

„Den kenne ich doch!“ Konfrontation von Einsatzkräften mit persönlich bekannten Notfallopfern

Autor:

Prof. Dr. phil.
Harald Karutz
Diplom-Pädagoge
und Lehrrettungs-
assistent,
Notfallpädagogisches Institut,
Müller-Breslau-
Str. 30a,
45130 Essen,
karutz@notfall-
paedagogik.de

Die meisten Patienten und deren Angehörige sind dem Rettungsteam unbekannt, fast immer handelt es sich um Fremde. Vor allem in ländlichen Rettungsdienstbereichen, insbesondere bei First-Responder- bzw. Helfer-vor-Ort-Einsätzen in der unmittelbaren Umgebung des eigenen Wohnortes, werden Rettungsdienstmitarbeiter aber auch mit Notfallopfern konfrontiert, die ihnen persönlich vertraut sind (siehe Kasten). Mit welchen besonderen Belastungen dies verbunden sein kann, wird im folgenden Beitrag dargestellt. Außerdem werden Strategien beschrieben, die dabei helfen sollen, den Umgang mit diesen Einsatzsituationen etwas zu erleichtern. Grundlage des Beitrags sind theoretische Überlegungen sowie explorative Interviews mit 15 professionellen Helfern, die bereits einschlägige Erfahrungen sammeln mussten.

Lesen Sie zu diesem Thema auch den Fallbericht „Einsatz am psychischen Limit: Patientin ist vermutlich deine Tochter ...“ ab S. 56 in dieser Ausgabe.

Grundsätzliches

Einsätze, bei denen Menschen aus dem persönlichen Umfeld versorgt werden müssen, gehören prinzipiell zu den Erfahrungen, die sich kaum jemand wünscht und auf die die meisten Rettungsdienstmitarbeiter sicherlich gern verzichten. Um das Risiko zu verringern, in Notfallsituationen einen Freund, Bekannten oder Verwandten als Unglücksopfer anzutreffen, arbeiten einige Einsatzkräfte bewusst nicht in der Stadt, in der sie wohnen – oder sie legen Wert darauf, zumindest nicht auf der Rettungswache Dienst zu leisten, in deren Zuständigkeitsbereich sich ihr privates Umfeld findet. Dies zeigt, welchen Respekt bzw. auch welche Angst Helfer davor haben, persönlich bekannte Notfallpatienten anzutreffen (3). Die besonderen Belastungen in solchen Situationen können viele unterschiedliche Ursachen haben:



Abb. 1: Der Patient ist ein Freund, Bekannter oder Verwandter – eine psychische Extremsituation

Überraschung → Dass Rettungsdienstmitarbeiter einen Notfallpatienten versorgen müssen, den sie persönlich kennen, ist zunächst einmal extrem unwahrscheinlich. Kaum jemand rechnet damit. Im Fall des Falles können Helfer entsprechend überrascht und unvorbereitet sein. Die Notwendigkeit, sich (noch dazu schnell!) auf eine derart unerwartete Lage einzustellen, kann zu einer Denkblockade führen (Rettungsassistent: „Als ich Peters Frau erkannt habe, war ich wie gelähmt. Einen Augenblick lang habe ich keinen klaren Gedanken fassen können!“).

Beispiel 1

Schwerer Verkehrsunfall auf einer Landstraße. Ein Rettungswagen trifft ein, ein Rettungsassistent erkundet die Einsatzstelle – und stellt fest, dass auf dem Beifahrersitz des verunglückten Pkw der eigene Sohn gesessen hat. Er ist eingeklemmt, bewusstlos und schwer verletzt.

Beispiel 2

Mit der Notfallmeldung „bewusstloses Kleinkind, vermutlich Reanimation“ wird ein Rettungswagen alarmiert. Beim zweiten Blick auf den digitalen Meldeempfänger wird einer der beiden Rettungsassistenten stutzig: „Dorfstraße 18 bei Schulz“? Das ist doch bei den eigenen Nachbarn! Ist das Kind etwa die kleine Leonie?“

Beispiel 3

Die Besatzung eines Notarztwagens trifft an der Einsatzstelle ein. In einer Bäckerei ist ein junger Mann krampfend zusammengebrochen. Tief zyanotisch liegt er bäuchlings auf dem Boden. Der Notarzt dreht die Person um – und erkennt einen seiner besten Freunde.



