

Die Schulung von Ersthelfern: Eine kritische Betrachtung der Ausbildungspraxis

→ Teil 1

Autoren:

Herbert Hockauf
Dipl. Pfl.-Wiss., LRA;

Harald Karutz
cand. paed., RS und
Sanitätsdienstaus-
bilder: Bildungsin-
stitut am Elisabeth-
Krankenhaus Essen
– staatlich aner-
kannte Rettungsas-
sistentenschule,
Beethovenstraße
15, D-45128 Essen

Die derzeitige Praxis im Bereich der Schulung von Ersthelfern, insbesondere die Konzeption und die Art des Umgangs mit den bestehenden Lehraussagen, gibt Anlass, aus erziehungswissenschaftlicher Sicht kritisch hinterfragt zu werden. Es gilt, Möglichkeiten aufzuzeigen, um die Entwicklung eigenverantwortlicher, medizinischer und sozialer Handlungskompetenzen von Teilnehmern der Erste-Hilfe-Lehrgänge stärker zu fördern als bisher. Dass der folgende Beitrag Diskussionsstoff beinhaltet, ist durchaus beabsichtigt; entgegennende Stellungnahmen sind ausdrücklich erwünscht.

mehr Angst vor der Durchführung von Hilfsmaßnahmen haben und nicht zuletzt dadurch eine geringere Hilfsbereitschaft zeigen als der Personenkreis, der bislang noch nie an einer entsprechenden Ausbildungsmaßnahme teilgenommen hat (13, 14).

Zudem bleibt eine Vielzahl bestehender Chancen und Möglichkeiten von den ausbildenden Organisationen überwiegend ungenutzt: Wissenschaftliche Erkenntnisse, die schon vor geraumer Zeit veröffentlicht wurden und die die Situation in einem positiven Sinne verändern könnten (z.B. 13, 14), werden bislang nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

Basierend auf Untersuchungen der Bundesanstalt für Straßenwesen (z.B. 1, 2, 13, 14) und vor dem Hintergrund eigener Forschungsergebnisse des Bildungsinstituts am Elisabeth-Krankenhaus Essen sowie einem umfassenden Erfahrungsaustausch mit in der Ausbildung Tätigen und Lehrgangsteilnehmern soll der folgende Beitrag – um den üblichen Rahmen eines Zeitschriftenartikels nicht zu verlassen – an nur *einigen* ausgewählten Problemstellungen exemplarisch verdeutlichen, inwiefern an der bisherigen Ausbildungspraxis Kritik zu üben ist, wo Defizite bestehen und welche mittel- und langfristigen Veränderungsmöglichkeiten im Bereich der Schulung von Ersthelfern zu bedenken sein könnten – und zwar weitgehend unabhängig von *notfallmedizinischen* Erfordernissen, denn im Zentrum der Betrachtungen stehen erziehungswissenschaftliche bzw. lern- und motivationspsychologische Aspekte der Ersthelferschulung.

Dabei lassen sich die darzustellenden Probleme im Hinblick auf die jeweiligen Ursachen grundsätzlich drei verschiedenen Ebenen bzw. Dimensionen zuordnen, die sich wechselseitig bedingen und beeinflussen (**Abb. 3**). Als Kern der Gesamtproblematik wird allerdings die primär *notfallmedizinisch* orientierte Konzeption von Ausbildungsprogrammen – nicht im Gegensatz, aber doch im Unterschied



Abb. 1: Jede Menge Schaulustige und niemand hilft – woran liegt's?

Einführung

Die Ausbildung von Ersthelfern hat in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen eine recht gut begründete Tradition und ist auch bzw. gerade in der heutigen Zeit unverzichtbarer Bestandteil eines möglichst optimal funktionierenden Systems zur Versorgung von Notfallpatienten, wie es zum Beispiel die so genannte Rettungskette im Modell veranschaulicht (**Abb. 2**).

