

Alexander Nikendei
(Hrsg.)

S+K
Stumpf+Kossendey
Verlag

Einsatzwissen für

Rettungsdienst

Sanitätsdienst

Feuerwehr

Polizei

PSNV

Rettungsdienst-Praxisbuch

Kommunikation

Verstehen und verständigen.

Rettungsdienst-Praxisbuch Kommunikation.

Verstehen und verständigen.

Hrsg. Alexander Nikendei

Mit Beiträgen von

Tim Bärsch
Sandra Bergmann
Robert Beyer
Konstantin Bickel
Ralf Bösel
Thomas Bronisch
Till J. Bugaj
Karoline Ellrich
Frederik Geisler
Philipp Gotthardt
Timo Grünbacher
Stefan Häseli
Arno Helfrich
Hans Jürgen Heppner
Johannes Holz

Susanne Hülsken
Hildegard Jorch
Harald Karutz
Julian Kefer
David Kindermann
Ulrike Krivec
Heiko Kunert
Martin Lossie
Marion Maier
Sven Mautner
Stefan Merz
Sabine Mühlisch
Andreas Müller-Cyran
Alexander Nikendei
Christoph Nikendei

Alexander M. Rapp
Stephanie Rascher
Philipp Rocker
Mark Roth
Nicole Schäfer
Otmar Schlafer
Mathias Schlögl
Josef Schraff
Petra Schuh
Katrín Singler
Rainer Waßmer
Danny Weinzierl
Jörg A. Wendorff
Katharina Wuttig
Peter Zehentner



Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, Edeweicht 2022

Anmerkungen des Verlags

Der Herausgeber sowie die Autorinnen und Autoren und der Verlag haben höchste Sorgfalt hinsichtlich der Angaben von Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen aufgewendet. Für versehentliche falsche Angaben übernehmen sie keine Haftung. Da die gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlich begründeten Empfehlungen einer ständigen Veränderung unterworfen sind, ist der Benutzer aufgefordert, die aktuell gültigen Richtlinien anhand der Literatur und der (medizinischen) Fachinformationen zu überprüfen und sich entsprechend zu verhalten.

Die Angaben von Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. ohne die besondere Kennzeichnung ®/™/© bedeuten keinesfalls, dass diese im Sinne des Gesetzgebers als frei anzusehen wären und entsprechend benutzt werden könnten.

Der Text und/oder das Literaturverzeichnis enthalten Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat. Deshalb kann er für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seite verantwortlich.

Aus Gründen der Lesbarkeit ist in diesem Buch teilweise nur die männliche Sprachform gewählt worden. Im Gegenzug ist in anderen Teilen absichtlich die weibliche Form gesetzt worden. Alle personenbezogenen Aussagen gelten jedoch stets für Personen beliebigen Geschlechts gleichermaßen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen oder Textteilen, vorbehalten. Einspeicherung in elektronische Systeme, Funksendung, Vervielfältigung in jeder Form bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autorinnen und Autoren sowie des Verlags. Auch Wiedergabe in Auszügen nur mit ausdrücklicher Genehmigung.

© Copyright by

Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, Edewecht 2022

Titelbild: Alexander Nikendei (Eglofs/Argenbühl)

Satz: Bürger Verlag GmbH & Co. KG, Edewecht

Druck: mediaprint solutions GmbH, 33100 Paderborn

ISBN 978-3-96461-052-2

INHALT

Abkürzungen	9	3.1.3	Eine gelungene Begrüßung	51
Geleitwort	11	3.1.4	Unsere Kommunikation während des Anamnesegesprächs	53
1 Einführung – Über dieses Buch	13	3.2	Kommunikation bei Behandlungs- und Transportverweigerung	56
2 Grundlagen der Kommunikation im Rettungsdienst	17	3.2.1	Rechtslage	56
2.1 Prinzipien der Gesprächsführung	18	3.2.2	Kommunikation mit dem Patienten	57
2.1.1 Grundlagen der Gesprächsführung	18	3.2.3	Notfälle aus der Sicht des Patienten	57
2.1.2 Kompetenzen der Gesprächsführung	22	3.2.4	Entscheidungsfindung im Dialog	58
2.2 Verbale und nonverbale Kommunikation	26	3.2.5	Hilfreiches für die Gesprächsführung	59
2.2.1 Regeln der Körpersprache	26	3.2.6	Die „Drohung“ mit dem Krankenhaus	59
2.2.2 Körperhaltung	26	3.2.7	Besondere Situation: Palliativpatienten	60
2.2.3 Mimik deutlich einsetzen	27	3.2.8	Patienten, die allein zu Hause sind	60
2.2.4 Arme und Hände reden lassen: Gestik	27	3.2.9	Einsatzabbruch und Verabschiedung	61
2.2.5 Territorien achten	28	3.3	Kommunikation in der Versorgung älterer Patienten	62
2.2.6 Nonverbaler Ausdruck und verbaler Ausdruck	29	3.3.1	Besonderheiten der Kommunikation mit alten Menschen	62
2.3 Stimme und paraverbale Kommunikation im Rettungsdienst	31	3.3.2	Allgemeine Kommunikationstechniken im Umgang mit älteren Notfallpatienten	63
2.3.1 Was ist „Stimme“? Mehr als heiße Luft!	31	3.3.3	Besondere Herausforderungen in der Kommunikation	64
2.3.2 Artikulation: Flow-Zerhacker-Prinzip und gezielte Atemwegsverengung	34	3.3.4	Kommunikation mit Patienten mit Demenz	66
2.3.3 Sprechen im Einsatzgeschehen: den richtigen Ton treffen	35	3.3.5	Kommunikation mit deliranten Patienten	67
2.3.4 Sprechen in einsatzfernen Situationen: Sie haben mehr zu sagen?	39	3.3.6	Kommunikation mit Pflegenden	67
2.4 Humor und Kommunikation in der Notfallmedizin	41	3.4	Kinder und Jugendliche	68
2.4.1 Notfallmedizin – ein humorfreier Raum?	41	3.4.1	Fachlicher Hintergrund	68
2.4.2 Arten von Humor	43	3.4.2	Das kindliche Erleben einer Notfallsituation	68
2.4.3 Im Einsatz: Humor gegenüber Patienten versus Humor unter Kollegen	44	3.4.3	Handlungsempfehlungen und konkrete Formulierungshilfen	76
2.5 Kommunikation der Zukunft	46	3.4.4	Abschließende Hinweise	85
3 Kommunikation mit Patienten	49	3.5	Patienten aus anderen Kulturen	87
3.1 Grundlagen der Patientenkommunikation	50	3.5.1	Fachlicher Hintergrund: Interkulturelle Kommunikation	87
3.1.1 Eine Notsituation!?	50	3.5.2	Perspektive des Patienten: KPS-Modell	89
3.1.2 Auf Augenhöhe: die Rolle von Janina	51	3.5.3	Verhaltenshinweise und Formulierungshilfen für den Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen	90
		3.6	Kommunikation mit geistig und körperlich mehrfach behinderten Menschen	94
		3.6.1	Grundlagen	94
		3.6.2	Verhalten in Notsituationen	94

3.6.3	Betreuungsformen als Marker für die Schwere der geistigen Behinderung	95	3.11.4	Erhebung der Krankengeschichte	127
3.6.4	Körperbehinderung, geistige Behinderung und Mehrfachbehinderung	95	3.11.5	Erweiterte diagnostische Maßnahmen	129
3.6.5	Wichtige Aspekte bei der Kommunikation mit geistig behinderten Menschen	97	3.11.6	Kommunikation mit Panikpatienten	130
3.6.6	Schmerzrealität bei Menschen mit komplexer Behinderung	99	3.11.7	Weitere rettungsdienstliche Akutmaßnahmen	130
3.6.7	Rechtliche Aspekte bei der medizinischen Behandlung	101	3.11.8	Therapie – wie es nach dem Einsatz weitergeht	131
3.6.8	Zusammenfassende Tipps für den Umgang	102	3.11.9	Prognostische Aspekte	131
3.7	Patienten mit Einschränkungen der Sehfähigkeit	105	3.12	Hyperventilierende Patienten	133
3.7.1	Eine traumatische Erfahrung	105	3.12.1	Fachlicher Hintergrund	133
3.7.2	Die häufigsten Ursachen	105	3.12.2	Die Perspektive des Patienten	134
3.7.3	Kompensieren des Sehverlusts	106	3.12.3	Empfehlungen für den Umgang mit hyperventilierenden Patienten	134
3.7.4	Hinweise für den Notfalleinsatz	106	3.12.4	Nach dem Hyperventilationsanfall	137
3.7.5	Schulungsangebote nutzen und Resümee	108	3.13	Suizidale Patienten / Patienten nach Suizidversuch	139
3.8	Schwerhörige oder gehörlose Patienten	109	3.13.1	Vorgehen von Rettungskräften im Notfall	139
3.8.1	Wie funktioniert das Gehör?	109	3.13.2	Allgemeine Kommunikation mit suizidalen Personen	143
3.8.2	Die verschiedenen Grade der Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit und Taubheit	109	3.13.3	Spezifische Vorgehensweisen für Einsatzkräfte	144
3.8.3	Hinweise auf eine erschwerte Verständigung	109	3.14	Alkoholintoxikierte Patienten – präklinische Versorgung unter veränderten Bedingungen	146
3.8.4	Was kann getan werden?	110	3.14.1	„Die Welt dreht sich aber langsam und das macht mich aggressiv“, oder die Wirkung von Alkohol auf unsere Wahrnehmung	146
3.8.5	Die verschiedenen Hörgeräte	110	3.14.2	Die subjektive Perspektive der Patienten	149
3.8.6	Praktische Anwendung und Einsetzen der Hörgeräte	111	3.14.3	Was heißt das nun? – konkrete psychologische Handlungsvorschläge für den Einsatz	150
3.8.7	Mundbild als zusätzlicher Kommunikationskanal	112	3.15	Aggressive Patienten – „mein aggressives Gegenüber“	155
3.8.8	Grundsätzliche Empfehlungen für den Umgang	113	3.15.1	Erhöhtes Gewaltisiko	155
3.9	Aphasiker – Patienten mit zerebraler Störung der Sprache	115	3.15.2	Die drei Vorphasen des Kampfes	156
3.9.1	Aphasie als Sprachstörung	115	3.15.3	Physiologie der Aggression	156
3.9.2	Störungen im Redefluss (in Abgrenzung zur Aphasie)	117	3.15.4	Die Aggressionsmimik	157
3.10	Patienten mit akutem Schlaganfall	119	3.15.5	Handlungsempfehlungen	157
3.10.1	Fachlicher Hintergrund	119	3.15.6	Eigensicherung und Ultima Ratio	159
3.10.2	Perspektive des Patienten	120	3.16	Verletzte Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum, häuslicher Gewalt oder Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	161
3.10.3	Formulierungshilfen	121	3.16.1	Fachlicher Hintergrund	161
3.11	Patienten mit Panikstörung	125	3.16.2	Perspektive der/des Betroffenen	163
3.11.1	Spektrum der Angststörungen	125	3.16.3	Hilfestellungen für einen kompetenten Umgang mit Opfern	164
3.11.2	Vorkommen der Panikstörung und klinische Präsentation	126	3.16.4	Vorgehen bei Anwesenheit des Täters oder in anhaltenden Konfliktsituationen	164
3.11.3	Ätiologische Überlegungen	127			

3.17	Kommunikation mit verletzten Unfallverursachern	166	4.2.5	Formulierungshilfen zwischen Rettungsdienstpersonal und Ersthelfer	188
3.17.1	Ein Blick auf den verletzten Unfallverursacher	166	4.3	Kommunikation mit Hinterbliebenen nach Suizid	190
3.17.2	Hilfreiche Impulse und Gedanken für die Begegnung mit Unfallverursachern	167	4.3.1	Grundlagenwissen	190
3.17.3	Sofortmaßnahmen bei aufkeimenden Aversionen gegenüber Patienten	167	4.3.2	Umgang mit Angehörigen und/oder auffindenden Personen	191
3.17.4	Mögliche Reaktionen unmittelbar nach dem Unfallereignis	168	4.4	Plötzlicher Säuglingstod (SIDS)	197
3.17.5	Bedürfnisse von Betroffenen	168	4.4.1	Medizinische Definition und Vorkommen in der Gesellschaft	197
3.17.6	Schuld und Schuldgefühle	169	4.4.2	Häufige Auffindesituationen	198
3.17.7	Die Frage nach dem Zustand von Verletzten	169	4.4.3	Häufigkeit des SID	200
3.18	Verletzte Täter	171	4.4.4	Der Plötzliche Säuglingstod – ein multifaktorielles Geschehen	200
3.18.1	Eine fachliche Annäherung an bedeutsame Begrifflichkeiten	171	4.4.5	Belastung durch unbegründete Schuldvorwürfe	202
3.18.2	Warum reagieren Täter so, wie sie es tun?	172	4.4.6	Den Eltern den Polizeieinsatz erklären und das Thema Obduktion erläutern	202
3.18.3	Erkenntnisse aus der Täterarbeit: Interviews und eine Gruppendiskussion zur notfallmedizinischen Versorgung	173	4.4.7	Eltern brauchen Unterstützung in der Akutsituation:	
3.18.4	Ergebnis: ein offener Umgang mit dieser Klientel	175		distanzierte Nähe durch PSNV	203
			4.4.8	Hilfsangebote der GEPS in der akuten Situation und in der Folgezeit	204
4	Kommunikation mit Angehörigen von Patienten sowie besonderen unverletzten Betroffenen	177	4.5	Umgang mit Augenzeugen	206
4.1	Erfolglose Reanimation und unerwartetes, natürliches Versterben im häuslichen Bereich	178	4.5.1	Fachlicher Hintergrund	206
4.1.1	Reden im Angesicht des Todes – eine Grenzerfahrung!?	178	4.5.2	Die Perspektive der Augenzeugen	207
4.1.2	Der konkrete Einsatz: Laufende Reanimation	179	4.5.3	Formulierungshilfen und Maßnahmen	208
4.1.3	Das Ende ist absehbar – für uns	180	4.6	Umgang mit Schaulustigen und Non-helping-Bystander-Effect	212
4.1.4	Aus und vorbei – die schmerzliche Wahrheit des Todes vermitteln	181	4.6.1	Wichtige Unterscheidungen	212
4.1.5	Der weitere Umgang mit dem verstorbenen Menschen	182	4.6.2	Situationen, Begriffe, Erklärungen	213
4.1.6	Passende Worte zum Abschied	183	4.6.3	Worauf reagieren Einsatzkräfte emotional?	214
4.1.7	Wie hältst Du's mit der Religion?	183	4.6.4	Maßnahmen und Formulierungshilfen	215
4.2	Kommunikation mit Ersthelfern	185	4.6.5	Zum Abschluss	216
4.2.1	Erfahrene Retter treffen auf den unbekannten Ersthelfer	185	4.7	Gesprächsführung mit Lokführern, Straßen-, U-Bahn- und Busfahrern nach Unfällen mit Personenschaden	218
4.2.2	Einige Grundlagen der Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Ersthelfer	186	4.7.1	Die besondere Situation dieser Personengruppe	218
4.2.3	Der Ersthelfer aus der Sicht des Patienten	186	4.7.2	Persönlicher Arbeitsplatz oder öffentlicher Bereich?	219
4.2.4	Schlüsselerlebnis in einer Ersthelfersituation: Erfahrung des Autors als Kind – „Gut gemacht mein Junge“	187	4.7.3	Patient oder Kollege?	219
			4.7.4	Nähe oder Distanz?	220
			4.7.5	Laufende Rettung, anlaufende Bergung und die Stabilität des Fahrers	221
			4.7.6	Suizid(-versuch) oder Unfall?	222
			4.7.7	Schuldfragen – Fahrzeugführer als Zeugen oder Beschuldigte	222

4.7.8	Orientierung an Ressourcen oder was der Betroffene selbst tun kann	223	6.2	Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Hausarzt / Ärztlichem Bereitschaftsdienst	265
4.7.9	Gut gelaufen oder nichts erreicht?	224	6.2.1	Die persönliche Vorstellung: Ein guter Einstieg ist die halbe Miete!	265
4.7.10	Das Ende oder das Gute zum Schluss	224	6.2.2	Die Patientenübergabe	266
5	Kommunikation im eigenen Team	227	6.2.3	Fallanalysen	266
5.1	Kommunikation unter Stress	228	6.2.4	Lösungsansätze für Telefonate	268
5.1.1	Wie Piloten und Fluglotsen in Routineabläufen miteinander kommunizieren	228	6.2.5	Zukunftsaussichten	269
5.1.2	Funktionen beruflicher Kommunikation	228	6.3	Kommunikation mit der Polizei	271
5.1.3	Wie sich Kommunikation unter Stress verändert	230	6.3.1	Rechtliche Hintergründe polizeilicher Arbeit und Aufgaben der Polizei	271
5.1.4	Was man von der Kommunikation zwischen Piloten und Fluglotsen lernen kann	231	6.3.2	Kommunikation mit der Polizei im täglichen Dienst	272
5.2	Kommunikation im eigenen Netzwerk und Anweisungen geben, die ankommen	235	6.3.3	Besondere Einsatzlagen	276
5.2.1	Dream teams are made – not born	235	6.3.4	Fazit	276
5.2.2	Fehlermanagement	237	6.4	Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr	278
5.2.3	Einflussfaktoren auf die persönliche Leistungsfähigkeit und der offene Umgang damit	238	6.4.1	Aufbau und Struktur der Feuerwehr	278
5.2.4	Der Eisberg des Verhaltens	239	6.4.2	Interne Kommunikation der Feuerwehr	278
5.2.5	Fazit	240	6.4.3	Einsatzbezogene Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr	279
5.3	Interkulturelle Kommunikation im Team	242	6.4.4	Einsatzleitung	283
5.3.1	Eine gemeinsame Sprache: die Wichtigkeit einer Standardisierung	242	6.4.5	Fazit	283
5.3.2	Hierarchie und der interkulturelle Einfluss auf Kommunikation	243	6.5	Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV-B)	284
5.3.3	Zeit zu reden – Zeit zu schweigen	245	6.5.1	Krisensituationen und psychische Stabilisierung im Kontext des Rettungsdienstes	284
5.3.4	Briefings und De-Briefings	246	6.5.2	Interventionsmöglichkeiten durch Einsatzkräfte	286
5.3.5	Intervention – wenn Kommunikation an ihre Grenzen stößt	247	6.5.3	Von der Alarmierung der PSNV-B bis zur Übergabe – praktische Überlegungen	289
5.3.6	Fazit	248			
6	Kommunikation mit den Kooperationspartnern	249	Anhang		293
6.1	Die Patientenübergabe	250	Abbildungsnachweis		294
6.1.1	Bisher vorhandene Konzepte zur Patientenübergabe	250	Herausgeber und Autoren		295
6.1.2	Aktuelle Studienlage	253	Danksagung		301
6.1.3	Sichtweisen der verschiedenen Teams in der Übergabe	253	Index		303
6.1.4	Die strukturierte Übergabe	256			
6.1.5	Fazit	263			

GELEITWORT

In meiner ehrenamtlichen und später beruflichen Tätigkeit als Rettungssanitäter und Notarzt kommuniziere ich ständig. Aber so richtig bewusst wurde mir das erst in den vergangenen Jahren, seit wir in der Ausbildung und in Prüfungen vermehrt darüber reden! Alexander Nikendei schreibt zurecht, dass die Instrumente der Kommunikation der „Schlüssel für das Gelingen von Einsätzen“ sind. Es ist sicher berechtigt, dass dieses Thema in der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern einen großen Stellenwert einnimmt. Und ebenso gilt dies für alle an der Notfallrettung Beteiligten, sei es in Feuerwehr, Rettungsdienst, Leitstelle oder Notaufnahme.

