

MEHR AUSBILDUNG ABER: WENIGER KOMPETENZ

Eine Sekundärevaluation eines traditionellen Bereichs
der Gesundheitserziehung

von Vjenka Garms-Homolová und Doris Schaeffer

Es besteht kein Zweifel: Gesundheitsbildung ist ein Thema, das in der Öffentlichkeit seit geraumer Zeit ungeteiltes Interesse erfährt. Ob in den Medien, in der populärwissenschaftlichen Literatur, im Bildungsbereich oder im kommerziellen Sektor - überall unterstreicht allein die immense Expansion den Bedeutungszuwachs gesundheitsfördernder Maßnahmen. Indessen besagt die Vielzahl von Aktivitäten noch nichts über das Ausmaß an konzeptioneller Klarheit und Effektivität. Insbesondere dann, wenn ein Bereich unverhoffte gesellschaftliche Visibilität erlangt, meint jedermann, ihn für sich reklamieren zu müssen. Doch dient die geflissentliche Beschlagnehmung vielfach eher der Absicherung machtpolitischer und ökonomischer Interessen und trägt nur wenig dazu bei, unbefangene vorhandene Probleme zu reflektieren und sie einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung zuzuführen.

Die Erziehungswissenschaft schöpft in diesem Kontext ihr Potential so gut wie gar nicht aus. In ihren Blick sind bislang nur wenige Problembereiche des Handlungsfeldes Gesundheitsbildung gelangt, so beispielsweise die schulische Gesundheitserziehung oder die Drogenarbeit. Andere, quantitativ wie qualitativ bedeutsame Themenkomplexe bleiben unbeachtet. Pointiert gesagt finden weite Teile gesundheitserziehender Maßnahmen ohne systematische erziehungswissenschaftliche Unterstützung statt.

An der Vorbereitung von Laien auf die Hilfe in Notfallsituationen tritt diese Problematik derzeit besonders deutlich zu Tage. Exemplarisch wollen wir diesen traditionsreichen und oft unterschätzten Bereich der Gesundheitsbildung einer evaluativen Betrachtung aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive unterwerfen. Damit verfolgen wir die Intention, die Diskussion über

gesundheitsfördernde Maßnahmen punktuell in einen systematischen Interpretationszusammenhang einzuordnen und die daraus erwachsenen konzeptionellen Konsequenzen zu erörtern.

I. Zur Bedeutung des Laienengagements in Notfallsituationen

Die Laienhilfe für Verletzte und Notfallopfer hat eine lange Tradition. Das professionelle Rettungswesen und speziell die präklinische Erstversorgung am Notfallort aber werden erst seit etwa zehn bis fünfzehn Jahren intensiv ausgebaut. Mit der Institutionalisierung, Professionalisierung und der technischen Perfektionierung der Notfallrettungssysteme schienen die Laienhelfer und ihr Beitrag zur Ersten Hilfe immer mehr an Bedeutung einzubüßen. Angesichts der durch moderne Transport- und Kommunikationsmittel ausgestatteten Rettungsdienste und der Handlungsmöglichkeiten von Ärzten, die über hochspezialisierte Technik und Pharmaka verfügen, hatte es den Anschein, als würde das Betätigungsfeld der Laien zusammenschrumpfen.

Heute wird die Bedeutung des Laienengagements zunehmend erkannt. Den Notfallzeugen obliegt die Erstversorgung Verletzter und Kranker, da die Zeit bis zum Eintreffen professioneller Rettungsdienste trotz des enormen Kostenaufwands in diesem Bereich und trotz organisatorischer Verbesserungen nicht wesentlich abgekürzt werden kann (RIEDIGER 1983). Auch in der Bundesrepublik könnten - so die Schätzungen (vgl. SCHEPERS 1986) - Hunderte von Menschenleben erhalten werden, wenn sich die Laien, meist die einzigen am Unfallort anwesenden Zeugen, einige wenige rettende Handgriffe zutrauen würden. Die Notfallmeldung - eine Aufgabe, die ausschließlich den Notfallzeugen obliegt - stellt die Weichen für alle nachfolgenden Maßnahmen (GARMS-HOMOLOVA 1987). Die Notwendigkeit der Mithilfe der Bevölkerung bei der Bewältigung von akuten Notfallsituationen führte dazu, daß die Einwohner ganzer Städte im Ausland, in den Praktiken der Herz-Lungen-Wiederbelebung ausgebildet wurden (für Übersicht vgl. GARMS-HOMOLOVA et al. 1984).

Auch hierzulande rücken Fragen der Bereitschaft, der erforderlichen Qualifizierung und der tatsächlichen Handlungsfähigkeit der Laien in Notfallsituationen zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

II. Allgemeine Einschätzung der Evaluationsforschung im Bereich der Erste-Hilfe-Ausbildung

Fragen der Ausbildung in Erster Hilfe und Probleme ihrer Effektivität werden in der Fachliteratur bisher allerdings spärlich behandelt. Und weniger noch kann ihre Erörterung als erschöpfend bezeichnet werden. Die Literatur bewegt sich im wesentlichen um folgende Punkte:

- Beschreibung von Ausbildungsmaßnahmen in einzelnen Institutionen (siehe exemplarisch PICKEL 1979).
- Darlegung und Erörterung der Inhalte der Ausbildung und der erforderlichen Qualifikationen (exemplarisch DÖLP 1982, aber auch ZORN 1976).
- Analysen zur Effizienz von Ausbildungsmaßnahmen (JUNGCHEN 1978; KUSCHINSKY et al. 1986; SEFRIN et al. 1986; WAHL & SPITZER 1976; WEISSBRODT 1981) sowie
- Deskription von Modellen und Modellversuchen zum Problem der Einbeziehung von Laien in die Rettungsaktivitäten (CARTER et al. 1984; EISENBERG et al. 1985; ANDERSON et al. 1984; MANDEL & COBB 1982; BRIESE 1983; REGIER 1981 etc.).

Die Veröffentlichungen zum letzten Punkt entstammen überwiegend dem englischsprachigem Raum und in der Tat sind die meisten Modelle und Experimente wohl hier, konkreter noch: in den USA und in skandinavischen Ländern durchgeführt worden. Es handelt sich im wesentlichen um Programme zum Einbezug von Laien in die Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten.

Die deutschsprachige Literatur bewegt sich dagegen vor allem um die drei zuerst genannten Punkte. Am häufigsten finden sich Deskriptionen von Ausbildungsmaßnahmen, die selten in analytische Betrachtungen münden. Zumeist haben diese Darstellungen reinen Selbstdarstellungscharakter (z. B. der verbandlichen oder institutionellen Aktivitäten in diesem Gebiet) oder dienen der Legitimation über die geleistete Arbeit, so daß eine Auswertung für forschungsgebundene Zwecke wenig effektiv und im Hinblick auf die hier interessierenden Fragestellungen der Gestaltung und Effizienz der Ausbildungsmaßnahmen auch wenig informativ ist. Dennoch aber - und das soll aus Gründen der Charakterisierung des Literaturstandes angemerkt werden - ist es schwierig, eben diese Veröffentlichungen zu erfassen und zu beschaffen.

Erörterungen der Ausbildungsinhalte sind ebenfalls spärlich. Eher lassen sich Hinweise darauf finden, welche inhaltlichen Anforderungen generell an die EH-Maßnahmen zu stellen sind (z. B. KUSCHINSKY et al. 1986) bzw. über welche Qualifikationen die professionellen ärztlichen und nichtärztlichen Helfer verfügen müssen (z. B. LIPPERT 1981; BÜHLER 1982; GORGASS & AHNEFELD 1980 etc). Hier überwiegen im allgemeinen Betrachtungen aus medizinischer und notfallärztlicher Sicht, über welche theoretischen medizinischen Kenntnisse und praktische Kompetenzen Laien verfügen müssen, um überhaupt adäquat helfen zu können, d. h. auch welches Wissen sie benötigen, um Notfallsituationen richtig einzuschätzen etc.. Während in diesen Fragen weitestgehend Konsens besteht, herrscht jedoch nicht unbedingt Einigkeit in der jüngst diskutierten Frage, ob Laien auch fortgeschrittene Maßnahmen z. B. die kardiopulmonale Reanimation lernen sollen (DÖLP 1982) oder ob diese weiterhin dem professionellen System überlassen bleiben.