Gleichwohl ist die aktuelle Situation in der Erste-Hilfe-Ausbildung aus notfallmedizinischer, vor allem jedoch aus erziehungswissenschaftlicher Sicht keineswegs befriedigend (12, 13). Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Erste-Hilfe-Lehrgänge und Kurse für Lebensrettende Sofortmaßnahmen am Unfallort (LSM), wenn überhaupt, nur *kurzzeitig* den medizinischen Wissensstand der Teilnehmer beeinflussen – ohne jedoch positive Auswirkungen auf die *Hilfsbereitschaft* zu haben. Im Gegenteil: Es wird sogar festgestellt, dass gerade Lehrgangsteilnehmer

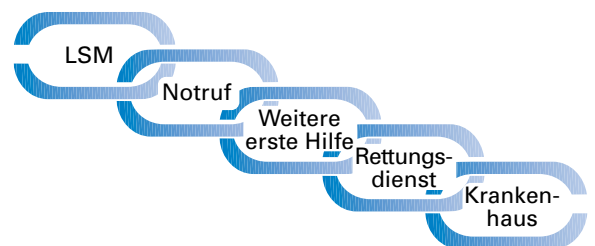


Abb. 2: Rettungskette



zu vorrangig *erziehungswissenschaftlich* begründeten Programmen – betrachtet (13).

Hinzu kommen Probleme, die aus institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen der Ersthelferschulung resultieren, und letztlich findet diese Ausbildung eingebettet in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext bzw. bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen statt, was ebenfalls nicht ohne Einfluss auf die Erste-Hilfe-Ausbildung sowie die Bereitschaft zur Hilfeleistung bleibt.

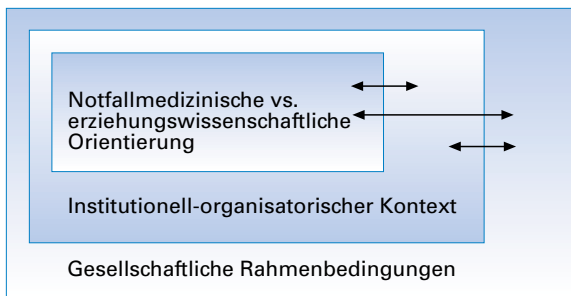


Abb. 3: Problembereiche

Erklärtes Ziel der im Folgenden beschriebenen Überlegungen, die an dieser Stelle zweifellos nur ansatzweise verdeutlicht werden können, ist eine prinzipien-, handlungs-, ziel- und teilnehmerorientierte Lehrgangskonzeption vor dem Hintergrund der bildungstheoretischen Didaktik (z.B. 16, 18, 19): Teilnehmer von Erste-Hilfe-Lehrgängen sollen vom imitativen Lernen am Modell sowie der überwiegend theoretischen Vermittlung von Inhalten weggeführt werden und durch eine neu konzipierte Lehrgangsstruktur eigenverantwortliche, soziale und medizinische Handlungskompetenzen entwickeln.

Geschichtlicher Rückblick

Um die Notwendigkeit einer Neuorientierung der Ausbildungskonzepte zu verdeutlichen, soll zunächst kurz die Entwicklungsgeschichte der Ersthelferschulung skizziert werden.

Wenngleich die Ursprünge der Erste-Hilfe-Ausbildung grundsätzlich in den Erfahrungen großer Kriege mit zahlreichen Verletzten begründet liegen, die nicht immer gleich von Sanitätspersonal oder Ärzten versorgt werden konnten und deshalb auf medizinische Laienhilfe angewiesen

waren, ist die Erste-Hilfe-Ausbildung *heutiger* Prägung nur vor dem Hintergrund der Entstehung des modernen Rettungsdienstes nachvollziehbar. Erst als der Rettungsdienst – damals hieß er natürlich noch nicht so, es wurde meist von „Unfallwagen“ gesprochen – ab den 50er Jahren nicht länger nur als Transportunternehmen verstanden wurde und man zunehmend die Bedeutung einer präklinischen Erstversorgung des Notfallpatienten vor der Fahrt zum Arzt bzw. dem Krankenhaus erkannte, machte es Sinn, medizinische Laien als unabdingbaren, festen Bestandteil in eine regelrechte Rettungskette zu integrieren (22). Nicht nur – wie in den Kriegen –, weil nicht immer gleich ausreichend Sanitätspersonal oder Ärzte mit dem notwendigen Material zur Verfügung standen, sondern auch, weil man die *eigenständige* Bedeutung einer schnellen und sachgerechten Hilfeleistung vor Ort erkannte, mit der die Entstehung weiterer Folgeschäden vermieden werden konnte und mit der es von nun an in vielen Fällen gelang, den Gesundheitszustand des Verletzten schon vor Ort zu stabilisieren. Geprägt durch die Erfahrungen großer Kriege konzentrierte man sich in der Notfallmedizin – und dementsprechend auch in der Schulung von Ersthelfern – zu dieser Zeit allerdings vorrangig auf das Management chirurgischer Notfallsituationen, d.h. auf die Versorgung von Wunden und Blutungen sowie auf die Ruhigstellung frakturierter Extremitäten: In Erste-Hilfe-Lehrgängen wurde das Herstellen und Anlegen provisorischer Schienen ebenso ausführlich geübt wie zum Beispiel möglichst exakte Verbandstechniken mit dem Befestigungs-, Spiral- und Achtergang.

