnissen berichten, geben Sie ihnen eine Aufgabe ! Sagen Sie z. B. „*Schauen Sie, ob die Unfallstelle abgesichert ist*“. Zu Störern kann auch gesagt werden: „*Halten Sie bitte die Zuschauer auf Distanz und sorgen Sie für Ruhe*“.

Suche vorsichtigen Körperkontakt !

Leichter körperlicher Kontakt wird von Verletzten als angenehm und beruhigend empfunden. Halten sie deshalb die Hand oder die Schulter des Notfallopfers. Berührungen an Kopf und anderen Körperteilen sind hingegen nicht zu empfehlen, sie werden oft als zu nah empfunden. Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe mit dem Verletzten.

In der Regel knien Sie neben ihm oder beugen sich herab. Oft sind Kleidungsstücke zerrissen, der Patient friert, oder er liegt unbequem. Diesen Zustand sollte man beheben und so eine möglichst angenehme Situation schaffen: z.B. durch zudecken mit einer Decke, durch bequemere Lagerung.

Sprich und höre zu !

Sprechen kann für den Verletzten wohltuend sein. Wenn der Verletzte redet, hören Sie geduldig zu. Sprechen Sie auch von sich aus, möglichst in ruhigem Tonfall - selbst zu Bewusstlosen ! Vermeiden Sie Vorwürfe. Fragen Sie den Verletzten: „*Soll jemand benachrichtigt werden?*“ Unterrichten Sie hierüber die Helfer. Sollten Sie Mitleid verspüren, scheuen Sie sich nicht, es zu zeigen.

(Bengel 1997, S. 72)

4.3.2 Regeln für professionelle Helfer

Bei Personen, die professionell mit Erster Hilfe und weiterführenden Maßnahmen befasst sind, können meist komplexe Verhaltensweisen analysieren und entsprechende psychologische Hilfsmaßnahmen einleiten. Aus diesem Grunde wurde für professionelle Helfer ein zweiter, ausführlicherer Regelkatalog, welcher im prinzipiellen aus 9 Regeln besteht, entwickelt.

Dieser bezieht nicht nur die direkte Interaktion mit dem Patienten in einer differenzierteren Form ein, sondern umfasst auch psychologische Hinweise im Umfeld des Rettungseinsatzes, also z.B. für die Fahrt zum Unfallort und den Umgang mit Angehörigen.

4.3.2.1 Fahrt zum Unfallort

Insbesondere weniger erfahrene professionelle Helfer erleben bei der Fahrt zum Unfallort häufig Stress, Beklemmung oder Nervosität. Zwar gibt es keine Patentrezepte um diese

Nervosität gänzlich zu beseitigen, jedoch gibt es einige Hinweise, wie man dem entstehenden Stress begegnen kann, um ihn zu mildern.

Stress und Aufregung müssen nicht generell schädlich sein. Nach dem „**Yerkes-Dodson-Gesetz**“ erreicht man bei mittlerer Erregung die besten Leistungen.

Das bedeutet: Keine Erregung ist ebenso wenig leistungsfördernd, wie eine zu starke Erregung. Erst, wenn ein bestimmtes optimales Niveau überschritten wird, sollte man versuchen, beruhigende Maßnahmen zu erwägen.

Eine der Möglichkeiten überstarke Erregung zu reduzieren besteht darin, sich den Verlauf des Notfalleinsatzes im Sinne eines mentalen Trainings, also des geistigen Antizipierens der zu erwartenden Situation, vor Augen zu führen.

Und zwar möglichst die gesamte Komplexität der Notfallsituation in ihrer schlimmsten Form. Dies beinhaltet Angehörige, evtl. Zuschauer, Polizei, Feuerwehrleute, Darstellungen der Verletzungen (z.B. teilamputierte Organe, große Verletzungen) usw. in seine Vorstellungen mit einzubeziehen.

Um dies durchführen zu können, ist es sehr wichtig von der Zentralen Leitstelle, welche die Aufträge verteilt, möglichst detaillierte und genaue Informationen zu erhalten.

Allerdings hat das Personal in den Leitstellen oft nur wenig Zeit für die Ermittlung von Fakten und somit stehen dem Rettungspersonal meist nur wenige und teilweise auch mangelhafte Informationen zur Verfügung.

Beispiel: „Meldung: [Verkehrsunfall mit zwei Leichtverletzten und zwei PKW – Polizei vor Ort](#)“; „Ankunft: [Zwei Schwerverletzte \(davon eine Person eingeklemmt\), 3 Leichtverletzte, 1 vermisste Person, keine Polizei vor Ort und nur unzureichende Hilfskräfte](#)“.

Ähnliche Situationen werden häufig angetroffen. Manchmal ist es leider unmöglich sich auf eine Situation vorzubereiten. Da erkannt wurde, dass dies ein Schwachstelle ist, gibt es seit einiger Zeit Schulungsprogramme für das Leitstellenpersonal, die genau an diesem Punkt ansetzen und diese Kommunikationsprobleme lösen sollen.

Eine andere Möglichkeit Stress zu reduzieren, ist sich auf eine kleine Anzahl von standardisierten, formalisierten Regeln und Handlungen, die auf alle Fälle richtig sind zu konzentrieren.

Dies zeigt, wie bedeutend im Vorfeld eine gute Aus- und Weiterbildung ist. Sie ist einer der Schlüssel, um in der Stresssituation eines Notfalles nicht die Ruhe zu verlieren und auch auf nicht vorhersehbare Zwischenfälle adäquat reagieren zu können.

Eine weitere Möglichkeit der Stressreduktion greift auf eine Theorie zurück, nach der Hoffnung auf Erfolg („[Wir schaffen das !](#)“) zu adäquateren Handlungsweisen führt als die Furcht vor Misserfolg.

