



Arnd T. May, Reinhold Mann

Soziale Kompetenz im Notfall

 Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst - ein
 Unterrichtskonzept

 Reihe : *Ethik in der Praxis / Practical Ethics Materialien /
 Documentation*

Bd. 5, 2003, 184 S., 15.90 EUR, br., ISBN 3-8258-6034-5

In den
Warenkorb
legen.

Soziale Kompetenz befähigt Rettungsdienstpersonal, qualitativ hochwertigen Dienst am Patienten und Beteiligten zu leisten. Der Leser erhält einen Einblick in die Besonderheiten der Notfallversorgung und angehendes Rettungsdienstpersonal wird durch Themen wie Kommunikation, Umgang mit Patienten, Stress und Stressbewältigung auf seine praktische Tätigkeit vorbereitet. Das von Rettungssanitäter Dr. phil. Arnd T. May und Lehrrettungsassistent Reinhold Mann für die Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. entwickelte Konzept umfasst auch Überlegungen zu Krisenintervention und Notfallseelsorge.

"Das vorgelegte Werk befasst sich mit einem der wichtigsten Themen der Notfallmedizin, welchem leider immer noch zu wenig Beachtung geschenkt wird. Den Autoren ist es gelungen, einen umfassenden Überblick über diesen Themenbereich zu geben." (Dr. med. Peter Kettelhoit, Oberarzt am Städtischen Klinikum Gütersloh und Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Kreises Gütersloh)

"Das Buch sollte zum Standard an rettungsdienstlichen Ausbildungsstätten gehören. Die Botschaft sollte sich

ETHIK IN DER PRAXIS / PRACTICAL ETHICS

STUDIEN - KONTROVERSE - MATERIALIEN

Die Reihe ETHIK IN DER PRAXIS / PRACTICAL ETHICS setzt sich in interdisziplinären *Studien*, in kontroversen *Diskursen* und in der Bereitstellung von *Materialien* mit der Analyse und Validierung ethischer Prinzipien und Tugenden und ihrer Integration in die Handlungs- und Verantwortungszusammenhänge des beruflichen Alltags auseinander. Die methodischen und inhaltlichen Aspekte der Abschätzung von Wertfolgen und von Technologiefolgen sind zunehmend Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzung und akademischer Analyse, nachfolgend auch der politischen und verordnenden Steuerung im nationalen und transnationalen Rahmen.

Insbesondere Forschung und Praxis der sich im globalen Maßstab rasant entwickelnden Technologien von Kommunikation, Genetik und Biomedizin sind und werden nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch international Gegenstand ethischer, interkultureller und interdisziplinärer Güterabschätzung. Diese unverzichtbaren ethischen und kulturellen Abwägungen dürfen nicht allein in den Innenräumen akademischer Diskurse geführt werden. Im Gegenteil, Fragen der Technik- und Wertfolgenabschätzung gehören legitim in den öffentlichen Diskurs einer offenen Gesellschaft mündiger Bürgerinnen und Bürger und eines breiten und reichen Spektrums von Wert- und Weltbildern. Es ist eine Bringschuld akademischer Analysen und Auseinandersetzungen Materialien, Themen, Fragestellungen und Problemvernetzungen zu entwickeln und aufzubereiten für den Bürgerdiskurs und für die individuelle Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der modernen Technik.

Einen besonderen Schwerpunkt von ETHIK IN DER PRAXIS / PRACTICAL ETHICS bilden die ethischen und kulturellen Auseinandersetzungen um Akzeptanz und Risiken der modernen biomedizinischen Forschung und Entwicklung in der Humanmedizin: Genetische Prädiktion und Prävention, Pharmakogenetik und Gentherapie, Patientenaufklärung, Patientemündigkeit und -verantwortung, Ethik im Krankenhaus und Seniorenheim, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Medizinische Betreuungsverfügung und stellvertretende Entscheidung in Gesundheitsangelegenheiten, Umwelt und Gesundheit, neue ethische Herausforderungen am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens, Ethik in der Psychiatrie und psychiatrischen Forschung.

Der Band SOZIALE KOMPETENZ IM NOTFALL legt ein wohldurchdachtes und erprobtes Unterrichtskonzept für die Ausbildung von sozialer und ethischer Kompetenz im Rettungsdienst vor. Die beiden Autoren wissen, wovon sie sprechen. Arnd May ist Rettungssanitäter; Reinhold Mann ist Lehrrettungsassistent. Beide unterrichten an der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. Die Verantwortung für den Rettungsdienst liegt bei den Bundesländern. Krisenintervention, Lebensrettung, Katastropheneinsatz,

und Notfallversorgung sind Leistungen, die von den Bürgern erwartet werden und die professionell erbracht werden müssen.

Bei der Ausbildung im Rettungsdienst und in anderen Dienstleistungsberufen geht es niemals nur um das Erlernen des Handwerklichen. Expertise ohne Ethik ist blind; Ethik ohne Expertise ist wirkungslos; Ethik und Expertise gehören zusammen. Das zeigen die Praxisanleitungen zum Umgang mit bestimmten, oft schwierigen Personen- und Patientengruppen. Das wird auch deutlich, wenn über psychische Unterstützung und Hilfe bei der Stressbewältigung für Helfer, Opfer, Patienten, Angehörige, Betroffene und Nichtbetroffene von Katastrophen gesprochen wird.

Retten ist ein Dienst am Menschen und an der menschlichen Gemeinschaft, eine menschliche Herausforderung und eine ethische Aufgabe. Retten kann professionell gelehrt werden und ist als Beruf lernbar. Die Beispiele des vorgelegten Unterrichtsmaterials machen das im Detail überzeugend deutlich. Zur professionellen Kompetenz im Rettungsberuf gehört die ethische Kompetenz; beides zusammen erst macht die ethische und berufsethische Kompetenz im Rettungswesen aus.

Rettungsdienst ist zum Beruf gewordene Ethik in der Praxis. Deshalb können die hier vorgelegten Unterrichtsmodelle und Praxisanleitungen aus der Praxis für die Praxis durchaus auch Vorbild für andere Bereiche von Dienstleistungen sein, die ohne die Einheit von Ethik und Expertise nicht denkbar und nicht verantwortbar sind.

Bochum und Washington DC, im Januar 2003

Hans-Martin Sass

INHALTSVERZEICHNIS:

Geleitwort	9
Abkürzungsverzeichnis.....	11
Vorwort.....	15
1. Rettungsdienst - Teil des Gesundheitswesens	21
1.1 Geschichtliche Entwicklung	21
1.2 Organisation	23
1.3 Qualifikationen im Rettungsdienst.....	28
1.4 Das Image und die Erwartungen an den Rettungsdienst	35
2. Ethik im Rettungsdienst.....	41
2.1 Grenzen der Intensivmedizin	41
2.2 Ethik und Moral	44
2.3 Ethik im Rettungsdienst	45
2.4 Herz-Lungen-Wiederbelebung.....	50
2.5 Patientenverfügungen.....	55
3. Kommunikation	61
3.1 Kommunikationsinhalte - Die vier Seiten einer Nachricht.....	63
3.2 Kommunikationsmittel.....	65
3.3 Kommunikationswege.....	67
3.4 Kommunikationsstörungen	69
3.5 Besonders störanfällige Kommunikationsbereiche.....	72
4. Umgang mit Patienten	77
4.1 Notwendigkeit des Patientengesprächs	78
4.2 Modelle zur Kontaktaufnahme mit dem Patienten	86
4.3 Patientenübergabe im Krankenhaus.....	94
5. Umgang mit Angehörigen und anderen Personengruppen.....	97
5.1 Umgang mit Angehörigen.....	100
5.2 Zuschauer	106
5.3 Eingeklemmte / verschüttete Patienten	107
5.4 Opfer oder Täter von Straftaten bzw. Gewaltverbrechen	108
5.5 Suizidenten	112
5.6 Kinder.....	114
5.7 Senioren.....	118
5.8 Behinderte Menschen.....	121
5.9 Psychisch erkrankte Patienten.....	122
5.10 Drogenabhängige Patienten / Alkoholabusus	126
5.11 Patienten mit Sprachbarriere	128
5.12 Angehörige bestimmter Religionen	129