Soziale und psychosoziale Aspekte und Kompetenzen werden in der Auseinandersetzung über die Inhalte der Laienausbildung in der Regel nicht diskutiert. Bestenfalls werden partiell soziale Gesichtspunkte berücksichtigt, so, wenn es um das Thema "Notruf" geht. Hier wird gefragt, welche Kompetenzen der Laie haben muß, um die Benachrichtigung des professionellen Systems in einer Notfallsituation in die Wege zu leiten (BEZ 1982). Darüber hinaus aber wird bislang nicht gefragt, welche sozialen und psychosozialen Aspekte und Themen in die Ausbildung eingehen sollten. Hier bestehen Mängel, deren Tragweite vor allem dann deutlich wird, wenn man sich die Forschungsergebnisse zum prosozialem Verhalten und zur Hilfsbereitschaft in Erinnerung ruft. Dann zeigt sich, daß zum Helfen nicht nur sachliche Kompetenzen erforderlich sind, sondern daß der Hilfeleistung oftmals soziale und psychische Barrieren im Wege stehen, die der potentielle Helfer zu bewältigen gelernt haben muß, soll er der gesellschaftlichen Erwartung "Helfen" nachkommen können. Es gilt zu berücksichtigen, daß Notfallsituationen häufig einen relativ diffusen und komplizierten Charakter haben. Konkrete Hilfeleistung erfordert, die Komplexität der Situation reduzieren und auflösen zu können. So verweist beispielsweise RIEDIGER explizit auf die problematische Situation des Laienhelfers und darauf, daß nur ein Bruchteil der Helfer sich in der Lage sieht, "allein und auf sich gestellt sachgerechte Hilfe zu leisten" (RIEDIGER 1983, S. 4). Dennoch aber steht eine genauere Analyse dieses Komplexes sowie die Transformation der Er-

kenntnisse in entsprechende Lernschritte bislang aus. Die Dringlichkeit dieser Empfehlung wird um so deutlicher, betrachtet man die Untersuchungsergebnisse zur realen Beteiligung der Laien. Sie weisen auf eine hohe Verunsicherung und relativ geringe Beteiligung der Laien hin. Diese Befunde sollten unserer Meinung nach nicht allein als Erfordernis verstanden werden, die Häufigkeit der Teilnahme an den Ausbildungsmaßnahmen zu erhöhen (z. B. WEISSBRODT 1980 u. 1981; SEFRIN et al. 1986). Vielmehr sind sie als Hinweis darauf zu verstehen, daß hier eine Revision der Lehr- und Lernpläne erforderlich ist; auch das helfende Verhalten an sich muß zum Inhalt der Maßnahmen gemacht werden, sollen diese in ihrer Wirksamkeit erhöht werden.

Bei den als drittes genannten Analysen zur Effizienz von Ausbildungsmaßnahmen handelt es sich um empirische Studien, die sich mit der Untersuchung der zwei zentralen Ausbildungsmaßnahmen für Laien, den Sofortmaßnahmen am Unfallort (SMU) und den Erste-Hilfe-Kursen (EH) beschäftigen. Hervorgehoben werden muß, daß es sich hier nicht um erziehungswissenschaftlich fundierte Evaluationsstudien, sondern um reine Effizienzuntersuchungen handelt. Die wichtigsten Studien aus der jüngsten Zeit sollen im folgenden kurz diskutiert werden.

III. Deskription der empirischen Studien zur Effizienz der EH-Ausbildung für Laien

Generell herrscht Einigkeit über die Bedeutung der Laienhilfe bei der Notfallversorgung (JUNGCHEN 1978; WAHL & SPITZER 1976; WEISSBRODT 1981; KUSCHINSKY et al. 1986; SEFRIN et al. 1986). Den Laien kommt eine wichtige Funktion innerhalb der Rettungskette zu: Sie sollen im Vorfeld der professionellen Versorgung tätig werden und zugleich die professionelle Erstversorgung der Notfallpatienten in die Wege leiten und somit zur Rettung von Leben, Wiederherstellung der Gesundheit und Minderung von Invalidität beitragen. Doch besteht ebenfalls Einigkeit darin, daß die Erste Hilfe durch Laien gleichzeitig als das schwächste Glied in der Rettungskette identifiziert werden kann (z. B. SEFRIN et al. 1986, S. 6). Die Verbesserung der Erste-Hilfe-Leistungen steht daher seit geraumer Zeit im Mittelpunkt des Interesses und die vorliegenden Effizienz-

der Ausbildungsmaßnahmen und versuchen, jene Problemzonen konkreter zu identifizieren, die es zu modifizieren gilt, soll die Laienhilfe verbessert werden. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit insbesondere auf die genannten Ausbildungsarten, die gesetzlich verankert sind. Sie richten sich im wesentlichen auf die folgende Zielgruppen: Führerscheinbewerber, unterschiedliche Berufsgruppen, bei denen die Absolvierung eines EH-Kurses Bestandteil des Ausbildungsprogrammes ist und die freiwilligen Helfer - oft Mitglieder von Rettungsorganisationen. Die Teilnahme an einer EH-Ausbildung ist darüber hinaus Pflicht beim Erlangen verschiedener Zertifikate etwa zum Betreiben von bestimmten Sportarten.

Eine sehr gute und differenzierte Beschreibung der gesetzlichen Regelung und der erfaßten Zielgruppen findet sich bei KUSCHINSKY et al. 1986. Hier werden die Unterschiede der Ausbildungsmaßnahmen ausführlich dargelegt, sowohl was ihre unterschiedliche Dauer und Reichweite als auch die unterschiedliche Lehr- und Lernstoffe betrifft. Auf diese Punkte wird hier nicht ausführlicher eingegangen, nur sei zur Einschätzung der Kurse an die Dauer beider Maßnahmen erinnert: SMU dauern drei Doppelstunden, die EH-Ausbildung acht Doppelstunden. Es ist dieses ein zeitlicher Rahmen, in dem die Grenzen sehr eng gesteckt sind. Daher ist anzunehmen, daß die Fülle und Komplexität des zu vermittelnden Lernstoffes von vornherein zu einem Pragmatismus der Vermittlung führen muß, der sich in der Qualität des Gelernten niederschlägt. Vergleiche der Dauer der hiesigen Ausbildung mit dem Ausland sind schwierig, da wir Kurse mit unterschiedlicher Zielsetzung begegnen. So dauern Kurse zum Erlernen der kardiopulmonalen Wiederbelebung drei bis vier Stunden (STANDARDS 1974), während Ausbildungsmaßnahmen für Freiwillige mit umfassenden Aufgaben der gemeindeorientierten Gesundheitsarbeit bis zu vierzig Stunden betragen (KAY 1984).

IV. Befunde aus Evaluationsstudien

Einzelne Untersuchungen fokussieren allein die "SMU" und vergleichen deren Absolventen mit Nichtausgebildeten (JUNGCHEN 1978). Abweichend davon geht WEISSENBRODT vor. Er faßt alle Kurse unter dem Oberbegriff "EH" zusammen und differenziert in seinem Sample nicht nach Absolventen der voneinander verschiedenen Maßnahmen (WEISSENBRODT 1981). Andere Un-

tersuchungen wiederum unterziehen beide Maßnahmen einer genaueren Analyse (WAHL & SPITZER 1976; SEFRIN et al. 1986; KUSCHINSKY et al. 1986).

