

# Die Bewältigung akuter Notfallsituationen

— Zur Lage der Gesundheitserziehung in einem fast vergessenen Bereich —

**Vjenka  
Garms-Homolova  
Doris Schaeffer**

*Forschung und Praxis der Selbsthilfe und Hilfe in Notfallsituationen finden selten das Interesse gesundheitsfördernder Maßnahmen. Der folgende Beitrag befaßt sich mit dieser Situation. Er weist auf konzeptionelle Mängel in Orientierungen, Inhalten und Methoden hin. Für die Planung und Durchführung von Maßnahmen in diesem vernachlässigten Bereich werden wichtige Hinweise gegeben.*

## Vorbemerkungen

Die therapeutisch orientierte Medizin wird auch in absehbarer Zukunft nicht in der Lage sein, „Durchbrüche“ zu erzielen, die die Menschen in den Industriegesellschaften von den „Hauptkillern“ (Herz-Kreislaufkrankungen, verschiedene Krebsarten etc.) befreien (Badura 1983). Diese sich immer weiter durchsetzende Einsicht erfordert ein umfassendes Verständnis von Gesundheitserziehung: neben den langfristigen Strategien zur „Lebensweisenveränderung“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1983) muß das Augenmerk auch auf die Auseinandersetzung mit unmittelbaren Gefahren und mit bereits bestehenden Erkrankungen gerichtet werden. Das Ziel einer derart verstandenen Gesundheitsförderung soll es sein, den Einzelnen in die Lage zu versetzen, ein „sachkundig Handelnder innerhalb seines Gemeinwesens zu werden“, nicht nur nach dem Grundsatz „Sorge für sich selbst“ zu tragen, sondern sich ebenso für die anderen, die Familie, das Gemeinwesen und sich für die Gesundheit innerhalb des eigenen Lebensbereiches einzusetzen (Kaplun 1983, S. 122).

Konzepte und Modelle, die dieser Zielrichtung folgen, erfreuen sich seit einiger Zeit zunehmender Popularität und generell steigt das Interesse der Öffentlichkeit und der Bevölkerung an Fragen der Gesundheit und Gesundheitserhaltung.

Erstaunlicherweise bleiben jedoch einige Gebiete von dieser positiven Entwicklung gänzlich unberührt: so die Vorbereitung auf Selbsthilfe und Hilfe in Notfallsituationen, auf die Erste Hilfe für Verletzte und für Opfer von krankheitsbedingten Notfällen. Dieses über eine weit zurückreichende Tradition verfügende Gebiet der Gesundheitserziehung bleibt merkwürdig unangetastet von dem innovativ ausgerichteten Engagement professioneller Gesundheitsförderer und der ansonsten expandierenden Betätigung der Laien. Dabei bedarf gerade dieser fast in Vergessenheit geratene Bereich der Ersten Hilfe der Aufmerksamkeit, denn zunehmend deutlicher wird:

— daß auch das technisch und personell bestausgestattete Notfallrettungssystem Grenzen hat (vgl. z. B. Riediger 1983; Cobb 1980; Cobb et al. 1982; Copley et al 1977 etc.) und

— daß die Notfallidentifizierung, -meldung und die ersten Handgriffe — Aufgaben, die nur am Ort anwesende Zeugen (meist aus dem Kreise der medizinischen Laien) übernehmen können — den Verlauf und die Erfolgchancen aller nachfolgender professioneller Maßnahmen wesentlich beeinflussen (für Übersicht siehe Garms-Homolova et al. 1986).

Ein Blick auf die vorhandenen Forschungsergebnisse läßt allerdings fraglich erscheinen, ob genügend Menschen hilfsbereit und vor allem kompetent genug sind, um in Notfallsituationen wirksam helfen zu können. Daher ist eine Verbesserung der Vorbereitung auf Notfallsituationen und generell eine Intensivierung der Motivations- und Ausbildungsarbeit auf diesem Gebiet erforderlich.