6. Psychische Unterstützung für Patienten, Angehörige, Zuschauer und Helfer	133
6.1 Psychische Traumatisierung und mögliche Folgen	134
6.2 Hilfsmöglichkeiten in psychisch belastenden Situationen.....	140
6.3 Stress und Rettungsdienst	145
7. Zusammenfassung / Ausblick.....	153
Literaturverzeichnis	157

GELEITWORT

Arnd T. May und Reinhold Mann legen hiermit ihr Buch „Soziale Kompetenz im Notfall“ vor. Wir als Rettungsschule des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e. V. blicken mit einigem Stolz auf dieses Ergebnis, ist das der Veröffentlichung zugrunde liegende Unterrichtskonzept doch vor vier Jahren an der Rettungsschule entstanden und seitdem ständig weiterentwickelt worden.

Die Rettungsschule des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe ist in der Ausbildung von rettungsdienstlichem Personal seit Anfang der siebziger Jahre umfassend tätig. Dabei wurden die verschiedenen Phasen in der rettungsdienstlichen Ausbildung seither miterfahren, teilweise sogar mitgeprägt.

In der Ausbildung des nicht-ärztlichen Personals im Rettungsdienst wurde zunächst der Schwerpunkt eindeutig – aber auch aus heutiger Perspektive sehr einseitig – auf die medizinische Kompetenz gelegt. Soziale oder kommunikative Kompetenz waren eher randständige Themen in der Aus- und Fortbildung. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre wurden dann erstmals, wenn auch noch unsystematisch, Themen sozialpsychologischen Inhaltes Gegenstand rettungsdienstlicher Fortbildungen. Diese Fortbildungen thematisierten mit Erfolg nunmehr den anderen, komplementären Aspekt der Tätigkeit im Rettungsdienst.

In den 90er Jahren rückte dann die sozialpsychologische Dimension des Rettungsdienstes noch nachhaltiger in das Blickfeld der Rettungsschule. Unterschiedliche Faktoren trafen aufeinander und führten den Durchbruch herbei. Mit der Etablierung der Rettungsassistentenausbildung stellte sich nicht nur die Frage nach originär vom Rettungsassistenten zu besetzenden Aufgabenfeldern, sondern die damit verbundene und in der Landesgesetzgebung festgeschriebene Aufgabendifferenzierung zwischen Rettungsassistenten, Rettungssanitätern und Rettungshelfern ließ auch den Krankentransport als eigenes Produkt des Rettungsdienstes in den Blickpunkt treten. Damit verbunden war die Frage nach den qualitätsbestimmenden Faktoren dieses Produktes Krankentransport, wodurch auch sehr schnell die Betreuung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen eben auch in Form kommunikativer Zuwendung in den Brennpunkt der Betrachtung geriet.

Anstöße zur Weiterentwicklung der Ausbildungskonzeption gaben des Weiteren sehr persönliche Berichte über die Auswertung von Protokollen im Rahmen der Multicenter-Studie zur Frühdefibrillation. Sehr selbstkritisch und in der internen Diskussion auch sehr schonungslos wurde hier und an anderen Stellen deutlich gemacht, wie in der Praxis Kommunikation am Notfallort geschah. Die Defizite, die dabei aufgezeigt wurden, waren in einzelnen Fällen erheblich und ließen ganz allgemein Zweifel an der Rollenkompetenz des

Rettungsdienstpersonals aufkommen. Insbesondere konfrontiert mit den gerade neu formulierten berufsethischen Grundsätzen, zeigte sich hier extremer Handlungsbedarf.

Letztendlich waren es auch die Erfahrungen bei der Etablierung von Einsatzkräftenachsoorge und Krisenintervention, die die psychologische und soziale Dimension des rettungsdienstlichen Handelns ein weiteres Mal in den Vordergrund rückten.

Arnd T. May und Reinhold Mann haben diesen Prozess an der Rettungsschule in den letzten Jahren vorrangig mitgestaltet. Sie haben die verschiedenen Entwicklungsstrategien integriert und systematisiert und auf ein theoretisches und wissenschaftliches Fundament gestellt.

Darüber hinaus haben sie das Unterrichtskonzept in vielen Aus- und Fortbildungen praktisch erprobt, evaluiert und weiterentwickelt.

Vorläufiger Abschluss dieser Entwicklung, die von den Autoren immer wieder auch im Dialog mit Kollegen und Lehrgangsteilnehmern reflektiert wurde, ist die vorliegende Veröffentlichung.

Ulrich Hargart
Leiter der Rettungsschule des
DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe

VORWORT

Der Bereich der Sozialen Kompetenz erlebt auch im Rettungsdienst in den letzten Jahren zunehmende Beachtung. Inzwischen wurden für Teilbereiche detaillierte Konzepte vorgeschlagen. Dies Unterrichts-konzept versucht die Kombination verschiedener theoretischer Ansätze und Schwerpunkte zu einem handhabbaren strukturierten Einstieg in die Thematik. Dabei werden dem Leser Möglichkeiten zur Vertiefung angeboten und somit die Bedeutung Sozialer Kompetenz im Rettungsdienst herausgestellt.

Soziale Kompetenz wird meist als selbstverständliche, intuitiv vorhandene Eigenschaft neben der Beherrschung der fachlichen Kenntnisse vorausgesetzt. Moralische Intuitionen sind zwar meist hilfreich, können aber im Einzelfall unzuverlässig sein. Soziale Kompetenz muss eingeübt und konkret auf den Rettungsdienst bezogen werden. Dabei umfasst Soziale Kompetenz zusätzlich zu allgemeinen Kenntnissen des Rettungsdienstes Wissen über Meinungsbildung und Kommunikation, den Umgang mit Patienten¹ und die psychischen Bedürfnisse von Menschen. Dazu gehören zu einer individuellen, an den Wünschen und Bedürfnissen angepassten Behandlung insbesondere Informationen und eine auf den Einsatz bezogene Orientierung. Zusätzlich zur fachlichen Qualifikation wird Rettungsdienstpersonal bei Patienten und Angehörigen einen positiven Eindruck hinterlassen, wenn besondere Bedürfnisse Berücksichtigung finden. Rettungsdienstpersonal soll strukturiert an die Besonderheiten herangeführt und mit den speziellen Fragen Sozialer Kompetenz im Rettungsdienst vertraut gemacht werden. Als Leitlinie zur Erreichung dieses Ziels sehen wir die nachfolgend für den Unterricht in NRW verbindlich aufgeführten *Inhalte* an:

Lernzielkatalog der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungshelferinnen und Rettungshelfer (RettHelfAPO) Nordrhein Westfalen vom 09.06.2000:

Punkt XVIII. (9 UE) **Soziale Kompetenz:**

Umgang mit Patienten und Angehörigen,

Kommunikation – hilfreiches Gesprächsverhalten:

- „Die Teilnehmer berücksichtigen im Umgang mit Patienten und Angehörigen deren individuelle psychische und physische Belastbarkeit (insbesondere bei behinderten und älteren Menschen).
- Die Teilnehmer können die praxisrelevanten theoretischen Grundlagen der Wahrnehmung und der Gesprächsführung auf unterschiedliche Personengruppen / Situationen übertragen und in praktischen Übungen anwenden.“