Verlust professioneller Distanz → Durch persönliche Verbundenheit zu einem Notfallpatienten kann die professionelle Distanz, d.h. die im Einsatzalltag sonst durchaus schützende „Ent-Personalisierung“ durchbrochen werden. Es handelt sich eben nicht um irgendeinen (fremden) Patienten („männlich, etwa 30 Jahre“), sondern um eine ganz bestimmte, vertraute Person („Das ist doch der Heinz!“). Dadurch können Helfer emotional deutlich stärker involviert sein als bei anderen Einsätzen. Hilfslosigkeit und Angst – um den Patienten, vor Fehlern bzw. eigenem Versagen, vor den Folgen der Situation usw. – werden meist viel intensiver erlebt.

Selbstbezug → Einen Menschen aus dem eigenen persönlichen Umfeld versorgen zu müssen, konfrontiert Helfer in gewisser Weise mit der eigenen Gefährdung und Verletzlichkeit. Wenn ein Familienmitglied, ein Vereinskamerad, ein alter Schulfreund usw. versorgt werden muss, handelt es sich um einen Menschen aus eben der Gruppe, der man ja auch selbst angehört (Rettungsassistent nach der erfolglosen Reanimation eines Kollegen: „Der Hannes war einfach einer von uns!“). Je stärker der persönliche Bezug zu eben dieser Gruppe ist, umso mehr wird die Situation erlebt, als ob man z.B. selbst verletzt worden wäre. Auch kann der Gedanke reifen: „Das hätte ich sein können!“ Die doppelte Wortbedeutung von „Betroffenheit“ verdeutlicht dieses Problem ebenfalls: Einerseits kann die emotionale Betroffenheit gemeint sein („ich bin betroffen“ – im Sinne von „ich bin traurig“), andererseits die Tatsache, dass etwas einen „angeht“, dass etwas auf einen selbst bezogen ist („es betrifft mich“).

Ablenkung → Über Menschen, zu denen man einen persönlichen Bezug hat, weiß man üblicherweise mehr als über Fremde. Daraus kann resultieren, dass man sich gedanklich auch umso mehr mit den Notfallursachen und -folgen beschäftigt als bei Menschen, die man eben nicht näher kennt. Bei einem Verkehrsunfall, der z.B. von einem alkoholisierten Jugendlichen ohne Führerschein verursacht worden ist, drängt sich womöglich ein Gedanke auf wie: „Dass der Jonas so etwas macht, hätte ich ihm niemals zugetraut! Der ist sonst immer so vernünftig! Was ist nur in ihn gefahren?“ Bei einer fremden Person gibt es für derartige Überlegungen viel weniger Anlass, weil man über sie zu wenig weiß und allenfalls spekulieren müsste.

Unter Umständen beschäftigen sich Einsatzkräfte auch intensiver mit den aktuellen Lebensumständen eines persönlich bekannten Notfallpatienten (Rettungsassistent: „Meine Güte, die haben doch gerade erst geheiratet!“). Zudem können Erinnerungen an Ereignisse oder Situationen geweckt werden, die man womöglich sogar gemeinsam erlebt hat (Rettungsassistentin: „Während ich die Herzmassage durchgeführt habe, musste ich die ganze Zeit daran denken, wie wir als Kinder zusammen einen Erste-Hilfe-Kurs besucht haben.“). Solche Gedanken lenken Einsatzkräfte ab, eventuell wird die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt.

Handlungsdruck → Bei der notfallmedizinischen Versorgung von Menschen aus dem eigenen Umfeld empfinden

Rettungskräfte einen höheren Handlungsdruck als bei anderen Einsatzsituationen. Sie rücken z.B. besonders schnell aus, fahren besonders schnell zum Einsatzort, möchten alle Maßnahmen besonders sorgfältig durchführen, geben sich insgesamt besonders „viel Mühe“ usw. (Rettungsassistent: „Bei jedem anderen hätten wir längst aufgegeben. Aber weil es der Vater eines Kollegen war, haben wir wirklich alles versucht und viel, viel länger reanimiert, als wir das sonst getan hätten. Wir wollten einfach nicht aufgeben!“).