Ich selbst hatte im Medizinstudium immerhin ein Seminar „Gesprächsführung“. Ich erinnere mich noch gut an so manche Übungen und sogar an verschiedene Regeln aus diesem Unterricht. Bis auf dieses Seminar gab es auf dem Gebiet der Kommunikation aber vor allem das Konzept „Learning by Doing“. Das ist glücklicherweise heute anders. Im vorliegenden, umfangreichen Buch wurde von zahlreichen Autorinnen und Autoren systematisch zusammengetragen, was man auf diesem Gebiet kennen, verstehen und verinnerlichen muss. Zu vielen Details könnte ich eigene Erlebnisse aus dem Rettungsdienst beitragen. Die Kommunikation eines Rettungseinsatzes beginnt ja beim ersten Klingeln des Telefons auf der Leitstelle. Der folgende Telefondialog kann schwierig und anspruchsvoll sein. Für ein qualitativvolles Arbeiten müssen dann auch die Rahmenbedingungen stimmen.

Und natürlich müssen auch die Angaben des Einsatzauftrags stimmen, der uns dann ins Fahrzeug übersandt wird. In Zeiten der elektronischen Kommunikation sind Schwierigkeiten und Fehler hier jedenfalls spürbar seltener als früher. Worüber wir uns während der Einsatzfahrt dann unterhalten, ist natürlich offensichtlich: Wir werten die von der Leitstelle übermittelten Informationen aus, antizipieren mögliche Einsatzsituationen und besprechen vorab die zu erwartenden Maßnahmen. Das tun wir wirklich ab und zu. Nämlich, wenn es Unklarheiten oder Sonderfälle gibt. Sonst reden wir natürlich über das Wetter, die Baustellen in der Stadt und das Verhalten der anderen im Straßenverkehr. Im NotSan-Staatsexamen allerdings wird von allen Prüflingen immer und auch in Standardsituationen betont, welche Punkte es während der Einsatzfahrt offiziell zu besprechen gibt. Gut so! Dann wissen nämlich beide wirklich, was die oder der andere denkt, und nehmen es nicht nur an. Auch das gehört zur Kommunikation.

Ein wichtiger Schlüssel für das Gelingen des folgenden Einsatzes ist nach meiner Beobachtung in der Tat, wie der Kontakt zwischen Helferteam und Notfallpatient und weiteren Anwesenden aufgebaut wird. Vieles entscheidet dabei der erste Augenblick. Und vieles wird durch ruhiges und überlegtes Kommunizieren erheblich beeinflusst. Wer kennt nicht die Aussage „Uns hat er das vorhin ganz anders gesagt“, wenn irgendwelche Aspekte durch einen eingetroffenen Notarzt ein weiteres Mal abgefragt werden? Wer war nicht schon verzagt, wenn die Patientin beim dritten Nachfragen immer noch keine konkrete Antwort gibt? Wenn man sich systematisch mit Kommunikation beschäftigt, wird einem so manches Erlebnis klar. Dann wird man beim nächsten Mal vielleicht Kniffe anwenden, die man in der Ausbildung und in Büchern wie dem Vorliegenden kennengelernt hat.

Für ein erfolgreiches Gelingen verschiedener Einsatzsituationen sind die Kommunikationsregeln aus dem Crew Resource Management ganz wesentlich. Sie haben sich in den vergangenen Jahren spürbar in unserem Arbeitsleben durchgesetzt – noch nicht ganz bei allen, aber das wird noch. Wenn ich jedenfalls einen mir aus der zweiten Reihe durch die Praktikantin mitgeteilten Blutzuckerwert nicht wiederhole, dann habe ich ihn auch nicht hinreichend mitbekommen. Gerade an den Schnittstellen wird es bekanntlich spannend. Glücklicherweise erlebe ich nur noch selten, dass eine Übergabe nicht funktioniert, weil jemand nicht strukturiert berichten oder auch in Ruhe einen strukturierten Bericht anhören will. Eine praxisnahe Hilfestellung für solche Übergabesituationen im Alltag und für komplexe Notfallsituationen bietet im Buch ein entsprechendes Kapitel.

Diesem umfassenden und gelungenen Buch wünsche ich angesichts der großen Bedeutung seines Themas eine große Verbreitung und viele interessierte Leserinnen und Leser. Sie werden durch die Lektüre der zahlreichen Kapitel viel Spannendes erfahren, was sich bei wirklich jeder Einsatzsituation in die Praxis umsetzen lässt.

Ralf Schnelle
Stuttgart, im Januar 2022

ALEXANDER NIKENDEI

Hummeln können fliegen! So rundlich und pelzig-bunt ihre Körper im Verhältnis zu ihrer Flügelgröße auch sein mögen (siehe im Internet unter „Hummel-Paradoxon“).

Dieses umfangreiche Buch mag der Leserin und dem Leser ebenso schwer und wuchtig wie eine Hummel erscheinen. Es ist jedoch kein Werk, das der Lektüre von vorne bis hinten bedarf. Nein! Jedes Kapitel kann – um im Bilde zu bleiben – einzeln angefliegen werden. Je nach Interesse, je nach eigenem Lernstand oder als Nachschlagemöglichkeit nach einem entsprechenden Einsatz zur Reflexion des eigenen (Team-) Verhaltens, als Rüstzeug für kommende Einsätze.

Der Umfang des Buches spiegelt sicherlich die Bedeutung des Themas „Kommunikation im Rettungsdienst“ mit all seinen Facetten wider.

Wir wissen und wir erfahren es täglich:



MERKE

Sehr viele Einsatzsituationen bedürfen neben der (notfall-) medizinischen Komponente einer professionellen, begleitenden Kommunikation. Manche Einsätze erfordern sogar überwiegend oder ausschließlich einen zugewandten und an die Situation angepassten Dialog.

Der Rettungsdienst, einschließlich des Krankentransportes, hat sich zu einem Arbeitsfeld entwickelt, in dem die Kommunikation eine immer größere Relevanz bekommen hat: Sei es im Team selbst, mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, an Schnittstellen wie der Übergabe im Krankenhaus und mit den Kooperationspartnern aus Polizei, Feuerwehr oder Krisenintervention/Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV). Das Thema Kommunikation nimmt auch zu Recht inzwischen einen hohen Stellenwert in der Ausbildung ein.

Die Ansprüche an die eigenen kommunikativen Kompetenzen sind gewachsen. Diese Ansprüche erzeugen sicherlich einerseits Druck im Arbeitsalltag. Andererseits sind die Instrumente, die das Feld der Kommunikation uns anbietet, ein Schlüssel für das Gelingen und Abarbeiten von Einsätzen und dienen damit der eigenen Entlastung.



BEACHTET

Mit professioneller und situationsgerechter Kommunikation gelingen Einsätze leichter und oft auch schneller – verbunden mit einer höheren Zufriedenheit auf beiden Seiten: Ich als Einsatzkraft habe effektiv und sensibel kommuniziert, wohingegen mein Gegenüber (Patientin, Kollege etc.) Klarheit über die Situation hat, den weiteren Verlauf kennt und „mit im Boot“ ist.



Abb. 1 ► Unglaublicher Hummelflug (Foto: Viktoriya)

Das klingt einfach, ist es aber im Alltag leider immer wieder nicht. Der Untertitel des Buches, „verstehen und verständigen“ weist auf zwei wesentliche Grundbedingungen aller Kommunikation hin. Sind diese Grundbedingungen nicht erfüllt, ergeben sich Störungen oder kommunikative Gräben, die sich schnell auftun können:

1. Etwas zu verstehen, heißt nicht, dass ich mein Wissen, meine richtige Wahrnehmung oder die Gründe meines Handelns auch in Kommunikation nach außen umsetzen kann. Wie der Prüfling, der den Kreislaufdepressiven, aber ansprechbaren Patienten fachgerecht dabei unterstützt hat, sich vom Stuhl auf den Boden zu legen, und ihn dann fragt: *„Hat sich irgendetwas bei Ihnen verändert, seit wir Sie umgelegt haben?“*
2. Einen Inhalt kommunizieren zu können, bedeutet nicht automatisch, dass das Kommunizierte vom Gegenüber auch verstanden wird: Vielmehr muss die augenblickliche Situation berücksichtigt werden, zum Beispiel der Lärm einer Einsatzstelle, das Befinden eines Patienten, der alkoholisiert ist oder sehr große Schmerzen hat. Ebenso kommt es auf eine entsprechende Wortwahl und den Umfang des Gesagten in der jeweiligen Situation an.
3. Zudem lebt Kommunikation von dem richtigen Einsatz meiner Stimme (laut, leise, melodisch etc.), meinen Körperbewegungen, von meiner äußeren Erscheinung (u. a. Einsatzkleidung) und meinem nonverbalen Verhalten, zum Beispiel meinem Blickkontakt, meiner Mimik. So hat das Titelbild dieses Buches sicherlich auf seine eigene Weise mit Ihnen „gesprochen“. Sie haben es ganz individuell interpretiert, z. B. als dankbar, besorgt, aufmunternd?!

Nicht zuletzt durch unsere privaten Erfahrungen mit sowohl gelungenen Kommunikationssituationen als auch mit Missverständnissen wissen wir, wie wesentlich sich scheinbare Kleinigkeiten oder Ungenauigkeiten in der Kommunikation auswirken können. Und sei es „nur“ ein abfällig ausgestoßenes „Pffhh!“ oder die Stimme, die einen Ticken zu laut ist.

Diese und weitere Aspekte beschreibt dieses Buch aus den Perspektiven und Arbeitsfeldern der Autorinnen und Autoren. Ihre Absicht besteht darin, den Leserinnen und Lesern Hinweise und Anregungen zu geben, um nicht in kommunikative Gräben zu fallen und um Störungen zu vermeiden. Es werden Wege aufgezeigt, wie situationsadäquat, hilfreich und zielführend kommuniziert werden kann, um sich aus dem Verstehen von Situationen heraus optimal verständigen zu können.

Die Autorinnen und Autoren, ebenso wie der Herausgeber, haben sich größte Mühe gegeben, die Feinheiten der Kommunikation nachvollziehbar, praxis- und umsetzbar zu schildern. Bei allen Kapiteln wird zugleich deutlich, dass professionelle Kommunikation in Einsatzsituationen nicht einfach ein „Herumbabbeln“ ist, sondern situationsangepasst sein muss. Die Autorinnen und Autoren geben für ihr jeweiliges Spezialgebiet ihr Fachwissen preis – und damit uns kommunikative Hilfen an die Hand.

Die Kapitel beschreiben in vielen Fällen die medizinischen oder psychologischen Hintergründe der jeweiligen Einsatzsituation. So gehen die Hinweise zur Kommunikation gleichzeitig mit einer vertiefenden fachlichen Weiterbildung einher – ein doppelter Gewinn sozusagen!

Wir kommunizieren glücklicherweise nicht nur dienstlich mit Menschen! Vieles, was wir beruflich für das soziale und somit kommunikative Miteinander lernen, hat auch einen Mehrwert für unser Privatleben. Hierzu kann das Buch ebenfalls einen Beitrag leisten.

Fragen zum Schluss:

Geht es bei unserem medizinischen und kommunikativen Tun letztlich nicht darum, dem jeweiligen Gegenüber eine aufmerksame Zuwendung zu geben und ihm oder ihr damit zu signalisieren „Ich nehme Dich wahr, ich bin für Dich da!“?

Das ist die Eintrittskarte in eine meist sachliche und vor allem vertrauensvolle Beziehung, die dann entstehen kann. Dies gilt umso mehr für die kommunikativ herausfordernden Situationen, denen sich dieses Buch widmet. Bewältigt werden Situationen am leichtesten dann, wenn tragfähige (Arbeits-)Beziehungen entstehen. Grundlage hierfür ist eine gelungene Kommunikation. Das ist unbestritten.

Den Hummeln wird ein gemütlicher Flugstil nachgesagt. Meine eigenen Beobachtungen bestätigen dies. Daher hoffe ich, dass ich Sie mit diesen einleitenden Zeilen neugierig auf die Inhalte gemacht habe und Sie sich mit der gleichen geruhsamen Neugierde dem Buch zuwenden, wie sich die Hummel einer Blüte nähert.

Alexander Nikendei

2

Grundlagen der Kommunikation im Rettungsdienst

Inhalt:

2.1	Prinzipien der Gesprächsführung	18
2.2	Verbale und nonverbale Kommunikation	26
2.3	Stimme und paraverbale Kommunikation im Rettungsdienst	31
2.4	Humor und Kommunikation in der Notfallmedizin	41
2.5	Kommunikation der Zukunft	46

2.1 PRINZIPIEN DER GESPRÄCHSFÜHRUNG

SUSANNE HÜLSKEN

2.1.1 Grundlagen der Gesprächsführung

„Wo immer wir miteinander zu schaffen haben,
machen wir einander auch zu schaffen.“
(Friedemann Schulz von Thun, Psychologe, *1944)

Ob im Beruf oder im Alltag: Wir befinden uns ständig im Gespräch, im Kontakt mit anderen Menschen. Dabei sind wir zufrieden und *auch* unzufrieden mit der Art, wie einige unserer Gespräche, Begegnungen oder Besprechungen verlaufen.

- Sie werden beim Erheben des ABCDE- oder des SAMPLER-Schemas (s. Kap. 6.1) ständig unterbrochen.
- Ihnen fehlen die Worte, weil Sie beschimpft werden.
- Der Patient erzählt ausführlich und weitschweifig.

Geglückte Kommunikation hängt nicht nur vom guten Willen ab. Haben Sie die Fähigkeit zu durchschauen, welche zwischenmenschlichen Verwicklungen eine Rolle spielen, wenn Menschen in Kontakt kommen? Kommunikationskompetenz ist etwas, was wir nicht jeden Tag reflektieren.

2.1.1.1 Kommunikationsmodelle

In verschiedenen Disziplinen wurden Modelle entwickelt, um kommunikative Prozesse wissenschaftlich zu beschreiben. Sie helfen bei der Reflexion, prägen aber auch unser Verständnis von Kommunikation.

Das einfache *Sender-Empfänger-Modell* von Shannon und Weaver (1949) geht davon aus, dass ein Sender eine Nachricht zu einem Empfänger oder mehreren Empfängern überträgt. Die Nachricht müsse also nur störungsfrei übertragen werden. Heute wissen wir: Die gesendete und die verstandene Botschaft können sehr unterschiedlich sein. Über den Inhalt der Botschaft oder den kommunikativen Sinn entscheidet der Empfänger. Durch Feedback oder Fragen wird überprüft, was tatsächlich angekommen ist.

2.1.1.2 Mit vier Schnäbeln sprechen

Das *Vier-Ohren-Modell*, auch Vier-Seiten-Modell, als Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun (2021) berücksichtigt, dass Sender und Empfänger die kommunikative Bedeutung aushandeln. Schulz von Thun geht davon aus, dass das Senden und Empfangen einer Nachricht vier Aspekte von Informationen enthält: Sachinhalt, Beziehung,

Selbstoffenbarung und Appell. Dabei ist es vollkommen unerheblich, ob diese Ebenen vom Sender gewollt sind oder nicht, denn sie gehören zu einem Bestandteil *jeder* Nachricht. Die klare Kommunikation ist eine vierdimensionale Angelegenheit und alle Aspekte sind gleichrangig. Der Sprecher spricht sozusagen mit vier Schnäbeln:

1. Sachinhalt

Die Sachinformation steht im Vordergrund: Daten, Fakten und Sachverhalte. Worüber informiere ich? Worum geht es? Hier zählen die Kriterien:

- wahr oder unwahr (Sind die Fakten/Daten zutreffend/nicht zutreffend?)
- relevant oder irrelevant (Sind die aufgeführten Sachverhalte für das anstehende Thema von Belang/nicht von Belang?)
- hinlänglich oder unzureichend (Sind die angeführten Sachhinweise für das Thema ausreichend, oder muss vieles andere zusätzlich bedacht werden?)

Tipp: Zugunsten des Sachinhalts klar und verständlich sprechen, einfache Wörter, Bilder und Vergleiche verwenden.

2. Selbstoffenbarung

Der Sender mit dem Selbstkundgabe-Schnabel gibt implizit oder explizit, bewusst oder unbewusst, Informationen über sich preis. Was teile ich von mir selbst mit? Was gebe ich von mir zu erkennen?

Tipp: Authentischer Ausdruck von Persönlichkeit, wenig antrainiertes Rollenverhalten, angemessene Selbstdarstellung.

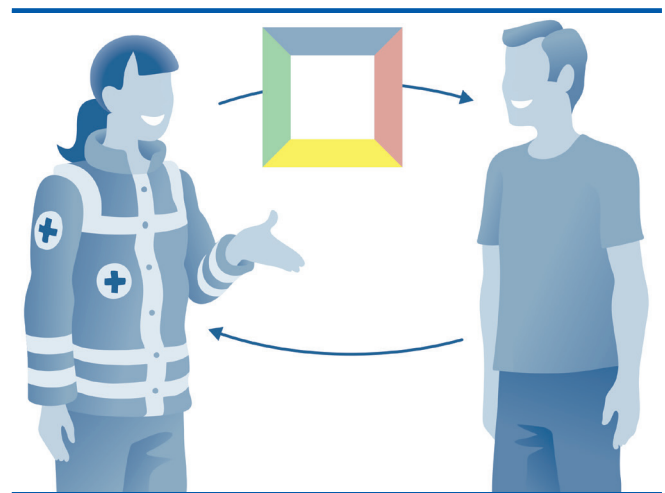


ABB. 1 ► Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1991)
(Grafik: C. Fuhrmann, Oldenburg)

3. Beziehung

Die Beziehung oder der Umgang miteinander wird definiert. Was halte ich von dir? Wie stehen wir zueinander? Diese Beziehungshinweise werden häufig durch Wortwahl, Tonfall, Mimik und Gestik wie nebenbei vermittelt.

Tipp: Achtsam formulieren, auf den Tonfall und die nicht-sprachlichen Signale achten (s. Kap. 2.2 u. 2.3).

4. Appell

Wenn jemand das Wort ergreift, möchte er in aller Regel etwas bewirken. Er äußert Wünsche, Appelle, Ratschläge oder Handlungsanweisungen. Was will ich bei meinem Gesprächspartner erreichen?

Tipp: Ziele eindeutig und offen kommunizieren.

2.1.1.3 Mit vier Ohren hören

Der Empfänger hört mit vier Ohren und entscheidet, auf welche Seite der Nachricht er hört. Diese freie Auswahl führt zu Störungen, wenn der Empfänger auf einen Aspekt Bezug nimmt, den der Sender nicht oder anders gemeint hat, d. h. wenn Schnabel und Ohr unterschiedliche Seiten einer Nachricht senden bzw. empfangen.