¹ Wenn im Folgenden ausschließlich die männliche Form verwendet wird, so erfolgt dies zur besseren Lesbarkeit. Es sind stets Mann und Frau gemeint, wenn nicht speziell die weibliche Form verwendet wird.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung des Ausbildungsauftrages verfolgt das für die Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. entwickelte Konzept nachfolgende Lernziele:

Soziale Kompetenz im Rettungsdienst

- Soziale Verantwortung des Rettungsdienstpersonals
- Grundlagen von Kommunikation
- Verhaltensmöglichkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Psychische Belastungen für Patienten, Angehörige, Helfer sowie Möglichkeiten der Unterstützung

Das vor mehr als vier Jahren für die Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. entstandene Unterrichtskonzept konkretisiert diese neun Unterrichtseinheiten von je 45 Minuten. Die Folien der Unterrichtung an der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. sind im Text an den entsprechenden Schriftarten des **Deutschen Roten Kreuzes** und der Einrahmung erkennbar. Bei der Entwicklung der vorliegenden Veröffentlichung konnten die theoretischen Erkenntnisse mit praktischen Erfahrungen kombiniert werden. Die Unterrichtsbestandteile wurden stets auf ihre praktische Relevanz überprüft. Dazu konnten wir durch den Kontakt zu Lehrgangsteilnehmern auch nach Beendigung des Grundlehrgangs auf deren Praxiserfahrungen zurückgreifen und das Konzept praxisnah weiterentwickeln.

Das Unterrichtskonzept ist bewusst nicht als akademisches Hauptseminar konzipiert, sondern als Angebot zum Gespräch. In diese dialogische Unterrichtsform mit einer notwendigen direkten Beteiligung der Lehrgangsteilnehmer sollen die vorliegenden Inhalte *methodisch* in Form eines sokratischen und damit auch moderierenden Gesprächs eingebracht werden. Die jeweiligen Inhalte sollen im Idealfall durch eine Moderation des Gesprächs mit den Teilnehmern erarbeitet werden, wenn es sich nicht um Teile von Vermittlung spezifischen und unbekanntem Wissens handelt. Dies steigert die Sensibilisierung für Fragen der Sozialen Kompetenz. Bei weiterem Interesse kann dieses Buch zur Vertiefung herangezogen werden und weitere Verweise liefern, da im Unterricht nur eine Auswahl der Inhalte angesprochen und vermittelt werden können. Die getroffene Auswahl versucht eine praxisnahe Auseinandersetzung mit den Unterrichtszielen zur Vermittlung Sozialer Kompetenz.

Zur Thematisierung des Bereichs der Sozialen Kompetenz müssen Lehrkräfte vom Inhalt der Unterrichtung überzeugt sein und auch bereit sein, ihre eigenen Erfahrungen und Überzeugungen mit in einen authentischen Unterricht

einzubringen. Zu Sozialer Kompetenz sollen individuelle Fähigkeiten erworben oder erweitert werden, um erforderliche Anpassungs- und Verhaltensprozesse unserer sozialen Umwelt und Gesellschaft umsetzen zu können.

Die Ausbildung in psychologischer Betreuung sollte auf kognitiver Ebene Wissen vermitteln, „themenbezogene Selbsterfahrung“ auf einer emotionalen Ebene anstreben und auf einer Handlungsebene spezifische Kompetenzen trainieren [Bengel 1998b, 41]. Die von Bengel vorgeschlagenen didaktischen Lern-/ Unterrichtsformen „(Kurz-) Vorträge, Gruppengespräche, Kleingruppenarbeit, Arbeitspapiere mit Leitfragen, Rollenspiele, Fallbeispiele, Tonband- und Videoarbeit und Einzelarbeit“ [Bengel 1998b, 41] greifen wir mit Ausnahme von Tonbandarbeit auf. Das aktive Einüben von Kommunikation und Verhaltensweisen ist Bestandteil des Unterrichtskonzepts und diese praktischen Übungen verfolgen neben der Vermittlung von Wissen auch ein erkenntnisbildendes Ziel. Das vorliegende Konzept liefert jedoch keine allzu detaillierten und starren Darstellungen der einzelnen Unterrichtseinheiten und zur Anwendung im Unterricht ist die didaktische Aufbereitung erforderlich, die durch das vorliegende Buch nur begrenzt geleistet werden kann. Dazu ist vom Dozenten eine eingehende Beschäftigung erforderlich, zu welcher dies Buch ein Leitfaden mit Anregungen und Möglichkeiten der Vertiefung sein möchte. So sind im vorliegenden Buch nicht durchgehend Folien als Vorlagen zu finden. Das vorliegende Konzept kann nur den Rahmen bilden für die individuelle Umsetzung hinsichtlich Didaktik und Schwerpunktsetzung der hier behandelten Themen, welche Gegenstand unseres Unterrichts an der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. sind. Die Form der Darstellung unseres Konzepts soll zur Beschäftigung mit der Thematik und Aufbereitung auffordern und wir möchten so ein unhinterfragtes Übernehmen von Folien und detaillierten Unterrichtsabläufen vermeiden. Erfahrene Dozenten im Rettungsdienst werden auf einen eigenen Fundus von Praxisbeispielen zurückgreifen können, den wir hier nur streifen können.

Als *Zielgruppe* sehen wir das gesamte Rettungsdienstpersonal (Rettungs-sanitäter, Rettungsassistent, Organisatorischer Leiter, Notarzt, Leitender Notarzt) und nicht nur den angehenden Rettungshelfer im Rahmen des Fachlehrgangs Rettungsdienst. Weiter sollten sich Leitungs- und Führungskräfte sowie Entscheidungsträger bei Hilfsorganisationen, Feuerwehr, Krankenkassen, Politik, Multiplikatoren in der Ausbildung (z.B. Dozenten im Rettungsdienst, Lehrrettungsassistenten) mit der vorliegenden Thematik auseinandersetzen. Weite Teile des vorliegenden Konzeptes verstehen sich über den Rettungsdienst hinaus als Anregungen für Menschen, die Kontakt zu Patienten haben. Die Erstversorgung „unter rein medizinischen Aspekten“ ohne Berücksichtigung der psychologischen Implikationen stellt für Lasogga / Gasch einen „medizinischen Kunstfehler“ dar, den es zu vermeiden gilt [Lasogga 2002b, 11]. In der Medizin muss Soziale Kompetenz integraler Bestandteil des Handelns sein.

Wesentliche Bestandteile des Rettungsdienstes, die durch Begriffe wie „Soziale Kompetenz“, „Berufsethik“ und „Selbstverständnis des Rettungsdienstes“ beschrieben werden, sollen mit dieser Veröffentlichung geklärt und konkretisiert werden. Dabei ist die bewusste Auswahl der Themen als persönliche Stellungnahme zu verstehen. Im Rettungsdienst muss die Anwendung von „High-Tech-Medizin“ mit Sozialer Kompetenz einhergehen. Die vorhandenen moralischen Intuitionen zur Verpflichtung der Hilfeleistung ohne Ansehen von Abstammung, ethnischer Gruppe oder Volk, Einkommen, Beruf u.ä. sollen ausdifferenziert, überprüft und in den Kontext des Rettungsdienstes gestellt werden.