Erst viele Jahre später, gegen Ende der 80er Jahre, verlagerten sich die Schwerpunkte nach teilweise recht kontrovers geführten Diskussionen von der klassischen ersten Hilfe bzw. dem „Pflasterkleben“ zur Durchführung von Maßnahmen bei internistischen Notfällen, insbesondere der Herz-Lungen-Wiederbelebung (13). Erneut wurde damit einer Entwicklung Rechnung getragen, die zunächst im Rettungsdienst zu beobachten war, nämlich der starken Zunahme von internistischen gegenüber chirurgischen Notfallpatienten.

Erst in der jüngsten Vergangenheit wurde man darauf aufmerksam, dass erste Hilfe nicht auf die Durchführung medizinisch-technischer Hilfsmaßnahmen beschränkt bleiben darf, sondern zugleich auch die psychische Betreuung von Notfallpatienten beinhalten muss (z.B. 17). Etwa zur gleichen Zeit wurden erstmals Hemmschwellen bei der

Hilfeleistung und Faktoren, die die Hilfsbereitschaft beeinflussen, thematisiert – meist jedoch nur anlässlich von Ausbilderfortbildungen und leider nicht als von nun an obligatorische Unterrichtsthematik (1, 5, 21, 22).

Unterrichtsmethodisch ist zu beobachten, dass sich eine Entwicklungstendenz weg vom imitativen Drill hin zum lockeren Unterrichtsgespräch und dem Lernen mit Fallbeispielen abzeichnet. Dennoch überwiegt noch immer der



Abb. 4: Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Laien: Auch die Art der Vermittlung trägt dazu bei, Hemmschwellen vor der Durchführung aufzubauen!

Frontalunterricht (14), und das Unterrichtsgeschehen wird durch eine inzwischen als veraltet anzusehende, einseitig lernzielorientierte Didaktik in hohem Maße programmiert bzw. technisiert (16).

Zusammenfassend ist von daher festzustellen, dass sich die Erste-Hilfe-Ausbildung sicherlich beständig weiterentwickelt hat und insbesondere den notfallmedizinischen Erfordernissen Rechnung getragen wurde; der Stand der didaktisch-methodischen Unterrichtskonzeptionen entspricht jedoch noch immer dem der frühen 70er Jahre (16).

Die Begründung von Unterrichtsinhalten und Gegenständen

Die Begründung der Inhalte und Gegenstände von Erste-Hilfe-Lehrgängen ist in der Vergangenheit fast ausschließlich aus notfallmedizinischer Sicht erfolgt; Erziehungswissenschaftler sind an der Konzeption bisheriger Lehraussagen kaum oder sogar überhaupt nicht beteiligt gewesen. Bislang wurden primär medizinische Sachverhalte und Notwendigkeiten (13) (z.B. die Herstellung einer bestimmten Lagerung) als Ausbildungsinhalte festgelegt – und *erst dann* erfolgte deren (ansatzweise) didaktische Reduktion und deren konkrete Formulierung in „fachlich abgesicherten Lehraussagen“ (3), um die grundsätzliche Vermittelbarkeit dieser Inhalte im Bereich der Schulung von medizinischen Laien zu gewährleisten.

Bei der Konzeption dieser Lehraussagen wurden die subjektiven Interessen und (Lern-)Voraussetzungen der Teilnehmer von Erste-Hilfe-Ausbildungen jedoch nur unzurei-

chend berücksichtigt (vgl. unten die Ausführungen zur Teilnehmerorientierung). Zweifellos wäre es notwendig gewesen, erziehungswissenschaftliche Überlegungen schon von vornherein stärker in die Leitfadengestaltung einzubeziehen und die Erziehungswissenschaft nicht nur damit zu beauftragen, die spätere Vermittelbarkeit von medizinisch bereits recht exakt definierten Inhalten in den Lehrgängen zu ermöglichen.