JUNGCHEN wie ebenso WAHL & SPITZER widmen sich in ihren Untersuchungen insbesondere der Frage des Wissenserwerbs und des Wissenszuwachs durch die Ausbildungsmaßnahmen. Dabei wendet sich JUNGCHEN besonders dem erforderlichen medizinischen Wissen zu, während WAHL und SPITZER auch die praktischen Fähigkeiten einzubeziehen versuchen. Diese lassen sie ihre Probanden an einem Beatmungsphantom überprüfen. Beide Untersuchungen gelangen zu dem Resultat, daß zweifelsohne ein Wissenserwerb mit Absolvierung der Ausbildung stattfindet, nicht jedoch notwendigerweise ein Kompetenzerwerb. So kommt JUNGCHEN zu dem erstaunlichen Ergebnis, daß die Nichtausgebildeten sich als kompetenter erwiesen als die Ausgebildeten: sie konnten den Umgang mit "kräftig blutenden Wunden" wesentlich besser einschätzen als die Absolventen der SMU. JUNGCHEN konzidiert hier, daß der Wissenszuwachs auch Verunsicherungen mit sich bringt und zur Angst vor dem Helfen sowie zu Angst vor Fehlern führt (JUNGCHEN 1981, S. 115). Er meint, dieses Phänomen durch eine Verstärkung der Motivationsarbeit angehen zu können. Uns jedoch scheint sich hier zu offenbaren, was zuvor angedeutet wurde, daß nämlich die sozialen und psychologischen Aspekte des Helfens dringend der Thematisierung in den Ausbildungsmaßnahmen bedürfen. Mit dem Zuwachs an Wissen geht auch die Erkenntnis der Komplexität der Notfallsituation einher und dieses wirkt sich zwangsläufig handlungshemmend aus. Motivationsarbeit allein vermag diese Hemmnisse nicht zu beseitigen, vielmehr wird hierzu das Lernen des "Helfens" und der Bewältigung der Notfallsituation benötigt, das allerdings im Bereich sozialer Handlungskompetenz zu verorten ist.

JUNGCHEN verweist zudem auf die Lücken der Ausbildung und betont, daß die vermittelten Kenntnisse nicht genügen und der umfangreiche Lernstoff nicht ausreichend beherrscht wird. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen aus WAHL & SPITZER 1976. Sie konnten zudem signifikante Unterschiede bei den Absolventen verschiedener Kurse feststellen und werfen daher die Frage nach dem Einfluß der Ausbilder auf. Sie unterstreichen, daß die Ausbilder unterschiedliche Auffassungen und Theoreme über die Funktionen des Organismus vermitteln und entsprechend auch die Absolventen unterschiedliche Vorstellungen dar-

über erlernen. Im gleichen Sinn fordern WAHL & SPITZER lediglich eine Vereinheitlichung des Lernstoffs und der Lernstoffübermittlung. Jedoch stellt sich uns an dieser Stelle die Frage nach der Qualifikation der Ausbilder, sowohl hinsichtlich ihrer inhaltlichen und fachlichen Kompetenz als auch ihrer didaktischen und erwachsenenpädagogischen Qualifikationen. Es ist in höchstem Maße erstaunlich, daß diese Fragen in keiner der Untersuchungen aufgegriffen werden, selbst dann nicht, wenn - wie hier bei WAHL & SPITZER - die empirischen Befunde sie in direkter Weise nahelegen. Uns erscheint allein die Ermittlung des Ausbildungsbedarfs dieser Multiplikatoren dringend angezeigt, ebenso wie die Untersuchung des Qualifikationsniveaus der Ausbilder. Nur so läßt sich feststellen, wo Erfordernisse der Nachqualifikation bestehen.

Kommen wir zur Frage des Kompetenzerwerbs der Laien zurück, so ist ein anderes Ergebnis der Untersuchung WAHL & SPITZERs erwähnenswert. Auch sie verweisen, wie JUNGCHEN es bereits getan hatte, auf die Notwendigkeit der Intensivierung der Ausbildung. Darüber hinaus aber empfehlen sie Wiederholungsmaßnahmen, um den Wissensstand zu fixieren (WAHL & SPITZER 1976, S. 55), da sie das erworbene Wissen sowohl für insuffizient, als auch in seiner Festigkeit für nicht ausreichend halten.

Eine breiter angelegte Studie ist die von KUSCHINSKY et al. (1986). Es handelt sich hier um eine Vergleichsstudie aus den Jahren 1980 und 1984, der folgende Fragestellungen zugrundeliegen:

- die Frage nach der Erweiterung des Ausbildungsstandes und des Ausbildungsniveaus,
- die Frage nach der Entwicklung des Bekanntheitsgrades lebensrettender Maßnahmen und
- dem Bekanntheitsgrad der Notrufproblematik, sowie
- die Frage nach der Entwicklung des EH-Verhaltens in der Bevölkerung (KUSCHINSKY et al. 1986, S. 35).

Nicht alle hier aufgeworfenen Fragen sind im Zusammenhang mit dem Thema "Ausbildung" gleichermaßen bedeutend. Sie werden in entsprechender Rangfolge abgehandelt.

Als Datenbasis dienen KUSCHINSKY et al. (1986) die Ergebnisse zweier Repräsentativ-Befragungen über EH-Kenntnisse,

die in den Jahren 1980 und 1984 bundesweit im Rahmen einer Bevölkerungs-Mehrthemenumfrage (von Emnid-Institut Bielefeld) durchgeführt wurde. Da die Vorgehensweise der Untersuchung WEISSBRODTs sehr ähnlich ist, beziehen wir die Ergebnisse dieser Studie nun in die Diskussion ein.

Generell stellen KUSCHINSKY et al. (1986) fest, daß sich das Ausbildungsniveau seit 1980 in quantitativer Hinsicht verbessert hat. Insbesondere vergrößerten sich die Anteile an Personen, die in SMU unterwiesen wurden: sie stiegen von 21% auf 26% (ebenda, S. 41). Dagegen blieb der in EH unterwiesene Bevölkerungsanteil nahezu konstant.

Eine differenziertere Betrachtung ergibt folgendes Bild:

- Die Beteiligung von Frauen an SMU hat zugenommen. Generell aber sind Frauen noch immer weitaus seltener ausgebildet als Männer. So liegt beispielsweise der Anteil in EH ausgebildeter Männer um 30% über dem der Frauen (ebenda).
- Das festgestellte Verbesserungspotential ist eindeutig an bestimmte Altersgruppen gebunden. Besonders hohe Zuwachsraten zeigen sich bei den 20- bis 39jährigen. Dagegen reduziert sich mit zunehmendem Alter die Zahl der Ausgebildeten, so daß Personen im höheren Alter deutlich unterrepräsentiert sind. Wahrscheinlich ist dies - wie auch der vorgehende Punkt - allein aus der Statistik der Führerscheinbewerber zu erklären. Auch die Zuwachsraten an EH-Ausgebildeten verteilen sich insbesondere auf die Führerscheinbesitzer! bei ihnen erhöhte sich der Anteil der EH-Ausgebildeten von 70 auf ca. 80%, hingegen haben nur 15% der Nicht-Führerscheinbesitzer eine EH-Ausbildung.
- Aus der Perspektive des Bildungsniveaus betrachtet zeigen sich ebenso eindeutige Tendenzen. Mit steigendem Bildungsniveau nimmt auch die Zahl derjenigen zu, die über eine EH-Ausbildung verfügen.

Diese Ergebnisse stimmen mit der Untersuchung WEISSBRODTs überein (WEISSBRODT 1981). Auch er identifizierte die Nicht-Führerscheinbesitzer, Frauen, ältere Menschen und Personen mit niedrigem bis mittlerem Bildungsniveau als Gruppen mit unterdurchschnittlichem Ausbildungsstand in Erster Hilfe. Da

sich diese Gruppierungen zu verfestigen scheinen - so lassen sich die Ergebnisse der Zuwachsanalyse von KUSCHINSKY interpretieren - ist damit auch festgelegt, wer als Zielgruppe für EH-Maßnahmen ins Auge gefaßt werden sollte. Jedoch stehen bislang Überlegungen aus, wie diese Gruppen angesprochen und motiviert werden könnten.