Zum Verständnis des Rettungsdienstes lohnt mit Kapitel zwei zu Beginn ein historischer Rückblick bevor die Beteiligten der Versorgung von Notfallpatienten dargestellt werden, wozu auch die verschiedenen Qualifikationsstufen gehören. Die Erwartungen an Rettungsdienstpersonal verpflichten zu einer sensiblen Anwendung der spezifischen Kenntnisse. Moderne Behandlungsmethoden haben neben großen Erfolgen und Chancen für Patienten auch Grenzen. Am Beispiel der kardiopulmonalen Reanimation soll gezeigt werden, nach welchen Kriterien im Rettungsdienst die Anwendung stattfinden soll. Überlegungen zu Ethik und medizinethischen Prinzipien orientieren sich an der spezifischen Situation des Rettungsdienstes als Teil der Medizinethik. Diese ethischen Aspekte des Rettungsdienstes müssen konkretisiert werden und im Kontext der Förderung Sozialer Kompetenz schließen sich die Grundlagen der Kommunikation an. Hierbei werden auch mögliche Kommunikationsstörungen und deren Vermeidung diskutiert. Durch stetig wechselnde Patienten und neue Situationen erlebt Rettungsdienstpersonal auch in der Kommunikation mit Patienten stets neue Herausforderungen. Nach diesen kommunikationstheoretischen Überlegungen wird das Patientengespräch beleuchtet und auf die Situation des Patienten eingegangen. Die behutsame und patientenzentrierte Kontaktaufnahme wird nachfolgend mit konkreten Bedürfnissen von spezifischen Patientengruppen vertieft. Damit wird eine Vorbereitung auf besondere Rahmenbedingungen und auch kulturelle Hintergründe versucht, die stets das Ziel verfolgt, den Patienten in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Eng verbunden mit psychischen Grenzsituationen sind mögliche Folgen selbiger und Bewältigungsstrategien. Unter dem Stichwort der psychischen Unterstützung wird auf besondere Belastungen im Rettungsdienst und auf Hilfsangebote hingewiesen.

Ohne die Rückmeldung und Anregungen der Teilnehmer der Fachlehrgänge Rettungsdienst der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. hätte das Unterrichtskonzept nicht entstehen können. Unser Dank gilt dem Leiter der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V., Ulrich Hargart, sowie dem Leiter des Referats Rettungsdienst, Johannes Löcker, für die vielfältige Unterstützung bei der Realisierung des vorliegenden Buches und vor allem für die Möglichkeit zur Unterrichtung an der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. Auf dem 10. Rettungsdienstkongress des **Deutschen Roten Kreuzes** 2002 in Rostock erhielten wir die Gelegenheit, Teile des vorliegenden Buches als Bericht aus der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. vorzustellen [Mann 2002].

Zahlreiche Mitarbeiter der Rettungswache des **Deutschen Roten Kreuzes** in Harsewinkel haben wertvolle Anregungen geliefert. Insbesondere haben auch die Lehrerin für Pflegeberufe, Hildegard Ambros, Lehrrettungsassistentin Gabriela Meilwes, Rettungswache des **Deutschen Roten Kreuzes** in Delbrück, Lehrrettungsassistent Marc Hübner, Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. und Peter Schröder M.A., Zentrum für Medizinische Ethik Bochum das Manuskript einer kritischen Durchsicht unterzogen.

Für aufschlussreiche Gespräche und Eindrücke in den Notarzdienst in Bochum danken wir den Notärzten der Universitätsklinik für Anaesthesiologie des St. Josef-Hospitals Bochum und dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst der Stadt Bochum, Dr. Clemens Sirtl.

Die exzellente Unterstützung der Mitarbeiterinnen Blockhaus und Worm der Bibliothek des Kulturwissenschaftlichen Instituts Essen im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen hat uns die Suche und Beschaffung von Literatur wesentlich erleichtert.

Mit Dipl. Sozialarbeiterin Silke Niewohner und Dipl. Sozialpädagogin Christine Kollmann-Jeschke durften wir zahlreiche Diskussionen führen und sie haben die Entstehung des Buches von der ersten Idee bis zur Drucklegung begleitet, wobei häufig andere Pläne zurückstehen mussten.

Die Cartoons stammen vom Mediziner Daniel Lüdeling, dem Betreiber des Portals <http://www.rippenspreizer.de>. Ein Besuch lohnt immer, denn dort finden Sie viele weitere Cartoons zum Rettungsdienst und zur Anästhesiologie.

Januar 2003

Arnd T. May

Reinhold Mann

1. RETTUNGSDIENST - TEIL DES GESUNDHEITSWESENS

Zum Verständnis des Rettungsdienstes als Teil der Intensivmedizin wird nachfolgend die *geschichtliche Entwicklung* des Rettungsdienstes dargestellt. Neben historischen Betrachtungen wird ein Überblick über Organisation des Rettungsdienstes und Qualifikationen der Rettungsdienstmitarbeiter gegeben, bevor unterschiedliche Erwartungen an den Rettungsdienst zum Gegenstand der Betrachtungen gemacht werden.

1.1 Geschichtliche Entwicklung

Die Entwicklung der Intensiv- und Notfallmedizin geht einher mit entscheidenden Entdeckungen und Entwicklungen in der Medizin. *Intensivmedizin* beschreibt ein medizinisches Verfahren zur Überwachung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung gefährdeter oder gestörter Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) bei lebensbedrohlich Verletzten und Erkrankten mit den dafür speziellen medizinischen Strukturen. Umgangssprachlich werden mit Intensivmedizin meist die neueren technischen Behandlungsmethoden *künstliche Beatmung* [Hachenberg 2000, 434-445] und *Unterstützung der Vitalfunktionen* gleichgesetzt. Charakteristisch für die Intensivmedizin ist die breite Ausrichtung des Gebietes als „Querschnittsfach“, welches von Multidisziplinarität lebt.

Als Geburtsstunde der Notfallmedizin sehen Hellwig / Bauer den Befehl König Ludwig XV. im Jahre 1740 zur Hilfsverpflichtung bei Ertrinkenden [Hellwig 2001, 603]. Mit der Aufklärung gewann die Sorge um das Leben der Bürger an Bedeutung [Ahnfeld 2002, 607]. Florence Nightingale hatte während des Krim-Krieges 1853-56 „intensive nursing care“ [Nightingale 1863, 89] betrieben und die Einrichtung spezieller Räume für die postoperative Zeit vorgeschlagen. Der Begriff *Intensivstation* setzte sich in Deutschland in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts durch. Ein verstärktes öffentliches Interesse an den Leistungen der modernen Medizin wurde durch die erste Herztransplantation 1967 hervorgerufen [Wiesemann 2000, 893-900]. Organisatorisch hat sich der Rettungsdienst am Ende des 19. Jahrhunderts aus Rettungsvereinen und Sanitätskolonnen entwickelt.

Die *Geschichte des Rettungsdienstes* moderner Prägung in Deutschland ist eng mit der Entwicklung der Anästhesiologie verbunden. Die Techniken der Narkose sind wesentlich älter als die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Anästhesiologie in Mainz 1962 [Thierbach 2000, 180]. Kirschner forderte als Chirurg in Heidelberg bereits 1938 eine institutionalisierte ärztliche Präsenz am Unfallort: „*Der Arzt soll also zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt*“ [Kirschner 1938, 713]. Diese Forderung wird trotz einzelner lokaler Vorläufer allgemein als Geburtsstunde moderner Notfallmedizin gesehen [Hellwig 2001, 604]. Einen starken Einfluss auf die Überlegungen von Kirschner hatten besondere Überlegungen zur Situation im Kriege, da fahrbare

vorkommende Anleitung von Laien zur Erstversorgung [Sefrin 2001, 556]. In manchen Gebieten ist die Leitstelle auch zur Koordination des ärztlichen Notdienstes außerhalb der normalen Erreichbarkeiten der niedergelassenen Ärzte und des Ordnungsamtes zuständig.

In Not geratene Menschen werden neben dem Rettungsdienst vom Sanitätsdienst und dem Betreuungsdienst [Schwab 2002, 14-15] versorgt. Diese Partner arbeiten in einem „funktionierenden, ganzheitlichen Hilfeleistungssystem“ [Deutsches Rotes Kreuz 1998]. Der Betreuungsdienst soll dabei insbesondere unverletzten Menschen „das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit“ geben [Deutsches Rotes Kreuz 1998].