So erscheint beispielsweise die Forderung danach, dass Lehrgangsteilnehmer das Herstellen der stabilen Seitenlage erlernen sollen, aus *medizinischer* Sicht zweifellos gerechtfertigt. Tatsache ist jedoch, dass es sich bei der Technik zur Herstellung der stabilen Seitenlage für medizinische Laien *keinesfalls* um eine leichte und dauerhaft gut einzuprägende Maßnahme handelt – auch dann nicht, wenn es zu Werbebezwecken für die erste Hilfe immer wieder so dargestellt wird. Empirisch nachgewiesen wurde jedenfalls, dass Lehrgangsteilnehmer schon nach kurzer Zeit nicht mehr dazu in der Lage waren, die stabile Seitenlage auch nur annähernd leitfadengemäß durchzuführen (13). Die lernwirksame Vermittlung der bisherigen Technik zur Herstellung der stabilen Seitenlage erscheint somit als zumindest nicht unproblematisch. Die Suche nach geeigneten Alternativen zur stabilen Seitenlage, wie sie im Übrigen z. T. ja sogar vom Fachpersonal des Rettungsdienstes nicht immer sicher beherrscht wird, wäre von daher durchaus gerechtfertigt und anzustreben.

Ließe sich beispielsweise das Herstellen der einfachen Bauchlage mit rekliniertem Hals und zur Seite gewendtem Kopf nicht viel besser an Laien vermitteln, weil es sich – im Gegensatz zur stabilen Seitenlage – erstens um eine dem Laien grundsätzlich bekanntere, nachvollziehbare Körperposition handelt und diese zweitens auch technisch erheblich leichter erlernt werden kann? Ist die Bauchlage (die bei Kleinkindern übrigens ohnehin als legitime Variante der stabilen Seitenlage gelehrt wird) so viel weniger effektiv als die stabile Seitenlage, dass man in vielen Notfallsituationen nicht mit der sicher und gut begründet durchgeführten Bauchlage anstelle einer gar nicht durchgeführten stabilen Seitenlage zufrieden sein könnte?

Wäre es nicht notwendig, medizinisch korrekte und legitimierte Maßnahmen nicht nur im Nachhinein didaktisch zu *reduzieren*, sondern von vornherein wesentlich zu *ver-*

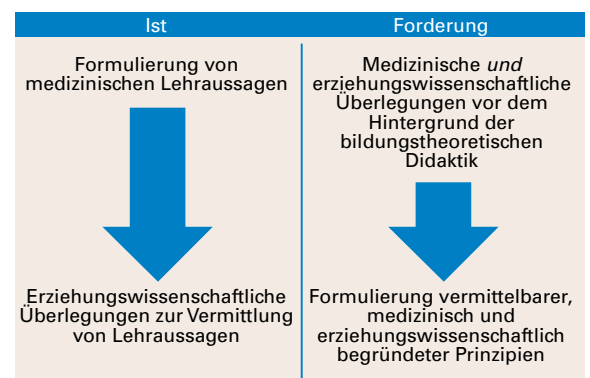


Abb. 5: Konzeption von Lehraussagen



ändern, so dass sie auch von einem Laien dauerhaft und sicher beherrschbar sind? – Ein neuer Diskurs über die Inhalte und Gegenstände der Erste-Hilfe-Ausbildung scheint vor diesem Hintergrund jedenfalls angebracht, will man die spätere Handlungskompetenz von Lehrgangsteilnehmern nicht nur kurzfristig, sondern für einen deutlich längeren Zeitraum sichern (Abb. 5). Garms-Homolova und Schaeffer schreiben dazu: „Nicht der Maximalanspruch der Notfallmedizin sollte leitend sein, sondern das, was gut und dauerhaft in das Handlungsrepertoire überführt werden kann.“ (13)

Natürlich muss hier abschließend darauf hingewiesen werden, dass auch eine häufigere Wiederholung der Erste-Hilfe-Ausbildung wünschenswert wäre und sich die Handlungskompetenz von Lehrgangsteilnehmern in gewissem Maße sicherlich auch auf diesem Wege steigern ließe. Vor dem Hintergrund der gekürzten bzw. ab 2001 sogar gänzlich gestrichenen Bundesmittel für die Breitenausbildung und der damit verbundenen Steigerung der Teilnahmegebühren (11) scheint die Forderung nach einer regelmäßigen Wiederholung der Ersthelferschulung allerdings auf unabsehbare Zeit nicht umsetzbar zu sein. Umso dringender ist es also, auf die Notwendigkeit der Veränderung von Ausbildungskonzepten hinzuweisen!