## Zur Problematik der Hilfsbereitschaft im Notfall

Eine Reihe von Forschern ermittelte durch Befragungen in der allgemeinen Bevölkerung (Weissbrodt 1981, Kuschinsky et al. 1985, Sefrin et al. 1986) bei Personen, die in Erste Hilfe ausgebildet waren (Wahl & Spitzer 1976, Sefrin et al. 1986) und direkt an Notfallorten bei Verkehrsteilnehmern (Metreveli 1979), daß bei der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich Bereitschaft zur Hilfeleistung im Notfall vorhanden ist. In konkreten, extremen Notfallsituationen erweist sich jedoch, daß die Bekundung von Hilfsbereitschaft und das tatsächliche Verhalten stark voneinander differieren. Denn bei Unfällen und anderen Notfällen ist die Anzahl derer, die wirklich helfen, vergleichsweise gering. Nur 37% der innerhalb einer Mehrthemenumfrage im Jahre 1984 Befragten hatten selbst Erste Hilfe geleistet, wohingegen 62% noch nie als Ersthelfer aktiv geworden waren (Kuschinsky et al. 1985). Dagegen ist die ehemals hohe Zahl derer, die noch keine Erste-Hilfe-Leistung erbracht haben, im Steigen begriffen. Ferner zeigen die empirischen Untersuchungen, daß das Ersthelferpotential insgesamt nicht wächst: wenn Hilfe geleistet wird, so von jenen, die dieses schon mehrfach getan haben.

Diese Angaben weisen unmittelbar auf die immense Wirksamkeit vorhandener Hemmschwellen hin. Der Abbau dieser Hemmschwellen und die Gewinnung der Menschen als potentielle Helfer, die sich bislang nicht engagiert haben, muß daher zur Aufgabe der Aufklärung und Ausbildung in diesem Bereich erhoben werden.

## Erste-Hilfe-Ausbildung: Anspruch und Wirklichkeit

Generell ist über die bestehenden Aufklärungs- und Ausbildungsprogramme wenig bekannt. Sie sind bis heute keinen systematischen Analysen

und Evaluationen unterzogen worden (vgl. *Garms-Homolova et al.* 1986). Im deutschsprachigen Raum beschränken sich die Untersuchungen auf:

- die Beschreibung von Ausbildungsmaßnahmen in einzelnen Institutionen
- die Darlegung und Erörterung der Inhalte der Ausbildung und der erforderlichen Qualifikationen und auf
- nicht repräsentative Untersuchungen des Lernerfolgs und des Ausbildungsstandes in bestimmten Gruppen von Ersthelfern.

Gezielte Evaluationsstudien sowie die Darstellung von Modellen der Ausbildung in kardio-pulmonaler Wiederbelebung entstammen überwiegend dem englischsprachigen und skandinavischen Raum (für Übersicht: *Garms-Homolova et al.* 1986). Wie spärlich jedoch die Informationen über die EH-Ausbildung in Deutschland sein mögen: sie offenbaren zahlreiche Mängel und Unzulänglichkeiten der hierzulande üblichen Ausbildung.

### **Mangelnde Zielgruppenorientierung**

Die Erste-Hilfe-Ausbildung besteht aus zwei verschiedenen Ausbildungsmaßnahmen: den Sofortmaßnahmen am Unfallort (SMU) mit drei Doppelstunden und der Erste-Hilfe-Ausbildung, die acht Doppelstunden umfaßt (gesetzliche Regelungen siehe *Kuschinsky et al.* 1985). Diese Maßnahmen richten sich an folgende Zielgruppen:

Führerscheinbewerber, bestimmte Berufsgruppen, bei denen die Absolvierung eines Erste-Hilfe-Kurses Bestandteil des Ausbildungsprogrammes ist und an freiwillige Helfer - oft Mitglieder von Rettungsorganisationen.