Dementsprechend sollte man sich die positiven Möglichkeiten seiner Tätigkeit bewusst machen und auch Kollegen dementsprechend beeinflussen

(Positivbeispiel: *„Wir werden auf alle Fälle jemandem helfen können !“;*

Negativbeispiel: *„Oh Gott, da werden wieder komplizierte Fälle und Entscheidungen auf uns zukommen !“).*

Ratsam ist es auch vor der Fahrt zum Einsatzort festzulegen, wer die Einsatzleitung an der Einsatzstelle und wer die Fahrt zur Einsatzstelle übernimmt. Die extrem hohe Aufmerksamkeit und ständige Unfallgefahr, in der das Rettungspersonal schwebt, belastet eine Notfallsituation schon im Vorfeld erheblich. Derjenige, der die Einsatzleitung übernimmt, sollte nicht das Rettungsmittel steuern.

4.3.2.2 Überblick über die Notfallsituation

Wenn Helfer am Unfallort (Einsatzort) eintreffen, ist es ratsam, nicht sofort mit konkreten Rettungsmaßnahmen zu beginnen. Nicht selten wird – insbesondere bei Großunfällen – davon berichtet, dass die Besatzungen der eintreffenden Rettungswagen den am nächsten liegenden Verletzten aufnahmen (möglicherweise aus Angst, dem weiteren Geschehen nicht gewachsen zu sein oder vor der dargebotenen Szenerie überfordert zu werden); sich sofort wieder entfernten oder ihre ganze Hilfe auf eine Person fixierten. Dabei werden jedoch nicht nur weitere Verletzte übersehen, die gegebenenfalls weit mehr medizinischer Hilfe bedürften, sondern der Helfer gefährdet möglicherweise auch sich selbst, z.B. durch das Übersehen einer Brandgefahr, mangelnde Absicherung oder anderer Gefahrenquellen.

Der Helfer sollte sich also zuerst einen Überblick verschaffen. Dies bedeutet in einiger Entfernung von der Unfallstelle zu verharren um so die Komplexität des Ereignisses zu erfassen (Anzahl der Fahrzeuge und Verletzten, eingeklemmte oder nicht eingeklemmte Personen, ist technische Rettung [z.B. Feuerwehr, THW] erforderlich ?, sind weitere Einsatzkräfte nötig ? usw.).

Bei einem häuslichen Unfall sollte der Helfer zuerst einmal in der Tür stehen bleiben und so die ganze Situation des Raumes erfassen.

Diese ersten 15-30 Sek. können für den weiteren Verlauf des Einsatzes entscheidend sein und sind im nachhinein nicht mehr nachzuholen, da der Ersteindruck ungetrübt und neutral in seiner Bewertung ist.

Um dies zu verdeutlichen, möchte ich ein kleines Beispiel bringen. Wenn man sich ein Bild zur Hand nimmt und es in einem Abstand von ca. 10 cm vor sein Gesicht hält, sieht man einen Mann mit Hut. Das Bild 50 cm weit weggehalten, ermöglicht es die Landschaft, in der sich der Mann bewegt inkl. Bilderrahmen zu sehen.

Genauso geht es den Hilfskräften am Einsatzort. Man muss sich die Chance lassen, den Bilderrahmen und die Signatur des Malers zu erkennen. Nur so ist es möglich ein Gesamtbild des Einsatzszenarios zu erhalten und adäquate Maßnahmen zu ergreifen.

4.3.2.3 Begrüßung und Vorstellung

Besonders bei Verkehrsunfällen mit mehreren Beteiligten herrscht aus der Sicht der Verletzten neben einem emotionalen Durcheinander auch ein Informationschaos.

Verschiedene Akteure mit verschiedenen Interessen agieren in der Szene. Ein Patient wird von vielen verschiedenen Menschen, deren Funktion und Rolle er nicht kennt, angesprochen, angefasst, gezogen, gezerrt und hingelegt.

In anderen Fällen passiert evtl. auch gar nichts, was den Verletzten ebenfalls ängstigt.

Aus der Lernpsychologie weiß man, dass gerade zu Beginn eines Kontaktes Marken gesetzt werden, die sich auf das gesamte spätere Verhalten auswirken. Hilfreich und notwendig sind daher klare und eindeutige Aussagen zur Rolle der agierenden Personen.

Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass ein professioneller Helfer durch die Begrüßung und Vorstellung seiner Person und seiner Funktion dem Patienten demonstriert, dass dieser wahrgenommen und angenommen wird. Der Patient erhält so das Gefühl, den richtigen Gesprächspartner für seine Beschwerden und Fragen vor sich zu haben.

Es ist auch zu empfehlen, sich den Namen des Patienten nennen zu lassen um ihn persönlich ansprechen zu können. Die wechselseitige Vorstellung mit Namen signalisiert, dass der Helfer die Würde des Verletzten als gleichwertig akzeptiert. Zudem wird dadurch ein Stück Normalität in die Situation eingebracht und somit die vorhandene Erregung gemildert.

Beispiele: „*Guten Tag, mein Name ist Zeller. Ich bin Rettungsassistent. Wie ist ihr Name ?*“ (Antwort). „*Herr Schulz, wir versuchen, ihnen jetzt zu helfen. Wo haben sie Schmerzen oder Beschwerden ?*“ (Antwort). „*Was können wir sonst noch für sie tun ?*“ (Antwort)“

4.3.2.4 Körperkontakt

Nach Befragungen und Erhebungen bei Unfallopfern, ist deren größte Furcht, „*allein zu sein*“. Taktile Kontakt, auch über das Medizinische hinaus, ist neben der verbalen Ansprache ein weiteres Signal für den Patienten, dass er nicht alleine ist.

