



Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Psychische Erste Hilfe für Betroffene

Basisregeln für Einsatzkräfte



BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben.

Belastungen und Folgen schwerer Unglücksfälle

Extremsituation Notfall

- Notfallsituationen, schwere Unglücksfälle und Katastrophen sind für die direkt Betroffenen eine hoch belastende Extremsituation.
- Auch Angehörige, Hinterbliebene und Vermisste versetzt eine Notfallsituation in einen gefühlsmäßigen Ausnahmezustand.
- Was genau vom Einzelnen als belastend empfunden wird, ist jedoch individuell sehr verschieden und von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig.



© Deutscher
Rotes Kreuz
Logo

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 2

Für alle, die von einer Notfallsituationen, einem schwere Unglücksfall oder eine Katastrophe mit Toten und Verletzten betroffen sind, ist diese Situation eine extreme Belastung, die durch einen massiven Kontroll- und Orientierungsverlust, durch das Gefühl von Hilflosigkeit sowie eine massive Verunsicherung gekennzeichnet ist. Nicht selten ist sie auch mit einer Bedrohung des eigenen Lebens verbunden.

Im Fachgebiet der psychosozialen Notfallversorgung spricht man – anderes als in der Gefahrenabwehr sonst verbreitet – nicht nur von Verletzten und Betroffenen, sondern unterscheidet verschiedene Betroffenenengruppen:

Überlebende, d.h. Unverletzte und körperlich und / oder psychisch Verletzte, die von einem Schadensereignis unmittelbar betroffen sind.

Angehörige, d.h. Familienangehörige, Freunde und weitere nahestehende Personen von unmittelbar Betroffenen.

Hinterbliebene, d.h. Familienangehörige, Freunde und weitere nahestehende Personen von Verstorbenen.

Vermisste, d.h. Familienangehörige, Freunde und weitere nahestehende Personen von Vermissten.

Diese Unterscheidung ist in der psychosozialen Arbeit wichtig, weil die Bedürfnisse und Bedarfe und die Maßnahmen für die einzelnen Betroffenenengruppen sehr verschieden ausfallen.

Belastungen und Folgen schwerer Unglücksfälle
<p>Belastungen, Risiko- und Schutzfaktoren sind vielfältig</p> <ul style="list-style-type: none">• Auf Notfallbetroffene wirken viele verschiedene körperliche und psychologische Belastungsfaktoren ein.• Das individuelle Notfallerleben wird darüber hinaus von zahlreichen Schutz- und Risikofaktoren bestimmt.• Schließlich spielen die subjektive Wahrnehmung und die persönliche Beurteilung des Betroffenen eine große Rolle dabei, wie belastend die Notfallsituation empfunden wird.
<p> DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.</p> <p>Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 3</p>

Die psychologischen und körperlichen Belastungsfaktoren sowie die Schutz- und Risikofaktoren werden auf den nachfolgenden Folien ausführlich erläutert.

Belastungen und Folgen schwerer Unglücksfälle			
Psychologische und körperliche Belastungsfaktoren			
Psychologische Belastungsfaktoren		Körperliche Belastungsfaktoren	
Individualpsychologische Belastungen	Sozialpsychologische Belastungen	Externe körperliche Belastungen	Interne körperliche Belastungen
<ul style="list-style-type: none"> • Neuheit des Erlebten • Informationsmangel / -überfluss • Kontrollverlust • Gefühl von Hilflosigkeit • Unterbrochene Handlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anwesenheit von Zuschauern • Veränderung der sozialen Hierarchie • ggf. Anwesenheit und Betroffenheit anderer Notfallbetroffener 	<ul style="list-style-type: none"> • Kälte, Hitze • Lärm (Martinshorn, laufende Motoren) • Gerüche • Geräusche • Einklemmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Atemnot

Auf Menschen, die mit einer Notfallsituation bzw. einer „komplexen Gefahren- oder Schadenslage“ konfrontiert worden sind, wirkt eine Vielzahl körperlicher und psychologischer Belastungsfaktoren ein. Dazu gehören zum Beispiel körperliche Belastungen, die von außen einwirken, wie Kälte oder Hitze am Unglücksort, Lärm oder unbekannte Gerüche, sowie innere körperliche Belastungen wie Schmerzen oder Atemnot.

Zu den psychologischen Belastungsfaktoren gehören beispielsweise das Gefühl von Hilflosigkeit und der Verlust von Kontrolle über den Körper oder die Situation, die Ungewohntheit der Gesamtsituation, die Unterbrechung der zuvor ausgeübten Handlung, eine Veränderung in der sozialen Hierarchie oder auch die Anwesenheit von Zuschauern.