Fehlererleben → Je höher der subjektiv empfundene Handlungsdruck, also die gefühlte Verpflichtung zu einer besonders „guten“ Hilfeleistung, umso belastender dürfte es sein, wenn in einem Einsatz Fehler auftreten, sich Kollegen unangemessen verhalten oder Mängel im Gesamtsystem deutlich werden. Schon bei einem fremden Notfallpatienten wird man es kaum akzeptieren wollen, wenn in der nahe gelegenen Intensivstation z.B. kein Beatmungsplatz mehr zu bekommen ist und man deshalb den weiten Weg zum Krankenhaus in der Nachbargemeinde in Kauf nehmen muss. Wenn es sich beim Notfallpatienten jedoch um einen Angehörigen, einen Freund oder einen nahestehenden Bekannten handelt, dürfte es noch viel schwieriger sein, sich mit einer solchen Situation abzufinden.



Abb. 2: Ein Kindernotfall, noch dazu im eigenen persönlichen Umfeld – vor solchen Einsätzen haben viele Helfer Angst

Rechtfertigungsdruck → Neben dem besonderen Handlungsdruck können Einsatzkräfte durch die Versorgung persönlich bekannter Notfallpatienten auch unter einen besonderen Rechtfertigungsgrund geraten. So fragen Angehörige, wenn diese die Helfer ebenfalls näher kennen, vielleicht noch einmal nach, was denn bei dem Einsatz warum getan (oder auch nicht getan) worden ist. Im Falle einer erfolglosen Reanimation müssen Helfer u.U. noch einmal Rechenschaft darüber ablegen, warum sie nicht doch mehr tun konnten und warum sie die Wiederbelebungsmaßnahmen nicht noch weitergeführt haben. Selbst wenn solche Fragen nicht gestellt werden, ist allein die Befürchtung, dass solche Fragen kommen könnten, für Einsatzkräfte u.U. schon eine Belastung.

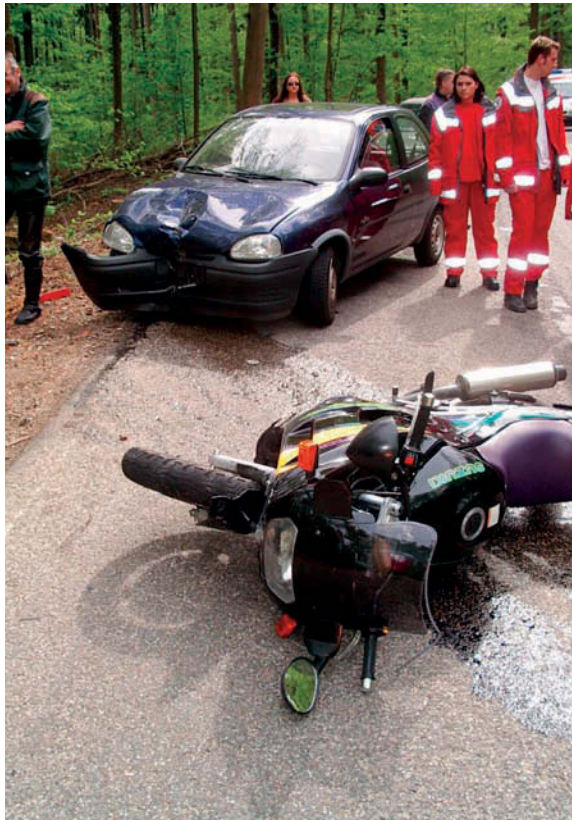


Abb. 3: Der Verunglückte ist ein Freund – warum ausgerechnet er?

Abb. 4: Der Handlungsdruck ist bei solchen Einsätzen noch höher als sonst



Rollengefüge, Schamgefühl → Die Konfrontation mit einem persönlichen Bekannten am Einsatzort verändert das vertraute Rollengefüge. Plötzlich ist z.B. der Sohn als Rettungsassistent gefragt, und der Vater ist nunmehr der Notfallpatient. Unter Umständen hat dies eine „Rollen-diffusion“ zur Folge. In diesem Zusammenhang können auch Schamgefühle besonders ausgeprägt sein (Rettungsassistent: „Ich habe wirklich bei hunderten Frauen EKG angelegt. Das ist überhaupt kein Thema. Aber bei meiner eigenen Mutter war mir das unendlich unangenehm, es war mir richtig peinlich!“). Der Grund für ein solches Empfinden liegt darin, dass man die eigene Mutter als erwachsener Sohn eben üblicherweise nicht am entkleideten Oberkörper anfasst, jedenfalls gehört es nicht zum gewohnten und selbstverständlichen Umgang miteinander.

