



Abb. 1: Viele Rettungsdienstmitarbeiter fühlen sich für psychosoziale Notfälle nicht zuständig

Der psychosoziale Notfall: Für den Rettungsdienst ein Fehleinsatz?



Artikel aus:
„Notfallsanitäter
Upgrade“

Nicht bei allen Einsätzen des Rettungsdienstes handelt es sich um medizinische Notfälle. Häufig resultieren Hilfeersuchen auch aus dem Versagen sozialer Ressourcen und/oder der akuten Zuspitzung psychischer Krisen, z.B. als Folge kritischer Ereignisse wie dem Tod eines Lebenspartners, einer Gewalterfahrung oder dem plötzlichen Verlust des Arbeitsplatzes. Zusammenfassend können derartige Situationen als psychosoziale Notfälle bezeichnet werden (5, 6, 9; Tab. 1). Nachfolgend wird in einem orientierenden Überblick dargestellt, wie Rettungsdienstmitarbeiter sich bei diesen Einsätzen verhalten sollten.

Prävalenz und Hintergründe

Insbesondere in Ballungsräumen machen psychosoziale Notfälle mit 14 bis 20 Prozent mittlerweile einen erheblichen Anteil des Einsatzgeschehens aus. In einigen Rettungsdienstbereichen stellen psychosoziale Notfälle nach internistischen Erkrankungen sogar den zweithäufigsten Anlass für Einsätze des Notarztes dar. Zudem kann eine steigende Tendenz beobachtet werden: Die Anzahl psychosozialer Notfälle hat in

den vergangenen Jahren, insbesondere in Einsatzbereichen mit ohnehin niedrigem Sozialstatus, deutlich zugenommen (1, 7, 8).

Die Auflösung tradierter Familien- und Nachbarschaftsstrukturen, die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, hohe Arbeitslosenzahlen, der demografische Wandel sowie die zunehmende urbane Anonymität und ein abnehmendes Gemeinschaftsgefühl („look-away-society“) werden dazu beigetragen haben (9, 10, 12).

Autor:
Prof. Dr. Harald Karutz
Dipl.-Pädagoge und
Lehrrettungsassistent
Redaktion
RETTUNGSDIENST
Notfallpädagogisches
Institut
Müller-Breslau-Str. 30a
45130 Essen

Armut und Obdachlosigkeit

Nach dem Armutsbericht der Bundesregierung von 2013 leben 15% der Bevölkerung in Deutschland, also rund 12 Millionen Menschen, derzeit in Armut. Rund 330.000 Menschen sind ohne festen Wohnsitz, d.h. sie leben in Notunterkünften, Übergangsheimen oder bei Bekannten. Rund 30.000 Menschen sind obdachlos, d.h. sie leben auf der Straße und „machen Platte“. 64% der Obdachlosen sind Männer, 25% sind Frauen und 11% Kinder bzw. Jugendliche unter 18 Jahren.

Dass der Rettungsdienst immer häufiger zu psychosozialen Notfällen gerufen wird, ist darüber hinaus auf weitere Ursachen zurückzuführen (Tab. 2): So ist der Rettungsdienst rund um die Uhr, barrierefrei und sehr niedrigschwellig verfügbar („Ein Anruf genügt!“). Demgegenüber sind Therapeuten und Beratungsstellen meist nur zu streng limitierten Sprech- bzw. Öffnungszeiten erreichbar. Um diese in Anspruch nehmen zu können, müssen sie von den Betroffenen außerdem aktiv aufgesucht werden, während der Rettungsdienst Hilfe rasch und „bequem“ nach Hause bringt. Die Alarmierung des Rettungsdienstes zu psychosozialen Notfällen resultiert also auch daraus, dass in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung schlichtweg strukturelle und systemische Defizite bestehen (5, 6).

Im eigenen Einsatzbereich sollte jeder Rettungsdienstmitarbeiter die vorhandenen Hilfeeinrichtungen bei psychosozialen Notfällen und die verantwortlichen Ansprechpartner kennen.