Beide Untersuchungen lassen die Frage des Ausbildungsstandes potentieller Risikogruppen, bzw. der Angehörigen von Risikopersonen offen. Denn insgesamt scheint es hierzulande bislang üblich zu sein, Fragen der Laienausbildung von den Erfordernissen der Zielgruppen aus zu betrachten. Es ist dieses eine Betrachtungsweise, wie sie beispielsweise im Rahmen verkehrspädagogischer (z. B. SCHAEFFER 1985) und anderer gesundheitspädagogischer Maßnahmen seit längerem angewandt wird und die auch - wie es in den USA in einigen Modellversuchen der Fall ist - auf das Rettungswesen übertragen werden sollte. Über die bereits von WEISSBRODT (ebenda, S. 19) benannten Zielgruppen hinaus würden dann auch die Gruppen potentiell Herzinfarktgefährdeter, Unfallgefährdeter etc. und vor allem deren Familienangehörige ins Blickfeld geraten.

WEISSBRODT hat bereits auf die Schwachpunkte bei der Bekanntheit lebensrettender Maßnahmen verwiesen. Im einzelnen nennt er:

- Abgabe der Notfallmeldung,
- rechtliche Probleme der Ersthelfer,
- Meldeeinrichtungen,
- Zusammenwirken mit professionellen Rettungsdiensten (WEISSBRODT 1981, S. 19).

Diese Einschätzung wird durch die Vergleichsstudie von KUSCHINSKY et al. (1986) bestätigt. Die Autoren konkretisieren, wann diese Punkte besondere Schwachstellen darstellen:

1. **Notruf:** Hier konnten die Autoren feststellen, daß der Inhalt eines Meldebildes, d. h. die erforderlichen Schritte und Angaben bei der Notfallmeldung, im Bewußtsein der Bevölkerung präsenter sind, aber durchaus noch als verbesserungswürdig bezeichnet werden müssen. Denn die Kenntnis der Komplexe "Münzfreier Notruf" und "Rettungshubschrauber" stellen nach wie vor Schwierigkeiten dar. Unklar sind Modalitäten der Inanspruchnahme und ihr Zusammenwirken mit der Rettungskette.

2. **M o t i v a t i o n:** KUSCHINSKY et al. (1986) stellen fest, daß sich in der Bevölkerung generell der Eindruck verfestigt, es seien genügend Personen in EH ausgebildet. Damit einher geht zwangsläufig eine Verringerung der Bereitschaft, sich selbst ausbilden zu lassen. Es wird hier darauf aufmerksam gemacht, daß der Anteil derer, die es nicht für sinnvoll halten, eine EH-Ausbildung zu absolvieren, in dem Untersuchungszeitraum von 12% auf 14% gestiegen ist. Es kann hier also insgesamt von einem Motivationsverlust gesprochen werden.

3. **E H - K e n n t n i s s e:** Hier kommen KUSCHINSKY et al. (1986) zu der bedenklichen Einschätzung, daß die Unkenntnis in Maßnahmen der EH deutlich zunimmt. Das Kriterium dieser Beurteilung ist die "Selbsteinschätzung". Es dürfte daher vermutet werden, daß eine fachspezifische Einschätzung diesen Tatbestand in einer noch gravierenderen Weise dokumentieren würde. In diesem Zusammenhang bezweifeln KUSCHINSKY et al. den positiven Effekt von Informationsmaterialien und sonstigen mediengebundenen Auffrischungsangeboten, denn während 1980 noch 22% meinten, auf diese Weise eine Auffrischung ihrer Kenntnisse erhalten zu haben, vertraten 1984 nur noch 19% diese Meinung (1986, S. 69).

4. **E r h ö h u n g d e r H i l f s b e r e i t s c h a f t:** Insgesamt kann eine Erhöhung der Hilfeleistungen festgestellt werden, dieses weniger im Bereich der Verkehrsunfälle, sondern in den Bereichen Betrieb, Haus und Freizeit. Hier haben Hilfeleistungen von Laien um 80% zugenommen. Jedoch stellen KUSCHINSKY et al. (1986) fest, daß trotzdem nicht von einer Erhöhung des Ersthelferpotentials ausgegangen werden kann, vielmehr erhöhte sich die Zahl derer, die bereits mehr als viermal als Ersthelfer tätig waren.

Die hier vorgestellten Ergebnisse lassen die Effektivität der Erste-Hilfe-Ausbildung zweifelhaft erscheinen: Weder verfügen die Absolventen über ausreichende Kenntnisse, noch werden die vorhandenen Kenntnisse durch Auffrischungsangebote reaktiviert und auch die Motivation zur Teilnahme an Ausbildungsmaßnahmen nimmt nicht zu (trotz steigender Zahlen tatsächlicher Partizipanten zumindest im SMU-Bereich). Und auch die generellen Effekte der Ausbildung sind fragwürdig, da zwar die Hilfsbereitschaft derjenigen steigt, die bereits mehrfach geholfen haben, doch das Ersthelferpotential selbst wächst nicht.

Mit Sicherheit muß dieses Resultat vor dem Hintergrund des Ausbaus des professionellen Rettungswesens interpretiert werden. Es scheint, daß mit zunehmender Dichte der Rettungstellen sich die Laien weniger gefordert fühlen zu helfen und EH zu leisten. Mit zunehmendem Ausbau erhöhen sich also zugleich die Hemmschwellen, in das Rettungssystem hineinzuwirken. Hinzu kommt die Angst vor rechtlichen Konsequenzen: nach KUSCHINSKY et al. (1986) geben im Jahre 1980 32% und 1984 dann 34% an, zu befürchten, etwas falsch zu machen und später gerichtlich belangt zu werden. Diese Hemmschwellen könnten jedoch abgebaut werden, da sie bei jenen nicht vorhanden sind, die bereits mehrfach geholfen haben (wobei gefragt werden müßte, in welchem Verhältnis diese Personen zum professionellem Versorgungssystem stehen, mithin sind sie gar Part dieses Systems - vgl. SEFRIN et al. 1986). Erneut findet sich hier die Notwendigkeit bestätigt, die Problematik des Helfens und den Abbau von Hemmschwellen in die Ausbildung einzubeziehen.

Die Langzeitwirkung der Ausbildungsmaßnahmen wurde von SEFRIN et al. (1986) untersucht. Im Zentrum steht die Frage, ob mit der EH-Ausbildung ein über Jahre hinweg ausreichendes theoretisches Wissen und Können vermittelt wird und wann gravierende Wissenslücken offenbar werden. Das methodische Vorgehen schloß eine Testreihe in Form eines "Parcours" ein, der in Anlehnung an ein Schweizer Modell entwickelt wurde. Die Teilnehmer mußten Fragen zur Person beantworten und theoretische Fragen sowie praktische Aufgaben bewältigen. Fast ausschließlich unterzogen sich freiwillige Teilnehmer den Prüfungen des Parcours - so beispielsweise in den Einkaufszonen größerer Städte und in einem Industriebetrieb. Die Aktion wurde von den Hilfsorganisationen unterstützt. Sicherlich ist dadurch die Auswahl in positiver Weise beeinflusst worden. In der Untersuchung sind Probanden überrepräsentiert, die dem Ansinnen der EH mithin auch EH-Maßnahmen aufgeschlossen gegenüber stehen. Dieses gilt bei einer Interpretation der Ergebnisse zu bedenken.