Die Anordnung und Auswahl der Inhalte und Gegenstände

In den bisherigen Leitfäden und zahlreichen Veröffentlichungen zur ersten Hilfe erfolgt die Anordnung der einzelnen Inhalte zumindest teilweise vorrangig nach *medizinischen* Gesichtspunkten, d.h. entsprechend medizinischen Fachdisziplinen. Im Erste-Hilfe-Handbuch des DRK (4) beispielsweise wurden Asthma bronchiale, Herzinfarkt, Schlaganfall und Notfälle durch die Zuckerkrankheit einem Anhang zugeordnet, in dem akute Erkrankungen zusammenfassend beschrieben werden.

Im Bereich der Schulung medizinischer Laien dürfte es allerdings sinnvoller sein, alle Notfallsituationen lediglich symptomorientiert anzuordnen – und zwar nach dem jeweiligen Symptom, das der Ersthelfer als Erstes erkennen bzw. das ihm als Erstes auffallen wird. So sollten Schlaganfall und Notfälle durch die Zuckerkrankheit als Störungen des Bewusstseins thematisiert werden, Asthma bronchiale ist dementsprechend als Störung der Atmung einzuordnen. Dem konsequenten Befolgen des gängigen Taktikschemas „Erkennen – Überlegen – Handeln“ würde man mit einem solchen Verfahren wohl nur entgegenkommen.

Fehlende Teilnehmerorientierung

Im Hinblick auf die Auswahl der Inhalte besteht insofern ein Problem, als der Ausbilder diese *verbindlich* vorgegeben bekommt, zum Unterrichten exakt dieser Inhalte verpflichtet wird und eine wirkliche Teilnehmerorientierung, für die der Ausbilder weit größeren Freiraum bei der Auswahl und Legitimation von Unterrichtsgegenständen haben müsste, somit gar nicht möglich ist (3). Hierzu sei auf

die Veröffentlichung von Nachtmann (22) verwiesen, der sich ausführlich mit der Problematik einer fehlenden didaktischen Analyse befasst und letztlich aufzeigt, wie beispielsweise ein wirklich teilnehmerorientiertes Unterrichtskonzept für die Erste-Hilfe-Ausbildung in Hauptschulen aussehen müsste (13).

Die Vorstellung, dass mit einem einzigen Leitfaden, der für den Unterricht bei den verschiedensten Teilnehmergruppen bindend vorgegeben wird, teilnehmerorientiert ausgebildet werden könnte, ist jedenfalls irrsinnig; und so zeugt der gut gemeinte Hinweis im Vorwort des DRK-Leitfadens zur ersten Hilfe, dass „unterschiedliche Voraussetzungen [der Teilnehmer; Anm. d. Verf.] hinsichtlich Alter, Vorbildung, Lernfähigkeit und Lernbereitschaft [...] berücksichtigt werden [müssen]“ (3), nur von einem ungenügenden Verständnis dessen, was aus erziehungswissenschaftlicher Sicht mit der Forderung nach teilnehmerorientiertem Unterricht gemeint ist (13).



Abb. 6: Durch die Vermittlung von Regeln der Psychischen ersten Hilfe kann möglicherweise auch die Hilfsbereitschaft gesteigert werden

Forschungsinteresse und Formulierung von Lehraussagen

Bezugnehmend auf das primäre Forschungsinteresse der zuständigen Institutionen und die Formulierung der einzelnen Lehraussagen ist festzustellen, dass man sich in der Analyse medizinwissenschaftlicher Details geradezu verliert und die Realität, wie sie sich im Notfall für den medizinischen Laien darstellt, zunehmend verkennt: Potenzielle Ersthelfer werden abgeschreckt, demotiviert bzw. geradezu davon *abgehalten*, in Notfallsituationen zu helfen; und mitunter werden sogar Ausbilder verwirrt oder verunsichert.