© Daniel Lüdeling, <http://www.rippenspreizer.de>

Eine Hilfeleistung in besonderen Situationen wird z.B. in den Bergen durch die Bergwacht oder zur See durch die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiff-

brüchiger (DGzRS) erbracht. Das Technische Hilfswerk (THW) kann in Rettungsmaßnahmen einbezogen sein, wenn es die Gegebenheiten erforderlich machen. An der Luftrettung können die Bundeswehr (SAR, Search and Rescue), der Bundesgrenzschutz, der ADAC oder auch die Deutsche Rettungsflugwacht (DRF) beteiligt sein. Bei vermissten oder verschütteten Patienten kann auch eine Rettungshundestaffel zum Einsatz kommen.

1.4 Das Image und die Erwartungen an den Rettungsdienst

Zahlreiche Fernsehserien prägen das Bild der Medizin und des Rettungsdienstes in der Öffentlichkeit. Neben entstandenen Erwartungen werden nachfolgend Beeinflussungsmöglichkeiten des Bildes des Rettungsdienstes in der Öffentlichkeit und bei Patienten durch Rettungsdienstpersonal vorgestellt und diskutiert. Dies geschieht als Hinführung zur Bedeutung Sozialer Kompetenz als Bestandteil des Handelns im Rettungsdienst.

Psychosoziale Aspekte im Rettungsdienst - Erwartungen...Die

Erwartungen an den Rettungsdienst stammen aus:

- Medien (Fernsehen, Radio, Presse...)
- Erste-Hilfe-Ausbildung
- Sanitätsdienst
- Eigenen Erfahrungen
- Eigener Tätigkeit im Gesundheitswesen

... dabei entstehen auch falsche Erwartungen und Vorurteile...

Das Bild der Intensivmedizin in der Öffentlichkeit wird zunehmend durch Fernsehberichterstattung, Spielfilme² und TV-Serien beeinflusst [Kotlorz 2000, 61-63; Annas 1995, 40-43; Maio 2000; Schmidt 2000; Gottgetreu 2001]. *Fernsehserien* wie z.B. Adrenalin – Notärzte im Einsatz, Alphateam, Chicago Hope, Die fliegenden Ärzte (flying doctors), Die Rettungsflieger, Dr. Stefan Frank (der Arzt, dem die Frauen vertrauen), Emergency Room, Feuerengel, Frauenarzt Dr. Markus Merthin, General Hospital, Herzschlag - Die Retter, In aller Freundschaft, Kinderärztin Leah, Klinik unter Palmen, Klinikum Berlin Mitte, Landarzt, Mash, Medicopter 117 – Jedes Leben zählt, OP ruft Dr. Bruckner, Notruf, Notruf California, Praxis Bülowbogen, Schwester Stefanie, Schwester Nikola, Stadtklinik, St. Angela, Trapper John MD und recht früh die Schwarzwaldklinik haben die Arbeit der Medizin und des Rettungsdienstes zum Thema gemacht. Ein eher satirisches Bild des Rettungsdienstes wurde durch die Hörfunkserie der Einslive Retter des Westdeutschen Rundfunks vermittelt. Realistische Berichte

² Z.B. “Bringing out the dead” (1999), Regie: Martin Scorsese; “Flatliners” (1990) Regie Joel Schumacher; “Eiserne Engel” (1995) Regie: Thomas Schadt

über Einsätze der Feuerwehr [Meyer-Pyritz 1998], Abläufe in der Notaufnahme [Huyler 2001] oder des Rettungsdienstes sind selten.

Rettungsdienstpersonal wird bei Einsätzen manchmal mit Erwartungen konfrontiert, die aus Medienberichten abgeleitet werden. Dazu gehört eine *nahezu vollständige Erfolgsquote* rettungsdienstlicher Maßnahmen und damit eine fast 100prozentige Heilungsquote der Patienten. Durch Fernsehserien wird „eine völlig falsche Erwartung“ zur Erfolgswahrscheinlichkeit der Herz-Lungen Wiederbelebung vermittelt [Gervais 2002, 260]. Ältere Menschen beziehen ihre Informationen zu einem hohen Prozentsatz aus dem Fernsehen. In einer Untersuchung der amerikanischen TV Serien „Emergency Room“, „Chicago Hope“, „Rescue 911“ waren die dort gezeigten Überlebensraten (65 %, 64 %, 100 %) nach kardiopulmonaler Reanimation signifikant höher als in der Realität [Diem 1996, 1579]. In britischen Fernsehserien liegt die Erfolgsquote der dargestellten kardiopulmonalen Reanimationen relativ nah an der Realität, jedoch sind die Patienten im TV jünger [Gordon 1998, 782-783]. Markert geht in einer Metaanalyse zahlreicher Studien von einer Überlebensrate nach Reanimation im Krankenhaus von 15 % aus [Markert 1996, 1605].

Erwartungen an den Rettungsdienst resultieren neben Fernsehsendungen aus *eigenen Erfahrungen* wie z.B. Lehrgänge in Lebensrettenden Sofortmaßnahmen oder eine Erste-Hilfe-Ausbildung, dem Beobachten von ‚Sanis‘ auf dem Sportplatz oder die eigene Tätigkeit im Gesundheitswesen. Zur Erwartungs- und Meinungsbildung können auch Erfahrungen als Patient mit dem Rettungsdienst oder Schilderungen von Angehörigen, Freunden und Bekannten beigetragen haben.

Nach Wagner werden Einsatzkräfte „mit Kraft, Allwissen, physischer und psychischer Stärke und Kontrolliertheit“ [Wagner 2001, 398] assoziiert und diese *Verantwortung* kann für junge, unerfahrene Mitarbeiter nicht nur im Rettungsdienst, sondern auch bei der Feuerwehr zu großem Verantwortungsdruck führen. Dies kann ebenso auch für Angehörige anderer Hilfsdienste gelten.

Neben intuitiv richtigen Vorstellungen zur Hilfeleistung des Rettungsdienstpersonals für Patienten lassen sich Vorurteile gegenüber der Arbeit des Rettungsdienstes beobachten, wie z.B. die Meinung des Essenholens mit Martinshorn und Blaulicht. Für professionelles Verhalten und Auftreten reichen individuelle intuitive Ansichten und Überzeugungen nicht aus. Die Professionalisierung der Berufe im Rettungsdienst macht Überlegungen zum Auftreten in der Öffentlichkeit und zum eigenen Selbstverständnis erforderlich.

Zur Vermeidung emotionaler Konflikte zwischen Rettungsdienstpersonal und Anwohnern aufgrund von unnötig empfundener Ruhestörung sollte der klärende Kontakt direkt durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst erfolgen. Zum Entgegenwirken von Vorurteilen bedarf es einer Transparenz der Aufgaben und Leistungen des Rettungsdienstes. Es gibt viele Situationen und Möglichkeiten, das Bild des Rettungsdienstes in der Öffentlichkeit positiv oder negativ zu beeinflussen.

Beeinflussungsmöglichkeiten der Erwartungen an den Rettungsdienst

- Auftreten des Rettungsdienstpersonals
- Fahrverhalten
- Fachkompetenz
 - Medizinische Kompetenz
 - Soziale Kompetenz
 - Wissen über die Meinungsbildung
 - Wissen über Qualifikation und Aufgabenstellung der anderen, am Rettungsdienst Mitwirkenden

Das *allgemeine Verhalten* und *persönliche Auftreten* des Rettungsdienstes wird von der Bevölkerung, niedergelassenen Ärzten, Krankenhauspersonal, Kollegen der anderen Einsatzdienste und Patienten wahrgenommen. Rettungsdienstpersonal sollte stets freundlich, höflich und engagiert auftreten und sich nicht nur bei Patienten und Angehörigen, sondern ggf. auch bei Klinikpersonal und Hausärzten, zu Beginn des Kontaktes namentlich vorstellen. Dadurch tritt Rettungsdienstpersonal aus der Anonymität und Beliebigkeit der „roten Jacke“ heraus.