(vgl. Lasogga & Gasch 2006)

Körperliche Belastungsfaktoren

Externe körperliche Belastungen

- Kälte, Hitze
- Lärm (Martinshorn, laufende Motoren)
- Gerüche
- Geräusche
- Einklemmung

Interne körperliche Belastungen

- Schmerzen
- Atemnot

Psychologische Belastungsfaktoren

Individualpsychologische Belastungen

- Neuheit des Erlebten
- Informationsmangel / -überfluss
- Kontrollverlust
- Gefühl von Hilflosigkeit
- Unterbrochene Handlungen

Sozialpsychologische Belastungen

- Anwesenheit von Zuschauern
- Veränderung der sozialen Hierarchie
- ggf. Anwesenheit und Betroffenheit anderer Notfallbetroffener

(mod. nach Lasogga und Gasch 2006)

Besondere Belastung bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV):

Bei einem MANV müssen zusätzliche Belastungsfaktoren berücksichtigt werden, die auf die Betroffenen einwirken können. In einer Großschadenslage müssen Betroffene häufig erst einmal eine längere Zeit auf Hilfe warten als bei einem Individualnotfall. Informationen werden in der anfänglichen Chaosphase nicht so schnell verfügbar sein. Zusätzlich nehmen Betroffene andere verletzte Personen, die unter Umständen verstümmelt sind, wahr. Auch verstorbene Personen können sich im Sichtfeld der Überlebenden befinden. Das Zeitgefühl der Betroffenen kann in der Zeit des Wartens verloren gehen und es ist für sie nicht unbedingt ersichtlich, welche Maßnahmen bereits (im Hintergrund) getroffen werden. Zusätzlich kann es sein, dass Mobiltelefone nicht funktionieren und die Betroffenen ihre Angehörigen nicht verständigen können.

Eine weitere Belastung kann eine in der Regel hohe Medienpräsenz an der Schadensstelle - häufig bereits in der Akutsituation - darstellen.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011)

Belastungen und Folgen schwerer Unglücksfälle		
Schutz- und Risikofaktoren		
Biologische Variablen	Soziografische Variablen	Psychologische Variablen
<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Körperliche Konstitution • Vorerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Ressourcen • Soziökonomischer Status • Kulturelle Prägung • Familienstand • Beruf • Verhalten von Kollegen • Verhalten von Vorgesetzten • Gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorerfahrungen • Vorbereitung • Vorbelastungen • Persönlichkeit • Erziehung, Bildung • Bewältigungsstrategien • Handlungsroutinen • Widerstandsfähigkeit • Glaube

Neben den körperlichen und psychologischen Belastungsfaktoren bestimmen auch die vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren das individuelle Notfall erleben, sowie die subjektive Wahrnehmung und die persönliche Beurteilung der Notfallsituation durch den Betroffenen. Moderierende Variablen in einer Notfallsituation, die je nach Ausprägung protektiv oder Risiko erhöhend bzw. zusätzlich belastend wirken können, sind zum Beispiel biologische, soziografische oder psychologische Variablen.

Biologische Variablen

- Alter
- Geschlecht
- Körperliche Konstitution
- Vorerkrankungen

Soziografische Variablen

- Soziale Ressourcen
- Soziökonomischer Status
- Kulturelle Prägung
- Familienstand
- Beruf
- Verhalten von Kollegen
- Verhalten von Vorgesetzten
- Gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen

Psychologische Variablen

- Vorerfahrungen
- Vorbereitung
- Vorbelastungen
- Persönlichkeit
- Erziehung, Bildung
- Bewältigungsstrategien
- Handlungsroutinen
- Widerstandsfähigkeit
- Glaube

(mod. nach Lasogga & Gasch 2006)

Belastungen und Folgen schwerer Unglücksfälle	
Typische Reaktionen Betroffener	
Akutsituation	Mittel- und längerfristige Folgen
<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Aggression • Schuldgefühle • Scham • Passivität • Schock 	<ul style="list-style-type: none"> • psychisch verletzlicher / empfindlicher • Schwierigkeiten, sich in das soziale Umfeld wieder einzugliedern • Belastungen durch z. B. administrative oder versicherungsrechtliche Fragen
<p>Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere krankheitswertige Störungen treten laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei Betroffenen in nur 0,5-10% der Fälle auf.</p>	
<p><small>© Deutscher Städtetag Städtische Jugendberufshilfe Städtische Jugendberufshilfe</small></p> <p style="text-align: right;"><small>Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 6</small></p>	

Typische Reaktionen in der Akutsituation

Auch die Reaktionen, die Betroffene am Unglücksort zeigen, können sehr verschieden sein und sich zudem innerhalb kürzester Zeit ändern.

So sind Einsatzkräfte mit Verhaltensweisen wie Weinen, Schreien, Lachen (ausgelöst durch das gestörte emotionale Gleichgewicht), Überaktivität, erhöhter Redebedarf, Aggression, Passivität, Lähmung oder Schock konfrontiert.

Diese unterschiedlichen Reaktionen sind in dieser Phase als „normal“ einzustufen. Sie dienen dazu, die durch das Geschehene angestaute Erregung abzuleiten. Dies geschieht in einer für die Person adäquaten Weise und kann deshalb äußerst unterschiedlich ausfallen.

Typische mittel- und längerfristige Folgen:

Zu den mittel- und längerfristigen Folgen lässt sich zusammenfassend festhalten: Die meisten Menschen sind nach schwerwiegenden Notfällen psychisch insgesamt verletzlicher und empfindlicher. Darüber hinaus haben sie häufig Schwierigkeiten, sich in ihr soziales Umfeld wieder einzugliedern. Zusätzlich belastend sind administrative sowie sozial- und versicherungsrechtliche Fragen und Aufgaben, die auf sie zukommen können.

