


Markieren Sie Begriffe im Text um weitere Informationen zu erhalten.

 Drucken

 Beobachtet

 Offline nutzbar (in App)

› Kommunikation und Interaktion

Kommunikation und Interaktion

 Clemens Hausmann

(9.1, 9.2.4, 9.2.5, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 9.3.6, 9.3.7, 9.3.8)

 Harald Karutz

(9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.3.4, 9.3.5, 9.3.9, 9.3.10, 9.3.11, 9.3.12)

9.1 Grundlagen der Kommunikation

9.1.1 Verbale und nonverbale Kommunikation

9.1.2 Kongruente und inkongruente Kommunikation

9.1.3 Sach- und Beziehungsebene der Kommunikation

9.1.4 Einflussfaktoren

9.1.5 Vier Seiten einer Nachricht

9.1.6 Gesprächsführung

9.2 Kommunikation im Rettungsdienst

- 9.2.1 Kommunikation im Wachalltag
- 9.2.2 Kommunikation im Krankentransport
- 9.2.3 Kommunikation im Notfalleinsatz
- 9.2.4 Kommunikation in Krisensituationen
- 9.2.5 Kommunikation in Konfliktsituationen

9.3 Interaktion mit besonderen Personengruppen im Rettungsdienst

- 9.3.1 Umgang mit Notfallpatienten
- 9.3.2 Umgang mit Angehörigen
- 9.3.3 Umgang mit Angehörigen anderer Kulturen
- 9.3.4 Umgang mit Kindern
- 9.3.5 Umgang mit älteren Menschen
- 9.3.6 Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen
- 9.3.7 Umgang mit Menschen in Sozialnot
- 9.3.8 Umgang mit Betrunkenen, Alkohol- und Drogenabhängigen
- 9.3.9 Umgang mit Menschen mit Behinderung
- 9.3.10 Umgang mit Opfern von Gewalt
- 9.3.11 Umgang mit Ersthelfern
- 9.3.12 Umgang mit Zuschauern und Augenzeugen

Szenario

Ein sechsjähriges Kind ist unaufmerksam über eine Straße gelaufen und wurde dabei von einem Lkw erfasst. Die Mutter des Kindes hat den Unfall vom Gehweg aus mit ansehen müssen. Zufällig anwesende Passanten leisten umgehend Erste Hilfe. Die Passanten stellen fest, dass das u. a. stark aus dem Mund blutende, offensichtlich schwer verletzte Kind einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten hat und beginnen daraufhin noch auf der Straße mit Reanimationsmaßnahmen.

Beim Eintreffen eines RTW, eines NEF und zwei Streifenwagen der Polizei ist die Einsatzstelle von einer großen Menschenmenge umlagert. Zahlreiche Zuschauer sind

neugierig und beobachten, was geschieht. Das Kind liegt in einer großen Blutlache und ist weiterhin ohne Lebenszeichen; die Reanimation wird nun mit Hilfsmitteln und der entsprechenden Medikation leitliniengerecht professionell fortgeführt. Die Mutter und einige Augenzeugen des Unfalls brechen in Tränen aus. Der Fahrer des Lkw steht völlig regungslos und mit erstarrtem Gesicht am Straßenrand. Auch er benötigt offensichtlich Hilfe.

Inhaltsübersicht

9.1 Grundlagen der Kommunikation

- Der Prozess der Nachrichtenübermittlung setzt einen Sender, eine Botschaft und einen Empfänger voraus.
- Verbale Kommunikation umfasst alle Mitteilungen, die gesprochene oder geschriebene Worte verwenden.
- Nonverbale Kommunikation geschieht durch Mimik, Gestik, Körperhaltung und -bewegung, Blickkontakt, die Nutzung bestimmter Objekte sowie die räumliche Distanz.
- Stimmen verbaler und nonverbaler Ausdruck überein, ist die Kommunikation kongruent. Ist dies nicht der Fall, spricht man von inkongruenter Kommunikation.
- Jede Kommunikation findet auf der Sach- und der Beziehungsebene statt. Die beiden Ebenen beeinflussen sich wechselseitig.
- Jede Nachricht hat vier Seiten: Einen Sachaspekt, eine Selbstoffenbarung, einen Appell sowie einen Beziehungsaspekt.
- Kommunikation wird von biologischen, psychischen, soziokulturellen und umgebungsbedingten Faktoren beeinflusst.
- Gesprächsführung zielt darauf ab, Gesprächspartner bei ihren Fragen, Bedürfnissen und Gedanken abzuholen und zu den Themen hinzuführen, über die man selbst mit ihm sprechen möchte.
- Die Grundhaltung für helfende Gespräche basiert auf Akzeptanz, Empathie und

Ehrlichkeit.

- Basiskompetenz zur Gesprächsführung beinhaltet u. a., ein positives Gesprächsklima zu schaffen, ein Gespräch zu strukturieren, aktiv zuzuhören, sich verständlich auszudrücken und Missverständnisse zu vermeiden.
- Techniken der Gesprächsführung sind: Fakten und Gefühle ansprechen, offene und geschlossene Fragen stellen, verbal und nonverbal verstärken, wiederholen, paraphrasieren und schweigen.

9.2 Kommunikation im Rettungsdienst

- Kommunikation im Wachalltag geht über Small Talk hinaus und dient u. a. zur Informationsvermittlung, zur Gestaltung der innerbetrieblichen Hierarchie, zum Umgang mit Fehlern und zur Bewältigung von Belastungen.
- Kommunikation im Krankentransport hängt von der Grundhaltung des Rettungsfachpersonals, der kommunikativen Passung, der Beachtung des situativen Kontextes sowie der Themenauswahl ab.
- Im Notfalleinsatz ist insbesondere zu beachten: laut denken, Anweisungen gezielt geben, in angemessener Lautstärke, langsam und deutlich sprechen.
- Humor kann auch in Notfällen sehr hilfreich sein, aber auch schaden.
- Eine Notfallphraseologie kann die Kommunikation im Notfall begünstigen.
- Potenziell traumatische Krisen und Veränderungskrisen sind voneinander zu unterscheiden.
- Krisen verlaufen in mehreren Phasen: Schockphase, Reaktionsphase, Bearbeitungsphase und Neuorientierung.

9.3 Interaktion mit besonderen Personengruppen im Rettungsdienst

- Notfallpatienten befinden sich häufig in einem psychischen Ausnahmezustand.
- Das Erleben eines Notfalls hängt ab von Schmerzen, der Sichtbarkeit einer Verletzung, der vitalen Bedeutung des betroffenen Organs sowie der subjektiven

Bedeutung, die dieses Organ für den Betroffenen hat.

- Ein psychologisch angemessener Umgang mit Notfallpatienten ist aus zahlreichen Gründen wichtig. Unter anderem können dadurch negative psychische Folgen verhindert werden.
- Grundregeln der psychischen Ersten Hilfe sind die vier S-Sätze nach Lasogga und Gasch.
- Angehörige sollten nicht ausgegrenzt, sondern in einem Notfall regelmäßig informiert und nach Möglichkeit in die Hilfeleistung eingebunden werden.
- Bei einer Reanimationsprüfung sollte Angehörigen eine „Realitätsprüfung“ ermöglicht werden.
- Bei Angehörigen anderer Kulturen muss besonders langsam und deutlich gesprochen werden. Kulturelle Besonderheiten sind zu respektieren. Stummelsprache ist unangebracht.
- Für Kinder sind Notfälle besonders belastend. Sie haben weniger Vorerfahrungen und geringer ausgeprägte Bewältigungsstrategien. Auch wirken sich weitere entwicklungspsychologische Besonderheiten aus.
- Das Regelwerk KASPERLE enthält Hinweise für die psychische Erste Hilfe bei Kindern.
- Das Konzept der Validation zielt auf eine angemessene Grundhaltung gegenüber älteren Menschen.
- Patronisierende Kommunikation und Secondary Babytalk stellen im Umgang mit älteren Menschen Kommunikationsfehler dar.
- Im Umgang mit psychisch Kranken sollte v. a. über das „Hier und Jetzt“ bzw. über neutrale, nicht emotionale Fakten gesprochen werden.
- Als Sozialnot werden unterschiedliche Situationen bezeichnet wie Obdachlosigkeit, Trauer- und Überforderungsreaktionen, Vereinsamung, Verwahrlosung und Verelendung.
- Einsätze anlässlich akuter Sozialnot sind keine Fehleinsätze. Vor allem durch eine Weitervermittlung an geeignete Unterstützungsinstanzen kann das Rettungsfachpersonal wertvolle Hilfe leisten.
- Inklusive Notfallversorgung soll sicherstellen, dass Menschen mit einer Behinderung die gleiche Versorgungsqualität geboten werden kann wie jedem anderen auch.
- Im Umgang mit geistig behinderten Menschen sind u. a. die Regeln der leichten

Sprache zu beachten.

- Ersthelfer haben besondere Wertschätzung, Dank und Anerkennung verdient.
- Zuschauer sollten nicht pauschal als Gaffer oder Voyeure bezeichnet werden. Neugier ist ein legitimes Handlungsmotiv des Menschen.
- Um mit Zuschauern angemessen umzugehen, gibt es mehrere Möglichkeiten, z. B. ignorieren, abschirmen oder in die Hilfeleistung einbeziehen.

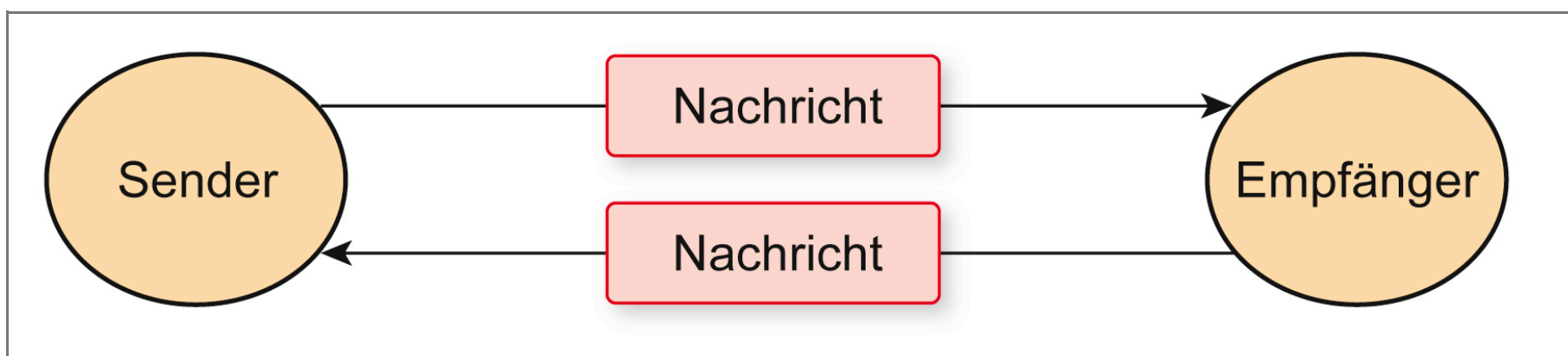
9.1 Grundlagen der Kommunikation

Kommunikation ist der Austausch von Botschaften. Durch Worte, Gesten, Zeichen etc. werden Informationen mitgeteilt, Meinungen, Gefühle und Empfindungen ausgedrückt, Wünsche und Forderungen gestellt. Der Prozess der Nachrichtenübermittlung braucht zumindest drei Elemente:

1. Einen **Sender** (jemanden, der etwas spricht, ausdrückt oder mitteilen möchte)
2. Die **Nachricht** (was mitgeteilt wird)
3. Den **Empfänger** (jemanden, der zuhört, beobachtet, aufpasst und die Botschaft versteht)

Eine Nachricht oder Botschaft enthält nicht nur Sachinformation. Oft werden auch indirekt Gefühle und Wünsche ausgedrückt und es schwingt etwas von der Beziehung mit, die zwischen Sender und Empfänger besteht ([Abb. 9.1](#)).

Sender – Nachricht – Empfänger [L143]



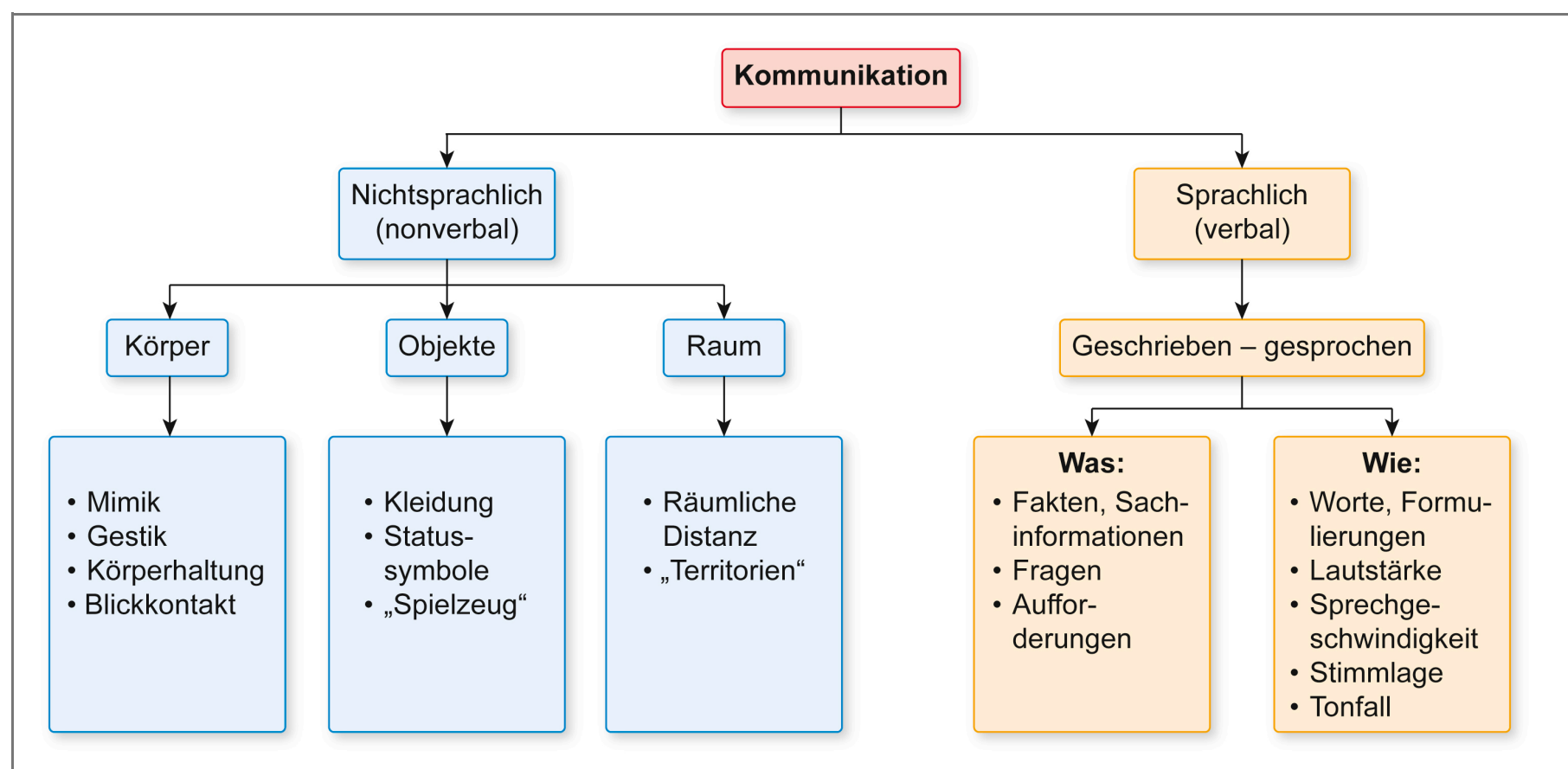
Der Prozess der Kommunikation ist fehleranfällig. Was eine Person mitteilen will, drückt sie mehr oder weniger deutlich aus. Die Botschaft kann vollständig oder auch unvollständig (z. B. aufgrund von Artikulationsschwierigkeiten) zum Empfänger gelangen. Dieser interpretiert und

verarbeitet sie gemäß seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen. Nicht alles wird vom Sender so ausgedrückt, wie er es gemeint hat. Zugleich wird nicht alles vom Empfänger so verstanden, wie es gemeint war. Immer wieder passiert es, dass eine Person ganz anders auf eine Mitteilung reagiert als erwartet:

- Gemeint ist nicht gleich gesagt
- Gesagt ist nicht gleich gehört
- Gehört ist nicht gleich verstanden
- Verstanden ist nicht gleich einverstanden
- Einverstanden ist nicht gleich umgesetzt

Kommunikation kann mithilfe von Worten (**verbal**) oder ohne Worte (**nonverbal**) erfolgen. Notfallsanitäter kommunizieren verbal, wenn sie Patienten informieren, den weiteren Ablauf erklären oder Angehörige beruhigen. Nonverbale Kommunikation liegt im Blickkontakt, einer beruhigenden Berührung und in der Art, wie eine Wunde versorgt oder einem Patienten aus dessen Wagen geholfen wird. (Abb. 9.2).

Bereiche der Kommunikation [L231]



9.1.1 Verbale und nonverbale Kommunikation

Verbale Kommunikation umfasst alle Mitteilungen, die gesprochene oder geschriebene

Worte verwenden. Fragen und Antworten, Bitten und Aufforderungen, Erklärungen und Informationen zählen ebenso dazu wie Berichte, Befunde, Dienstanweisungen und Einsatzdokumentation. Die Fakten, Fragen, Aufforderungen etc. können auf sehr unterschiedliche Weise „verpackt und transportiert“ werden. Wörter und Formulierungen können beruhigen oder irritieren, eine Situation bedrohlich erscheinen lassen oder stabilisieren. Gute Formulierungen unterstützen den gewünschten Effekt.

Fallbeispiel

Notfallsanitäter versorgen einen Patienten mit offenem Beinbruch. Er hat starke Schmerzen und große Angst. Während die Verletzung versorgt wird, sprechen Helfer mit ihm. Einige Sätze behält er im Gedächtnis: *„Ich bleibe bei Ihnen.“ – „Ich gebe Ihnen jetzt ein Schmerzmittel. Es wirkt rasch.“ – „Bleiben Sie bitte ruhig liegen. Legen Sie die Hand auf Ihre Brust und spüren Sie, wie Sie atmen.“*

Das **Wie** der sprachlichen Mitteilung, die Art und Weise, wie etwas ausgesprochen wird, unterstützt und verdeutlicht die Worte und Formulierungen: schnell oder langsam, laut oder leise, monoton oder lebhaft, flüssig oder mit Pausen etc. Verbale Kommunikation setzt voraus, dass alle Beteiligten dieselbe Sprache sprechen bzw. verstehen. Das ist im Rettungsdienst nicht immer der Fall. Gegenüber Patienten oder Angehörigen, die nur gebrochen Deutsch sprechen, sollte man in jedem Fall klar und einfach formulieren, keinesfalls aber die eigene Sprache verstümmeln ([Kap. 9.3.3](#)).

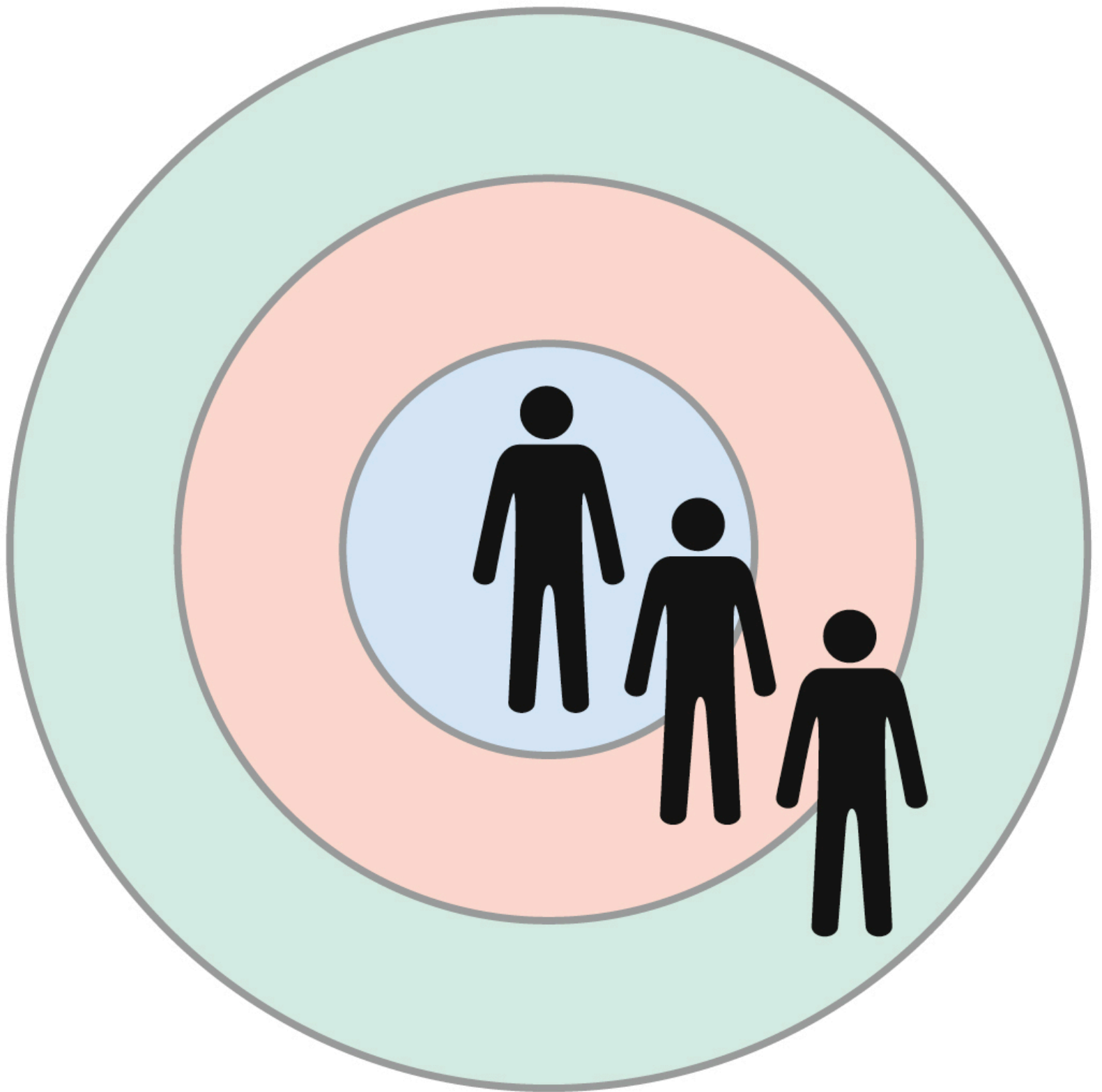
Die **nonverbale Kommunikation** ist die elementare Ausdrucksform des Menschen. Sie steht in ihren Grundzügen jedem Menschen von Geburt an zur Verfügung und wird noch vor dem Erwerb der Wortsprache angewendet und erweitert. Ausdrucksmittel der nonverbalen Kommunikation sind der eigene Körper (Körpersprache), Objekte (z. B. Statussymbole) und das Verhalten im Raum (Nähe, Distanz etc.). Dazu gehören u. a.:

- **Mimik:** Die Ausdrucksbewegungen des Gesichts erfolgen größtenteils unbewusst. Die Kommunikation wird durch die Mimik bereichert, kann aber auch Fehlinformationen liefern.

Verschiedene Krankheiten beeinträchtigen die Mimik (z. B. Schlaganfall, Morbus Parkinson).

- **Gestik:** Die Bewegungen der Hände unterstützen die gesprochenen Worte und drücken Gefühle und Gemütsbewegungen aus. Manche Gesten haben eine kulturell festgelegte Bedeutung. Die Gebärdensprache ist ein wichtiges Kommunikationsmittel von Gehörlosen.
- **Körperhaltung, -bewegungen** mit Kopf, Schultern, Oberkörper, Armen, Beinen etc. liefern Hinweise auf Schmerzen und Verletzungen, aber auch auf die momentane psychische Verfassung.
- **Blickkontakt:** Menschen, die einander in die Augen sehen, stehen in starkem Kontakt zueinander. Das kann sehr positiv erlebt werden (z. B. von Hilfesuchenden, beim „wortlosen Verstehen“) oder auch bedrohlich wirken (z. B. im Streit). Im Gespräch wird fehlender Blickkontakt oft als Desinteresse, Langeweile oder fehlende Aufmerksamkeit interpretiert.
- **Objekte:** Uniformen zeigen an, wer zu welcher Einsatzorganisation gehört; sie können beruhigend wirken („*Der kennt sich aus.*“) oder erschreckend („*So ernst ist es also.*“) und distanzierend. In Wartebereichen und Notaufnahmen sowie auch in Einsatzfahrzeugen des Rettungsdienstes können Farben und Materialien freundlich-heimelig oder klinisch-kalt wirken. Statussymbole zeigen, welcher Gruppe man angehört (oder angehören möchte).
- **Räumliche Distanz:** Man unterscheidet zwischen körperlichem Intimbereich (ca. 20 cm), persönlichem Bereich (ca. 1 m) und offiziellem Bereich. Je nach Art des Gesprächs sind verschiedene Distanzen angemessen. Wenn jemand zu nah oder zu weit weg ist, versucht man, die richtige Distanz herzustellen (näher rücken, ausweichen, [Abb. 9.3](#)).

Distanzzonen [P094/L231]



- Intimbereich (0–20 cm)
- Persönlicher Bereich (20–100 cm)
- Öffentlicher Bereich (> 100 cm)

Achtung

Viele Handlungen von Notfallsanitätern finden im persönlichen und auch im Intimbereich statt!

9.1.2 Kongruente und inkongruente Kommunikation

Kongruenz ist die Übereinstimmung zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck (z. B. Ja sagen und dabei nicken). Wenn verbal vermittelte Information und nonverbaler Ausdruck nicht zusammenpassen, ist die Kommunikation **inkongruent**.

Fallbeispiel

Ein 70-jähriger Mann ist vor einem Einkaufszentrum zusammengebrochen. Als die alarmierten Notfallsanitäter eintreffen, antwortet er mühsam auf ihre Fragen. Dann will er aufstehen: „*Es ist nichts*“, sagt er mit angespanntem Gesicht, „*so etwas ist mir schon öfter passiert*.“

Bei inkongruenten Botschaften weiß der Empfänger nicht, was der Sprecher eigentlich meint und auf welchen Aspekt der Botschaft (den verbalen oder den nonverbalen) er antworten soll. Die Worte des Mannes können unterschiedlich interpretiert werden: „*Mir geht es gut*.“, „*Lassen Sie mich in Ruhe*.“ oder „*Kümmern Sie sich um mich*.“. Durch inkongruente Botschaften entstehen oft erhebliche Missverständnisse. In Konflikten können sich sachliche Auseinandersetzungen bis zum Streit zuspitzen.