Ebenso ist die Teilnahme an einer Erste-Hilfe-Ausbildung Pflicht beim Erlangen verschiedener Zertifikate, etwa zum Betreiben von anspruchsvollen Sportarten.

Generell muß betont werden, daß sich sowohl die Aufklärung als auch die Ausbildung weitestgehend an Autofahrer richtet und somit primär auf Interventionen bei Verkehrsunfällen vorbereitet. Epidemiologische Fakten bleiben unberücksichtigt, so daß Laien nicht auf Notfallsituationen vorbereitet werden, die sich als Folge von den häufigsten internistischen Erkrankungen ereignen.

Auch Arbeits-, Freizeit- und häusliche Unfälle bleiben weitestgehend unbeachtet. Diese Notfälle ereignen sich vorwiegend in Situationen, in denen oft nur ein einziger Zeuge, der helfen könnte, anwesend ist.

Die Notfallzeugen rekrutieren sich überwiegend aus den gleichen Gruppen, aus denen sich auch die „Notfallrisikopersonen“ (ältere, herzinfarktgefährdete Menschen, Hausfrauen etc.) rekrutieren. Gerade diese Gruppen decken sich jedoch nicht mit denen der Ausgebildeten.

### **Konzeptionelle Mängel**

Bei den Pflichtkursen handelt es sich also vorwiegend um Maßnahmen für diejenigen, die letztendlich eine andere Intention verfolgen, als sich um die Vorbereitung auf die Bewältigung von Notfällen zu bemühen, so etwa die Führerscheinbewerber, die Sportler etc. Die überwiegende Mehrzahl der Pflichtkursteilnehmer ist demzufolge an der Ausbildung selbst wenig interessiert und kaum motiviert, sich mit prospektiven Notfällen und erforderlichen Hilfeleistungen auseinanderzusetzen. Allein die institutionellen Rahmenbedingungen der Erste-Hilfe-Ausbildung tragen demzufolge dazu bei, daß die Motivation und das Interesse am Gegenstand gering bleiben.

Das *Kurskonzept* stellt im wesentlichen auf die Vermittlung erforderlicher Handgriffe für die unmittelbare Hilfe im Notfall ab. Dabei ist es vor allem an der Sicht und den Erwartungen des professionellen Rettungssystems und der Notfallmedizin orientiert und blendet Fragen, die sich aus der Perspektive der Laien stellen, vollständig aus. Damit ist sowohl die inhaltliche Gestaltung der Kurse gemeint, als auch die didaktische Vorgehensweise angesprochen. Gesichtspunkte des Lernens Erwachsener und generell didaktische Vorstellungen zur Bildung Erwachsener werden bei der Planung und Konzeptionierung von Ausbildungsmaßnahmen nur unzureichend berücksichtigt.

Darüber hinaus sieht das Kurzkonzept einzig und allein die Vermittlung von *Ersthelferkennntnissen* vor. Eine Festigung des Erlernten (am Ende und nach Abschluß des Kurses) ist in der Regel nicht Gegenstand des Geschehens. Ebenso wenig eine Vermittlung von verstehender Kompetenz, die erst die Einbettung des erworbenen Ersthelferwissens ermöglicht. Das ist bedenklich, handelt es sich hier um ein Wissen, das auch langfristig und unter schwierigen Umständen mobilisiert werden muß. Dieser Tatbestand erfordert, daß von vornherein tiefgreifende, wenn nicht gar *habitualisierende Lernprozesse* angestrebt werden müßten, die darauf abzielen, Wissen und Kompetenz möglichst fest zu verankern.

### **Lücken in den Ausbildungsinhalten**

Kann die Ausbildung dazu beitragen, daß psychologische, soziale und situative Hemmnisse überwunden werden, und zwar solche Hemmnisse, die verhindern, daß die potentielle Hilfsbereitschaft zu konkreten Hilfeleistungen führt?