Das vorrangige Ziel der Erste-Hilfe-Ausbildung, Laien *überhaupt* zur Hilfeleistung zu motivieren, kann auf diesem Wege jedenfalls ganz sicher nicht erreicht werden: Im günstigsten Fall bewirken die leidigen und wenig ergiebigen Diskussionen mit z.T. sogar widersprüchlichen Empfehlungen der American Heart Association (AHA), des European Resuscitation Council (ERC), des Deutschen Beirats für erste Hilfe und Wiederbelebung und nicht zuletzt auch des International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), dass der Beginn effektiver Hilfsmaßnahmen lediglich verzögert wird; im ungünstigsten Fall unterbleibt die Hilfelei-

stung aber ganz – und zwar v. a. aus Angst des medizinischen Laien davor, ohnehin nicht alles genau so tun zu können, wie es im Lehrgang womöglich gefordert wurde. Die Einstellung, lieber nichts zu tun als etwas möglicherweise nicht ganz Korrektes, wird durch die bisherige Erste-Hilfe-Ausbildung also möglicherweise noch unterstützt.

So sind zum Beispiel die Suche nach dem idealen Beatmungsvolumen, die fragliche Durchführung einer Mundinspektion vor dem Beginn der Atemspende, die ebenso fragliche Durchführung des diagnostischen Blocks und eventueller Initialbeatmungen vor dem Beginn der Herz-Lungen-Wiederbelebung sowie die bislang uneinheitlich beantwortete Frage nach dem idealen Zeitpunkt, um bei Auffinden einer Person mit Herz-Kreislauf-Stillstand den Notruf abzusetzen, aus medizinischer Sicht zweifellos interessant (8, 9, 23) – für die Schulung von Laien (und ebenso die Notfallpraxis des Laien) erscheinen sie jedoch als relativ *irrelevant*. Gleiches gilt auch für altersabhängig differierende Sollfrequenzen und Rhythmen bei der Reanimation (10, 15), die Frage danach, ob die Mund-zu-Nase-Atemspende der Mund-zu-Mund-Atemspende vorzuziehen ist und eine Vielzahl weiterer medizinischer Problemstellungen.

Medizinische Details dürfen keine Zweifel und Ängste schaffen

Angesichts der ohnehin schon schlechten Motivationslage in der Bevölkerung für die Durchführung von Hilfeleistungen dürfen diese medizinischen Details nicht das Unterichtsgeschehen bestimmen, weil sie Ängste schaffen und Laien an den eigenen Fähigkeiten, Maßnahmen korrekt und effektiv durchführen zu können, in erheblichem Maße zweifeln lassen. Solange noch nicht einmal die generelle Bereitschaft zur Durchführung einer Atemspende vorausgesetzt werden kann, ist es müßig, sich über die Effektivität verschiedener Beatmungsvolumina Gedanken zu machen.

Angaben zur Korrektheit von Maßnahmen müssen stattdessen *ausschließlich* so erfolgen, dass sie für Laien einfach und auch in der Praxis jederzeit nachvollziehbar sind: So ist zum Beispiel die Atemspende dann richtig, wenn sich

Abb. 7: Grundlegende Prinzipien

Prinzipienorientierte Erste-Hilfe-Ausbildung

- Beachte Deine eigene Sicherheit!
- Kontrolliere regelmäßig Bewusstsein, Atmung und Puls!
- Lagere den Betroffenen nach Wunsch!
- Lagere Bewusstlose in der stabilen Seitenlage!
- Rufe den Rettungsdienst mit Nummer ...!
- Erhalte die Eigenwärme des Betroffenen!
- Bleibe stets bei dem Betroffenen!
- Bedecke Wunden möglichst keimfrei!
- Übe Druck auf stark blutende Wunden aus!
- Kühle Verbrennungen!
- Stelle Knochenbrüche ruhig!
- Beatme bei Atemstillstand!
- Beatme und massiere das Herz bei Herz-Kreislauf-Stillstand!

der Brustkorb des Patienten bei der Beatmung sichtbar hebt und senkt – unabhängig davon, ob nun 350 ml, 400 ml, 500 ml oder 600 ml insuffiziert wurden, und unabhängig davon, ob mit der jeweiligen Atemspende irgendeiner nur medizinisch-wissenschaftlich zu rechtfertigenden Empfehlung entsprochen wurde: Es gilt erneut, sich auf das zu konzentrieren, was ein medizinischer Laie können kann – und man muss damit zufrieden sein, dass geholfen wird: Die einzige Alternative lautet sonst, dass eben *nicht* geholfen wird.