9.1.3 Sach- und Beziehungsebene der Kommunikation

Jede Kommunikation läuft dabei auf zwei Ebenen ab, die sich wechselseitig beeinflussen:

- Auf der **Sachebene** werden Fakten, Daten und Sachfragen besprochen, Irrtümer korrigiert, Probleme analysiert etc. (**Was** wird gesagt?).
- Auf der **Beziehungsebene** werden Gefühle, Empfindungen und Stimmungen vermittelt,

Sympathie und Ablehnung, emotionale Nähe und Distanz, Vertrauen und Vorwürfe ausgedrückt (**Wie** wird etwas gesagt?).

Merke

Störungen auf der Sach- und Beziehungsebene hängen eng zusammen!

Missverständnisse auf der Sachebene können zu Ärger, Vorwürfen und Fehleinschätzungen auf der Beziehungsebene führen. Störungen auf der Beziehungsebene können eine sachliche Klärung von Problemen sehr behindern oder überhaupt unmöglich machen, wenn z. B. Sachfragen wie Beziehungsangelegenheiten angegangen werden. Das ist vor allem bei unterschwelligen oder nicht ausgetragenen Konflikten der Fall.

Die Wirkung dieser Störungen wird jedoch erheblich reduziert, wenn man folgende Punkte berücksichtigt:

- **Auf der Sachebene:**

- Sich klar und einfach ausdrücken
- Beim Thema bleiben
- Sich kurz fassen
- Sich in Wortschatz und Formulierungen auf den Gesprächspartner einstellen

- **Auf der Beziehungsebene:**

- Bei Erstkontakt sich deutlich mit Namen und Funktion vorstellen, die Hand geben
- Den Gesprächspartner nach seinem Namen fragen, mit Namen ansprechen
- Möglichst auf die gleiche Augenhöhe gehen, Blickkontakt halten
- Stimmlage, Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit angleichen

9.1.4 Einflussfaktoren

Kommunikation unterliegt vielen Einflüssen. Biologische und psychische Faktoren spielen ebenso

eine Rolle wie soziale und kulturelle Bedingungen sowie die unmittelbare Umgebung. Sie können die Kommunikation mitunter erheblich behindern oder verzerren.

Biologische Faktoren

- **Entwicklung und Alter:** Junge Menschen verfügen über einen anderen Wortschatz als ältere, sprechen schneller und folgen z. T. anderen Vorbildern (z. B. in Bezug auf Höflichkeit, Respekt, selbstbewusstes Auftreten).
- **Sinnesorgane:** Seh- oder hörbehinderte Menschen haben nur begrenzt Zugang zu bestimmten Informationen und Kommunikationsmitteln. Sie sind oft auf technische Hilfsmittel angewiesen, die in Notfallsituationen nicht immer verfügbar sind (z. B. Hörgeräte, Texte in Brailleschrift).
- **Sprechorgane:** Bei erkrankten, fehlgebildeten oder operativ entfernten Sprechorganen ist die Artikulationsfähigkeit oft stark eingeschränkt.
- **Sprachzentrum/Gehirn:** Schädigungen im Gehirn (z. B. durch Schlaganfall, Tumor) sowie Abbauprozesse (Demenz) können die Kommunikationsfähigkeit der Patienten nachhaltig beeinträchtigen.

Psychische Faktoren

- **Stimmung, Bedürfnisse:** Traurige Menschen sprechen oft leise und wenig, ängstliche fragen oft viel oder sprechen hastig. Gereizte Menschen sprechen oft laut und verwenden aggressive Ausdrücke. Wer starke Schmerzen hat, will vielleicht abgelenkt werden etc.
- **Sprachbegabung, Selbstbild:** Manche Menschen können besser als andere ihre Körperempfindungen beschreiben, Wünsche formulieren oder beruhigende Worte finden. Neben der reinen Fähigkeit spielt dabei auch das Selbstbild eine große Rolle („*Das kann ich.*“/ „*Das kann ich nicht.*“).
- **Einfühlungsvermögen, Beziehungsfähigkeit:** Sich in die Situation eines anderen Menschen hineinzusetzen und rasch mit ihm Kontakt aufnehmen zu können, ist im Sanitätsdienst besonders wichtig.
- **Selbstkontrolle:** Die eigenen Worte sowie Stimme, Mimik und Gesten zumindest teilweise zu kontrollieren, ist nötig, um sich auf den Gesprächspartner einzustellen, ein Gespräch aktiv

zu gestalten und sich nicht provozieren zu lassen.

Soziokulturelle Faktoren

- **Muttersprache, Fremdsprache:** Bei Patienten, mit denen man nicht in einer gemeinsamen Sprache kommunizieren kann, muss ein Dolmetscher oder Angehöriger hinzugezogen werden, um notwendige Informationen zu gewinnen bzw. zu vermitteln.
- **Dialekt:** Dialektfärbungen signalisieren die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Region oder Gruppe. Sie bewirken, dass man sich heimisch fühlt, können aber auch Vorurteile auslösen.
- **Berufsspezifische Sprachkultur:** Kürzel und „Fachchinesisch“ erlauben knappe und präzise Informationsübermittlung im Beruf, sind aber für Außenstehende (Patienten, Angehörige anderer Berufsgruppen) nur schwer verständlich oder grenzen sie aus.
- **Lebensweise und soziales Netz:** Alleinstehende Menschen, die wenig Gelegenheit zu Gesprächen haben, fühlen sich bei zu vielen neuen Kontakten oft überfordert (z. B. als Patient im Krankenhaus); Menschen, die in großen Familien leben oder im Beruf viel mit anderen zu tun haben, verfügen häufig über eine hohe kommunikative Kompetenz.
- **Gesellschaftsnormen:** Diese legen nahe, wie „man“ sich in bestimmten Situationen verhalten soll, z. B. wie viel Gefühl Männer/Frauen zeigen dürfen, wann man um Hilfe bitten soll und wann nicht etc.

Umgebungsfaktoren

- **Störungen, Stress:** Für Gespräche über ernste, intime oder emotional bewegende Themen ist eine ruhige Umgebung besonders wichtig. Unterbrechungen (durch andere Menschen, Telefon etc.), Stress und Hektik können tiefer gehende Gespräche behindern oder unmöglich machen.
- **Geräuschpegel:** Bei schwerhörigen oder leise sprechenden Personen können Umgebungsgeräusche (durch andere Menschen, Geräte, Verkehr etc.) die gegenseitige Verständigung sehr beeinträchtigen.
- **Andere Anwesende:** Über manche Dinge will man lieber unter vier Augen und nicht in der Gegenwart Dritter sprechen.
- **Räumliche Position:** Ob beide Gesprächspartner auf gleicher Augenhöhe miteinander

sprechen, wie weit man sich zu einem liegenden hinunterbeugt etc., hat großen Einfluss auf die Gesprächsatmosphäre und damit auf den Verlauf des Gesprächs.

- **Sozialer Druck:** Die Erwartungen anderer Menschen können Druck auslösen, in einer bestimmten Weise zu kommunizieren, z. B. sich Schmerzen nicht anmerken zu lassen, als Helfer freundlich und ruhig zu bleiben etc.

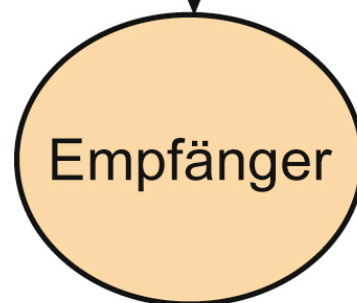
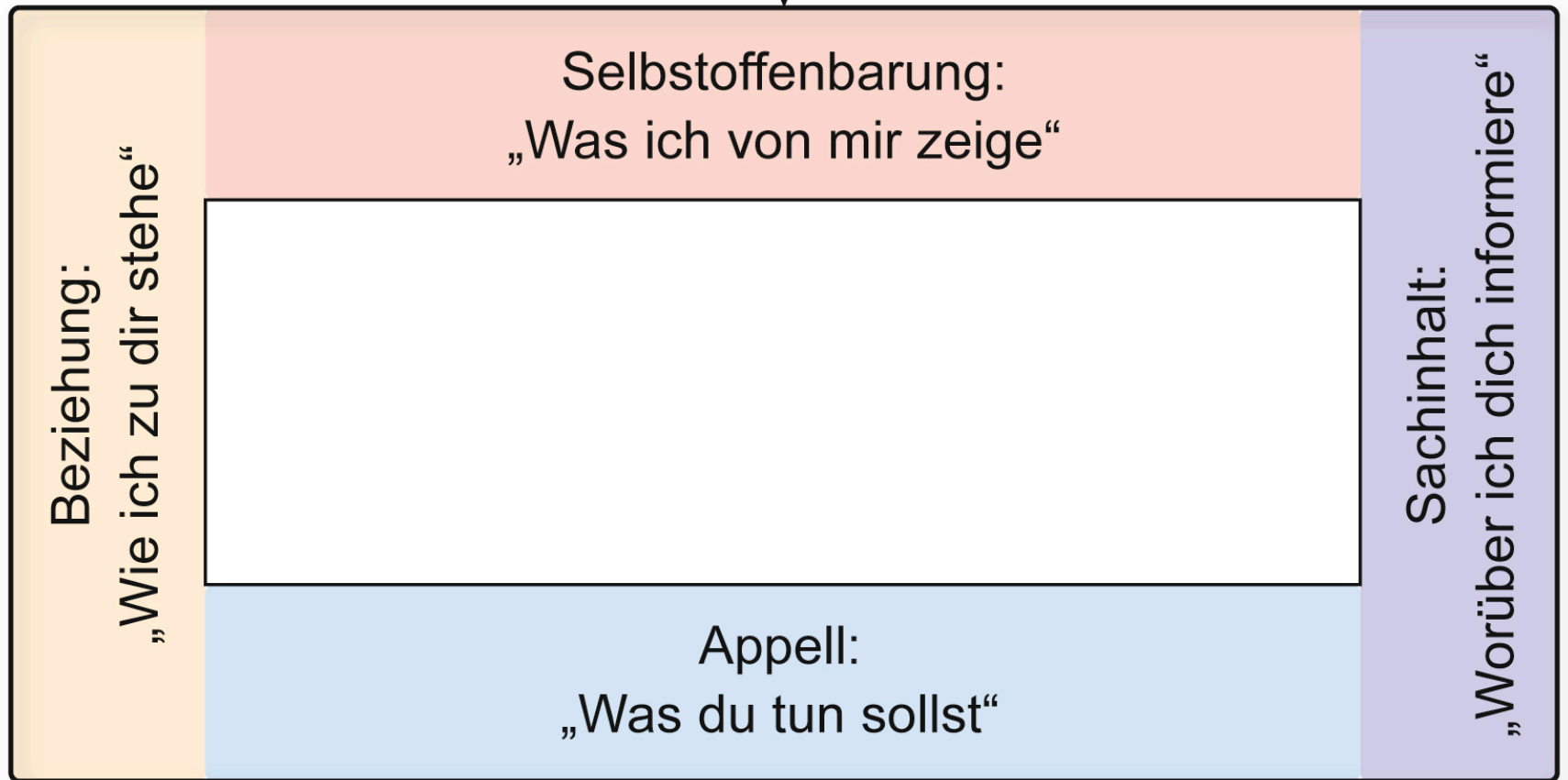
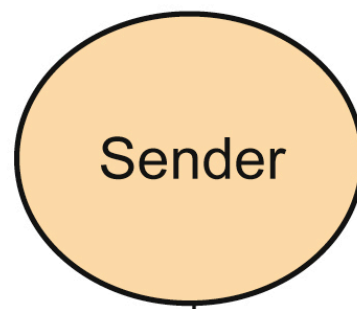
9.1.5 Vier Seiten einer Nachricht

Wenn man sprachliche Mitteilungen genauer analysiert, kann man in jeder Nachricht vier verschiedene Aussagen entdecken:

- Einen **Sachinhalt** (das „offizielle Thema“)
- Eine **Selbstoffenbarung** (was der Sprecher über sich selbst ausdrückt)
- Einen **Appell** (Aufforderung, was der Sprecher vom Zuhörer will)
- Informationen über die **Beziehung** des Sprechers zum Zuhörer (was der eine vom anderen hält, wie sie zueinander stehen)

Jede Nachricht ist sprachlich auf einer der vier Ebenen formuliert (als Aussage, Frage, Aufforderung etc.) und wird nonverbal „eingefärbt“ ([Abb. 9.4](#)). Zwei Beispiele können dies veranschaulichen:

Die vier Seiten einer Nachricht (nach Schulz von Thun 1981) [L143]



Fallbeispiel

Ein Dialysepatient wird von zu Hause abgeholt. Zum Notfallsanitäter, der ihm beim Einsteigen in den Wagen hilft, sagt er leise: „*Schön, dass Sie da sind.*“

- **Sachinhalt:** „*Wenn Sie da sind, ist es besser, als wenn Sie nicht da sind.*“
- **Selbstoffenbarung:** „*Ich habe Sorgen und fühle mich allein.*“

- **Appell:** „Kümmern Sie sich um mich.“
- **Beziehung:** „Schön, dass Sie es sind und nicht ihre Kollegin. Ich mag Sie.“

Fallbeispiel

Eine Patientin weint.

- **Sachinhalt:** „Das Auge trämt.“
- **Selbstoffenbarung:** „Ich bin traurig.“
- **Appell:** „Schone mich, tröste mich.“
- **Beziehung:** „Ich hoffe, dass du derjenige bist, der mir helfen kann!“ oder „Nur du kannst mir helfen.“

Nachrichten können grundsätzlich auf jeder der vier Ebenen verstanden werden. Es liegt beim Empfänger (d. h. seiner Erfahrung, seinen Gewohnheiten, seiner momentanen Stimmung etc.), mit welchem „Ohr“ er eine Nachricht hört. Je nachdem stellt er sich unterschiedliche Fragen:

- Auf der Sachebene: Worum geht es? Was sind die Fakten?
- Auf der Ebene der Selbstoffenbarung des Sprechers: Was teilt er mir über sich selbst mit? Wie geht es ihm?
- Auf der Appellebene: Was will er von mir? Was soll ich tun?
- Auf der Beziehungsebene: Wie steht er zu mir? Mag er mich?

Die Antworten beziehen sich auf die wahrgenommene Ebene. Das ist nicht unbedingt die vom Sprecher gemeinte.

Fallbeispiel

Ein Patient sagt: „Mir tut der Arm weh.“ – Antworten auf den vier Ebenen:

- „Das kommt von der Schwellung. Es geht in ein paar Stunden zurück.“ (Annahme: Der Patient berichtet eine Körperwahrnehmung.)
- „Das braucht Sie nicht zu beunruhigen.“ (Annahme: Der Patient macht sich Sorgen.)
- „Ich hole gleich den Arzt.“ (Annahme: Der Patient will ein Schmerzmittel.)
- „Wir tun, was wir können.“ (Annahme: Der Patient misstraut den Helfern.)

Dass eine Nachricht auf so verschiedene Arten verstanden werden kann, führt immer wieder zu Missverständnissen, Irritationen und Konflikten. Unklare Formulierungen des Sprechers und ungeprüfte Annahmen des Empfängers können sich gegenseitig verstärken und den Konflikt hochschaukeln. Missverständnisse ergeben sich vor allem,

- wenn eine Nachricht anders formuliert wird, als sie gemeint ist (z. B. „Wann kommen wir an?“ im Sinne von „Ich mache mir große Sorgen.“, mit der Antwort auf der Sachebene: „In zehn Minuten.“).
- wenn eine Nachricht auf einer anderen Ebene verstanden wird, als sie gemeint war (z. B. die Selbstaussage: „Mir ist kalt.“ verstanden als Aufforderung „Bleiben Sie doch!“, mit der Antwort „Ich kann jetzt nicht.“).
- wenn hinter einer „offiziellen“ Aussage eine andere Aussage gemeint, aber eine dritte verstanden wird (z. B. ein Aushang am Schwarzen Brett: „Interessenten bitte hier eintragen.“, gemeint als: „Das ist verbindlich.“, verstanden als „Die wollen uns kontrollieren.“).

Viele Probleme und Missverständnisse können vermieden werden, wenn man möglichst deutlich sagt, was man meint:

- Informationen als solche kennzeichnen: „Folgendes ist sehr wichtig ...“
- Appelle deutlich machen: „Bitte halten Sie die Bettruhe ein.“
- Eigene Gefühle und Meinungen in der Ich-Form formulieren: „Ich habe den Eindruck ...“
- Nachfragen: „Wie meinen Sie das?“, „Habe ich das richtig verstanden ...“, „Heißt das, Sie würden gerne ...?“

9.1.6 Gesprächsführung

Gespräche geben Sicherheit und können den Kontakt zwischen Patienten, Angehörigen und

Betreuern wesentlich verbessern. **Manuelle Tätigkeiten sprachlich zu „begleiten“** gehört ebenso dazu wie Informationen zu gewinnen und zu vermitteln, den Patienten zu beruhigen, zu motivieren und emotional zu unterstützen.

Merke

Gespräche zu führen ist keine „Zusatzleistung“, sondern zählt zu den zentralen Aufgaben eines Notfallsanitäters!

Gesprächsführung ist die bewusste Planung und Durchführung eines Gesprächs mit einem klaren Ziel und in mehreren Schritten. Das bedeutet insbesondere:

- Ziel oder Absicht des Gesprächs festlegen
- Gesprächsverlauf planen und steuern
- Auf bestimmte Themen eingehen, auf andere nicht
- Für eine angemessene Umgebung sorgen und Störungen beseitigen
- Anfang und Ende des Gesprächs markieren

Das Grundprinzip der Gesprächsführung lautet: den Gesprächspartner bei seinen Fragen, Bedürfnissen und Gedanken **abholen** und ihn zu den Themen **hinführen**, über die man mit ihm sprechen will. Dazu gehört u. a.

- klar zu wissen, was man mit dem Gespräch erreichen will (informieren, beruhigen, motivieren, etwas in Erfahrung bringen ...),
- den eigenen Standpunkt klar, verständlich und überzeugend darlegen,
- dem Gesprächspartner Zeit lassen, seine Situation darzustellen und es ihm erleichtern, sich auszudrücken,
- dem Gesprächspartner vermitteln, dass seine Gedanken und Gefühle ernst genommen und verstanden werden,
- Fragen und Einwände nicht „wegwischen“ oder ignorieren; zeigen, dass man sich damit auseinandersetzt.

Grundhaltung in helfenden Gesprächen

Helfende Gespräche setzen eine **bestimmte Grundhaltung** voraus. Dazu gehören vor allem folgende Aspekte:

- **Akzeptanz** (Achtung, Wärme, Rücksichtnahme)
- **Einfühlungsvermögen** (Empathie)
- **Ehrlichkeit** (Echtheit)

Außerdem ist von Bedeutung, dass helfende Gespräche immer nur auf freiwilliger Basis stattfinden können: In einer Notfallsituation oder während der Fahrt ins Krankenhaus können sie nicht erzwungen, sondern immer nur **angeboten** werden. Entscheidend ist die Bereitschaft und Offenheit des Patienten, mit einem Notfallsanitäter über ein bestimmtes Thema zu sprechen. Wenn ein Patient ein Gesprächsangebot ablehnt, sollte man ihn daher auch nicht weiter bedrängen.

Achtung

In manchen Fällen möchte der Patient nur mit einer bestimmten Person sprechen. Auch diese Entscheidung ist selbstverständlich zu akzeptieren.

Basiskompetenzen

Ein Gespräch mit einem bestimmten Ziel zu beginnen, dabei auf den Gesprächspartner einzugehen, mit Störungen und Problemen umzugehen und das Gespräch auf angemessene Weise zu beenden, kann in vielen Fällen einfach, manchmal aber auch schwierig sein: weil man unter Zeitdruck steht, weil der Gesprächspartner umständlich erzählt oder unklare Ausdrücke verwendet, weil man wiederholt unterbrochen wird oder weil großer Zeitdruck besteht. Die im Folgenden vorgestellten **Basiskompetenzen** sollten im Rahmen der Gesprächsführung umgesetzt werden.

Sie werden anhand von positiven Vorbildern erworben und können in der Ausbildung weiter trainiert und verbessert werden. Im Einzelnen gehören zu den Basiskompetenzen folgende Punkte:

Kontakt herstellen und positives Gesprächsklima schaffen

- Freundlich auf den Gesprächspartner zugehen
- Sich ins Blickfeld des Patienten stellen/setzen
- Auf gleiche Augenhöhe gehen
- Sich beim ersten Kontakt mit Namen und Funktion vorstellen
- Hand geben, eventuell vorsichtig Körperkontakt aufnehmen (Hand, Arm)

Gespräch strukturieren

- Sich vor Beginn überlegen, was man erreichen will (z. B. Informationen übermitteln, Fragen klären, motivieren, entlasten, ablenken, Wartezeit überbrücken etc.)
- Einleitung und Abschluss des Gesprächs bewusst gestalten
- Reihenfolge der Themen festlegen (*„Darüber sollten wir gleich reden.“*, *„Das wird Ihnen im Krankenhaus der Arzt sagen.“*)
- Informationen gliedern; die wichtigsten Informationen im ersten Drittel des Gesprächs vermitteln
- Wichtige Themen betonen, das Besondere hervorheben (*„Es ist wichtig, dass ...“*, *„Entscheidend ist, dass ...“*)

Aktiv zuhören

- Blickkontakt halten
- Keine andere Tätigkeit nebenbei ausführen
- Wichtige Namen oder Fakten wiederholen
- Nachfragen bei unklaren oder abstrakten Aussagen (*„Irgendwie geht's mir nicht gut.“*, *„Ich*

habe die Hoffnung verloren.“)

- Den Gesprächspartner ausreden lassen

Genau zuhören, auf Bedürfnisse achten

- Den angesprochenen Sachverhalt, Einschätzungen, Gefühlen und Sorgen aufmerksam folgen
- Herausfinden, was der Gesprächspartner jetzt / allgemein möchte
- Indirekt geäußerte bzw. vermutete Interessen, Wünsche und Gefühle ansprechen
- Bei Widersprüchen nachfragen, wie das gemeint ist (z. B. „*Ich will ja, aber ...*“)
- Wichtige nonverbale Signale ansprechen (z. B. schmerzverzerrtes Gesicht)

Sich verständlich ausdrücken und sachlich argumentieren

- Klare Aussagen treffen, schwierige Fachausdrücke vermeiden
- Aufforderungen begründen, Beispiele nennen
- Fakten und Vermutungen deutlich voneinander abgrenzen
- Auf Fragen klar antworten, sachlich bleiben
- Nachfragen, ob der Gesprächspartner alles verstanden hat

Loben, das Positive sehen

- Fortschritte und gelungene Leistungen aktiv ansprechen, nicht damit warten
- Konkret benennen, was gut gemacht wurde
- Verbesserungen im Vergleich zum letzten Mal hervorheben
- Den Blick auf die Ressourcen und mögliche Lösungen richten

Missverständnisse klären, Spannungen abbauen

- Schwierigkeiten oder Probleme in geeigneter Form ansprechen

- Eigene Meinung in der **Ich-Form** formulieren („*Ich habe den Eindruck, dass ...*“)
- Keine Vorwürfe erheben, sondern klar sagen, was man vom anderen möchte
- Bei zwischenmenschlichen Spannungen nach einer Lösung suchen (nicht nach der Schuld)
- Auf Vorwürfe, Schuldzuweisungen, Abwertungen etc. mit Fragen antworten, z. B. „*Wie meinen Sie das? Was genau ...? Wer ...? Wann zuletzt ...?*“
- Beim Thema bleiben

Kommunikationsfehler vermeiden

Keinesfalls:

- Den Blick während des Gesprächs vor allem auf schriftliche Unterlagen oder einen Bildschirm richten
- Automatische Fragen stellen ohne spürbares Interesse am Gesprächspartner
- Bedrängende Fragen stellen und nachbohren, während sich der Gesprächspartner verschließt
- Äußerungen und nonverbale Signale missachten oder fehl deuten
- Sachliche Rückmeldungen, Probleme und Kritik persönlich nehmen

Techniken der Gesprächsführung

Über die beschriebenen Basiskompetenzen hinaus können – je nach Gesprächsziel bzw. -intention – verschiedene **Kommunikationstechniken** eingesetzt werden. Sie bilden das „**Handwerkszeug**“ der weiteren Gesprächsführung.

- **Fakten ansprechen:** Indem man Fakten anspricht oder wiederholt, kann man wichtige Informationen hervorheben und zugleich eine Orientierung geben, z. B. „*Ihr Sohn kommt in einer Stunde. Er fährt direkt zum Krankenhaus.*“ Fakten eignen sich besonders zur Beruhigung von ängstlichen, hilflosen oder verzweifelten Personen. Hilfreich ist, wenn man dabei möglichst einfach formuliert und in jedem Satz nur eine Aussage trifft.
- **Offene Fragen stellen:** Auf offene Fragen sind viele und lange Antworten möglich. Sie regen zum Erzählen an und bringen oft Informationen, an die man selbst gar nicht gedacht hat, z. B. „*Wie geht es Ihnen jetzt?*“, „*Was möchten Sie ...?*“, „*Erzählen Sie mir bitte mehr*

davon.“ etc. Offene Fragen eignen sich als Gesprächseinstieg und helfen weiter, wenn das Gespräch in eine Sackgasse gerät. In Gesprächen, die länger als eine Minute dauern, sollte man immer wieder offene Fragen stellen, um die Kommunikation im Fluss zu halten.

- **Geschlossene Fragen stellen:** Geschlossene Fragen schränken die Antwortmöglichkeiten auf einzelne Wörter ein, im Extremfall „Ja“ oder „Nein“: „*Haben Sie Schmerzen?*“, „*Haben Sie noch Fragen?*“, „*Möchten Sie ...?*“, „*Können Sie ...?*“, „*Wo sind ...?*“ etc. Geschlossene Fragen liefern rasche und präzise Informationen und lenken die Aufmerksamkeit auf einen Punkt oder in eine bestimmte Richtung. Zugleich dämmen sie den Redefluss ein. Mit ihnen kann man ein Gespräch in eine bestimmte Richtung lenken und auch beenden (viele geschlossene Fragen stellen, dann zusammenfassen und sich verabschieden). Je nach Tonfall und nonverbaler Kommunikation können sie strukturierend und beruhigend, aber auch kalt und distanziert wirken.
- **Verbal und nonverbal verstärken:** Blickkontakt und interessierter Gesichtsausdruck, Nicken, „Ja“ und „Mhm“ zeigen dem Gesprächspartner, dass man ihm aufmerksam und „aktiv“ zuhört. Dadurch wird er zum Weiterreden angeregt und das Gespräch wird in Gang gehalten.
- **Wiederholen:** Wichtige Aussagen oder Schlüsselwörter, die der Gesprächspartner formuliert, werden wörtlich wiederholt. Auf diese Weise kann man wichtige Punkte hervorheben und überprüfen, ob man richtig verstanden hat.
- **In eigenen Worten zusammenfassen (Paraphrasieren):** Aussagen und Reaktionen des Gesprächspartners werden in eigenen Worten zusammengefasst. Man kann dadurch Verständnis und Einfühlungsvermögen zeigen sowie das Gesagte weiter klären und verdeutlichen: „*Mit anderen Worten ...*“, „*Das heißt also ...*“, „*Habe ich das richtig verstanden ...*“. Im Gespräch sollte man öfter paraphrasieren als die Worte einfach wiederholen.
- **Gefühle ansprechen:** Die beobachteten oder vermuteten Gefühle des Gesprächspartners können direkt angesprochen und als eigene Eindrücke zurückgespiegelt werden: „*Sie sehen wütend aus.*“, „*Sie wirken traurig.*“, „*Das ist sicher schlimm.*“. Dies kann helfen, über Gefühle zu sprechen, die man sonst nur zögernd geäußert hätte. Dazu ist jedoch eine gute Gesprächsbasis auf der Beziehungsebene nötig. Zugleich erfordert es große Sensibilität (wie weit kann ich gehen, was ist jetzt nicht zumutbar?) und auch Standfestigkeit sowie Zeit für das weitere Gespräch. Da während und nach Notfällen die emotionale Belastung der Betroffenen oft sehr groß ist, sollten in diesen Situationen Gefühle möglichst nicht direkt angesprochen

werden (Gefahr der **Dekompensation**).