- **Sachohr:** Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?
Der Empfänger kann auf dem Sachohr entsprechend der o. g. drei Kriterien reagieren.
- **Selbstoffenbarungsohr:** Was ist das für ein Mensch?
Wie ist er gestimmt? Was ist mit ihm los?
- **Beziehungsohr:** Wie redet der mit mir? Wen glaubt sie vor sich zu haben?
Der Empfänger fühlt sich durch die auf dem Beziehungsohr eingehenden Informationen wertgeschätzt

oder abgelehnt, respektiert oder gedemütigt. Die Beziehungshinweise werden häufig durch Wortwahl, Tonfall, Mimik und Gestik vermittelt.

- **Appellohr:** Was soll ich jetzt (nicht) machen, denken oder fühlen?

Sie können die Botschaften aus der Patientenkommunikation oder die Interaktion mit Kolleginnen und Kollegen auf diese vier Ohren hin prüfen und hinterfragen. Auf welcher Ebene spricht mich der Patient an, was ist sein Anliegen? Was will der Kollege jetzt genau?



BEISPIEL

Ein Patient fragt: „Muss ich jetzt ins Krankenhaus?“

Mit welchem Schnabel spricht er? Ihre Reaktionen auf den vier Ebenen könnten sein:

Sachebene: „Wir überprüfen gerade, ob ein Transport ins Krankenhaus nötig ist.“

Selbstoffenbarung: „Ich trage meinen Teil zur schnellen Lösung bei.“

Beziehungsebene: „Ich unterstütze Sie, damit Sie sich sicher fühlen.“

Appell: „Ich bitte Sie um einen Moment Geduld.“



IMPULSFRAGEN

- Verwenden Sie einen klaren Sprachstil?
- Sind Ihnen während des Gesprächs (oder danach) die vier Ebenen der Kommunikation bewusst?
- Wenn Sie sich selbst beobachten, auf welchen Ohren hören Sie gerne und auf welchen sind Sie taub?



Abb. 2 ► Mit vier Ohren hören (Grafik: C. Fuhrmann, Oldenb.)

2.1.1.4 Vorstellungen im Kopf

Ein weiterer Grund für Missverständnisse: Jeder Mensch versteht Begriffe unterschiedlich und hat je nach Kontext und Vorerfahrungen eine andere Vorstellung von konkreten Dingen oder Abläufen. Ein Kollege hält den stehenden Patienten im Wohnungsflur unter den Armen fest: „Wir müssen den Patienten hinsetzen.“ Sein Kollege rennt zum Fahrzeug und holt den Tragestuhl. Der erste Kollege jedoch meinte: „Der Kollege sollte einen Stuhl aus der Küche holen und den Patienten hinsetzen.“ Jeder hat unterschiedliche Vorstellungen oder Bilder im Kopf. Sie bekommen von der Leitstelle eine Alarmierung zu einem Verletzten nach einer Kneipenschlägerei. Welche Bilder oder Erwartungen löst dies bei Ihnen aus? Nehmen Sie den Verletzten als Opfer oder Täter wahr? Vielleicht war das vermeintliche Opfer nur zufällig vor Ort, hat friedlich gefeiert und wurde schuldlos verwickelt? Oder

war er tatsächlich aggressiv? Hat dies Einfluss auf Ihre Kommunikation?

Neulich rief mich eine Bekannte an. Sie redete und redete. Plötzlich sagte sie: „Ich habe jetzt keine Zeit mehr.“ Irritiert habe ich aufgelegt. Ich konnte gar nichts von mir erzählen. Ich war unzufrieden und sauer. Kommunikation gleicht einem Tanz zu zweit. Es gibt zwei Akteure. Das bedeutet, wenn ich nicht geschwiegen hätte, hätte sie auch nicht so viel reden können. Das hilft, um aus dem „Täter-Opfer-Denken“ auszusteigen. Ich kann mir bewusst machen, was in meinem Einflussbereich liegt. Was kann ich beim nächsten Gespräch anders machen?



MERKE

Kommunikation bedeutet Wechselwirkung und nicht Ursache und Wirkung.

2.1.1.5 Wahrnehmung stärken

„Wir sehen die Dinge nicht so, wie sie sind.

Wir sehen sie so, wie wir sind.“

(Anaïs Nin, Schriftstellerin, 1903 – 1977)

Drei Personen sitzen an einem Tisch, auf dem eine Kaffeetasse steht. Eine Person beschreibt: „Die Tasse hat keinen Henkel.“ Die Nächste sagt: „Nein, der Henkel ist rechts.“ Und die Dritte sagt: „Der Henkel ist doch eindeutig links.“ Wer hat nun Recht? Richtig, jeder! Jeder hat seine individuelle Sichtweise, die von der eigenen Position geprägt ist.

Warum nehmen wir Ereignisse, Probleme, Situationen, Diagnosen unterschiedlich, ja oft widersprüchlich wahr? Weil wir selektiv wahrnehmen – von unserem persönlichen Standpunkt aus und vor unserem eigenen Erfahrungshintergrund. Bei einem Rettungseinsatz: Was beobachten Sie, wenn Sie zum Beispiel hungrig sind? Welche Geschichte erzählen Sie über den neuen Kollegen? Was nimmt der Patient, der Angehörige oder der Kollege wahr? Wir reduzieren Komplexität ständig, indem wir die Informationsüberfülle durch eigene Perspektiven zerschneiden, unangenehme Dinge wegschieben oder Erwünschtes vergrößern. Jeder schafft sich so sein Weltbild immer wieder neu. Das bedeutet:



MERKE

Es gibt keine Wahrheit, sondern nur Wahrnehmung. Und die ist subjektiv.

Ist die Behandlung des Patienten zeitkritisch, wird die Zeit für die Einwirkung der Hautdesinfektion und für das anschließende Legen einer Venenverweilkanüle „plötzlich“

kürzer. Der EKG-Spezialist unter den Kollegen legt größten Wert auf die korrekte Lage der Elektroden. Wir lenken unsere Aufmerksamkeit bewusst oder unbewusst auf die Dinge, die uns wichtig sind.

2.1.1.6 Gefühle kommen aus dem Nichts

Haben Sie manchmal den Eindruck, Gefühle werden „von außen“ erzeugt? Sie sagen vielleicht: „Du hast mich geärgert.“ oder „Du hast mich im Einsatz gestresst.“ Sie gehen also davon aus, dass andere Menschen durch ihr Verhalten in Ihnen diese Gefühle auslösen? Das ist ein Irrtum! Denn Sie empfinden in vergleichbaren Situationen nicht immer das Gleiche. Wenn ich mich über den anderen ärgere, kann ich mir bewusst machen, dass der andere nur Auslöser für einen inneren Prozess ist. Manchmal hängt es von der Tagesform ab oder davon, dass jemand einen empfindlichen Knopf gedrückt hat.

Egal, was einem stinkt – im Beruf oder Privatleben: Es bleiben nur drei Alternativen. Ändern Sie Ursachen (oder Sie sich selbst)! Lernen Sie die Sache zu lieben! Oder nehmen Sie Abstand! So oder so: Treffen Sie eine Entscheidung!

2.1.1.7 Im Kontakt mit mir selbst

In der Regel wissen wir nicht, was uns nicht bewusst ist. Bewusstheit („Awareness“) bezeichnet die gegenwärtige, nicht-bewertende Wahrnehmung des eigenen Selbst und der Umwelt. Man kann sich sowohl seiner Sinneswahrnehmungen wie Sehen, Hören, Berühren, Riechen und Schmecken als auch seiner Gedanken, Fantasien, Gefühle, Bedürfnisse, Werte, Handlungen und Körpersensationen (z.B. Verspannungen, Wärmeempfindungen) bewusst sein.



BEACHTEN

Selbstbeobachtung und Feedback über das eigene Handeln sind wichtige Schlüssel zu mehr Bewusstheit.

Um mich selbst und mein Verhalten in der Kommunikation gut steuern zu können, benötige ich eine stabile Selbstwahrnehmung. Oft sind wir in schwierigen Gesprächen nur beim Gegenüber und machen dessen Verhalten verantwortlich für unsere Reaktion. Wenn ich lerne, meine innere Reaktion wahrzunehmen, die Verantwortung für meine Gefühle, Gedanken, Bewertungen zu übernehmen, kann ich bewusst entscheiden, wie ich weiter agieren möchte. Dazu gehören:

1. Selbstwahrnehmung:

Mir meiner selbst gewahr sein, eine Verbindung zu mir selbst herstellen.

Je mehr ich über mich weiß, desto mehr weiß ich auch

über meine Kommunikation, was mich erfolgreich macht oder wo ich mir selbst ein Bein stelle. Der kraftvollste Zustand in der Kommunikation ist die Präsenz: Im Hier und Jetzt sein. Präsenz ist ein aufmerksames Beobachten, ein Gewahrsein, das völlig frei ist von Motiven oder Wünschen. Es ist ein Wahrnehmen ohne jegliches Bewerten.

2. *Empathie mit mir:*

Klare Bewusstheit meiner eigenen Gefühle und von dem, was ich will.

Wie fühle ich mich? Was hätte ich gerne in der Situation?

3. *Durchsetzungsvermögen:*

Mut, um meine Gefühle, Bedürfnisse oder Werte auszudrücken.

Und gleichzeitig habe ich Verständnis für mein Gegenüber (Empathie).

2.1.1.8 Wie viele Herzen schlagen in Ihrer Brust? – das Modell vom Inneren Team

*„Willst du ein guter Kommunikator sein, dann schau’ auch in dich selbst hinein.“
(Friedemann Schulz von Thun)*

Vielleicht kennen Sie das auch, dass Sie sich fühlen wie Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Sie sind hin- und hergerissen: „Soll ich was sagen, wenn mich was stört oder besser den Mund halten? Und wenn ich was sage, wie sage ich es dann am besten?“ In den letzten Jahren betonen Psychologen, dass sich unsere Psyche aus verschiedenen, ziemlich eigenständigen Teilpersönlichkeiten zusammensetzt. Jedes dieser Teammitglieder hat eigene Bedürfnisse, hat eigene Sorgen und Ängste und verfolgt eigene Ziele. Alle unsere Teilpersönlichkeiten zusammen nennt der Hamburger Psychologieprofessor Schulz von Thun das „Innere Team“. In jeder Situation tauchen unterschiedliche Persönlichkeitsaspekte auf. Wer sie erkennt, kann sich und sein manchmal sehr emotionales, unbewusstes Verhalten besser verstehen.

Wie reagieren Sie beispielsweise innerlich, wenn an der Einsatzstelle plötzlich Schaulustige auftauchen und Sie stören? Was löst die Art, wie Ihr Kollege sich verhält, in Ihnen aus? Der erste Schritt besteht darin, sich der Anteile in sich selbst bewusst zu werden. Mögliche Anteile könnten sein (Auswahl):

- Der Hilfsbereite: „Ich will helfen und mich gebraucht fühlen.“
- Der innere Antreiber: „Hopp, hopp, schnell, schnell, das muss jetzt gemacht werden!“



Abb. 3 ► Das Inneren Team (Grafik: C. Fuhrmann, Oldenburg)

- Der Selbstfürsorgliche: „Und wer denkt an mich? Immer komme ich zu kurz.“
- Der Sachliche: „Ich bleib bei den Fakten und bin ganz objektiv, meine Gefühle halte ich raus.“
- Der sozial Interaktive: „Ich unterhalte mich gerne mit anderen.“
- Der Ängstliche: „Oh, hoffentlich geht nichts schief.“
- Der konfliktscheue Harmoniebedürftige: „Ach herrje, ich will keinen Streit.“

Innenbilder und Selbstgespräche sind die ständigen Begleiter unseres Lebens. Sie bestimmen, ob wir zuversichtlich, ängstlich oder stressgeplagt auf ein Ereignis zugehen. Jedes innere Teammitglied kennt einen Zipfel der Wahrheit.



BEACHT E

Je besser ich mich und mein Inneres Team kenne, desto sicherer kann ich mich steuern und klarer sprechen.

Der Mediziner Gunther Schmidt erzählt von einem Experiment, das er durchführte. Teilnehmer sollten erleben, welchen Unterschied es macht, zu sagen: „Ich bin harmoniebe-

3

Kommunikation mit Patienten

Inhalt:

3.1	Grundlagen der Patientenkommunikation	50
3.2	Kommunikation bei Behandlungs- und Transportverweigerung	56
3.3	Kommunikation in der Versorgung älterer Patienten	62
3.4	Kinder und Jugendliche	68
3.5	Patienten aus anderen Kulturen	87
3.6	Kommunikation mit geistig und körperlich mehrfach behinderten Menschen	94
3.7	Patienten mit Einschränkungen der Sehfähigkeit	105
3.8	Schwerhörige und gehörlose Patienten	109
3.9	Aphasiker – Patienten mit zerebraler Störung der Sprache	115
3.10	Patienten mit akutem Schlaganfall	119
3.11	Patienten mit Panikstörung	125
3.12	Hyperventilierende Patienten	133
3.13	Suizidale Patienten/Patienten nach Suizidversuch	139
3.14	Alkoholintoxikierte Patienten – präklinische Versorgung unter veränderten Bedingungen	146
3.15	Aggressive Patienten – „mein aggressives Gegenüber“	155
3.16	Verletzte Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum, häuslicher Gewalt oder Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	161
3.17	Kommunikation mit verletzten Unfallverursachern	166
3.18	Verletzte Täter	171

3.1 GRUNDLAGEN DER PATIENTENKOMMUNIKATION

ULRIKE KRIVEC

3.1.1 Eine Notsituation!?

Es ist ein gewöhnlicher Dienstagmorgen. Nicole sitzt vor ihrem Computer und ist in ein Projekt vertieft. Sie ist noch lange nicht so weit, wie sie sein müsste. Das macht ihr ein ungutes Gefühl. Zudem fühlt sie sich seit heute Morgen schon unwohl. Nach Hause zu gehen, kommt jedoch nicht infrage, denn ihr Chef möchte noch heute Abend Ergebnisse sehen. Als es ihr zunehmend schlechter geht und sich aus dem zuvor wahrgenommenen Druck in der Magengegend ein stechender Schmerz entwickelt, nehmen auch ihre Arbeitskollegen wahr, dass etwas nicht stimmt. Aus Sorge um Nicole rufen sie die 112.

Keine zehn Minuten später erscheint die Rettungswagen-Besatzung mit Mike und Janina. Vollgepackt mit Equipment eilen die beiden in zügigem Tempo die Treppe hinauf. „Erkrankt“ lautet das Meldebild, sie sind auf alles vorbereitet. Nicole wurde zwischenzeitlich von ihren Kollegen zur Seite genommen und kauert auf der Couch in der Team-Ecke, ihre Hände umklammern eine warme Tasse mit Tee. „Hi, was ist passiert?“, ertönt es plötzlich von Mike in mürrischem Tonfall, als er Nicole auf der Couch sitzen sieht. „Ich fühle mich seit heute Morgen nicht gut... irgendwie habe ich solche Bauchschmerzen...“, sagt Nicole mit zittriger Stimme. „Und deswegen sind wir jetzt mit Blaulicht hierher gefahren? Hätten Sie nicht selbst zu Ihrem Hausarzt gehen können? Wir sind ein Rettungswagen und kein Taxi!“, herrscht Mike sie an. Nicole fühlt sich zunehmend unwohl und versinkt immer mehr in der Couch. Die Reaktion von Mike auf ihren Zustand verunsichert sie. Hatten ihre Arbeitskollegen vielleicht zu Unrecht die 112 gewählt? Vielleicht hätte sie heute Morgen einfach zu Hause bleiben sollen... Kommt der Rettungsdienst nur zu den wirklich schlimmen Fällen? Scheinbar gehört sie nicht dazu... Als sie diese Gedanken wälzt, kommt Janina ins Spiel. Sie setzt sich zu ihr auf die Couch und sagt mit warmer Stimme: „Mein Name ist Janina Hinze, ich bin Notfall-sanitäterin. Möchten Sie mir kurz erklären, was genau passiert ist?“



IMPULSFRAGEN

Was ging Ihnen als Leser dieser Zeilen durch den Kopf? Vielleicht können Sie für einen Moment die Augen schließen und sich in die Situation von Nicole versetzen. Lassen Sie die ersten Sätze von Mike in Ihrem inneren Ohr erschallen. Wie fühlen Sie sich nach diesen Worten, die Mike mit Ihnen spricht? Was passiert, als Janina das Wort ergreift und sich

sogar zu Ihnen auf die Couch setzt? Bei wem von beiden fühlen Sie sich besser aufgehoben? Wem würden Sie Ihre Geschichte anvertrauen?

Was diese Fragen verdeutlichen, ist die absolute Notwendigkeit eines gelungenen ersten Einstiegs in das Gespräch. Dieser ist im Rettungsdienst ein maßgeblicher Richtungsweiser für gegenseitiges Vertrauen, Offenheit und Respekt füreinander. Gerade in unserer Branche stellt eine gelungene Kommunikation mit unseren Patienten einen Türöffner für die weitere Betreuung dar.

Sie mögen vielleicht den Gedanken wahrgenommen haben, dass es sich in Nicoles Fall tatsächlich nicht um eine klassische Indikation für den Rettungswagen handelt. Und ja, es ist uns – die in diesem Berufsfeld tätig sind – durchaus bewusst, dass wir immer häufiger zu Einsätzen gerufen werden, bei denen es nicht um „Leben und Tod“ geht. Aus welcher Motivation heraus wählen unsere Patienten demnach die 112? Ist uns der Perspektivenwechsel in Nicoles Situation gelungen, gestaltet sich die Antwort denkbar einfach: Es ist die persönliche, individuelle Ausnahmesituation – genauer gesagt „Notsituation“ –, in der sich unsere Patienten befinden. Diese Individualität beinhaltet auch immer das subjektive Empfinden. Was ist Schmerz? Ab wann wird Schmerz als „stark“ eingestuft? Welche Menge an Blut wird als „viel“ und welche als „wenig“ wahrgenommen? Lassen wir diese Fragen auf uns wirken, liegt das subjektive Empfinden nahezu auf der Hand. Hinzu kommt, dass die meisten unserer Patienten keine medizinische Vorbildung haben und der Erste-Hilfe-Kurs schon Jahre zurückliegt. Die oben als „Notsituation“ betitelte Lage gestaltet sich also für jeden Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten, seines medizinischen Vorwissens, seiner Wahrnehmung und seiner persönlichen Bedingungen individuell. Häufig spielen Emotionen wie Angst und Panik oder – wie in Nicoles Fall – Hilflosigkeit eine große Rolle. Unsere Patienten befinden sich vielleicht sogar das erste Mal in dieser Lage und erkennen selbst keine andere Möglichkeit, als die Hilfe durch die Notfallrettung anzufordern.



MERKE

Was wir als *Notfall* verstehen, ist individuell und situativ verschieden, variiert also von Person zu Person. Im Einsatz zählt das subjektive Empfinden der Betroffenen.

Diese beschriebene Hilflosigkeit beeinflusst jedoch nicht nur das Handeln unserer Patienten. Je nach Ort und Situation

sind Angehörige, Freunde, Bekannte, Passanten oder – um zu Nicoles Fall zurückzukehren – Arbeitskollegen unbeabsichtigt bei einem medizinischen Notfall mit anwesend. Obwohl sie automatisch zum Ersthelfer werden, dürfen wir uns nicht darauf verlassen, dass medizinische Kompetenzen vorliegen. Häufig verfügen Ersthelfer ausschließlich über Kenntnisse, die sie in einem – teils lange zurückliegenden – Erste-Hilfe-Kurs für den Führerschein erlangt haben. Auch in unserem Beispiel gehen wir von dieser Lage aus. Nicoles Kollegen bereitet ihr Zustand Sorgen, sodass ihnen die Wahl der Notrufnummer 112 als richtige Entscheidung erschien. Gedanklich gehen wir hier jedoch sogar noch ein Stück weiter:

- Woher nimmt Mike seine Vorannahme, dass zuvor nicht andere Varianten zur Auswahl standen?
- Gibt es vielleicht in Nicoles Vergangenheit kritische Ereignisse, die die Alarmierung eines Rettungswagens unumgänglich machten?
- Hat der Leitstellendisponent die Übermittlung des Einsatzes an den Kassenärztlichen Bereitschaftsarzt eventuell abgelehnt?

