

Persönliche PDF-Datei für
H. Karutz, V. Blank-Gorki

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien in der präklinischen Notfallversorgung

DOI 10.1055/s-0033-1358063
Notfallmedizin u2d 2014; 9: 355–375

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2015 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1611-6550

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien in der präklinischen Notfallversorgung

Harald Karutz, Verena Blank-Gorki

Die Tätigkeit im Rettungsdienst bringt unter Umständen Belastungen mit sich, die Einsatzkräfte kennen sollten, um mit ihnen professionell umgehen zu können. Entsprechende Interventionsmöglichkeiten werden in diesem Beitrag vorgestellt.

Einleitung

Engagement im Bereich der präklinischen Notfallversorgung kann Sinn geben, Freude bereiten und mit vielen weiteren positiven Erfahrungen verbunden sein. Schwer verletzten oder erkrankten Menschen **helfen** zu können, gehört sicherlich dazu. Außerdem ist die Tätigkeit als Notarzt oder Rettungsdienstmitarbeiter sehr abwechslungsreich: Jeder Rettungseinsatz beinhaltet z. B. zahlreiche spannende, interessante und immer wieder neue Herausforderungen. Hier bietet sich die Möglichkeit zu weitgehend unabhängigem, eigenverantwortlichem Handeln außerhalb des routiniert ablaufenden Klinikalltags.

Darüber hinaus sind die „Erfolge“ von Behandlungen in kaum einem anderen medizinischen Tätigkeitsfeld derart rasch und unmittelbar sichtbar wie im Rettungs- bzw. Notarzdienst. Diese Aspekte sind zunächst einmal angenehm und erfreulich [1].

Gleichwohl hat die Tätigkeit als Rettungsdienstmitarbeiter oder Notarzt stets auch eine „Schattenseite“. Belastungen, die sowohl aus Einsätzen als auch aus dem Wachalltag resultieren können, wurden bis vor einigen Jahren jedoch kaum beachtet. Man musste einfach „ein harter Kerl“ sein, ansonsten galt man als „zu weich für den Job“. Dies hat sich inzwischen geändert: Vor allem nach der Flugtagkatastrophe in Ramstein 1988, dem Zugunglück in Eschede 1998, dem Amoklauf in Erfurt 2002 sowie einigen weiteren Großschadenslagen hat diesbezüglich ein grundsätzlicher Bewusstseinswandel stattgefunden. Nach einem außergewöhnlichen Einsatz psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen, gilt inzwischen nicht mehr als Eingeständnis von Schwäche, sondern als Ausdruck von Professionalität [2–4].

Tatsächlich sollte jeder, der in der präklinischen Notfallversorgung tätig ist, sich explizit auch mit den unangenehmen, negativen Aspekten seines Berufes auseinandersetzen.

Belastungsvarianten

Die Belastungen, die im Rettungs- bzw. Notarzdienst auftreten können, sind außerordentlich vielfältig. Zunächst lassen sich psychische und physische Belastungen voneinander unterscheiden. Üblich ist auch eine weitere Differenzierung [5, 6]:

Abkürzungen

ABR	akute Belastungsreaktion
CISM	Critical Incident Stress Management
ENT	Einsatznachsorgeteam
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SbE	Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen

- **Tätigkeitsbezogene Belastungen** ergeben sich aus dem, was Einsatzkräfte während ihres Dienstes tun bzw. zu tun haben.
- **Betriebliche Belastungen** leiten sich aus organisationsinternen Regelungen sowie der Strukturierung von Arbeitsabläufen ab.
- **Soziale Belastungen** entstehen durch ein bestimmtes Verhalten von Menschen, mit denen man bei seiner Arbeit in Kontakt tritt.
- **Überbetriebliche Belastungen** können z. B. als unbefriedigend empfundene rechtliche Regelungen, die Situation auf dem Arbeitsmarkt sowie das Ansehen von Rettungsdienstmitarbeitern in der Öffentlichkeit sein.

In der folgenden Darstellung werden lediglich Belastungen im Wachalltag von Belastungen durch Einsätze voneinander abgegrenzt.