Vermisste müssen den quälenden Schwebezustand des Wartens auf Informationen aushalten. Unter Umständen dauert es - wie nach dem Tsunami in Südostasien im Jahr 2004 - Monate, bis sie Gewissheit über das Schicksal des Vermissten haben. Für Hinterbliebene stehen lange die vielfältigen Gefühle der Trauer im Vordergrund.

Beim größten Teil der (körperlich unverletzt) Überlebenden tritt innerhalb weniger Tage eine psychische Erholung ein. Sie können ihre Alltagsaktivitäten bald wieder aufnehmen; dabei zeigen 20 - 40 % noch Merkmale von Stress, die aber innerhalb von 4 - 6 Wochen abklingen.

Bei Überlebenden, die bereits vor dem Ereignis medizinische oder psychotherapeutische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich kurzfristig nach dem Ereignis erneut eine psychische Störung herausbildet, deutlich erhöht. Hier besteht vermehrter Versorgungsbedarf.

Ein kleiner Teil der Überlebenden (Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), reichen von 0,5 - 10 %), seltener Angehörige und Hinterbliebene, reagiert Wochen oder Monate nach dem Erleben eines schweren Unglücks mit anhaltenden gesundheitlichen Problemen und entwickelt langfristig krankheitswertige psychische Störungen wie Ängste, Depressionen, Suchtmittelmissbrauch oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), aber auch vielfältige Probleme in den sozialen Beziehungen.

Wichtig: Die Mehrheit der Betroffenen erholt sich nach anfänglichen intensiven Stressreaktionen innerhalb weniger Tage und Wochen. Sehr wichtig für die Erholung und Verarbeitung der Extremerfahrung ist ein tragfähiges soziales Netzwerk. Deshalb sollte der Kontakt mit nahestehenden Menschen von Anfang an ermöglicht und (organisatorisch) unterstützt werden. Psychosoziale Angebote und Hilfen sind immer ergänzende Maßnahmen!

Psychosoziale Notfallversorgung
<p>Wirkung</p> <ul style="list-style-type: none">• Durch den angemessenen psychologischen Umgang mit Notfallbetroffenen lassen sich die Verarbeitung von Notfallbelastungen unterstützen und die Gefahr von Spätfolgen reduzieren.• Forschungen haben die Wirksamkeit von psychosozialen Hilfen inzwischen nachgewiesen, z. B.<ul style="list-style-type: none">– Dem Bedürfnis nach Information und Kontrolle kann begegnet werden, indem der Helfer über die Maßnahmen informiert, seine Handlungen erläutert oder aktiv nach den Bedürfnissen des Betroffenen fragt.– Das Schmerzempfinden eines Verletzten lässt sich durch den Grad der Informiertheit und Orientierung positiv beeinflussen.– Die Übertragung von kleinen Aufgaben oder Entscheidungen wirkt sich positiv auf das Empfinden von Selbstwirksamkeit aus.
<p> <small>Deutscher Psychologischer Verein</small></p> <p style="text-align: right;"><small>Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 7</small></p>

Bedeutung von psychosozialer Hilfe:

In welcher Weise die Erfahrungsverarbeitung im weiteren Verlauf gelingt – ob sich z. B. längerfristig anhaltende psychische Belastungen oder sogar psychische Erkrankungen entwickeln oder nicht – hängt in solchen Situationen wesentlich davon ab, inwiefern mit den Betroffenen von Anfang an umgegangen wird.

Deshalb wurde das Fachgebiet der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) mit vielen verschiedenen Angeboten entwickelt, durch die die einzelnen Betroffengruppen eine *angemessene* Unterstützung erfahren sollen.

„Angemessen“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Angebote und Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung den Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen angepasst sein müssen. Sowohl eine Unter- als auch eine Überversorgung sind unangebracht. So kann es in vielen Fällen beispielsweise schon ausreichend sein, einige orientierende Informationen zu vermitteln oder den Kontakt zum unterstützenden sozialen Netzwerk im Familien- und Freundeskreis oder unter Kollegen herzustellen. Manchmal muss professionelle psychosoziale Hilfe, wie der Kontakt zu Beratungsstellen und seltener zu Psychotherapeuten hergestellt werden.

Grundsätzlich geht es bei der PSNV darum: Die Stärkung der Betroffenen bzw. ihrer Ressourcen; insbesondere die Aufrechterhaltung der individuellen Selbstbestimmungs- und Handlungsfähigkeit, steht dabei im Vordergrund, d. h. hier wird von einem *salutogenetischen Grundverständnis* (*salus* = Gesundheit; *genese* = Geburt, Ursprung, Entstehung) ausgegangen.

Psychosoziale Notfallversorgung



Was ist PSNV genau?

- Psychosoziale Notfallversorgung beinhaltet „die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen“

DIN 13050:2009-02

- Übergreifende Ziele der PSNV sind:
 - Prävention von psychosozialen Belastungsfolgen,
 - Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen,
 - Bereitstellung adäquater Unterstützung und Hilfe für betroffenen Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung sowie die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen und (bezogen auf Einsatzkräfte) einsatzbezogene psychische Fehlbeanspruchungsfolgen.

© Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 8

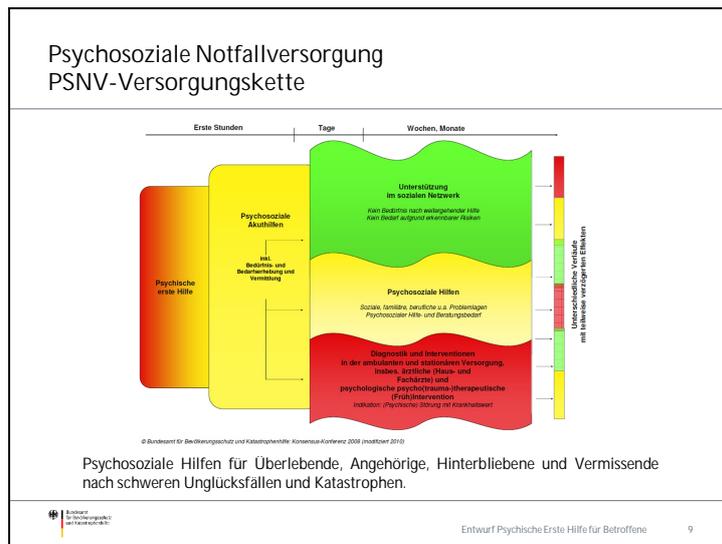
Definition und Zielgruppen PSNV

Im Rahmen des sogenannten „Konsensusprozesses“ zur verbindlichen Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards und Leitlinien der PSNV, der vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe von 2007 bis 2010 moderiert worden ist und an dem sämtliche relevante Akteure der PSNV in Deutschland beteiligt gewesen sind, wurde eine allgemeine Begriffsdefinition der PSNV festgelegt, **die inzwischen als DIN-Norm (DIN 13050:2009-02) formuliert wurden.**

Demnach beinhaltet Psychosoziale Notfallversorgung „die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen“.

Dabei sind zwei Zielgruppen grundsätzlich voneinander zu unterscheiden: Einerseits Überlebende eines Unglücks sowie Angehörige, Hinterbliebene und Vermissende, andererseits Einsatzkräfte der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr wie z. B. Feuerwehrleute, Rettungsdienstmitarbeiter, Notärzte, Polizeibeamte, Kräfte der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz und des Technischen Hilfswerkes (THW) sowie deren Angehörige.

In dieser Unterrichteinheit geht es um die Zielgruppe der Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebene und Vermissenden und nicht um die Zielgruppe der Einsatzkräfte.



Versorgungskette in der PSNV

Die psychosozialen Hilfen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene und Vermisste nach schweren Unglücksfällen und Katastrophen lassen sich als Versorgungskette mit mehrstufigem Charakter und interdisziplinären Maßnahmen abbilden.

Diese Versorgungskette beginnt unmittelbar nach dem Eintritt eines Schadensereignisses mit dem psychologisch angemessenen Verhalten gegenüber Notfallbetroffenen durch die verschiedenen Einsatzkräfte, die zu den Betroffenen bzw. auch Verletzten den entsprechenden Erstkontakt haben.

Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wurden inzwischen empirisch abgesicherte Basisregeln für eine effektive *Psychische Erste Hilfe* formuliert.

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 1

Sage, dass Du da bist, wer Du bist und dass etwas geschieht!

Betroffene sollen spüren, dass sie in ihrer Situation nicht allein sind. Gehen Sie zu den Betroffenen. Nennen Sie Ihren Namen und Ihre Funktion. Versichern Sie, dass etwas zu ihrer Hilfe geschieht. Schon der Satz: „Ich bleibe bei Ihnen, bis der Rettungswagen eintrifft“, wirkt entlastend und beruhigend. Ferner sollen die Betroffenen auch Informationen erhalten über vorgenommene Maßnahmen, zum Beispiel: „Ich habe mit dem Arzt gesprochen, er ist auf dem Weg hierher!“

 Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 10

Notfallbetroffene fühlen sich in der Akutsituation häufig allein, auch wenn sie – wie bei einem MANV - von vielen anderen Betroffenen umgeben sind. Wenn man das Gefühl hat, dass jemand, der Hilfe leisten kann, einfach „da“ ist, wirkt dies bereits beruhigend. Schon aus der Kindheit kennt man, dass es einem besser geht, sobald die Mutter oder der Vater anwesend waren, wenn man etwas Schlimmes erlebt hat. Dabei ist es wichtig, für den Notfallbetroffenen nicht nur physisch da zu sein, sondern dies auch ausdrücklich zu sagen „Ich bin jetzt für Sie da!“

Manche Notfallbetroffenen befürchten auch, von einer plötzlichen Veränderung ihres Zustandes überrascht zu werden, beispielsweise ohnmächtig zu werden. Man hofft, dass eine anwesende Person dann irgendetwas unternimmt. Auch deshalb beruhigt die Anwesenheit einer anderen helfenden Person.

Eine der größten Ängste von Notfallbetroffenen ist, allein gelassen zu werden. Sie sollten als erstversorgende Einsatzkraft deshalb möglichst solange beim Notfallbetroffenen bleiben, bis die organisierte psychosoziale Akuthilfe (Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteam) eintrifft. Erfahrungsgemäß dauert dies nach Alarmierung etwa 30 Minuten. Das weiterführende Hilfe auf dem Weg ist, sollte den Notfallbetroffenen gesagt werden: „Das KIT-Team/ein Notfallseelsorger ist schon auf dem Weg, er hat dann Zeit nur für Sie“, dies wird als sehr hilfreich erlebt.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 74)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 2

Sprich und höre zu!