Dennoch sollten psychosoziale Notfälle nicht vor-schnell als Fehleinsätze betrachtet werden. Im Gegenteil kann der Rettungsdienst eine außerordentlich wichtige Türöffner- bzw. Vermittlungsfunktion übernehmen. Dazu muss jedoch ein akutmedizinisches und -psychosoziales Versorgungsnetz vorhanden sein, in dem der Rettungsdienst eng mit zahlreichen weiteren Hilfsorganisationen und -institutionen zusammenarbeitet. Hier sind u.a. Beratungsstellen, Selbsthilfevereine, Jugend-, Sozial-, Ordnungs- und Gesundheitsämter, kirchliche Betreuungsangebote, sozialpsychiatrische Dienste, Notfallseelsorge- und Kriseninterventionsteams, Traumaambulanzen, psychosomatische Kliniken, Frauenhäuser, Pflege- und Hausnotrufdienste, der ärztliche Notdienst, Obdachlosenunterkünfte sowie nicht zuletzt die Wohnungslöserhilfe durch Streetworker zu nennen (3, 4; Abb. 2).

Da die Verfügbarkeit solcher Hilfeangebote in Deutschland kommunal und regional sehr unterschiedlich ist, kann an dieser Stelle keine detaillierte Darstellung der jeweiligen Aufgaben und Zuständig-

keiten erfolgen. Vielerorts sind jedoch psychosoziale Wegweiser verfügbar, denen Hinweise zu möglichen Kooperationen entnommen werden können (14). Darüber hinaus sind persönliche Kontakte unentbehrlich: Im eigenen Einsatzbereich sollte jeder Rettungsdienstmitarbeiter die vorhandenen Hilfeeinrichtungen und verantwortliche Ansprechpartner kennen. Um die jeweiligen Arbeitsweisen verstehen und Lösungsansätze für Schnittstellenprobleme in der alltäglichen Einsatzpraxis entwickeln zu können, sind darüber hinaus gegenseitige Praktika zu empfehlen.

Verhalten gegenüber Betroffenen

Zwar sind Notfallsanitäter keine Sozialarbeiter im engeren Sinn. Aus fachlichen und organisatorischen Gründen ist für den Rettungsdienst bei psychosozialen Notfällen auch keine kausale Therapie möglich (5, 6, 9). An den jeweils zugrunde liegenden Ursachen können Rettungsdienstmitarbeiter in der Akutsituation kaum etwas ändern. Gleichwohl können sie für eine qualifizierte Weitervermittlung von Betroffenen an geeignete Hilfeeinstanzen sorgen. Innerhalb eines umfassenden „Case-Management-Systems“ stellt der Rettungsdienst das erste Glied einer psychosozialen Rettungskette dar. Im Einzelnen sollten bei der Hilfeleistung daher die folgenden Hinweise beachtet werden.

Tab. 1: Psychosoziale Notfälle

- Familiäre Konfliktsituationen
- Angst- und Panikstörung
- Akute Belastungsreaktion
- Pathologische Trauerreaktionen
- Akute Überforderungssituationen
- Vereinsamung, soziale Isolation
- Verelendung
- Verwahrlosung
- Pflegenotstand
- Armut, Obdachlosigkeit

Tab. 2: Gründe für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bei psychosozialen Notfällen

- Der Rettungsdienst ist ständig erreichbar
- Der Rettungsdienst ist niedrigschwellig verfügbar
- Hilfe wird durch den Rettungsdienst nach Hause gebracht und muss nicht erst aufgesucht werden
- Die Alarmierung des Rettungsdienstes ist weniger stigmatisierend als die Inanspruchnahme vieler anderer Hilfsangebote (z. B. Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Durch die Möglichkeit, Betroffene in ein Krankenhaus transportieren zu können, wird vom Rettungsdienst eine besonders rasche Entlastung erhofft („Bloß weg aus der Situation hier“)

Professionelle Grundhaltung → Weil in der Regel keine unmittelbare Lebensgefahr besteht, werden psychosoziale Notfälle oftmals bagatellisiert und den Betroffenen wird – diplomatisch formuliert – mit einer gewissen Geringschätzung begegnet. Dies äußert sich schon darin, dass Betroffene geduzt oder sogar beleidigt werden („Ey, Du Penner! Schon wieder zu viel gesoffen?“). Mitunter äußern Rettungsdienstmitarbeiter sich auch über eine vorgefundene Situation abfällig („Wie kann man nur in so einem Dreck leben?“), oder es wird Ekel bzw. Abscheu offen geäußert („Das ist ja so widerlich. Den Gestank kann doch keiner aushalten!“).