Der Test selbst gliedert sich in die Aufgabenbereiche Verhalten am Notfallort und Lagerung des Notfallpatienten, Wissen und praktische Kompetenz bei der Atemspende, Versorgung lebensbedrohlicher Blutung, Notruf, Bewältigung einer Unfallsituation mit zwei Verletzten und allgemeine theoretische Grundlagen der Ersten Hilfe. Die Autoren differenzieren nach Zeit

und Anzahl absolvierter Kurse und praktische Helferfahrung vier Probandengruppen (SEFRIN et al. 1986, S. 12f.):

- In der ersten wurden jene zusammengefaßt, die bereits mehr als 9 mal eine EH-Leistung durchgeführt hatten. Die Forscher gehen davon aus, daß diese Probandengruppe mit dem professionellem System zu tun hat oder Part dieses Systems sein muß - eine Vermutung, die realistisch erscheint, bedenkt man die bereits dargelegte Problematik der Hemmschwellen bei der Hilfeleistung.
- Mit der zweiten Gruppe sind jene Personen gemeint, bei denen die Teilnahme an der Ersten-Hilfe-Ausbildung nicht länger als ein Jahr zurücklag.
- In der dritten Gruppe lag die EH-Ausbildung dagegen zwischen einem und zwei Jahren zurück.
- In der vierten Gruppe hat sie vor mehr als zwei Jahren stattgefunden.

Insgesamt ermittelten SEFRIN et al. einen sehr hohen Ausbildungsstand, das wird durch die nachfolgende Tabelle für die erste Gruppe beispielhaft dokumentiert (1986, S. 22):

Anzahl der bisher absolvierten EH-Kurse in Gruppe 1 (N=90)

	%	absolut
Bisher kein EH-Kurs	8,88	8
Teilnahme an einem Kurs	22,22	20
Teilnahme an zwei Kursen	22,22	20
Teilnahme an drei Kursen	16,66	15
Teilnahme an vier und mehr Kursen	30,00	27

Hier wird einsichtig, warum diese Personen von SEFRIN et al. (1986) als "professionelle" Helfer bezeichnet werden, ohne daß damit direkt auf die Berufszugehörigkeit der Probanden abgezielt würde. Vielmehr ist die Routine angesprochen, denn über zwei Drittel dieser Gruppe haben bereits mehr als einen EH-Kurs besucht.

Ein gleichermaßen hoher Ausbildungsstand läßt sich in den anderen Gruppen nicht finden, doch generell erstaunen auch hier die positiven Zahlen. So hat annähernd ein Drittel der Probanden aus der Gruppe 2 mehr als einen EH-Kurs absolviert und auch in der Gruppe 3 war nahezu die Hälfte schon zuvor an einer solchen Maßnahme beteiligt gewesen. Sogar in der Gruppe 4 hatten 28% der Partizipanten wiederholt an einer EH-Ausbildung teilgenommen. Die Autoren konzedieren angesichts dieser Ergebnisse, daß eine besondere Teilnehmerstruktur ihrer Untersuchung eine Rolle gespielt habe (ebenda, S. 25): Ein großer Teil der Probanden sei Mitglied in einer der Hilfsorganisationen und dazu ein recht aktives Mitglied. Zur Freiwilligkeit und Wohlgesonnenheit gesellt sich hier also ein zweiter bias: die große Zahl derjenigen im Sample, die bereits helfend engagiert sind. Der Anteil solcher Personen an der Untersuchung machte ca. 21% aus (ebenda, S. 129).

Kommen wir nun auf die Ergebnisse, die die Untersuchung im Hinblick auf die Langzeitwirkung der EH-Ausbildung zu Tage förderte. Grundsätzlich - so SEFRIN et al. (1986) - sei eine Bereitschaft zur Hilfeleistung bei Notfällen festzustellen. Die Ausbildung bzw. die Kursteilnahme wirkt sich stimulierend auf die Bereitschaft zur Hilfeleistung in Notfällen aus und führt zu einer deutlichen Steigerung. Dagegen sinkt diese Bereitschaft, je länger die Teilnahme an einer Maßnahme zurückliegt. Aus diesem Grund schlußfolgern die Autoren, würde bereits die Teilnahme an einer Ausbildung Schwellenängste und Hemmnisse beim Helfen in realen Notfallsituationen mindern. Diese Einschätzung müssen wir angesichts der Resultate sozialpsychologischer Untersuchungen auf diesem Gebiet bezweifeln.

Von den Autoren wird herausgestrichen, daß viele Probanden für die Einführung einer gesetzlichen Vorschrift waren, nach der die EH-Ausbildung in zweijährigen Intervallen wiederholt werden müßte. Hier wird nochmals die verzerrte Auswahl der Untersuchungsgruppe deutlich, zugunsten von Probanden, denen von vornherein ein hohes Maß an Bewußtsein der Notfall- und Erste-Hilfe-Problematik zugeschrieben werden muß. Das tritt vor allem dann hervor, wenn man dieses Ergebnis etwa mit der Repräsentativbefragung KUSCHINSKYs et al. (1986) vergleicht, nach der der Anteil von Personen, die die Absolvierung von EH-Kursen für überflüssig hielten, durchaus im Steigen begriffen ist.

Trotz der positiven Auswahl der Probanden, unter denen Quasi-Professionelle waren, fällt die Ermittlung der Reichweite und Festigkeit des in EH-Kursen Erlernten nicht gerade positiv aus. Besonders, was die praktischen Kompetenzen anbetrifft, machen sich hier Mängel bemerkbar. Eindeutig zeigte sich der Wissensverlust, wenn die Ausbildung vor längerer Zeit absolviert wurde. Die Lösung komplexer Anforderungen, etwa die Bestimmung der Reihenfolge der zu ergreifenden lebensrettenden Maßnahmen konnten 70% bis 80% der Probanden nicht richtig leisten: ein weiteres Indiz dafür, daß die Ausbildung nicht allein anwendungsorientiert, sondern handlungsorientiert sein sollte. Damit ist die Erprobung ganzer Handlungsketten und -vollzüge angesprochen.

Die meisten Probanden konnten, lag nur ein Symptom oder ein eindeutiges Krankheitsbild vor, EH-Maßnahmen zuordnen und Hilfe leisten. Die realen Notfallsituationen aber zeichnen sich gerade durch Mehrdeutigkeit und Komplexität aus und erfordern eine adäquate Reaktion darauf. Gerade diese zu üben, ist ein weiteres Erfordernis an die EH-Ausbildung.

Auch das theoretische Wissen der Teilnehmer ließ deutlich nach, und das bereits nach einem Jahr. Angesichts psychologischer Forschungsaussagen auf dem Gebiet des Gedächtnisses und des Lernens ist dies sogar ein recht positives Ergebnis, da Vergessensprozesse bald nach Abschluß des Lernprozesses einsetzen und zu erheblichen Wissensreduktionen bereits nach ca. einem Monat führen können. Danach verlangsamt das Vergessen. Wir stimmen daher mit SEFRIN et al. (1986) darin überein, daß Wiederholungsmaßnahmen und Auffrischungen angezeigt sind, doch bedarf es - sollen diese effektiv sein und vor allem das mangelnde Interesse zu überwinden helfen (vgl. auch KUSCHINSKY et al. 1986) - der Entwicklung von speziellen Anspracheformen und vor allem auch konzeptioneller Überlegungen. Hier sollten Erkenntnisse der Sozialpsychologie und der Erwachsenenpädagogik Eingang finden, weil sie grundlegende Resultate zu dem relevanten Problembereich bieten.

Versuchen wir, an dieser Stelle ein erstes Resümee zu ziehen, so zeigt sich, daß

- der Ausbildungsstand der Bevölkerung in quantitativer Hinsicht verbessert werden konnte: der Anteil derjenigen, die

an SMU und EH-Maßnahmen teilnehmen, ist im Steigen begriffen,

- bestimmte Bevölkerungsgruppen unterrepräsentiert sind und dazu zählen auch potentielle Risikogruppen, wie beispielsweise ältere Menschen,
- das Ansehen der Maßnahmen gleichzeitig aber sinkt, während der Anteil derjenigen steigt, die die Teilnahme an EH-Maßnahmen zwar für wünschenswert, aber überflüssig halten,
- das in beiden Ausbildungen vermittelte Wissen insuffizient ist, die Teilnehmer nur in geringem Maß die im Notfall an sie gestellten Anforderungen bewältigen können - dieses sowohl in theoretischer wie praktischer Hinsicht,
- dieses Wissen bereits nach relativ kurzer Zeit in Vergessenheit gerät und nur schwerlich mobilisiert werden kann,
- selbst die Meldung eines Notfalls bei weiten Teilen der Bevölkerung auf Schwierigkeiten stößt,
- Hilfsbereitschaft durch die Ausbildungen zwar kurzfristig gesteigert, aber längerfristig nicht positiv beeinflusst wird. Desweiteren ist zu vermuten, daß es sich hier um eine hypothetische Bereitschaft handelt, die nicht automatisch in die reale Handlungsbereitschaft umgesetzt wird.