Sprechen ist für viele Notfallbetroffene wohltuend. Wenn der Betroffene redet, hören Sie geduldig und aufmerksam zu. Sprechen Sie auch von sich aus, möglichst in ruhigem Tonfall. Fragen Sie aktiv nach: „Kann ich etwas für Sie tun?“

 DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychologie
e.V.

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 11

Ein Notfall ist in der Regel ein unvorhersehbares Ereignis und führt bei den unmittelbaren Betroffenen zu Angst und großer Anspannung. Eine Möglichkeit, Angst und Anspannung zu reduzieren, besteht darin mit dem Betroffenen zu reden. Häufig ist es so, dass die Betroffenen selbst beginnen zu reden. Sie erwarten in der Regel keine Ratschläge oder Hinweise, sondern das Sprechen dient in erster Linie dazu, die entstandene innere Spannung abzubauen. Ein geduldiges Zuhören wird deshalb häufig als hilfreich und entlastend empfunden.

Die Wahl des Gesprächsthemas sollte dem Betroffenen überlassen bzw. sich daran angepasst werden. Häufig wird es sich im Gespräch um den erlebten Unfall drehen, möglich sind aber Themen wie z. B. die Versorgung der Kinder / der Eltern / des Haustieres. Auch für Außenstehende banal oder befremdlich wirkende Themen sollten aufgegriffen werden, da sie für den Betroffenen – aus welchen Gründen auch immer – in der Situation zentral sind.

Sollte der Betroffene von sich aus kein Gespräch beginnen, kann der Helfer versuchen, einen Abstoß zu geben. Fragen wie „Kann ich noch etwas für Sie tun?“, „Wie ist das Ganze denn passiert?“ oder „Was haben Sie denn gerade gemacht?“ können Möglichkeiten des Gesprächseinstiegs oder der Gesprächsfortsetzung sein.

Sollte der Betroffene nicht reden wollen oder z. B. verletzungsbedingt nicht reden können, ist es nicht hilfreich, ihn dazu zu „zwingen“. Der Helfer kann trotzdem durch regelmäßige Bemerkungen signalisieren, dass er da ist und sich kümmert.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 75f.)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 3

Schirme den Betroffenen vor Zuschauern ab!

Zuschauer sind für Notfallbetroffene unangenehm. Bitten Sie Zuschauer freundlich, aber bestimmt, zurückzutreten, zum Beispiel in dem Sie sagen: „Bitte treten Sie zurück, es kommt gleich ein Rettungswagen, der Platz braucht!“. Wenn Zuschauer stören, weil sie im Weg stehen, unnötige Ratschläge geben oder von eigenen Erlebnissen berichten, geben sie Ihnen eine Aufgabe. Sagen Sie zum Beispiel: „Schauen Sie bitte, ob die Notfallstelle abgesichert ist.“

© Deutscher
Rotes Kreuz
Psychische Erste Hilfe

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 12

Die Anwesenheit von Zuschauern kann von Notfallbetroffenen als unangenehm empfunden werden. Im Mittelpunkt zu stehen und Zentrum der Aufmerksamkeit zu sein, empfinden viele Menschen – auch im Alltag – als ungewohnt und sogar belastend. Gerade in einer Notfallsituation, in der der Betroffene eventuell verletzungsbedingt (teilweise) entkleidet werden muss oder sich durch eingeschränkte Mobilität den Blicken der Zuschauer nicht entziehen kann, ist dies zusätzlich unangenehm. Ungebetene Kommentare oder Einschätzungen der Umstehenden können außerdem die möglicherweise empfundene Angst steigern oder erst auslösen.

Sofern möglich, sollten Zuschauer deshalb vom Unfallort verwiesen oder zumindest dazu angehalten werden, einen größeren Abstand zu den Betroffenen oder der Schadensstelle zu wahren. Diese Aufforderung sollte freundlich aber bestimmt geschehen.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Zuschauer in das Geschehen mit einzubinden, sie quasi zu beschäftigen. Wenn Menschen erregt sind, weisen sie eine erhöhte Handlungstendenz auf, welche auf positive Weise genutzt werden kann. Wenn Helfer also Aufgaben verteilen, stehen die Chancen gut, dass die Personen sie hilfsbereit ausführen werden.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 74f.)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 4

Suche / biete vorsichtig Körperkontakt!

Leichter körperlicher Kontakt wird von Betroffenen als angenehm empfunden. Halten Sie deshalb die Hand oder die Schulter der betroffenen Person. Fragen Sie aber immer vorher nach, ob dies „OK“ ist.

Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe wie die betroffenen Person, knien Sie sich neben sie oder setzen Sie sich daneben.

© Deutscher
Rotes Kreuz
Logo

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 13

Eine wirksame Methode Notfallbetroffene zu beruhigen, ist der Einsatz von nonverbaler Kommunikation durch Körperkontakt. Körperkontakt wirkt auf viele Menschen beruhigend und signalisiert dem Betroffenen zusätzlich, dass er nicht allein ist.