Sinnfragen → Einsätze, bei denen man auf persönliche Bekannte trifft, werfen auch Sinnfragen auf. Da die Wahrscheinlichkeit solcher Einsätze prinzipiell eher gering ist, fragt sich ein Helfer vielleicht: „Wieso gerade ich? Wieso muss ausgerechnet ich jetzt auf dem Fahrzeug sitzen, das zu diesem Einsatz fährt?“ Mitunter ergeben sich daraus Spekulationen über eine besondere „Schicksalhaftigkeit“ (Rettungsassistent: „Also, ganz ehrlich: Dass ausgerechnet ich auf dem RTW gewesen bin, der zu meiner früheren Freundin fahren musste – das hat doch etwas zu sagen, oder etwa nicht?“).

Verabschiedung → Nach der Einlieferung eines persönlich bekannten Notfallpatienten in ein Krankenhaus besteht bei Einsatzkräften ein viel größeres Interesse zu erfahren, wie sich der Gesundheitszustand des Betroffenen weiter entwickelt. Aus dem höheren Handlungsdruck heraus fühlt

man sich eventuell auch verpflichtet, noch etwas länger bei seinem Freund bzw. Angehörigen oder Bekannten zu bleiben. Die Verabschiedung von diesem besonderen Patienten fällt wahrscheinlich schwerer als bei irgendeinem bis dahin völlig unbekanntem Menschen.

Auch in Gedanken wird ein Einsatz, bei dem man einen persönlich Bekannten versorgen musste, noch länger nachwirken. Eine daraus resultierende „retroaktive Hemmung“ kann die Handlungsfähigkeit bei einem direkten Folgeeinsatz u.U. beeinträchtigen. Die Gedanken an den vorherigen, außergewöhnlichen Einsatz verhindern dann, sich voll und ganz auf das aktuelle Einsatzgeschehen zu konzentrieren, man ist gedanklich noch immer gebunden.

Folgen → Die Folgen der Verletzung oder Erkrankung eines Fremden betreffen Einsatzkräfte in der Regel nicht. Sie interessieren, wenn überhaupt, eher aus fachlichen Gründen – etwa um zu erfahren, ob sich eine Verdachtsdiagnose in der Akutsituation später im Krankenhaus bestätigt hat. Sind persönlich Bekannte schwer verletzt oder erkrankt, ist dies anders: Die jeweiligen Folgen des Notfallgeschehens können sich sehr wohl auch auf die Helfer und ihr eigenes weiteres Leben auswirken. Stirbt ein enger Freund oder Angehöriger, ist derjenige ja eben nicht mehr da, mit dem man sich bislang austauschen konnte, der einem Halt und Geborgenheit gegeben hat usw. Hinzu kommt, dass man an dem Ereignis, von dem diese Folgen ausgehen, unmittelbar beteiligt gewesen ist. Und: Anders als nach Einsätzen, bei denen Fremde versorgt worden sind, bekommt man die Folgen des Notfalls dauerhaft und aus geringer Distanz mit. Auch diese Konfrontation kann zusätzlich belasten.



Vorschläge zur Selbsthilfe

Der folgende Teil des Beitrags enthält Vorschläge zur psychologischen Selbsthilfe, d.h. es werden Strategien vorgeschlagen, die dabei helfen können, die eigene Handlungsfähigkeit auch dann aufrechtzuerhalten, wenn Notfallpatienten persönlich bekannt sind.

