

Die Schulung von Ersthelfern: Eine kritische Betrachtung der Ausbildungspraxis

→ Teil 2

Autoren:

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

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

Nachdem im ersten Teil des Beitrags bereits auf die geschichtliche Entwicklung der Ersthelferschulung zurückgeblickt und insbesondere die Konzeption von Unterrichtsinhalten bzw. Lehraussagen kritisch betrachtet wurde, sollen nun einige weitere Anregungen zur Veränderung der bisherigen Ausbildungspraxis gegeben werden, die erneut nicht primär notfallmedizinisch, sondern vorrangig erziehungswissenschaftlich zu begründen sind.

Fehlende Hierarchisierung

Die einzelnen Lehraussagen in den Erste-Hilfe-Lehrgängen sind möglicherweise bislang nur unzureichend hierarchisiert („Alles ist gleich wichtig“), so dass der Teilnehmer in einer geradezu erschlagenden Fülle von Detailinformationen nicht mehr differenzieren kann, was wirklich entscheidend ist und was nicht. Als Beispiel sei auf eine Folie aus

lich das Ergebnis einer bereits erfolgten Hierarchisierung darstellen!) Wert zu legen (vgl. Teil 1 dieses Beitrags).

Fehlende Transparenz

Eine Vielzahl von Lehraussagen wird in den offiziellen Ausbildungsunterlagen weder notfallmedizinisch noch erziehungswissenschaftlich ausreichend begründet. Dementsprechend zeigt sich bei Ausbilderfortbildungen bzw. Veranstaltungen zur Verlängerung der Lehrberechtigung von Ausbildern immer wieder, welche Unsicherheiten in der Begründung von Leitfadeneinhalten bestehen.

Damit ist wohlgemerkt nicht gemeint, dass Ausbilder nicht wüssten, warum die stabile Seitenlage hergestellt werden soll. Aber warum sie angeblich unbedingt so, wie sie derzeit in Leitfäden und Ausbildungsvorschriften beschrieben ist, hergestellt werden muss, wird nicht unbedingt jeder Ausbilder wissen. Dies ist jedoch kein Defizit des einzelnen Ausbilders, sondern ein strukturelles Defizit im System der Erste-Hilfe-Ausbildung, denn es fehlt z.B. ein didaktischer Kommentar, aus dem ersichtlich würde, warum beispielsweise eine bestimmte Maßnahme an dieser Stelle des Unterrichts thematisiert wird – und warum dies so und nicht anders geschieht.

Vielen unerfahrenen Ausbildern fehlt von daher eine wichtige Argumentationshilfe, um zu erläutern, was getan oder eben nicht getan werden soll – und so wird in vielen Fällen allein die Tatsache, dass eine Aussage im Leitfaden oder der Ausbildungsvorschrift enthalten ist, zugleich zu deren Legitimation. Ausbilder werden somit dazu gezwungen, denjenigen, die die jeweiligen Ausbildungsunterlagen konzipieren, zu *glauben* und die gemachten Vorgaben mehr oder weniger unreflektiert zu befolgen sowie vorgeschriebene Inhalte mitunter auch unbegründet (und unverstanden?) zu vermitteln.

Leidtragende sind hier ganz besonders diejenigen Ausbilder, die zweifellos engagiert unterrichten, aber keine eigene rettungsdienstliche bzw. medizinische Ausbildung absolviert haben, deshalb nicht zwangsläufig an notfallmedizinischen Fortbildungen teilnehmen und neue Entwicklungen in der Notfallmedizin somit oftmals auch nicht kennen (können): Sie wären dringend auf weitergehende Informationen angewiesen, die in den Ausbildungsvorschriften bzw. Leitfäden jedoch häufig nicht enthalten sind.

Vorteil eines somit zu fordernden didaktischen Kommentars wäre nicht nur, dass die aus wissenschaftstheoretischer



Abb. 1: Ist die leitfadengemäße Technik zur Herstellung der stabilen Seitenlage tatsächlich die einzig zulässige?

dem Erste-Hilfe-Leitfaden des DRK hingewiesen (3): Dort werden die Maßnahmen bei Verbrennungen als in der Praxis gleichbedeutend dargestellt bzw. aufgelistet, ohne es für das Handeln des Ersthelfers auch tatsächlich zu sein. Das letztlich doch Wesentliche (Kaltwasseranwendung und Notruf) bleibt von daher häufig unerkannt; außerdem verhindert die große Anzahl einzelner Informationen das dauerhafte Behalten der relevanten Inhalte (13). So scheint es auch vor diesem Hintergrund sinnvoll zu sein, verstärkt auf die Vermittlung grundlegender Prinzipien (die näm-