Wie wir die Situation auch drehen und wenden, kein Umstand rechtfertigt die unfreundliche Reaktion von Mike. Ohne Frage sind wir nicht jeden Tag gleich gut gelaunt, dennoch verfolgen wir in der Notfallrettung heutzutage einen Dienstleistungsgedanken.



MERKE

Ein freundliches oder – an „schlechten“ Tagen – neutrales, wohlwollendes Auftreten mit strukturierter, sachlicher Vorgehensweise ist angemessen.

3.1.2 Auf Augenhöhe: die Rolle von Janina

Aber kommen wir zurück zu unserem Fall und schlüpfen in die Rolle von Janina. Obwohl Mike die Kommunikation mit Nicole begonnen hat, ergreift in dieser Situation Janina das Wort. Und noch mehr – Janina setzt sich zu Nicole, wendet sich ihr zu und spricht sie mit warmer Stimme an. Sie begibt sich damit *auf Augenhöhe* mit Nicole und durchbricht wohlwollend die bereits angespannte Situation. Janina entscheidet sich bewusst für einen Moment, ihre eigene „Landkarte“ zu verlassen. Auch sie hat erkannt, dass es sich auf den ersten Blick nicht um einen lebensbedrohlichen Notfall handelt, jedoch um eine Patientin, die in diesem Augenblick ihre Zuwendung benötigt.

Die „Landkarte“ gilt hierbei als sprachliches Bild für die Vorstellung des Modells der Welt, welches aus gesammelten Erfahrungen resultiert und unser Handeln stark beeinflussen kann. Janina gelingt es, sich auf das Modell der Welt von Nicole einzulassen und herauszufinden, wie sich die Situation aus Nicoles Perspektive darstellt. Durch diese *empfindliche* Strategie dreht sie die zuvor von Mike geschaffenen Bedingungen um, nähert sich feinfühlig an und schlägt eine Brücke zu Nicoles Landkarte. Das Ergebnis ist ein *vertrauensvolles Verhältnis* zueinander. Bei ihrer Annäherung gleicht Janina nicht nur ihre Stimme an, sondern auch ihre Körpersprache (s.A. KAP. 2.2 u. 2.3).

Hilfreich ist in diesem Fall das Wissen, welches der Psychologe Albert Mehrabian (1981) mittels wissenschaftlicher Studie darstellte. Demnach ist für unseren Gesprächspartner der vermittelte Inhalt nur zu 7 % von Bedeutung. Er lässt sich jedoch offen auf eine Kommunikation mit uns ein, solange er die Körpersprache (55 %) und den stimmlichen Ausdruck (38 %) als passend wahrnimmt.

3.1.3 Eine gelungene Begrüßung

Unabhängig unseres oben genannten Beispiels stellt sich somit die Frage, wie wir die Begrüßung bei unserer Tätigkeit in der Notfallmedizin optimalerweise gestalten? Neben der gesprochenen Sprache und unserer Körpersprache stellen wir mittels einzelner, subtiler Mittel im Rahmen unseres Ausdrucksverhaltens eine Vertrauensbasis her. Diese feinen Instrumente der Kommunikation sind in unsere gesprochene Sprache und Körpersprache integrierbar.

1. Unsere gesprochene Sprache

Wir stellen uns mit freundlicher, unserem Patienten und der Situation angemessen lauter Stimme sowie unserem Vor- und Nachnamen vor und nennen unsere Funktion. Wenn wir seinen Namen kennen, sprechen wir ihn bei diesem an. Dabei nehmen wir Blickkontakt auf und reichen ihm die Hand. Möglich ist auch eine andere respektvolle Geste. Dies kann beispielsweise – je nach kulturellem Kontext – ein kurzes, sanftes Berühren am Oberarm sein.



BEISPIEL

„Mein Name ist Janina Hinze vom Rettungsdienst. Frau Huber, können Sie mir sagen, was genau passiert ist?“

Je nach Organisation gibt es im Fall der Nennung des Organisationsnamens verschiedene Richtlinien. Das oben genannte Beispiel zeigt die neutralste Variante auf („... vom Rettungsdienst.“).

**MERKE**

In jedem Fall sollte unserem Patienten bereits bei der Begrüßung bekannt sein, wer gerade mit ihm spricht. Dabei nennen wir unseren Vor- und Nachnamen.

Die fachliche Qualifikation spielt nur eine untergeordnete Rolle, da sie den meisten unserer Patienten keine wesentliche Information oder sogar ein Missverständnis (z.B. Rettungssanitäter vs. Rettungsassistent) bietet. Durch die Nennung des Vornamens ermöglichen wir es unserem Patienten, sich auch unseren Nachnamen besser einzuprägen, da er mehr Zeit hat, sich auf unsere Stimme einzustellen. Zudem sind wir es im nicht-privaten Umfeld gewohnt, dass unser Gesprächspartner nach dem Vornamen seinen Nachnamen nennt. Gleichzeitig schaffen wir durch die Nennung unseres Vornamens eine nicht zu distanzierte, freundliche Beziehung zueinander.

Bereits innerhalb dieser wenigen Sätze ist unsere Flexibilität gefragt. Handelt es sich bei unserem Patienten beispielsweise um ein Kind oder einen Jugendlichen, ist die alleinige Nennung unseres Vornamens oft besser geeignet, um Offenheit und Sympathie zu gewinnen.

Beherrschen wir die Basis, ist es uns möglich, beispielsweise das Sprechtempo, den Rhythmus und die Tonlage unseres Gegenübers zu beobachten und uns darauf einzustellen. Spricht Nicole bei der Schilderung ihres Problems schnell oder langsam, laut oder leise? Verwendet sie einzelne Wörter besonders häufig? Auch hier kann sich Janina feinfühlig auf Nicole einstellen, den Kontakt zu ihr intensivieren und sanft die Führung des Gesprächs übernehmen. Die zuvor geschaffene Basis hilft ihr im späteren Verlauf beim Erfragen wichtiger Informationen im Rahmen der Anamnese.

2. Unsere Körpersprache

Nonverbal verfügen wir ebenfalls über mehrere Möglichkeiten, die Kommunikation mit unseren Patienten erfolgreich zu gestalten. Indem wir uns nonverbal an ihn angleichen, gestalten wir auch auf dieser Ebene ein Fundament, auf welchem wir unsere weiteren kommunikativen Maßnahmen aufbauen können. Konkret bedeutet das ein *körperliches Sich-Anpassen*. Für unseren speziellen Fall sind Haltung, Gestik und Mimik am einfachsten umzusetzen, etwa wie folgt:

Janina setzt sich zu Nicole auf die Couch und wendet sich ihr freundlich lächelnd zu. Im weiteren Verlauf – welcher lediglich einige weitere Sekunden umfasst – könnte Janina noch beobachten, wie Nicole genau sitzt. Lehnt sie sich zurück oder beugt sie sich nach vorne? Stützt sich Nicole mit einem Arm ab? Bedient sie sich einer ausschweifenden Gestik? Welche kleinen Bewegungen sind in Nicoles Mimik zu erkennen? Hat Nicole beispielsweise die Beine über-

schlagen, könnte sie sich dezent angleichen und ihre eigenen Beine leicht kreuzen. Da unser Verstand nicht nur über einen bewussten, sondern auch einen unbewussten Anteil (umgangssprachlich Unterbewusstsein genannt) verfügt, spricht Janina mit ihrem Handeln genau diesen an. Nicole wird dies als angenehm empfinden, auch wenn ihr das Verhalten von Janina nicht bewusst ist.

Natürlich befinden wir uns täglich in sehr unterschiedlichen Situationen – hier sind somit abermals unsere Kreativität und Flexibilität gefragt. Und nicht immer sitzt unser Patient wie in unserem Beispiel auf einer Couch. Doch auch auf der Straße ist es uns möglich, uns zu unserem Patienten zu knien, um den Abstand zwischen uns und ihm zu verringern.

Um die Wirkung der eben beschriebenen Methoden hautnah zu erfahren, empfehlen sich folgende einfach auszuführende Übungen:

**ÜBUNG**

1. Beobachten Sie Personen in einem Restaurant, einem Café oder einer Bar, die sich angeregt unterhalten. Welche Körperhaltung sehen Sie? Gibt es Gemeinsamkeiten? Was lässt Rückschlüsse auf eine gelungene, was auf eine missglückte Kommunikation zu?
2. Probieren Sie die oben genannten Methoden des Sich-Angleichens (Gestik, Mimik, Körpersprache etc.) mit einer weiteren Person aus. Wechseln Sie nach einigen Minuten die Rollen und tauschen Sie sich am Ende der Übung darüber aus, was Sie wahrgenommen haben.

Wenn die Kommunikation bereits „schiefgelaufen“ ist ...

Auf den letzten Seiten stand Janina sehr stark im Fokus. Doch was ist mit Mike? Hat er noch eine Chance, die Situation zum Guten zu wenden? Lassen Sie uns vorab kurz erläutern, was Mikes Verhalten zugrunde liegen kann. Auch Mike handelt im Rahmen seiner über Jahre geschaffenen Landkarte, die seine Wahrnehmung maßgeblich prägt. Und obwohl uns seine Reaktion sehr negativ erscheint, verfolgt er eine positive Absicht – in unserem Fall definiert er einen Notfalleinsatz schlichtweg mit anderen Kriterien, die in seinen Augen durchaus sinnvoll erscheinen. Dennoch hilft sein Handeln weder Nicole noch Janina und schon gar nicht ihm selbst. Im schlimmsten Fall ziehen seine Worte eine offizielle Beschwerde der Patientin oder – und dies ist sogar noch häufiger der Fall – der mitanwesenden Personen nach sich. Diese befinden sich während des Einsatzes auf einer Metaebene und betrachten die Situation von außen. Die Reaktion von Nicole und ihren Kollegen kann Mike dennoch als ehrliches Feedback auf seine Kommunikation aufnehmen – erhält er nicht die gewünschte Reaktion, ist seine Botschaft

3.10 PATIENTEN MIT AKUTEM SCHLAGANFALL

FREDERIK GEISLER, KONSTANTIN BICKEL UND PHILIPP GOTTHARDT

3.10.1 Fachlicher Hintergrund

3.10.1.1 Definition des Schlaganfalls

Der Schlaganfall ist charakterisiert durch ein meistens apoplektiform (plötzlich) auftretendes fokale-neurologisches Defizit aufgrund einer im Gehirn verursachten Durchblutungsstörung. Unter dem Oberbegriff *Schlaganfall* werden verschiedene Krankheitsbilder vaskulärer Ätiologie subsumiert:

- *Ischämischer Schlaganfall:*
Durch den Verschluss eines Gefäßes wird das durch dieses Gefäß versorgte Hirnareal nicht mehr oder nur noch vermindert mit Blut und damit Sauerstoff versorgt, sodass es zuerst zu einer funktionellen Schädigung und schließlich zum Untergang des Gewebes kommt.
- *Transitorisch ischämische Attacke (TIA):*
Eine TIA sollte bei einem akut einsetzenden fokale-neurologischen Defizit vaskulärer Ätiologie mit einer Symptombdauer von weniger als einer Stunde (vgl. Albers et al. 2002) und ohne Nachweis eines Infarktes in der Magnetresonanztomografie (MRT) (Easton et al. 2009) definiert werden (vgl. Veltkamp 2012).
- *Intrazerebrale Blutung (ICB):*
Hierbei kommt es zur Ruptur eines Gefäßes im Gehirn, sodass Blut in das umliegende Gewebe austritt.
- *Subarachnoidalblutung (SAB):*
Ein Gefäß im Subarachnoidalraum rupturiert. Ursache ist häufig eine pathologische Gefäßerweiterung, also ein Aneurysma.

3.10.1.2 Klinische Symptomatik und Diagnosestellung

Der ischämische Schlaganfall ist ein Syndrom, wobei mehrere Ursachen in Betracht kommen. Als Ursachen kommen ...

- thromboembolische (Verschleppung eines Thrombus innerhalb der Blutbahn, mit anschließender Verlegung eines Gefäßes, ein sog. embolischer Verschluss),
- mikroangiopathische (die kleinen Blutgefäße betreffende) oder
- hämodynamische (die Strömungsmechanik des Blutes betreffende)

... Mechanismen infrage.

Der Beginn der Symptome ist häufig apoplektiform (plötzlich). Die neurologischen Defizite können persistieren (andauern), progredient sein (zunehmen), in ihrem Verlauf fluktuieren (schwanken) oder sich teilweise (regredient) oder vollständig zurückbilden (remittieren).



MERKE

Es können sehr unterschiedliche klinische Symptome auftreten. Die Lokalisation der beeinträchtigten Durchblutung im zentralen Nervensystem (ZNS) bestimmt in erster Linie die Art dieser Symptome.

Die Angaben von Häufigkeiten bestimmter Symptome variieren je nach Autor. Häufig finden sich bei einem ischämischen Schlaganfall die in TABELLE 7 aufgeführten neurologischen Defizite.

Aufgrund der klinisch variablen Symptome und des unterschiedlichen Beginns und Verlaufs muss eine Reihe von Differenzialdiagnosen erwogen werden, die einen Schlagan-

TAB. 7 ► Häufige Schlaganfallsymptome (in eckigen Klammern Symptome, die seltener und häufig auch bei „Stroke Mimics“ auftreten)

• Lähmungen (Paresen)
• Sensibilitätsstörungen (Hypästhesien)
• Sprechstörungen (Dysarthrophonien)
• Sprachstörungen (Aphasien)
• Koordinationsstörungen (Ataxien)
• Sehstörungen und Augenbewegungsstörungen (Okulomotorikstörungen)
• [Schwindel]
• [qualitative und quantitative Bewusstseinsstörungen]

TAB. 8 ► Häufige Stroke Mimics

• epileptische Anfälle
• Hypoglykämien
• Migräneuren
• periphere Paresen
• peripher-vestibulärer Schwindel
• Meningoenzephalitiden
• dissoziative Störungen
• Synkopen
• Intoxikationen
• Infektionen
• Delir

fall imitieren können (sog. Stroke Mimics). Auch hier variiert die Häufigkeit in Abhängigkeit der unterschiedlichen Autoren. Häufige Stroke Mimics sind in TABELLE 8 aufgeführt.

Daneben können allerdings auch Fälle auftreten, bei denen initial eine andere Erkrankung vermutet wird und die endgültige Diagnose dann jedoch Schlaganfall lautet („Chameleons“) (Moulin/Lays 2019). So kann zum Beispiel als Ursache einer quantitativen Bewusstseinsstörung, die ursächlich auf eine Exsikkose oder Elektrolytstörung zurückgeführt wurde, letztendlich ein bithalamischer Schlaganfall (beide Thalami betreffend, das sog. Tor zum Bewusstsein) die eigentliche Ursache darstellen.



MERKE

Wird präklinisch ein Schlaganfall als mögliche Diagnose in Erwägung gezogen, sollte der Patient zur weiteren differenzialdiagnostischen Zuordnung in ein Krankenhaus mit einer Stroke Unit transportiert werden.

Sollte sich die Diagnose bestätigen, wird ein Sekundärtransport in ein Krankenhaus mit Stroke Unit vermieden, und zeitkritische Interventionen, wie zum Beispiel die systemische Thrombolyse, werden nicht verzögert.

3.10.1.3 Präklinische Versorgung

Um eine medizinisch qualifizierte Versorgung des Patienten überhaupt erst zu ermöglichen, müssen die Symptome durch den Patienten selbst, durch Angehörige oder durch Umstehende als Schlaganfallsymptome erkannt werden.

Darüber hinaus sollte Folgendes vom Rettungspersonal durchgeführt werden:

- Erfassung der Vitalparameter
- Erfassung der neurologischen Defizite (FAST)
- Zeitpunkt des Symptombeginns notieren
- Vorerkrankungen und Medikamente erfragen (z.B. oraler Antikoagulanzen; medizinische Unterlagen mitnehmen)
- Kontaktpersonen notieren (Angehörige, gesetzlichen Betreuer, Vorsorgebevollmächtigte)
- schnelle Transporteinleitung
- Voranmeldung in einer geeigneten Zielklinik (Stroke Unit)
- venöser Zugang, ggf. Entnahme von Laborblut
- Therapie kritischer Blutdruck- und Blutzuckerwerte
- keine Gabe von blutverdünnenden Medikamenten vor Ausschluss einer ICB!

Zu beachten ist dabei: Falls der exakte Beginn der Symptome nicht bekannt ist, etwa weil der Patient mit den Symptomen

aufgewacht ist, sollte der letzte Zeitpunkt ohne Symptome (last well seen) dokumentiert werden. Dies kann von entscheidender Bedeutung für oder gegen die Entscheidung für eine systemische Thrombolyse sein. Die Zielklinik sollte zudem über eine Stroke Unit verfügen. Patienten mit schweren neurologischen Defiziten, auch bei einem Symptombeginn > 4,5 h, sollten in eine Klinik transportiert werden, die die Möglichkeit der mechanischen Thrombektomie bietet und ggfs. über eine Neurochirurgie verfügt (Albers et al. 2018, Nogueira et al. 2018). Patienten, bei denen der Zeitpunkt der letzten Symptomlosigkeit > 4,5 h, allerdings das Feststellen der Symptome < 4,5 h her ist, sollten in eine Klinik gebracht werden, die die Möglichkeit einer Notfall-Magnetresonanztomografie (MRT) des Kopfes bietet, um unter bestimmten Umständen noch eine Thrombolyse durchführen zu können (Thomalla et al. 2018).

3.10.1.4 Klinische Versorgung

Nach Aufnahme des Patienten in der Klinik wird eine Schnittbilddiagnostik (CT oder MRT) durchgeführt, um einen ischämischen Schlaganfall von einer ICB zu differenzieren.



BEACHTEN

Konzept der Mobilen Stroke Units (MSU)

Bei spezialisierten Notarzteinheitssatzfahrzeugen mit einem CT an Board kann eine Schnittbildgebung und Thrombolyse erfolgreich bereits präklinisch erfolgen (Kunz et al. 2016).

3.10.1.5 Prognose

Da der Schlaganfall ein polyätiologisches Syndrom ist und die Art und Schwere der Symptome nicht nur von der Größe und Lokalisierung des betroffenen Hirngewebes, sondern auch von weiteren Faktoren wie der Durchführung evidenzbasierter Therapien, der kollateralen Gefäßversorgung und vielen weiteren Faktoren abhängen, ist die Prognose in Abhängigkeit obiger Faktoren variabel.

Entscheidend für Laien ist der frühzeitige Notruf und für das präklinisch tätige Personal der zügige Transport sowie das Sammeln wichtiger Informationen, um die Entscheidung für oder gegen rekanalisierende Therapien im Krankenhaus schneller und auf der Basis gesicherter Informationen treffen zu können.