Einige Rettungskräfte geben für ein offen ablehnendes Verhalten konkrete Begründungen an: Sie befürchten, dass eine freundliche Behandlung zu einer häufigeren Inanspruchnahme ihrer Hilfe führen könnte. Erwiesenermaßen ist jedoch das Gegenteil der Fall: Wird einem Betroffenen mit Empathie, Interesse, Wertschätzung und Verständnis begegnet, nimmt die Wahrscheinlichkeit, dass derjenige nach kurzer Zeit erneut vorstellig wird, eindeutig ab. Vermutlich kann dies darauf zurückgeführt werden, dass eine anteilnehmende Zuwendung bei den Betroffenen bestimmte Bedürfnisse stillt. Bleiben diese Bedürfnisse jedoch unbefriedigt, werden zeitnah erneute „Befriedigungsversuche“ unternommen (13). Einer professionellen Grundhaltung gegenüber den Betroffenen kommt vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung zu (5, 6).

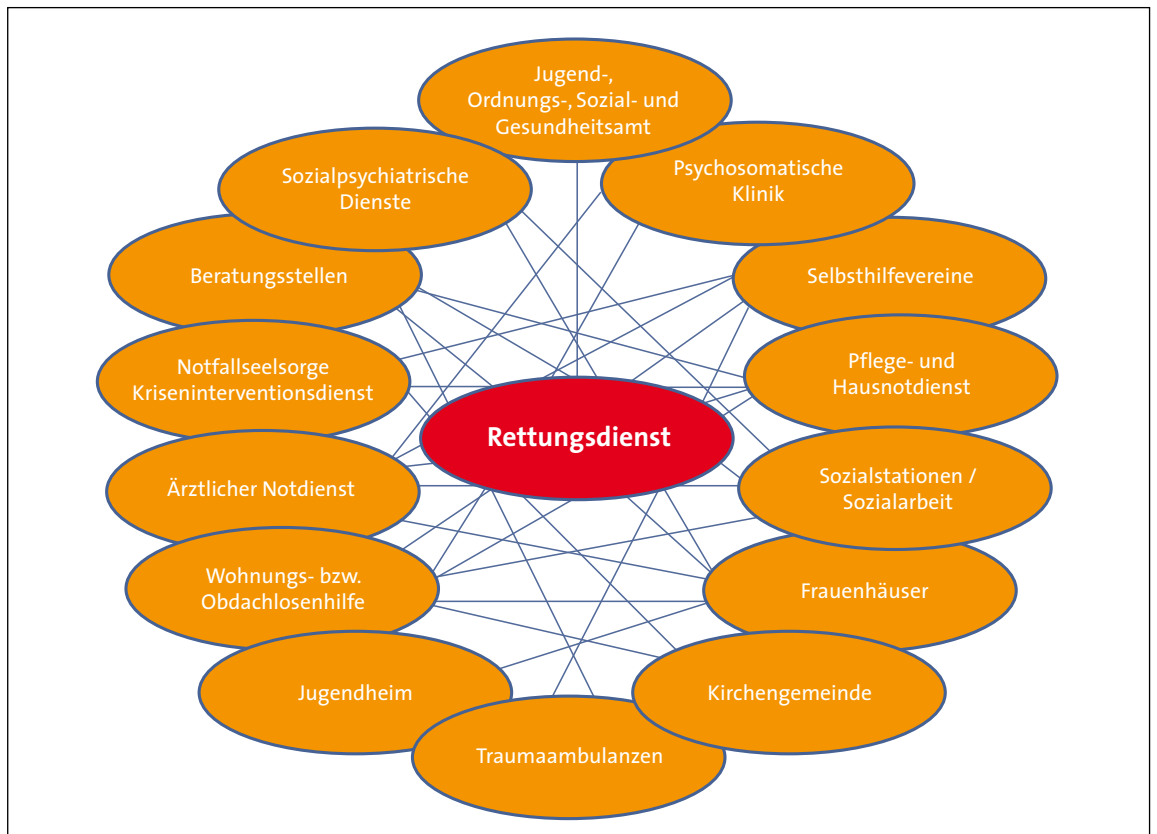
Insbesondere sollte die Kommunikation stets auf Augenhöhe – also nicht arrogant „von oben herab“ – erfolgen und frei von (unterschwellig) Vorwürfen sein.

Aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen eines psychosozialen Notfalls sollte der Eigenschutz von Rettungsdienstmitarbeitern besonders beachtet werden.

Eigenschutz → Allein aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation können Menschen in einem psychosozialen Notfall aversiv reagieren (1); Alkohol- und/oder Drogeneinfluss kommen häufig hinzu. Außerdem haben manche Betroffene mit unfreundlichen oder ungeduldigen Einsatzkräften schlichtweg negative Erfahrungen gesammelt.

Dass Menschen in psychosozialen Notsituationen Rettungsteams gegenüber misstrauisch sind, ist insofern verständlich – dies ist umgekehrt jedoch ebenso der Fall. Allein aufgrund dieser ungünstigen Rahmenbedingungen des Einsatzgeschehens sollte der Eigenschutz besonders beachtet werden. Dazu gehört einerseits, sich niemals alleine in eine Wohnung zu begeben, Gegenstände, die als Waffen eingesetzt werden könnten, stets im Auge zu behalten, für ausreichende Beleuchtung zu sorgen und sich jederzeit eine rasche Rückzugsmöglichkeit bzw. einen Fluchtweg frei zu

Abb. 2: Rettungsdienst in einem akutmedizinischen und -psychosozialen Versorgungsnetz



halten. Für den Fall, dass ein Mitglied des Rettungsteams eine Gefahr wahrnimmt, kann zur gegenseitigen Warnung im Vorfeld auch ein Codewort vereinbart werden. In einigen Fällen ist es sicher sinnvoll, von vornherein die Polizei hinzuzuziehen (6).

Andererseits sorgt auch ein bewusst auf Deeskalation ausgerichtetes Kommunikationsverhalten für Sicherheit. Notfallsanitäter sollten Menschen in einer psychosozialen Notlage z.B. nicht martialisch gegenüber treten und ständig drohend eine überdimensionierte Taschenlampe schwenken. Tonfall und Lautstärke der Ansprache sind ebenfalls bedeutsam (11). Hier empfiehlt es sich, eher leise und betont ruhig mit den Betroffenen in Kontakt zu treten.

Insbesondere bei Verwahrlosten und Obdachlosen sollten darüber hinaus mögliche Infektionsgefahren bedacht werden. Um sich z.B. vor Tuberkulose, HIV, Hepatitis und parasitären Erkrankungen (Skabies, Pediculus!) zu schützen, sind die jeweils vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen einzuhalten (13).

Anamneseerhebung und weitere Gesprächsführung → Zur Anamneseerhebung sollte zunächst ein geeignetes, vor allem ruhiges und vor Zuschauern abgeschirmtes Setting geschaffen werden. Sich Zeit zu nehmen und geduldig zuzuhören, ist in diesen Situationen extrem wichtig. Die Gesprächsführung sollte möglichst nicht-direktiv erfolgen (Tab. 3). Dabei sollte die aktuelle Problematik klar herausgestellt werden

Tab. 3: Grundsätze der nicht-direktiven Gesprächsführung nach Rogers

• Wertschätzung	den Klienten und seine Situation ohne Vorbehalte und Bedingungen akzeptieren
• Kongruenz	dem Klienten echt und unverstellt gegenüber treten
• Empathie	sich in die Situation des Klienten einfühlen und dafür Verständnis entwickeln

können, und Notfallsanitäter sollten eine sorgfältige Analyse von Risiken und Ressourcen sowie von Bedarfen und Bedürfnissen des Betroffenen vornehmen. Im Einzelnen sollten folgende Aspekte erfragt bzw. geklärt werden:

- Was ist aktuell die Hauptproblematik?
- Was ist der Anlass für die Alarmierung des Rettungsdienstes?
- Welche Sorgen, Ängste und Befürchtungen sind aufgetreten?
- Welche Vorerkrankungen und Abhängigkeiten bestehen?
- Wie ist die Wohn- bzw. Lebenssituation des Betroffenen?
- Wie ist die familiäre Situation des Betroffenen?
- Wie ist die berufliche Situation des Betroffenen?
- Welche eigenen Ressourcen könnten eventuell aktiviert werden? Gibt es z. B. Angehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn, die in die Hilfeleistung einbezogen werden könnten?