Über die Ursachen solcher Barrieren liegen zahlreiche Erkenntnisse vor. Sie verbergen sich in der psychologischen, sozialpsychologischen und soziologischen Fachliteratur hinter den Begriffen „prosoziales Verhalten“ und „Altruismus“. So wurde herausgefunden, welche Merkmale der Notfallsituation vor Ort, welche Beziehungen zwischen den dort anwesenden Personen (ob Laien oder Laien und Professionelle des Rettungswesens) und welche weiteren situativen Faktoren die

Handlungsfähigkeit hemmen bzw. positiv beeinflussen. Ähnliche Aussagen konnten zum Erscheinungsbild des Opfers, zu bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen des potentiellen Laienhelfers, zu seiner Betroffenheit durch die Notfallsituation und zum Image des helfenden Verhaltens in der Gemeinschaft, der der potentielle Helfer angehört, getroffen werden (für Übersicht: *Garms-Homolova et al. 1986*).

Aus diesem Forschungsbestand läßt sich ableiten, daß die Bereitschaft zu helfen und das helfende Verhalten *soziale Kompetenzen* darstellen, die — ebenso wie andere soziale Fähigkeiten — erlernt werden müssen. Bedauerlicherweise wurde das im Bereich des Rettungswesens und der Erste-Hilfe-Ausbildung bislang kaum zur Kenntnis genommen. Doch müßten — wie die dargestellten Untersuchungsergebnisse zeigen — in den Kursen nicht nur Erste-Hilfe-Fertigkeiten im engeren Sinne (z. B. Notfallmeldung, Lagerung, Atemspende etc.) vermittelt werden, sondern auch die sozialen Fähigkeiten „Hilfsbereitschaft“ und „prosoziales Verhalten“. Dabei sollte die Stärkung des Selbstvertrauens der potentiellen Helfer im Vordergrund stehen. Die Kurse sollten darauf vorbereiten, daß die Notfallsituation komplex und kompliziert ist und daß die erste Aufgabe der Notfallszeugen darin besteht, diese Situation zu überschauen. Wichtig ist ebenso, die Angst vor dem Versagen abzubauen. Dies sollte durch die Vermittlung von solidem Sachwissen und Sachkönnen gefördert werden; ebenso durch die Darstellung positiver Beispiele von Laienleistungen, durch das stufenweise Heranführen an Verletzungen und Erkrankungen und durch die Beseitigung maximalistischer Anforderungen an die Leistungsfähigkeiten der Laien. Auch die Formen der Zusammenarbeit und die besondere Dynamik der Interaktion von Laien und Professionellen müßten thematisiert werden. Angesichts des vorhandenen und den Laien zumeist perfekt erscheinenden Notfallversorgungssystems halten viele die eigene Hilfe für überflüssig (siehe auch *Kuschinsky et al. 1985*). Hinzu kommt, daß unbedachtes Verhalten der Professionellen mitunter die vorhandene Interventionsbereitschaft zerstört, die Ersthelfer einschüchtert und enttäuscht (*Metreveli 1979*).

### **Zur Zielrichtung einer erforderlichen konzeptionellen, inhaltlichen und didaktischen Umorientierung**

Diese Mängel zeigen, daß die Erste-Hilfe-Ausbildung und entsprechende Aufklärungsprogramme in konzeptioneller, inhaltlicher und didaktischer Hinsicht veränderungsbedürftig sind. Ein Weg zu einer solchen Umorientierung führt über die realitätsgerechte Darstellung der Notfälle und Notfallsituationen und des epidemiologischen Notfallspektrums. Die realitätsgerechte Darstellung muß Informationen darüber einschließen,