Diese nicht gerade positive Einschätzung ist allerdings bislang nicht Ausgangspunkt weiterer Analysen geworden. Deshalb ist es an dieser Stelle angebracht, die Verengung der Sichtweise der meisten Studien zu erwähnen. Die Auseinandersetzung mit den angrenzenden Fachdisziplinen und mit Erkenntnissen, die den hier untersuchten Gegenstand oftmals unmittelbar tangieren, etwa die bereits angesprochenen Erkenntnisse der sozialpsychologischen Forschung, werden bestenfalls in Ansätzen berücksichtigt. Diese Kritik bezieht sich sowohl auf die Vorgehensweise und die Art der Betrachtung in den Untersuchungen als auch auf die Problemdefinition selbst. In diesem Sinn ist erfreulich, daß SEFRIN et al. (1986) und auch KUSCHINSKY et al. (1986) ihren Gegenstand breiter definieren, als es in diesem Forschungsfeld üblich ist. Sie sehen die potentiell helfenden Laien im Kontext der gesamten Notfallkette und der Not-

fallversorgung. Die Frage nach dem Sinn der Ausbildung wird vor diesem Hintergrund, jedoch bleibt auch hier die Sichtweise auf das Helfen in Notfallsituationen begrenzt. Daß das Thema "Helfen" und "Laien" auch im Zusammenhang mit anderen Bereichen der Gesundheitserhaltung relevant ist und hier bereits weitergehend erforscht wurde, bleibt an dieser Stelle außer acht (SCHAEFFER & KRIESCHER-FAUCHS 1985; GARMS-HOLOMOLOVA et al. 1985).

In den vorliegenden Studien zur Wirkung in Notfallsituationen werden nur selten Überlegungen über die Konsequenzen der zumeist negativen empirischen Befunde angestellt. Ferner wird die Frage nach dem Bedingungsgefüge dieser Ergebnisse ausgeklammert. Wie kommt es dazu, daß die Ausbildungen in SMU und EH trotz relativ breiter Streuung und wachsender Beteiligung sich als ineffektiv erweisen, dieses sowohl, was den Wissensstand der Absolventen anbetrifft als auch die Bereitschaft zur Hilfeleistung? Eine Analyse dieser Frage müßte erfolgen:

- vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Bedingungsgefüges des helfenden Verhaltens,
- vor dem strukturellem und gesundheitssystemimmanenten Hintergrund: dem Verhältnis von professionellem Versorgungssystem und der Rolle von Laienaktivitäten (mithin vor dem Hintergrund von Prozessen zunehmenden Ausbaus und vermehrter Institutionalisierung bei gleichzeitiger Deinstitutionalisierung und Laisierung) sowie
- vor dem Hintergrund des sozialpsychologischen Bedingungsgeflechts: der sozialen und psychosozialen Problematik des Helfens und
- in diesem Zusammenhang vor allem auch des erwachsenenpädagogischen Bedingungsgefüges: motivationale Voraussetzungen der Teilnahme (hier insbesondere die Frage nach den Konsequenzen der "Pflicht"-Teilnahme), nach dem didaktischen Konzept und der didaktischen Vorgehensweise, den Lehr- und Lernstrategien sowie der Lernorganisation innerhalb der Ausbildungsmaßnahmen wie auch der Auffrischungsangebote, der Ausbildung der Ausbilder etc.

Erst dann wird es möglich, Ausbildungskonzepte zu entwerfen, die nicht allein darauf ausgerichtet sind, Verbesserung durch Quantität, d.h. durch die Vermehrung von Maßnahmen zu erreichen, sondern die auf eine Effektivierung durch Qualitätssteigerung abzielen. Es ist dieses einer der Ansatzpunkte, der durch jene Studien bereits angedeutet wird, die zeigen, daß sich der Ausbildungsstand zwar in quantitativer Hinsicht verbessert, aber die Einsatzbereitschaft und Einsatzmöglichkeit der Laien eher gering bleiben.

Ein solches konzeptionelles Umdenken schließt ebenfalls die Vermittlungsformen ein. Aus den zitierten Studien wird deutlich, daß Bildungsveranstaltungen benötigt werden, in denen grundsätzliche Qualifikationen vermittelt werden. Darüber hinaus aber sind Auffrischungsangebote erforderlich - ein Tatbestand, der von keinem der Autoren bezweifelt wird. Jedoch konnten schon KUSCHINSKY et al. (1986) nachweisen, daß die derzeit üblichen Formen der Auffrischung (Fernsehsports, Informationsblätter etc.) nicht die gewünschte Wirkung zeigen, so daß auch hier neue Wege beschritten werden müssen.

Einige Innovationsmöglichkeiten werden mit den vorliegenden Studien angedeutet. So konnte WEISSBRODT (1981) in seiner Untersuchung die durch SMU und EH-Maßnahmen schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen ermitteln: die Personen ohne Führerschein, Frauen, ältere Menschen und Personen mit niedriger Bildung. Konzeptionelle Überlegungen sollten daher zum Ziel haben, diese als spezielle Gruppen zu erreichen und in zielgruppenspezifischen Kursen zu unterrichten. Eine andere Vorgehensweise sollte sich auf die Risikogruppen und auf ihre (Familien-)Angehörigen beziehen. Für eine solche Vorgehensweise finden sich bereits Modelle, in denen zugleich nach neuen Wegen der Ansprache und der Instruktion gesucht wurde. Allerdings sind diese bislang überwiegend im Ausland zu finden, so daß es einer Prüfung der Übertragbarkeit bedürfte. Dieses wird jüngst im göttinger Raum versucht (KETTLER et al. 1985). In jedem Fall aber sollten derartige Modelle auch in ihrem experimentellen Charakter und in diesem Sinn als Anregung betrachtet werden.

Gedacht wird hier vor allem an die Ausbildungsprogramme von Laien zur EH bei Herzversagen. Einer der ersten Versuche zur Einbeziehung der Laien in die Erstversorgung dieser Patienten wurde in Seattle (COBB et al. 1980; MANDEL & COBB 1982)

und in King County, einer suburbanen Region in der Nähe von Seattle (EISENBERG, BERGNER & HALLSTROM 1979), durchgeführt. Im Zentrum steht das Anliegen, möglichst breite Bevölkerung in Herz-Lungen-Wiederbelebung zu unterweisen. Praktiziert wurden zwei Ausbildungsformen:

- drei- bis vierstündige Bildungsveranstaltungen (FLAX et al. 1976; COBB et al. 1980),
- die telefonische Unterweisung (CARTER et al. 1984; EISENBERG et al. 1985),

Wie die Bildungsveranstaltungen üblicherweise gegliedert sind, zeigt das Beispiel aus Marin County: 2 Stunden theoretische Einweisung, wobei Medien - wie Filme und Dias - benutzt werden und wo neben Vorträgen auch Diskussionen eingeschlossen sind. Eine Stunde Demonstration und praktische Übung, sowie eine Stunde Test und Diskussion. Bemerkenswert ist, daß es sich bei diesem Test um eine schriftliche Prüfung handelt, mit der das erlernte Wissen nicht nur abgefragt, sondern wiederholt und auf diese Weise vertieft werden soll (FLAX et al. 1976). Zu betonen ist, daß es hier nicht um die komplette EH-Ausbildung geht, sondern lediglich um die auf Herz-Lungen-Wiederbelebung begrenzten Kurse. Eine Evaluationsstudie aus Seattle (MANDEL & COBB 1982; RAMIREZ et al. 1977) gibt Auskunft über die Effektivität dieser Veranstaltungen. Ihr zufolge zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie in den hiesigen Studien zur Effektivität der EH-Maßnahmen. Das Wissen geriet nach einigen Monaten mehr und mehr in Vergessenheit, so daß Auffrischungsangebote durchgeführt werden mußten. Dabei zeigte sich, daß eine knappe und präzise Auffrischung ausreichend war, um den erforderlichen Wissensstand zu remobilisieren.