Beim Einsatz von körperlichem Kontakt sind jedoch einige Regeln zu beachten:

- Als beruhigend empfunden wird Körperkontakt vor allem an den Händen, Armen oder Schultern.
- Das Berühren des Kopfes wird häufig als unangenehm erlebt.
- Der Kontakt durch die Kleidung wirkt häufig weniger beruhigend als der direkte Hautkontakt.

Wichtig: Besondere Vorsicht beim Einsatz von Körperkontakt ist bei Notfällen geboten, die selbst mit körperlichem Kontakt verbunden waren (z. B. bei Vergewaltigungen). In solchen Fällen kann jeglicher Körperkontakt als unangenehm empfunden werden, sodass hier äußerste Vorsicht geboten ist bzw. auf Körperkontakt verzichtet werden sollte.

Auch bei Notfallbetroffenen, die physisch schwer verletzt sind, sollte Körperkontakt unterbleiben, da er Schmerzen verursachen oder schlimmstenfalls die Verletzung verstärken kann.

Liegt oder sitzt ein Betroffener am Boden, sollte sich der Helfer ebenfalls hinsetzen oder hocken, um sich auf die gleiche Ebene zu begeben und eine Froschperspektive für den Betroffenen zu vermeiden. Zusätzlich kann der Betroffene mit einer Decke oder einem Kleidungsstück zugedeckt werden. Eine Decke wärmt, verschafft ein Gefühl von Schutz und Geborgenheit und kann gegen ungewollte Blicke abschirmen.

Sowohl beim Einsatz von Körperkontakt als auch bei anderen Hilfsmitteln, wie z. B. einer Decke, sollte der Helfer sich immer beim Betroffenen versichern, dass diese Art der Unterstützung auch tatsächlich gewünscht ist.

Eine weitere konkrete Unterstützungsmöglichkeit ist das Angebot, die Angehörigen zu informieren. Dies wird von den Betroffenen häufig sehr geschätzt.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 75)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 5

Stärke das Selbstwirksamkeitsgefühl des Betroffenen!

Einer der besonders belastenden Faktoren für Notfallbetroffene ist das Gefühl des Kontrollverlustes. Deshalb ist es wichtig und hilfreich, den Betroffenen in seinem Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass der Betroffene dazu angeregt wird, selbst Entscheidungen zu treffen oder ihm kleine Aufgaben übertragen werden.

© Deutscher
Rotes Kreuz
Logo

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 14

Der Verlust der Kontrolle ist einer der Faktoren, die in einer Notfallsituation als besonders belastend empfunden werden können. Betroffene, die sich selbst in der Situation als noch selbstwirksam erlebt haben und somit eine gewisse Kontrolle erhalten bzw. zurückerlangen konnten, weisen weniger negative Folgeerscheinungen auf und genesen schneller. Auch für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kann empfundene Hilflosigkeit ein Prädiktor sein.

Es wirkt sich daher positiv aus, wenn die Betroffenen das Gefühl haben, die Situation zumindest ansatzweise beeinflussen und kontrollieren zu können. Hier helfen häufig schon kleine Handlungen, wie etwas festzuhalten (z. B. ein Pflaster auf eine Wunde) oder die Angehörigen selbst anzurufen und zu informieren.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Betroffenen (kleine) eigene Entscheidungen treffen zu lassen, indem ihm Fragen gestellt werden wie z. B. „Möchten Sie eine Decke / ein Glas Wasser?“. Fragen nach dem Befinden und akuten Bedürfnissen durch die Helfer, wirken außerdem respektvoll.

Wichtig: Ist ein Notfallbetroffener physisch oder psychisch derart beeinträchtigt, sollte davon abgesehen werden, die Person mit Entscheidungen zu konfrontieren. Es ist dann hilfreicher, dem Betroffenen auch einfache Entscheidungen abzunehmen und ihn einfach „nur“ zu versorgen.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 81f.)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe

Regel 6

Gib Informationen und gib sie in verständlicher Sprache!

Die Weitergabe von Informationen an den Notfallbetroffenen ist wichtig, weil sie eine Orientierung bieten und beruhigen können. Hilfreich sind Informationen über die Maßnahmen, die getroffen werden, welche Zweck sie erfüllen, wann mit ihnen zu rechnen ist und wie lange sie etwa dauern werden. Wichtig dabei ist, keine Fachtermini zu verwenden und sie so zu erläutern, dass der Betroffene sie auch verstehen kann.

In der Aufregung kann es sein, dass sich der Betroffene die Informationen nicht merken kann. Hinterlassen Sie deshalb einen Zettel, eine Visitenkarte oder ein Faltblatt, auf dem steht, an wen er sich bei Bedarf wenden kann.

© Deutscher
Rotes Kreuz
Psychische Erste Hilfe
für Betroffene

Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 15

In einer Notfallsituation können Informationen beruhigen und eine Orientierung bieten. Für Notfallbetroffene ist es häufig wichtig zu erfahren, wie ihre Verletzungen einzuschätzen sind. Da viele Betroffene die Schwere ihrer Verletzungen nicht selbst beurteilen können, machen sie sich nicht selten Gedanken über mögliche Folgeschäden. Sofern dies ausgeschlossen werden kann, sollte dies dem Betroffenen mitgeteilt werden, da es häufig als entlastend empfunden wird.