- **Schweigen:** Schweigen kann ein sehr wirkungsvolles Mittel der Kommunikation sein. Probleme und Schwierigkeiten werden nicht einfach weggeredet. Im Schweigen kann man außerdem zeigen, dass man den Gesprächspartner in einer Krise nicht alleinlässt und seine Schwierigkeiten mit ihm aushält. Es kann jedoch auch kalt wirken und den Eindruck von Verwirrung oder mangelndem Interesse wecken.

9.2 Kommunikation im Rettungsdienst

9.2.1 Kommunikation im Wachalltag

Im Wachalltag dient Kommunikation nicht nur zum Informationsaustausch, sondern sie ist ein wesentlicher Beitrag zur **Organisationskultur**. Je nachdem, wie auf einer Rettungswache miteinander kommuniziert wird, ist die Arbeitsatmosphäre angenehm oder belastend. In diesem Zusammenhang kann eine konstruktive, von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Kommunikation sogar zur betrieblichen Gesundheitsförderung dienen und die Identifikation mit dem Arbeitgeber insgesamt erhöhen, während z. B. nicht weitergegebene Informationen, Lästereien oder schwelende Konflikte zu Enttäuschungen und Frustrationen bis hin zu inneren Kündigungen führen können. Vor diesem Hintergrund ist Kommunikation auf der Rettungswache auch mehr als der **Small Talk** in der Bereitschaftszeit.

Aspekte professioneller Kommunikation im Wachalltag

Vermittlung von Informationen

Um alle Mitarbeiter einer Rettungswache stets auf dem gleichen Informationsstand zu halten, eignen sich Rundmails und „Schwarze Bretter“ ([Abb. 9.5](#)), aber auch regelmäßige Besprechungstermine, sog. **Jour fixe**. Einerseits sind Arbeitgeber dazu verpflichtet, ihre Mitarbeiter über aktuelle Entwicklungen und interne Veränderungen angemessen zu unterrichten. Andererseits ist es aber auch Aufgabe jeder einzelnen Rettungsfachkraft, sich über relevante Neuigkeiten zu informieren.



Achtung

Bei Dienstbesprechungen besteht daher Anwesenheitspflicht.

Hierarchie

Der Umgang mit Hierarchie wird durch die Kommunikation im Wachalltag widerspiegelt. Ob Führungskräfte geduzt oder gesiezt werden bzw. wie Kollegen sich generell untereinander ansprechen, ist u. a. ein Indikator dafür. In manchen Rettungsdiensten hat der Wachleiter lediglich festgelegte „Sprechzeiten“ und ist außerhalb dieser Zeiten für seine Mitarbeiter kaum oder nur nach vorheriger Terminvereinbarung erreichbar. In einigen Organisationen und

Unternehmen wird aber auch auf besonders **flache Hierarchien** Wert gelegt. Jeder kann jederzeit ein persönliches Anliegen vortragen. Kritik kann unabhängig von Dienststrang oder Alter geäußert werden.

Von der **formellen** ist ohnehin noch die **informelle Hierarchie** zu unterscheiden. So gibt es auf manchen Rettungswachen eine bestimmte Sitzordnung am Tisch oder bestimmte Aufgaben im Wachalltag dürfen nur von einigen Mitarbeitern durchgeführt werden. Mitunter gibt es „Leitwölfe“ und interne „Hackordnungen“, was hier nicht weiter ausgeführt werden kann. Die Gruppendynamik auf Rettungswachen ist zu unterschiedlich, und ihre Auswirkungen sind zu komplex, um sie pauschal beschreiben zu können.

Grundsätzlich kann daher nur empfohlen werden, dass sich jeder Notfallsanitäter über den Umgang mit formeller und informeller Hierarchie an seinem Arbeitsplatz informiert und nach Möglichkeit auch entsprechend integriert. Darüber hinaus hat jeder Mitarbeiter sicherlich die Möglichkeit, in einem gewissen Rahmen zu systemischen und organisatorischen Veränderungen im Wachalltag beizutragen. Dabei ist aber nicht nur kommunikative, sondern in hohem Maße auch soziale Kompetenz erforderlich.

Ablauf von Entscheidungsprozessen

Entscheidungen werden im günstigsten Fall nicht einfach „von oben herab“ getroffen und Mitarbeitern in ihrem Wachalltag aufgezwungen, sondern im Vorfeld gemeinsam besprochen und demokratisch, etwa durch Abstimmungen nach dem Mehrheitsprinzip, legitimiert. Partizipationsmöglichkeiten für Mitarbeiter erhöhen die Zufriedenheit am Arbeitsplatz nachweislich.

Merke

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Mitbestimmungsmöglichkeiten, einzelnen krankheitsbedingten Fehltagen und sogar der Entwicklung eines Burn-out-Syndroms.

Vor diesem Hintergrund ist es z. B. empfehlenswert, bei Planungen für die Beschaffung neuer Fahrzeuge oder -geräte, bei der Erarbeitung neuer Einsatzkonzepte oder bei Überlegungen zu Umgestaltungsmaßnahmen auf der Rettungswache Arbeitskreise einzurichten. Auf diese Weise fühlen sich Rettungsfachkräfte ernst genommen, wertgeschätzt und können ihre Ideen einbringen. Inwiefern Mitarbeitern im Wachalltag Mitbestimmungsmöglichkeiten eingeräumt werden, ist innerhalb der einzelnen Rettungsdienste allerdings sehr unterschiedlich.

Umgang mit Fehlern

Auf vielen Rettungswachen kann über Fehler, die einer einzelnen Rettungsfachkraft oder einem Rettungsteam unterlaufen sind, nicht offen gesprochen werden. Fehler einzugestehen, führt mitunter dazu, dass man stigmatisiert oder ausgelacht wird. Vor einer genauen Ursachenanalyse wird oftmals vorschnell Schuld zugewiesen. Deshalb werden Fehler häufig verschwiegen bzw. sogar verheimlicht und vertuscht.

Achtung

Wünschenswert wäre, dass im Wachalltag eine **No-Blame Culture** vorhanden ist. Über Fehler müsste, ohne Angst vor unangemessenen Sanktionen haben zu müssen, gesprochen werden können.

Nur auf diese Weise lässt sich das Lernpotenzial von Fehlern nutzen. Zur Entwicklung einer No-Blame Culture kann jede Rettungsfachkraft beitragen, indem sie Fehlermeldungen von Kollegen dankbar nutzt, um bestimmte Fehler bei eigenen Einsätzen zukünftig zu vermeiden. Durch ein **Critical Incident Reporting System** (CIRS) sollte der pädagogisch angemessene Umgang mit Fehlern geregelt werden (Kap. 11).

Umgang mit Kritik und Konflikten

Zur professionell gestalteten Kommunikation im Wachalltag gehört auch der Umgang mit Konflikten. Hinter dem Rücken von Betroffenen zu meckern und zu lästern, ist wenig hilfreich. Günstiger ist ein **konstruktives Konflikt- und Beschwerdemanagement**. Dazu gehört z. B. die Einrichtung einer regelmäßigen „Meckerstunde“, in der vorrangig Lösungen für Konflikte erarbeitet werden sollen.

Achtung

In verfahrenen Situationen kann es auch angebracht sein, einen externen Mediator einzubeziehen.

Ein spezielles Phänomen ist **Mobbing**. Dabei werden Betroffene wiederholt und über einen längeren Zeitraum absichtlich geschädigt, wobei zwischen den Tätern und den Opfern ein tatsächliches oder zumindest **subjektiv erlebtes Macht- bzw. Kräfteungleichgewicht** besteht. Ein Berufseinsteiger kann z. B. von einer erfahrenen Rettungsfachkraft gemobbt werden oder ein Mitarbeiter vom Leiter der Rettungswache. Zur Prävention von Mobbing sollte auch auf Rettungswachen die Funktion eines **Antimobbingbeauftragten** eingerichtet werden. Zudem gibt es verschiedene Präventionsprogramme, die zur Umsetzung empfohlen werden können.

Achtung

Mobbing ist kein Spaß, sondern kann schwerwiegende Gesundheitsschädigungen zur Folge haben. Einzelne Verhaltensweisen, die im Rahmen von Mobbingaktionen ausgeführt werden, sind u. U. auch strafrechtlich relevant, so z. B. üble Nachrede, Körperverletzung, sexuelle Belästigung oder Beleidigung.

Umgang mit Belastungen

Die Kommunikation im Wachalltag trägt in hohem Maße auch dazu bei, wie **belastende Einsatzerfahrungen** bewältigt werden können. Nach Möglichkeit sollten Kollegen stets ein „offenes Ohr“ haben, wenn eine Rettungsfachkraft von einem besonders schwierigen oder unangenehmen Einsatz erzählt. Auf einigen Rettungswachen werden inzwischen auch regelmäßige Supervisionssitzungen angeboten, oder es gibt kollegiale Ansprechpartner (Peers), die eine spezielle psychologische Zusatzausbildung absolviert haben (Kap. 7.3.3 und Kap. 10.4.4).

Persönliches und Umgangsformen

Nicht zuletzt wird die Kommunikation im Wachalltag durch die **allgemeinen Umgangsformen** geprägt. Dass man sich begrüßt und verabschiedet, ein angemessenes Benehmen zeigt und Mahlzeiten gemeinsam einnimmt gehört dazu.

Zu einer angenehmen **Arbeitsatmosphäre** trägt sicherlich auch bei, dass sich Kollegen in der einsatzfreien Zeit nicht nur über Fachliches, sondern auch Privates austauschen können und an der individuellen Lebenssituation ihrer Kollegen Anteil nehmen. An vielen Rettungswachen sind Sommerfeste oder Weihnachtsfeiern üblich, zu denen auch die jeweiligen Partner eingeladen werden. Zudem werden oftmals bestimmte Traditionen gepflegt bzw. es sind bestimmte Rituale üblich (Kap. 8.5.3). Wenn eine Rettungsfachkraft in einem Einsatz zum ersten Mal mit einem Verstorbenen konfrontiert wird, muss sie vielerorts z. B. einen Kuchen backen. Solche Rituale erscheinen auf den ersten Blick skurril oder makaber. Sie geben aber auch Halt und tragen letztlich ebenfalls zur Gemeinschaftsbildung und -förderung im Wachalltag bei.

Ein weiteres Zeichen gelingender Kollegialität ist (u. U. auch schwarzer) **Humor** – allerdings nur, solange gemeinsam gelacht und niemand durch Späße bloßgestellt, verletzt oder ausgegrenzt wird. Vor diesem Hintergrund kann jede einzelne Rettungsfachkraft durch ihr persönliches Kommunikationsverhalten einen wichtigen Beitrag leisten, um im Wachalltag für ein harmonisches Miteinander zu sorgen.

9.2.2 Kommunikation im Krankentransport

Krankentransporte machen in Deutschland rund 51 % des rettungsdienstlichen Gesamteinsatzgeschehens aus. Vielen Rettungsfachkräften erscheinen Krankentransporte zwar eher langweilig und sie fühlen sich häufig unterfordert. Allerdings kommt der kommunikativen

Kompetenz gerade im Krankentransport eine besonders hohe Bedeutung zu.

Während die Kommunikation im zeitkritischen Notfalleinsatz fast ausschließlich sachbezogen ist, d. h., der Austausch unmittelbar handlungsrelevanter Informationen im Vordergrund steht, kann im Krankentransport eine deutlich stärker personen- bzw. beziehungsorientierte Konversation stattfinden. Hier bietet sich die Gelegenheit zu viel längeren, intensiveren Gesprächen, als dies im Rahmen der Notfallrettung möglich ist.

Aspekte der Kommunikation im Krankentransport

Einstellung

Zunächst einmal sollte jedem Patienten im Krankentransport freundlich und empathisch begegnet werden. Dazu gehört es insbesondere, ein professionelles Verständnis für die Situation des jeweiligen Patienten zu entwickeln, seine Wünsche und Bedürfnisse aufmerksam wahrzunehmen und diese – etwa hinsichtlich der Lagerung, der Temperatur oder der Belüftung im KTW – auch zu berücksichtigen.

Praxistipp

Einem Selbstverständnis als Dienstleister im Gesundheitswesen folgend, sollte sich jede Rettungsfachkraft ernsthaft darum bemühen, Krankentransporte für einen Patienten auch durch das eigene Kommunikationsverhalten so angenehm wie möglich zu gestalten.

Kommunikative Passung

Damit im Krankentransport überhaupt ein angenehmes Gespräch zustande kommen kann, sollten Gesprächspartner möglichst die „gleiche Sprache“ sprechen. Dies bezieht sich auf die

Sprache als solches, aber auch auf Stil, Sprachniveau bzw. Vokabular sowie die Komplexität des Satzbaus. Verständlichkeit hängt wesentlich von diesen Faktoren ab. Rettungsfachkräfte sollte sich hinsichtlich des eigenen Kommunikationsverhaltens daher auf Patienten einstellen können, ohne jedoch aufgesetzt zu wirken bzw. sich unangemessen zu verstellen.

Situativer Kontext

Auch der Anlass für einen Krankentransport sollte beachtet werden: Handelt es sich z. B. um eine Verlegung zur weiteren Behandlung in eine Spezialklinik, um einen Menschen, der aus seiner häuslichen Umgebung in ein Pflegeheim gebracht wird, oder um eine Fahrt in ein Hospiz, wird die Atmosphäre im KTW jeweils eine andere sein. Es wirkt sich auch aus, ob ein Krankentransport tagsüber oder nachts sowie an einem regulären Arbeitstag oder einem besonderen Feiertag (z. B. Heiligabend) durchgeführt wird.

Achtung

Wird dieser situative Kontext nicht ausreichend berücksichtigt, ist keine dem Anlass angemessene Kommunikation möglich und Rettungsfachkräfte können rasch in kommunikative Fallen tappen.

Muss ein älterer Mensch ausgerechnet am Ostersonntag ins Krankenhaus gebracht werden, ist die freudige (oder sogar ironische?) Begrüßung „Frohe Ostern!“ z. B. unangebracht. Einem Tumorpatienten im Endstadium nach dem Transport ins Hospiz zum Abschied „gute Besserung“ zu wünschen, wird u. U. als Ausdruck von Desinteresse und Gedankenlosigkeit verstanden.

Stereotype

Stereotype Vorstellungen über die Konversationsmöglichkeiten einer Patientengruppe (z. B. von älteren Menschen, Demenzpatienten, anderen chronisch Kranken oder geistig Behinderten)

können ein vorurteilsfreies Gespräch von vornherein unmöglich machen und die Kommunikation im Sinne selbst erfüllender Prophezeiungen negativ beeinflussen. Deshalb ist es wichtig, bewusst eine vorurteilsfreie Grundhaltung einzunehmen und eventuelle negative Vorerfahrungen mit einer bestimmten Patientengruppe beiseite zu schieben, um sich unvoreingenommen auf den jeweiligen Patienten einlassen zu können (Kap. 8.2.3).

Gesprächsführung

Durch geschlossene Fragen können zwar konkrete Informationen eingeholt werden; als Gesprächseinstieg oder zur Fortführung eines Dialogs sind offene Fragen jedoch meist besser geeignet. Eine nicht wertende Haltung, insbesondere auch das aktive Zuhören (Kap. 9.2) kann dabei helfen, bei kritischen Themen oder unterschiedlichen Meinungen keinen Streit zu provozieren, sondern das Gespräch auf einer möglichst angenehmen, unkritischen Ebene zu halten.

Ferner ist es wichtig, auf den eigenen Tonfall sowie die begleitende Mimik und Gestik zu achten. Ein genervtes Augenrollen u. Ä. sollte z. B. unterbleiben: Emotionen auf diese Weise zum Ausdruck zu bringen, ist sicherlich manchmal entlastend, aber in Anwesenheit eines Patienten bzw. Angehörigen schlichtweg unprofessionell. Umgekehrt signalisiert beständiger Blickkontakt und ein Kopfnicken Aufmerksamkeit, Interesse und Anteilnahme (Abb. 9.6).

Kommunikationssituation im Krankentransport [O997]



Themen

Worüber während eines Krankentransports gesprochen wird, ist letztlich nicht entscheidend. Gesprächsthemen sollten nach Möglichkeit jedoch vom Patienten gesetzt werden, der Notfallsanitäter greift vorgegebene Themen dann ggf. auf. Nicht zuletzt sollte aber auch akzeptiert werden, wenn ein Patient im Krankentransport schlichtweg nicht mit einer Rettungsfachkraft sprechen möchte.

Merke

Zu einem professionellen Kommunikationsverhalten im Krankentransport gehört, dass man auch Stille bzw. ein Schweigen aushalten kann.

9.2.3 Kommunikation im Notfalleinsatz

Die Rahmenbedingungen für effektive Kommunikation sind in einem Notfalleinsatz ungünstig. Zeit- und Handlungsdruck, die Menge der zu verarbeitenden und auszutauschenden Informationen sowie **Störeinflüsse**, wie z. B. Lärm an der Einsatzstelle oder ein Rauschen im Funkverkehr, begünstigen die Entstehung von Missverständnissen. Gleichzeitig ist Kommunikation als eine wesentliche Voraussetzung für ein angemessenes Einsatzmanagement und eine gelingende Versorgung von Notfallpatienten anzusehen.

Grundsätze für die Kommunikation im Notfalleinsatz

Laut denken

Ein im Rettungsdienst weitverbreiteter Mythos besteht in der Annahme, dass möglichst wenige Gesprächskontakte untereinander ein Indikator für effektive Teamarbeit sind. Besonders günstig wäre es demnach, wenn man weitgehend stumm interagieren kann. In wenigen Ausnahmefällen mag dies auch zutreffen. Generell zu fordern, dass in einem Notfalleinsatz weitgehend geschwiegen werden soll, ist ansonsten jedoch falsch.

Praxistipp

Nur wenn man ausspricht und sich darüber austauscht, welche Gedanken man gerade verfolgt, können alle anwesenden Kollegen im Einsatzgeschehen mitdenken, ein gemeinsames mentales Modell entwickeln und sich sinnvoll an der Teamarbeit beteiligen (Kap. 11).

Davon abgesehen kann extreme Wortkargheit auch zu einer deutlichen Irritation von Patienten und Angehörigen führen. Die mangelnde Kommunikation untereinander könnte z. B. als Ausdruck geringer Motivation oder eines schwelenden Konflikts innerhalb des Rettungsteams

fehlgedeutet werden.

Aufmerksam zuhören und ausreden lassen

Gerade in einer Notfallsituation dürfen keine Informationen verloren gehen. Deshalb ist es wichtig, sich Gesprächspartnern zuzuwenden, Blickkontakt zu halten und z. B. durch Kopfnicken zu signalisieren, dass konzentriert und geduldig zugehört wird. Dies gilt für die Kommunikation innerhalb des Rettungsteams ebenso wie für den Kontakt zu Patienten oder Angehörigen. Zwar besteht in einem Notfall meist ein hoher Handlungsdruck. Das Richtige zu tun, setzt aber immer eine sorgfältige Sammlung von Informationen voraus. Die Zeit, die beim Zuhören verstreicht, ist also zielführend investiert. Nur wenn jemand mit einem Redebeitrag sehr weit ausholt und ein Informationsaustausch unverhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nimmt, sollte man sein Gegenüber freundlich, aber bestimmt unterbrechen.

Praxistipp

Eine empfehlenswerte Formulierung lautet: *„Ich unterbreche Sie kurz, damit wir nicht zu viel Zeit verlieren. Bitte sagen Sie ganz konkret, was jetzt im Moment Ihre Hauptbeschwerde ist.“*

Gezielte Gabe von einzelnen Anweisungen

Anweisungen sollten so gegeben werden, dass sich ein bestimmtes Teammitglied dadurch angesprochen fühlt und **genau** weiß, was nun zu tun ist. Wird lediglich in den Raum gestellt, dass bei einem Patienten z. B. der Blutdruck gemessen werden müsste, besteht die Gefahr, dass sich entweder niemand darum kümmert oder gleich mehrere Teammitglieder diese Aufgabe übernehmen wollen. Beispiel: *„Klaus, bereitest du bitte die Intubation mit einem 7,5 mm-Endotrachealtubus vor? Leg bitte auch einen Mandrin und das Gleitgel bereit.“* Derjenige, der eine Anweisung erhalten hat, sollte die Ausführung des jeweiligen Auftrags dann außerdem kurz

bestätigen.

Praxistipp

Vermieden werden sollten ferner Auftragssalven, bei der zahlreiche Anweisungen innerhalb kürzester Zeit gegeben werden (*„Zweiten Zugang legen, EKG ableiten, Sauerstoffgabe auf 15 Liter erhöhen, gleich eine Voranmeldung im Schockraum machen!“*). Dies verbreitet lediglich Hektik, beeinträchtigt die Arbeitsatmosphäre, verursacht bei allen Beteiligten nur zusätzlichen Stress und erhöht die Wahrscheinlichkeit von Fehlgriffen. Häufig wird durch Auftragssalven auch eine einzelne Anweisung überhört und bleibt dann unerledigt.

Lautstärke

Erregung und Anspannung führen häufig dazu, dass besonders laut gesprochen wird. Jeder kennt das von eskalierenden Konfliktgesprächen: Je emotionaler jemand beteiligt ist, umso lauter teilt derjenige seine Wortbeiträge mit. Auch in einem Notfall signalisiert zunehmende Lautstärke eine starke psychische Belastung. Gleichzeitig trägt die Lautstärke zu einer weiteren Lageeskalation bei. Werden Patienten sehr bzw. zu laut angesprochen, können sie dies z. B. als unhöflich oder aggressiv empfinden. Umgekehrt muss zumindest so laut gesprochen werden, dass alle Informationen verständlich sind und gut gehört werden können.

Praxistipp

Aus diesem Grund sollte die Lautstärke der Kommunikation in einem Notfalleinsatz den situativen Rahmenbedingungen angepasst werden. In der Wohnung eines Patienten muss i. d. R. nicht geschrien werden, auf einer viel befahrenen Straße oder beim Austausch von Informationen über weitere Entfernungen eventuell schon.

Sprechgeschwindigkeit und Artikulation

Durch Erregung und Anspannung ändern sich nicht nur die Lautstärke, sondern auch die Sprechgeschwindigkeit und die Artikulations Sorgfalt. In einem Notfalleinsatz wird daher oftmals sehr schnell gesprochen und mitunter werden in der Aufregung Silben „verschluckt“.

Praxistipp

Deshalb ist es wichtig, eher etwas langsamer als gewohnt zu sprechen und auf eine sorgfältige Artikulation zu achten. Zu nuscheln sollte ebenso vermieden werden wie gleichzeitig zu handeln und zu sprechen. Die Artikulations Sorgfalt wird auch dadurch meist vermindert.

Modulation der Stimme, Gestik und Mimik

Auf die **Modulation der Stimme** sollte in einem Notfalleinsatz ebenfalls geachtet werden. Insbesondere Stimmungen und Wertungen werden durch den Tonfall vermittelt. Die Bedeutung ausgesprochener Wörter kann durch gezielt eingesetzte Betonungen sowie ein Anheben oder Senken der Stimme unterstrichen werden. Man kann etwas „sanft“ oder „scharf“ modulieren. Gerade der Tonfall kann aber auch Geringschätzung, Missfallen, Ironie oder Sarkasmus zum Ausdruck bringen.

Merke

Viele Konflikte resultieren nicht aus der Wortwahl an sich, sondern aus der Modulation der Stimme.

Was die Wirkung der Modulation betrifft, lässt sich in ähnlicher Weise auf **Gestik und Mimik** übertragen. Die Aussagekraft gesprochener Worte wird im günstigsten Fall durch beides unterstützt. Stimmen Gesten, Mimik und Wortwahl jedoch nicht überein (**inkongruente Kommunikation**), werden Irritationen verursacht. Beispiel: Jemand teilt einem Hinterbliebenen sein Beileid mit und äußert verbal seine Betroffenheit, lächelt aber dabei. In solchen Fällen ist die tatsächliche beabsichtigte Aussage nicht eindeutig erkennbar und Missverständnisse werden provoziert (Kap. 9.1.2).

Bei Gesten kommt noch hinzu, dass verschiedene (Finger-)Zeichen ohnehin unterschiedlich gedeutet werden können. Der mit dem Daumen zu einem Ring zusammengeführte Zeigefinger kann einerseits „perfekt“ bedeuten. Andererseits kann diese Geste aber auch als Schimpfwort verstanden werden.

Ferner ist zu beachten, dass Patienten und Angehörige gerade auch anhand bestimmter Gesichtsausdrücke des Rettungsfachpersonals zu erkennen versuchen, wie ernst die Situation ist. Daher sollten Notfallsanitäter ihre Gestik und Mimik stets kontrollieren und ggf. bewusst einsetzen.

Praxistipp

Weit aufgerissene Augen und über dem Kopf zusammengeschlagene Hände signalisieren, dass eine Notfallsituation offenbar besonders schrecklich, vielleicht sogar aussichtslos ist. Eine solche Gestik und Mimik sollte von Rettungsdienstmitarbeitern vermieden werden. Demgegenüber kann mit einem aufmunternden Kopfnicken zur Beruhigung von Betroffenen beigetragen werden.

Konstruktive Konfliktlösungen

Dass auch in einem Notfalleinsatz – etwa im Hinblick auf durchzuführende Maßnahmen oder die

Auswahl eines Zielkrankenhauses – unterschiedliche Meinungen auftreten können, liegt in der Natur der Sache. Streit vor einem Patienten oder Angehörigen auszutragen, verunsichert die Betroffenen jedoch und wirkt zudem wenig professionell. Nichts einzuwenden ist dagegen, sich innerhalb eines Rettungsteams kurz und konstruktiv über das weitere Vorgehen zu beraten. Ist man anderer Auffassung als ein Teamkollege, empfiehlt sich die indirekte Äußerung von Kritik durch konkrete Vorschläge und ein „Steuern von unten“. Dies ist weniger konfrontativ und wirkt nicht als Angriff, sondern kann als konstruktiver Hinweis aufgegriffen werden, ohne dass jemand einen Gesichtsverlust befürchten muss. Anstatt zu sagen: „*Jetzt musst du aber intubieren!*“ wäre die Formulierung in Form einer Frage günstiger: „*Soll ich schon mal die Intubation vorbereiten?*“

Achtung

Einmal getroffene Entscheidungen des Teamführers müssen, wenn darüber ein kurzer Austausch stattgefunden hat, letztlich aber akzeptiert werden.