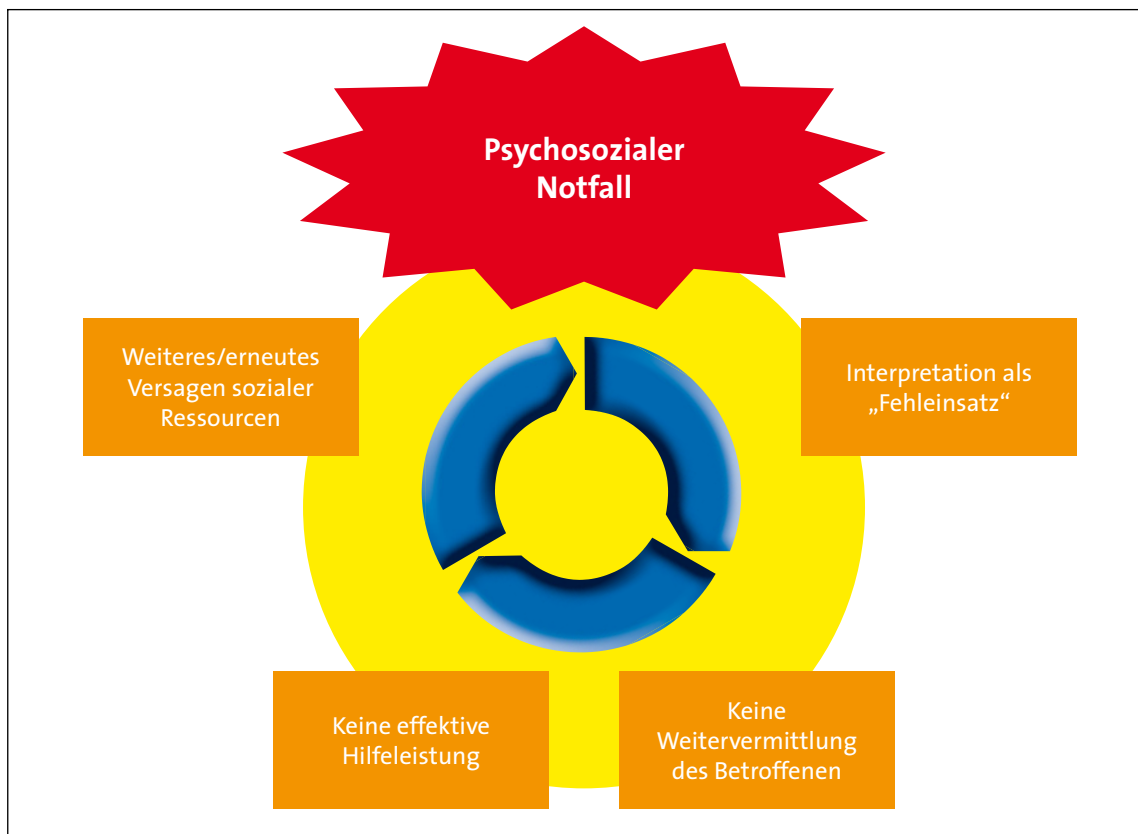


Abb. 3: Teufelskreis durch die Einschätzung psychosozialer Notfälle als „Fehleinsätze“