Aus Rollenspielen, die zu diesem Thema durchgeführt wurden, ist zu entnehmen, dass in den meisten Fällen ein statischer Kontakt (sanfter Druck) angenehmer und entspannender erlebt wird als ein dynamischer (Streichen oder Streicheln). Ein Kontakt von Haut zu Haut (Hand halten) ist in der Regel wirksamer als Kontakt durch die

Kleidung. Es versteht sich von selbst, dass man diesen psychologischen Körperkontakt nur auf unverfängliche Körperteile (Hand, Arm, Schulter) beziehen sollte.

Schon Berührungen am Kopf ohne vorherige Ankündigung, werden nach den Berichten von Verletzten und Rollenspielakteuren als eher unangenehm empfunden (eine Ausnahme bildet hierbei das Abwischen der Stirn von Blut und Schweiß).



Um Körperkontakt aufrechtzuerhalten, ist es in den meisten Fällen notwendig, sich auf die Ebene des Unfallopfers zu begeben (Knien oder hinunterbeugen). Denn eine Person, die über einem steht (vgl. Abb. 2, S. 32), wird als eher bedrohlich empfunden.

Wenn der Verletzte durch Kleidung eingeengt wird, friert, unbequem liegt oder Kleidungsstücke zerrissen sind, sollte man dies beheben.

Um weiteren Ängsten vorzubeugen; sollte außerdem die medizinische Behandlung soweit wie möglich im Blickfeld des Patienten geschehen, möglichst nicht hinter dem Kopf kniend durchgeführt werden.

4.3.2.5 Informationen

Man stelle sich folgende Situation vor: Auf einem Flughafen wartet man auf den Aufruf seines Flugzeuges, die Abflugzeit ist schon längst vorbei. Personen, die wie Angestellte der Fluggesellschaft aussehen, gehen vorbei und rufen sich Worte zu die man nur unzureichend und bruchstückhaft versteht. Wie wird die Reaktion der Passagiere sein? Gerade in der heutigen Situation, in der alle Menschen Angst vor Attentaten haben, werden wahrscheinlich Irritation, Aggression, Angst, Verunsicherung etc. auftreten.

Eine klärende Durchsage im Flughafen sorgt zwar möglicherweise für Ärger, führt allerdings auch zu einer gewissen Erleichterung. Diese Situation kann man problemlos auf eine Unfallsituation übertragen, wobei das Unfallopfer sich in einer noch schlimmeren Lage befindet. Schon knappe, klare Informationen können in der Lage sein, das Unfallopfer zu beruhigen.

Die Übermittlung von Informationen verstärkt auch den Eindruck von Kompetenz. Sie ist nützlich zur Aufrechterhaltung des verbalen Kontaktes und verhindert überzogene körperliche Abwehr- oder Panikreaktionen bei der Durchführung von medizinischen Maßnahmen. Wichtig ist dabei eine Angabe über die ungefähre Dauer einer Maßnahme zu machen. Somit wissen die Patienten, wie lange sie evtl. bei einer durchzuführenden Maßnahme durchhalten müssen. Sie können dadurch ihre Schmerztoleranz besser dosieren.

Beispiele: „*Ich taste sie jetzt vorsichtig ab ! Bitte sagen sie mir, wenn sie Schmerzen verspüren !*“; „*Ich gebe ihnen jetzt eine Spritze, die sie entspannt.*“; „*Wir verbinden die Wunde jetzt, dass dauert nur etwa eine halbe Minute.*“; „*In 10 Minuten sind wir im Krankenhaus !*“; „*Wir heben sie jetzt auf unsere Trage, das kann etwas wehtun. Geben sie uns Bescheid, wenn es nicht mehr geht. Wir werden langsam und vorsichtig sein !*“.

Es sollten immer klare, eindeutige und verständliche Aussagen getroffen werden. Auf pauschale Floskeln („*Es wird schon wieder !*“; „*Nächste Jahr um die Zeit können sie wieder lachen*“) verzichtet man besser. Auch sollte man nie über, sondern stets mit dem Verletzten Menschen sprechen.

Patienten empfinden es als unangenehm und sogar bedrohlich, wenn Helfer untereinander über sie reden (meist noch in einer unverständlichen Sprache) („*Eine schwere diolectica fatalis !*“) oder gar bedrohliche Diagnosen („*Das Bein werden wir amputieren müssen !*“; „*Das ist sicherlich eine Querschnittslähmung !*“) untereinander austauschen. Viele der Unfallopfer möchten wissen, wer ihre Angehörigen informiert, oder was aus ihrem möglicherweise demolierten Fahrzeug wird, Hierüber sollte der Helfer soweit wie möglich Auskunft geben und auf die im jeweiligen Rettungssystem für derartige Aufgaben vorgesehenen üblichen Routinemaßnahmen verweisen.

4.3.2.6 Kompetenz

Die Anwesenheit eines professionellen Helfers, hat an sich schon eine beruhigende Wirkung auf die Psyche eines Verletzten.

Unfallopfer werden oft schon ruhiger, wenn ein Rettungswagen eingetroffen ist und der erste Kontakt mit dem professionellen Rettungsdienstpersonal aufgenommen wurde.

Dessen muss sich das Rettungsdienstpersonal immer bewusst sein und die erste Begegnung als die wichtigste ansehen.

Dem Helfer wird primär in der Regel „Kompetenz“ zugeschrieben. Darunter versteht der Verletzte besonders die differenzierte Beurteilung der Verletzungen, die Erläuterung der geplanten medizinischen Maßnahmen, deren sichere routinierte Durchführung, sowie das vertrauen können auf Aussagen.

Beispiele: „*Ich gebe ihnen jetzt eine Spritze; das Medikament wird ihnen die Schmerzen nehmen und sie vielleicht etwas müde und schläfrig werden lassen !*“, „*Wir legen ihnen jetzt eine Decke unter die Beine, dann lassen ihre Bauchschmerzen nach, weil die Bauchdecke sich dadurch entspannt !*“, „*Diese Art der Verletzungen haben wir schon öfter gesehen !*“, „*Die Verletzungen am Arm kann ich jetzt schon mal gut versorgen; die Verletzung am Bauch wird ausführlich im Krankenhaus behandelt !*“.