3.10.2 Perspektive des Patienten

Die Symptome, die bei einem ischämischen Schlaganfall auftreten können, sind sehr variabel und richten sich wie oben ausgeführt vor allem nach dem Versorgungsgebiet des Gefäß-

ßes im Gehirn, welches verschlossen ist. Eine generelle Aussage, wie ein Patient mit einem Schlaganfall seine Umwelt wahrnimmt, kann daher nicht getroffen werden.



MERKE

Es gibt jedoch eine Reihe von Symptomen, die häufig auftreten und die Artikulation und/oder die Wahrnehmung des Patienten beeinflussen und somit die Kommunikation beeinträchtigen.

Paresen oder Hypästhesien

Wenn Lähmungserscheinungen (Paresen) und Hypästhesien (Sensibilitätsstörungen) ausschließlich in den Extremitäten auftreten, ist die Verständigung mit der Umwelt wie bei Gesunden zu erwarten. Sprachwahrnehmung und -bildung sind bei Hypästhesien nicht beeinträchtigt, allerdings werden taktile Reize (insbesondere der Extremitäten) nur vermindert wahrgenommen. Möglicherweise realisiert der Patient nicht, dass Sie ihn berühren. Darüber hinaus können die plötzlichen Veränderungen der körperlichen Wahrnehmung Angst und Sorge auslösen. Wobei eine zusätzliche halbseitige Lähmung des Gesichtes zu einer undeutlichen Aussprache führen kann.

Okulomotorikstörungen und Sehstörungen

Der Patient sieht zum Beispiel bei einem ischämischen Schlaganfall im Versorgungsgebiet der A. cerebri posterior rechts den linken Teil des Gesichtsfeldes nicht mehr. Um eine Kommunikation zu erleichtern, sollte sich der Untersucher auf die Seite des Patienten stellen, auf der der Patient seine Umwelt noch sieht, also in diesem Fall rechts vom Patienten.

Beim Verschluss eines Zentralarterienastes ist die Sehkraft nur auf einem Auge vermindert oder aufgehoben.

Aphasie: Broca und Wernicke

Hierbei ist vorwiegend entweder das Formulieren von Wörtern und Sätzen sowie Benennen von Gegenständen (expressive Aphasie, auch Broca-Aphasie, früher auch häufig motorische Aphasie) oder das Sprachverständnis (Wernicke-Aphasie) eingeschränkt (s. A. KAP. 3.9.1.1).

Bei der *expressiven Aphasie* können die Patienten Wörter nicht mehr korrekt bilden, Gegenstände nicht benennen oder gar keine sinnvollen Wörter und Sätze mehr bilden. Sie können verzweifelt sein, da sie nicht mehr ausreichend kommunizieren können und ihre Wünsche nicht mitteilen können.

Bei der *Wernicke-Aphasie* entstehen die Schwierigkeiten dadurch, dass die Fragen und Mitteilungen des medizinischen Personals vor Ort vom Patienten unzureichend oder gar nicht verstanden werden.

Häufig liegt eine *gemischte Aphasie* mit Anteilen einer expressiven und einer Wernicke-Aphasie vor.

Darüber hinaus gibt es weitere Unterformen, die unter Aphasie subsumiert werden, so zum Beispiel die Leitungsaphasie, bei der das Nachsprechen eingeschränkt ist. Diese Formen sind in der präklinischen Praxis bei Schlaganfallpatienten allerdings von untergeordneter Bedeutung.

Dysarthrophonie

Die Dysarthrophonie ist im Gegensatz zur Aphasie eine reine Sprechstörung. Dabei versteht der Patient den Untersucher vollständig und kann auch Wörter und Sätze bilden. Allerdings ist die Steuerung von Atmung, Stimme und Artikulation und damit die Aussprache beeinträchtigt. Der Grund hierfür ist allerdings keine isolierte Hirnläsion, die den Sprachgebrauch beeinträchtigt, sondern eine neuromuskuläre Sprechstörung, bei der als Folge die Artikulation gestört ist. Dysarthrophonien können zum Beispiel bei einem Schlaganfall oder multipler Sklerose auftreten.

Daher können diese Patienten auch die Umstehenden verstehen und Aufforderungen befolgen. Schwierigkeiten können allerdings entstehen, wenn das Rettungsdienstpersonal den Patienten aufgrund der undeutlichen Aussprache nicht versteht. Hier gilt es, vor allem Ruhe auszustrahlen und den Patienten nicht durch Ungeduld noch zusätzlich unter Druck zu setzen (s. KAP. 3.9.1.3).

Neglect

Ein Neglect ist eine verminderte Wahrnehmung der Umwelt und von Reizen und tritt in der Regel bei Schlaganfällen auf, die rechtsseitig lokalisiert sind. In diesen Fällen kann der Patient die linke Körperseite oder alles, was linksseitig ist, weniger oder überhaupt nicht wahrnehmen. Der Untersucher sollte sich daher auf die andere Seite stellen, um vom Patienten wahrgenommen zu werden.

Zusätzlich kann auch die Krankheitseinsicht eingeschränkt oder vollständig aufgehoben sein (Anosognosie).

Als weitere kognitive Störungen können Alexie (Verlust der Lesefähigkeit), Agraphie (Verlust der Fähigkeit, Wörter und Texte zu schreiben, wobei Motorik und Intellekt noch vorhanden sind) und Akalkulie (Rechenschwäche) auftreten.

3.10.3 Formulierungshilfen

Eine zunehmende Wahrnehmungsstörung sorgt bei dem Patienten für Hilflosigkeit, die mit einem Gefühl des Kontrollverlustes einhergehen kann. Der Patient kann seine Umwelt nicht mehr wie gewohnt wahrnehmen.

**MERKE**

Ein beruhigendes und sicheres Auftreten ist in diesen Situationen, in denen der Patient möglicherweise verunsichert und verängstigt ist, sehr förderlich. Beziehen Sie den Patienten in ihre Strategie ein. Klare und ehrliche Aussagen über den jetzigen Zustand des Patienten und Ihre Therapieentscheidungen geben ihm Orientierung.

3.10.3.1 Patienten mit Aphasie

Patienten mit Aphasie fällt die Kommunikation durch die Sprach- und Verständnisprobleme schwer, sie werden sich daher sehr auf die Konversation konzentrieren müssen. Sorgen Sie also für eine *ruhige Umgebung*. Stellen Sie möglichst alle störenden Nebengeräusche, wie beispielsweise Fernseher, ab. Zu viele Personen im Raum können ebenfalls nachteilig wirken.

Allgemein gelten, wie bei allen Ihren Patienten, die grundlegenden Regeln der Patientenkommunikation. Dazu gehört, *Blickkontakt* zu halten, und ausreichend *langsam und deutlich* zu *sprechen*. Vermeiden Sie, lauter zu sprechen als nötig. Wenn die Verständigung erschwert ist, gerät man leicht unbewusst in diese Strategie, sie hilft jedoch nicht, sondern sorgt nur für Anspannung bei allen Beteiligten.

Fachwörter, wie zum Beispiel „Lysetherapie“, sollten durch einfache Synonyme ersetzt oder erklärt werden. Nutzen Sie eine *einfache Sprache* mit kurzen, prägnanten, aber stets vollständigen Sätzen. Bedenken Sie hierbei, dass der Patient trotz der Verständigungsschwierigkeiten in seinem Denkvermögen nicht zwingend eingeschränkt ist, also weiterhin in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen und die Situation kognitiv zu erfassen. Dies hängt insgesamt allerdings von der Schwere des Schlaganfalls und der klinischen Symptome ab.

Vermeiden Sie es, den Patienten zu unterbrechen. Lassen Sie ihn ausreden und vollenden Sie seine Sätze nicht, auch wenn er eine kurze Pause machen muss. Haben Sie *Geduld* und geben Sie ihm etwas Zeit für seine Äußerungen.

**BEACHT**

Auch wenn die Unterhaltung schwieriger ist und manchmal stockend läuft, darf die Sprachstörung keinesfalls dazu führen, dass Sie statt *mit* dem Patienten nur noch (mit Angehörigen oder Kollegen) über ihn reden. Beziehen Sie ihn immer mit ein!

Gesprächsführung

Wenn Ihnen der Patient von sich aus viele Informationen zu seinem aktuellen Problem mitteilen möchte, wird er nicht immer die für Sie relevanten von irrelevanten Inhal-

ten unterscheiden können, weswegen es hier sinnvoll ist, das Gespräch sanft zielgerichtet zu lenken, ohne dem Patienten ins Wort zu fallen und ihn zu bevormunden.

„Lassen Sie mich Ihnen zuerst einige Fragen stellen, um einen Überblick zu bekommen.“ kann eine Einleitung in die Anamnese darstellen, auf die Sie im Verlauf aufbauen können. Das SAMPLE(R)-Schema zur Notfalleinamnese ist hierbei ein hilfreicher Leitfaden (s. KAP. 6.1.1).

Danach sollte dem Patienten aber immer der Raum gegeben werden, sich umfangreich zu äußern.

Die Aussagen des Patienten kurz inhaltlich zu wiederholen, gibt dem Patienten eine Rückmeldung und lässt Sie sicherstellen, dass Sie ihn trotz möglicher Schwierigkeiten richtig verstanden haben. Sollten Sie ihn nicht verstehen, äußern Sie dies, oder formulieren Sie Ihre Frage neu.

Geschlossene Fragen stellen

Offene Fragen können den Patienten zu langen Erklärungen herausfordern, die ihm ob seiner Verständigungsschwierigkeiten möglicherweise schwerfallen. Insbesondere wenn der Patient keine klaren Sätze bilden kann, können Sie mithilfe von Ja/Nein-Fragen oder Entscheidungsfragen, die nur die Auswahl zwischen vorgegebenen Antworten lassen, Struktur in das Gespräch bringen und geben so die Möglichkeit, sich durch Nicken, Kopfschütteln oder das Zeigen auf etwas zu äußern.

Statt also zu sagen „Schildern Sie mir kurz, was passiert ist!“, können Sie geschlossene Fragen stellen:

„Haben Sie ein medizinisches Problem?“

„Haben Sie Schmerzen?“

„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu äußern?“

Bei Patienten mit einer Sprachverständnisstörung ist allerdings darauf hinzuweisen, dass häufig sogenannte Ja/Nein-„Floskeln“ verwendet werden. Es ist durchaus möglich, dass ein Patient immer „ja“ sagt, obwohl er nichts versteht. Dies sollte unbedingt aus dem Kontext des Gespräches geschlossen werden. Andernfalls können die Untersuchenden in die Irre geführt werden, etwa bei der Frage: „Nehmen Sie ASS ein?“

Steigerung von einfachen zu komplexeren Sachverhalten

Verwenden Sie nach und nach Formulierungen, die sich vom Einfachen zum Speziellen dem Kern ihres Anliegens nähern. So können Sie, wieder mit geschlossenen Fragen, Stück für Stück mehr Informationen gewinnen.

Statt also „Welche Medikamente nehmen Sie ein?“ zu fragen, können Sie sich langsam herantasten, indem Sie aufeinander aufbauend fragen:

4

Kommunikation mit Angehörigen von Patienten sowie besonderen unverletzten Betroffenen

Inhalt:

4.1	Erfolglose Reanimation und unerwartetes, natürliches Versterben im häuslichen Bereich	178
4.2	Kommunikation mit Ersthelfern	185
4.3	Kommunikation mit Hinterbliebenen nach Suizid	190
4.4	Plötzlicher Säuglingstod (SIDS)	197
4.5	Umgang mit Augenzeugen	206
4.6	Umgang mit Schaulustigen und Non-helping- Bystander-Effect	212
4.7	Gesprächsführung mit Lokführern, Straßen-, U-Bahn- und Busfahrern nach Unfällen mit Personenschaden	218

4.5 UMGANG MIT AUGENZEUGEN

JOHANNES HOLZ UND KAROLINE ELLRICH

Unfall-, Gewalt- und Todesereignisse stellen für alle Beteiligten eine Ausnahmesituation dar. Neben körperlichen Verletzungen sind psychische Schockzustände bis hin zu schweren Traumatisierungen häufige Folgen für die direkt Betroffenen sowie deren Angehörige. Eine Personengruppe, die nach solchen Ereignissen leicht vergessen wird, sind die Augen- und Ohrenzeugen. Wenn auch körperlich unversehrt und in das Geschehen nicht direkt involviert, kann die Konfrontation mit einem für andere Menschen lebensbedrohlichen oder gar tödlichen Ereignis in hohem Maße belastend sein und Unterstützungsbedarf erfordern.



MERKE

Erste, durch die Einsatzkräfte vor Ort durchführbare, psychologisch angemessene Maßnahmen können dabei helfen, die akute Belastung zu reduzieren und Spätfolgen zu verringern. Dem professionellen Umgang mit unverletzten Augen- oder Ohrenzeugen direkt nach dem Ereignis ist demnach eine hohe Bedeutung beizumessen.

Ziel dieses Kapitels ist es, das Erleben und den Umgang mit dieser Personengruppe aus fachlicher Perspektive zu beleuchten und darauf aufbauend konkrete praktische Hilfestellungen aufzuzeigen. Im Fokus stehen hierbei Maßnahmen der sog. *Psychischen Ersten Hilfe* (Lasogga 2008), welche von *nicht-psychologischen professionellen Helfern (Einsatzkräften) vor Ort* geleistet werden können. Rettungskräften kommt dabei eine besondere Rolle zu, insofern sie den Erstkontakt herstellen und gegebenenfalls erforderliche weitergehende Interventionen und Unterstützungsangebote (z.B. Alarmierung der Krisenintervention/Notfallseelsorge) initiieren.

4.5.1 Fachlicher Hintergrund

Notfälle im öffentlichen Raum haben die Besonderheit, dass sich vor Ort oft Personen befinden, die das Geschehen und/oder dessen Auswirkungen (z.B. schwere Verletzungen) zufällig beobachten. Zu denken ist hierbei etwa an jene, die miterleben mussten, wie ein Kind am Zebrastreifen von einem Auto erfasst wurde, wie zwei Autos auf der Autobahn ineinanderkrachten, wie jemand am Bahnsteig plötzlich zusammenbrach oder wie ein Lastwagen in eine Menschenmenge raste. Sind solche Augenzeugen selbst nicht körperlich verletzt, besteht die Gefahr, dass diese Personen nicht

weiter beachtet werden. Obgleich keine persönliche Beziehung zu den direkten Notfallopfern besteht, kann die Konfrontation mit einem solchen Ereignis eine erhebliche Belastung darstellen (vgl. auch Lasogga/Gasch 2008). Dies spiegelt sich auch in der Traumadefinition der Amerikanischen Psychiatischen Gesellschaft wider (Falkai/Wittchen 2018). So gilt die Konfrontation mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod, einer ernsthaften Verletzung sowie einer Gefahr der körperlichen Unversehrtheit dritter Personen grundsätzlich als *potenziell traumatisierend*. Das Zeuge-Sein von Unfall- und Gewaltereignissen gehört sogar zu den häufigsten erlebten Traumata insgesamt (Maercker 2013: 30 ff.). Insofern ist anzunehmen, dass auch diese Personengruppe aufgrund des Erlebnisses psychische Beschwerden in Form von akuter oder posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen, Depressionen sowie Anpassungs- oder Somatisierungsstörungen entwickeln kann (Maercker 2013: 16 ff.).

Es gibt zahlreiche Studien, die sich mit den psychischen Folgen für körperlich verletzte Unfall- und Gewaltopfer auseinandersetzen und zeigen, dass für diese Personengruppe das Risiko insbesondere für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung deutlich erhöht ist (z.B. Craig et al. 2016, Schäffer 2012). Trotz der Häufigkeit von schwerwiegenden Ereignissen wie Verkehrsunfällen sind Hinweise zu den psychischen Folgen für Augenzeugen in der Fachliteratur nur als Randerscheinung zu finden. Erste Ergebnisse legen jedoch nahe, dass *Augenzeugen in ähnlichem Maße von psychischen Folgen betroffen* sein können wie körperlich verletzte Personen (Heron-Delaney et al. 2013). Dabei hat sich gezeigt, dass für Menschen mit psychischen Belastungsreaktionen der Zeitpunkt für die Inanspruchnahme professioneller Hilfsinterventionen entscheidend sein kann. Je früher eine Intervention ansetzt, desto niedriger ist die Wahrscheinlichkeit, dass betroffene Personen im weiteren Verlauf schwerwiegende psychische Beschwerden entwickeln (Guest et al. 2016). Dabei kann insbesondere das professionelle Eingreifen der Helfer am Ort des Ereignisses mit bestimmten Interventionen die Bewältigung solcher Situationen unterstützen (Brom et al. 1993). Jedoch sind nicht alle frühen Interventionen vor Ort in gleichem Maße hilfreich. So war beispielsweise in den 1990er-Jahren die Methode des „Debriefing“ weit verbreitet, bei der häufig direkt vor Ort nach dem traumatischen Ereignis die emotionale Verarbeitung durch intensives „Durcharbeiten“ der traumatischen Erinnerungen angeregt werden sollte. Die Methode ist stark in die Kritik geraten, weil viele Studien insgesamt keinen positiven Effekt durch den Einsatz von Debriefings zeigen konnten (Rose et al. 2002). Im Gegenteil, in manchen Fällen

kam es sogar zu negativen Effekten (Bisson et al. 1997, Hobbs et al. 1996). Dies zeigt, dass professionelles Fachwissen auch in dieser frühen Phase unabdingbar ist.

Neuere Ansätze werden heute unter dem Begriff der „Psychischen Ersten Hilfe“ (vgl. Bisson/Lewis 2009) zusammengefasst, die auf der Grundidee des Salutogenese-Ansatzes von Antonovsky aufbauen (Antonovsky 1979). Diese Ansätze legen den Fokus auf die Stärkung von Überlebens- und Gesundungskräften (Resilienzfaktoren). Es geht dabei um die Aktivierung von eigenen Ressourcen, um das Erlebte in das eigene Selbstkonzept und Weltbild integrieren zu können (z.B. Bisson/Lewis 2009). Ein Modell, welches hier besonders erwähnenswert erscheint, ist das BASIC-Ph-Modell (Lahad 1992). Dieses wurde von einer israelischen Forschergruppe im Kontext der Bedrohung durch Bombenanschläge in Israel entwickelt und schließt somit auch erste psychische Hilfsmaßnahmen bei unverletzten Augenzeugen mit ein. Es beschreibt systematisch, welche *Bewältigungsstrategien in Notsituationen* hilfreich sein können: Das Akronym *BASIC-Ph* steht für sechs „Bewältigungskanäle“:

Bewältigungskanäle
B Belief (Glaube)
A Affect (Gefühl)
S Social (sozial)
I Imagination (Imagination)
C Cognition (Kognition)
Ph Physical (körperlich).

Die Idee dabei ist, dass jeder Mensch grundsätzlich in der Lage ist, alle diese Kanäle zu nutzen, im Laufe des Lebens durch bisherige Erfahrungen in Stresssituationen jedoch Präferenzen für einen oder mehrere dieser Kanäle entwickelt hat. In einer erneuten Krisensituation gilt es nun genau diese Bewältigungsstrategien zu aktivieren und als Ressource zur Bewältigung zu stärken (Lahad/Leykin 2013). In TABELLE 4 sind Beispiele aufgeführt, wie jeder Kanal nach einer Krisen-

situation wie einem Unfall zur Bewältigung eingesetzt werden kann.