Abb. 2: Ist-Zustand und Forderungen

| Ist | Forderung |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> → Lernzielorientierung → Durchführungsorientierung → Allgemeinverbindlichkeit → Detailorientierung → Technikanwendung | <ul style="list-style-type: none"> → Handlungsorientierung → Zielorientierung → Teilnehmerorientierung → Prinzipienorientierung → Ausdruck einer Haltung |



Sicht zu fordernde Transparenz bezüglich der Gestaltung des Erste-Hilfe-Leitfadens erreicht würde – es würde zugleich auch die Grundlage dafür geschaffen, dass sich Ausbilder mündig, eigenverantwortlich und reflektiert mit Lehraussagen auseinandersetzen könnten. Im Übrigen würde nicht länger die statische Fixierung von Lehraussagen gefördert, sondern es wäre möglich, teilnehmerorientiert und bezogen auf konkrete Unterrichtssituationen begründete Abweichungen zu ermöglichen.

Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Forderung nach mehr Transparenz bei der Gestaltung von Ausbildungsvorschriften bzw. Leitfäden auch vor dem Hintergrund grundlegender Prinzipien der Erwachsenenbildung zu rechtfertigen ist – im Vordergrund steht dabei doch u.a. ein konsequent *verstehendes* Lernen. Und wenn schon der Ausbilder seinen eigenen Sinnanspruch nicht erfüllt sieht und die Suche nach inhaltlichen Begründungen verschiedener Aussagen erfolglos endet – wie soll in einem solchen System dann noch erwachsenengerecht unterrichtet werden können?

Lebensfremdheit

Auch hier dürfte es sich um ein weiteres generelles, konzeptionelles Defizit der Erste-Hilfe-Ausbildung handeln: Auf jeden Fall erfolgt die Vermittlung von Inhalten – den, wenn überhaupt, nur ansatzweise durchaus erkennbaren Bemühungen um eine Teilnehmerorientierung zum Trotz (siehe Teil 1 dieses Beitrags) – in der Regel häufig überwiegend *lebensfremd*.

Gemeint ist damit, dass einerseits Inhalte für die Vermittlung ausgewählt werden (müssen), die den Lehrgangsteilnehmern meist von vornherein nicht aus dem eigenen Leben bekannt und von daher fremd sind, und dass andererseits Inhalte, die Lehrgangsteilnehmern durchaus bekannt sein könnten, weil sie im eigenen Lebensraum möglicherweise entsprechende Erfahrungen gemacht haben, so vermittelt werden, dass der prinzipiell vorhandene Bezug zu diesen eigenen Erfahrungen zumindest nicht erkennbar wird.

Fremde Inhalte bleiben auch im Unterricht fremd, solange kein persönlicher Bezug zu ihnen hergestellt wird

Daraus folgt, dass Lehrgangsteilnehmer mit *fremden* Inhalten konfrontiert werden, die auch im Unterrichtsgeschehen *fremd bleiben*. Ein persönlicher Bezug, der bei Lehrgangsteilnehmern zur subjektiven Erkenntnis der wirklichen Bedeutsamkeit einzelner Inhalte *für das eigene Leben* führen könnte, wird meist nicht deutlich. Viel zu häufig werden in Erste-Hilfe-Lehrgängen stattdessen Beispiele nach dem folgenden Muster formuliert: „Jetzt stellen Sie sich mal vor, sie kommen da auf der Straße an einem vorbei, der liegt da auf dem Boden ...“. Um einen persönlichen Bezug herzustellen, müsste es jedoch z.B. heißen: „Sie kommen nach Hause und finden *Ihren Partner* re-

gungslos auf ...“ – ganz abgesehen davon, dass auf diese Weise auch realitätsnäher unterrichtet würde.

Die Unterrichtsinhalte erweisen sich letztlich also oftmals als inkompatibel, weil das neue, zu erwerbende Wissen nicht mit dem vorhandenen Wissen der Teilnehmer verknüpft werden kann. Das Gelernte bleibt „nicht zuletzt auch deshalb unbeständig, instabil und (gerät) bald in Vergessenheit“ (13).



Abb. 3: Die Notwendigkeit zur Hilfeleistung ist häufiger im Haushalt als im Straßenverkehr gegeben – das gilt es zu vermitteln

Realitätsferne

Noch immer gehen viele Menschen von der falschen bzw. zumindest veralteten Einschätzung aus, erste Hilfe sei gleichbedeutend mit dem Anlegen von Verbänden oder der Ruhigstellung eines Knochenbruchs mit Ästen eines Baumes – und noch immer sind viele Menschen der Ansicht, dass die Wahrscheinlichkeit, bei Unfällen im Straßenverkehr Hilfe leisten zu müssen, am größten sei.