- daß die Wahrscheinlichkeit, selbst „Opfer“ von Notfällen und Unfällen zu werden, ausgesprochen groß ist,
- daß Notfälle in der Privatsphäre außerordentlich häufig sind,
- daß die Zahl der Notfälle und Unfälle im Freizeit- und Sportbereich ansteigt,
- daß eine Notfallsituation selten ein kollektives Geschehen ist, an dem viele Personen beteiligt sind, sondern daß der Helfer sehr häufig auf sich allein gestellt sein wird,
- daß wahrscheinlich die uns am nächsten Stehenden unsere Hilfe benötigen, während es weniger wahrscheinlich ist, daß wir fremden Personen helfen,
- daß die Erste Hilfe nicht nur bei spektakulären Notfällen mit schwerstverletzten, blutüberströmten, ekelerregenden und bereits klinisch toten Opfern benötigt wird, sondern auch bei alltäglichen Bagatellnotfällen,
- daß die Ersthelfer Aufgaben haben, die genauso wichtig sind, wie die Aufgaben der professionellen Retter,
- daß die Professionellen auf die Vorleistung der Laienhelfer angewiesen sind, wenn sie effektiv arbeiten wollen,
- daß die Leistungsfähigkeit professioneller Rettungsdienste Grenzen hat und wo diese Grenzen liegen,
- daß es rechtliche Probleme des Helfens und Haftungsfragen gibt, die dem Helfer bekannt sein sollten.

Will man das Potential an Ersthelfern vergrößern, bedarf es zudem einer gezielten Ansprache jener Bevölkerungsgruppen, die bislang nur unterdurchschnittlich ausgebildet sind. Bei den Mitgliedern dieser Gruppen handelt es sich vielfach um „Risikopersonen“, die durch Notfälle besonders gefährdet sind und *zugleich* häufig als *Notfallszeugen* in Erscheinung treten:

- Ältere Menschen (gefährdet durch internistische Notfälle sowie Unfälle jeder Art)
- Personen ohne Führerschein (die als Fußgänger und Radfahrer durch Verkehrsunfälle besonders gefährdet sind)
- Frauen (gefährdet durch häusliche Unfälle)
- Jugendliche (gefährdet durch Sportunfälle)
- Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (gefährdet durch Berufs- und Arbeitsunfälle).

Für die Aufklärung, Erstausbildung und Initiierung von Programmen zur Auffrischung der eventuell in Vergessenheit geratenen Erste-Hilfe-Fertigkeiten bedarf es der Erarbeitung neuer attraktiver Unterrichtsformen und phantasievoller Ansprachemöglichkeiten. Diese Aufklärungs- und

Ausbildungsangebote sollten auf die genannten Zielgruppen zugehen und sie in ihrer alltäglichen Situation ansprechen, denn gerade das sind die Situationen, in denen sich auch die Mehrheit der Notfälle ereignet. Alltägliche Lebenssituationen sollten daher auch den Ausgangspunkt der Aufklärung bilden (Hilfe deinem herzinfarktgefährdeten Mann, helfe deinem Kind bei den häuslichen Unfällen).

Über die fachliche und erwachsenenpädagogische Qualifikation des Personenkreises, die derzeit als Ausbilder in Erste-Hilfe-Maßnahmen tätig sind, läßt sich nur wenig aussagen. Angesichts einer Umorientierung und Verbesserung der Ausbildung wäre es jedoch erforderlich, daß diese von den Ausbildungsträgern offengelegt wird. Eine Erörterung der notwendigen Grundqualifikation sowie des möglichen Nachqualifikationsbedarfs halten wir für angezeigt.

Darüber hinaus sind *gemeindebezogene* Informationen und lokale Darstellungen angesichts der Unterschiede in der Arbeitsweise der Rettungsdienste erforderlich. Zudem ist zu erwarten, daß gemeindebezogene Informationen und Darstellungen mit lokalem Charakter das individuelle Engagement und die Hilfsbereitschaft stärken. Sinnvolle Anregung könnten die bereits existierenden, bislang jedoch überwiegend im Ausland praktizierten Modell liefern, beispielsweise die sogenannten „*community bases emergency systems*“, jene Programme, die auf der Mitwirkung weiter Teile des jeweils vorhandenen Gemeinwesens aufbauen (Cobb & Hallstrom 1982). Im Zuge dieser gemeindenah organisierten Versuche wurden in einigen Regionen der Vereinigten Staaten, in Skandinavien, Australien und Neuseeland Laien in Maßnahmen der kardio-pulmonalen Reanimation ausgebildet. Zu den bekanntesten Versuchen dieser Art gehören die von Seattle (Stadtregion), von King County (einer homogenen Vorstadtregion von Seattle), in der Großstadtregion von Los Angeles und von Marin County/Cal. In Seattle konnten seit 1971 (bis 1980) 250 000 Personen in den Praktiken der kardio-pulmonalen Wiederbelebung ausgebildet werden. (Cobb et al. 1980).