Mithilfe des Modells können die Bewältigungskanäle der Augenzeugen identifiziert und mögliche erste Schritte zur Nutzung der Bewältigungsmöglichkeiten eingeleitet werden. Durch die Mobilisierung eigener Ressourcen werden die Selbstheilungskräfte in Gang gesetzt und Spätfolgen verringert. Dabei ist wichtig zu beachten, dass jede Person aufgrund bisheriger Lebenserfahrungen und Prägungen einen anderen, individuellen Umgang mit belastenden Situationen hat und es deshalb auch keine „richtige“ oder „falsche“ Wahl der Bewältigungsstrategie geben kann. Wie Einsatzkräfte vor Ort das BASIC-Ph-Modell konkret in der Kontaktaufnahme nutzen können, wird in KAPITEL 4.5.3 aufgezeigt.

4.5.2 Die Perspektive der Augenzeugen

Ob und in welchem Maße die Beobachtung von Notfallsituationen bei einzelnen Augenzeugen psychische Belastungen hervorruft, hängt von verschiedenen Faktoren ab und ist individuell sehr unterschiedlich. Dabei scheinen objektive Parameter der Traumaschwere (z.B. Ausmaß des Schadens) weniger bedeutsam zur Vorhersage der Belastung zu sein (Maercker 2013: 36 ff.). Sie können daher nur einen ersten Anhaltspunkt zur Einschätzung der Betroffenheit liefern. Bedeutsamer sind die subjektiven *Erlebens- und Interpretationsprozesse während des Ereignisses* sowie generelle Bewältigungsfähigkeiten der Person (s. ebd.). So mag ein Zeuge eines Autounfalls kurzzeitig extreme Ängste durchlebt haben, da ihm eines der Autos bekannt vorkam oder die Person selbst einen entsprechenden Unfall in der Vergangenheit hatte. Auch Gefühle von Hilflosigkeit und Kontrollverlust können im Angesicht eines schwer verletzten oder gar tödlich verunglückten Menschen auftreten.

TAB. 4 ► Bewältigungskanäle im BASIC-Ph-Modell nach Lahad/Leykin (2013)

B	A	S	I	C	Ph
Belief/Glaube	Affect/Gefühl	Social/Sozial	Imagination	Cognition/Kognition	Physical/Körperlich
z. B. <ul style="list-style-type: none">• Einstellungen• Glauben• Werte• Sinnhaftigkeit• religiöse Überzeugungen• Optimismus• Zukunftsvorstellungen	z. B. <ul style="list-style-type: none">• Gefühle wahrnehmen/ ausdrücken/teilen• Trost• Akzeptanz	z. B. <ul style="list-style-type: none">• Austausch mit Freunden• Gruppenaktivitäten• soziale Fertigkeiten• Familie• Geselligkeit	z. B. <ul style="list-style-type: none">• Kreativität• Spiel• Symbole• Musik• Fantasie• angeleitete Imaginationen	z. B. <ul style="list-style-type: none">• Informationen• Verstehen des Ereignisses• Problemlösetechniken• Selbstregulation• Selbstinstruktion	z. B. <ul style="list-style-type: none">• sportliche Aktivitäten• Training• Entspannung• sinnliche Erfahrungen• Schlaf• Arbeiten• Essen

**MERKE**

Generell gilt: So unterschiedlich und individuell, wie Extremsituationen erlebt werden, können auch die Reaktionen darauf sein. Diese sind dabei nicht per se als pathologisch zu klassifizieren, sondern zunächst einmal als „normale“ Reaktionen auf ein „unnormales“ Ereignis zu bewerten.

Grundsätzlich lassen sich dabei verhaltensbezogene, äußere und erlebensbezogene, innere (kognitiv-affektive) Reaktionen unterscheiden (Pausch/Matten 2018, Gasch 2008). Einige Beispiele hierfür sind nachfolgend aufgelistet:

Innere Erlebnisinhalte nach belastenden Ereignissen können sein:

- starke Emotionen wie panische Angst, Wut, Verzweiflung, Trauer, Hilflosigkeit, Schuldgefühle
- emotionale Taubheit
- Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten
- eingeschränkte Aufmerksamkeit
- Desorientierung
- Amnesien (Erinnerungslücken)
- dissoziative Symptome, z. B. das Gefühl „neben sich“ zu stehen, Fremdheitsgefühl.

Äußere Verhaltensweisen nach belastenden Ereignissen können sein:

- Gefühlsausbrüche wie Weinen, Schreien, hysterisches Lachen
- Aggressivität (z. B. um sich schlagen)
- Fluchtreaktionen
- Überaktivität, z. B. in Form von übersteigertem Rededrang, ständigem Auf-und-ab-Gehen oder gut gemeinter, aber aufdringlicher Hilfsbereitschaft
- Unfähigkeit zur Bewegung (Schock, Stupor, Lähmung)
- körperliche Stressreaktionen wie Zittern, Anspannung, erhöhter Puls, Schwitzen, usw.

Für Einsatzkräfte ist es wichtig, typische Reaktionsweisen in Belastungssituationen zu kennen. Zum einen, um vor Ort selbst besser einordnen und erkennen zu können, wie es der Person aktuell geht. Während bei Menschen, die weinen, schreien etc., eine Unterstützungsbedürftigkeit unmittelbar gesehen wird, scheint dies bei auffällig ruhigen und in sich gekehrten Betroffenen gegebenenfalls nicht der Fall zu sein. Gerade bei Letztgenannten ist zu prüfen, ob sich diese aktuell in einem psychischen Ausnahmezustand befinden und entsprechende Hilfe benötigen. Zum anderen kann es für die Betroffenen sehr beruhigend sein zu merken, dass sich die Helfer vor Ort mit Ausnahmesituationen auskennen und das Erleben validieren, da Belastungsreaktionen häufig als sehr beängstigend erlebt werden und manche Betroffene sogar

das Gefühl haben, „verrückt“ zu werden. Es wird als entlastend empfunden, wenn solche Reaktionen dann angesprochen und dadurch normalisiert werden (s. A. Kap. 4.5.3).

Das Wissen um verschiedene Belastungssymptome ermöglicht darüber hinaus, die eigenen Reaktionen auf das Verhalten von Augenzeugen besser einordnen und professionell darauf reagieren zu können. Beispielsweise muss die Einsatzkraft dadurch eine aggressive Schimpftirade nicht auf sich persönlich beziehen, sondern kann sie als Belastungsreaktion erkennen, die nichts mit der eigenen Person zu tun hat.

4.5.3 Formulierungshilfen und Maßnahmen

Wie Maßnahmen auf Basis der bisherigen Ausführungen konkret umgesetzt werden können, um einen angemessenen und professionellen Umgang mit unverletzten Augenzeugen zu gestalten, soll anhand eines Fallbeispiels illustriert werden. Der Fokus liegt hierbei auf der Einschätzung der individuellen Betroffenheit, konkreten Formulierungshilfen im Erstkontakt sowie der Identifizierung und Planung individueller Bewältigungsfähigkeiten anhand des BASIC-Ph-Modells.

**BEISPIEL**

Frau Maier beobachtet vom Gehweg aus, wie drei Meter vor ihr ein Autofahrer beim Rechtsabbiegen einen Fahrradfahrer erfasst und mehrere Meter mit sich schleift. Der Fahrradfahrer schreit kurz vor Schmerzen auf und bleibt danach regungslos liegen. Direkt gegenüber der Kreuzung befindet sich ein Friseurladen mit einem großen Schaufenster zur Straße hin. Mehrere Personen konnten den Unfall von dort aus ebenfalls beobachten. Als der Rettungsdienst eintrifft, befindet sich auch Herr Schmidt vor Ort, der das Quietschen der Reifen beim Bremsen des Autos gehört hatte und direkt den Notruf wählte.

Kreise der Betroffenheit

Bei unvorhersehbaren, schrecklichen Ereignissen ist es normal, dass die Einsatzkräfte vor Ort eine chaotische Situation vorfinden. Daher ist es für die Einsatzkräfte nach Sicherstellung der medizinischen Versorgung körperlich Verletzter wichtig, Interventionsmethoden einzusetzen, die klaren, einfachen Strukturen folgen. Zunächst sollten sie sich mithilfe der Methode „Kreise der Betroffenheit“ einen groben Überblick verschaffen, welcher Personenkreis von dem Ereignis betroffen ist. Dabei werden anhand der drei Dimensionen ...

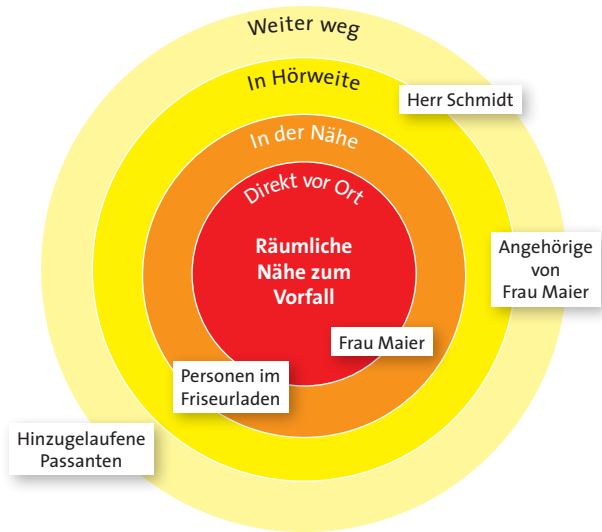


Abb. 5 ► Kreise der Betroffenheit: Anhand ausgewählter Dimensionen (hier „Räumliche Nähe zum Vorfall“) werden unverletzte Zeugen des Geschehens je nach Betroffenheitsgrad eingeteilt. Im Zentrum des Kreises sind die am stärksten betroffenen Personen verzeichnet, abgestuft von innen nach außen die weniger stark betroffenen Personen.

1. räumliche Nähe zum Ereignis (z.B. Augenzeuge eines schweren Unfalls auf der gegenüberliegenden Straßenseite),
2. persönliche Nähe zu den Betroffenen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte),
3. Vulnerabilität der Zeugen bzw. Risikogruppen (z.B. jemandem ist ein ähnliches Erlebnis vor kurzem selbst widerfahren)

... für jede Person das Ausmaß der Betroffenheit abgeschätzt und gegebenenfalls noch weitere relevante Personen identifiziert (Ayalon 2003).

Es muss zunächst überprüft werden, ob alle oder gegebenenfalls nur eine einzelne Dimension für das Ausfüllen der

Kreise hilfreich sind, beispielsweise die Dimension „Räumliche Nähe zum Ereignis“. Die Kreise der Betroffenheit sollten im Verlauf durch weitere Informationen von Beteiligten ergänzt werden. ABBILDUNG 5 zeigt anhand des Fallbeispiels, wie die „Kreise der Betroffenheit“ mit der Dimension „Räumliche Nähe zum Vorfall“ genutzt werden können.

Planung der Maßnahmen

Ausgehend vom innersten Kreis, also den am stärksten betroffenen Personen (z.B. weil sie räumlich am nächsten am Geschehen dran waren), sollte dann festgelegt werden, *wer* mit *wem* und *wann* Kontakt aufnimmt und *was* mögliche Maßnahmen sein könnten. Zur Strukturierung kann ein Maßnahmenplan eingesetzt werden, beispielhaft ausgefüllt in TABELLE 5.

Bei der Kontaktaufnahme mit den Augenzeugen sind die *Grundregeln Psychischer Erster Hilfe* zu beachten (Lasogga/Gasch 2008), die auch für direkt betroffene Notfallopfer gelten. Zu den wesentlichen Aspekten gehört hier:

Grundregeln für die Kontaktaufnahme zu betroffenen Personen

- Vorstellen in der eigenen professionellen Rolle
 - „Guten Tag, mein Name ist Schulz, ich bin Mitarbeiter der Helfer-vor-Ort-Gruppe. Sie haben den Vorfall vorhin mitbekommen, darf ich kurz mit Ihnen sprechen?“
- Falls notwendig, Abschirmen vom Ort des Geschehens
 - „Kommen Sie doch bitte mit mir mit, da hinten können wir uns besser unterhalten.“
- Orientierung geben über das bisherige Geschehen und Informationen einholen
 - „Wie Sie wissen ist es leider zu einem schrecklichen Vorfall/Unfall gekommen.“
 - „Aktuell sind die Rettungskräfte dabei, die verletzten Personen zu versorgen.“
 - „Wie haben Sie den Vorfall mitbekommen?“
 - „Wo befanden Sie sich genau, als es zu dem Vorfall kam?“

Tab. 5 ► Maßnahmenplan

Was	Wer	Mit wem	Wann
Belastung erfragen und Unterstützung anbieten	Schulz aus der HvO-Gruppe	Frau Maier	sofort
Belastung erfragen und Unterstützung anbieten	Polizist Fischer	Personen in Friseurladen/Passanten	Zeitnah nach Erstversorgung
Belastung erfragen und Unterstützung anbieten	Notfallsanitäterin Klein/ Rettungssanitäter Eble	Herr Schmidt	Zeitnah nach Erstversorgung
Angehörige informieren	Polizistin Müller (bei Bedarf Unterstützung durch PSNV)	Angehörige von Frau Maier	Zeitnah nach Erstversorgung

- Unterstützungsbedarf erfragen, erst körperlich, dann psychisch
 - „Benötigen Sie etwas (z.B. eine Decke, etwas Warmes zu trinken, ein Taschentuch etc.)?“
 - „Wie geht es Ihnen gerade?“
 - „Haben Sie jemanden, an den Sie sich bei Bedarf wenden können?“
- Aufklärung über mögliche Belastungsreaktionen und Normalisierung dieser Reaktionen
 - „Sie mussten ein wirklich furchtbares Ereignis miterleben. Es ist völlig normal, in so einer außergewöhnlichen Situation auch außergewöhnliche Reaktionen zu spüren. Manche Menschen reagieren z.B. mit Wut, Panik, Ohnmacht, Trauer, Schuldgefühlen, ungewöhnlichem Tatendrang, Schlafstörungen, Alpträumen oder dem Bedürfnis zu fliehen. Manchmal stellen sich diese Reaktionen auch erst nach einigen Tagen ein. Auch das ist völlig normal. In der Regel verschwinden solche Reaktionen nach einiger Zeit auch wieder von ganz allein.“
 - „Kennen Sie solche Reaktionen?“
 - „Bei wenigen Menschen bleiben die Reaktionen länger bestehen. Sollten Sie nach mehreren Wochen merken, dass die Belastungsreaktionen nicht weniger oder sogar stärker werden, ist es wichtig, dass Sie sich professionelle Unterstützung holen, z.B. über Ihren Hausarzt, Seelsorger, Psychotherapeuten.“
 - „Wissen Sie, an wen Sie sich im Bedarfsfall wenden könnten?“
- in Anlehnung an das BASIC-Ph-Modell je nach Bedarf Identifizierung und Planung von individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (s. o. KAP. 4.5.1).
 - „Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf Belastungen und hat auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien, die für ihn hilfreich sein können. Vielleicht können Sie sich erinnern, was Ihnen in anderen schlimmen oder stressigen Situationen gut geholfen hat? Zum Beispiel hilft es manchen Menschen...
 - Trost zu suchen in Ihrem Glauben oder bestimmten Werten (**Belief**).
 - die eigenen Gefühle wahrzunehmen, den eigenen Gefühlen Ausdruck zu geben, über Gefühle zu sprechen, für sich alleine zu sein (**Affect**).
 - sich mit anderen Menschen zu treffen und zu reden, Dinge gemeinsam zu unternehmen, nicht alleine zu sein (**Social**).
 - schöne Musik zu hören, zu malen, Tagebuch zu schreiben (**Imagination**).

- sich zu erkundigen über den genauen Hergang des Vorfalls, Zeitungsberichte zu lesen, versuchen zu verstehen und einzuordnen, wie es zu dem Vorfall kommen konnte (**Cognition**).
- Sport zu treiben, sich auszupowern, viel zu schlafen, bewusst gutes Essen zu sich zu nehmen (**Physical**).“
- „Wie ist das bei Ihnen? Was hat Ihnen in zurückliegenden schwierigen Situationen geholfen? Vielleicht haben Sie ja bereits Ideen, wo Sie schon gute Erfahrungen sammeln konnten oder was am besten zu Ihnen passen könnte? Es hat sich gezeigt, dass es in solchen Situationen sehr hilfreich sein kann, wenn Sie bereits bewährte Bewältigungsstrategien aktiv einsetzen. Können Sie sich das vorstellen?“
- „Brauchen Sie noch Unterstützung dabei, um „Maßnahme XY“ umsetzen zu können? Gibt es jemanden, der Ihnen dabei helfen könnte?“
- Abklärung, ob noch etwas offengeblieben ist und Verabschiedung
 - „Gibt es jetzt noch etwas, was wir vergessen haben oder was für Sie noch wichtig wäre?“
 - „Vielen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft. Ich wünsche Ihnen alles Gute!“

So unterschiedlich und individuell Extremsituationen erlebt werden, so verschieden können auch die Bedürfnisse der Augenzeugen nach einem solchen Vorfall sein. Dazu gehört natürlich auch, dass manche Personen nach einer solchen Situation nicht sprechen wollen oder können. Nachdem das Unterstützungsangebot gemacht wurde, sollte dies im Rahmen einer „normalen“ Reaktion auf ein „unnormales“ Ereignis selbstverständlich genauso akzeptiert und respektiert werden, wie ein offen eingeforderter Unterstützungsbedarf. Generell zeigt sich, dass Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe bei der Mehrheit der Personen ausreichen (Lasogga 2008). Dennoch wird es auch immer wieder Fälle geben, in denen weitergehende Interventionen geboten sind. Rettungskräfte stellen hierbei eine wichtige Schnittstelle dar, da sie die Mitarbeitenden der Krisenintervention/Notfallseelsorge bei Bedarf kontaktieren oder hinzuziehen können (s. KAP. 6.5). Zu entscheiden, bei wem dies notwendig ist und bei wem nicht, bleibt dabei eine große Herausforderung. Als grobe Orientierung schlägt Lasogga (2008: 70) verschiedene Merkmale vor, die sich auf den konkreten Notfalltyp (z.B. Unfälle mit Schwerverletzten), die Reaktionen der Betroffenen (z.B. dissoziative Symptome wie das Gefühl „neben sich“ zu stehen, Gedächtnisausfälle), deren Vorgeschichte (z.B. frühere psychische Erkrankungen) sowie den expliziten Wunsch der Person beziehen.

5

Kommunikation im eigenen Team

Inhalt:

5.1	Kommunikation unter Stress	228
5.2	Kommunikation im eigenen Netzwerk und Anweisungen geben, die ankommen	235
5.3	Interkulturelle Kommunikation im Team	242

5.3 INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION IM TEAM

MARK ROTH

Zukünftig wird es im Rettungsdienst mehr Mitarbeitende geben, die aus anderen kulturellen Zusammenhängen kommen. Medizinisches Personal in der Präklinik und besonders der Klinik kommt inzwischen aus vielen verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen kulturellen Prägungen und Sichtweisen. Abgesehen davon tritt hinzu, dass manche Rettungsdienste auch über Ländergrenzen hinweg zum Einsatz kommen. Die Zusammenarbeit in interkulturellen Teams kann besondere kommunikative Herausforderungen mit sich bringen, die angegangen werden müssen. Lösungsansätze und Erfahrungen aus dem Bereich der Luftfahrt stellt der folgende Beitrag vor.