Hier ist dringend notwendig, vor dem Hintergrund empirisch gesicherter Daten aus Statistiken des Rettungsdienstes realitätsnah über die mit größerer Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Notfälle aufzuklären. Wohl nur so ließe sich im Übrigen ein neuer Interessentenkreis für die Erste-Hilfe-Ausbildung rekrutieren; denn nur dann, wenn ein persönlicher Bezug zum eigenen Leben erkannt und als bedeutsam bewertet wird, kann die Motivation zum Besuch eines Lehrgangs gesteigert werden.

So überwiegen internistische gegenüber den chirurgischen Notfällen, die Notwendigkeit zur Hilfeleistung ist häufiger im Haushalt als im Straßenverkehr gegeben, und vor allem sind die Betroffenen, denen geholfen werden muss, meist keine Unbekannten, sondern Freunde, Bekannte und Angehörige. Offizielle Angaben (Statistiken) hierzu sucht man in vielen verwendeten Ausbildungsunterlagen jedoch vergeblich (z.B. 3).

Handlungsorientierung

Generell überwiegt in Erste-Hilfe-Lehrgängen noch immer die theoretische Vermittlung von Inhalten. Zu beachten ist jedoch, dass Ersthelfer mehr *können als kennen* sollen (22), und eine generelle Umkehr des Theorie-Praxis-Verhältnisses in Erste-Hilfe-Lehrgängen zugunsten der Praxis (z.B. mit zahlreichen Rollenspielen) ist vor diesem Hintergrund unumgänglich.

Sofern bislang überhaupt praktisch geübt wird, steht offenbar zu häufig die Durchführung einer einzelnen Maßnahme im Vordergrund, ohne sie in einen umfassenden Handlungsablauf zu integrieren. So wird das Anlegen eines Druckverbandes zwar mitunter kombiniert mit dem Hochhalten des verletzten Armes und dem Abdrücken der zuführenden Schlagader geübt, nicht aber gemeinsam mit der Schockbekämpfung, der Wärmeerhaltung, der psychischen Betreuung und dem Absetzen des Notrufs.



Abb. 4: Das Nicht-alleine-Lassen ist eine wertvolle und in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzende Hilfe

Effektivität der Hilfeleistung

In den Ausbildungsunterlagen werden den Lehrkräften nur selten Materialien zur Verfügung gestellt, mit denen Lehrgangsteilnehmern die Effektivität der Erste-Hilfe-Maßnahmen dargestellt werden könnte. So bleibt zu häufig unklar, ob es überhaupt sinnvoll ist, erste Hilfe zu leisten, ob man dadurch überhaupt etwas bewirken kann und ob der Nutzen tatsächlich so groß ist, wie er möglicherweise zum Lehrgangseinstieg („Leben retten durch erste Hilfe“ (3)) kurz proklamiert wird. Dabei könnten gerade empirische Studien über die Ergebnisse von Reanimationen durch medizinische Laien helfen, die Motivation zur Hilfeleistung zu steigern. Auch die Wirksamkeit der psychischen ersten Hilfe konnte inzwischen zweifelsfrei nachgewiesen werden (20). Dementsprechende Forschungsergebnisse sollten Teilnehmern von Erste-Hilfe-Lehrgängen nicht vorenthalten werden!

Thematisierung psychologischer Aspekte

Obwohl auf die dringende Notwendigkeit, psychologische Aspekte des Helfens in Erste-Hilfe-Lehrgängen zu berücksichtigen

z.B. in Studien der Bundesanstalt für Straßenwesen schon ab 1991 hingewiesen wurde (13; 14; 1), werden Hemmschwellen bzw. Ängste bei der Hilfeleistung sowie die psychische erste Hilfe möglicherweise noch immer nicht ausreichend thematisiert (vgl. Teil 1 dieses Beitrags).

Weil aber anzunehmen ist, dass sich gerade durch Unterricht zu *diesen* Aspekten der Hilfeleistung eine Veränderung der inneren Einstellung von Lehrgangsteilnehmern bzw. deren Haltung zum Notfallpatienten erreichen ließe, ergibt sich die Forderung danach, psychologische Fragestellungen *wesentlich* verstärkt bzw. sogar als *zentrales* Thema der Ersthelferschulung zu behandeln. In diesem Zusammenhang wurde bereits von Garms-Homolova und Schaeffer darauf hingewiesen, dass z. B. auch die Hilfsbereitschaft auf diese Weise gesteigert werden könnte (13; 14).