PAKET	NELKE
Puls und	Notruf absetzen
Atmung kontrollieren	Eigenwärme erhalten
Kurzen Notruf absetzen	Lagerung nach Wunsch
Eigenwärme erhalten	Kontrolle d. Vitalfunktionen
Trostende Zuwendung	Einfühlsame Betreuung

Abb. 8: PAKET

Abb. 9: NELKE

In diesem Zusammenhang stellt sich im Übrigen auch die Frage, wie viele Reanimationen durch Laien unterblieben sind, nur weil der potenzielle Ersthelfer sich nicht mehr an den korrekten Rhythmus von Atemspende und Herzdruckmassage erinnern konnte und folglich lieber nichts getan hat, als eine Maßnahme durchzuführen, die dann ja nicht exakt den Forderungen des Erste-Hilfe-Lehrgangs entsprochen hätte! Aber ist nicht zum Beispiel selbst ein fantasievoller Rhythmus von 4 Beatmungen und 20 Thoraxkompressionen noch effektiver als gar keine Herz-Lungen-Wiederbelebung? Hier sollte sorgfältig zwischen Kosten und tatsächlichem Nutzen detailliert formulierter Lehraussagen sowie der übermäßig strengen Beachtung derselben abgewogen werden (siehe unten).

Bekannt sind jedenfalls eine Vielzahl von Lehrgängen, in denen Teilnehmern zusätzliche Hemmschwellen vor der Hilfeleistung aufgebaut werden, weil permanent und demotivierend auf vermeintliche „Fehler“ hingewiesen wird, die sich – aus einer vernünftigen Distanz zur Sache betrachtet – letztendlich nur als zu tolerierende Abweichungen von den bestehenden Lehraussagen erweisen.

Alle beteiligten Institutionen wären gut damit beraten, diese Überlegungen schon in die Formulierung von Lehraussagen einzubeziehen; und anstelle einer erneuten Überarbeitung der derzeit gebräuchlichen Reanimationsalgorithmen (23) wären erziehungswissenschaftlich fundierte Empfehlungen für einen motivierenden und möglichst lernwirksamen Unterricht wünschenswert. Sinnvoll erscheint beispielsweise, anstelle möglichst detailliert formulierter Lehraussagen verstärkt Wert auf die Vermittlung grundsätzlich zu beachtender *Prinzipien* zu legen, die – regelmäßig wiederholt – das gesamte Unterrichts-geschehen begleiten könnten und die fast den gesamten Inhalt der Erste-Hilfe-Ausbildung didaktisch auf das Wesentliche reduziert beinhalten würden (Abb. 7). Mit der Konzeption des so genannten



„PAKET“ (Abb. 8), alternativ auch der Regel „NELKE“ („Jeder Notfallpatient bekommt eine Nelke überreicht ...“; Abb. 9) wurde diesbezüglich ein Schritt in die richtige Richtung unternommen, weil hier eine klare Anleitung zu Maßnahmen gegeben wird, die *ausnahmslos immerrichtig* sind. Schade jedoch, dass das PAKET bislang zwar in einigen Werbe-Faltheftchen der Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe veröffentlicht wurde, es aber noch keinen Eingang in den offiziellen Erste-Hilfe-Leitfaden gefunden hat, wie er beispielsweise vom DRK verwendet wird.

Anwendbarkeit, Übertragbarkeit und Improvisation

Ein weiteres Problem, das sich aus dem bisherigen Umgang mit Lehraussagen ergibt (und das sich ebenfalls durch die Vermittlung zielorientierter Prinzipien anstelle detaillierter Lehraussagen lösen lassen könnte), ist die mangelnde Anwendbarkeit übermäßig detail- und durchführungsorientierter Vorgaben in konkreten Notfallsituationen. Es wird in Erste-Hilfe-Lehrgängen zum Beispiel viel zu viel Wert darauf gelegt, dass Hilfsmaßnahmen exakt *so* durchgeführt werden, wie es der Leitfaden vorschreibt – und gleichzeitig wird an keiner Stelle der offiziellen Ausbildungsunterlagen eingeräumt, dass Abweichungen vom Unterrichtsgeschehen in der Praxis vielfach unvermeidbar bzw. sogar notwendig und völlig legitim sind, weil sich reale Notfallgeschehnisse allein durch deren große Variabilität fast zwangsläufig erheblich anders darstellen werden als die im Unterricht thematisierten Fallbeispiele. Die mitunter geradezu dogmatisch betriebene Vermittlung detailliert beschriebener Inhalte der Leitfäden bzw. Ausbildungsvorschriften, die schon von der Art ihrer Konzeption her kaum Interpretations- und Veränderungsmöglichkeiten zur Anwendung in konkreten Notfällen beinhalten, und deren Darstellung als das einzig und immer Richtige kann somit per definitionem nicht zum gewünschten Ziel der Erste-Hilfe-Ausbildung führen, die Handlungskompetenz medizinischer Laien im Notfall zu stärken.