Zur Erweiterung dieses Programms, mit dem ein großer Teil der Bevölkerung ausgebildet wurde, führte man telefonische Instruktionen ein: ein gutes Beispiel dafür, wie neben den traditionellen Pfaden der Unterweisung auch andere Möglichkeiten genutzt und vorhandene Mittel und Medien nutzbar gemacht werden können.

Die telefonische Instruktion wird zunehmend auch in anderen Bereichen angewandt, so beispielsweise beim toxikologischen Telefon (dazu exemplarisch ANDERSON et al. 1984). Jedoch handelt es sich hier eher um eine telefonische Beratungsstelle,

in der nicht unmittelbar unterwiesen wird - vornehmlich geht es hier um Aufklärung, weniger um Ausbildung.

Bemerkenswert scheint uns an den Modellen zur Erprobung der telefonischen Instruktion zu sein, daß eine "Supervision" des Geschehens (soweit man im Rahmen von Notfällen überhaupt von Supervision sprechen kann) unmittelbar in die Unterweisung eingebaut ist. Der Ersthelfer hat bei Unsicherheiten die Möglichkeit, direkt zurückzufragen und sich rückzuversichern. Seine Hilfeleistung wird indirekt begleitet, und dieses wirkt sich positiv und streßmindernd aus. Die handlungshemmenden Impulse einer Notfallsituation können auf diese Weise reduziert werden. Zudem wird dem Helfer geholfen, ein Hindernis zu überwinden: er muß nicht das in Vergessenheit geratene Wissen erst mobilisieren und überlegen, was er tun kann. Die Telefoninstruktion wirkt bei der Wissensremobilisierung unterstützend.

Dennoch zeigt sich, daß die telefonische Instruktion wesentlich effektiver ist, wenn sich der Helfer zuvor einer Ausbildung unterzogen hat. Er trifft auf vertraute Anweisungen und hat eine gewisse Vorstellung von bestimmten Handlungsabläufen, die eingeübt worden sind. Mit der telefonischen Unterweisung konnte die Handlungsbereitschaft erheblich gesteigert werden. So gesehen, ist der Erfolg dieser Ausbildungsmaßnahme unbestritten. Es zeigte sich aber im Verlauf des Modellversuchs, daß bestimmte Zielgruppen Schwierigkeiten haben, die Instruktionen umzusetzen und anzuwenden, so beispielsweise ältere Menschen, die sich unter dem besonderen Druck der Notfallsituation nicht in der Lage fühlten, helfend aktiv zu werden und zudem körperlich überfordert waren. Solche Ergebnisse müssen bei einem zielgruppenspezifischen Programm berücksichtigt werden.

V. Abschließende Betrachtungen und Empfehlungen

Wir weisen darauf hin, daß die Bedeutung der Mitwirkung von Laien an der Bewältigung von Notfällen im allgemeinen als unbestritten gilt. Desgleichen die Erkenntnis, daß die Ausbildung von Laien verbesserungswürdig ist. Demgegenüber ist dieses Thema in der Literatur eindeutig unterrepräsentiert: verloren in der Fülle der Publikationen zu allen möglichen Aspekten des

Rettungswesens, z. B. seiner Effektivität und Effizienz. Eine Vielzahl von Veröffentlichungen ist zudem gewissermaßen durch einen "verengten" Blick charakterisiert: sie fragen ausschließlich nach dem sachgebundenen Wissenszuwachs. Doch allein deren Befunde legen nahe, eine umfassende, fundierte Evaluation vorzunehmen, bei der ebenfalls nach dem didaktischen Konzept, den Lehr- und Lernzielen, den Methoden der Vermittlung etc. gefragt wird. Daneben dürfte ein weiteres Problem deutlich geworden sein: Sowohl hinsichtlich der vermittelten sachlichen Kompetenzen als auch hinsichtlich der Steigerung der tatsächlichen Hilfeleistung erweisen sich die Ausbildungen als relativ uneffektiv. Daher ist sowohl eine Erforschung des Bedingungsgefüges dieses Tatbestandes vonnöten, wie ebenso die Erarbeitung erziehungswissenschaftlich fundierter Konzepte zur Erhöhung des Wissensstandes und der sozialen Kompetenz als Helfer.

Erkenntnisse zu verschiedenen Fragestellungen, die im Kontext des Themas EH von Laien relevant sind, stammen aus ausländischen, vornehmlich amerikanischen Studien. Das gilt vor allem für die Aussagen zum Einfluß der Laienhilfe auf die Effektivität des Rettungswesens. Die Analysen beziehen sich nicht auf das gesamte Notfallspektrum, sondern lediglich auf kardiologische Notfälle - insbesondere das akute Herzversagen. Diese Studien entstanden im Kontext eines Rettungswesens, das sich vom hiesigen grundsätzlich unterscheidet. Die Aussagen sind nur in Einzelaspekten übertragbar. Die Problematik der Vorbereitung auf eine gemeindebezogene Notfallversorgung stellt daher eine Forschungsaufgabe für die Zukunft dar.

Was aber bedeutet all dies für die praktische Gesundheitserziehung in diesem Bereich? Muß sie - wie eingangs dargestellt - weiterhin ein Dasein führen, das von den alltäglichen Anforderungen bestimmt wird und von konzeptionellen, kurskorrigierenden Diskussionen losgelöst ist? Wir möchten diese Frage verneinen. Eine systematische theoretische und konzeptionelle Arbeit erscheint uns dringend erforderlich. Dabei können bereits auf der Grundlage der vorhandenen Befunde zahlreiche Hinweise gegeben werden. Erforderlich ist die Konzipierung neuer, attraktiver zielgruppenspezifischer Anspracheformen sowie eine Konzipierung von Wiederholungskursen und kurzen, prägnanten Auffrischungsangeboten und ebenso eine "Umwertung" der Relevanz von Erste-Hilfe-Kenntnissen und -Fertigkeiten. Sie müssen vor allem als Mittel erkannt werden, das dazu dient

das Selbstvertrauen und die Handlungskompetenz zu stärken. Die Kurse sollten jeweils von alltäglichen Situationen der potentiellen Zielgruppen ausgehen, in denen die Teilnehmer selbst Notfälle erleben und erleiden können, und bei der praktischen Unterweisung dürfen Übungen 'vor Ort' keinesfalls fehlen (z. B. bei "Angehörigenkursen": Training in der eigenen Häuslichkeit).

Als wichtige Zielgruppen erweisen sich: Frauen, ältere und alte Menschen (deren Partner zu den Risikoträgern für bestimmte Volkskrankheiten gehören), Eltern (als Helfer für ihre Kinder), Mitglieder von Sportgruppen und Vereinen, aktive Teilnehmer im Freizeitbereich, Einwohner von Gemeinden mit gut funktionierendem Rettungssystem, Einwohner von besonders dünn besiedelten Gebieten und Personen ohne Führerschein, vor allem Jugendliche. Für diese Gruppen sollten Anspracheformen und spezifische zielgruppenorientierte Unterrichtsformen entwickelt werden. Es ist vorstellbar, daß die Ausbildungsangebote "zu diesen Gruppen kommen". Das impliziert eine stärkere Öffnung der Hilfsorganisationen nach außen und verstärkt Kooperationsbereitschaft der Hilfsorganisationen mit Sportvereinen, Elterngruppen, Rehabilitationseinrichtungen (für Patienten nach dem Herzinfarkt, Seniorenfreizeiteinrichtungen etc.