Informationen über weitere Maßnahmen und die Gründe dafür sind ebenfalls hilfreich und haben eine orientierende Funktion, z. B. „Wir bringen Sie da vorne in den Raum, damit sich ein Polizeibeamter ungestört mit Ihnen unterhalten kann.“

Präzise Zeitangaben („In 10 Minuten kommt der Rettungshubschrauber.“), wann z. B. mit weiteren Maßnahmen oder dem Eintreffen der Rettungsmittel zu rechnen ist, sind ebenfalls wichtig, da viele Notfallbetroffene das Zeitgefühl verlieren.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Informierung der Angehörigen des Notfallbetroffenen. Sofern diese nicht anwesend sind, können sie per Telefon benachrichtigt werden. Ist der Betroffene in der Lage selbst zu telefonieren, sollte er dies auch tun. Ist er sehr aufgeregt, kann der Helfer das Telefonat beginnen und dann an den Betroffenen weitergeben. Sollte der Betroffene nicht in der Lage sein oder wünschen, dass der Helfer die Angehörigen kontaktiert, sollte diesem Wunsch nachgekommen werden.

Sämtliche Informationen sollten in verständlicher Sprache weitergegeben werden. Fachtermini sind zu vermeiden, da sie zusätzlich verwirren können. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass immer *mit* dem Betroffenen und nicht *über* ihn gesprochen wird. Zusätzlich sollte der Betroffene nicht mit zu vielen oder zu detaillierten Informationen überhäuft werden, da dies wiederum eine Verunsicherung hervorrufen kann.

Auch mit bewusstlosen Patienten sollte gesprochen werden. In einigen Fällen können Personen in der Bewusstlosigkeit, im Koma oder in Vollnarkose noch hören.

Es kann sein, dass der Betroffene über seine eigenen Reaktionen erschrocken ist („So kenne ich mich sonst gar nicht.“), wenn er z. B. sonst eher ruhig und gefasst und nun extrem nervös oder angsterfüllt ist. Hier kann es helfen, ihn darüber zu informieren, dass derartige Reaktionen in einer solchen Situation erst einmal als „normal“ einzustufen sind und es vielen anderen Personen auch so geht.

Vorsicht ist geboten bei allgemeinen Formulierungen wie „Das wird schon wieder.“. Diese können einerseits als unterstützend und ermutigend aufgefasst, andererseits aber auch als banale Floskeln empfunden werden. Ob solche Formulierungen als angenehm und aufbauend empfunden werden, wird auch von den paraverbalen Faktoren (Stimmlage, Tonfall, usw.) des Helfers abhängen.

Bei schwer oder lebensbedrohlich verletzten Personen muss eine schwierige Balance gewahrt werden: Die Helfer sollen die Personen wahrheitsgemäß informieren, sie gleichzeitig aber nicht zu sehr beunruhigen. Formulierungen wie „Sie sind schwer verletzt und werden jetzt ins Krankenhaus gebracht.“ können helfen.

Ebenso schwierig zu beantworten ist die direkte Frage nach Überlebenschancen oder „Muss ich sterben?“: Einerseits hat der Betroffene gerade in dieser Situation das Recht eine wahrheitsgetreue und realistische Einschätzung zu erhalten, andererseits stellt die Frage auch eine Belastung für den Helfer dar. Hier kann ebenfalls eine ähnliche Formulierung helfen, wie „Ich kann Ihnen nicht sagen, wie ernst es genau ist, aber wir tun alles, um sie optimal zu versorgen.“

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 79f.)

Basisregeln Psychische Erste Hilfe	
Keinesfalls	
<ul style="list-style-type: none">• Vorwürfe machen• Beschuldigungen aussprechen• mögliche Ursachen diskutieren• beunruhigende Einschätzungen oder Diagnosen äußern• Vorgänge bagatellisieren	
<small>© Deutscher Rotes Kreuz Psychische Erste Hilfe für Betroffene</small>	<small>Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 16</small>

Schadenslagen sind in der Regel äußerst komplexe Situationen und die Einsatzkräfte sind mit vielfältigen Problemen konfrontiert und mit zahlreichen Aufgaben betraut. Zusätzlich fallen Reaktionen von Notfallbetroffenen äußerst unterschiedlich aus. Es ist also nur verständlich, dass die Regeln der Psychischen Ersten Hilfe nicht immer in gleicher Weise und Intensität umgesetzt werden können. Es gibt jedoch einige Verhaltensweisen, die in jedem Fall zu vermeiden sind.

Auch wenn die Notfallbetroffenen unter Umständen den Unfall bzw. die Schadenslage selbst verschuldet haben, sollten Vorwürfe dahingehend vermieden werden. Sie helfen in der Situation niemandem und dienen in erster Linie „nur“ dem psychischen Gleichgewicht des Helfers.

Neben den oben genannten Verhaltensweisen, die keinesfalls angewendet werden sollten, dürfen Helfer zusätzlich nicht in Hektik verfallen. Dies kann Inkompetenz vermitteln und den Betroffenen beunruhigen. Helfer, die nervös oder unsicher sind, neigen manchmal dazu, dem Betroffenen alles abnehmen zu wollen. Der Betroffene wird damit jedoch unter Umständen um das Empfinden der Selbstwirksamkeit gebracht.