Einflussfaktoren für das Image des Rettungsdienstes bestehen im *Erscheinungsbild* des Rettungsdienstpersonals. Neben dem Auftreten in der Öffentlichkeit durch saubere Dienstkleidung, Körperhygiene, partnerschaftlichen Umgang mit Kollegen und kompetentes Verhalten im Einsatz sollte auf die Schaffung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre in der Rettungswache geachtet werden. Dazu gehören einfache Dinge wie Ordnung, Sauberkeit und gegenseitige Rücksichtnahme. Diese Verhaltensempfehlungen werden z.B. durch die Vermeidung überquellender Abfallbehälter und tagelang ungespülten Geschirrs in der Rettungswache konkretisiert. Durch das Tragen der Dienstbekleidung werden Menschen mit einer Gruppe identifiziert und nicht selten wird von Erfahrungen mit einzelnen Rettungsdienstmitarbeitern auf die gesamte Gruppe geschlossen. Dabei wird leider subjektiv empfundenes Fehlverhalten eher auf die ganze Gruppe projiziert. Positive Erfahrungen werden tendenziell nur einzelnen Mitarbeitern zugeschrieben. Rettungsdienstpersonal wird nicht durch das Anziehen der Dienstbekleidung zu anderen Menschen, aber die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit ändert sich.



© Daniel Lüdelling, <http://www.rippenspreizer.de>

Zur schnellen Fortbewegung im *Straßenverkehr* genießt der Rettungsdienst durch seinen besonderen Auftrag der Gefahrenabwehr und schnellen Hilfe bei lebensbedrohlichen Situationen einige „Privilegien“. Mit diesen Sonder- (§ 35 StVO) und Wegerechten (§ 38 StVO) muss sorgfältig umgegangen werden. Die Signalisierung der Wegerechte durch Martinshorn und Blaulicht verschafft dem Rettungsdienst eine besondere Aufmerksamkeit, welcher durch *Fahrverhalten* und *Fahrstil* Rechnung getragen werden muss. Das Unfallrisiko liegt im Rettungsdienst weit über dem eines PKW (63,2 zu 12,1 pro 1.000 Fahrzeuge) und ist als besonders hoch anzusehen [Stolpe 2002, 51]. Während des Transports sollte Rettungsdienstpersonal auf die vorgesehene Sicherung des Patienten und für sich selbst durch Sitzgurte achten. Die ungesicherte Bewegung von Rettungsdienstpersonal im Fahrzeug birgt ein zusätzliches Verletzungsrisiko. Das Ansehen des Rettungsdienstes wird in der konkreten Situation nicht durch im Fahrzeug wild gestikulierendes Rettungsdienstpersonal gesteigert, welches sich über einen vorausfahrenden und nicht prompt reagierenden Verkehrsteilnehmer aufregt. Auch das vermeintlich lässige Herauslegen des Arms aus dem Fenster sollte bei solchen Fahrten vermieden werden. Mag es zwar für den einzelnen selbst cool wirken, so könnte es beim Beobachter eher andere Wirkungen erzielen. Besondere Fahrzeuge, Ausstattungen und Kleidung führen zu einer besonderen Beobachtung von Rettungsdienstpersonal, welches sich dieser Rolle und *Vorbildfunktion* bewusst sein muss. Zur Berufsausübung im Rettungsdienst

gehört für Michalsen auf der persönlichen Ebene eine besondere Antriebskraft, und eine starke Motivation zum Helfen [Michalsen 2000, 406]

Die Tätigkeit im Rettungsdienst besteht neben der Anwendung medizinischer Kenntnisse im Umgang mit unterschiedlichen Menschen, denn Rettungsdienstpersonal lernt nach einer pointierten Beschreibung durch Fertig „die Hinterhöfe unserer Gesellschaft und die Schattenseiten des Lebens“ [Fertig 1997d, 19] kennen. Stephan sieht Rettungsdienstpersonal auch als „menschlichen *Begleiter*“ [Stephan 2001b, 231]. Diese Eigenschaften zum Umgang mit Patienten werden oft mit Sozialer Kompetenz umschrieben. Somit bezeichnet *Soziale Kompetenz* die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, welche in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für Rettungsdienstpersonal führen.

Der Patient steht im Mittelpunkt des Handelns im Rettungsdienst. Diese Beschreibung vieler Leitbilder von Krankenhäusern trifft in besonderer Weise auf den Rettungsdienst zu, denn ohne hilfsbedürftige Patienten wäre die rettungsdienstliche Versorgung nicht erforderlich. Hilfsbedürftige dürfen nicht auf ihre Symptome reduziert werden, sondern als Menschen mit Gefühlen und Bedürfnissen geachtet werden. Eine rein technische Anwendung der Möglichkeiten der modernen Medizin wird dem individuellen Menschen in seiner Gesamtheit nicht gerecht. Hilfsbedürftige vertrauen sich Rettungsdienstpersonal in teilweise schwierigen und manchmal existentiellen Situationen an und müssen als Patienten mit seelischen Bedürfnissen behandelt werden.

Die Konferenz der evangelischen Notfallseelsorger beschreibt Soziale Kompetenz u.a. als: „Psychische und physische Stabilität und Belastbarkeit; Persönliche Reife; Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung; Beziehungsfähigkeit; Eigenverantwortlichkeit und Teamfähigkeit; Reaktionsvermögen“ [2002]. Nach Fertig gehört zur Tätigkeit im Rettungsdienst „menschliche Reife“ [Fertig 1997d, 17], die den Rahmen für situationsbezogenes Handeln abzustecken hilft und Reflektion der eigenen Handlungen voraussetzt.

Das vorliegende Konzept spricht zahlreiche eben genannte Punkte der Beschreibung Sozialer Kompetenz an und zentriert dies im Umgang mit Patienten. Grundlegend hierfür sind Überlegungen zum Selbstverständnis des Rettungsdienstes und einer *Ethik des Helfens* in dieser speziellen Situation.

5.7 Senioren

Umgang mit Senioren

- Den älteren Menschen als individuelle Persönlichkeit achten, Respekt entgegenbringen
- Ernstnehmen
- Auf Kommunikationsstörungen durch z.B. Demenz oder Morbus Alzheimer achten
- Anrede mit „Du“ oder „Opa“, „Oma“ nur bei eigenen Verwandten
- Berücksichtigung von körperlichen und kognitiven Ausfallerscheinungen - notwendige Hilfestellungen erfragen
- Hilfsmittel (Zahnersatz, Hörgerät, Brille, Gehhilfen, Rollstuhl, ...) mitnehmen
- Gewünschte Gegenstände mitnehmen

Das Lebensalter allein ist keine Krankheit. Mit zunehmendem Alter setzt ein *natürlicher Prozess* ein, der durch körperliche Veränderungen gekennzeichnet ist. Die Erneuerung der Haut ist ab dem 30. Lebensjahr verändert und verlangsamt. In unserer Gesellschaft sind mit steigender Tendenz über vier Millionen Menschen über 75 Jahre alt und „der Lebensabend ist oft von Erkrankungen im psycho-physischen Bereich gekennzeichnet“ [Stephan 2000, 389-390].