Vorwürfe

Vorwürfe und „Warum“-Fragen (Beispiel: „*Warum hast du uns nicht schon längst vorangemeldet?*“) helfen in einem Notfalleinsatz niemandem, führen meist nur zu einer erheblichen Belastung der Arbeitsatmosphäre und sind daher zu unterlassen. Gleiches gilt für die Denunzierung von Kollegen im Einsatz (Beispiel: „*Sie sind wohl noch nicht so lange Notarzt, oder?*“). Ein derartiges Verhalten ist generell unangebracht, insbesondere gehört es jedoch nicht an eine Einsatzstelle.

Praxistipp

Im Notfalleinsatz ist grundsätzlich eine möglichst **positive** Kommunikation zu empfehlen. Demnach wird v. a. gelobt, wenn etwas gut gelungen ist. Negative

Formulierungen sind zu vermeiden.

Dies gilt für Flüche und andere Unmutsäußerungen, aber auch für Handlungsanweisungen an Patienten oder Angehörige. Statt „*Springen Sie nicht!*“ sollte es z. B. heißen: „*Bleiben Sie stehen!*“. Statt „*Schauen Sie nicht nach unten!*“ sagt man besser: „*Schauen Sie nach oben!*“ etc.

Humor

Ein Witz, ein Gag, eine lustige Bemerkung etc. kann sicherlich dazu beitragen, eine angespannte, verkrampfte Situation zu entspannen. Dies funktioniert allerdings nur dann, wenn alle beteiligten Personen auch den gleichen Humor haben.

Achtung

Stimmt die „humoristische Passung“ nicht überein, kann Humor mehr schaden als nützen.

Da das Rettungsfachpersonal die Patienten und Angehörigen in einem Notfalleinsatz jedoch meist nicht näher kennt, kann man ihr Humorverständnis auch nicht sicher einschätzen. Vor diesem Hintergrund sollte von (vermeintlich) humorvollen Äußerungen in einem Notfall zunächst Abstand genommen werden.

Notfallphraseologie

Um Missverständnisse zu vermeiden, könnte eine „Notfallphraseologie“ hilfreich sein. Dabei werden z. B. **Codewörter** vereinbart, die etwas ganz Bestimmtes zum Ausdruck bringen und dann auch eine ganz bestimmte Reaktion zur Folge haben müssen. Hier liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Standardisierung von Versorgungsprozeduren eigentlich auch eine **Standardisierung der Sprache** voraussetzen müsste.

Bei bestimmten Abkürzungen, wie z. B. RTW oder KTW, ist durch die Normung bereits für Einheitlichkeit und Exaktheit gesorgt. Ansonsten gibt es im Rettungsdienst aber viele sprachliche Ungenauigkeiten und Interpretationsspielräume, die möglichst reduziert werden sollten. Der Terminus „Basismaßnahmen“ ist ein treffendes Beispiel dafür: Während ein Notfallsanitäter darunter versteht, einen Patienten zu lagern und seine Atemwege freizuhalten, gehört für einen anderen Notfallsanitäter auch das Legen eines venösen Zugangs, die Sauerstoffgabe, eine EKG-Ableitung und ein Blutzuckertest dazu.

Praxistipp

Generell ist es empfehlenswert, über die Kommunikation in einem Notfall nachzudenken, die eigene Kommunikationskompetenz zu trainieren und den Umgang mit Sprache als wichtigen Beitrag für die berufliche Professionalisierung zu betrachten.

9.2.4 Kommunikation in Krisensituationen

Eine psychosoziale Krise bedeutet den **Verlust des seelischen Gleichgewichts**, wenn Ereignisse oder Lebensumstände nicht bewältigt werden können. Art und Ausmaß der Ereignisse und Umstände überfordern den Betroffenen. Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen reichen zur Bewältigung der neuen Situation nicht mehr aus, früher erworbene Fähigkeiten und bisher bewährte Hilfsmittel versagen. Eine Krise ist begleitet von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Versagens, starker innerer Anspannung sowie von Bedrohung und Gefahr. Die Spannung führt häufig zu Angst bis hin zu Panik oder zu depressiver Verstimmung. Weder wirkungsvolles Handeln noch Rückzug scheinen möglich. Der Selbstwert sinkt, ein psychischer Zusammenbruch ist möglich. Man unterscheidet zwei Arten von Krisen.

Potenziell traumatische Krisen

Potenziell traumatische Krisen werden ausgelöst durch ein plötzlich auftretendes Ereignis, das allgemein als schmerzlich angesehen wird. Dazu zählen u. a. ein Unfall, eine unerwartet schlimme Diagnose, plötzliche Verschlechterung des körperlichen Zustands, Verlust oder Tod

eines nahestehenden Menschen, schwere soziale Kränkung, Gewalt und sexueller Missbrauch, Großschadensereignisse und Naturkatastrophen. Eine wirksame psychosoziale Unterstützung in Krisensituationen kann dabei auch von Notfallsanitätern geleistet werden. In den einzelnen Phasen einer potenziell traumatischen Krise sind folgende Interventionen hilfreich:

- **Schockphase – für Sicherheit sorgen:** den Betroffenen nicht allein lassen, Kontakt halten, auch wenn er teilnahmslos oder passiv wirkt; für unmittelbare Bedürfnisse sorgen, die nächsten Schritte nennen. Keinesfalls im Schock die Ursachen oder Konsequenzen des traumatischen Ereignisses diskutieren: Für eine rationale Bearbeitung ist es zu diesem Zeitpunkt noch zu früh.
- **Reaktionsphase – zuhören:** den Betroffenen über das jeweilige Ereignis sowie über seine Reaktionen erzählen lassen, dabei nicht drängen; Angst, Verzweiflung und Wut ernst nehmen und nicht wegreden; Wünsche, Sorgen und Hoffnungen des Betroffenen sind zumeist Ausdruck für chaotische und verwirrende Gefühle. Durch Informationen eine Orientierungshilfe geben, sodass der Betroffene allmählich zu einer realistischen Einschätzung der Lage kommen kann.
- **Bearbeitungsphase – beraten, informieren:** Erst in dieser Phase wird es möglich, ein Ereignis in seiner ganzen Tragweite zu erfassen und zu verstehen. Der Betroffene kann das Geschehene und seine Folgen in Ruhe besprechen und braucht weitere Information und Beratung, um die nötigen Entscheidungen zu treffen, Fragen nach den Ursachen und der Verantwortung oder Schuld zu klären etc. Diese Phase beginnt zumeist einige Tage bis Wochen nach dem Ereignis, das die Krise ausgelöst hat. Die Betroffenen signalisieren selbst, wenn sie zu einer rationalen Auseinandersetzung bereit und in der Lage sind. Keinesfalls sollten sie gedrängt werden, sich mit den Fragen dieser Phase frühzeitig auseinanderzusetzen.
- **Neuorientierung – das Leben neu gestalten:** In dieser abschließenden Phase wenden sich die Betroffenen wieder ihrer Zukunft zu und beginnen ihr Leben neu zu gestalten, oft unter neuen Rahmenbedingungen. Dabei sind ausführliche und ehrliche Gespräche mit den Angehörigen, mit dem Partner und engen Freunden besonders wichtig. Notfallsanitäter können auf die Notwendigkeit dieser Gespräche und auf die Möglichkeit weiterführender Beratung (medizinisch, psychologisch, versicherungs-, berufsbezogen, rechtlich etc.) hinweisen.

Veränderungskrisen

Veränderungskrisen ergeben sich, wenn allgemeine Lebensveränderungen größere Umstellungen (sozial, körperlich oder psychisch) erfordern, die für den Betroffenen zu schwierig oder zu umfangreich sind, sodass sie nicht bewältigt werden können. Kritische Übergangszeiten sind u. a. Pubertät, Verlassen des Elternhauses, Schwangerschaft, Berufswechsel, Entwicklungsstillstand (Midlife-Crisis), Pensionierung oder die Konfrontation mit dem eigenen Sterben. Für die Intervention im Verlauf einer Veränderungskrise können stichwortartig folgende Hinweise gegeben werden:

- **Konfrontation bzw. Lösung misslingt:** Die Betroffenen sind mit allmählichen Verschlechterungen konfrontiert, die von selbst nicht zu bewältigen sind. Sie benötigen vor allem Information und Beratung, um die bestehenden Möglichkeiten zu erkennen, das Selbstvertrauen zu stärken, Ressourcen zu fördern und Risikofaktoren zu identifizieren. Es ist wichtig, die Sorgen ernst zu nehmen und auf möglichst alle Fragen eine Antwort zu finden.
- **Vollbild der Krise:** Wenn alle Bewältigungsversuche gescheitert und die Kräfte erschöpft sind, verzweifeln die Betroffenen und können psychisch und körperlich zusammenbrechen. Hier ist es für die Helfer entscheidend, den Kontakt zu halten (den sozialen Rückzug nicht hinzunehmen), für Sicherheit zu sorgen und Gefahren zu reduzieren, die Betroffenen zumindest teilweise zu entlasten und eine Struktur für den Alltag aufrechtzuerhalten, um Kurzschlusshandlungen zu verhindern.
- **Bearbeitung:** Für Veränderungskrisen gibt es keine schnellen Lösungen. Wichtig ist es deshalb, immer wieder Geduld und Zuversicht zu vermitteln, dass eine Verbesserung möglich ist. Zur Lösung ist es nötig, die Probleme/Themen zu sortieren, die bestehenden Aufgaben zu strukturieren, kleine Schritte zu planen, erste Erfolge zu registrieren, sich die erreichten und die kommenden Entlastungen bewusst zu erhalten und problematisches Verhalten abzubauen.
- **Neuanpassung:** Die Schwierigkeiten werden nach und nach bewältigbar, ein neues Selbstbild sowie neue Pläne für ein „Leben danach“ entstehen. Die Gegenwart ist jetzt eine andere, und die Zukunft steht wieder offen.

Der Begriff „Krise“ bedeutet sowohl dramatische Zuspitzung als auch Wendepunkt und anstehende Entscheidung. Je nachdem, wie eine Krise bewältigt wird, kann sie folglich negative oder auch positive Auswirkungen nach sich ziehen.

9.2.5 Kommunikation in Konfliktsituationen

Konflikte mit Patienten

Verbale und physische Aggression stellt für Rettungsfachkräfte eine besondere Herausforderung dar. Aggression kann sich in Form von allgemeiner Unzufriedenheit, Misstrauen, Feindseligkeit, Vorwürfen, Schimpfen, Drohungen oder physischen Angriffen äußern (Spucken, Schlagen). Bei Patienten ist aggressives Verhalten zumeist ein Symptom. Häufige Ursachen sind:

- Schmerzen
- Starke Gefühle (Angst, Enttäuschung, Verzweiflung, Schuld etc.)
- Desorientierung, Gedächtniseinbußen
- Neurologische Veränderungen (z. B. Demenz)
- Psychische Störungen (z. B. PTBS, Schizophrenie)
- Rauschzustände, Delir (durch Alkohol, Drogen)
- Freiheitseinschränkung, Autonomieverlust

Angemessener Umgang mit aggressiven Patienten bedeutet, die Ursache der Aggression zu erkennen und das problematische Verhalten einzudämmen.

Achtung

Keinesfalls sollte man selbst aggressiv reagieren oder Gleiches mit Gleichem vergelten!

Bei persönlichen Angriffen kann dem Patienten gegenüber eine Klarstellung nötig sein, dass man

so von ihm nicht angesprochen werden will. Bei **akuter Aggression** eines Patienten gelten folgende Hinweise:

- Ruhig bleiben
- Selbst- und Fremdgefährdung durch den Patienten verhindern (eventuell Unterstützung holen)
- Vorwürfe, Drohungen, Provokationen vermeiden
- Bedürfnisse des Patienten ansprechen
- Klar die eigenen Wünsche an den Patienten ausdrücken
- Zeit gewinnen, Situation verlangsamen
- Verbindliche Regeln ansprechen

Beim Umgang mit aggressiven Patienten geht es nicht darum, recht zu haben oder Macht zu demonstrieren. Vielmehr sollten Gefahren eingedämmt und Lösungen gefunden werden, die für alle akzeptabel bzw. erträglich sind. Wichtig ist, die Aggression nicht persönlich zu nehmen, sondern als Ausdruck einer besonderen Lage zu sehen, in der sich der Patient befindet, bzw. als Symptom, mit dem angemessen umgegangen werden kann.

Sexuelle Belästigungen sollten rasch und entschieden gestoppt werden. Wichtig ist, ein klares und unmissverständliches „Nein!“ zu vermitteln:

- **Verbal:** mit fester Stimme auffordern: „Lassen Sie das!“, „Nehmen Sie Ihre Hand weg!“, „Lassen Sie meinen Arm los!“
- **Nonverbal:** dem Angreifer direkt in die Augen sehen, räumlichen Abstand gewinnen, sich ihm frontal zuwenden und nicht lächeln

Übergriffe im beruflichen Kontext sollten umgehend dokumentiert und im Team angesprochen werden. Sie können als Symptome oder als Ausdruck der aktuellen Situation des Patienten verstanden werden. Der Umgang mit den Übergriffen steht im Kontext der allgemeinen Betreuung und Behandlung. Für besonders betroffene Mitarbeiter sollte die Möglichkeit bestehen, sich in der Betreuung ablösen zu lassen.

Konflikte im Team

Auch unter Kollegen, im Team und mit Vorgesetzten können im Berufsalltag Konflikte auftreten. Diese zwischenmenschlichen Spannungen und Konflikte können sehr belastend sein, insbesondere wenn sie länger andauern. Um sie möglichst wirkungsvoll zu entschärfen und eine Eskalation zu vermeiden, sind folgende Fähigkeiten hilfreich:

- **Konfliktzeichen früh und deutlich erkennen:** Konflikte beginnen mit Differenzen und Spannungen. Deshalb ist es wichtig, soziale Situationen realistisch einzuschätzen:
 - Wo stimmen wir überein, wo gibt es Unterschiede?
 - Was sehen/machen/entscheiden wir jeweils anders als der andere?
 - Wie gehen wir mit unterschiedlichen Auffassungen um?
 - Gibt es etwas, das mich am anderen bzw. den anderen an mir wirklich stört?

Blinde Flecken und Verzerrungen der sozialen Wahrnehmung können diesen Aspekt der Konfliktfähigkeit erheblich beeinträchtigen.

- **Wissen, was man erreichen will und was der andere tun soll:** In Konflikten ist es wichtig, möglichst genau zu wissen, was man in der Sache erreichen möchte und was der andere tun soll. Dazu sollte man sich u. a. folgende Fragen beantworten:

- Was ist mir besonders wichtig (z. B. genaues Arbeiten, Einhaltung von Vorschriften, freundliche Atmosphäre)?
- Was soll der andere tun, was erwarte ich mir (z. B. sich an die Regeln halten, mich respektieren, nachgeben, mir helfen etc.)?
- Wann bin ich zufrieden?

- **Das eigene Anliegen zum Ausdruck bringen, ohne die Situation zu verschlimmern:** Das eigene Anliegen sollte so ausgedrückt werden, dass der andere es möglichst gut aufnehmen kann. Ein geeigneter Rahmen ist dabei ebenso wichtig wie der richtige Zeitpunkt und die passende Wortwahl. Missverständliche Ausdrücke und Gesprächskiller sollten unbedingt vermieden werden.

- **Standpunkte klären, Missverständnisse auflösen können:** In Konfliktsituationen fällt es oft schwer, den Standpunkt des anderen rasch und ohne Verzerrungen zu verstehen. Mit Missverständnissen ist auf beiden Seiten zu rechnen. Verschiedene Fragen können helfen, die

Standpunkte zu klären: „Was genau meinen Sie damit? Bitte geben Sie ein Beispiel.“, „Verstehe ich Sie richtig?“, „Bitte lassen Sie mich das erklären.“ In manchen Fällen kann ein Diskussionsleiter oder Vermittler die Klärung durch gezielte Fragen fördern.

- **Eskalationsschritte kennen und stoppen:** Es ist wichtig zu verstehen, wodurch ein Konflikt angeheizt und zugespitzt wird. Nur wenn man diese Mechanismen kennt, kann man entsprechende Verhaltensweisen selbst unterlassen und beim Konfliktpartner rasch unterbinden. Verschiedene Methoden der Gesprächsführung in Konflikten helfen, die notwendigen Regeln einzuhalten und zu einer Deeskalation und möglichen Lösung des Konflikts beizutragen.
- **Erkennen, ab wann man Hilfe von außen braucht:** Jeder Konflikt stellt das eigene Wissen und Können auf eine Probe. Wenn die eigenen Grenzen erreicht sind, ist Hilfe von dritter Seite nötig, um nicht in eine immer tiefere Verstrickung zu geraten. Die entscheidende Frage lautet in diesem Zusammenhang: Habe ich einen Konflikt oder hat der Konflikt mich? Externe Hilfe kann durch Freunde, Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsrat, Arbeiterkammer, Gewerkschaft, Psychologen, Juristen etc. erfolgen.

9.3 Interaktion mit besonderen Personengruppen im Rettungsdienst

Notfallsanitäter interagieren in ihrem Beruf mit zahlreichen unterschiedlichen Personen bzw. Personengruppen. Das bedeutet, sie haben keinen beliebigen, oberflächlichen **Kontakt** zu anderen Menschen, sondern müssen auch angemessen mit ihnen **umgehen**.

Merke

Interaktion bezeichnet das wechselseitige, kommunikative **Aufeinandereinfließen** von Menschen.

Professionelle Interaktion, d. h. ein reflektierter Umgang mit anderen Menschen, setzt dabei stets voraus, die psychische Situation der jeweils betroffenen Person bzw. Personengruppe anzuerkennen, nachzuvollziehen, kompetent zu **agieren** und zu **reagieren**.

9.3.1 Umgang mit Notfallpatienten

Notfallpatienten befinden sich häufig in einem **psychischen Ausnahmezustand**.

Vergleichbare Vorerfahrungen liegen meist nicht vor. Oftmals fühlen sie sich hilflos und ausgeliefert. Unter Umständen erleben sie einen völligen Kontrollverlust, sodass eine Notfallsituation als etwas Fremdes, Bedrohliches, Beängstigendes und potenziell Überforderndes erlebt wird. Die Intensität der psychischen Belastung hängt u. a. von der Art und Schwere des Ereignisses bzw. der Verletzung oder Erkrankung ab sowie davon, ob Angehörige oder Freunde mitbetroffen sind, wie viele Menschen am Ereignis beteiligt waren und ob dabei jemand ums Leben gekommen ist. Die Belastung ist umso größer, je stärker diese Faktoren ausgeprägt sind. Dabei spielen vor allem die subjektiven Bewertungen dieser Umstände eine Rolle.

Stressbelastung der Patienten

Hinsichtlich der Stressbelastung bei Notfallpatienten sind folgende Faktoren besonders wichtig:

- **Schmerzen:** Das Schmerzerleben kann von vollkommener Ausblendung bis zum äußerst intensiven Wahrnehmen reichen (**„Mikroskopeffekt“**). Neben biologischen Faktoren spielen dabei die Persönlichkeit und die Informiertheit des Betroffenen eine zentrale Rolle. Ausgeprägte Angstbereitschaft, Depressivität und ängstliche Selbstaufmerksamkeit verstärken das Schmerzempfinden, während positive Vorerfahrungen mit Schmerzbewältigung sowie das Wissen, dass Hilfe unterwegs ist, das Schmerzerleben reduzieren.
- **Äußere Sichtbarkeit:** Sichtbare Verletzungen werden meist als bedrohlicher empfunden als mögliche innere Verletzungen, auch wenn diese wesentlich gefährlicher sein können. Auch Laienhelfer oder unverletzt Gebliebene achten oft mehr auf sichtbare Verletzungen und Blutungen etc. und stufen die Schwere einer Notfallsituation danach ein.
- **Vitale Bedeutung des Organs:** Verletzungen der Wirbelsäule, der Extremitäten oder der Augen werden oft als besonders große Bedrohung wahrgenommen, weil sie die Flucht aus dem Gefahrenbereich verhindern können und mit bleibenden schweren Behinderungen assoziiert werden. Auch Verletzungen und Erkrankungen, die die Atmung stark beeinträchtigen sowie Verbrennungen können von panischer Angst begleitet sein, da sie oft bei vollem Bewusstsein erlebt werden.
- **Subjektive Bedeutung des betroffenen Organs:** Verschiedene Organe oder

Körperregionen haben eine besondere symbolische Bedeutung, wie z. B. das Gesicht und die Geschlechtsorgane. Andere erscheinen unverzichtbar für den Beruf oder Freizeit und Sport. Verlust oder Schädigung eines solchen Organs kann eine schwere **Erschütterung des Selbstwertgefühls** bewirken.

Notwendigkeit von psychologisch angemessenem Verhalten

Die physische Sicherung und die medizinische Versorgung hat in Notfallsituationen natürlich immer Vorrang. Gleichzeitig spielt auch ein psychologisch angemessenes Verhalten von Anfang an eine wichtige Rolle. Aus mehreren **Gründen:**

- **Körper und Psyche beeinflussen sich wechselseitig.** Eine optimale Hilfeleistung ist daher ausgeschlossen, wenn die psychologische Situation eines Notfallpatienten vollkommen unbeachtet bleibt.
- Sich einem Notfallpatienten gegenüber psychologisch angemessen zu verhalten, kann die **Wirkung der medizinischen Therapie unterstützen** und verstärken. Atemnot kann – parallel zur Gabe von Medikamenten – beispielsweise auch dadurch verringert werden, dass der Betroffene beruhigt wird und Zuwendung erfährt. In einigen Fällen kann evtl. sogar auf bestimmte medizinische Maßnahmen wie z. B. eine Sedierung verzichtet werden, da eine psychologische Unterstützung bereits ausreichend ist.
- Aus Notfallereignissen können längerfristig anhaltende psychische Folgen resultieren. Die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Kap. 7.1.3) ist exemplarisch in [Tab. 9.1](#) dargestellt. Wenn bei der Hilfeleistung medizinische und psychologische Aspekte jedoch gleichermaßen berücksichtigt werden, fällt die spätere **Verarbeitung und Bewältigung des Erlebten** eindeutig leichter.

Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung nach unterschiedlichen Notfallsituationen

(nach Hausmann 2016)

Tab. 9.1

Notfallsituation	Häufigkeit (%)
Vergewaltigung, sexueller Missbrauch	50
Gewaltverbrechen	25

Verkehrsunfall	10–20
Lebensbedrohliche Erkrankungen	10–20
Katastrophen	3–10
Augenzeugen von Unfällen und Gewalthandlungen	5

- Ein psychologisch angemessenes Verhalten trägt zu einer günstigen Kontaktaufnahme und **Beziehungsgestaltung** zwischen dem Notfallpatienten und dem Rettungsteam bei. Die **Arbeitsatmosphäre** in einer Notfallsituation wird insgesamt positiv beeinflusst.
- Nicht zuletzt dient ein psychologisch angemessenes Verhalten auch der **Kundenorientierung**. Das mag auf den ersten Blick irrelevant erscheinen, ist es jedoch keineswegs: Einem medizinischen Laien bleibt nach einem Notfall z. B. nicht unbedingt in Erinnerung, welches Medikament ihm in welcher Dosierung verabreicht worden ist. Wie mit ihm umgegangen wurde und welcher Organisation bzw. welchem Unternehmen die Rettungsfachkräfte angehörten, die sich um ihm gekümmert haben, prägt sich jedoch ein. Auch aus diesem Grund sollte es im Interesse eines jeden Notfallsanitäters liegen, einen möglichst positiven Eindruck zu hinterlassen.

Merke

Beruhigende Worte, nonverbale Signale und angemessene Formulierungen können das Verhalten des Verletzten und Erkrankten stabilisieren und die medizinische Versorgung wesentlich erleichtern.

Basisregeln der psychischen Ersten Hilfe (PEH)

Umgekehrt kann ein unangemessener Umgang erhebliche Zusatzbelastungen verursachen und die Bewältigung des Erlebten massiv erschweren. In einigen Fällen wird ein psychologisch unangemessenes Verhalten des Rettungsteams, u. U. auch nur eine einzelne unbedachte Äußerung, sogar noch negativer erlebt als das eigentliche Notfallgeschehen. Daher gelten (nach

Lasogga und Gasch) **vier Basisregeln für die psychische Erste Hilfe (PEH)**, die von jeder Rettungsfachkraft beachtet werden sollten:

- 1. Sage, dass du da bist, wer du bist und was geschieht!** Der Notfallpatient soll spüren, dass er in seiner Situation nicht allein ist. Gehen Sie zum Unfallopfer hin und sprechen Sie mit ihm. Einfache Sätze wie „*Ich bleibe bei Ihnen.*“ wirken entlastend und beruhigend. Sagen Sie, wer Sie sind. Informieren Sie den Notfallpatienten über ihre Maßnahmen. Vermitteln Sie dabei einen kompetenten Eindruck, indem sie mit einigen Worten erläutern, warum Sie etwas tun. Bei der Gabe eines Medikaments sollten Sie auch Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen geben. („*Sie bekommen von mir jetzt ein Medikament, von dem Sie etwas müde werden könnten.*“). Auf diese Weise machen Sie deutlich, dass Sie wissen, was Sie tun, und dass Sie ein „Profi“ sind.
- 2. Schirme den Notfallpatienten vor Zuschauern ab!** Neugierige Blicke sind Notfallpatienten unangenehm. Die Verletzung des Schamgefühls spielt hierbei eine besondere Rolle, vor allem dann, wenn Patienten entkleidet werden müssen oder sie sich in einer besonders entwürdigenden Lage befinden (z. B. deutlich wahrnehmbar eingenässt oder eingekotet haben). Weisen Sie Schaulustige deshalb klar und bestimmt zurück (z. B. „*Bitte gehen Sie zwei Meter zurück.*“). Wenn Zuschauer stören, weil sie unnötige Ratschläge geben oder von eigenen Erlebnissen berichten, geben Sie ihnen einen Auftrag. Sagen Sie z. B.: „*Schauen Sie, ob die Unfallstelle abgesichert ist. Bitte warten Sie dort unten und weisen Sie die Rettung ein, wenn sie kommt.*“ Zu besonders Aufdringlichen kann auch gesagt werden: „*Halten Sie bitte die Zuschauer auf Distanz und sorgen Sie für Ruhe.*“
- 3. Suche und biete vorsichtig Körperkontakt!** Leichter körperlicher Kontakt wird von Notfallpatienten zumeist als angenehm und beruhigend empfunden. Begeben Sie sich auf gleiche Höhe wie der Verletzte, knien Sie neben ihm oder beugen Sie sich hinunter. Halten Sie die Hand oder die Schulter des Patienten. Halten ist dabei besser als Streicheln. Bieten Sie an, dass sich der Notfallpatient bei Ihnen anhängt. Wenn er durch die Kleidung eingeengt wird, friert, unbequem liegt oder wenn Kleidungsstücke zerrissen sind, decken Sie ihn mit einer Decke zu.
- 4. Sprich mit dem Notfallpatienten und höre ihm zu!** Sprechen kann für Notfallpatienten wohltuend sein. Wenn ein Patient redet, hören Sie geduldig zu. Sprechen Sie aber auch von sich aus, möglichst in ruhigem Tonfall. Fragen Sie den Notfallpatienten nach Schmerzen,

Bedürfnissen und danach, ob jemand benachrichtigt werden soll? Geben Sie diese Informationen ggf. an das Personal im Krankenhaus weiter. Sprechen Sie auch zu Bewusstlosen und zu Personen, die die deutsche Sprache nicht verstehen. Wenn möglich, sollte eine Rettungsfachkraft während des gesamten Einsatzes beim Notfallpatienten bleiben.