Zuerst: Dieses Kapitel ist aus der Sicht eines Piloten geschrieben und nicht aus der eines Mediziners. Im Unterschied zu den vorangehenden Autoren bin ich nur in beschränktem Maße mit der Medizin vertraut. Meine Haupttätigkeit liegt seit gut 30 Jahren in der Fliegerei, wo ich zurzeit als Captain und Prüfungsexperte auf der Airbus A380 fliege. Seit über 20 Jahren betätige ich mich in einem explizit multikulturellen Umfeld für eine Airline im Mittleren Osten. Diesem Umstand habe ich das Privileg und die Herausforderung zu verdanken, mit Menschen aus weit über 100 Nationen zusammenzuarbeiten.

Die zunehmende Globalisierung gibt einen wesentlichen Impuls für multinationale Teams. In der Fliegerei beispielsweise ist dieser Trend in den letzten 20 Jahren stark zunehmend, und heutzutage arbeiten Hunderttausende in einem multinationalen Umfeld. Fragen der kulturellen Teamarbeit spielen im Flugsicherheitsmanagement seit Jahren eine große Rolle. Doch auch für das Gesundheitssystem wird diese Komponente infolge von Internationalisierung und Anwerbung ausländischer Fachkräfte immer wichtiger. Auch für Chirurgen, Krankenhausmanager, Patienten, Sicherheitsverantwortliche und Forscher gilt somit die Erkenntnis, dass gute Kommunikation eine entscheidende Notwendigkeit ist – insbesondere in risikoreichen und zeitkritischen Umgebungen.



MERKE

Effektive und effiziente Kommunikation hat in einem resilienten System fundamentale Bedeutung. Dies hat als Grundsatz zu gelten. Viele andere wichtige Kompetenzen, wie z.B. Belastbarkeitsmanagement oder Entscheidungsfähigkeit (ICAO 2013), beruhen wesentlich darauf, auf welchem Niveau Kommunikation stattfindet. Diese Herausforderung kann durchaus zu großen Barrieren in interkulturellen Teams führen.

In den folgenden Kapiteln werden einige Tools vorgestellt, welche in der Luftfahrt erfolgreich angewendet werden. Diese können auch in anderen Bereichen zugunsten der Sicherheit einen transferablen Mehrwert erbringen, wie im Folgenden am Rettungsdienst aufgezeigt wird.

5.3.1 Eine gemeinsame Sprache: die Wichtigkeit einer Standardisierung

Kaum ein Tool in unserem Umfeld zeigt größeren Effekt als das einer gemeinsamen Sprache. Dies ist in multinationalen bzw. multikulturellen und somit multilingualen Teams in Hochrisikoumgebungen von besonderer Tragweite, weil *Interpretationsspielraum* vermieden werden sollte. In der Fliegerei werden solche Risiken angegangen und reduziert – nicht nur mit der universell angewendeten Sprache (Englisch), sondern vielmehr mit standardisierten Kommunikationsbegriffen. Die Kernbotschaft dieses systematischen Prozesses ist, dass das Team oder das Gegenüber weiß, was in einer bestimmten Situation auf Kommunikationsebene zu erwarten ist. Ein Beispiel: Durch Ablenkung werden während eines Anflugs vom fliegenden Piloten (Pilot Flying, PF) gewisse Geschwindigkeitsparameter überschritten. Der überwachende Pilot (Pilot Monitoring, PM) entdeckt dies und meldet *„Speed!“* (Geschwindigkeit), was dem fliegenden Piloten signalisiert, dass er ohne Verzug die Geschwindigkeit korrigieren sollte. Ebenfalls wird vorab festgelegt, in welchem Rahmen Abweichungen toleriert werden, bevor diese vom PM angesprochen werden müssen. Somit ist Teammitgliedern in einer bestimmten Situation unmittelbar verständlich, welche Überschreitungen eingegangen wurden, weil eine *gemeinsame Sprache* gesprochen wird.

Weiter ist das „Closed Loop-Prinzip“ (geschlossener Kreis) (Kanki/Palmer 1993) von wichtiger Bedeutung. Dieser Kontrollmechanismus wurde geschaffen, damit alle relevanten Informationen den Empfänger verwertbar erreicht haben und der Empfänger dies rückbestätigt. Dieser Kontrollmechanismus erfolgt in drei Phasen (s. Abb. 8), damit ein kontinuierlicher Informationsfluss sowie die Überwachungsmöglichkeit durch den PM gegeben sind. Er kommt wie folgt zur Anwendung: Wenn beispielsweise durch die Flugverkehrsleitstelle die Anweisung erteilt wird, den Kompass-Kurs zu ändern (Phase 1), wird das durch den PF im Autopilotenbedienfeld selektiert. Dies wird in Phase 2 vom PF *kommentiert*, zum Beispiel *„heading 240“* (Kurs 240) und anschließend vom PM nach erfolgter Verifizierung *quittiert* und durch *„checked“* bestätigt (Phase 3). Somit schließt sich der Kreis (*Loop*)

der Kommunikation und vermeidet Missverständnisse bzw. kann diese beilegen. Es kommt etwa vor, dass eine Anweisung von Piloten unterschiedlich verstanden oder interpretiert wird. Durch die genau geregelte Abfolge besteht die Möglichkeit, dies zu verifizieren oder zu korrigieren. Dies ist ein fortdauernder Prozess, welcher erst am Ende des Fluges abgeschlossen wird.

Meine Observationen während medizinischer Eingriffe haben gezeigt, dass es in diesem Gebiet möglicherweise Verbesserungsspielraum gibt. Wenn beispielsweise der Operateur oder Anästhesist von einem assistierenden Teammitglied fordert, an einem medizinischen Gerät einen Wert oder eine Einstellung zu ändern, könnte das über ein Routineprotokoll gehandhabt werden. Während dies erfahrungsgemäß anfänglich etwas verlangsamt oder mit einer sprachlichen Korrektur versehen kommuniziert wird, wissen wir aus der Luftfahrt, dass ein solches Vorgehen nach einer nur kurzen, anfänglichen Angewöhnungsphase von den Beteiligten problemlos adaptiert wird.

Für eine erfolgreiche und systematische Umsetzung dieser Kommunikationsregeln gilt die Voraussetzung, dass führende Personen als Vorbild dienen. Es ist wichtig, speziell in zeitkritischen Situationen, dass ausnahmslos alle Anwesenden eine gemeinsame Sprache teilen, weil dann alle Beteiligten wissen, was in spezifischen Situationen zu erwarten ist. Dies kann durch die „Closed Loop“-Regel effizient erreicht werden (s.A. TAB. 3).



BEACHTEN

Patientensicherheit im präklinischen wie klinischen Bereich kann verbessert werden, indem auch für die Teamkommunikation standardisierte Abläufe eingeführt und trainiert werden, wie sie für medizinische Maßnahmen als *Standard Operating Procedures (SOP)* längst etabliert sind.

Die strenge Einhaltung des geforderten Übergabeprozederes in der Klinik (s.A. KAP. 6.1) oder die Rückmeldung aufgezogener Medikamentendosierungen zwischen Arzt und Notfallsanitäter sind hier beispielhaft zu nennen.

5.3.2 Hierarchie und der interkulturelle Einfluss auf Kommunikation

Kommunikation wird maßgeblich beeinflusst durch das kulturelle Verständnis von Hierarchie. Untersuchungen nach Flugunfällen haben diesen Faktor bestätigt, wie zum Beispiel der Unfall einer Alitalia-Maschine in Zürich im November 1990 (SUST 1990): Während des Anflugs auf den Flughafen

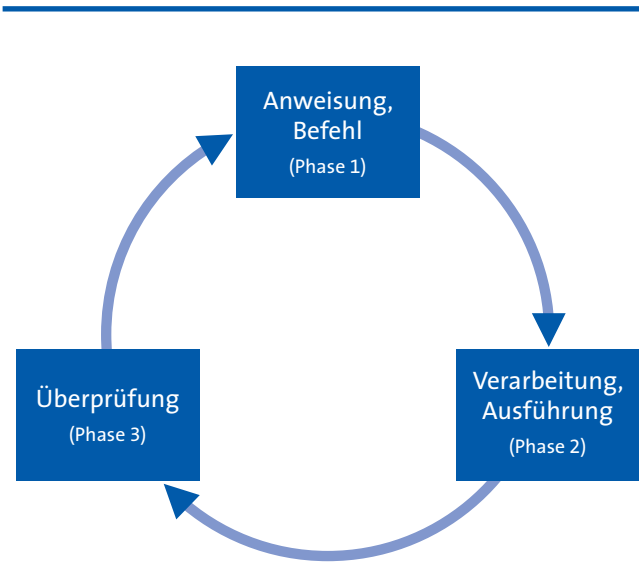


ABB. 8 ► „Closed Loop“-Prinzip

Zürich zeigten das Instrumentenlandesystem des Captains und das des Copiloten unterschiedliche Höhen an. Das System des Captains zeigte um 400 Meter zu hohe Werte an, während die Instrumente des Copiloten korrekt funktionierten und den zu tiefen Anflug anzeigten. Ohne ausreichende Fehleranalyse entschied der Captain, beide Instrumentenlandesysteme auf seine fehlerhafte Höhenanzeige zu schalten. Ein vom Copiloten noch eingeleitetes Durchstartmanöver wurde auf Anweisung des Captains abgebrochen. Dieses Verhalten führte zum Absturz und zum Tod aller 46 Menschen an Bord. In der Folge wurden die Verfahrensregeln für das Cockpit geändert. Einmal eingeleitete Durchstartmanöver dürfen seither nicht mehr abgebrochen werden.

Hierarchie hat einen erheblichen Einfluss auf das „Speak-up“-Verhalten, also auf die verbindliche Kommunikation von Sicherheitsbedenken im Team (s.U. KAP. 5.3.3). Wegweisende Beiträge, um diese Zusammenhänge besser zu verstehen, haben die Forschungen der Professoren Erin Meyer und Geert Hofstede geleistet. Letzterer hat zum Beispiel unter rund 116.000 Angestellten der Firma IBM in 50 Ländern und drei Weltregionen eine äußerst umfangreiche Studie durchgeführt, woraus das Modell der sechs Kultur-Dimensionen entstanden ist (Hofstede et al. 2010). Im Kontext von Hierarchie wird in seinen Untersuchungen von „Power Distance“ (Machtdistanz) gesprochen, welche länderspezifisch mit einem Index berechnet wurde. Je höher dieser ist, desto stärker ist die Machtdistanz. Hofstede definiert diese als das Ausmaß, „inwieweit weniger einflussreiche Mitglieder einer Gesellschaft akzeptieren und erwarten, dass Macht ungleich verteilt ist“.



MERKE

Je höher der Machtdistanz und somit die Machtdistanz, desto weniger sind Untergebene bereit, die Meinung, Position oder das Handeln von Vorgesetzten infrage zu stellen und somit in kritischen Situationen ggf. einzuschreiten.

In unserer Diskussion bedeutet dies, dass Kultur entscheidend sein kann für die Führungsdynamik und Kommunikation eines multinationalen Teams. So kann es in einem länder-homogenen Team (z.B. Dänemark) üblich sein, dass ein hierarchisch Untergebener es als normal ansieht, seine Meinung, Fragen, Bedenken oder Beobachtungen zu teilen, während dies in einem anderen Team (z.B. Philippinen) aus kultureller Sicht unpassend, vielleicht sogar undenkbar und kulturell regelwidrig ist. Dies zu beeinflussen oder zu ändern, erfordert daher Zeit, Schulung sowie stetige Sensibilisierung und sollte prozessorientiert auf Führungsebene einer Organisation gesteuert und als Firmenkultur vorgelebt werden.

Professorin Erin Meyer (2014) zeigt in ihrem Modell praktikable Lösungen auf, insbesondere, wenn Teams kulturell heterogen zusammengesetzt sind. Negative Überraschungen und schwierige Momente können vermieden werden, indem sich beide, Linienverantwortliche und Individuen, bewusst sind, welche Kommunikationsspielregeln in unterschiedlichen Kulturen dominieren, und wie sich solche auf die Kommunikation im Team potenziell auswirken können.

Im Zusammenhang mit Kommunikation weist Meyer auf „Low Context“- und „High Context“-Kulturen (Tief- und Hoch-Kontext-Kulturen) hin. Tief-Kontext-Kulturen (z.B. Deutschland, Niederlande, USA) kommunizieren präzise, einfach und klar. Nachrichten und Aussagen werden ausgedrückt und verstanden und als bare Münzen genommen. Wenn Nachrichten repetiert (wiederholt) werden müssen, wird dies als positiv wahrgenommen, solange es hilft, Kommunikation verständlicher zu machen. Ausgesprochen starke Hoch-Kontext-Kulturen (z.B. China, Japan, Korea) verstehen gute Kommunikation als niveauvoll und differenziert, betont und feingeschichtet. Kommuniziert und gelesen wird oft zwischen den Zeilen. Aktuelle Bedeutungen und kommunikative Absichten müssen vom Zusammenhang her abgeleitet werden und können nicht durch einfache Worte ausgedrückt werden. Zusätzlich zur Kommunikation wird unter anderem das kulturelle Verständnis von Führung (Leadership) in Korrelation genommen. In Meyers Modell, der *Cultural Map*, wird grafisch verdeutlicht, weshalb durch die kulturellen Unterschiede potenziell Schwierigkeiten zu erwarten sind.



MERKE

Das Bewusstsein über gegensätzliche Führungsverständnisse kann einem Team wesentliche Impulse zur gegenseitigen Sensibilisierung geben.

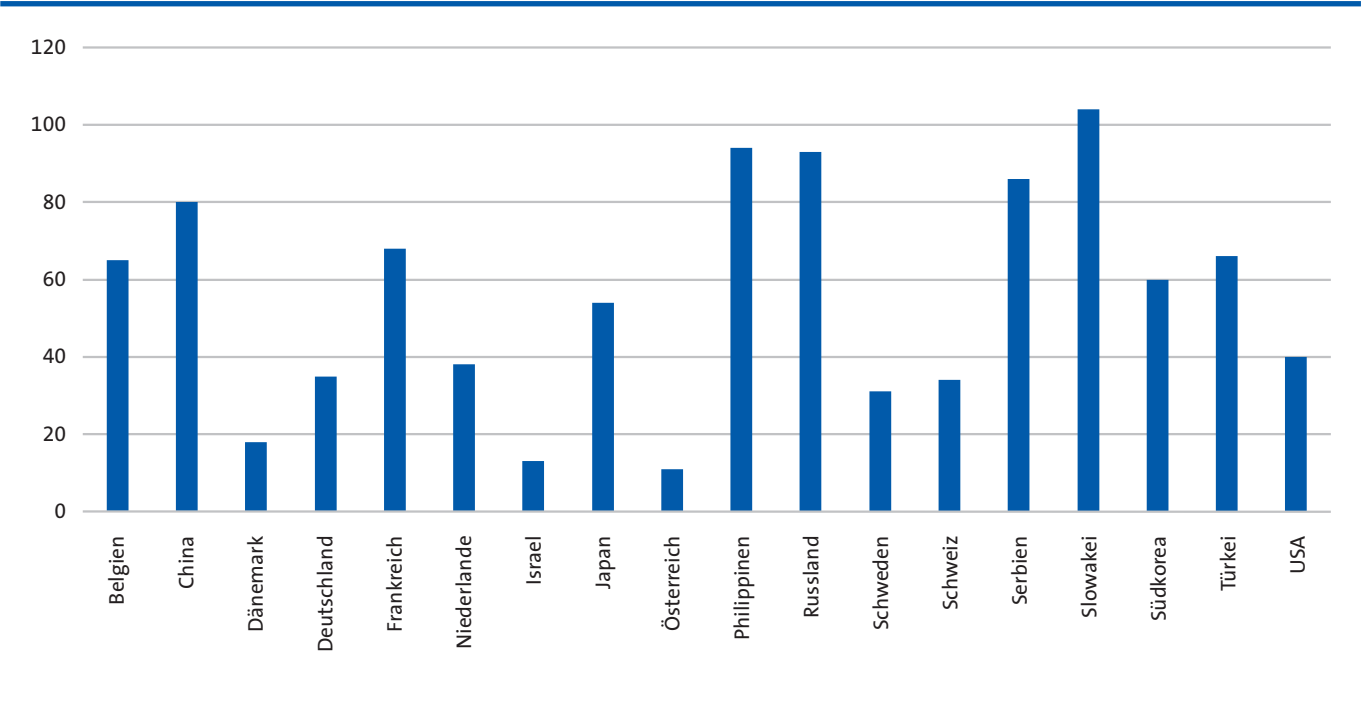


ABB. 9 ▶ Machtdistanz Index (Auszug aus Hofstede et al. 2010)

6

Kommunikation mit den Kooperationspartnern

Inhalt:

6.1	Die Patientenübergabe	250
6.2	Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Hausarzt / Ärztlichem Bereitschaftsdienst	265
6.3	Kommunikation mit der Polizei	271
6.4	Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Feuerwehr	278
6.5	Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV-B)	284

6.1 DIE PATIENTENÜBERGABE

RAINER WASSMER UND OTMAR SCHLAFER

Der Übergabeprozess von Patienten ist nicht nur allgemein in der Medizin, sondern speziell in der Notfallmedizin für die weitere Behandlung von essenzieller Bedeutung.



MERKE

Der Übergabeprozess gliedert sich in Anmeldung, mündliche/schriftliche Übergabe und schließlich das Umlagern des Patienten (vgl. Sieber 2009). Die mündliche Übergabe des Patienten geschieht meist interprofessionell und ist besonders anfällig für Missverständnisse und somit für eine lückenhafte Darstellung der Situation.

Die Übergabesituation wird in hohem Maß von den menschlichen Einflussgrößen der Handelnden bestimmt. Diese werden zumeist als „Human Factors“ zusammengefasst. Dies ist ein Sammelbegriff für menschliche Faktoren in engerem Sinne (körperlicher Zustand), Teamzusammenarbeit (u.a. Kommunikationsfähigkeiten) und kognitive Aspekte (Entscheidungsfindung) (vgl. St. Pierre/Hofinger 2005, Rall/Koppenberg 2012).



BEACHT

In Deutschland gibt es bisher keine einheitlichen Vorgaben für einen strukturierten Aufbau einer Übergabe (vgl. Meiser et al. o.J.). Auch der Art der Vermittlung, wie eine sinnvolle Patientenübergabe aussehen kann, wird gegenwärtig keine Priorität beigemessen.

Eine Untersuchung in den deutschen medizinischen Fakultäten zeigte, dass nur etwa die Hälfte der Fakultäten die interprofessionellen Übergaben im Lehrplan als Lernziel abdeckt (vgl. Hinding et al. 2019). Angesichts dieser Situation sehen wir einen großen Handlungsbedarf, um Fehler zu vermeiden und somit die Patientensicherheit zu erhöhen. Andere Branchen mit Hochrisikobereichen haben dies schon länger erkannt und sind in der Entwicklung deutlich weiter. Beispielsweise sind in der Luftfahrt einheitliche Kommunikationsstrukturen im Funkverkehr definiert worden, um die Zahl der Missverständnisse zu minimieren (vgl. FAA 2008; s.A. Kap. 5.1 u. 5.3).