Pauschal-tröstende Äußerungen („*Das wird schon wieder !*“), auch wenn sie „*gut gemeint*“ sind, sind weniger wirkungsvoll und erzeugen teilweise sogar Aggressionen.

4.3.2.7 Gespräch

Die meisten Verletzten haben das Bedürfnis zu reden. Sie empfinden es erleichternd. Der Helfer sollte sich daher bemühen, mit dem Opfer ein Gespräch aufrecht zu halten, falls er keine gegenteiligen Indizien wahrnimmt, z.B. dass das Reden den Verletzten offensichtlich stark erschöpft. Ein Patient (außer Kinder) sollte nicht geduzt werden, auch eine in Not befindliche Person hat ein Anrecht mit Respekt behandelt zu werden.

Alte Menschen sollten nicht mit Anreden wie: *„Na Opa, wie geht es dir ? Das kriegen wir schon wieder hin !“* angesprochen werden.

Das Gespräch hat auch einen medizinischen Aspekt: Die Ansprechbarkeit wird dadurch ständig überprüft werden. Wenn der Verletzte reden kann und will, sollte man das Gespräch über die Themen führen, die er vorbringt. Dabei sollte das Unfallopfer spüren, dass der Helfer ihm seine Aufmerksamkeit widmet, seine Äußerungen ernst nimmt und diese zu verstehen sucht.

Falls der Patient über seine Emotionen, seine Ängste spricht, sollte man ihm Verständnis signalisieren, auch wenn seine Gedanken und Gefühle dem Hilfspersonal vielleicht sogar absurd erscheinen; für das Unfallopfer haben sie in diesem Moment Bedeutung, und es wirkt erleichternd, diese zu äußern.

Eine besondere von Carl Rogers entwickelte Gesprächsform, die *„aktives Zuhören“* oder auch *„Patientenzentriertes“* Gespräch genannt wird, hat sich in derartigen Situationen als sehr wirksam erwiesen (Carl Rogers 1987).

Für diesen Gesprächsstil gelten folgende Regeln:

- Der Helfer sollte versuchen, die Gefühle und Gedanken, sowie die Sichtweise des Verletzten so genau wie möglich zu verstehen.
- Während des Gesprächs signalisiert der Helfer, dass er aufmerksam zuhört. Dies geschieht durch Blickkontakt, Kopfnicken, Worte wie *„ja“*, *„mmh“*, *„ach so“*, *„aha“* etc., außerdem durch Nachfragen (*„Können sie das näher erläutern ?“*).
- Der Helfer fasst in eigene Worte, was er von den Gedanken, Gefühlen und Bewertungen verstanden hat. Dies zeigen Formulierungen wie: *„Sie meinen ...“*, *„Sie denken also ...“*, *„Sie fühlen ...“*, *„Sie finden ...“*.
- Der Helfer darf die Aussagen des Verletzten **nicht bewerten**, egal was er sagt, denkt oder fühlt (also nicht: *„Sie haben recht !“* oder *„Das sehen sie falsch !“*).

- Der Helfer gibt **keine** Ratschläge, Analysen und Deutungen sondern nur Informationen.

Falls es dem Helfer schwerfällt, das aktive Zuhören umzusetzen, sind „*Jokerfragen*“ von Nutzen; die fast jeden Menschen animieren, etwas zu erzählen („*Woher kommen Sie ?*“, „*Was machen sie beruflich ?*“, „*Haben sie so etwas schon einmal erlebt ?*“, „*Soll jemand verständigt werden ?*“).

Dies schließt natürlich nicht aus, den Patienten um Ruhe zu bitten, wo dies medizinisch notwendig ist, ihm aber auch, beispielsweise durch eine Nachfrage oder eine Wiederholung der letzten Anmerkung, ein Zeichen zum Weiterreden zu geben !

Wenn der Patient nicht reden will oder kann, sichtlich unter der verbalen Interaktion leidet, sollte der Helfer wenigstens in Abständen durch einige Bemerkungen Kontakt signalisieren.

Da das Gehör einer der Sinne ist, die zuletzt ausfallen, sollte dieser Kanal genutzt werden, um Angst zu mildern. Es mehren sich auch Berichte, dass ein bestimmter Prozentsatz von Patienten (wie vorher beschrieben) sogar in der Bewusstlosigkeit oder Vollnarkose wahrnimmt, was um ihn herum geschieht. So schadet es zumindest nicht, auch zu diesen Patienten beruhigenden verbalen Kontakt aufrechtzuerhalten

(Beispiele: „*Ich spreche jetzt noch ein bisschen weiter mit ihnen, sie müssen aber nicht antworten !*“, „*Es werden jetzt alle Verletzten versorgt !*“, „*Es sind jetzt ausreichend Krankenwagen da !*“, „*Polizei und Feuerwehr haben alles abgesperrt und im Griff !*“, „*Alles geht planmäßig voran !*“).

Auch wenn dies in vielen Situation für den Helfer schwierig ist, sollte er dabei besonders auf seinen Tonfall achten, weil dadurch sowohl Aufregung und Hektik als auch Beruhigung und Trost vermittelt und wahrgenommen werden können.

4.3.2.8 Zuschauer

Insbesondere leichter Verletzte empfinden Zuschauer als eine starke Belastung. Es ist ihnen sichtlich peinlich, dass andere sie in einer hilflosen Lage erleben. Der Helfer kann im Umgang mit Zuschauern generell 2 Strategien verfolgen:

1. Sie können vom Unfallort entfernt werden.

Wenn Zuschauer von Unfallopfern als sehr unangenehm erlebt werden, die Hilfeleistung behindern oder sich selbst gefährden, sollten sie vom Unfallort durch z.B. Polizei, Feuerwehr entfernt werden.