Keinesfalls sollte eine Rettungsfachkraft:

- Vorwürfe machen
- Schuld und Verantwortung diskutieren
- Bloße Vermutungen und Spekulationen äußern
- Furchterregende Signalwörter verwenden (schlimm, Blut, abgetrennt etc.)
- „Sprüche klopfen“ oder vermeintliche Späße machen, die in Wirklichkeit keine sind oder die zu schwerwiegenden, verängstigenden Missverständnissen führen können („*So, gleich im CT werden Sie erst mal schön in Scheiben geschnitten.*“)

Diese Basisregeln sind eigentlich Selbstverständlichkeiten, die von vielen Menschen in Notfällen intuitiv richtig angewendet werden. Sie sollten nicht nur jedem professionellen Helfer, sondern im Grunde genommen auch jedem Laien bekannt sein und werden daher bereits in vielen Erste-Hilfe-Kursen vermittelt.

Sonderfall: Begleitung Sterbender

Die Begleitung **Sterbender** ist auch im Rettungsdienst – von frustran verlaufenden Reanimationen einmal abgesehen – eine eher seltene Ausnahmesituation (Kap. 45.2.1). Über die hier beschriebenen, grundsätzlichen Hinweise für den Umgang mit Notfallpatienten hinaus kann für diese speziellen Fälle noch ergänzt werden, dass die Abschirmung des Patienten in einem möglichst ruhigen Umfeld sowie die Nähe einer Bezugsperson besonders wichtig ist.

Auch und gerade zu Sterbenden kann ein vorsichtiger Körperkontakt aufgebaut werden (z. B. Hand halten). Wenn gewünscht, bietet sich ein religiöses Ritual wie ein gemeinsames Gebet an. Diese Unterstützung muss auch nicht zwingend von einem Notfallseelsorger übernommen werden, sondern kann grundsätzlich jeder leisten. Zudem könnte man offen danach fragen, ob man z. B. noch einen besonderen (letzten) Wunsch erfüllen kann. Vielleicht soll noch etwas aufgeschrieben oder jemandem eine Nachricht überbracht werden etc. Letzte Worte eines

Sterbenden sollten von Notfallsanitätern ohnehin dokumentiert werden, um sie Hinterbliebenen ggf. unverfälscht mitteilen zu können.

Den **eigenen** Abschied von einem Sterbenden gestaltet jeder für sich – hier kommt es z. B. auch auf individuelle Todesvorstellungen an. Nachdem der Tod des Menschen festgestellt worden ist, konzentriert sich die Hilfeleistung auf einen angemessenen Umgang mit dem Leichnam sowie die Begleitung der Hinterbliebenen. Dies verweist auf das folgende Kapitel.

Praxistipp

Hinweise für den Umgang mit einem verstorbenen Menschen

- Die Würde des Menschen ist unantastbar. Aufgrund der „postmortalen Wirkung“ von Art. 1 GG gilt dies auch über den Tod eines Menschen hinaus: Ein Leichnam ist kein Gegenstand, sondern ein (verstorbener) Mensch!
- In einem Raum, in dem sich ein Leichnam befindet, verhält sich das Rettungsfachpersonal zurückhaltend und pietätvoll, d. h., man spricht mit gedämpfter Stimme und verhält sich ruhig.
- Gegenüber Angehörigen sollte Rettungsfachpersonal nicht von „der Leiche“ sprechen, sondern stets von „Ihrem Mann“, „Ihrer Frau“, „Ihrem Sohn“, „Ihrer Tochter“ etc.
- Das Umfeld des Verstorbenen wird, sofern keine ermittlungstaktischen Überlegungen zur Aufklärung einer ungeklärten Todesursache dagegensprechen, aufgeräumt, d. h., Verpackungsmaterialien von Medikamenten, Infusionssystemen etc. werden sorgfältig entfernt (Kap. 12.5). Gleiches gilt für EKG-Elektroden, Beatmungstuben, venöse Zugänge etc. Eventuell nachblutende Wunden sind entsprechend zu versorgen.
- Der Verstorbene sollte möglichst nicht auf dem Boden liegen bleiben, sondern in Absprache bzw. auf Wunsch der Hinterbliebenen in einer angemessenen Weise aufgebahrt werden. Dazu wird ein Kissen unter den Kopf gelegt, die Hände werden

auf dem Körper übereinandergelegt (jedoch nicht gefaltet), ein evtl. entnommenes Gebiss wird wieder eingesetzt, um ein Zusammenfallen des Gesichts zu vermeiden. Außerdem sollte der Verstorbene mit einem Laken bedeckt werden. Das Gesicht bleibt, wenn nichts dagegen spricht, üblicherweise jedoch frei.

- An Verstorbenen praktische Übungen invasiver Maßnahmen durchzuführen, ist in ethischer Hinsicht hochproblematisch.
- Religiöse und kulturelle Besonderheiten hinsichtlich des Umgangs mit Verstorbenen sind auch vom Rettungsfachpersonal nach Möglichkeit zu beachten (Kap. 45.1.2).

9.3.2 Umgang mit Angehörigen

Die Angehörigen von Notfallpatienten haben den Helfern gegenüber eine Reihe von Erwartungen. Dazu gehört, dass die Helfer so rasch und sicher wie möglich den Notfall in den Griff bekommen, seine Auswirkungen abmildern oder beenden. Gegenüber dem Rettungsteam besteht die spezielle Erwartung, dass die Lebensbedrohung des Patienten und andere Gefahren für Leib und Leben so rasch wie möglich beseitigt werden.

Merke

Eine Reanimation, verbunden mit dem Hoffen und Bangen um das Leben des Opfers, stellt für Angehörige immer eine extreme psychische Belastung dar.

Im Fall des Todes des Patienten kollidieren die Erwartungen an die Helfer zwangsläufig mit der Realität. Manche Angehörige sind auch selbst am Notfallgeschehen beteiligt gewesen oder ihm nur knapp entkommen.

Die Reaktionen der Angehörigen können, auch wenn sie selbst nicht unmittelbar verletzt sind, daher die gleichen sein wie bei Notfallpatienten. Bei vielen stehen innere Lähmung, Orientierungslosigkeit und massive Ausbrüche von Wut und Schuldzuweisungen im Vordergrund. Das äußert sich in Sätzen wie „*Das kann doch nicht wahr sein.*“, „*Tun Sie doch etwas!*“, „*Wie hat das nur passieren können?*“. Die Schuldzuweisungen richten sich an andere

Personen (am Notfall Beteiligte, Helfer, das Opfer) oder an sich selbst („*Ich bin schuld, wäre ich doch bloß ..., hätte ich doch ...*“).

Achtung

In manchen Fällen ist der Anblick, der sich am Notfallort bietet, für die Angehörigen so schrecklich, dass sie dadurch ebenfalls traumatisiert werden.

Bei einigen Angehörigen ist in der Akutsituation auch die Realitätsprüfung zunächst blockiert. Die Bewältigung des Ereignisses und seiner Folgen sind damit verzögert. Gleichzeitig fehlen den Angehörigen oftmals Handlungsrichtlinien, wodurch sich die subjektive Hilflosigkeit weiter verstärkt. Insgesamt können die Reaktionen von Angehörigen in einer Notfallsituation sehr unterschiedlich sein. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“, sondern sämtliche Reaktionsweisen sind legitim und als solche auch zu akzeptieren.

Hilfreiche Interventionen beziehen sich vor allem auf den Kontakt zwischen Helfern, Angehörigen und Opfern, auf die Ermöglichung einer angemessenen Realitätsprüfung, das Einbeziehen in die Hilfeleistung, auf das Aktivieren der sozialen Kontakte und auf die Organisation der nächsten Schritte.

Praxistipp

Wichtig ist, dass die Angehörigen mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen und nicht sich selbst überlassen oder als „Störfaktoren“ behandelt werden. Sie sollten vielmehr so viel wie möglich in die Hilfeleistung eingebunden werden, durch ausreichende Information ebenso wie (falls zumutbar) durch aktive Teilnahme ([Abb. 9.7](#)).

Angehörige sollten nach Möglichkeit in die Hilfeleistung eingebunden werden.



Im Einzelnen sind folgende Verhaltensweisen gegenüber Angehörigen in einer Notfallsituation angebracht:

- **Kontaktaufnahme**

- Die Angehörigen begrüßen, eigenen Namen und Funktion nennen
- Über Ablauf und Zweck der Hilfsmaßnahmen informieren
- Eine Person als konstante Ansprechperson für Angehörige bereitstellen
- Während der Hilfsmaßnahmen weitere Informationen von den Angehörigen einholen (über die näheren Umstände des Notfalls, das Opfer etc.)
- Alle Fragen beantworten, eventuell gemeinsam auf neue Informationen warten
- Wenn möglich, zumindest einen Angehörigen in die unmittelbare Nähe des Opfers lassen

- **Angemessene Realitätsprüfung ermöglichen und, sofern möglich, in die Hilfeleistung einbeziehen**

- Regelmäßige Information über den momentanen Stand (anfangs kurzfristige Intervalle)
- Aktuelle Gefahren klar benennen, die Angehörigen auch auf die Möglichkeit des Schlimmsten vorbereiten
- Den Angehörigen ermöglichen, schon während der Lebensrettung die mit der Situation verbundenen Gefahren wahrnehmen zu können, z. B. durch eine angelehnte oder geöffnete Tür (wenn zumutbar)
- Nach Möglichkeit einfache Aufgaben übertragen, z. B. Medikamente und Kleidung für einen Krankenhausaufenthalt zusammenlegen, Unterlagen vom Hausarzt oder die Karte der Krankenversicherung suchen, eine Infusion halten etc.
- Klare und einfache Mitteilungen; wenn das Opfer verstorben ist, den Tod benennen
- Gelegenheit geben, den Verstorbenen (sofern gewünscht) noch einmal anzusehen und zu berühren, um sich zu verabschieden
- Die Angehörigen ermutigen, den Verstorbenen ein letztes Mal zu berühren (wenn zumutbar)

- **Soziale Kontakte aktivieren**

- Andere Familienmitglieder verständigen
- Wenn nötig, Freunde, Nachbarn, Kollegen informieren
- Sicherstellen, dass in der Familie mindestens eine Person anwesend ist, die den Alltag aufrechterhalten kann
- Die betroffenen Angehörigen so lange nicht allein lassen, bis die soziale Unterstützung gewährleistet ist (durch andere Familienmitglieder, Freunde etc.)
- Sofern keine eigenen sozialen Ressourcen verfügbar sind, sollte stets die Alarmierung psychosozialer Akuthelfer (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteam) in Erwägung gezogen bzw. angeboten werden (Kap. 12.4).

• **Die nächsten Schritte vorbereiten**

- Die kommenden Ereignisse besprechen
- Die Handlungsmöglichkeiten der Angehörigen klären
- Einen Plan für die nächsten Stunden bzw. Tage entwerfen
- Die Information von ferner stehenden Bekannten, Kollegen etc. vorbereiten („offizielle“ Version des Geschehens formulieren)
- Informationsmaterial für die Angehörigen bereitstellen (Hinweise und Tipps, Kontaktstellen etc.)
- Weitere Unterstützungsmöglichkeiten ansprechen

9.3.3 Umgang mit Angehörigen anderer Kulturen

Jeder Mensch, der von einem Notfall betroffen ist, versucht die damit verbundenen Eindrücke zu verarbeiten und in sein bestehendes Weltbild zu integrieren. Dieser **kognitive und emotionale Bezugsrahmen** ist ebenso wie die verschiedenen Wahrnehmungen, Gefühle, Bedürfnisse und Gedanken im Zusammenhang mit dem Notfall auch kulturell geprägt. Bestimmte Reaktionen und Interpretationen gelten als naheliegend und normal, während andere abgelehnt werden oder tabuisiert sind. Dies gilt z. B. für den Umgang mit Trauer und Schmerz (lautes Weinen und Klagen vs. fassadenhafte Gefasstheit), für die Rolle der Familie für die Bewältigung von Notfällen (stark familien- und gruppenorientiert vs. individualistisch), für den Zugang zu Patienten (eventuell eingeschränkt aus religiösen Gründen), für die Bewertung der geleisteten Hilfe (mehr als genug vs. viel zu wenig).

Der kulturelle Hintergrund für den Umgang mit Notfällen spielt immer dann eine Rolle, wenn diesbezüglich gravierende Unterschiede zwischen den Betroffenen und den Helfern bestehen. Bei ausländischen Mitbürgern, die schon vor längerer Zeit zugewandert sind, haben sich die Bewältigungsformen z. T. an die neue kulturelle Umgebung angepasst. Zur Bewältigung von Notfällen wird dennoch meist auf die vertrauten Reaktionsmuster und tradierten Einstellungen und Überzeugungen zurückgegriffen. Bei Touristen kommt oft die ungenügende sprachliche Verständigung hinzu. Grundsätzlich gilt in der Arbeit mit Angehörigen anderer Kulturen und mit Touristen:

- Die eigenen Grundhaltungen und Unterstützungsangebote nicht als selbstverständlich erachten
- Sich in Bezug auf Kultur, Alter, Geschlecht und Stellung der Betroffenen respektvoll verhalten
- Bei jeder Intervention genau darauf achten, wie der Betroffene sie annehmen kann

Die folgenden Interventionen sind eine Ergänzung zu den bereits besprochenen. Sie beziehen sich auf Notfallpatienten, Angehörige und andere am Notfallort anwesende Personen.

- **Im Hinblick auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten:**

- Langsam und deutlich sprechen
- In ganzen Sätzen sprechen; keine Stummelsprache („*Du hier warten ...*“), sondern in normalem Deutsch: „*Bitte warten Sie hier.*“
- Schlüsselbegriffe aufschreiben oder aufzeichnen
- Genau beobachten, ob die Reaktionen der Betroffenen in die gewünschte Richtung gehen; dies ist besonders bei nonverbalen Signalen wichtig (räumliche Nähe, Körperkontakt etc.)
- Alternative Möglichkeiten einer Verständigung versuchen (Nutzung nonverbaler Signale, Arbeiten mit Übersetzungstabellen, Symbolen oder Zeichnungen, um Sicherheit zu vermitteln und Informationen zu gewinnen, [Abb. 9.8](#))

Beispiel für eine Übersetzungshilfe [G448/L231]

Durchfall



Verstopfung



Blut im Stuhl



Durchfall	Verstopfung	Blut im Stuhl	German
diarrhoea	constipation	blood in the stool	English
diarrhée	constipation	sang aux selles	French
diarrea	constipación	sangre en las heces	Spanish
diarrea	costipazione	feci striate di sangue	Italian
proliv	zatvor	krv u stolici	Serbian
понос	запор	кровяной стул	Russian
[ponos]	[sapor]	[krowjanoj stul]	<i>phonetics</i>
ishal	kabiz	kakada kan	Turkish
إسهال	إمساك	دم مع الغائط	Arabic
[iss-haal]	[im-saak]	[dam ma-a al ghaiet]	<i>phonetics</i>

- Eine Person aus dem Umfeld finden, die als Dolmetscher fungieren kann (Angehörige, Nachbarn, Helfer)
- Falls möglich, elektronische Übersetzungshilfen (Smartphone-App, Tablet) verwenden
- Eventuell professionellen Dolmetscher hinzuziehen oder Onlineübersetzer, Tablet o. Ä. einsetzen.

- **Im Hinblick auf den Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen:**

- Sich über die üblichen emotionalen Ausdrucksweisen informieren, die im Herkunftsland der Betroffenen als normal gelten
- Sich über **kulturspezifische Trauerreaktionen** und religiöse Vorschriften und Rituale informieren
- Abklären, welche Unterstützung erlaubt bzw. erwartet wird
- Darauf achten, wie sehr man Betroffene als hilfsbedürftig behandeln darf und was ungewollt beschämend wirken kann
- Die kulturellen Besonderheiten akzeptieren, Betroffene nicht für ihre Reaktionen oder Gefühle verurteilen

- **Im Hinblick auf den Umgang mit besorgten Angehörigen:**

- Betonen, dass die Helfer vor Ort da sind, um den Notfall in den Griff zu bekommen
- Die eigenen Kompetenzen betonen („*Wir alle haben die notwendige Ausbildung und Erfahrung.*“), ohne eine überhebliche oder abwertende Haltung einzunehmen
- Mit den Autoritätspersonen der Familie zusammenarbeiten, sie genau informieren und wenn möglich in die Hilfeleistungen integrieren; nicht mit ihnen in Konkurrenz treten
- Die Loyalität der Familienmitglieder untereinander respektieren und so viel Nähe wie möglich zulassen
- Den Wunsch einzelner Angehöriger, Verbundenheit, Pflichterfüllung, Treue und Verantwortungsgefühl gegenüber den Opfern und ihrer Familie zu zeigen, als Ressource nutzen

- **Bei erschwertem Zugang aus religiösen oder kulturellen Gründen:**

- Die Notwendigkeit der Hilfsmaßnahmen und mögliche Komplikationen genau erklären
- Über jeden Schritt vorher informieren, insbesondere was notwendige Körperkontakte betrifft
- Verletzungen von Frauen, wenn möglich, von weiblichen Einsatzkräften versorgen lassen
- Keinesfalls die religiösen Überzeugungen der Betroffenen oder Angehörigen diskutieren oder kritisieren
- Generell: sich über die religiösen Hintergründe des Verhaltens bereits im Vorfeld

informieren, um die möglichen Schwierigkeiten in der Notfallsituation richtig einzuordnen und die notwendige Unterstützung bereitzuhalten

- **Im Umgang mit Touristen:**

- Den Betroffenen möglichst eine Gelegenheit bieten, zu Hause anzurufen und die Angehörigen daheim zu verständigen
- Mehrere Betroffene aus einer Reisegruppe möglichst beisammen lassen, d. h. nach Möglichkeit in die gleiche Klinik transportieren
- Kontakt mit dem Reiseveranstalter bzw. der Botschaft oder dem Konsulat des Landes aufnehmen, aus dem die Betroffenen stammen. Solche weiterführenden Aufgaben werden i. d. R. jedoch auch vom Klinikpersonal bzw. psychosozialen Akuthelfern (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteam, Kap. 12.4) übernommen.

9.3.4 Umgang mit Kindern

Kindernotfälle sind im Rettungsdienst relativ selten. Abhängig davon, welche Altersdefinitionen festgelegt worden sind und ob in Statistiken zwischen ärztlich und nichtärztlich besetzten Rettungsmitteln unterschieden wird, beträgt ihr Anteil am Gesamteinsatzaufkommen zwischen 2,9 und 11 %. Im Durchschnitt wird eine Rettungsfachkraft jeden Monat etwa einmal mit einem akut erkrankten oder verletzten Kind konfrontiert. Allerdings muss nicht nur mit Kindern als Patienten angemessen umgegangen werden (Kap. 35.1). Kinder können z. B. auch bei medizinischen Notfällen ihrer Eltern oder Großeltern anwesend sein. Und wenn sich ein Unglück in Kindergärten oder Schulen ereignet hat, sind fast immer einige Kinder Augenzeugen des Geschehens.

Generell nehmen Kinder Notfälle in einer besonderen Weise wahr. Meist verfügen sie über noch **weniger Vorerfahrungen** als Erwachsene, sodass ihnen das Erlebte extrem fremdartig und unverständlich erscheint. **Wissensdefizite** bzw. unzutreffende Annahmen im Hinblick auf den Bau des menschlichen Körpers und die Funktion einzelner Organe können weitere Ursachen dafür sein, dass die Schwere von Verletzungen fehlinterpretiert wird.

Merke

Tatsächlich bedrohliche Verletzungen (insbesondere die Verletzung innerer Organe) werden häufig unterschätzt, während Kinder Bagatellverletzungen wie eine oberflächliche Wunde mitunter als extrem bedrohlich erleben.

Jüngere Kinder kompensieren Wissensdefizite mit magisch-mythischen, teilweise sehr **irrationalen Annahmen und Vorstellungen**. Zudem denken Kinder häufig **egozentriert**, d. h., sie beziehen Ereignisse auf sich selbst oder erklären sie aus sich selbst heraus. Dies kann mit der Entwicklung starker Schuldgefühle verbunden sein, auch wenn dafür objektiv betrachtet kein Grund vorhanden ist. Ein Kind ist z. B. fest davon überzeugt, dass ein Notfall eingetreten ist, weil es zuvor laut gelacht hat oder „unartig“ war.

Achtung

Die Denkweise pädiatrischer Notfallpatienten ist von Erwachsenen manchmal kaum nachzuvollziehen.

Weil Kinder noch nicht dazu in der Lage sind, einen **Perspektivwechsel** vorzunehmen, d. h., sich in andere Personen hineinzusetzen, können sie die Absicht des Rettungsfachpersonals nicht immer erkennen. Daher werden Einsatzkräfte nicht unbedingt als Helfer wahrgenommen, sondern als Fremde oder „Eindringlinge“, deren Auftreten u. U. große Angst auslöst. Dass sich Kinder Rettungskräften gegenüber manchmal ablehnend (aversiv) verhalten, ist auf diese Weise gut zu erklären. Es sollte nicht als persönliche Ablehnung fehlinterpretiert werden, sondern resultiert aus dem Entwicklungsstand des Kindes und den besonderen Merkmalen der Situation.

Eine Besonderheit des kindlichen Notfallerebens besteht schließlich auch darin, dass das kindliche Denken von der **unmittelbaren Wahrnehmung** geprägt ist. Dass eine unangenehme Maßnahme wie das Legen eines venösen Zugangs etwas Positives (z. B. Schmerzlinderung) bewirken soll, ist zumindest für jüngere Kinder kaum vorstellbar. Derartige Prozeduren können sie sogar als eine Bestrafung empfinden.

Um auf diese spezielle psychische Situation angemessen zu reagieren, muss beim Umgang mit

Kindern in Notfallsituationen besonders behutsam und vorsichtig vorgegangen werden. Dies beginnt schon bei der **Kontaktaufnahme**: Einsatzjacken sollten dabei nach Möglichkeit abgelegt werden. Außerdem sollte man sich auf das körperliche Niveau eines Kindes herunterbeugen, sich mit ruhiger Stimme und möglichst freundlichem Gesichtsausdruck vorstellen und nach dem Namen des Kindes fragen (Abb. 9.9).

Kontaktaufnahme zu einem Kind als Notfallpatient [O997]



Praxistipp

Keinesfalls sollte sich das gesamte Rettungsteam auf ein verletztes oder akut erkranktes Kind stürzen. Dadurch würde es nur zusätzlich verängstigt.

Erwachsene Bezugspersonen (Eltern, Großeltern) sollten auch bei der Versorgung eines verletzten oder erkrankten Kindes nach Möglichkeit anwesend bleiben, um Halt und Sicherheit vermitteln

zu können. Von dieser Regel sollte lediglich dann abgewichen werden, wenn

- die Bezugspersonen derart aufgeregt sind, dass sie die Durchführung der medizinischen Versorgung beeinträchtigen oder sogar verhindern,
- Rettungsfachkräfte durch die Anwesenheit der Bezugspersonen massiv verunsichert werden und sich dies auf die Versorgungsqualität auswirkt,
- sich die Aufregung der Bezugspersonen trotz intensiver Beruhigungsversuche massiv auf das betroffene Kind überträgt und sich wechselseitige Eskalationsmechanismen ergeben.

Praxistipp

Selbst bei einer Kinderreanimation sollten Eltern im Raum oder zumindest in der unmittelbaren Nähe bleiben können. Viele Eltern, denen dies ermöglicht wird, sind im Nachhinein dankbar dafür. Sie können das Erlebte so besser bewältigen. Durch eine Ausgrenzung entsteht hingegen häufig der Eindruck bei den Eltern, das geliebte Kind alleingelassen zu haben, als es seine Eltern am dringendsten gebraucht hätte. Dies kann wiederum zu schweren Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen führen.

Körperkontakt kann bei Kindern grundsätzlich intensiver ausfallen als bei Erwachsenen. Behutsame Berührungen an den Händen, Armen und Schultern wirken meist beruhigend. Von vielen jüngeren Kindern wird auch das Streicheln ihres Kopfes als etwas Angenehmes empfunden. Gleichwohl ist sehr sensibel auf ablehnende Signale zu achten. Wenn Berührungen einem Kind offensichtlich unangenehm sind, muss der Körperkontakt ggf. rasch wieder zurückgenommen werden.

Um das Verständnis für das Geschehene, die durchzuführende Hilfeleistung und das weitere Vorgehen zu fördern, ist die **Vermittlung von Informationen** in einer möglichst einfachen Sprache wichtig. Auf die Verwendung von Fachbegriffen sollte dabei verzichtet werden.

„Babysprache“ ist allerdings falsch, weil sich Kinder durch einen zu primitiven Sprachstil u. U. nicht ernst genommen oder unverstanden fühlen.

Fragen von Kindern, etwa ob eine Wunde genäht werden muss, sollten Rettungsfachkräfte stets

ehrlich beantworten. Falsche Versprechungen (Beispiel: „*Nein, das tut überhaupt nicht weh!*“) sind unangebracht. Pädiatrische Notfallpatienten haben ein sensibles Gespür dafür, ob sie belogen werden oder nicht.

Achtung

Wenn Kinder feststellen, dass ihnen einmal nicht die Wahrheit mitgeteilt wurde, ist jedes mühevoll aufgebautes Vertrauensverhältnis augenblicklich und meist irreparabel zerstört. Die weitere Versorgung eines Kindes wird dadurch wesentlich erschwert.

Darüber hinaus sollte Kindern das Gefühl vermittelt werden, die Notfallsituation bzw. zumindest einzelne Aspekte des Geschehens in irgendeiner Weise kontrollieren zu können. So bietet es sich an, ihnen kleinere **Aufgaben zu übertragen**, mit denen sie sich im günstigsten Fall an der Behandlung beteiligen. Entscheidend ist dabei nicht, dass es sich um eine tatsächlich effektive Mitwirkung handelt – wichtig ist lediglich, dass subjektiv ein entsprechender Eindruck entsteht. Ein Kind, das z. B. selbst auf die Trage im Rettungswagen klettern darf (und dies auch noch kann), erlebt sich dadurch eben nicht passiv und hilflos, sondern aktiv und engagiert.