Außerdem sind 3 weitere Hinweise voranzustellen:

- Die aufgeführten Belastungen werden nicht unbedingt von jedem Notarzt bzw. Rettungsdienstmitarbeiter auch als solche empfunden. Vielmehr handelt es sich um **potenzielle** Belastungen, die **häufig** bzw. von **vielen** Einsatzkräften – aber eben nicht von allen – als etwas Unangenehmes beschrieben werden.
- Das individuelle Erleben beruflicher Belastungen hängt offenbar in hohem Maße von strukturellen bzw. kulturellen Merkmalen der jeweiligen Rettungsdienste ab. Eine differenzierte Betrachtung einzelner Feuerwehren, Hilfsorganisationen, Unternehmen und der im Notarztendienst engagierten Krankenhäuser kann im Rahmen dieses Beitrags jedoch nicht geleistet werden [7].
- Anstelle des Terminus „Belastung“ werden teilweise differenziertere Begriffe wie z. B. „Stressor“, „Anforderung“ oder „Beanspruchung“ verwendet. Aus Gründen der Verständlichkeit wird hier am Begriff „Belastung“ festgehalten [8–10].

Infobox 1

Studienergebnisse

In einer Studie von Overhagen [13] beschrieben mehr als die Hälfte (54,1%) von insgesamt 72 befragten Berufsfeuerwehrlern ihren Wachalltag als „psychisch belastend“. 51,4% der interviewten Einsatzkräfte gaben an, mit ihrem Wachalltag „eher unzufrieden“ zu sein. 42,9% der Befragten urteilen sogar, dass die Arbeitszeit, die sie auf der Wache verbringen, belastender ist als die Einsatzzeit.

Belastungen im Wachalltag

Einen erheblichen Teil ihres Dienstes verbringen Mitarbeiter im Rettungsdienst nicht etwa im Einsatz, sondern zunächst an ihrem Standort bzw. auf ihrer Rettungswache. Je nach Einsatzbereich und Einsatzfrequenz kann die Bereitschaftszeit bis zu 70% der Gesamtarbeitszeit betragen [11]. Daher können sich Belastungen, die im Wachalltag auftreten, durchaus wesentlich auf das persönliche Wohlbefinden auswirken [12] (s. Infobox 1).

■ Frustration und Langeweile

Motivierte Rettungsdienstmitarbeiter möchten gerne „etwas tun“ – also ist es unangenehm, zum Nichtstun gezwungen zu sein. Sogenannte „Nullrunden“, d. h. Schichten ohne eine einzige Alarmierung, können nicht nur ausgesprochen langweilig sein, sondern auch frustrieren: Manche Einsatzkräfte empfinden lange **Wartezeiten** auf einen Einsatz unangenehmer als einen besonders einsatzreichen Arbeitstag.

Nicht wenige Rettungsdienstmitarbeiter sind enttäuscht, weil sie sich ihren Beruf generell anders vorgestellt haben, z. B. einsatzreicher und insgesamt „spannender“. Die ursprünglichen Erwartungen werden oftmals jedoch nicht erfüllt [14].

Statt nur Schwerverletzte oder lebensbedrohlich erkrankte Notfallpatienten zu versorgen, besteht der rettungsdienstliche Einsatzalltag überwiegend aus wenig spektakulären Hilfeleistungen (z. B. Einsätzen bei „hilflosen Personen“) – oder eben dem Alltag auf der Wache. Von den durchschnittlich rund 600 Einsätzen, die pro Jahr und Person von Rettungsdienstmitarbeitern gefahren werden, sind deutlich mehr als die Hälfte Krankentransporte [15].

Eine ähnliche Problematik ist im reinen Notarztdienst zu beobachten: In diesem Bereich wird beispielsweise über häufige Fehlalarmierungen geklagt, d. h. über Einsätze, die eigentlich nicht mit einer Notarztindikation verbunden sind, aber dennoch zur Alarmierung des Notarztes führen.

■ Anspannung

Da jederzeit eine Alarmierung erfolgen kann und nicht absehbar ist, um was für einen Einsatz es sich dabei handelt, ist man im Wachalltag permanent mehr oder

weniger angespannt. Diese Anspannung setzt in der Regel zum Dienstbeginn ein und kann im Laufe einer Schicht noch weiter ansteigen. Aus diesem Grund führt die Nachtruhe auf einer Rettungswache häufig zu keiner ausreichenden Erholung. Gelegentlich dauert es selbst nach Dienstende erst noch einige Zeit, bis die Anspannung wieder abgebaut ist [4, 12].