Tab. 4: Weiterführende Hilfen bei psychosozialen Notfällen (mod. nach 5, 6)

familiäre Konfliktsituationen	<ul style="list-style-type: none"> • Familien- und Erziehungsberatungsstelle • Jugendamt • Frauenhaus
Angst- und Panikstörung, akute Belastungsreaktion, pathologische Trauerreaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallseelsorge • Kriseninterventionsdienst • Traumaambulanz • Ärztlicher Notdienst • Psychosomatische Klinik • Selbsthilfevereine
akute Überforderungssituation	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensberatungsstelle • Kirchengemeinde
Vereinsamung/soziale Isolation, Verelendung	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialstation • Kirchengemeinde • Hausnotrufdienst • Sozialpsychiatrischer Dienst
Verwahrlosung, Pflegenotstand	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegenotdienst • Ordnungsamt • Gesundheitsamt • Sozialpsychiatrischer Dienst
Armut, Obdachlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Jugend- bzw. Obdachlosenheim • Wohnungslosenhilfe • Sozialarbeit • Sozialpsychiatrischer Dienst

- Welche Kontakte zu psychosozialen Hilfeeinrichtungen hat es bislang bereits gegeben?
- Welche Hilfe wird explizit gewünscht?
- Welche Hilfe ist ansonsten erforderlich?

Abb. 4: Wertschätzung, Kongruenz und Empathie gegenüber Betroffenen sind wesentliche Aspekte professionellen Versorgungshandelns

Sämtliche dieser Aspekte sollen exakt dokumentiert werden, um sie ggf. an weitere Hilfeeinrichtungen weitergeben zu können (9).



Medizinische Hinweise → Auch bei psychosozialen Notfällen sollten körperliche Erkrankungen und Verletzungen nicht völlig außer Acht gelassen werden. Besonders zu beachten ist, dass Bevölkerungsschichten, in denen psychosoziale Notfälle häufiger auftreten, hausärztlich bzw. allgemeinmedizinisch meist unterversorgt sind, sodass z.B. akute Exazerbationen unbehandelter Grunderkrankungen möglich sind. Unter Umständen führt unzureichende Nahrungsaufnahme zu Mangelerscheinungen, Alkoholabusus bedingt Hypoglykämien usw. Durch Alkoholabusus kann auch das Schmerzempfinden der Betroffenen herabgesetzt sein, sodass Verletzungen nicht wie üblich wahrgenommen werden. Viele Obdachlose haben durch den erheblichen Stress, den das Leben auf der Straße verursacht, Magengeschwüre und permanenten Bluthochdruck entwickelt (13). Eine gründliche körperliche Untersuchung der Betroffenen sollte daher auch in psychosozialen Notfällen selbstverständlich sein. Keinesfalls dürfen Symptome vorschnell abgetan werden: Die verwaschene Sprache eines Betroffenen kann z.B. durch Alkoholkonsum, ebenso aber auch durch einen Apoplex verursacht worden sein usw.

Weitervermittlung → Die Hospitalisierung von Menschen aufgrund eines ausschließlich psychosozialen Notfalls sollte nach Möglichkeit vermieden werden, d.h. wenn keine medizinische Indikation vorliegt, ist in der Regel auch kein Transport des Betroffenen in ein Krankenhaus angebracht. Stattdessen kann der Rettungsdienst v.a. durch eine gezielte Vermittlung an andere, geeignetere Hilfeeinrichtungen wesentlich dazu beitragen, dass sich die Lebenssituation des Betroffenen im weiteren Verlauf günstig entwickelt. Eine beispielhafte Übersicht, in welchen Situationen man sich an welche Institution wenden kann, geht aus Tab. 4 hervor. Entscheidend ist hierbei, dass der Rettungsdienst als „Türöffner“ zumindest die ersten Kontakte knüpft und – in Absprache sowie mit Zustimmung des Betroffenen – für eine sorgfältige Weitergabe sämtlicher relevanter Informationen sorgt (6).

Das konkrete Procedere der Weitervermittlung hängt dabei stets von örtlichen Gegebenheiten ab. Denkbar ist z.B., dass ein Rettungsteam bereits unmittelbar in der Notfallsituation (telefonisch) die entsprechenden Verbindungen herstellt. Mitunter wird aber auch vorgeschlagen, dass gerade diese vernetzende Schnittstellengestaltung zu den (künftigen) Aufgaben von Rettungsleitstellen gehören sollte. Entsprechende personelle und organisatorische Ressourcen vorausgesetzt, könnten Rettungsleitstellen demnach nicht nur die Funktion einer Notrufzentrale, sondern auch die eines „Socio-Medical Call-Centers“ übernehmen (2, 6).