**Jegliche Reanimation
ist besser als gar keine**

Insbesondere wird die Bedeutung der *Improvisation* als unabdingbare Schlüsselqualifikation für das spätere Handlungsvermögen von Ersthelfern völlig verkannt, und so wird Lehrgangsteilnehmern mit den bestehenden Unterrichtskonzepten längst nicht genug Gelegenheit dazu gegeben, die Fähigkeit zu entwickeln, allgemeine Lehraussagen auf begründete Weise – und u. U. auch verändert! – auf konkrete Notfallsituationen anzuwenden.

Wer zum Beispiel darauf besteht, dass die stabile Seitenlage stets exakt und lediglich gemäß den Leitfadenvorgaben hergestellt wird, nimmt den Lehrgangsteilnehmern den Mut, im Notfall zu improvisieren – und letztlich aber auch *zu handeln!* Und je exakter bzw. detaillierter auf die Einhaltung von Lehraussagen geachtet wird, umso weniger ist die jeweilige Lehraussage später auf reale Notfallsitua-

tionen übertragbar. Was soll ein Ersthelfer zum Beispiel tun, wenn der bewusstlose Betroffene einmal nicht – wie im Lehrgang meist üblich – auf dem Rücken liegt? Er wird die Technik zur Herstellung der stabilen Seitenlage, wie er sie im Lehrgang erlernt hat, hier jedenfalls nicht ohne weiteres anwenden können.



Abb.10: Jeder Notfall stellt sich konkret anders dar, so dass das sture Befolgen eines starren Schemas kaum möglich erscheint

Wichtig wäre also, von der detail- und durchführungsorientierten Nachahmung von Techniken wegzukommen und die Handlungsbereitschaft von Lehrgangsteilnehmern mit einer vorrangig *zielorientierten* Vermittlung von Unterrichtsinhalten zu erhöhen: Die Erfahrung zeigt, wie erleichtert und hochmotiviert Lehrgangsteilnehmer sind, wenn sie erfahren, dass nicht die exakte Durchführung einzelner Maßnahmen, sondern stattdessen das Erreichen bestimmter *Ziele* entscheidend ist. Ebenso sollte eingesehen werden, dass es in der Ausbildung von Laien keinen Sinn macht, Handlungsabläufe in rigide schematische Algorithmen zu pressen. Die Tatsache, dass das bekannte Ablaufschema zum Auffinden einer Person in den vergangenen Jahren (zum Leidwesen der Ausbilder und Lehrgangsteilnehmer gleichermaßen) diverse Male überarbeitet bzw. verändert wurde (Stichwort: Diagnostischer Block) (3, 6, 7), ist als Bestätigung für die These anzusehen, dass die Konzeption solcher Algorithmen nur als Irrweg bezeichnet werden kann.

Die konkrete Notfallsituation ist prinzipiell durch zu viele unbeeinflussbare und unterschiedliche Faktoren bestimmt, so dass das sture Befolgen eines starren Schemas von vornherein gar nicht möglich scheint (vgl. oben) – und zwar erst recht dann nicht, wenn man sich in die psychische Situation eines *Laien* im Notfallgeschehen hinein versetzt. Wichtig sind doch nicht eine, zwei oder vier Initialbeatmungen zu Beginn einer Herz-Lungen-Wiederbelebung, sondern lediglich die Tatsache, *dass* man einen Herz-Kreislauf-Stillstand als solchen rasch erkennt und anschließend *überhaupt* mit Reanimationsmaßnahmen beginnt. So weisen u.a. Dick und Schneider darauf hin, dass *jegliche* (!) Reanimation besser ist als gar keine (8) – und letztlich geht es doch einzig und allein darum, den akut drohenden Tod des Betroffenen zu verhindern. Nur darauf kommt es an, und entsprechend deutlich sollte zunächst *diese* Tatsache in Erste-Hilfe-Lehrgängen vermittelt werden. ■

Teil 2 des Beitrages und Literatur in der Dezemberausgabe