Der Ersthelfer sollte in den entsprechenden Lehrgängen also nicht zu einem Pseudomediziner ausgebildet werden – sondern zu einem Helfer mit sozialer und medizinischer Kompetenz, die intrinsisch motiviert und Ausdruck einer ganz bestimmten Haltung ist; und die Erste-Hilfe-Ausbildung darf nicht länger nur Techniken vermitteln, die man *gebrauchen* kann (oder eben nicht), sondern sie muss den Lehrgangsteilnehmer in seiner Ganzheit ansprechen und für die Bedürfnisse eines verletzten oder akut erkrankten Menschen sensibilisieren.

Der Ersthelfer sollte in den entsprechenden Lehrgängen also nicht zu einem Pseudomediziner ausgebildet werden – sondern zu einem Helfer mit sozialer und medizinischer Kompetenz

Eine so orientierte Ausbildung könnte beispielsweise dazu beitragen, dass ein Helfer – auch wenn er medizinische Maßnahmen inzwischen schlichtweg vergessen hat oder er sich ihre Durchführung nicht mehr zutraut – zumindest beim Betroffenen bleibt und ihn betreut. Und dass allein diese Art der Hilfeleistung von größter Bedeutung für das Erleben und die spätere Bewältigung der Notfallsituation sein kann, ist mittlerweile wohl unumstritten.

Das von potentiellen Ersthelfern, die in realen Notfällen allerdings nicht geholfen haben, vorgebrachte Argument: „Da konnte ich doch sowieso nicht helfen!“ wäre jedenfalls entkräftet, würde man verstärkt ein Bewusstsein dafür schaffen, dass das Nicht-alleine-Lassen des Betroffenen schon eine wertvolle und in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzende Hilfe ist.

Institutionelle Faktoren

Hier soll nur kurz auf drei Problembereiche hingewiesen werden:

1. *Dem Personal des Rettungsdienstes scheint vielfach noch immer nicht die Bedeutung einer medizinischen*



Laienhilfe bewusst zu sein, denn zumindest stimmt es traurig, wenn Ersthelfer vom Fachpersonal des Rettungsdienstes oftmals keinen Dank erfahren bzw. gar nicht beachtet und somit gerade durch „professionelle“ Helfer demotiviert werden.

2. Diverse verbandsinterne Gremien (Arbeitskreise, Projektgruppen, Ausschüsse etc.) und eine z.T. recht bürokratische Verbandspolitik verzögern Neuerungen im Bereich der Breitenausbildung ganz erheblich.
3. Die Veränderung der Ausbilderschulung (und damit auch der Schulung von Ausbildern der Ausbilder) scheint dringend notwendig. Diese Probleme können hier aber nicht ausführlicher dargestellt werden.

Gesellschaftliche Faktoren

Auch im Hinblick auf gesellschaftliche Faktoren bzw. Rahmenbedingungen, die die Ersthelferschulung beeinflussen, werden hier nur *einige* grundsätzliche Überlegungen skizziert: So ist auf Veränderungen im sozialen Klima und dem Umgang miteinander sowie eine zunehmende Werteppluralisierung, Anonymisierung bzw. Vereinzelung von Gesellschaftsmitgliedern hinzuweisen.

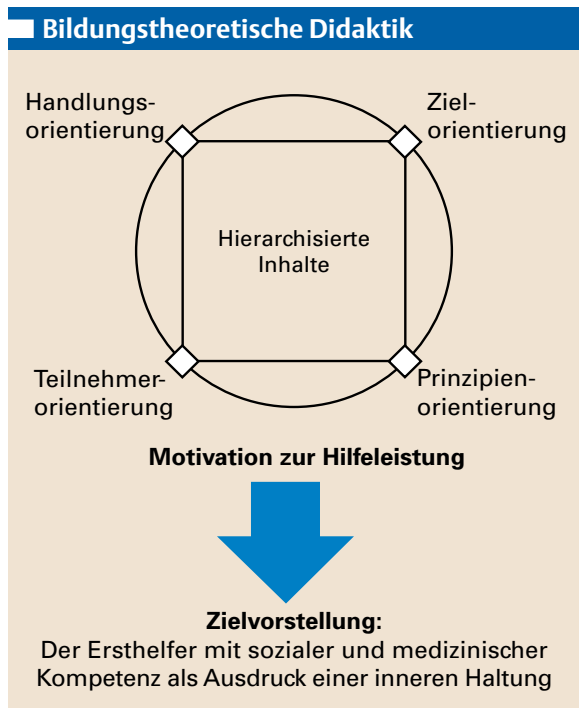


Abb. 5: Neukonzeption der Erste-Hilfe-Ausbildung

Mangelnde Hilfsbereitschaft bzw. fehlendes Engagement – in welcher Hinsicht auch immer – ist ein generelles Problem der Gesellschaft unserer Zeit, das durch eine veränderte Erste-Hilfe-Ausbildung auch ganz sicher nicht gelöst werden kann. Dennoch sollten Ausbilder ein Problembewusstsein entwickeln, um gesellschaftliche Entwicklungen in die kritische Reflexion und Bewertung des eigenen Tuns einbeziehen zu können.