2. In das Geschehen mit eingebunden werden.

Einige theoretische Ansätze (Aktivierungstheorien), aber auch konkrete Erfahrungen von Praktikern sprechen dafür, dass Zuschauer auch durchaus bereit wären, Hilfsaufgaben zu übernehmen. Sie müssen dazu allerdings bestimmt und direkt aufgefordert werden. („*Sie im roten Pullover, kommen sie bitte her und helfen sie mir !*“ – nicht: „*Kann mal jemand helfen ?*“), und es muss ihnen eine konkrete Aufgabe gestellt werden („*Halten sie diese Flasche bitte exakt in dieser Höhe !*“).

Eine besonders raffinierte Instruktion an Zuschauer könnte auch darin bestehen, andere Zuschauer zurückzudrängen („*Halten sie bitte die anderen Zuschauer mindestens 10 m von hier entfernt !*“).

Eine andere Möglichkeit über die sich generell Gedanken gemacht werden sollte, ist z.B. das Abschirmen des Unfallopfers mit Hilfe von Decken durch die Feuerwehr.

4.3.2.9 Psychischer Ersatz

Nicht allein gelassen zu werden, wurde bereits als einer der dringendsten Wünsche von Verletzten genannt. Deswegen ist es wichtig, dass sie jederzeit Kontakt zu einer festen Bezugsperson behalten. Insbesondere bei größeren Verkehrsunfällen kann der Helfer jedoch nicht die gesamte Zeit bei nur einem Verletzten bleiben. Dies muss dem Patienten mitgeteilt und erläutert werden. Da der Betroffene unter keinen Umständen alleine bleiben sollte, muss eine Ersatzperson (falls genug Hilfskräfte vorhanden sind) zur Betreuung eingesetzt werden. Dies kann ein Polizeibeamter, ein Feuerwehrmann, im Notfall sogar ein Zuschauer oder Passant sein, der entsprechend instruiert wird („*Bitte bleiben sie bei diesem Verletzten und sprechen sie mit ihm, bis der Krankenwagen ihn aufnimmt !*“).

Daneben ist es auch nützlich, dem Patienten selbst möglichst konkrete, aber auch einfache Verhaltensweisen zu geben. Dies ist nicht nur medizinisch nützlich, sondern gibt ihm eine Aufgabe und bindet so seine Aufmerksamkeit.

Beispiel: „*Ich habe sie jetzt fürs erste versorgt und muss mich jetzt um einen anderen Verletzten kümmern. Dieser Feuerwehrmann wird aber bei ihnen bleiben, bis der Krankenwagen sie aufnimmt ! Sie sollten sich bis dahin möglichst wenig bewegen !*“.

4.4 „Todsünden“ im Umgang mit Unfallopfern

Kein Helfer kann immer alles richtig machen. Dies gilt besonders für die Psychische Erste Hilfe (PEH). Einige Reaktionen sollten aber auf alle Fälle vermieden werden. Diese Reaktionen wurden in den Studien als besonders unangemessen und unangenehm geschildert.

Vorwürfe

Obwohl es nachfühlbar ist, dass sich einem Helfer angesichts von Leid und Chaos bei Unfallsituationen die Schuldfrage aufdrängt, sind Vorwürfe unangebracht und stehen dem Helfer nicht zu.

Auch wenn dem Hilfspersonal anscheinend klar zu sein scheint, wer für diese Situation (Unfall) verantwortlich ist, entlasten Vorwürfe, wenn überhaupt nur den Helfer, dem Patienten schaden sie. Deshalb sollte man Formulierungen, wie *„Warum mussten sie auch so rasen !“*, *„Sie riechen ja nach Alkohol !“* oder *„Sie sind selbst dran Schuld, hätten sie besser aufgepasst, würde das Kind noch leben !“* auf alle Fälle vermeiden.

Furchterzeugende Diagnosen

Notfallpatienten suchen nach Orientierungen. Jedes Indiz eines Experten, das ihnen Klärung verspricht, wird begierig aufgenommen. Unverständliche lateinische Diagnosen werden meist negativ interpretiert. Deshalb sollte z.B. ein Informationsaustausch über den Zustand des Patienten, etwa zwischen Notarzt und Rettungsdienstmitarbeiter, nicht im Beisein des Patienten stattfinden.

Der Patient selbst sollte über seinen Zustand in verständlicher Sprache informiert werden.

Mögliche Formulierungen: *„Das Bein ist gebrochen, sie sollten es jetzt nicht bewegen !“*; *„Im Krankenhaus wird das genau analysiert !“*. **Negativbeispiel:** *„Dies ist ja ein schweres Polytrauma !“*; *„Da ist nicht mehr viel zu machen !“*.

Das Rettungsdienstpersonal darf nur Dinge äußern die klar und verständlich sind.

Unwahrheiten (Falsche Hoffnungen)

Die Unwahrheit zu sagen und in dem Patienten so falsche Hoffnungen zu erwecken sollte auf jeden Fall vermieden werden. **Beispiel:** *„Wie geht es meiner Frau und meinem Sohn ?“* **Antwort:** *„Die sind schon aus dem Auto raus und es geht ihnen gut !“* – tatsächliche Situation – Frau und Sohn liegen tot im Fahrzeug. Diese Äußerungen können zu schweren psychischen Problemen im nachhinein führen. Bevor man die Unwahrheit sagt

sollte man lieber gar nichts sagen. Wenn doch, dann Dinge wie: *„Die Kollegen kümmern sich um ihre Frau !“*; *„Ich weiß nicht wie es ihrem Sohn gerade geht, wir kümmern uns jetzt um sie !“*.