Zusätzlich sollten Helfer sich dazu anhalten, nicht in eine Abgestumpftheit zu verfallen. Für sie gehören Notfälle zum Tagesgeschäft, für die Betroffenen stellen derartige Situationen aber in der Regel eine extreme Ausnahme dar.

(vgl. Lasogga & Gasch 2011, S. 83f.)

Abschluss der Psychischen Ersten Hilfe	
Übergabe an die organisierte psychosoziale Akuthilfe	
<ul style="list-style-type: none">• Alarmierung örtlicher und überörtlicher Kräfte der organisierten psychosozialen Akuthilfe (z. B. Notfallseelsorge, KIT) über die Leitstelle• Maßnahmen und Ziele der organisierten psychosozialen Akuthilfe:<ul style="list-style-type: none">– Information über das Einsatzgeschehen und weiterführende Hilfen– Psychoinformation über mögliche Belastungsreaktionen und deren Bewältigungsmöglichkeiten– Sofern gewünscht: Seelsorgerische Rituale (z. B. Gebete, Kerzen, das Spenden von Sakramenten)– Bedürfniserhebung (Was möchte der Betroffene?) & Bedarfserhebung (Welche Angebote können dem Betroffenen gemacht werden?)– Kontaktaufnahme und Übergabe an das soziale Netzwerk des Betroffenen– Information über psychosoziale Ansprechstellen– Sofern notwendig: Vermittlung an psychiatrische und psychotherapeutische Dienste	
	Entwurf Psychische Erste Hilfe für Betroffene 17

In Großschadenslagen oder bei Katastrophen, reicht die psychische Erste Hilfe durch Einsatzkräfte nicht aus, sodass weiterführenden Maßnahmen der PSNV eingeleitet werden. Örtliche und überörtliche Kräfte der organisierten psychosozialen Akuthilfe (Notfallseelsorge, Krisenintervention) werden über die Leitstelle alarmiert. Als Faustregel gilt: Ein Drittel der bekannten oder geschätzten Verletztenzahl. Sie treffen sowohl in Ballungsräumen als auch in ländlichen Regionen ca. 30-40 Minuten nach Alarmierung ein.

Die psychosoziale Akuthilfe ergänzt den Betreuungsdienst der Hilfsorganisationen und dient der psychischen Stabilisierung und qualifizierten Vermittlung von Betroffenen.

Zur psychischen Stabilisierung gehören die Vermittlung relativer Sicherheit durch die Informierung über das Einsatzgeschehen und zu treffende Maßnahmen. Wichtig ist die Aktivierung der individuellen Bewältigungsressourcen und die Informierung über mögliche Belastungsreaktionen und deren Bewältigungsmöglichkeiten. Möglich sind seelsorgerische Angebote wie Gebete, Kerzen, das Spenden von Sakramenten, die in der chaotischen Situation Halt geben können.

Zu einer qualifizierten Vermittlung gehören eine Bedürfnis- (Was möchte der Betroffene?) und Bedarfserhebung (Welche Angebote können dem Betroffenen gemacht werden?) und die Übergabe an das individuelle soziale Netzwerk des Betroffenen. Zusätzliche werden Hinweise zu weiteren psychosozialen Ansprechstellen vermittelt.

Ist eine akute psychologische Hilfe bzw. psychiatrische oder psychotherapeutische Intervention notwendig – dies kommt nur in seltenen Fällen vor – muss ein ärztlicher oder psychologischer Hintergrunddienst hinzugezogen werden, der z. B. durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder regionale Traumaambulanzen vorgehalten wird.

(vgl. Helmerichs 2013, S. 629-640)

Weiterführende Literatur

- Bengel, Jürgen (Hg) (2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2., vollständig neubearbeitete Auflage. Berlin: Springer
- Helmerichs, Jutta (2013) Versorgung von Notfallopfern und Angehörigen. In: Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall. Hrsg. von Hans Anton Adams, Christian Krettket, Klaus Lange, Christoph Unger. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. 629-640
- Hobfoll, Stevan E. et al. (2007): Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 70, 283-315
- Lueger-Schuster, Brigitte / Krusmann, Marion / Purtscher, Katharina (Hg) (2006): Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen. Lessons learned. Wien: Springer
- Lasogga, Frank / Gasch, Bernd (Hg) (2006): Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. 4. Auflage. Edewecht: Stumpf & Kossendey
- Lasogga, Frank / Gasch, Bernd (Hg) (2011): Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- Müller-Lange, Joachim (Hg) / unter Mitarbeit von Frank Blankenstein (2006): Handbuch Notfallseelsorge. 2., überarbeitete Auflage. Edewecht u. a.: Stumpf & Kossendey
- Nikendei, Alexander (2012): Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV): Praxisbuch Krisenintervention. Mit einem Geleitwort von Peter Zehentner. Edewecht: Stumpf & Kossendey

 Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Kontakt

Bundesamt für
Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Referat IV 4 / Risiko- und Krisenmanagement – Spezialbereiche
Referat IV 5 / Ergänzende Zivilschutzausbildung
Provinzialstraße 93
53127 Bonn

Telefon: +49-(0)22899-550-0
Mail: B5@bbk.bund.de
www.bbk.bund.de



 BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben. 19

Bei Fragen, Anmerkungen oder Feedback zu den Ausbildungsunterlagen senden Sie bitte einfach eine Mail an das Mailpostfach B5@bbk.bund.de