Eine zusammenfassende Übersicht aller in diesem zweiteiligen Beitrag dargestellten Überlegungen geht abschließend aus den Abbildungen 2 und 5 hervor.

Literatur:

1. Bouraue R (1994) Psychische Erste Hilfe für Laien. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
2. Bierhoff H W, Klein R, Kramp P (1990) Hemmschwellen zur Hilfeleistung. Untersuchung der Ursache und Empfehlung von Maßnahmen zum Abbau. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
3. DRK, Generalsekretariat (1998) Erste-Hilfe-Leitfaden. Bonn
4. DRK, Generalsekretariat (1994) Erste Hilfe. Das unentbehrliche Nachschlagewerk für jedermann. Bonn
5. DRK, Generalsekretariat (1995) Hilfsbereitschaft und Helfen. Thema zur Ausbilderfortbildung im Bereich Erste-Hilfe- und Sanitätsausbildung. Bonn
6. DRK (1995) Telefax des LV Nordrhein an alle DRK-Kreisverbände des DRK-Landesverbandes Nordrhein vom 27. 3. 1995 bezüglich einer Änderung der Lehraussagen zur Herzlungen-Wiederbelebung
7. DRK (1999) Rundschreiben des LV Nordrhein an die DRK-Kreisverbände vom 2. 3. 1999 zum Thema „Erste-Hilfe-Ausbildung – Diagnostischer Block“
8. Dick W, Schneider Th (1997) Einfache lebensrettende Sofortmaßnahmen beim Erwachsenen – „Ein-Helfer-Reanimation“. In: Intensivmedizin 34: 271-278
9. Dick W (1998) Einfache lebensrettende Sofortmaßnahmen beim Erwachsenen. In: Notfall- & Rettungsmedizin 1: 134-142
10. Enzmann V, Rossol M C (1999) Reanimation im Kindesalter – Was ist zu tun? In: Rettungsdienst 21: 1038-1044.
11. Fries J (2000) „Erste Hilfe für Laien noch bezahlbar?“ In: Rettungsdienst 23: 216-217
12. Garms-Homolova V, Schaeffer D (1988) Mehr Ausbildung aber: weniger Kompetenz. Zeitschrift für erziehungswissenschaftliche Forschung 22, 163-187
13. dies. (1991) Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 28. Möglichkeiten zur Verbesserung der Laienhilfe bei Verkehrsunfällen. Teil I: Inhalte und Formen der Ausbildung. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
14. dies., a.a.O., Teil II: Evaluationsstudie
15. Gliwitzky B (1999) Reanimation von Neugeborenen, Säuglingen und Kindern. In: Rettungsdienst 22: 985-989
16. Jank W, Meyer H (1994) Didaktische Modelle. Cornelsen-Scriptor, Frankfurt am Main, 3. Aufl.
17. Karutz H (1999) Mit dem Notfallpatienten einen „PAKT“ schließen. In: Rettungsdienst 22: 212-213
18. Klafki W (1963) Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Beltz, Weinheim-Basel
19. Klafki W (1985) Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Beiträge zur kritisch-konstruktiven Didaktik. Beltz, Weinheim-Basel
20. Kühner R (1988) Wirksamkeit der Ersten Hilfe. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) Erste Hilfe. Gemeinsame Fachtagung des Deutschen Verkehrssicherheitsrates und des Deutschen Roten Kreuzes am 20. und 21. Oktober 1987 in Hennef/Sieg. Sankt Augustin, S. 36-46
21. Malteser-Hilfsdienst, Generalsekretariat (1993) Von Jerusalem nach Jericho. Materialien zur Ausbilderfortbildung auf Ortsebene 1993/94. Köln
22. Nachtmann R (1996) Erste Hilfe in der Schule. Weniger Ausbildung, aber mehr Kompetenz. Wißner, Augsburg
23. Osche St (2000) Reanimation – Leitlinien für die Wiederbelebung. In: Rettungsdienst 23: 384-385

Weitere aktuelle Literatur bei den Verfassern