Abgestumpftheit

Sicher ist es verständlich, dass sich bei einigen Helfern nach vielen Berufsjahren eine gewisse Routine einspielt. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass ein Verhalten gezeigt wird, das ein Verletzter als Abgestumpftheit interpretieren könnte. Für die überwiegende Anzahl der Unfallopfer ist das erlebte Geschehen einmalig; sie empfinden es als unangenehm, wenn sie z.B. nicht ernst genommen werden oder wenn ihre Verletzungen bagatellisiert werden.

5. Psychologische Betreuung von Angehörigen

In den meisten Notfallsituationen treffen die Mitarbeiter im Rettungsdienst auch auf Angehörige von Notfallpatienten und müssen dementsprechend auch auf die speziellen Bedürfnisse dieser Beteiligten eingehen. Belastungen von Angehörigen in diesen Situationen rangieren in ihrer Schwere analog der Bedrohung der jeweiligen Patienten. Minimale körperliche Bedrohungen sind kleine körperliche Schäden, die maximale Bedrohung stellt der Tod dar.

Im folgenden werde ich nur auf diese maximale Belastung eines Angehörigen eingehen. In der Literatur, welche mir zur Verfügung stand, schilderten die Autoren, dass alle Hinweise zum Umgang mit den Angehörigen in Notfallsituationen hiervon lediglich quantitativ, jedoch nicht qualitativ unterschieden werden müssten und somit der Tod eines Angehörigen beispielhaft für das Thema *„Umgang mit Angehörigen in der Notfallsituation“* sei.

5.1 Reaktionen von Angehörigen beim Erleben einer Notfallsituation

Angehörige haben in der Notfallsituation gegenüber dem Rettungsteam die Erwartung, dass die Lebensbedrohung des Patienten so schnell als möglich beseitigt wird. Im Falle des Todes kollidiert diese Erwartung zwangsläufig mit der Realität.

Die Angehörigen verarbeiten die plötzliche Konfrontation mit dem Tod eines Angehörigen auf sehr unterschiedliche emotionale Reaktionen: Einige Angehörige sind in diesen Situationen gelähmt, andere motorisch erregt. Es können sehr heftige emotionale Weisen auftreten, unter anderem massive Ausbrüche von Zorn, Wut und Schuldzuweisungen, die

sich besonders beim Verlust von Menschen ereignen, die plötzlich oder vor ihrer Zeit in jüngeren Jahren sterben.

Zum Teil wollen sie die Situation nicht wahrhaben, und ihre Gedanken sind z.B.: „*Das kann nicht wahr sein*“.

Kübler Ross (1984) beschreibt dieses Gefühl als erste Antwort auf den drohenden eigenen Tod.

Diese Reaktionen wie auch die späteren Phasen (Verhandeln, Depressionen, Akzeptieren des Unvermeidlichen) können bei der Trauer der Angehörigen nach dem Tod einer geliebten Person auftreten (Kast 1987).

Alle Hinterbliebenen durchlaufen nach dem Tod des Angehörigen, aber auch nach der tödlichen Bedrohung, diese Phasen der Trauer (Kübler-Ross 1987).

Sie treten damit in den Prozess des Abschiednehmens ein, der sie in die Lage versetzt, neue Beziehungen aufzubauen.

Bei fast allen Angehörigen findet sich in den ersten Phasen des Abschiednehmens zudem ein Mangel an Zielgerichtetheit, der oft mit dem Drang verbunden ist, „*etwas tun zu müssen*“.

Hinzu kommt bei Angehörigen von plötzlich verstorbenen Patienten, dass in den meisten Notfallsituationen keine Zeit zum Abschiednehmen bleibt und sich deshalb Fantasien darüber einstellen, dass „*der Verstorbene gar nicht tot sei*“ (Kast 1987).

Die bei Notfällen wichtige Realitätsprüfung mit dem möglichen Ergebnis, „*ich verstehe, dass der Tod, des mir Nahestehenden eingetreten ist*“, ist oft blockiert. Die weiteren Schritte zur Bewältigung des Verlustes sind dann entweder nicht, nur verzögert oder unzureichend möglich. Deshalb sollten in der Notfallsituation alle Bemühungen des Rettungspersonals darauf gerichtet sein, den Angehörigen eine angemessene Realitätsprüfung zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang spricht man von „*dem letzten Blick für Hinterbliebene*“, welcher zwar schmerzhaft, aber oft der erste Schritt zur gesunden Trauer und zum Zulassen, der für die Verabschiedung wichtigen Gefühle ist. Geschieht dies nicht, entwickelt sich eine „*Pathologie des Trauerns*“ die nach Jahren noch dazu führt, dass diese unzureichend betrauernten Verlusterlebnisse zu Mitauslösern depressiver Erkrankungen werden können (Boss 1957).

Als Präventionsmaßnahme zur frühzeitigen Bahnung eines günstigen Trauerprozesses und zur möglichen Verhinderung sich einstellender pathologischer Trauer, wird in diesem Zusammenhang diskutiert, ob den Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich auf den evtl. Tod und auf die weiteren Schritte der Trauer einstellen zu können. Dies bedeutet, dass den Angehörigen ermöglicht werden sollte schon zu Zeiten der Lebensrettung, die damit verbundene Bedrohung wahrzunehmen. Dies muss natürlich

behutsam geschehen, z.B. angedeutet durch eine angelehnte oder geöffnete Tür zum Reanimationsraum.

Angehörige, die bei der Reanimation (Herzlungen-Wiederbelebung) anwesend sein wollen, sollte man, wenn es die Maßnahmen nicht behindert, diese Möglichkeit bieten. Der Anstoß zur Auseinandersetzung der Angehörigen mit dem Tod sollte von der Rettungsdienstbesatzung kommen, im Sinne einer Ermutigung zu dieser Auseinandersetzung. Dies kann verbal – durch direkte Aufforderung – oder aber ohne Worte (angelehnte Tür) geschehen.