■ Dienstzeiten

Dass sich unterschiedliche Arbeitszeit- bzw. Schichtmodelle auf die Gesundheit bzw. die psychische Belastung von Einsatzkräften auswirken, liegt auf der Hand und ist unbestritten. Die Ergebnisse der zu diesem Thema vorliegenden Untersuchungen sind allerdings nicht einheitlich und zum Teil widersprüchlich [16].

Eindeutig belastend erlebt werden unregelmäßige und besonders hohe wöchentliche Dienstzeiten sowie kurzfristig vorgenommene Dienstplanänderungen: Persönliche bzw. familiäre Planungen für die Freizeitgestaltung werden dadurch beeinträchtigt oder von vornherein unmöglich gemacht [17].

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass veränderte arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen in den vergangenen Jahren zu einer Zunahme der Schichten pro Monat geführt haben [10]. Der hieraus resultierende **Work-Family-Conflict** wird in der arbeitspsychologischen Forschung zwar bereits seit vielen Jahren thematisiert [18–20], speziell bezogen auf den Rettungsdienst liegt bislang allerdings nur eine einzelne Studie vor [21].

Die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit gelingt manchen Rettungsdienstmitarbeitern und Notfallmedizinern – wenn überhaupt – nur eingeschränkt.

■ Ernährung

Die vielerorts übliche Ernährung im Wachalltag kann offenbar problematisch sein. Auf Rettungswachen werden Mahlzeiten nur selten frisch zubereitet. Ungünstig ist ebenfalls, dass bedingt durch Einsätze zu sehr unterschiedlichen Zeiten gegessen werden muss. Weil ständig eine erneute Alarmierung befürchtet wird, essen viele Einsatzkräfte im Rettungs- bzw. Notarzteinsatz sehr hektisch und „schlingen“ ihre Mahlzeiten geradezu herunter [22].

Rund ⅔ der Rettungsdienstmitarbeiter sind übergewichtig oder sogar adipös. Vor allem Einsatzkräfte, die in Schichtmodellen mit höherer Stundenzahl (z. B. 24-Stunden-Schichten) tätig sind, weisen einen deutlich erhöhten Body-Mass-Index auf [17].

■ Mikrostressoren

Nicht zuletzt können zahlreiche kleinere Ärgernisse im Wachalltag die Gesundheit von Einsatzkräften beeinträchtigen, insbesondere dann, wenn sie häufig auftreten oder sich summieren. Zu solchen **Banalbelastungen** bzw. **Daily Hassles** werden z. B. folgende Faktoren gezählt:

- immer wieder auftretende Defekte an Ausrüstungsgegenständen,
- als sinnlos empfundene Dienstanweisungen,
- administrative Aufgaben oder auch
- schlecht sitzende, unfunktionale Arbeitskleidung.

Die Vulnerabilität von Einsatzkräften nimmt durch derartige Mikrostressoren zu, d. h. die Entwicklung mittel- und langfristiger, insbesondere krankheitswertiger Belastungsfolgen, kann durch sie in hohem Maße begünstigt werden [7].

Belastungen durch Einsätze

Gegenüber dem Wachalltag machen Einsätze zwar nur einen kleinen Teil der Gesamtarbeitszeit von Rettungsdienstmitarbeitern aus. Es versteht sich aber von selbst, dass auch aus den Einsätzen zahlreiche Belastungen resultieren können.

■ Stressreaktion

Schon die **Alarmierung** zu einem Einsatz löst üblicherweise eine Stressreaktion aus (Abb. 1): Der Organismus reagiert mit einem „Allgemeinen Adaptions-Syndrom“. Dabei werden Stresshormone ausgeschüttet, der Blutdruck und die Herzfrequenz steigen usw.

Allein der abrupte Wechsel von Entspannung und Anspannung kann als Belastung empfunden werden – insbesondere dann, wenn die Alarmierung besonders überraschend oder zu einem Zeitpunkt erfolgt, an dem man nicht mit ihr gerechnet hat [4].