Bezüglich der Erweiterung der Ausbildungsinhalte ist zu fordern, daß psychosoziale und soziale Aspekte des Helfens zum Bestandteil der Ausbildung erhoben werden. Ein wichtiger Schwerpunkt der Ausbildung sollte auf dem Erlernen des prosozialen und helfenden Verhaltens liegen, wobei die Stärkung des Selbstvertrauens der potentiellen Helfer und die Steigerung der Hilfsbereitschaft im Vordergrund stehen sollte. Der Kursteilnehmer muß darauf vorbereitet werden, daß die Notfallsituationen komplex und kompliziert sind und daß die erste Aufgabe darin besteht, die Situation zu überschauen.

Ebenso wichtig ist es, die Angst vor dem eigenen Versagen abzubauen. Dieser Prozeß kann durch Vermittlung von solidem Sachwissen und Sachkönnen gefördert werden; durch die Darstellung positiver Beispiele von Laienleistungen und durch die Beseitigung maximalistischer Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und -möglichkeit der Laien.

Literaturangaben:

ANDERSON, P.; EMERSON, D. and ROBERTSON, W.O.: Delivering Educational Programs via Telephone: Teleconferencing. Vet. Hum. Toxicol, 26, Supplement, 1984, 2, 14-15.

BEZ, U.: Der Mensch, die zentrale Stelle im Rettungsdreieck, Notfallmedizin, 1982, 8, 522-525.

BRIESE, G. L.: Reassessing Training Levels for Prehospital EMS Personnel. The Journ. of Emergency Medicine, 1983, 1, 67-71.

BÜHLER, R.: Rettungssanitäter-Diskrepanz zwischen Aufgaben und Ausbildung. Krankenpflege, 1982, 2, 53-55.

CARTER, W. B.; EISENBERG, M. S.; HALLSTROM, A. P. and SCHAEFFER, S.: Development and Implementation of Emergency CPR Instruction via Telephone. Annals of Emergency Medicine, 1984, 13, 695-700.

COBB, L. A.; BAUM, R. S.; ALVAREZ, H. and SCHAEFFER, A.: Resuscitation form Out of Hospital Ventricular Fibrillation. Four Year Follow-up. Circulation, 1975, III, 223, 51-52.

COBB, L. A.; WERNER, J. A. and TROBAUGH, G. B.: Sudden Cardiac Death. I. A Decade's Experience with Out-of-Hospital Resuscitation. II. Outcomes of Resuscitation, Management, and Future Directions. American Heart Association. 1980, XLIX, 6 und 7, 31-36 und 37-42.

DÖLP, R.: So sollen Laien ausgebildet werden. Notfallmedizin, 1982, 8, 115-119.

EISENBERG, M. S.; BERGNER, L. and HALLSTROM, A.: Cardiac Resuscitation in the Community. Importance of Rapid Provision and Implications for Program Planning. Journ. of American Medical Assoc., 1979, 241, 18, 1905-1907.

EISENBERG, M. S.; HALLSTROM, A. P. and CARTER, W. B. et al. (1985): Emergency CPR, Instruction via Telephone. American Journ. of Public Health, 1985, 75, 47-50.

FLAX, P.; LARKE, T. and WALSER, G. et al.: The Mechanics of Widespread Training of Cardiopulmonary Resuscitation. A Community Project Implemented by Volunteers. American Heart Journ., 1976, 91, 123-125.

GARMS-HOMOLOVA, V.: Die Notfallmeldung. Bericht zum Forschungsprojekt 7620 "Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin", Bergisch Gladbach; Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, 1987, Bericht 21, S. 207.

GARMS-HOMOLOVA, V.; HOFFMANN, A.; SCHMITZ-SCHERZER, R. und TOKARSKI, W. (Hrsg.): Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen. Kasseler Gerontologische Schriften, Band 1, Gesamthochschul-Bibliothek, Kassel, 1985.

GARMS-HOMOLOVA, V.; SCHAEFFER, D. and SCHEPERS, J.: Literaturanalyse Wirksamkeit des Rettungswesens. Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 16. Bergisch Gladbach; Bundesanstalt für Straßenwesen, 1986.

GORGASS, B. und AHNEFELD, F.E.: Der Rettungssanitäter. Berlin, Heidelberg, New York, 1980.

JUNGCHEN, M.: Kontrolle des Ausbildungserfolges in "Sofortmaßnahmen am Unfallort" Köln: Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 4, 1978.

JUNGCHEN, M.: Beatmung und Möglichkeiten der Laienhilfe - Welchen Nutzen hat die Pflichtausbildung der Führerscheinbewerber in "Sofortmaßnahmen am Unfallort". In: GRAF-BAUMANN, T. und METREVELI, S. (Hrsg.): Unfall- und Katastrophenforschung. Aktuelle sozialwissenschaftliche und medizinische Aspekte. Notfall-Medizin, Band 4. Erlangen: Perimed Fachbuchverlagsgesellschaft 1981.

KAY, B. J.: 'Barefoot Doctors' in Rural Georgia: The Effect of Peer Selection on the Performance of Trained Volunteers. Social Sciences and Medicine, 1984, 19, 8, 873-878.

KETTLER, D.; BAHR, J. und BUSSE, C.: Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Ersthelfer - die erste Feldstudie in der Bundesrepublik. Notfallmedizin, 1985, 11, 674-678.

KUSCHINSKY, B.; SCHMIDEL, H. und UNTERKOFER, M.: Erste Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland - Situationsanalyse. Bergisch Gladbach; Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 19, 1986.

LIPPERT, H.-D.: Zur Notkompetenz des Rettungssanitäter. Notfallmedizin, 1981, 7, 207-211.

MANDEL, L. P. and COBB, L. A.: Initial and Long-Term Competency of Citizens Trained in CPR. Emergency Health Services Quarterly, 1982, 1, 3, 49-63.

PICKEL, R.: Erste-Hilfe-Ausbildung von Laien in der Armee. Therapeutische Umschau, 1979, 36, 12, 1101ff.

RAMIREZ, A.G.; WEAVER, F.J. and RAIZNER, A.E. et al.: The Efficacy of Lay CPR Instruction: An Evaluation. American Journ. of Public Health, 1977, 67, 1093-1095.

REGIER, H.: Patients Winning More Access and More Control. Medical World News, 1981, July, 33-41.

RIEDIGER, G.: Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes. In: Handbuch des Rettungswesen, 6.3.1.3., 1983, 1-19.

SEFRING, R.; SCHÄFER, R. und ZENK, M.: Effektivität der Erste-Hilfe-Ausbildung. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 14, 1986.

SCHAEFFER, D.: Alte Menschen im Straßenverkehr. Überlegungen zu einem pädagogischen Konzept. Soziale Arbeit, 1985, 9, 415-424.

SCHAEFFER, D. und KRIESCHER-FAUCHS, M.: Krebs: Selbsthilfe? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Verf. Manuskript, Berlin 1985.

SCHEPERS, J.: Literaturanalyse "Wirksamkeit des Rettungswesens". In: GARMS-HOMOLOVA, V.; SCHAEFFER, D. und SCHEPERS, J. (Hrsg.): Untersuchung zum Rettungswesen, Literaturanalyse Wirksamkeit des Rettungswesens. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen, 1986, Bericht 16, 1-80.

o. A. : Standards for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. Journ. of American Medical Assoc., 1974, 227, 834-868.

WAHL, J. und SPITZER, G.: Effizienz verschiedener Ausbildungskurse zu "Sofortmaßnahmen am Unfallort". Köln: Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, 1976, Bericht 3.

WEISSBRODT, G.: Erste-Hilfe-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Bundesanstalt für Straßenwesen, 1981.

ZORN, H.: Die Notfallbehandlung beim Unfall durch elektrischen Strom. Zentralbl. Arbeitsmed. Arbeitssch. Prophyl., 1976, 26, 180-188.