Weitere Anregungen für hiesige Vorbereitung von Laien auf adäquate Intervention in Notfallsituationen können auch Programme zur *telefonischen Unterweisung* in Erster Hilfe liefern. Hier wurden die Aufgaben der Notfallmeldezentralen und Rettungsleitstellen erweitert (vgl. *Garms-Homolova 1988*), so daß die Empfänger der Notfallmeldungen zugleich die Anrufer instruieren können, wie sie sich bis zum Eintreffen des Rettungspersonals verhalten und welche Maßnahmen sie einleiten sollten. Es zeigte sich, daß die telefonische Instruktion speziell dazu geeignet ist, das in Kursen Gelernte in der aktuellen Krisensituation zu mobilisieren.

Schließlich sind in diesem Kontext Erfahrungen aus den Programmen zu erwähnen, die die Ideen der Primärprävention mit denen der Krankheitsbewältigung verknüpfen. In einigen US-Gemeinden wurden sogenannte „*emergency medical coordinators*“ ausgebildet, die neben den Aufgaben in der Notfallversorgung auch andere Gesundheitsfunktionen übernehmen (Myrick et al. 1983; Kay 1984). Dazu gehören z. B. allgemeine Gesundheitserziehung zur Prävention von Unfällen und Volkskrankheiten sowie die Information von Mitbürgern über Versorgungseinrichtungen und adäquate Anlaufstellen bei Gesundheitsproblemen verschiedenster Art. Hier ist die Idee einer *Verbindung der Erste-Hilfe-Ausbildung mit der allgemeinen Gesundheitserziehung* realisiert worden, jene Idee, die in den hiesigen Programmen weitgehend vernachlässigt wird. Denn hierzulande mangelt es an einer allgemeinen Anbindung der Erste-Hilfe-Ausbildung an andere und auch an zusätzliche Angebote, die den thematischen Verbund verdeutlichen und somit den motivierten Teilnehmern die Möglichkeit eröffnen, sich intensiver mit der Thematik auseinanderzusetzen und Erlerntes zu ergänzen. Dabei denken wir insbesondere daran, daß die Erste-Hilfe-Ausbildung nicht in die allgemeine Gesundheitserziehung integriert ist, sondern unabhängig von dieser existiert und durchgeführt wird. Weder ist die Unterweisung in Erster Hilfe im Angebot der institutionalisierten Gesundheitserziehung zu finden — hier vielleicht als eine Ergänzung zu den von den Hilfsorganisationen (Deutsches Rotes Kreuz, Arbeitersamariterbund, Malteser Hilfsdienst, Johanniter Unfallhilfe) betriebenen Kursen — noch gibt es eine Verschränkung beider Angebote.

Allein die Diskussion über eine mögliche Verschränkung ist derzeit nicht möglich, scheitert sie doch an den Befürchtungen der Hilfsorganisationen, die auf diesem Gebiet ein rechtlich verbrieftes Monopol besitzen. Dabei ist es nicht unser Anliegen, dafür einzutreten, daß die Hilfsorganisationen von der Durchführung *zertifizierter Kurse* entpflichtet werden. Vielmehr wollen wir verdeutlichen, daß die *Handlungskompetenz für die Bewältigung von Notfallsituationen* auch in anderen Bereichen der Gesundheitserziehung vermittelt und gefestigt werden sollte. Schließlich gehören Erste-Hilfe-Kenntnisse zum elementaren Gesundheitswissen. Deshalb sollte die Erste-Hilfe-Ausbildung nicht länger von der allgemeinen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung getrennt werden.