Die Art, wie das Rettungsteam mit dem Tod einer Person umgeht, untereinander in Kontakt tritt, kommuniziert und Empfindungen zeigt, kann Anstoß zur Auseinandersetzung oder Konfrontation mit dem Tod für die Angehörigen sein.

Verhält sich das Team verschlossen, so werden sich auch die Angehörigen mit ihren, zum Teil chaotischen Trauergefühlen zurückhalten. Gerade die übergroßen Emotionen wie Zorn, Wut und Schuldgefühle müssen im Angesicht des Todes zugelassen werden.

Eine Tranquilizergabe durch das Rettungsteam hat in diesem Zusammenhang zwei Seiten.

Zum Einen vermögen diese Medikamente, das mit dem Ausdruck der Trauer verbundene Leid ein wenig zu dämpfen; zum Anderen verhindern Tranquilizer in den meisten Fällen, die sowieso schon eingeschränkte Fähigkeit der Angehörigen, die Realität und die sicheren Zeichen des Verlustes wahrzunehmen (Pincus 1982).

Manche Autoren fragen in diesem Zusammenhang gar, ob die in der Notfallsituation Helfenden statt einem Tranquilizer nicht eine Hand geben sollten, und ob die Tranquilizer nicht **vielmehr der Angst der Helfer gelten** (Meyer 1985).

5.2 Empfehlungen zum Umgang mit Angehörigen

Angehörige haben bei drohenden oder eingetretenen Verlusten schwer, die notwendige Trauerarbeit zu leisten. Hilfestellung für die Angehörigen durch das Rettungsteam sind daher dringend notwendig. In diesem Zusammenhang wird oft das Argument angeführt, dass die Begleitung der Angehörigen eine Überforderung, wenn nicht gar eine Kontraindikation für das Rettungsteam darstellten. Das Rettungsteam „**müsse weiter...Leben retten**“. Es wird sich damit rausgeredet, dass die weitere Begleitung der Angehörigen durch den Bestatter oder den Geistlichen durchgeführt werden könnte.

Diese weitere Begleitung findet jedoch häufig nicht statt. Es entsteht eine „**Kette der Vermeidung**“ mit dem Resultat, dass die Angehörigen weiter allein bleiben.

5.3 Strategien zur Vermeidung einer pathologischen Trauer bei Angehörigen

Für Angehörige ist es wichtig, dass das Rettungsteam das Entsetzen über den Tod selbst begreifen kann. Konkret sollte die wichtige Trauer frühzeitig schon mit der Bedrohung durch den nahenden Tod in den Rettungsablauf einbezogen werden. Das Aufnehmen der Zeichen des Verlustes braucht Zeit. Die Begrüßung zwischen dem Rettungspersonal und Angehörigen, sowie Informationen über den Ablauf der Rettungstätigkeit erleichtern es den Angehörigen, im Fall des Todes ihre Gefühle der Trauer eher auszudrücken.

Besonders die übergroßen Emotionen von Zorn, Wut und Schuldgefühle sollten zugelassen werden. Es ist im Sinne der Trauer nicht wünschenswert, dass ein Chaos der Gefühle unterdrückt wird. Gerade das Rettungspersonal sollte die Wichtigkeit dieser Gefühle erkennen und sie zulassen.

Die weiteren Schritte der Trauer können die Angehörigen mit dem Hausarzt, mit Freunden, Verwandten oder anderen Helfern gehen. Diese werden am besten gleich vom Rettungsteam benachrichtigt und ihr Eintreffen wenn möglich abgewartet.

5.4 Ausblick

Der Umgang mit den Angehörigen in der Rettungssituation ist – im Widerspruch zur notwendigen Begleitung – bislang wenig professionell, es bedarf einer deutlichen Verbesserung. Zu denken ist an Schulungen im Umgang mit Angehörigen oder akut Trauernden, einschließlich eines Übungs- und eines begrenzten Selbsterfahrungsanteils. Die Begleitung der Angehörigen sollte darüber hinaus ein obligater Teil der Ausbildung des Rettungsdienstpersonals und der Notärzte im Rahmen des Fachkundenachweises Rettungsdienst oder der Weiterbildung des Rettungsassistenten werden.

In einigen Rettungsdienstbereichen, so auch im Landkreis Fulda, wurde durch die Hilfsorganisationen (Malteser, DRK, usw.) ein Notfallseelsorgekonzept entwickelt und implementiert. Dieses steht jedem Unfallopfer, deren Angehörigen aber auch den Hilfskräften zur Verfügung und wird bei Bedarf durch die Hilfskräfte bei der Rettungsleitstelle nachgeordnet.

6. Schluss

Bei der Ausarbeitung dieser Vordiplomarbeit sind mir viele Erkenntnisse zu diesem Thema gekommen. Da ich selbst seit mehreren Jahren in diesem Beruf tätig bin, war es mir ein persönliches Interesse dieses Thema einmal unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Allerdings musste ich auch feststellen, dass die Durchführung der psychologischen Betreuung durch die Hilfskräfte, derzeit nur unzureichend zu leisten ist. Die Tatsache, dass in der Ausbildung der Hilfskräfte dieser Faktor extrem vernachlässigt wird und es auch nur unregelmäßige bis keine psychische Unterstützung für Einsatzkräfte gibt (Einsatznachbesprechungen usw.), führen zu einer Überforderungen der Einsatzkräfte. Positiv zu verzeichnen ist, dass mittlerweile doch der ein oder andere Versuch unternommen wird dieses Thema aufzuarbeiten. Man hat endlich erkannt, das die Interaktion zwischen Psyche und Körper ein breites Feld an Möglichkeiten bietet um dem Patienten schon während der Notfallsituation zu helfen. Dies führt in der Folge zu einer signifikanten Verbesserung der Rehabilitationszeit und senkt somit auch den Kostenaufwand.