Positive Bewertung → Persönlicher Bezug zu einem Notfallpatienten muss sich nicht zwingend negativ auswirken und die Versorgung erschweren. Im Gegenteil kann diese sogar begünstigt bzw. erleichtert werden. Wenn man den Betroffenen näher kennt, kann man ihn auch individueller betreuen. Man hat eine andere Gesprächsgrundlage und weiß häufig auch von speziellen Wünschen, Sorgen und Ängsten. Darauf kann man dann auch besser reagieren. Bei Reanimationssituationen im Bekanntenkreis ist eventuell sogar eine konkrete Patientenverfügung bekannt, was bei Entscheidungen über den Abbruch oder die Fortführung von Wiederbelebungsmaßnahmen hilfreich sein kann. Wissen über Vorerkrankungen und die Krankengeschichte eines Patienten trägt insgesamt dazu bei, aktuell aufgetretene Symptome angemessener einzuschätzen und die rettungsdienstliche Therapie mit fundierteren Informationen zu begründen, als dies bei den meisten anderen Einsätzen möglich ist: Häufig wird eher ein Informationsmangel als problematisch eingeschätzt – dies ist hier eindeutig nicht der Fall!

Eine sehr praktische Konsequenz des persönlichen Bezugs besteht auch darin, dass man – bei Einsätzen im häuslichen

Umfeld der Patienten – die Örtlichkeiten meist sehr genau kennt und daher der Anfahrtsweg exakt bekannt ist (Rettungsassistent: „Mein Onkel ist in der Kellerbar zusammengebrochen, in der ich selbst schon viele Abende mit ihm gefeiert habe!“).

Auch den Angehörigen eines Notfallpatienten kann man womöglich besser Trost spenden, wenn man sie etwas näher kennt, und diese sind oftmals sogar froh, dass im Einsatz zumindest eine vertraute Person erscheint („Gut, dass gerade Du da warst! Ich war so erleichtert, als ich Dich gesehen habe!“).

Helfer sollten sich auch diese durchaus positiven Aspekte vor Augen führen und den persönlichen Bezug zu einem Notfallpatienten nicht nur negativ bewerten (also eher nach dem Motto: „Je besser ich den Patienten kenne, umso besser kann ich ihm helfen.“ und nicht „Je besser ich den Patienten kenne, umso weniger werde ich wahrscheinlich helfen können.“). Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil Aussagen wie die zuletzt zitierte im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wirken könnten, d.h. je weniger Handlungsfähigkeit man von sich selbst erwartet, umso geringer wird die Handlungsfähigkeit auch tatsächlich sein.

Motivation → Auch das Empfinden eines besonders hohen Handlungsdrucks muss nicht zwingend negativ sein. Man kann es insofern positiv bewerten, als man bei Einsätzen



Ersatzfahrzeug? Rund um die Uhr! Gerken vermietet Einsatzfahrzeuge.

Der Gerken Mietservice baut sein Angebot an hochmodernen Einsatzfahrzeugen weiter kontinuierlich aus: Ab sofort stehen bundesweit auch RTWs auf 3,5-t-Basis, Behindertentransportwagen und NEF-Busse mit Allrad-Antrieb zur Verfügung.

Gerne zeigen wir Ihnen in einem persönlichen Gespräch alle Vorteile der Anmietung von Rettungsfahrzeugen auf und erläutern Ihnen ausführlich unseren **24-Stunden-Service mit sofortiger bundesweiter Zustellung**:

Telefon 0211/9 74 76-992
Mobil 0163/3 53 45 10

info@gerken-einsatzfahrzeuge.de
www.gerken-einsatzfahrzeuge.de

GERKEN
VERMIETET EINSATZFAHRZEUGE

Eigene Gerken-Niederlassungen in:

Berlin, Düren, Düsseldorf, Duisburg, Halle, Hamburg, Köln, Leipzig, Magdeburg, Marktheidenfeld, Neuss, Wietmarschen (Lingen), Elsloo (NL)





Abb. 5: Graue Hose, weiße Turnschuhe – kenne ich den etwa?

mit persönlich Bekannten sicherlich noch motivierter ist als bei der Versorgung fremder Personen. Auch hier kann die Aussage eines Rettungsassistenten verdeutlichen: „Ich war eigentlich hundemüde und hatte überhaupt keine Lust mehr, noch einmal raus zu fahren. Als ich dann auf dem Melder gelesen habe, wo wir hin sollten – zum Haus der Eltern meiner Freundin – da war ich auf einmal hellwach und bin in die Fahrzeughalle gerannt wie ein geölter Blitz!“ Anspannung und Aufregung sind vor diesem Hintergrund nicht per se schlecht, sondern wirken aktivierend, erhöhen die Aufmerksamkeit usw. Erst eine extreme Stressreaktion wirkt leistungsmindernd.