Fazit

Sich als Notfallsanitäter im Hinblick auf psychosoziale Notfälle für „nicht zuständig“ zu erklären, ist zum einen in ethischer Hinsicht illegitim. Zum anderen wird dadurch erst recht die Entwicklung eines Teufelskreises begünstigt: Wird einem Menschen in einer psychosozialen Notfallsituation die erforderliche Hilfeleistung verweigert, ist es nur eine Frage der Zeit, bis derjenige erneut ein Hilfeersuchen äußern oder sich seine gesundheitliche Situation weiter zuspitzen wird (Abb. 3). Wiederholte Alarmierungen durch immer gleiche Klienten (und auch der damit verbundene Frust auf Seiten der Rettungsdienstmitarbeiter!) können folglich nur dadurch vermieden werden, dass der Rettungsdienst kompetent eine Vermittlungsfunktion erfüllt und in psychosozialen Notfällen ebenso professionell handelt wie bei primär medizinisch indizierten Einsätzen. ☉

Literatur:

1. Boscher A, Ruppert M, Lackner CK (2002) Notfallpatienten ohne festen Wohnsitz. Notfall- und Rettungsmedizin 5: 512-515
2. Ellinger K, Genzwürker H (2002) Die neue Rolle der Rettungsleitstelle: Medical Call Center. Notfall- und Rettungsmedizin 5: 516-518
3. Koch B, Wendt M, Lackner C K, Ahnefeld F W (2008) Herausforderungen an die Notfallversorgung der Zukunft: Regional Health Care (RHC). Notfall- und Rettungsmed 11: 491-499
4. Lackner C K, Wendt M, Ahnefeld F W, Koch B (2009) Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk. Welche Versorgungsstrukturen braucht unsere Gesellschaft? Notfall- und Rettungsmed 12: 25-31
5. Luiz T (2008) Der psychosoziale Notfall. Notfall- und Rettungsmedizin 11: 547-551
6. Luiz T (2013) Psychosoziale Notfälle – Einsatz für den Notarzt? Notfallmed Up2date 8: 205-214
7. Luiz T, Schmitt T K, Madler C (2002) Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. Notfall- und Rettungsmedizin 5: 505-511
8. Meinschmidt G (2002) Zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Berlin. Notfall- und Rettungsmedizin 5: 492-497
9. Poloczec S, Schmitt T K, Madler C (2007) Psychosoziale Notfälle. Dirks B (Hg.) Die Notfallmedizin. Springer, Heidelberg, S. 314-319
10. Prückner S, Madler C (2009) Der demographische Wandel. Notfallmedizin und eine alternde Gesellschaft. Notfall- und Rettungsmedizin 12: 13-18
11. Richwin R, Karutz H (2014) Grundlagen der Kommunikation. In: Atzbach U, Hündorf H-P, Lipp R (Hrsg.) Notfallsanitäter Upgrade. Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung. Stumpf + Kossendey, Edewecht, S. 12-29
12. Schmitt T K et al. (2002) Sozialepidemiologie einer neuen Einsatzkategorie. Notfälle mit primär psychischen und sozialen Problemstellungen. Notfall- und Rettungsmedizin 5: 102-109
13. Trabert G (2005) Der obdachlose/wohnungslose Notfallpatient. In: Madler C et al. (Hg.) Das NAW-Buch. Elsevier, München, S. 1104-1112
14. Warnecke M, Pajonk F-G (2005) Psychosoziale Akutdienste. In: Madler C et al. (Hrsg.) Das NAW-Buch. Elsevier, München, S. 113-121

**Mit Sicherheit
im Einsatz.**

**Premium Vliesstoffe für die gezielte
Desinfektion im Rettungsdienst**

- ✓ geprüfte Desinfektionsleistung
- ✓ maximale Reichweite
- ✓ höchster Qualitätsstandard

**DESOTEX
PREMIUM VLIES**



Dr. Schumacher

Ihr Spezialist für Desinfektion, Hygiene und Pflege

www.schumacher-online.com

Dr. Schumacher GmbH
Am Roggenfeld 3 D-34323 Malsfeld