7. Abbildungen

- Abb. 1 – Deckblatt „Zwischen Blaulicht, Leib und Seele“ Stephan (Hrsg.); 2001

- Abb. 2 – www.bluelight.de Stand: 10.2001

8. Literaturverzeichnis

- Bengel (1997), „Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst“, Verlag Springer

- Bengel J./Kuntz V. (1995), „Psychosoziale Aus- und Fortbildung von Rettungsassistenten“, In: Ahnefeld (Hrsg.) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst, Verlags- und Verlagsgesellschaft des DRK Landesverbandes Westfalen-Lippe, Nottuln, S. 114-125

- Bernhard P (1995), „Schmerzempfinden und Angsterleben“ In Brähler E (Hrsg.) Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Psychosozial, Gießen, S. 50-61

- Bierhoff H-W (1990), „Psychologie hilfreichen Verhaltens“, Kohlhammer, Stuttgart

-
- Boss (1957), „[Psychoanalyse, Daseinsanalytik](#)“, Huber, Bern
 - Bourauel (1993), „[Psychische Erste Hilfe für Laien](#)“, Abschlußbericht zum Forschungsprojekt 92509 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
 - Carrière B (1983), „[Schmerz.](#)“ In: Luban-Plozza B (Hrsg.) Der Zugang zum psychosomatischen Denken. Springer, Berlin, S. 74-81
 - Cramon D. v. (1979), „[Quantitative Bestimmung des Verhaltensdefizites des skalaren Bewusstseins](#)“. Thieme, Stuttgart
 - Daschner (2001), „[Krisenintervention im Rettungsdienst](#)“, Verlag Stumpf & Kossendey GmbH
 - Fertig / v. Wietersheim (1994), „[Menschliche Begleitung und Krisenintervention](#)“, Verlag Stumpf & Kossendey GmbH
 - Fertig (1994), „[Wenn Alpträume Wirklichkeit werden – Die psychische Betreuung von Traumapatienten](#)“, In: Fertig B., Wietersheim H. v. (Hrsg.) Menschliche Begleitung und Krisenintervention, Stumpf & Kossendey
 - Gasch/Lasogga, Rettungsdienst Nr. 5, 22. Jahrgang 1999 (Rettungsdienstmagazin), „[Psychische Erste Hilfe \(PEH\) beim akuten Herzinfarkt](#)“, Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey GmbH
 - Gasch/Lasogga, Notfall & Rettungsmedizin 1999 – 2:S. 228 – 234, „[Psychische erste Hilfe](#)“, Verlag Springer
 - Gaus und Köhle (1990), „[Patienten mit körperlich begründbaren psychischen Störungen in der klinischen Praxis. Akute organische Psychosynrome.](#)“ In: Uextüll, Adler, Herrmann (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 4. Auflage, Urban und Schwarzenberg, München, S. 1135-1151
 - Gorgaß u. Ahnefeld (1995), „[Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst – Schlussbetrachtung.](#)“ In: Ahnefeld (Hrsg.) Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst. Verlags- und Vertriebsgesellschaft des DRK Landesverbandes Westfalen-Lippe, Nottuln, S. 126-150
 - Greis (1992), „[Psychologische Erste Hilfe – ein vergessenes Thema ?](#)“, Rettungsdienst 15: 794-798
 - Hannich H.-J. (1987), „[Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung](#)“, Verlag Springer
 - Kast V (1987), „[Trauern](#)“, Kreuz, Stuttgart
 - Karutz H., Rettungsdienst Nr. 11, 22. Jahrgang 1999 (Rettungsdienstmagazin), „[Kasperle: Psychische Erste Hilfe](#)“, Verlag Stumpf & Kossendey GmbH

-
- Klapp (1983), „[Psychosoziale Intensivmedizin. Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde](#)“, Verlag Springer
 - Kübler–Ross (1984), „[Interviews mit Sterbenden](#)“, Mohn, Gütersloh
 - Kübler-Ross (1987), „[Was können wir noch tun ?](#)“, Kreuz, Stuttgart
 - Linde HJ (1994), „[Erste Hilfe als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus der Sicht des DRK.](#)“ In: DRK (Hrsg.) *Leben retten – europaweit*. 8. Rettungskongreß des DRK. Eigenverlag, Bonn. S. 73-78
 - Maerker, A. (1997), „[Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung](#)“, Springer Verlag
 - Margraf, J. (1996), Band 2 „[Lehrbuch der Verhaltenstherapie](#)“, Springer Verlag
 - Meyer W (1985), „[Über den Umgang mit dem Tod bei der Arbeit auf dem Notarztwagen](#)“, *Notarzt* 1: 99-103
 - Milles (1995) Bd. 2, „[Das Unfallparadigma in der Entwicklung des Berufskrankheitenkonzepts](#)“, Mabuse, Frankfurt
 - Pincus (1982), „[... bis dass der Tod Euch scheidet. Zur Psychologie des Trauerns](#)“. Ullstein, Berlin
 - Plum/Posner (1980), „[The diagnosis of stupor](#)“, Davis, Philadelphia
 - Remke S. (1994), „[Psychische Erste Hilfe bei Unfallpatienten](#)“ In: Bernd Fertig, Weitershausen (Hrsg.), *Menschliche Begleitung und Krisenintervention*. Stumpf & Kossendey, Edewecht, S. 45-64
 - Rogers CR (1987), „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischen-menschlichen Beziehung. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, Köln
 - Schwarzer Ralf (1997), „[Gesundheitspsychologie](#)“, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe, Verlag für Psychologie
 - Stephan (2001), „[Zwischen Blaulicht, Leib und Seele](#)“, Verlag Stumpf & Kossendey GmbH
 - www.unfallopfer.de, Stand: 25.10.2001
 - www.paulo-taschen.de/verkehr.htm, Stand: 25.10.2001

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Vordiplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Kleinlüder, den 11.01.2002

(Dieter Rothmann)