#### Literatur

- Badura, B. (1983): Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Europäische Monographien zur Forschung und Gesundheitserziehung 5, Bericht über ein Seminar „Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit“; Köln: BZgA, 29 - 48
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1983): Europäische Monographien zur Forschung und Ge-

sundheitserziehung 5, Bericht über ein Seminar „Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit“, Köln: BZgA

Cobb, L. A. (1980): Responding with Alacrity. In: *Emergency Medicine*, 12 (18), 19 - 25

Cobb, L. A. and P. Hallstrom (1982): Community-Based Cardiopulmonary Resuscitation: What have we learned? In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 382, 330 - 342

Cobb, L. A., J. A. Werner & G. B. Trobaugh (1980): Sudden Cardiac Death. I. A Decade's Experience with Out-of-Hospital Resuscitation. II. Outcomes of Resuscitation, Management, and Future Directions. In: *American Heart Association*, XLIX, 6 und 7, 31 - 36 und 37 - 42

Copley, D. P.; J. A. Mantle; W. J. Rogers et al. (1977): Improved Outcome for Prehospital Cardiopulmonary Collapse with Resuscitation by Bystanders. In: *Circulation*, 56, 901 - 905

Garms-Homolova, V. (1988): Verhaltensanweisungen in der Notfallmeldung. *Der Notarzt*, 4, 2, 55 - 57

Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D. und J. Schepers (1986): Literaturanalyse „Wirksamkeit des Rettungswesens“. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 16

Kaplun, A. (1983): Leitlinien zur Gesundheitspolitischen Entwicklung: Drei Programmschwerpunkte. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Entwicklung einer Politik der Gesundheitserziehung — Prozesse und Strukturen*. Sechstes internationales Seminar für Gesundheitserziehung 22. - 26.06.1981; Köln: BZgA, 117 - 123

Kay, B. J. (1984): „Barefoot Doctors“ in Rural Georgia: The Effect of Peer Selection on the Performance of Trained Volunteers. In: *Social Sciences and Medicine*, 19, 8, 873 - 878

Kuschinsky, B., R. Schmiedel, H. Philippen et al. (1985): Vergleich des Rettungswesens in Israel und der Bundesrepublik

Deutschland. Bereich Erste Hilfe. Bergisch-Gladbach: Bericht zum Forschungsprojekt 8213 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bereich Unfallforschung, unveröffentlichtes Manuskript

Metreveli, S. (1979): Beobachtung des Verhaltens am Unfallort. Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 5, Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.), Köln

Myrick, J. A.; Kay, B. J.; Kishbaugh, D. et al. (1983): Acceptance of a Volunteer First-Responder System in Rural Communities: A Field Experiment. In: *Medical Care*, 21, 389 - 399

Riediger, G. (1983): Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes. In: *Handbuch des Rettungswesens*, 6.3.1.3., 1 - 19

Sefrin, P., R. Schäfer & M. Zenk (1986): Effektivität der Ersten Hilfe Ausbildung. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 14

Wahl, J. und G. Spitzer (1976): Effizienz verschiedener Ausbildungskurse zu „Sofortmaßnahmen am Unfallort“. Köln: Untersuchungen zum Rettungswesen, Bundesanstalt für Straßenwesen, Bericht 3

Weissbrodt, G. (1981): Erste-Hilfe-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Bundesanstalt für Straßenwesen, Manuskript

*Anschrift der Autorinnen:*

Dr. Vjenka Garms-Homolova  
Dipl.-Päd. Doris Schaeffer  
Institut für Gesundheitsanalysen und  
Soziale Konzepte e. V.  
Neue Str. 3B  
1000 Berlin 37

## Tagungsberichte

### Krebsprävention

#### 1. Symposium der Deutschen Krebs-hilfe in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. am 29. April 1988 in Bonn