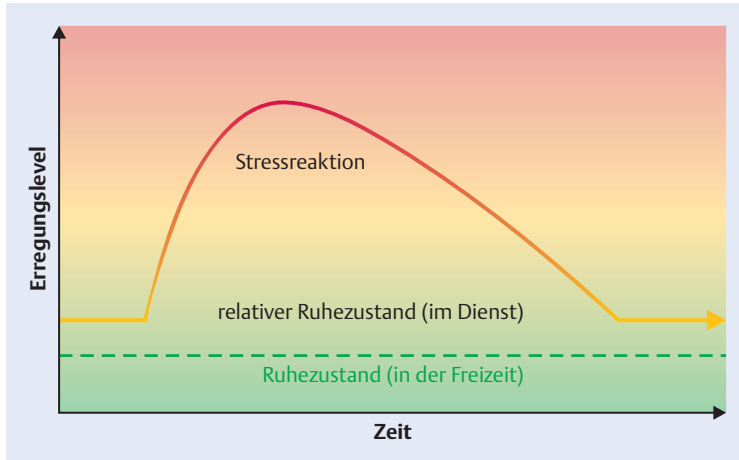


Abb. 1 Stressreaktion (schematische Darstellung).

■ Einsatzfahrt mit Sondersignal

Einen weiteren Belastungsfaktor stellt die Anfahrt zum Einsatzort dar: Rettungsdienstmitarbeiter sind dabei einem erheblichen Unfallrisiko ausgesetzt.

Während einer Einsatzfahrt ereignet sich im Durchschnitt alle 19 Sekunden eine kritische Situation [23].

Fahrer von Einsatzfahrzeugen müssen z. B. ständig damit rechnen, dass andere Verkehrsteilnehmer auf Sondersignale nicht angemessen reagieren. Anstatt eine Gasse zu bilden und Einsatzfahrzeugen den Weg frei zu machen, wird eine Straße versperrt. Andere Verkehrsteilnehmer bremsen plötzlich und bleiben stehen, während wieder andere aus scheinbar unerklärlichen Gründen mehrfach die Fahrbahn wechseln und damit einen Überholvorgang unmöglich machen usw.

■ Informationsangebot

Das Eintreffen an der Einsatzstelle kann ebenfalls mit einem starken Stressempfinden verbunden sein. Zu diesem Zeitpunkt sind sehr viele und wichtige Aufgaben zu bewältigen, die für den weiteren Verlauf des Geschehens entscheidend sein können. Eine Vielzahl von Informationen müssen verarbeitet werden, während gleichzeitig ein Informationsmangel besteht. Ursachen eines Notfalls oder eventuelle Zusatzgefahren sind z. B. oftmals nicht von vornherein bekannt [4].

■ Einsatzmerkmale

Einige Einsätze werden von Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern als besonders belastend erlebt. Insbesondere zu nennen sind hier

- Kindernotfälle,
- Einsätze bei persönlich bekannten Patienten und Angehörigen,
- Großschadenslagen,
- besonders tragische oder dramatische Unglücke,
- Verbrechen sowie
- der Anblick von besonders schweren Verletzungen, Verstümmelungen und Leichen.

Neben solchen Extremsituationen können aber auch bestimmte Erfahrungen im Einsatzalltag außerordentlich unangenehm sein, etwa Einsätze für betrunkene und verwahrloste Personen, die häufige Konfrontation mit Armut, Krankheit, Leid und Elend oder – nicht zuletzt – häufiges schweres Heben und Tragen [4, 5, 24–27].

Nicht immer muss es sich bei belastenden Einsätzen um besonders „spektakuläre“ Ereignisse handeln!

■ Ohnmacht und Hilflosigkeit

Darüber hinaus ist zu beachten, dass man im Rettungs- bzw. Notarzdienst zwar in den meisten Fällen, aber sicherlich nicht immer so helfen kann, wie es wünschenswert wäre. Erfolgreiche Wiederbelebungsversuche oder frustriert verlaufende Versuche, ein eingeklemmtes Unfallopfer zu befreien, können z. B. zu starken Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen führen [4].

■ Komplikationen

Belastend ist es zweifellos auch, wenn bei Einsätzen Fehler wie eine Medikamentenverwechslung unterlaufen oder sich unvorhergesehene Hindernisse und Komplikationen ergeben, die die eigene Arbeit erschweren. Hier ist hinzuweisen auf

- Kommunikationsprobleme mit Kollegen oder der Rettungsleitstelle,
- Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Dritten,
- Behinderungen durch Zuschauer an der Einsatzstelle usw.

Infobox 2 fasst die Merkmale besonders belastender Einsätze zusammen.