Distanzierungstechniken → Belastende, „kreisende“ Gedanken, die sich aus dem persönlichen Bezug zum Patienten ergeben („Was wird Jutta, seine Frau, bloß sagen?“) können unterbrochen werden, indem man z.B. die Technik des „Gedankenstopps“ anwendet (ausführlich siehe 1, 4). Eine weitere Strategie zur Aufrechterhaltung der eigenen Handlungsfähigkeit kann darin bestehen, den persönlichen Bezug gezielt auszublenden (Rettungshelfer: „Dass es die Frau von meinem Kumpel war, ist mir erst egal gewesen, ich hab einfach nur meinen Job gemacht!“). Es kann auch hilfreich sein, dem Notfallpatienten bewusst nicht ins Gesicht zu schauen – es sei denn, es ist zur Diagnostik oder für die Behandlung unbedingt notwendig.

Um zu vermeiden, dass ein solches Vorgehen zu einer Irritation bzw. sogar zu einer verstärkten Belastung des Patienten führt (möglicher Gedanke eines Patienten: „Das ist doch der Bernd! Warum erkennt der mich denn gar nicht? Warum schaut der mich gar nicht richtig an?“), sollte es diesem gegenüber allerdings zu Beginn der Hilfeleistung kurz verständlich gemacht werden, etwa mit einer Äußerung wie: „Hans, ich bin jetzt bei Dir! Wir tun alles, was wir können. Aber jetzt konzentriere ich mich erst einmal auf die Maßnahmen, ok?“

Auf diese Weise wird signalisiert, dass man den Freund bzw. Angehörigen oder Bekannten sehr wohl wahrgenommen hat, dann jedoch erst einmal die Durchführung einzelner Maßnahmen im Vordergrund steht. Dass im weiteren Verlauf alle sonstigen Regeln der Psychischen Ersten Hilfe

umgesetzt werden sollten, versteht sich natürlich von selbst (ausführlich siehe z.B. 2).

Zurückhaltung → Wenn man sich die notfallmedizinische Versorgung eines persönlich bekannten Patienten von vornherein keinesfalls zutraut, sollte man sich an der Einsatzstelle möglichst zurückhalten und z.B. auf das Aufziehen und Anreichen von Medikamenten oder die Vorbereitung anderer Materialien (Trage, Vakuummatratze usw.) beschränken. Die Durchführung der einzelnen Maßnahmen am Patienten müssten – nach einer kurzen Absprache – dann andere Kollegen übernehmen. Wenn Fahrer und Transportbegleiter eines Rettungswagens über die gleiche Qualifikation verfügen, sollten auf Wunsch z.B. auch die Positionen im Team ausgetauscht werden können.

Ablösung → Im Extremfall kann es notwendig sein, sich an der Einsatzstelle ablösen zu lassen, sodass die Versorgung des Notfallpatienten komplett von Kollegen, u.U. sogar von einer anderen Fahrzeugbesatzung, weitergeführt wird. Rettungsdienstmitarbeiter, die bei Einsätzen schon einmal persönliche Bekannte versorgen mussten, berichten allerdings mehrheitlich, dass sie durchaus handlungsfähig geblieben sind und im Endeffekt „funktioniert“ haben. Für zukünftige Konfrontationen mit persönlich bekannten Notfallopfern gibt dieser Hinweis Mut. Die eigene Ablösung ist also nicht zwingend erforderlich, in einem gut funktionierenden Rettungsteam sollte sie allerdings jederzeit möglich sein. ■

Literatur:

1. Karutz H (2009) Wenn die Belastungsgrenze erreicht ist: Psychologische Selbsthilfe in Extremsituationen. Rettungsdienst 32: 1172-1177
2. Lasogga F, Gasch B (2006) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 4. Aufl. Stumpf + Kossendey, Edewecht
3. Lasogga F, Karutz H (2005) Hilfen für Helfer. Prävention, Intervention und Nachsorge. Stumpf + Kossendey, Edewecht
4. Lasogga F, Munker-Kramer E (2009) Psychosoziale Notfallhilfe. „Psychische Zweite Hilfe“ durch Notfallseelsorger und Kriseninterventionsteams. Stumpf + Kossendey, Edewecht