Die Vermeidung von Risikofaktoren für das Entstehen von Krebs hatten die Veranstalter in den Mittelpunkt ihres eintägigen Symposiums gestellt: Ernährung als Risikofaktor für Magen- und Darmkrebs, UV-Strahlen für Hautkrebs und Rauchen für verschiedene Krebsgefahren. Diese drei Faktoren bildeten die thematischen Schwerpunkte, mit denen sich mehrere Referenten befaßten, abgerundet durch Ausführungen von Professor Rudolf Affemann zu den Möglichkeiten und Ansatzpunkten der Krebsprävention durch Gesundheitserziehung. Der Referent beschränkte sich hierbei auf den individuellen Aspekt der Krebsprävention, hob auf die Vorbildwirkung von Eltern, Erzieherinnen, Lehrern usw. ab und wies darauf hin, daß Information alleine nicht reicht; das Richtige zu wissen heißt nicht, auch das Richtige zu tun. Wichtig sei es, eine positive Lebenshaltung und Ich-Stärke zu entwickeln.

Vor den mehr fachorientierten Beiträgen der Veranstaltung, die unter der Schirmherrschaft des Vizepräsidenten der Kommission der EG, Manuel Marin Gonzalez stand, hatten Vertreter der Veranstalter Inhalt und Zielsetzung des Symposiums und der Europäischen Woche gegen den Krebs verdeutlicht. Ziel der europäischen Kampagne gegen den Krebs sei es, bis zum Jahre 2000 die Verminderung der Todesfälle durch Krebs um 15% zu erreichen. Michel Richonnier, der Vertreter der EG-Kommission in Brüssel, hob die zwei Grundgedanken des Aktionsprogramms hervor: 1. Viele Krebserkrankungen könnten verhindert werden und 2. durch Früherkennung sei eine Heilung möglich, wenn die Erkrankung selbst nicht zu verhindern war. Um dieses Ziel zu erreichen, müsse — parallel zu verbesserten Schulungen der im Gesundheitswesen tätigen Personen — eine breitangelegte Information der Öffentlichkeit erfolgen. Wichtige Voraussetzung sei außerdem die Förderung einer gemeinsamen europäischen Krebsforschung. Das Gerüst des Programms bilden:

- Krebsverhütung ist in erster Linie ein Kampf gegen das Rauchen, nach wie vor die häufigste Ursache für unheilbare Krebserkrankungen. Weiterhin sollen gesündere Ernährung, systematische Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung zu verbesserter Krebsverhütung führen.
- Ein spezielles Aufklärungsprogramm wurde entwickelt, um besonders auch jene Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, mit Früherkennungsmaßnahmen und Untersuchungsmethoden vertraut zu machen. Auch soll das pädagogische Handwerkszeug diesem Personenkreis an die Hand gegeben werden.
- Die gemeinsame Forschung soll weiter intensiviert werden. Vor allem die epidemiologische Arbeit, die als Basis für jede Krebsverhütung gesehen wird.

Dr. Hanna Neumeister als Vertreterin der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V. betonte in ihren einführenden Worten die Notwendigkeit der Kooperation zwischen den Institutionen, vor allem aber zwischen den medizinischen und pädagogischen Berufen.

Die Ausrichtung des Symposiums, das sich vor allem an Multiplikatoren wandte, galt dem individuellen Verhalten. Dabei setzen wir, sagte Dr. Helmut Geiger, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, auf Einsicht und Verantwortungsgefühl — sich selbst und anderen gegenüber. Uns liegt daran, sachlich zu informieren und damit zu überzeugen, daß eine gesunde Lebensführung die Lebensqualität steigert und das Krebsrisiko reduziert. Gesundheitsbewußtes Verhalten bedeutet aber auch, regelmäßig an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen und bei Warnzeichen, die auf einen Tumor hinweisen können, umgehend einen Arzt aufzusuchen.

Peter Sabo