In den letzten Jahren wurden einige Untersuchungs- und Übergabekonzepte vor allem für spezifische Notfallsituat-

tionen erarbeitet (z.B. ATMIST für traumatologische Patienten, s.u.). Die Konzentration auf bestimmte Notfalleinsätze hat den Vorteil einer gewissen Homogenität der Inhalte. Das ganze Spektrum der Notfallmedizin in einem Übergabekonzept zu verarbeiten, ist äußerst schwierig, denn das Spektrum reicht von internistischen, chirurgischen, polytraumatisierten und reanimierten Patienten bis hin zu psychiatrischen Einsätzen. Hier gibt es nur wenige Versuche, eine übergreifende Struktur für diese heterogenen Notfallbilder zu finden.

Wir stellen zwei *integrative Übergabekonzepte* vor, eingeteilt in ein Schema für nicht zeitkritische Patienten und ein Schema für zeitkritische Notfallpatienten, sogenannte Schockraum-Patienten.



BEACHT

Beide Übergabekonzepte sind nicht ausschließlich im Übergabeprozess in der Notaufnahme zwischen dem übergebenden Team und dem Klinikpersonal anwendbar, sie sollen vielmehr generell in der Patientenübergabe Anwendung finden, also etwa auch zwischen RTW-Besatzung und Notarzt. Es wird deshalb im Folgenden zwischen einem *übergebenden Team (ÜT)* und einem *weiterbehandelnden Team (WT)* unterschieden.

6.1.1 Bisher vorhandene Konzepte zur Patientenübergabe

Bisher wurden national und international zahlreiche Hilfen oder Schemata für die Patientenbehandlung und -übergabe erarbeitet, die meist in Form eines *Akronyms* zusammengefasst wurden. Ein Akronym ist ein einprägsames Kurzwort, das aus den Anfangsbuchstaben der Handlungsschritte gebildet wird. Häufig werden dieselben Schemata, die zur Unterstützung der Patienten*behandlung* verwendet werden, zur Patienten*übergabe* angewandt. Wir wollen in diesem Kapitel zunächst alle bekannten Übergabeschemata vorstellen und erläutern.

ABS

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Tirol implementierte eine standardisierte Übergabestruktur im dortigen Landkreis zur Optimierung der Patientenübergabe vom Ret-

tungsdienst an die Ambulanz. 2016 wurde das „ABS-Briefing“ vorgestellt. Es ist ein reines Übergabeschema und soll in Verbindung mit den bekannten ABCDE- und SAMPLER-Schemen verwendet werden (vgl. Walder et al. 2018).

ABS		
A	Aufnahmeinformationen	<ul style="list-style-type: none"> – Grund der Einweisung – Unfallhergang – Vitalparameter – Bewusstseinslage – Medikamentengabe im Einsatz – Allergien, Infektionen – Blutverdünnung
B	Begleitinformationen	<ul style="list-style-type: none"> – Vorerkrankungen – Medikamentenanamnese – Abholort
S	Sozialanamnese	<ul style="list-style-type: none"> – Bezugsperson – Wer wurde informiert? – Wertgegenstände

BAUM

Im Rahmen einer Untersuchung der Patientenübergaben vom Rettungsdienstpersonal an den Notarzt wurde dieses Übergabeschema für die Notfallpatientenübergabe entwickelt. Dies geschah in Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr Frankfurt a.M. Nach Durchführung einer Schulung und Anwendung des Schemas verbesserte sich der Informationsgehalt der Übergaben deutlich (vgl. Waßmer/Zimmer 2011).

BAUM		
B	Bestand	Patient (Name, Alter), Leitsymptom(e), Schmerzen
A	Anamnese	Vorgeschichte, Unfallhergang, Vorerkrankungen, Voroperationen, Medikamente, Nikotin-/Alkoholabusus
U	Untersuchung	Bewusstsein, Atmung (Frequenz, Auskultationsbefund), Circulation (RR, Puls), Blutzucker, SpO ₂ , EKG, Bodycheck, DMS
M	Maßnahmen	Zugang, verabreichte Medikamente, Sauerstoffgabe, Lagerung, Immobilisation

<c>ABCDE/<x>ABCDE

Das ABCDE-Schema ist ein Untersuchungs- und Übergabeschema, das in zahlreichen Schulungskonzepten (z.B. AHA und ERC) verwendet wird. Für die Patientenuntersuchung wird teilweise das Schema um den Punkt „Critical Bleeding (<c>)“ (kritische Blutung) bzw. „Exsanguination (<x>)“ (Ausbluten) ergänzt, um lebensbedrohliche Blutungen zu erkennen.

<c>ABCDE /<x>ABCDE

c / x	Critical Bleeding/ Exsanguination (starke Blutung)	Erkennen und Beenden starker Blutungen vor weiterer Untersuchung
A	Airway (Atemweg)	Atmung vorhanden? Verlegung? Obstruktion? Enorale Schwellung?
B	Breathing (Atmung)	Frequenz, Geräusche, Rhythmus, Halsvenenstauung, Emphysem, Atemhilfsmuskulatur, Atemzugvolumen (AZV) ausreichend?
C	Circulation (Kreislauf)	Puls, Blutdruck, Hautfarbe, Temperatur, Hautzeichen, Zentralisation, Blutungen
D	Disability (Einschränkung/neurologischer Zustand)	Glasgow Coma Scale (GCS), Pupillen, Blutzucker (BZ)
E	Environment/ Exposure (Umgebung/Patient entkleiden)	Hinweise am Patienten: Verletzungen, Drainagen, Herzschrittmacher, ICD, Schmerzpflaster; Hinweise in der Umgebung zum Unfallhergang

SAMPLE(R)

Schema für die Notallanamnese, das oft zusätzlich zur ABCDE-Untersuchung bzw. innerhalb des obigen Schemas angewendet wird. Es kann auf die Art des Notfallpatienten angepasst werden. Für eine schnelle, vereinfachte Anamnese bei Traumapatienten kann auf das verkürzte AMPLE bzw. AMPEL zurückgegriffen werden. Bei internistischen Patienten kann eine Erweiterung um die Risikofaktoren und um das mögliche Vorliegen einer Schwangerschaft mit dem SAMPLER-Schema erfolgen.

SAMPLE(R)

S	Symptoms (Symptome)	Beschwerden, Schmerzlokalisierung, Schmerzcharakter (OPQRST, s. u.)
A	Allergies (Allergien)	bestehende Allergien, Allergiepass
M	Medication (Medikation)	Akut-/Dauermedikamente, Abusus
P	Past Medical History (Patientengeschichte, medizinische)	Vorerkrankungen, Voroperationen, Patientenausweise
L	Last Oral Intake (letzte Mahlzeit)	letzte Mahlzeit (im erweiterten Sinne auch letzter Stuhlgang)
E	Events prior to Incident (Ereignisse vor dem Notfall)	Unfallhergang, besondere Ereignisse/Symptome vor dem Notfall, Amnesie
R	Risk Factors (Risikofaktoren)	Alkoholiker, Raucher, Diabetiker, Risiken für medizinisches Personal, Schwangerschaft

OPQRST

Ergänzung des SAMPLE(R)-Schemas mit dem Ziel, die Symptome (S) des Patienten – insbesondere bei Schmerzen – näher zu erfragen und bei der Patientenübergabe strukturiert zu übermitteln.

OPQRST		
O	Onset (Beginn)	Wann? Wie (in Ruhe, bei Bewegung, besonderes Ereignis, plötzlich, langsam zunehmend)?
P	Provocation/Palliation (Verstärkung/Linderung)	Was verschlimmert oder lindert die Beschwerden?
Q	Quality (Qualität)	subjektive Beschreibung: z.B. stechend, stumpf, brennend, zerreißend, pulsierend
R	Region/Radiation (Region/Ausstrahlung)	Beschwerdelokalisation und Ausstrahlung
S	Severity (Stärke)	subjektive Beschreibung der Schmerzstärke meist anhand einer Ratingskala (numerische, visuelle oder symbolische)
T	Time (zeitlicher Verlauf)	Symptombdauer, Schmerzverlauf: Schmerzspitzen, Koliken, Progression, Regression

SBAR / ISBAR / ISOBAR

Ursprünglich wurde das Akronym „SBAR“ als Kommunikationsmodell von der US Navy entwickelt. Ziel war es, bei langen Kommunikationsketten möglichst wenig Information zu verlieren. Es wurde erfolgreich in anderen Hochrisikobereichen (u.a. Luftfahrt, Nukleartechnik) eingesetzt und hat zuletzt auch Einzug in die Medizin gehalten. Dieses Modell wird teilweise ergänzt, um den Patienten und den Gesprächspartner vorab zu identifizieren (ISBAR). In Westaustralien wurde zudem der Punkt „Observations“ hinzugefügt, um beispielweise auch Vitalparameter zu übermitteln (ISOBAR) (vgl. Porteous et al. 2009, Reinke 2020).

ISOBAR		
I	Identification (Identifikation)	eigener Name und Beruf/Dienstgrad, Patientendaten: Name, Alter, ggf. einweisender Arzt
S	Situation (Situation)	Lage vor Ort: Symptome, Beschwerden, Unfallhergang
O	Observations (Untersuchung)	Vitalparameter, Untersuchungsergebnisse
B	Background (Hintergrund)	Vorerkrankungen, Voroperationen, Dauermedikation
A	Assessment (Beurteilung)	zusammenfassende Beurteilung und Verdachtsdiagnose(n)
R	Recommendation (Empfehlung)	Vorschläge zur weiteren Diagnostik und Therapie

ATMIST

Es handelt sich um ein spezielles Übergabeschema für Traumapatienten (vgl. Evans et al. 2010). Man findet auch eine modifizierte Form dieses Schemas (DeMIST): „De“ steht in diesem Fall für „Demographics“ und vereint Patientenalter und Zeit (AT).

ATMIST		
A	Age (Alter)	Alter und Name des Patienten
T	Time (Zeit)	Zeitpunkt des Unfalls/Ereignisses
M	Mechanism (Mechanismus)	Unfallhergang, Unfallmechanismus
I	Injury (Verletzung)	Verletzungen (Reihenfolge: von kranial nach kaudal)
S	Signs/Symptoms (Zeichen/Symptome)	Ergebnisse der weiteren klinischen Untersuchung (ggf. nach ABCDE-Schema)
T	Treatment (Behandlung)	durchgeführte Maßnahmen: Lagerung, Analgesie, Hämostase ...

IPASS

Ab dem Jahr 2010 entwickelte ein US-amerikanisches Netzwerk aus pädiatrischen Forschungseinrichtungen ein Konzept zur Verbesserung der Patientenübergabe. Zudem wurden Methoden zur Ausbildung von Übergabefähigkeiten entwickelt. Der wichtige Unterschied zu anderen Übergabekonzepten liegt in der aktiven Einbindung des Empfängers am Ende des Übergabeprozesses. Hier wird eine *Zusammenfassung von der übernehmenden Person* gefordert, die Übergabe kann somit direkt quantitativ beurteilt werden (vgl. Starmer et al. 2014).

IPASS		
I	Illness Severity (Schweregrad der Erkrankung)	Einschätzung in stabil, instabil und kritisch
P	Patient Summary (Patientenzusammenfassung)	Name, Alter, Medikamentenanamnese, Symptome, körperlicher Status, ggf. Diagnosen
A	Action List (Maßnahmenliste)	Maßnahmen, die am Patienten durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden sollten
S	Situation Awareness and Contingency Planning (Situationsbewusstsein und Notfallplan)	zusätzliche Informationen aus dem Patientenumfeld: DNR/DNI, soziale Situation, Familienmitglieder
S	Synthesis by Receiver (Zusammenfassung durch den Empfänger)	Reflexion der annehmenden Person und Gelegenheit, Fragen zu stellen

6.1.2 Aktuelle Studienlage

Wir stellten uns die Frage, ob durch eine verbesserte, trainierte und (etwa durch die obigen Schemata) strukturierte Patientenübergabe, das Outcome des Patienten auch nachweislich verbessert wird. Es erfolgte daher eine selektive Literaturrecherche zu entsprechenden Studien in *pubmed*, wobei die Beiträge nicht älter als zehn Jahre sein durften. Schlagwörter waren: „Patient Handover“, „Training“ und „Outcome“. Dabei waren Patientenübergaben generell gemeint, da eine weitere Selektion nur auf das präklinische Feld zu wenige Studien eingeschlossen hätte. Auffällig war, dass die These des verbesserten Outcomes große Zustimmung findet, dafür aber mitunter konkrete Beweise fehlen:

In England wurden die stationären Patienten einer chirurgischen Abteilung anhand eines standardisierten Patientenübergabeformulars an das Wochenend-Team übergeben. Nach Implementierung zeigte sich eine quantitative Erhöhung des Informationsgehaltes der Übergaben. Eine didaktische Schulung zur Übergabe sowie eine interaktive Anleitung zeigten den größten Lerneffekt (vgl. Mughal et al. 2018).

Um das Vertrauen in das Übergabeschema ISOBAR (s.o.) zu erhöhen, waren in einer anderen Studie eine elektronische Präsentation und Simulationsvideos einer interprofessionellen Studiengruppe gezeigt worden. In einer Vorher-Nachher-Untersuchung zeigte sich ein signifikanter Anstieg des Vertrauens und des Verständnisses des Schemas (vgl. Beament et al. 2018).

Eine SBAR-basierte Kommunikation (s.o.) wurde in einer geburtshilflichen Abteilung in Neu-Taipeh (Taiwan) eingeführt und über ca. drei Jahre beobachtet. Das Pflegepersonal wurde gebeten, die klinischen Befunde und Empfehlungen anhand einer neuartigen SBAR-Liste zu melden, wenn abnormale Herzschläge auftraten. Es erhöhte sich die Arbeitszufriedenheit und das Teamarbeitsklima in der Geburtshilfe nach Einführung der SBAR-Technik. Keine signifikanten Unterschiede sah man in der Anzahl der Neugeborenen, die weniger als sieben APGAR-Punkte (5. Minute) hatten (vgl. Ting et al. 2017).

Eine Untersuchung nach Implementierung einer SBAR-basierten Übergabestruktur zeigte eine hohe Zufriedenheit und größere Selbstsicherheit in der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal (vgl. Clark et al. 2009).

In der klinischen Ausbildung von Medizinstudenten wurden einer Studiengruppe die verschiedenen Übergabeschemata und Strukturen unterrichtet. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war das Vertrauen in standardisierte Übergabestrukturen und die Genauigkeit der Übergaben erhöht worden. Der Beobachtungszeitraum war jedoch kurz, sodass Langzeiteffekte in weiteren Studien beobachtet werden müssen (vgl. Thaeter et al. 2018).

Intraoperative Übergaben wurden vor und nach einer Schulung bzw. der Einführung einer Checkliste durchgeführt. Im Beobachtungszeitraum sowohl direkt nach der Schulung als auch drei Monate später waren deutliche Verbesserungen des Informationsflusses zu sehen (vgl. Jullia et al. 2017).

Eine Metaanalyse von 19 Studien brachte folgendes Ergebnis: Die Patientenübergabe kann durch eine Standardisierung (Papier-/Computerchecklisten, Formulare oder Protokolle) verbessert werden. Die Daten der Entwicklungsmethoden, die Schulung des Personals und das Follow-up waren jedoch unzureichend. Es werden weitere Studien zur Ermittlung der besten Methoden zur Verbesserung des Informationsflusses gefordert (vgl. Pucher et al. 2015).

In einer Studie wurde die Frage gestellt, ob durch eine einfache Schulung die Patientenübergabe vom Rettungsdienstpersonal an den Notarzt verbessert werden kann. Es wurde die Menge der einzelnen Informationseinheiten quantifiziert, welche vom Rettungsdienstteam erhoben wurden. Diese wurde im Verhältnis zu den Informationseinheiten, welche an den Notarzt übergeben wurden, beobachtet. Die Anwendung des BAUM-Schemas steigerte die Menge der übergebenen Informationseinheiten an den Notarzt durchschnittlich von 53,7% auf 61,7%. Das BAUM-Schema stellt somit eine Verbesserung der Patientenübergabe von Rettungsassistenten in der Notfallmedizin dar (vgl. Waßmer/Zimmer 2011).



MERKE

Schlussfolgerung: Eine Strukturierung der Kommunikation bzw. Einführung einer Patientenübergabehilfe trägt sowohl subjektiv als auch objektiv zu einer Verbesserung bei. Der quantifizierbare Nachweis über ein verbessertes Outcome bleibt jedoch aus, d. h. der positive Effekt auf den Patienten-zustand ist durch umfangreiche Vergleichstests bisher nicht statistisch sicher erbracht worden.

6.1.3 Sichtweisen der verschiedenen Teams in der Übergabe

6.1.3.1 Check-up-Phase

Der erste zentrale Punkt vor Beginn einer Übergabe ist eine orientierende „Check-up-Phase“: Hier steht zunächst im Vordergrund, den Kontakt zum richtigen Ansprechpartner zu identifizieren und dessen Aufmerksamkeit am richtigen Übergabeort zu sichern. Eine persönliche Übergabe mit dem direkt weiterbehandelnden Team (WT) ist einzufordern, und die Zuständigkeit sollte klar ersichtlich sein.

Rettungsdienst ist das Zusammenspiel von notfallmedizinischem Handeln und effektiver, zielgerichteter Kommunikation auf vielen verschiedenen Ebenen – im Einsatz und außerhalb des Einsatzes, direkt bei den Patientinnen und Patienten und in deren Umfeld. Die Art und Weise der Verständigung entscheidet mit über die Qualität und die Effektivität von Einsatzmaßnahmen.

Die Bedeutung gelungener Kommunikation ist den Akteurinnen und Akteuren der Präklinik bewusst, jedoch mangelt es bisher an einer praxisorientierten Bündelung der vielfältigen Erkenntnisse. Diese liegt mit dem **„Rettungsdienst-Praxisbuch Kommunikation“** nun vor. Es bildet in konzentrierter und verständlicher Form die bedeutsamen kommunikativen Interaktionen verschiedener Einsatzsituationen ab und gibt dafür Orientierungshilfen und bewährte Hinweise.

Neben Grundwissen, u. a. zu Gesprächsführung, nonverbalen Signalen oder Humor, steht die Kom-

munikation mit Patienten im Mittelpunkt. Für zahlreiche besondere Patientengruppen und -situationen wie Kinder, Seh- und Hörbehinderte, aggressive oder hyperventilierende Patienten werden zielgerichtet Hinweise gegeben. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Dialog mit Angehörigen, z. B. nach Suizid oder erfolgloser Reanimation. Ebenso wird Hilfestellung für den Umgang mit Augenzeugen oder Schaulustigen eröffnet. Konzentriert betrachtet werden die Interaktion im rettungsdienstlichen Team selbst sowie Themen wie Übergabe, Anweisungen geben, Konflikte besprechen u. v. m.

Mehr als 40 Expertinnen und Experten der Kommunikation, Psychologie und Notfallmedizin haben zusammen mit erfahrenen Einsatzkräften ihr Fach- und Praxiswissen eingebracht und in handhabbare Empfehlungen und Leitlinien gefasst. Prägnante Übersichten, Merksätze und Anwendertipps machen dieses Praxisbuch zum Lern- und Einsatzbegleiter für alle Einsatzkräfte.

Rettungsdienst-Praxisbuch

Kommunikation

Verstehen und verständigen.