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ist Grund genug für die Betrachtung von häufig vorkommenden Wünschen und Besonderheiten im Umgang mit Senioren während der Tätigkeit im Rettungsdienst. Dort wird Rettungsdienstpersonal neben Notfalleinsätzen insbesondere vermehrt Krankentransporte von Patienten im hohen Lebensalter durchführen. Über 15 % der Bevölkerung in Deutschland hat das 65. Lebensjahr überschritten. In den letzten 100 Jahren hat sich die Lebenserwartung fast verdoppelt.

Es sind im Rettungsdienst typische *geriatrische Probleme* anzutreffen. Zu diesen geriatrischen „I's“ zählen *Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau* und *iatrogene Störungen*. Iatrogene Störungen bezeichnen negative Auswirkungen medizinischer Maßnahmen, welche primär in den Aufgabenbereich des Notarztes fallen. Eine mit dem Lebensalter zunehmende Immobilität kann durch den erhöhten Wunsch nach Kommunikation mit Rettungsdienstpersonal als soziale Kontakte zum Ausdruck kommen. Mit zunehmendem Lebensalter sind die Körperfunktionen verlangsamt und Hör- und Sehvermögen nehmen ab. „Es fällt dem alten Menschen schwer, sich auf neue Situationen einzustellen oder einfache Aufgaben zu erledigen“ [Stephan 2000, 389-390]. Die sozialen Kontakte nehmen tendenziell mit abnehmender Mobilität

ebenfalls ab. Es kann vorkommen, dass die regelmäßigen Krankentransporte durch das Rettungsdienstpersonal die einzigen Kontaktmöglichkeiten zur Welt außerhalb des Heims oder der Wohnung sind.

Die jährliche Quote für Stürze nimmt mit fortschreitendem Alter zu und beträgt bei über 65jährigen 30 % und bei über 80jährigen 50 % [Lucke 2000, 564]. Beim Transport muss auf diese Gefahr geachtet werden. Die Art der Lagerung nach Sturz muss dem besonderen Risiko von Brüchen durch besondere Vorsicht Rechnung getragen werden. Bei Lagerung des Patienten muss ebenfalls auf Blasenkatheter geachtet werden. Die Wahrscheinlichkeit eines Katheters steigt bei 80jährigen auf ca. 40 % an und liegt im Heim oft darüber, wobei ein Katheter nur aus medizinischer Indikation und nicht aus Altersgründen gelegt werden darf.

Auch Krankheiten verlaufen im Alter oft andersartig. Sie werden von den Patienten belastender und einschneidender empfunden und sie sind es auch oft. Ist ein junger Mensch durch eine Magen-Darm-Grippe meist kaum belastet, kann sie bei alten Menschen bereits tödlich verlaufen. Krankheiten haben im Alter oft einen längeren und intensiveren Verlauf und hinterlassen nicht selten deutliche Spuren. Bei geriatrischen Patienten ist tendenziell eine zurückhaltende Schmerzäußerung zu beobachten, da Schmerzen als Ausdruck des Alterns angenommen werden oder aus Angst vor invasiven Maßnahmen nicht geäußert werden [Schuler 2002, 171].

Der Verlauf der Alterungsprozesse kann durch Rettungsdienstpersonal nicht beeinflusst werden, jedoch kann durch ein individuelles, auf den Patienten und seine Belange abgestimmtes Verhalten seine Lage angenehmer gestaltet werden. „Oft ist es das kurze, freundliche Gespräch, ein paar aufmunternde Worte, die uns hier weiter bringen und dem alten Menschen das Gefühl geben, geachtet zu werden und in ein sinnvolles Ganzes eingebunden zu sein“ [Stephan 2000, 389-390]. Wir alle möchten alt werden aber nicht alt sein. Senioren müssen mit *Respekt* behandelt werden und als *individuelle Persönlichkeit* geachtet werden. Rettungsdienstpersonal muss Senioren ernst nehmen und ggf. vorhandene Kommunikationsschwierigkeiten durch z.B. Demenz oder Morbus Alzheimer berücksichtigen.

Die *Anrede* „Oma“ oder „Opa“ ist für Fremde nach Lasogga / Gasch aus „ethischen Gründen“ unangebracht und das „Infantilisieren“ der Patienten widerspricht einer durch Respekt geprägten Patientenbehandlung [Lasogga 2002b, 65]. Dies gilt auch für die Anrede mit „Du“. Wenn Patienten eine andere Anrede wünschen, werden sie dies mitteilen.

Neben körperlichen müssen kognitive Ausfallerscheinungen beachtet werden. Wiederkehrende Fragen sollten geduldig und ggf. auch mehrfach beantwortet werden. Vorurteile und vorschnelle Schlüsse sollen vermieden werden, denn nicht alle alten Menschen sind schwerhörig und können nicht mehr gehen. Wenn Rettungsdienstpersonal Patienten nicht kennt, sollte nachgefragt werden, welche Bewegungen oder Leistungen selbst noch vorgenommen

werden können und wozu Hilfe erforderlich ist. Dies mag im Einzelfall zwar länger dauern, aber wenn die medizinische Indikation zum schnellen Handeln wie z.B. im Krankentransport nicht gegeben ist, ist es für Patienten angenehmer, selbst mitzuhelfen und nicht standardmäßig als bewegungsunfähiger Mensch behandelt zu werden. Bei älteren Menschen besteht oft die Gefahr, dass durch falsche Belastung der Knochen Frakturen hervorgerufen werden. Aus diesem Grund ist im Krankentransport der Rautek-Rettungsgriff nur in begründeten Ausnahmefällen anzuwenden. Der Rautek-Rettungsgriff wird zur ausschließlichen Rettung von Personen aus Gefahrenzonen, z.B. Rettung aus PKW [Bert 2000, 112] angewendet.

Senioren benötigen oft *Hilfsmittel* wie Hörgeräte, (Zahn-)Prothesen, Brillen, Gehhilfen und Rollstühle, die vom Rettungsdienstpersonal mitgenommen werden müssen. Wenn Patienten diese Hilfsmittel nicht zur Verfügung haben, ist ihre sowieso schon eingeschränkte Mobilität und Kontaktfähigkeit noch weiter limitiert. Rettungsdienstpersonal kann nicht davon ausgehen, dass diese Hilfsmittel von Angehörigen oder anderen Personen ins Krankenhaus gebracht werden.

Gegen Ende eines Einsatzes in der Wohnung sollten Türen und Fenster verschlossen und Schlüssel mitgenommen werden. Elektrische Verbrauchs- und damit mögliche Gefahrenquellen wie Herd, Tauchsieder oder Kaffeemaschine sollten abgestellt werden. Die Versorgung von Haustieren sollte geregelt werden. Wenn das nicht durch Nachbarn oder Verwandte möglich ist, ist die Leitstelle zu informieren und die nötigen Schritte werden von dort eingeleitet.

Wenn Senioren weitere *persönliche Gegenstände* wie z.B. eine bestimmte Decke oder Mantel mitnehmen möchten, so sollte dieser Wunsch respektiert werden, sodenn nicht größere Mengen mitgenommen werden sollen.

Nicht selten müssen Senioren häufiger vom Rettungsdienst im Rahmen von Krankentransporten transportiert werden und es kann sich ein herzliches Verhältnis entwickeln. Mit der Zeit sind die bestimmten Vorlieben und Abläufe bekannt und aus der anonymen Situation im Rettungsdienst entwickelt sich eine persönliche Beziehung zum Patienten. Diese generationsübergreifenden Kontakte fördern das gegenseitige Verständnis und können Rettungsdienstpersonal Einblicke liefern in eine andere, vielleicht fremde Erlebniswelt mit reichhaltigen Erfahrungen.