Zeigt ein Kind erwünschte Verhaltensweisen, sollten es dafür ausdrücklich **gelobt** bzw. belohnt werden. Auf diese Weise wird deutlich gemacht, dass ein Kind selbst etwas zur Bewältigung beitragen konnte. Kinder können z. B. einen Aufkleber oder eine Anstecknadel als „Orden“ geschenkt bekommen, um sie für hilfreiches Verhalten auszuzeichnen. Vor allem bei jüngeren Kindern haben außerdem **Kuscheltiere**, z. B. Stoffaffen oder Teddybären, eine außerordentlich positive Wirkung.

Praxistipp

Viele Kinder haben solche Kuscheltiere zu Hause und vertrauen ihnen ihre Ängste und Nöte an. Kuscheltiere sollten deshalb auch in jedem Rettungswagen mitgeführt werden.

In einigen Fällen kann auch **Ablenkung** hilfreich sein. Ein verletztes oder akut erkranktes Kind kann z. B. dazu aufgefordert werden,

- laut bis zu einer bestimmten Zahl oder auch rückwärts zu zählen,
- etwas zu summen oder zu singen,
- sich etwas anzuschauen,
- etwas zu erzählen,
- eine Frage zu beantworten,
- etwas festzuhalten (z. B. die Hand eines Helfers oder einen Gegenstand) etc.

Achtung

Ablenkungsversuche wirken bei Kindern, insbesondere wenn es sich um eine tatsächlich schwerwiegende Notfallsituation handelt, nicht immer!

Für die Begleitung von Kindern, die eine Notfallsituation miterleben, ohne selbst Patient zu sein, sollte frühzeitig **die Alarmierung psychosozialer Akuthelfer** (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteam) in Erwägung gezogen werden (Kap. 12.4). Als Augenzeugen und Zuschauer sind Kinder besonders gefährdet, negative psychische Folgen zu entwickeln. Deshalb ist es wichtig, dass sich jemand intensiv um sie kümmern kann. Dem Rettungsfachpersonal fehlt dafür meist die Zeit.

Eine kurze Zusammenfassung wesentlicher Hinweise für den Umgang mit Kindern in einer Notfallsituation beinhaltet das **Regelwerk KASPERLE** (Tab. 9.2).

Regeln für den Umgang mit Kindern in einem Notfall

(nach Karutz 2013)

Tab. 9.2

Buchstabe	Regel
K	Bei der Kontaktaufnahme sollte sich ein Notfallsanitäter auf die körperliche

	Ebene des Kindes hinunterbeugen. Anschließend sollte er sich vorstellen und nach dem Namen des Kindes fragen.
A	Insbesondere bei jüngeren Kindern kann Ablenkung hilfreich sein.
S	Die Selbstkontrolle eines Kindes kann durch die Übertragung einfacher Aufgaben gestärkt werden.
P	Eltern oder andere Personen , die einem Kind nahestehen, sollten nach Möglichkeit in die Hilfeleistung einbezogen und in das Krankenhaus mitgenommen werden.
E	Helfer sollten zu ihren Maßnahmen einfache Erklärungen geben. Fragen sind stets ehrlich zu beantworten. Auf bevorstehende Maßnahmen sollten Kinder vorbereitet werden.
R	Die Reaktionen von Kindern gegenüber Rettungsfachkräften können manchmal sehr ablehnend sein. Ein solches Verhalten sollte man professionell aushalten und hinnehmen.
L	Lieblingsspielzeuge oder Stofftiere eines Kindes sollten ins Krankenhaus mitgenommen werden. Wenn ein Kind kein eigenes Stofftier bei sich hat, sollte es eines geschenkt bekommen.
E	Kinder sollten ausdrücklich dazu ermutigt werden, Fragen zu stellen sowie Ängste und Bedürfnisse u äußern.

9.3.5 Umgang mit älteren Menschen

Die Bevölkerungsentwicklung und langfristige Prognosen zeigen, dass in der Bundesrepublik eine Tendenz zur Überalterung zu beobachten ist. Mit dem Jahr 2000 sank der Anteil der Männer und Frauen zwischen 25 und 40 Jahren auf unter 20 % der Gesamtbevölkerung. Der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen steigt demgegenüber kontinuierlich an. Bedingt durch die im Alter zunehmende Krankheitshäufigkeit (**Morbidität**) sind geriatrische Patienten im Rettungsdienst besonders häufig anzutreffen. Aktuell ist jeder zweite von einem Notarzt versorgte Notfallpatient 70 Jahre alt oder älter, rund zwei Drittel der Notfallpatienten im Rettungsdienst sind älter als 65 Jahre.

Ältere Menschen sind allerdings keine einheitliche Gruppe. Ab wann ein Mensch im medizinischen Sinne als „alt“ bezeichnet werden kann, lässt sich nicht exakt abgrenzen. Der individuelle Gesundheitszustand hängt vielmehr von einem Zusammenwirken mehrerer Faktoren ab. Hier sind zu nennen

- das Lebensalter,
- die persönliche Lebenssituation (z. B. allein lebend, in einer Familie oder pflegebedürftig in einem Heim),
- die Qualität und Quantität sozialer Kontakte (einsam oder in ein Umfeld integriert),
- die psychische Befindlichkeit (z. B. aktiv und optimistisch oder passiv und depressiv),
- das Vorhandensein konkreter Lebensziele (Perspektiven vorhanden oder lediglich „auf den Tod wartend“) sowie
- die Morbidität (gesund oder krank).

Deshalb ist auch kein pauschaler Umgang mit „dem“ alten Menschen angebracht, sondern vielmehr ein individuelles Eingehen auf jeden einzelnen. Längst nicht alle alten Menschen sind z. B. einsam und verwirrt, und bei Weitem nicht alle alten Patienten sind gebrechlich (**frail**), pflegebedürftig und multimorbide. Dies betrifft lediglich rund 10 % der über 65-Jährigen. Etwa 40–45 % der Angehörigen dieser Altersgruppe gelten allerdings als **pre-frail**. Zudem kann sicherlich davon ausgegangen werden, dass mit zunehmendem Alter bestimmte gesundheitliche Einschränkungen grundsätzlich wahrscheinlicher sind. Etwa 50 % der über 65-Jährigen haben z. B. eine arterielle Hypertonie, bei etwa 35 % wurde die koronare Herzkrankheit (KHK) diagnostiziert. Rund 15 % sind Diabetiker und jeweils etwa 10 % sind an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung oder einer Herzinsuffizienz erkrankt.

Achtung

Grundsätzlich zu beachten ist, dass ältere Menschen selbstverständlich das gleiche Recht und den gleichen Anspruch auf eine hohe medizinische Versorgungsqualität haben wie jeder andere, jüngere Mensch auch. Auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen bzw. Hilfeleistungen (z. B. Reanimation, Transport in ein Traumazentrum) zu verzichten, nur weil der Patient ein bestimmtes Lebensalter erreicht hat, ist inakzeptabel!

Einsätze des Rettungsdienstes werden von älteren Menschen in einer besonderen Weise wahrgenommen und erlebt. Manche ältere Menschen assoziieren Krankenhäuser z. B. mit dem Begriff „Sterbehaus“, sehen es als Vorstufe zum Pflegeheim und haben Angst, durch eine Hospitalisierung ihre Selbstständigkeit zu verlieren. Arbeitsabläufe im Rettungsdienst sind ihnen fremd. Deshalb besteht die Gefahr, dass der Kontakt mit dem Rettungsfachpersonal generell als bedrohlich empfunden wird. Einige ältere Menschen sind Rettungsfachkräften gegenüber in hohem Maße misstrauisch. Mitunter befürchten sie, vom Rettungsdienst in eine Pflegeeinrichtung „abgeschoben“ zu werden. Manchmal schämen sich ältere Patienten auch sehr dafür, dass bei einem Einsatz ihretwegen ein derartiger Aufwand betrieben werden muss.

Praxistipp

Solche Gefühle und Gedanken müssen ernst genommen und dürfen nicht bagatellisiert oder abgetan werden.

In diesem Zusammenhang zielt das Konzept der **Validation** zunächst auf eine angemessene Grundhaltung gegenüber älteren Menschen. Ihre Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen sollen als „für sie gültig“ akzeptiert und angenommen, d. h. validiert werden. Nach Feil sind dabei u. a. folgende **Leitgedanken** relevant:

- Alle Menschen sind gleichermaßen wertvoll und zwar vollkommen unabhängig davon, in welchem Ausmaß sie verwirrt sind.
- Auch ältere und u. U. verwirrte Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
- Ältere Menschen kann man nicht dazu zwingen, ihr Verhalten zu ändern; ältere Menschen hat man zu akzeptieren, wie sie sind.
- **Empathie** führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und trägt dazu bei, auch die Würde älterer Menschen aufrechtzuerhalten.

Speziell im Hinblick auf Notfallsituationen können von diesen Leitgedanken ausgehend

zahlreiche weitere Handlungsempfehlungen gegeben werden. So kann Ängsten insbesondere durch eine ehrliche und glaubwürdige **Informationsvermittlung** entgegengewirkt werden. In vielen Fällen werden allerdings geduldige Wiederholungen notwendig sein, z. B. weil ein Patient eine bestimmte Frage immer wieder stellt.

Beeinträchtigungen der Hörfähigkeit muss das Rettungsfachpersonal ggf. durch lauterer, langsamerer und besonders **sorgfältig artikuliertes Sprechen** ausgleichen. Eine Gangunsicherheit bzw. Gleichgewichtsstörung hat zur Folge, dass viele ältere Patienten beim Gehen und beim Treppensteigen gestützt werden müssen.

Achtung

Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte, Zahnprothesen und Gehstöcke sind bei Transporten älterer Menschen unbedingt mitzunehmen.

Die Anrede „Oma“ und „Opa“ ist unangebracht, ebenso wie ein pauschales Duzen älterer Menschen. In diesem Zusammenhang ist auf die grundsätzliche Problematik **patronisierender Kommunikation** hinzuweisen, die sich u. a. durch die Wahl einfacher oder kindlicher Begriffe wie „Pipi“ oder „Popo“ sowie das einschließende, übergriffige „Wir“ auszeichnet (Beispiel: „*Wie geht's uns denn heute?*“). Die Stimme ist dabei Sing-Sang-haft, säuselnd und eher hoch.

Eine Extremform der patronisierenden Kommunikation ist der sog. **Secondary Babytalk**. Diese Bezeichnung rührt daher, dass viele Elemente der Sprache ähneln, die häufig Babys und Kleinkindern gegenüber verwendet wird. Oftmals werden dabei die Worte „schön“ oder „fein“ benutzt (Beispiel: „*Jetzt mal schön festhalten.*“). Üblich sind außerdem Verniedlichungen und Ersetzungen wie z. B. „Thrönchen“ für Toilette oder „Happi-Happi“ für Essen.

Achtung

Derartige Formen der Kommunikation werden von älteren Menschen meist als respektlos wahrgenommen und sind unbedingt zu vermeiden.

Ebenfalls zu unterlassen sind Vorwürfe gegenüber älteren Menschen, etwa für das Nichterkennen bestimmter Symptome („*Sie müssen doch gemerkt haben, dass Ihr Mann so einen hängenden Mundwinkel hat!*“), die Verursachung einer Notfallsituation („*Warum mussten Sie in Ihrem Alter auch noch auf die Leiter steigen!*“) oder für eine späte Alarmierung des Rettungsdienstes („*Warum haben Sie uns denn nicht eher gerufen?*“).

Merke

Insbesondere bei älteren Paaren, die noch gemeinsam in einer Privatwohnung leben, kann die Hemmschwelle, den Rettungsdienst zu rufen, besonders hoch sein.

Womöglich wird befürchtet, dass der Transport des Partners in eine Klinik mit einem **Abschied für immer** verbunden sein könnte und so wird von einer Alarmierung des Rettungsdienstes – auch wenn es unlogisch sein mag (wenn überhaupt keine Hilfe erfolgt, können erst recht schwerwiegende Gesundheitsschädigungen drohen) – zunächst lieber Abstand genommen. Dass viele ältere Menschen sich im eigenen Haushalt scheinbar leichtsinnig verhalten, ist ebenfalls zu erklären: Oftmals wollen sie sich die eigene Hilfsbedürftigkeit nicht eingestehen oder es ihnen unangenehm, Unterstützungsleistungen zu beanspruchen. Aus diesem Grund besteigen manche ältere Menschen eben noch Leitern, versuchen, schwere Gegenstände zu heben und zu tragen etc. – mit den entsprechend häufigen Verletzungsfolgen.

Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle noch, dass ältere Menschen durch den Abbau von Fettgewebe rascher frieren und auch unterkühlen können als jüngere. Bei der Versorgung und während des Transports ist daher stets auf eine angemessene Wärmeerhaltung zu achten. Bei niedrigen Außentemperaturen im Herbst und im Winter muss der Patientenraum des RTW oder KTW vorgeheizt werden.

Sofern ein älterer Mensch in eine Klinik transportiert wird und ein Partner des Patienten nicht mitgenommen werden kann, sondern allein in einer Wohnung verbleibt, sollte außerdem daran gedacht werden, eine **weiterführende Betreuung** für denjenigen sicherzustellen. Ein Anruf bei Angehörigen oder die Kontaktaufnahme zu Nachbarn kann bereits ausreichend sein. Wenn

der allein zurückbleibende Angehörige jedoch keine eigenen sozialen Ressourcen in seinem Umfeld (mehr) hat, sollte ggf. ein Sozial- oder Pflegedienst oder auch ein psychosozialer Akuthelfer (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteam, Kap. 12.4) hinzugezogen werden.

Hinweise zum Umgang mit Demenzpatienten

Bei den rund 1,5 Millionen **Demenzpatienten** in Deutschland sind über die bisherigen Ausführungen in diesem Kapitel hinaus noch einige weitere Hinweise zu beachten. So kommt es bei ihnen in besonderer Weise darauf an, das eigene Kommunikationsverhalten an die (noch) vorhandenen kognitiven Fähigkeiten anzupassen. Auch und gerade Demenzpatienten gegenüber müssen Rettungsfachkräfte äußerst respektvoll und freundlich auftreten.

Achtung

Eine „**Verdinglichung**“ darf niemals zugelassen werden – auch dann nicht, wenn die verbale Kommunikationsfähigkeit eines Patienten bereits stark eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr vorhanden ist.

Durch eine direkte, ruhige Ansprache kann ggf. die Chance erhöht werden, die Aufmerksamkeit eines Demenzpatienten doch noch zu gewinnen. Bei einer weit fortgeschrittenen Demenz kann es ansonsten hilfreich sein, leichten Körperkontakt herzustellen oder auch **paraverbale Kommunikationsmöglichkeiten** zu nutzen. Auf eine Veränderung der Stimmlage reagieren Patienten z. B. auch dann noch, wenn ansonsten kein sprachlicher Ausdruck mehr möglich ist. Berührungen, wie z. B. das Halten der Hand oder das Auflegen der Hand, können während der Fahrt beruhigen, ebenso wie eine betont ruhige Stimme.

Da komplexe inhaltliche Zusammenhänge für Demenzpatienten häufig nicht mehr nachvollziehbar sind, sollte das Rettungsfachpersonal in möglichst einfachen, nicht verschachtelten Sätzen sprechen. Ebenso sollte auf Ironie oder mehrdeutige Ausdrücke verzichtet werden, da diese ggf. nicht mehr verarbeitet bzw. gedeutet werden können.

9.3.6 Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen

Psychiatrische Notfälle sind – nach internistischen und chirurgischen – der dritthäufigste Einsatzgrund im Notarztdienst. Unter psychiatrischen Notfällen können allerdings zwei verschiedene Situationen verstanden werden (Kap. 39):

- Personen mit einer psychischen bzw. psychiatrischen Störung werden – unabhängig von dieser Störung – in einen Notfall verwickelt, z. B. in einen Autounfall, ein Zugunglück, einen Brand etc. Eine bereits bestehende Symptomatik kann dabei deutlich verstärkt werden. Bei bereits abgeklungenen Störungen kann es auch zu einem Wiederauftreten der Symptome kommen. Das ist v. a. bei einer früheren Traumatisierung zu erwarten, etwa durch einen ähnlichen Unfall, eine Jahre zurückliegende Vergewaltigung oder Kriegserlebnisse (Sirenen, Explosionen, Feuer), die durch einen aktuellen Notfall reaktiviert werden.
- Eine bestehende psychische Störung spitzt sich derart zu bzw. wird so akut, dass sich daraus eine unmittelbare Gefährdung für die Person oder ihre Umgebung ergibt, z. B. aufgrund von Halluzinationen, Wahnideen, akuter Manie.

Hinweise auf eine psychiatrische Störung sind unter anderem:

- **Formale Denkstörungen:** äußern sich in unverständlichen, unzusammenhängenden oder unvollständigen Sätzen, Vorbeireden am Thema, bizarren Wortbildungen
- **Wahnideen:** beziehen sich auf nicht nachvollziehbare Bedrohung, Verfolgung oder Beeinträchtigung durch andere Personen oder Organisationen, auf Schuld und Versündigung etc.; der Patient ist von diesen Vorstellungen unkorrigierbar überzeugt
- **Halluzinationen:** Wahrnehmungen ohne physische Grundlage, die von niemand anderem geteilt werden, z. B. Stimmen hören, obwohl niemand sonst anwesend ist
- **Starke affektive Beeinträchtigung:** z. B. lang anhaltende depressive Verstimmung, unangemessene Euphorie, nicht nachvollziehbare Angst
- **Weitere Symptome** wie Bewusstseinsstörung, kognitive Störungen, vegetative Störungen sowie Störungen der Psychomotorik

Die genaue Diagnose einer psychischen Störung setzt umfassende psychologische bzw. psychiatrische Expertise voraus!

Die erhobenen Patientendaten und Symptome sollten vom Rettungsteam so gut wie möglich dokumentiert und den weiterbehandelnden Spezialisten genau mitgeteilt werden. Das ist besonders bei akuter Suizidalität und mangelnder Kooperation des Patienten sehr wichtig. Auf akute Wahnideen und Halluzinationen sollten Notfallsanitäter nicht näher eingehen. Stattdessen sind folgende Vorgehensweisen hilfreich:

- Höfliche und konkrete Anweisungen geben: *„Bitte setzen Sie sich hier hin.“*
- Über das Hier und Jetzt sprechen: *„Wir warten jetzt auf den Arzt. Das dauert nicht mehr lang.“*
- Auf problematische Fragen nicht eingehen: *„Dazu kann ich Ihnen nichts sagen.“*
- Auf andere Themen umlenken, z. B. auf Körperempfindungen, die mit den vermeintlichen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen nichts zu tun haben: *„Ist Ihnen kalt?“ „Tut es immer noch gleich weh oder wird es ein bisschen besser?“*
- Geschlossene Fragen stellen (ggf. auch mehrere hintereinander): *„Möchten Sie etwas trinken?“ „Sitzen Sie bequem?“*
- Über neutrale, nicht emotionale Fakten sprechen: *„Wo kommen Sie her?“ „Wo arbeiten Sie?“*
- Nicht drängen, für Sicherheit sorgen.

Suizidalität

Der Umgang mit suizidalen Menschen (Kap. 39.4) zählt zu den heikelsten und schwierigsten Aufgaben eines Notfallsanitäters. Das übergeordnete Ziel, dem alle Helfer gemeinsam verpflichtet sind, ist nicht allein, den Betroffenen daran zu hindern, sich das Leben zu nehmen. Letztlich geht es darum, mit dem Betroffenen jene guten Gründe zu finden, warum sich ein Weiterleben für ihn lohnt. Dieses langfristige Ziel sollte vom ersten Augenblick an im Auge behalten werden.

Merke

Wie auch immer die Umstände sind: Der Notfallsanitäter steht auf der Seite des Lebens.

Interventionen

Die **Hauptziele** in der Akuthilfe für suizidale Menschen sind:

- **Entlastung** (Situation entschärfen, Dampf ablassen)
- **Klarheit schaffen** (für sich und den Betroffenen)
- **Maßnahmen treffen**, konkrete Hilfe leisten, weitere Hilfe organisieren

Der größte Verbündete im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen ist die Umwelt des Betroffenen. Zu dieser gehören auch psychosoziale Akuthelfer (Kap. 12.4) und andere intervenierende Mitmenschen sind für die Bewältigung der Krise von entscheidender Bedeutung. Für Suizidgefährdete gibt es deshalb keine größere Gefahr als die Isolation. Aus diesem Grund sollte immer versucht werden, mit suizidgefährdeten Menschen den Kontakt bzw. ein Gespräch aufrechtzuerhalten. Folgende Voraussetzungen erleichtern die Betreuung:

- Ruhiger, ungestörter Raum
- Gespräch unter vier Augen
- Kein Zeitdruck
- Weitere Helfer (Kollegen) in Rufnähe

In Akutfällen, wie sie im Rettungsdienst auftreten, sind folgende Erstinterventionen sinnvoll:

- Die Sicherheit des Betroffenen gewährleisten: ständige Überwachung durch Psychologen, Rettungspersonal, Familienangehörige oder andere Helfer; auch beim Gang zur Toilette begleiten; Zugang zu Glas, Messer, Gürtel verhindern
- Bei starker Erregung dem Betroffenen vom Arzt Beruhigungsmittel geben lassen
- Auf keinen Fall Beschuldigungen, Vorwürfe oder Kritik am Betroffenen und seinen Handlungen äußern
- Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung Überstellung in stationäre Behandlung veranlassen

Fehler vermeiden

Das Gespräch mit Suizidgefährdeten aufrechtzuerhalten ist sozusagen eine **Basisintervention**. Solange ein Betroffener spricht, besteht zumindest eine minimale Beziehung zu einem anderen Menschen. Und Beziehungen sind es, die uns im Leben halten. Beziehung und Gespräch können allerdings gefährdet werden, wenn der Gesprächspartner falsch oder unvorsichtig handelt. Es gibt im Umgang mit Suizidgefährdeten einige Dinge, die man auf jeden Fall vermeiden sollte. Zu diesen Gefahren zählen:

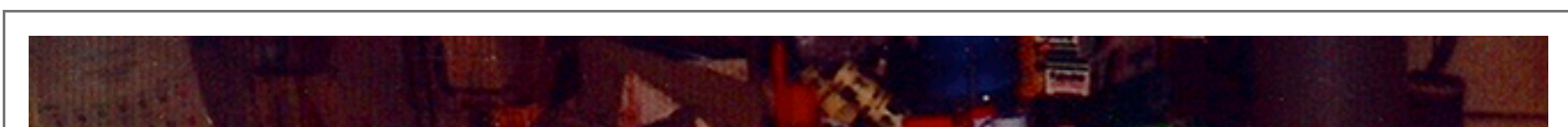
- Vorschnelles Trösten („*Wird schon wieder.*“)
- Ermahnungen („*Reißen Sie sich zusammen.*“)
- Verallgemeinerungen („*So ist das Leben.*“)
- Ratschläge („*Warum machen Sie nicht einfach XY?*“, Kap. 10)
- Belehrungen („*Also generell gilt ...*“)
- Herunterspielen des Problems („*Ist ja alles nicht so tragisch.*“)
- Beurteilen und kommentieren („*Sie sehen das völlig falsch.*“)
- Nachforschen, ausfragen, analysieren (dies verstärkt das Problembewusstsein und damit den inneren Druck)
- Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

9.3.7 Umgang mit Menschen in Sozialnot

Der Terminus **Sozialnot** steht für unterschiedliche Situationen wie z. B.

- Armut, Obdachlosigkeit,
- familiäre Konfliktsituationen,
- akute Belastungsreaktionen,
- pathologische Trauerreaktionen,
- akute Überforderungssituationen,
- Vereinsamung (**soziale Isolation**) sowie
- Verwahrlosung bzw. Verelendung ([Abb. 9.10](#)).

Die Zustände in verwahrlosten Wohnungen sind teilweise unvorstellbar. [M235]





Dass der Rettungsdienst mit solchen Situationen konfrontiert wird, nimmt eindeutig zu. Die Gründe dafür sind vielschichtig:

- Auflösung von Familien- und Nachbarschaftsstrukturen
- Zunahme von Einpersonen- bzw. Singlehaushalten
- Arbeitslosigkeit
- Anonymität des Lebens in (Groß-)Städten
- Forderung nach „beruflicher Flexibilisierung“

Bundesweit macht das Phänomen Sozialnot bis zu 20 % des Gesamteinsatzaufkommens aus, in manchen Großstädten sind bis zu 65 % der RTW-Einsätze nicht vorrangig notfallmedizinisch begründet, sondern es liegt ebenfalls eine eher psychosoziale Problemstellung vor. Manche Menschen in akuter Sozialnot sind dem Rettungsfachpersonal sogar bereits persönlich bekannt, da ihre spezielle Lebenssituation in kurzer Zeit immer wieder zu einer Alarmierung des Rettungsdienstes führt.

Merke

Für viele Rettungsfachkräfte handelt es sich dabei um lästige, „unnötige“ (Fehl-)Einsätze. Eine derart oberflächliche Betrachtungsweise greift allerdings zu kurz.

Auch und gerade bei einer akuten Sozialnot ist ein professionelles Handeln des Rettungsdienstes gefordert. Die Durchführung von Kriseninterventionsmaßnahmen sowie die Anbahnung bzw. die **Vermittlung weiterführender Hilfen** gehören ebenso zum rettungsdienstlichen Aufgabenspektrum wie die Versorgung körperlicher Verletzungen. Im Einzelnen sollten Notfallsanitäter bei der Konfrontation mit akuter Sozialnot folgende Hinweise beachten:

- Bestimmte Lebenssituationen können mit unangenehmen Gerüchen, Anblicken oder auch Infektionsgefahren verbunden sein und Abscheu oder Ekel provozieren. Dennoch dürfen Betroffene niemals abfällig behandelt werden. Stattdessen ist – auch wenn es mitunter schwerfallen mag – stets ein engagiertes, **freundliches und wertschätzendes Auftreten**

angebracht.

- Symptome von Betroffenen niemals vorschnell abtun bzw. bagatellisieren, sondern für den Betroffenen und seine Situation ehrliches **Interesse zeigen**.
- Das bestehende Problem, aktuelle Bedarfe, Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen des Betroffenen **genau erkunden**. Das erfordert, sich Zeit zu nehmen und zunächst einmal geduldig zuzuhören.
- Bezüglich der Alarmierung des Rettungsdienstes den Betroffenen gegenüber **niemals Vorwürfe machen**.
- **Pauschale Hospitalisierungen möglichst vermeiden**. Günstiger ist die zielgerichtete Vermittlung an geeignete Hilfseinrichtungen (Tab. 9.3). Notfallsanitäter sollten die jeweiligen Ansprechpartner kennen und in Absprache mit den Betroffenen unmittelbar Kontakte herstellen.