Eine beispielsweise 76-jährige Patientin wird nach einem Sturz mit Prellungen vom Rettungsdienst versorgt. Durch die Aufregung wirkt die Patientin leicht verwirrt. Sie wird vom Rettungsdienst in die nächstgelegene Klinik gebracht. Dort ist die Verständigung schwierig, da sich die Patientin daheim schon für die Nacht vorbereitet hatte und ohne Hörgerät versteht sie wenig. Das Hörgerät ist nicht mit in die Klinik genommen worden, ebenso wie der Zahnersatz, ohne den sich die Patientin schlecht artikulieren kann. Auf die Frage nach Medikamenten antwortet die Patientin ausweichend, denn sie kann sich die Präparate und Dosierungen

schlecht merken. Die Medikamente bereitet sie sich nach Anleitung immer für eine Woche im Voraus vor und die Dosieranleitung ist in der Wohnung zurückgeblieben. Zur Sicherheit soll eine CT Untersuchung durchgeführt werden und der Patientin wird dazu ein Aufklärungsbogen gegeben, den sie sich ansehen soll, was ihr jedoch ohne ihre Lesebrille nicht möglich ist. Nun möchte sie ihren Sohn anrufen, der ihr helfen soll. Ohne Hilfe kann sie nur wenige Schritte gehen und auch ihr Rollator ist in der Wohnung zurückgeblieben. Die ansonsten rüstige und selbständige Patientin ist in der Klinik auf Hilfe angewiesen, die sie daheim mit Hilfsmitteln nicht benötigt. Da die Patientin in der Unfallsituation benommen war, ist auch der Wohnungsschlüssel daheim geblieben. Wenn Patienten allein in der Wohnung leben, sollte nachgefragt werden, ob Vertrauenspersonen Zugang zur Wohnung haben oder ob der Wohnungsschlüssel mitgenommen werden soll. Eventuelle Gefahrenquellen (eingeschaltete Elektrogeräte, Herd, Heizdecke, Badewasser) müssen überprüft werden.

Diese Situationsschilderung macht deutlich, dass Rettungsdienstpersonal umsichtig und aufmerksam auf die Mitnahme der Hilfen des Patienten zum täglichen Leben achten muss.

5.8 Behinderte Menschen

Körperliche oder geistige Beeinträchtigungen mindern nicht den „Wert“ oder die Würde eines Menschen. Der Grundsatz der Gleichheit aller Menschen schließt Behinderte ein. Diese selbstverständlichen Aussagen beugen einer Wertschätzung nur nach einem körperbetonten Schönheitsideal oder geistigen Leistungen vor. Vor diesem Hintergrund fallen die Besonderheiten der speziellen Patientengruppe „behinderte Menschen“ im Rettungsdienst knapp aus.

Umgang mit behinderten Menschen

Körperliche Behinderung

Berücksichtigung der Behinderung bei pflegerischen Maßnahmen

Kein falsches Mitleid

Behinderung nicht krampfhaft ignorieren

Notwendige Hilfestellungen erfragen

„Geistige“ Behinderung

Erwachsene mit „Sie“ ansprechen

Mit dem Patienten sprechen und nicht über ihn

Bezugspersonen mitnehmen

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahnefeld, F.W. Hg. (1995): *Ethische, psychologische Probleme im Rettungsdienst*, Nottuln: Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes 1995, Schriftenreihe zum Rettungsdienst Band 11
- Ahnefeld, F.W. (1998a): Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland *Intensivmedizin* 35: 342-348
- Ahnefeld, F.W.; Dick, W.F.; Knuth, P.; Schuster, H.P. (1998b): Grundsatzpapier Rettungsdienst *Notfall und Rettungsdienst* 1: 68-74
- Ahnefeld, F.W.; Brandt, L. (2002): Die historischen Fundamente der Notfallmedizin *Notfall und Rettungsdienst* 5: 607-612
- Anders, S.; Tsokos, M. (2001): Plötzlicher Tod bei sexuellen Aktivitäten, *Rechtsmedizin* 11: 96-100
- Anderson, A.; Booß, K.; Ebmeyer, U.; Heres, F.; Hoffmeyer, D.; Reinhold, F.; Röse, W.; Schneemilch, C. (2001): Notfallmedizinisches Zentrum Magdeburg *Notfall und Rettungsmedizin* 4: 596-603
- Ankermann, E. (1999): Verlängerung sinnlos gewordenen Lebens? *Medizinrecht* 17: 387-392
- Annas, G.J. (1995): Sex, Money, and Bioethics. Watching ER and Chicago Hope *Hastings Center Report* 25, 5, 40-43
- Arntz, H.; Klatt, S.; Stern, R.; Willich, S.; Benecker, J. (1997): Sind Notarzt-diagnosen zuverlässig? *Notfall* 0: 12-19
- Bauby, J.-D. (1997): *Schmetterling und Taucherglocke* München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Bauer, A.W. (1999): *Tod nach 34 Jahren Koma*, online im Internet: Mailingliste MedEthik-list MedEthik-list@ruhr-uni-bochum.de, Fri, 26 Nov 1999 10:28:53 +0100 = dpa 26.11.1999
- Bauer, A.W. (2000): Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: Ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung* 7: 9-12
- Bauer, A.W. (2001): Wann ist weniger mehr? Ethische Perspektiven der Akutmedizin im Alter *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 42: 766-774
- Bäumel, J. (2000): Psychiatrische Notfälle in der internistischen Praxis *Internist* 41: 714-718
- Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (2001): *Principles of Biomedical Ethics* 5. Auflage New York: Oxford University Press
- Beck, A.; Gebhard, F.; Kinzl, L. (2002): Notärztliche Versorgung des Trauma-patienten *Notfall und Rettungsmedizin* 5: 57-71
- Beckmann, J.P. (1997): Zur Frage der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen angesichts des Todes, In: Mohr, M.; Kettler, D. (Hg.) *Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung* Berlin: Springer, 57-67
- Behrendt, H.; Schmiedel, R. (2000): Der Notarzteeinsatz. Ein Blick aus der Bundesperspektive auf Strukturen und Leistungen *Notfall und Rettungsmedizin* 3: 88-92

ÜBER DIE AUTOREN:

Arnd T. May, Jahrgang 1968, Dr. phil., Rettungssanitäter, studierte Philosophie, Betriebswirtschaftslehre und Völkerrecht in Göttingen und Bochum. Er hat über Patientenverfügungen promoviert und arbeitet am Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Als Mitarbeiter am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen beschäftigt er sich mit Fragen der einzelfallorientierten Beratung durch Klinische Ethik-Komitees (KEK). Durch Lehraufträge zu Medizinethik ist er an der Ruhr-Universität Bochum und an der Evangelischen Fachhochschule Hannover tätig. Neben der regelmäßigen Tätigkeit im Rettungsdienst unterrichtet er das vorliegende Unterrichtskonzept an der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V.

Tel. 0700 BIOETHIK (24638445)
 Fax. +49 2361 17121
 E-Mail: May@medizinethik.de



Reinhold Mann, Jahrgang 1966, Lehrrettungsassistent, engagierte sich bereits während der Tätigkeit bei der Firma Miele & Cie. im Kreisverband Gütersloh des Deutschen Roten Kreuzes mit mehr als 600 aktiven Helfern u.a. von 1995 bis 1998 als Kreisbereitschaftsführer und Leiter einer Schnelleinsatzgruppe. Hauptberuflich ist er inzwischen nach Ausbildungen zum Medizinproduktebeauftragten, Organisatorischen Leiter Rettungsdienst seit 1998 Rettungsassistent an der DRK-Rettungswache Harsewinkel, der er seit 2001 als Rettungswachenleiter vorsteht. An der Rettungsschule Münster des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. leitet er Fachlehrgänge zum Rettungsdienst und prüft im Rahmen der staatlichen Prüfung für Rettungssanitäter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Tel. 05245 4573
 Fax +49 5245 922474
 E-Mail: info@reinhold-mann.de