Vermittlung an geeignete Unterstützungsinstanzen

(nach Luiz 2008) [W948-001]

Tab. 9.3

Situation	Geeignete Unterstützungsinstanz
Armut, Obdachlosigkeit	<ul style="list-style-type: none">◦ Jugendheim, Obdachlosenheim◦ Sozialarbeit (Streetwork)◦ Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)
Familiäre Konfliktsituation	<ul style="list-style-type: none">◦ Familien- und Erziehungsberatungsstelle◦ Jugendamt◦ Frauenhaus
Akute Belastungsreaktion	<ul style="list-style-type: none">◦ Traumaambulanz◦ Ärztlicher Notdienst◦ Selbsthilfvereine
Pathologische Trauerreaktion	<ul style="list-style-type: none">◦ Notfallseelsorge bzw. Kirchengemeinde

Akute Überforderungssituation	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lebensberatungsstelle
Vereinsamung	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sozialstation ◦ Kirchengemeinde ◦ Hausnotrufdienst ◦ Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)
Verwahrlosung	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pflegenotdienst ◦ Gesundheitsamt, Ordnungsamt ◦ Sozialpsychiatrischer Dienst (Gesundheitsamt)

- Bei Betroffenen in akuter Sozialnot immer auch **mit aggressivem Verhalten rechnen**, d. h., besonders auf den Eigenschutz achten (Rückzugsweg freihalten, gefährliche Gegenstände im Blick behalten etc.).

9.3.8 Umgang mit Betrunkenen, Alkohol- und Drogenabhängigen

Rund 1,3 Millionen Menschen in Deutschland gelten als alkoholabhängig, etwa 200 000 konsumieren regelmäßig illegale Substanzen, überwiegend Heroin. Da eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit häufig (allerdings nicht immer!) mit Sozialnot und aggressivem Verhalten einhergeht, kann zunächst auf vorangegangene Ausführungen ([Kap. 9.3.7](#)) verwiesen werden. Ergänzend ist zu beachten, dass die Einsicht von Abhängigen in eine unmittelbare Behandlungsnotwendigkeit oftmals nicht vorhanden ist:

- Viele Abhängige haben generell keine Hoffnung mehr („*Das bringt doch alles nichts!*“).
- Das Schmerzempfinden kann durch die Alkohol- oder Drogenwirkung erheblich herabgesetzt sein („*Mir tut nichts weh, also muss ich auch nicht ins Krankenhaus!*“). Hierin liegt eine besondere Gefahr, da selbst schwerwiegende Verletzungen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma nach einem Sturz) u. U. unerkant bleiben.
- Eine medizinische Intervention unterbricht möglicherweise auch den vom Patienten doch gerade erwünschten Rauschzustand („*Lass mich doch einfach in Ruhe!*“).

- Abhängige nehmen Rettungsfachkräfte u. U. überhaupt nicht als professionelle Helfer wahr. Entsprechend werden Aussagen von Notfallsanitätern abgetan („Was willst du von mir? Du hast sowieso keine Ahnung und du hast mir auch nichts zu sagen!“).

Praxistipp

Patienten davon zu überzeugen, dass ein Transport in eine Klinik tatsächlich wichtig und hilfreich wäre, kann vor diesem Hintergrund außerordentlich schwierig sein. Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen lässt sich nicht immer vermeiden, sodass ggf. Notarzt und Polizeikräfte einzubeziehen sind.

9.3.9 Umgang mit Menschen mit Behinderung

Insgesamt leben in Deutschland rund 9,6 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Im Sinne der 2006 beschlossenen Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen sind damit Menschen gemeint, die langfristig anhaltend körperliche, seelische, geistige oder wahrnehmungsbezogene Beeinträchtigungen aufweisen, gleichzeitig aber auch aufgrund bestimmter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen grundlegende Rechte nicht so wahrnehmen können, wie dies anderen Menschen möglich ist. Demnach gibt es Menschen, die in unterschiedlicher Weise sicherlich behindert *sind* – die aber eben auch behindert *werden*. Bedingt durch den demografischen Wandel nimmt ihre Zahl in Deutschland seit einigen Jahren deutlich zu: Die Wahrscheinlichkeit einer Schwerbehinderung ist bei älteren und hochbetagten Menschen z. B. besonders hoch. In vielen Fällen geht eine Behinderung auch mit Pflegebedürftigkeit einher.

Praxistipp

Reflexionsaufgabe: Überlegen Sie, welche strukturellen und gestalterischen Merkmale der Umgebung, insbesondere aber auch des Gesundheitswesens, für Menschen mit

Behinderung potenziell diskriminierend wirken! Listen Sie entsprechende Verbesserungspotenziale auf!

Ein professioneller Umgang mit Behinderten sollte darauf abzielen, sie an der gleichen **Versorgungsqualität** teilhaben zu lassen, die auch von jedem anderen Menschen erwartet werden kann. Der Terminus **Barrierefreiheit** bezieht sich in diesem Zusammenhang nicht nur auf ebenerdig bzw. stufenlos erreichbare Toilettenanlagen, sondern z. B. ebenso darauf, dass auch Seh- und Hörgeschädigte einen Notruf absetzen können und generell auch mit Behinderten bei Rettungseinsätzen eine angemessene Kommunikation erfolgt. Eine **inklusive Notfallversorgung** setzt allerdings voraus, dass sämtliche zur Verfügung stehenden Kommunikationswege und -strategien genutzt sowie ggf. entsprechende Hilfsmittel eingesetzt werden. Die Vermittlung von Informationen, insbesondere die Aufklärung über bevorstehende Maßnahmen, darf in einem Notfall nicht daran scheitern, dass das Rettungsfachpersonal nicht weiß, wie es Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen gegenüber auftreten soll.

Tatsächlich sind viele Einsatzkräfte jedoch gerade bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung sehr verunsichert. Ein Grund dürfte darin liegen, dass solche Einsatzsituationen eher selten sind und die entsprechende Routine fehlt. Hinzu kommt, dass man Art und Ausmaß individueller Beeinträchtigungen der i. d. R. fremden Patienten meist nicht sofort erkennen kann. In vielen Fällen ist es außerordentlich schwierig einzuschätzen, welche konkrete Unterstützung angebracht ist. Sowohl eine Unter- als auch eine Überkompensation funktioneller Defizite muss vermieden werden. Die speziellen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren, stellt gerade unter Zeitdruck in einem Einsatzgeschehen eine große Herausforderung dar.

Merke

Generell sind auch bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung die gleichen Grundsätze zu beachten, die bei jedem anderen Notfallpatienten ebenso gültig sind.

Dazu gehört, sich zunächst einmal vorzustellen, den Patienten ernst zu nehmen und ihn während

der Versorgung stets mit seinem korrekten Namen anzusprechen. Die Vermittlung von Informationen ist ebenso wichtig wie ein geduldiges, respektvolles und unvoreingenommenes Verhalten. Je nach Art und Ausprägung individueller Beeinträchtigungen können darüber hinaus allerdings noch einige weitere Aspekte zu beachten sein.

Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung

Rund 1,5 Millionen Menschen in Deutschland gelten als geistig schwerbehindert. Für sie sind Notfälle eine besonders belastende Ausnahmesituation, da sie von der Situationsdynamik und der hohen Reizdichte u. U. völlig überfordert werden. Allein die Anwesenheit vieler fremder Personen kann sie erheblich irritieren und verängstigen. Daraus lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- **Sondersignale** sollten bei der Anfahrt kurz vor dem Einsatzort nur noch sparsam dosiert eingesetzt bzw. möglichst ausgeschaltet werden. Bei einem Notfall in einer therapeutischen Wohneinrichtung können ansonsten nicht nur die Patienten und eventuelle Angehörige, sondern auch weitere Bewohner unnötig verschreckt werden oder sehr erregt reagieren.
- Im günstigsten Fall werden Einsatzfahrzeuge nicht mit laufenden Blaulichtern direkt vor dem jeweiligen Gebäude, sondern an einem **Nebeneingang** abgestellt.
- Bei der Versorgung sollten nur die Personen anwesend sein, die dafür unbedingt erforderlich sind. Im Raum des Patienten sollen sich so viele Helfer wie nötig, aber so wenig wie möglich fremde Personen aufhalten.
- Die **Sprache** des Rettungsfachpersonals sollte dem geistigen Entwicklungsstand des Patienten bzw. seiner kognitiven Leistungsfähigkeiten angepasst sein. Entsprechende Regeln hat das **Netzwerk Leichte Sprache** formuliert.

Praxistipp

Regeln des Netzwerks Leichte Sprache

- Es werden immer nur **kurze Sätze** ohne Nebensätze formuliert. Außerdem enthält jeder Satz nur eine Aussage: *„Sie haben einen Herzinfarkt! Wir helfen Ihnen jetzt. Wir geben Ihnen Medikamente. Dann fahren wir Sie ins Krankenhaus.“*
- Ein Satz besteht aus **Subjekt, Prädikat und Objekt**: *„Mein Kollege gibt ihnen eine Spritze!“*
- Es werden immer **Aktivsätze** gebildet. Also nicht *„Ihre Behandlung wird jetzt von den Ärzten im Krankenhaus fortgesetzt“*, sondern *„Die Ärzte im Krankenhaus behandeln Sie jetzt weiter.“*
- Der **Konjunktiv** (*„Wäre es möglich, dass Sie selbst zum Auto laufen?“*) wird vermieden.
- Der **Genitiv** wird möglichst durch einfachere Formulierungen ersetzt. Also nicht *„Wo sind die Medikamente ihres Mannes?“* sondern: *„Wo sind die Medikamente von Ihrem Mann?“*
- Abstrakte Begriffe werden vermieden. **Konkrete und anschauliche Begriffe** werden bevorzugt. Also nicht *„medikamentöse Therapie durchführen“*, sondern *„eine Spritze (oder Tablette etc.) geben.“*
- **Bildhafte Sprache** (*„Da ist Ihnen wohl der Schreck in die Glieder gefahren?“*, *„Sie freuen sich so: Haben Sie etwa einen Clown gefressen?“*) wird vermieden.
- Unvermeidbare **Fachbegriffe** werden erklärt: *„Wir fahren Sie zum Röntgen. Das bedeutet, die Ärzte machen ein spezielles Foto von ihrem Bein.“*
- Dennoch ist leichte Sprache **keine Babysprache**: Die Anreden „du“ und „Sie“ werden wie in der Standardsprache verwendet!

- Auch wenn nur eine sehr geringe kognitive Leistungsfähigkeit vorhanden ist, darf der Patient vom Rettungsfachpersonal bei Prozessen zur **Entscheidungsfindung** nicht übergangen, bevormundet oder sogar entmündigt werden. Menschen mit geistigen Behinderungen haben zunächst einmal das gleiche Recht auf Information, Aufklärung und Selbstbestimmung wie jeder andere Notfallpatient auch!
- Bestimmte Worte wie z. B. „Krankenhaus“ oder „Spritze“ können bei Menschen mit geistigen Behinderungen zu starker Aufregung und verminderter **Compliance** führen, da sie oftmals unangenehme Vorerfahrungen gesammelt haben. Dennoch ist es vollkommen inakzeptabel,

Transportziele oder bevorstehende Maßnahmen zu verheimlichen und dann mit der unabgesprochenen Durchführung zu überraschen.

- **Angehörige, Pflegende und Betreuungspersonen** sollten unbedingt in die Versorgungssituation einbezogen werden, da sie den Patienten und seine Verhaltensweisen kennen und i. d. R. auch viel besser deuten können als das Rettungsfachpersonal.

Praxistipp

Neben der Patientenakte und einer Auflistung der verordneten Medikamente sollte auf jeden Fall auch eine vertraute Bezugsperson des Patienten mit ins Krankenhaus genommen werden. Sofern dies nicht möglich ist, könnte zumindest die Mitnahme eines Kuscheltieres oder eines Bildes einer Bezugsperson hilfreich sein.

Umgang mit Menschen mit körperlicher Behinderung

Etwa 4,7 Millionen Menschen in Deutschland sind körperlich schwerbehindert. Bei Einsätzen des Rettungsdienstes können vor allem ihre Umlagerung und ihr Transport mit Besonderheiten verbunden sein:

- **Patienten in einem Rollstuhl** sollten immer von vorn angesprochen werden, damit sie sich nicht umdrehen müssen.
- Zur **Kommunikation** mit einem **sitzenden Patienten** sollte man sich immer auf dessen Augenhöhe herunterbeugen und niemals „von oben herab“ zu ihm sprechen.
- Vor der **Umlagerung des Patienten** sollte man ihn konkret danach fragen, welche Technik für ihn erfahrungsgemäß besonders günstig ist bzw. welche Unterstützung er sich wünscht.
- Wird ein Patient kurzzeitig in seinem **Rollstuhl** gefahren, ist auf korrekt eingestellte Arm- und Fußstützen zu achten. Die Füße des Patienten dürfen z. B. nicht eingeklemmt werden oder über den Boden schleifen.
- Bei einem **Gefälle** müssen Rollstühle unbedingt gegen Wegrollen gesichert werden.
- Keinesfalls darf Rettungsfachpersonal in **„kommunikative Fallen“** tappen: Gedankenlose

Abschiedsfloskeln wie „Kommen Sie rasch wieder auf die Beine!“ sind bei Menschen mit Lähmungen oder Beinamputierten definitiv nicht lustig.

- Sehr günstig wäre es, wenn parallel zum Rettungsdienst auch ein **Behindertenfahrdienst** benachrichtigt werden könnte, der z. B. einen Rollstuhl oder andere Hilfsmittel des Patienten in ein Krankenhaus transportiert.

Achtung

Die Mitnahme von Rollstühlen im RTW scheitert meist schon aus Platzgründen. Sofern keine zuverlässige Ladungssicherung erfolgen kann, ist die Mitnahme ohnehin unzulässig.

Umgang mit Menschen mit Sehbehinderung

Etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland weisen eine stärkere Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit zu sehen auf. Sofern weniger als 30 % der normalen Sehkraft vorhanden sind, bezeichnet man dies als schwere Sehbehinderung. Bei weniger als 2 % der üblichen Sehkraft gilt ein Betroffener als blind. Die aus einer Sehbehinderung resultierende Beeinträchtigung ist individuell allerdings sehr unterschiedlich. Einige Sehbehinderte leben völlig selbstständig und sind in alltäglichen Verrichtungen – wenn überhaupt – nur sehr gering eingeschränkt. Andere benötigen mehr oder weniger permanent eine recht umfangreiche Hilfestellung. Pauschal sind folgende Hinweise relevant:

- Da Sehbehinderte sich v. a. über ihr Gehör orientieren, sollte es an der Einsatzstelle **möglichst ruhig** sein. Laufende Fahrzeugmotoren sind abzustellen, Gespräche mehrerer Personen im Hintergrund zu unterbinden.
- Der Betroffene sollte offen danach gefragt werden, um was für eine Sehbehinderung es sich handelt, was er (noch) wahrnehmen kann und was nicht.
- **Berührungen** des Patienten müssen immer verbal und sehr konkret angekündigt werden

(„Ich fasse Sie jetzt an Ihrem rechten Arm an!“). Dies gilt besonders für schmerzhafte Maßnahmen wie das Legen eines venösen Zugangs, aber auch für das Anlegen von Blutdruckmanschetten oder EKG-Elektroden.

- Auch bei weiteren Informationen sind genaue **Orts- bzw. Lageangaben** wichtig („Ihre Handtasche steht jetzt einen Meter entfernt, rechts von ihnen auf dem Boden!“).
- Für die Vermittlung einiger standardisierter Informationen (etwa zum Ablauf eines Notfalleinsatzes oder zu weiterführenden Kontaktadressen) kann ggf. auf vorbereitete Texte in **Brailleschrift** zurückgegriffen werden.
- Um einen sehbehinderten Menschen zu führen, kann ihm eine Hand gegeben werden, oder der Patient legt eine eigene Hand von hinten auf die Schulter einer Rettungsfachkraft und kann auf diese Weise folgen. Die jeweilige Vorgehensweise sollte sich nach den Wünschen des Patienten richten.
- Dass auf Bodenunebenheiten, Stufen, Abbiegungen und geschlossene Türen hingewiesen werden muss, versteht sich von selbst.
- Wenn sich ein sehbehinderter Patient auf einen Stuhl (z. B. Tragestuhl) setzen soll, wird die Hand des vor dem Stuhl stehenden Patienten an die Rückenlehne geführt. Auf diese Weise kann sich der Betroffene dann meist selbstständig setzen.
- **Hilfsmittel** wie ein Blindenstock sollten unbedingt in das Krankenhaus mitgenommen werden.

Praxistipp

Der **Transport von Blindenhunden** ist in einem RTW aus verschiedenen Gründen meist nicht möglich. Hier muss ggf. auf Tierrettungswagen bei den Feuerwehren, Fahrzeuge zum Transport von Diensthunden bei der Polizei o. ä. zurückgegriffen werden. Wichtig ist, dass sich auf jeden Fall umgehend jemand um den Blindenhund kümmert, wenn ein sehbehinderter Patient in ein Krankenhaus transportiert wird!

Etwa 20 % der Bevölkerung in Deutschland sind hörgeschädigt; 100 000 Menschen sind gehörlos bzw. ertaubt. Viele von ihnen kommunizieren ausschließlich in Gebärdensprache. Weil eine Hörbehinderung nicht sofort erkennbar ist, kann es in einem Notfall besonders rasch zu Irritationen oder Missverständnissen kommen. Eine Rettungsfachkraft, die auf eine Frage keine Antwort bekommt, deutet dies z. B. vorschnell als Ablehnung des Patienten. Die Äußerung unklarer Laute kann fälschlicherweise auch als Symptom eines neurologischen Notfallgeschehens, wie z. B. eines Schlaganfalls, interpretiert werden. Für einen angemessenen Umgang mit Hörbehinderten sind daher folgende Aspekte wichtig:

- Bei hörgeschädigten Menschen sollten Rettungsfachkräfte sich nach Aufnahme von **Blickkontakt** immer nur von vorn nähern. Weil hörgeschädigte Menschen nicht hören können, dass jemand von hinten an sie herangetreten ist, erschrecken sie sich sonst.
- **Hintergrundgeräusche** (Radio, Funk, Gespräche) an der Einsatzstelle sollten so weit wie möglich reduziert werden.
- Informationen kann ein gehörloser Mensch ggf. vom Mund der Rettungsfachkraft ablesen: Ein ständiger Blickkontakt und ein gut sichtbares „**Mundbild**“ dienen dabei als wichtige Verständnishilfe. Es muss langsam und deutlich gesprochen werden. Eine übertrieben sorgfältige Aussprache ist allerdings nicht erforderlich.
- Für den Austausch weiterer Informationen sind auch **Bildkarten mit Piktogrammen** oder andere, technische Hilfsmittel wie **Übersetzungshilfen** in Form einer Smartphone-App hilfreich. Unter Umständen kann auf einem RTW auch ein Buch mit Gesten der Gebärdensprache ([Abb. 9.11](#)) mitgeführt werden.

Ausgewählte Gesten der Gebärdensprache [F781-002]

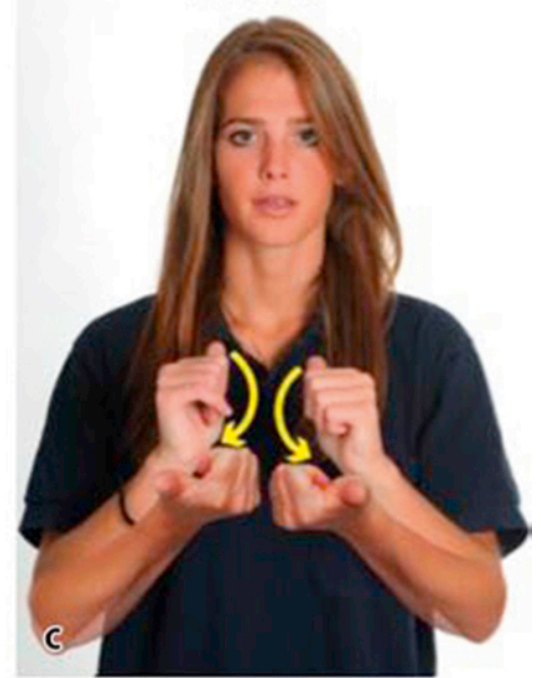
GEHÖRLOS?



WIR



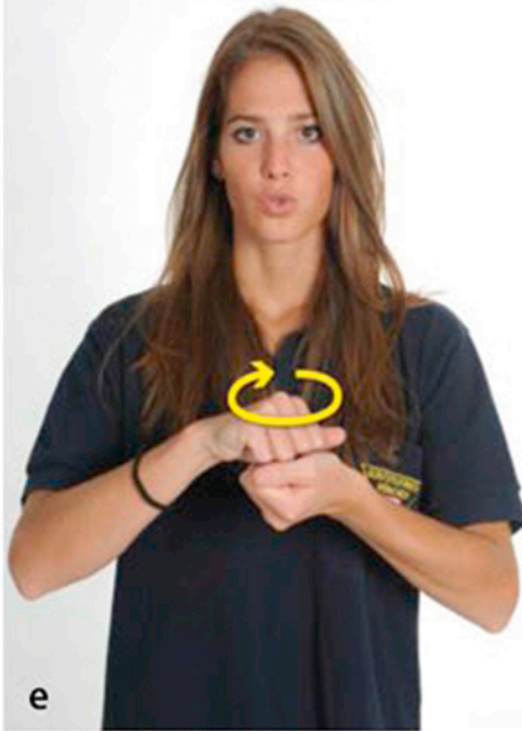
HELFEN



VERLETZT?



SCHMERZEN



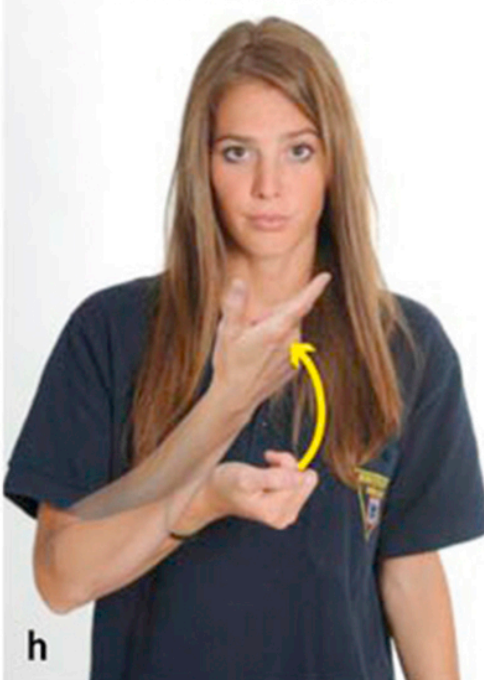
WO?



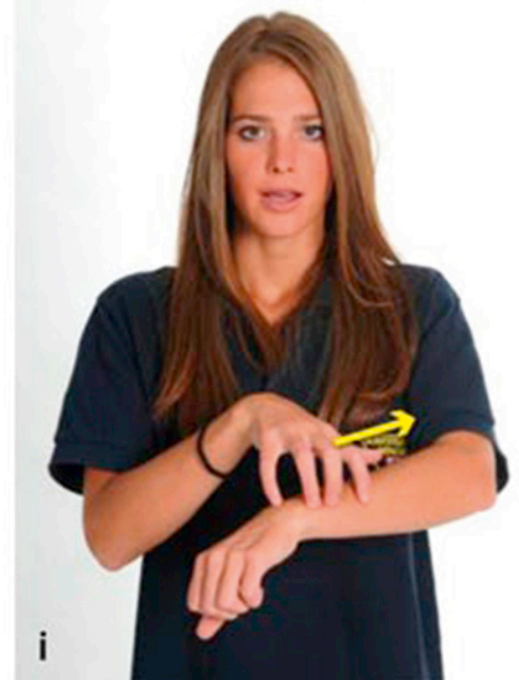
SCHWINDEL?



MEDIKAMENTE?



ALLERGIE



- Einige **Gesten der Gebärdensprache** haben eine andere Bedeutung als dies im üblichen Sprachgebrauch der Fall ist: Sich an die Stirn zu tippen heißt z. B. „*Ich habe das verstanden!*“. Es könnte ansonsten auch fehlinterpretiert werden als „*Du spinnst wohl!*“.

- Unter Umständen kann ein Gehörloser auch **etwas aufschreiben**, wenn ihm Papier und Stift zur Verfügung gestellt wird. Zu beachten ist allerdings, dass einige Gehörlose nicht nur die Laut-, sondern auch die Schriftsprache nicht erlernt haben!
- Bei Trägern eines **Cochlea-Implantats** sollen der externe Teil des Geräts (sofern er nicht ohnehin angelegt ist) und Patientenunterlagen zum Implantat unbedingt in das Krankenhaus mitgenommen werden. Bei der Übergabe im Krankenhaus ist auf das Cochlea-Implantat hinzuweisen.

Praxistipp

Wünschenswert wäre es, einen **Gebärdendolmetscher** hinzuziehen zu können. Aus Zeitgründen wird dies zwar meist nicht möglich sein. In einigen Städten verfügen Notfallseelsorge- oder Kriseninterventionsteams (Kap. 12.4) allerdings über Fachkräfte, die die Gebärdensprache beherrschen. Möglicherweise könnten diese zur Einsatzstelle gebracht werden.

Einen **Notdolmetscherdienst**, der zumindest an Werktagen zu bestimmten Zeiten über eine zentrale Rufnummer erreichbar ist, gibt es bislang leider nur in Bayern. Es wäre wünschenswert, wenn solche Einrichtungen bundesweit permanent verfügbar wären.

Abschließend sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass für hörbehinderte Menschen bereits die Alarmierung des Rettungsdienstes mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein kann. Eine Option besteht darin, ein **Notfallfax** zu versenden ([Abb. 9.12](#)). Dies setzt jedoch voraus, dass der Betroffene über ein eigenes Faxgerät verfügt. Nur einige wenige Rettungsleitstellen in der Bundesrepublik sind auch für Hilfeersuchen per SMS oder Mail erreichbar.

Vordruck Notfallfax (Muster) [X351]



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

Wer soll helfen?



Feuerwehr



Feuer



Notlage



Unfall



Rettungsdienst



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



Polizei



Einbruch



Überfall



Schlägerei

Was ist geschehen?

Vielen Dank!

Unterschrift: _____

Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen!

Das Notfall-Telefax ist eingegangen und _____

ist auf dem Weg zu Ihnen. Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: _____

Umgang mit Menschen mit Sprachbehinderung

Beeinträchtigungen der Sprache bzw. des Sprechens können die notfallmedizinische Versorgung von Patienten wesentlich erschweren. Generell sind Störungen der Sprachentwicklung, des Redeflusses (z. B. durch Stottern, Poltern oder Stammeln), der Stimmbildung und durch Hirnschädigungen bedingte Sprachstörungen (Aphasien), etwa nach einem Apoplex, voneinander zu unterscheiden. Bei Patienten mit einer derartigen Sprachbehinderung kann bereits die Anamneseerhebung hochproblematisch sein. Ein häufiger, schwerwiegender Fehler besteht auch darin, von einer verminderten Sprach- bzw. Sprechfähigkeit des Patienten auf dessen kognitive Leistungsfähigkeit pauschale Rückschlüsse zu ziehen. Zu empfehlen ist daher die Beachtung folgender Grundsätze:

- Patienten mit einer Sprachbehinderung stets ruhig und geduldig zuhören. Je mehr gedrängelt wird, umso schwieriger wird sich die weitere Kommunikation gestalten.
- Gegebenenfalls kann dadurch für eine gewisse Entlastung gesorgt werden, dass man die Sprachbehinderung offen anspricht: *„Sie haben Schwierigkeiten zu sprechen. Das ist in Ordnung und für mich kein Problem.“*
- Bei bestimmten Formen einer Aphasie kann es sein, dass Patienten nicht die eigentlich gewünschten Worte aussprechen können und dies auch selbst bemerken, was in hohem Maße frustriert. Hier kann ebenfalls für Entlastung gesorgt werden, indem genau dies thematisiert wird: *„Ich merke, dass Sie nicht das richtige Wort finden können. Meinen Sie vielleicht XY?“*
- Bei Verständnisschwierigkeiten ist es außerdem ratsam, das Gehörte zunächst zu wiederholen und nachzufragen, ob man es richtig verstanden hat.

Achtung

Keinesfalls darf Rettungsfachpersonal mit Sprachbehinderten derart kommunizieren, dass die jeweilige Sprachbehinderung dabei imitiert wird. Dies ist keinesfalls eine Hilfestellung, sondern ausschließlich eine verletzende und daher völlig unangebrachte Bloßstellung des Betroffenen.

Detaillierte Informationen zum Thema „Umgang mit Menschen mit Behinderung“ bieten die Internetseiten der entsprechenden Verbände und Vereinigungen. Nachstehend eine Auswahl:

- Behindertenrechtskonvention, www.behindertenrechtskonvention.info
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer, www.bdue.de
- Bundesvereinigung Lebenshilfe, www.lebenshilfe.de
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V., www.dbsv.org
- Deutscher Gehörlosenbund e. V., www.gehoerlosen-bund.de
- Deutscher Schwerhörigenbund e. V., www.schwerhoerigen-netz.de
- Deutscher Telefax-Notruf, www.notfall-telefax112.de

9.3.10 Umgang mit Opfern von Gewalt

Raubüberfälle, Vergewaltigungen, Schlägereien und vergleichbare Taten sind für die Betroffenen deshalb so besonders belastend, weil sie fast immer mit starker Angst, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen sowie einem massiven Kontrollverlust verbunden sind. Außerdem handelt es sich um **Man-made Disasters**, also um Notfallsituationen, die von anderen Menschen verursacht wurden. Dies ist i. d. R. deutlich schwieriger zu verarbeiten und wirkt meist auch längerfristig nach als ein Unfall oder eine akute Erkrankung. Ein besonders hoher Prozentsatz der Opfer von Gewalt entwickelt z. B. eine akute Belastungsstörung.

Achtung

Bei der Versorgung von Gewaltopfern müssen Rettungsfachkräfte umso sensibler vorgehen und darauf achten, dass Betroffene nicht ein weiteres Mal den Eindruck vermittelt bekommen, einem Geschehen weitgehend ausgeliefert zu sein.

Die medizinischen Maßnahmen als solches werden zwar nicht anders durchgeführt als sonst auch. Gleichwohl sind bei der **Gestaltung des Versorgungssettings** einige Besonderheiten zu beachten. So sollte die Untersuchung und Versorgung von Gewaltopfern z. B. immer nur geschützt im RTW stattfinden, während die Türen verschlossen sind und auch niemand sonst

ein- oder aussteigt.

Praxistipp

Eine komplette Entkleidung von Gewaltopfern sollte vermieden werden. Günstiger ist es, immer nur Kleidungsstücke von den Körperteilen zu entfernen, die gerade untersucht werden sollen.

Ist eine Vertrauensperson des Patienten anwesend und ein Gewaltopfer wünscht, dass sie in unmittelbarer Nähe bleibt, sollte dies ermöglicht werden. Auch solche Details sind überaus wichtig, um zu vermitteln, dass sich ein Patient jetzt definitiv in Sicherheit befindet. Dies sollte ggf. auch noch einmal explizit so mitgeteilt werden.

Die Durchführung invasiver Maßnahmen muss Gewaltopfern gegenüber unbedingt angekündigt und besonders sorgfältig erläutert werden. Fragen zum genauen Ablauf der jeweiligen Notfallsituation sollten nur gestellt werden, sofern dies für die medizinische Versorgung erforderlich ist.

Achtung

Einen genauen Tathergang oder einen Täter zu ermitteln, gehört jedoch nicht zu den Aufgaben des Rettungsfachpersonals.

Vorwürfe gegenüber Gewaltopfern sind in jeder, auch in einer sehr subtilen, Art und Weise strikt zu unterlassen. Die Frage danach, warum jemand im Dunkeln denn überhaupt einen riskant erscheinenden Weg gegangen ist oder warum sich ein Überfallopfer nicht stärker zur Wehr gesetzt hat, kann z. B. bereits als Zuweisung einer eigenen Schuld empfunden werden.

Merke

Auch vermeintlich witzige „Sprüche“ (z. B. „*Wohl zweiter Sieger geworden?*“ bei einer körperlichen Auseinandersetzung) sind unangebracht und können Opfer von Gewalt psychisch zusätzlich belasten.

Darüber hinaus sollten Gewaltopfer möglichst viele Entscheidungen selbst treffen können – etwa was die Wahl eines Zielkrankenhauses angeht, ob sie im RTW sitzen oder liegen möchten etc.

9.3.11 Umgang mit Ersthelfern

Dem psychologisch angemessenen Verhalten gegenüber Ersthelfern kommt aus verschiedenen Gründen eine besondere Bedeutung zu. Dass jemand in einer Notfallsituation überhaupt Erste Hilfe leistet, ist keineswegs selbstverständlich. Zwar ist jeder Mensch gemäß **§ 323c des Strafgesetzbuchs** (Kap. 57.4.2) dazu verpflichtet, solange er sich nicht selbst gefährdet, die Hilfeleistung unzumutbar ist oder nicht eine andere wichtige Pflicht verletzt wird. Tatsächlich mit einer Hilfeleistung zu beginnen, setzt jedoch in hohem Maße Mut und Selbstüberwindung voraus. Zahlreiche potenzielle Ersthelfer ekeln sich z. B. vor Blut oder anderen Körperausscheidungen wie Urin und Erbrochenem. Auch kommt Angst dazu, bei einer Hilfeleistung etwas falsch machen zu können und dafür womöglich noch haftbar gemacht zu werden.

Merke

Diese Sorgen sind, von einem grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Fehlverhalten einmal abgesehen, zwar objektiv unbegründet, aber dennoch bei vielen Menschen vorhanden.

Darüber hinaus wird Hilfsbereitschaft noch durch weitere Mechanismen reduziert. Beispielsweise nimmt die Wahrscheinlichkeit, dass jemand mit einer Hilfeleistung beginnt, mit der Anzahl potenzieller Ersthelfer an einem Unglücksort paradoxerweise ab. Dies wird auf **Verantwortungsdiffusion** zurückgeführt: Je mehr Personen anwesend sind, desto leichter glaubt jeder Einzelne, sich seiner persönlichen Verantwortung entziehen und zunächst einmal

andere handeln lassen zu können. Da aber jeder Anwesende so empfindet, wird u. U. von niemandem geholfen.

Zu einem ebenso ungünstigen Effekt führt **pluralistische Ignoranz**. Demnach versuchen einzelne Mitglieder einer Gruppe, sich in unklaren oder mit einem gewissen Handlungs- und Entscheidungsdruck verbundenen Situationen zunächst am Verhalten anderer Gruppenmitglieder zu orientieren. Da in einem Notfall aber sämtliche anwesenden Laien gleichermaßen ratlos und verunsichert reagieren können, leistet möglicherweise wiederum niemand Hilfe.

Vor diesem Hintergrund verdient es Wertschätzung, Anerkennung und Respekt, wenn jemand angesichts der verschiedenen hemmenden Einflüsse in einem Notfall dennoch Erste Hilfe geleistet hat. Ob die jeweiligen Maßnahmen in allen Details korrekt durchgeführt worden sind, ist dabei unerheblich.

Praxistipp

Generell sollte sich das Rettungsfachpersonal bei Ersthelfern bedanken.

In vielen Fällen können Ersthelfer – ähnlich wie die in einem Notfall anwesenden Angehörigen – auch Informationen vermitteln, die für die rettungsdienstliche Versorgung wichtig sind, etwa zum Hergang eines Notfallgeschehens, zur Auffindsituation eines Patienten oder einer bereits durchgeführten Hilfeleistung. Deshalb sollte Rettungsfachpersonal Ersthelfern immer erst einmal aufmerksam zuhören. Sie abzuqualifizieren und vorschnell „zur Seite schieben“, ist unangebracht und demotiviert massiv.

Eigene Materialien, die Ersthelfer bei ihrer Hilfeleistung angewendet haben (Verbandpäckchen, Mullkompressen etc.), sollten ggf. aus dem Bordbestand des RTW ersetzt werden. Außerdem sollte Ersthelfern nach Kontakt zu einem Notfallpatienten immer angeboten werden, ihre Hände zu desinfizieren.

Personalien von Ersthelfern sind in Notfall- bzw. Einsatzprotokollen unbedingt zu dokumentieren. Dies ist insbesondere für den Fall wichtig, dass einem Ersthelfer bei der

Hilfeleistung Nachteile entstanden und diesbezüglich später haftungsrechtliche Fragen zu klären sind. Sollte sich ein Ersthelfer in der Notfallsituation z. B. selbst verletzt oder mit Krankheitserregern infiziert haben, werden dadurch erforderliche Behandlungsmaßnahmen von der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. in Betrieben vom jeweils zuständigen Unfallversicherungsträger übernommen. Auch materielle Schäden von Ersthelfern sind versichert, etwa wenn Blut auf die Kleidung eines Ersthelfers getropft ist und eine Reinigung erfolgen muss.

In einigen Rettungsdienstbereichen ist es aber auch völlig unabhängig von diesen Aspekten üblich, dass in einigem zeitlichen Abstand zu einem Notfall nochmals Kontakt zu Ersthelfern aufgenommen wird, um sich zu erkundigen, wie sie das Erlebte verarbeitet haben. Bei Bedarf sollte auch Ersthelfern eine angemessene psychologische Nachsorge angeboten werden, etwa durch die Vermittlung eines Gesprächs mit einem Notfallseelsorger bzw. dem Mitglied eines Kriseninterventionsteams oder einfach nur durch einen Besuch auf der Rettungswache, bei dem – unter Wahrung der Schweigepflicht – z. B. auch noch offene Fragen zum Notfallgeschehen oder der durchgeführten Hilfeleistung beantwortet werden können.

Ein derartiges Vorgehen ist ausgesprochen sinnvoll, weil Ersthelfer ebenso wie Einsatzkräfte durch ihre Erfahrungen in einem Notfall eventuell stark belastet sind. Zudem wird Ersthelfern durch eine solche Kontaktaufnahme eine zusätzliche Wertschätzung signalisiert.

9.3.12 Umgang mit Zuschauern und Augenzeugen

Fast bei jedem Einsatz des Rettungsdienstes finden sich innerhalb kürzester Zeit einige Zuschauer ein. Je größer das Schadensausmaß bei einem Notfall ist und je aufwendiger die Rettungsarbeiten sind, umso mehr Menschen kommen hinzu. Meist werden diese Personen dann als **Gaffer, Voyeure** oder **Schaulustige** bezeichnet. Eine derart pauschale und undifferenzierte Betrachtungsweise wird den unterschiedlichen **Beweggründen** von Zuschauern an Notfallorten allerdings nicht gerecht. Nur ein sehr kleiner Teil der Menschen, die ein Unglück und die jeweilige Hilfeleistung beobachten, empfindet dabei z. B. tatsächlich „Lust“ oder Freude.

Merke

Dass sich jemand am Leid anderer Menschen ergötzt, was Zuschauern oftmals vorgeworfen wird, ist eher als eine Ausnahme zu betrachten.

Wissenschaftliche Untersuchungen weisen stattdessen nach, dass es für das Zuschauen noch eine Vielzahl weiterer möglicher Begründungen gibt. So ist **Neugierde** zunächst einmal ein nachvollziehbares, zweckmäßiges und berechtigtes Handlungsmotiv. Sich immer wieder Neuem und Unbekanntem zuzuwenden, ist ein natürlicher Wesenszug des Menschen, ohne den gesellschaftlicher und technischer Fortschritt überhaupt nicht möglich wäre. Da auch Notfälle außergewöhnliche Ereignisse sind, mit denen die meisten Menschen selbst noch keine Erfahrung gesammelt haben, ist es durchaus verständlich und auch legitim, dass zunächst einmal hingeschaut wird. Zweifellos hilft das Zuschauen dabei, sich über das Geschehene zu informieren, sich zu orientieren und einen Notfall kognitiv einzuordnen.

Merke

Auch wenn es makaber klingen mag, bewirkt das Betrachten eines Unglücks immer auch einen Erkenntnisprozess. Dieser kann schockierend und belastend, aber eben auch als etwas Spannendes, Interessantes oder Bereicherndes erlebt werden.

Aus einer biologischen bzw. **ethologischen Perspektive** heraus kann das Zuschauen bei einem Notfall sogar als Beitrag zur Erhaltung der eigenen Art, zumindest aber zur Verbesserung der individuellen Überlebensfähigkeit verstanden werden: Möglicherweise wird – unbewusst – z. B. auch deshalb zugeschaut, weil man erfahren möchte, wie sich eine bestimmte Notfallsituation verhindern oder bewältigen lässt.

Darüber hinaus bestätigt das Zuschauen in einer Notfallsituation das **Gefühl eigener Unversehrtheit**: Man erkennt die Bedrohung für das Leben eines anderen und ist – ebenfalls mehr oder weniger unbewusst – z. B. glücklich darüber und dankbar dafür, dass man selbst eben nicht betroffen ist. Paradoxerweise kann das Zuschauen in einer eigentlich verunsichernden Notfallsituation den Betrachtern daher nicht zuletzt auch Sicherheit vermitteln.

Auf jeden Fall wird jedoch deutlich, dass das Phänomen „Schaulust“ vielschichtig ist und sich eine intensivere Auseinandersetzung damit lohnt, um Zuschauern an einem Notfallort nicht unreflektiert unrecht zu tun. Vorschnelle Pauschalurteile gegenüber Zuschauern sind unangebracht.

Gleichwohl muss ein verletzter, akut erkrankter oder in anderer Weise von einem Notfall betroffener Mensch selbstverständlich vor den Blicken anderer Menschen geschützt werden. Auch dürfen Rettungsarbeiten keinesfalls durch Zuschauer behindert werden. Daher sollten in der Einsatzpraxis folgende Hinweise für den Umgang mit Zuschauern und Augenzeugen beachtet werden:

- Solange die Hilfeleistung durch anwesende Zuschauer nicht gestört oder beeinträchtigt wird und unmittelbar Betroffene (Patienten, Angehörige etc.) nicht direkt zu sehen sind, sollten Zuschauer an Einsatzstellen zunächst einmal hingenommen und ignoriert werden.
- Um die Sicht auf Patienten, Angehörige und andere Notfallbetroffene zu verhindern, sind ggf. Sichtblenden zu errichten. Hierzu eignen sich z. B. hochgehaltene Decken. Sie machen das Zuschauen insgesamt unattraktiv.
- Gegebenenfalls können Zuschauer in die Hilfeleistung einbezogen werden. Dabei ist es wichtig, einzelne Personen gezielt anzusprechen und ihnen einen einfachen Auftrag zu erteilen (z. B. Festhalten einer Infusion, Aufhalten einer Türe o. ä.). Möglicherweise kann ein Zuschauer sogar damit beauftragt werden, andere Zuschauer fernzuhalten. Viele in einem Notfall anwesende Personen würden durchaus gerne mithelfen, wissen jedoch nicht, wie sie sich einbringen können. Sobald sie aber eine konkrete Handlungsaufforderung erhalten, setzen sie diese gerne um – oder sie verlassen die Einsatzstelle relativ rasch, weil sie sich lieber nicht einbeziehen lassen möchten.
- Sofern die Anwesenheit von Zuschauern als störend oder beeinträchtigend erlebt wird, sollten sie freundlich, aber bestimmt aufgefordert werden, einige Meter zusätzlichen Abstand zu halten.
- Liegt eine unmittelbare Behinderung der Rettungsarbeiten vor, sollte umgehend die Polizei

hinzugezogen werden. In derartigen Fällen können hohe Bußgelder verhängt und Zuschauer sogar vorübergehend festgenommen werden. Unter Umständen ist auch der Straftatbestand einer **unterlassenen Hilfeleistung** erfüllt.

- Dass Zuschauer in einer Notfallsituation Fotos und Videos anfertigen, auf denen Patienten, Angehörige oder andere Notfallbetroffene zu sehen sind, verstößt gegen die Menschenwürde und Persönlichkeitsrechte. Das Rettungsfachpersonal sollte deutlich darauf hinweisen und ggf. um die Beendigung der Aufnahmetätigkeit bitten. Es ist aber nicht dazu befugt, z. B. eine Kamera auszuschalten, zu beschlagnahmen oder angefertigte Aufnahmen zu löschen. Dies obliegt, wenn überhaupt, Einsatzkräften der Polizei.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass manche Zuschauer und v. a. Augenzeugen einer Notfallsituation selbst so betroffen sein können, dass auch sie Hilfe benötigen.

Praxistipp

Wenn das Miterleben einer Notfallsituation bzw. die Konfrontation mit schrecklichen Anblicken offensichtlich zu einer starken Belastung geführt hat, sollten psychosoziale Akuthelfer (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteam, Kap. 12.4) hinzugezogen werden.

Bei starken Kreislaufreaktionen kann in seltenen Fällen sogar eine rettungsdienstliche bzw. notfallmedizinische Hilfeleistung für Zuschauer und Augenzeugen angebracht sein.

Wiederholungsfragen

1. Beschreiben Sie den Prozess der Nachrichtenübermittlung (Kap. 9.1).
2. Definieren und unterscheiden Sie die Bezeichnungen verbale und nonverbale Kommunikation (Kap. 9.1.1).
3. Erläutern sie die räumlichen Distanzzonen (Kap. 9.1.1).
4. Wann ist Kommunikation kongruent, wann ist die inkongruent (Kap. 9.1.2)?
5. Auf welchen zwei Ebenen findet Kommunikation grundsätzlich immer statt (Kap.

9.1.2)?

6. Beschreiben Sie die vier Seiten einer Nachricht anhand eines selbst gewählten Beispiels (Kap. 9.1.2).
7. Durch welche Faktoren wird Kommunikation beeinflusst (Kap. 9.1.2)?
8. Erläutern Sie die Grundzüge professioneller Gesprächsführung (Kap. 9.1.6).
9. Was kennzeichnet die Grundhaltung für ein helfendes Gespräch? (Kap. 9.1.6)
10. Beschreiben Sie grundlegende Techniken der Gesprächsführung (Kap. 9.1.6).
11. Wozu dient professionelle Kommunikation im Wachalltag (Kap. 9.2.1)?
12. Von welchen Faktoren hängt Kommunikation im Krankentransport ab (Kap. 9.2.2)?
13. Was versteht man unter einer kommunikativen Passung (Kap. 9.2.2)?
14. Erläutern Sie grundsätzliche Regeln für die Kommunikation in einem Notfalleinsatz (Kap. 9.2.3).
15. Warum sollte Humor als Element einer Kommunikationsstrategie bei Einsätzen nur mit Vorsicht eingesetzt werden (Kap. 9.2.3)?
16. Was versteht man unter einer Notfallphraseologie (Kap. 9.2.3)?
17. Erläutern Sie die beiden Varianten einer Krise (Kap. 9.2.4).
18. Beschreiben Sie die Phasen des Krisenverlaufs (Kap. 9.2.4).
19. Erläutern Sie die psychische Situation eines Notfallpatienten (Kap. 9.3.1).
20. Von welchen Faktoren hängt das Erleben einer Notfallsituation ab (Kap. 9.3.1)?
21. Nennen und erläutern Sie die 4-S-Sätze nach Lasogga und Gasch (Kap. 9.3.1)!
22. Aus welchen Gründen ist ein psychologisch angemessener Umgang mit Notfallpatienten und deren Angehörigen wichtig (Kap. 9.3.1)?
23. Erläutern Sie den psychologisch angemessenen Umgang mit Angehörigen in einem Notfall (Kap. 9.3.2)!
24. Was versteht man unter einer Realitätsprüfung (Kap. 9.3.2)?
25. Erläutern Sie, welche Besonderheiten beim Umgang mit Angehörigen anderer Kulturen zu beachten sind (Kap. 9.3.3)
26. Erläutern Sie, welche Besonderheiten beim Umgang mit Kindern zu beachten sind (Kap. 9.3.4).
27. Erläutern Sie das Regelwerk KASPERLE (Kap. 9.3.4).
28. Erläutern Sie, welche Besonderheiten beim Umgang mit älteren Menschen zu beachten sind (Kap. 9.3.5).

29. Was versteht man unter Validation (Kap. 9.3.5)?

30. Welche Kommunikationsfehler müssen im Umgang mit älteren Menschen unbedingt vermieden werden (Kap. 9.3.5)?

31. Erläutern Sie Kommunikation mit psychisch Kranken (Kap. 9.3.6).

32. Was versteht man unter dem Begriff Sozialnot (Kap. 9.3.7)?

33. Inwiefern kann der Rettungsdienst auch bei akuter Sozialnot Hilfe leisten (Kap. 9.3.7)?

34. Was versteht man unter dem Begriff inklusive Notfallversorgung (Kap. 9.3.9)?

35. Erläutern Sie, welche Besonderheiten beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen zu beachten sind (Kap. 9.3.9).

36. Erläutern Sie die Regeln der leichten Sprache (Kap. 9.3.9).

37. Welches Verhalten ist gegenüber Ersthelfern angemessen (Kap. 9.3.11)?

38. Wie kann mit Zuschauern an einer Einsatzstelle angemessen umgegangen werden (Kap. 9.3.12)?

Fortsetzung des Szenarios

Die zahlreichen **Zuschauer** werden während der Versorgung des verletzten Kindes zunächst gebeten, mehrere Meter zurückzutreten. Nachdem dies keine Wirkung zeigt, spricht ein Notfallsanitäter einzelne Zuschauer an und bittet diese, für eine Abschirmung der Einsatzstelle zu sorgen. Im weiteren Verlauf übernehmen Polizeibeamte diese Aufgabe.

Die **Mutter** des verletzten Kindes weint so sehr und ist derart geschockt, dass sie nicht in die unmittelbare Hilfeleistung einbezogen werden kann und es überhaupt nur mühsam gelingt, mit ihr in Kontakt zu treten. Um sie vor den Zuschauern abzuschirmen, wird sie von einem Notfallsanitäter daher im Patientenraum des RTW betreut. Über den Zustand ihres Kindes wird die Mutter in regelmäßigen Abständen informiert. Dabei wird ihr einerseits behutsam, andererseits aber auch klar und unmissverständlich mitgeteilt, dass sich ihr Kind in einer akut lebensbedrohlichen Situation befindet. Die laufenden Maßnahmen beschreibt der Notfallsanitäter mit

einfachen Worten. Unter anderem weist er auf die Herzdruckmassage und die künstliche Beatmung hin. Er spricht auch deutlich an, dass das Herz des Kindes nicht mehr von allein schlägt und die eigene Atmung ausgesetzt hat. Aus dem RTW kann die Mutter das Geschehen auf der Straße verfolgen. Hin und wieder schaut sie aus dem Fenster und stellt einige Fragen zur Reanimation, die der Notfallsanitäter ihr beantwortet. Als die Mutter schluchzend erzählt, dass sie doch gerade mit ihrem Kind den Zoo besuchen wollte, hält der Notfallsanitäter ihre Hand und hört geduldig zu.

Bei den **Ersthelfern**, die sich anfänglich um das verletzte Kind gekümmert haben, bedankt sich das Rettungsteam ausdrücklich. Die Namen der Ersthelfer werden im Einsatzbericht dokumentiert und es wird angeboten, dass sich jeder Ersthelfer bei etwaigen Rückfragen jederzeit noch einmal an den Rettungsdienst wenden kann.

Aufgrund der Lage entschließt sich das Rettungsteam im weiteren Verlauf zur **Alarmierung eines Kriseninterventionsteams**. Die Mutter des verletzten Kindes, aber auch einige **Augenzeugen des Unfalls und der Fahrer des Lkw**, um den sich zunächst ein Polizeibeamter gekümmert hat, benötigen offensichtlich eine weiterführende Begleitung. Nachdem das Kriseninterventionsteam eingetroffen ist, wird es von einem Notfallsanitäter in die Situation vor Ort eingewiesen; die Betreuungsmaßnahmen werden nunmehr von den Mitgliedern des Kriseninterventionsteams übernommen bzw. fortgeführt. Das verletzte Kind wird nach erfolgreicher Reanimation in den RTW verbracht und mit Voranmeldung in ein nahe gelegenes Zentrum der Maximalversorgung transportiert.


Weiterführende Literatur

 **Hausmann, 2016**

 C. Hausmann


Interventionen der Notfallpsychologie 2016, Facultas Wien

 **Hausmann, 2010**

 C. Hausmann


Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Ein Handbuch
3., vollständig rev. u. aktual. Aufl. 2010, Facultas Wien


 **Hausmann, 2013**

 C. Hausmann

Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe 3. erw. Aufl. 2013, Facultas Wien


 **Karutz and Lasogga, 2015**


 H. Karutz

 F. Lasogga

Kinder in Notfällen 2. Aufl. 2015, Stumpf & Kossendey Edewecht

 **Lasogga and Gasch, 2013**

 F. Lasogga

 B. Gasch

Psychische Erste Hilfe. Kompensation eines Defizits
5. Aufl. 2013, Stumpf & Kossendey Edewecht

 **Luiz and schmitt, 2002**

🌿 Th. Luiz

🌿 T.K. Schmitt

🌿 C. Madler

Der Notarzt als Manager sozialer Krisen

Notfall- und Rettungsmedizin , Auflage 5, 2002, Seite 505 - 511

 **Stephan and pinilla, 2014**

🌿 K.S. Stephan

🌿 S. Pinilla

Gehörlose Patienten in der Notfallmedizin

Notfall- und Rettungsmedizin , Auflage 17, 2014, Seite 449 - 462

Medizinwelten

Abrechnung

Akupunktur

Allgemeinmedizin

Chirurgie

Gynäkologie

Heilpraktiker

Homöopathie

Innere Medizin

Klinikleitfaden

Naturheilverfahren

Onkologie

Osteopathie

Psychiatrie



[Psychosomatik](#)

[Psychotherapie](#)

[Pädiatrie](#)

[Rettungsdienst](#)

[Sprachtherapie](#)

Rechtliches

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[User Guide](#)

[Elsevier AGB](#)

Links

[Customer Service](#)

[Elsevier Portal](#)

[Elsevier Webshop](#)