Infobox 2

Merkmale besonders belastender Einsätze (nach [4, 5, 24–27])

Besonders belastend sind Einsätze,

- bei denen Kinder schwer verletzt worden sind,
- bei denen Kollegen verletzt oder getötet werden,
- bei denen Patienten oder Angehörige den Helfern persönlich bekannt sind,
- bei denen die Helfer einen anderen persönlichen Bezug zu den Opfern herstellen,
- bei denen sehr viele Betroffene zu versorgen sind (Großschadenslagen, Massenansturm von Verletzten),
- bei denen Helfer mit besonders schrecklichen Anblicken (z. B. von Leichen[teilen]) konfrontiert werden,
- bei denen unangenehme, ekelhafte Gerüche auftreten (z. B. Verwesungsgeruch, Geruch von Urin, Schweiß, Kot oder Erbrochenem),
- bei denen Helfer sich hilflos und ohnmächtig fühlen (z. B. erfolglose Reanimationsversuche),
- bei denen die Helfer selbst in akute Gefahr geraten,
- bei denen sich Fehler bzw. Komplikationen ereignen,
- bei denen ein starkes Medieninteresse besteht,
- die sehr lang andauern oder körperlich besonders beanspruchend sind,
- auf die Einsatzkräfte sich fachlich unter Umständen nicht angemessen vorbereitet fühlen (z. B. Kindernotfälle oder psychiatrische Notfälle),
- mit denen Einsatzkräfte nicht gerechnet haben, d. h. von denen sie überrascht worden sind,
- die besonders dramatisch bzw. dynamisch und unter besonders großem Zeitdruck ablaufen.

Moderatorvariablen

Nicht von allen Einsatzkräften werden die oben aufgeführten Belastungen in der gleichen Weise erlebt. Ob Einsätze oder bestimmte Teilaspekte von Einsätzen als belastend wahrgenommen werden, ist vielmehr individuell sehr unterschiedlich.

Eine Notfallsituation kann für den einen Mitarbeiter sehr stark belastend sein, für den anderen nicht.

Dies hängt von sogenannten Moderatorvariablen ab, die sich sowohl belastungsverstärkend als auch -vermindernd („**protektiv**“) auswirken können. Je nachdem, wie sie ausgeprägt sind, bezeichnet man sie als **Risiko- oder Schutzfaktoren** bzw. als **Ressourcen**:

- Das Alter, das Geschlecht und die gesundheitliche Konstitution werden dabei als **biologische Moderatorvariablen** bezeichnet.
- Die Lebenssituation, das Verhalten von und die Beziehung zu Freunden und Angehörigen sowie der Umfang der Berufserfahrung sind **soziografische Moderatorvariablen**.
- Bei der individuellen Verwundbarkeit (Vulnerabilität), den eigenen Bewältigungsstrategien, dem Kohärenzgefühl sowie dem Anspruch an Qualität und Ergebnisse der eigenen Arbeit handelt es sich um **psychologische Moderatorvariablen**.

Auch die aktuell besonders häufig thematisierte Resilienz, d. h. die psychische Widerstandskraft, ist hier anzuführen: Resiliente Menschen können schwierige und belastende Erfahrungen z. B. leichter überwin-

den als andere. Allerdings wird Resilienz wieder von verschiedenen weiteren Faktoren beeinflusst, etwa der Kontrollüberzeugung und Merkmalen der Persönlichkeit.

- Zu **organisatorischen Moderatorvariablen** werden schließlich die Art der zur Verfügung stehenden Ausstattung, der Umfang der absolvierten Ausbildung sowie das Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen gezählt [4, 28].

Die bislang vorliegenden Studienergebnisse zur Wirkung einzelner Moderatorvariablen sind allerdings uneinheitlich, keinesfalls generalisierbar und teilweise sogar widersprüchlich. Insbesondere das sehr komplexe Zusammenwirken mehrerer Moderatorvariablen kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden [8]. Abb. 2 gibt daher lediglich eine stark schematische und vereinfachte Übersicht **tendenzieller** Effekte.

Cave. Grundsätzlich sollten die einzelnen Moderatorvariablen nicht isoliert betrachtet und in ihrer Wirkung nicht überbewertet werden.

Belastungsfolgen

Die Auswirkungen der psychischen und physischen Belastungen im Rettungs- bzw. Notarztdienst können – abhängig vom komplexen Zusammenwirken der einzelnen Belastungsfaktoren sowie der dargestellten Moderatorvariablen in ihren jeweiligen Ausprägungen – sehr unterschiedlich sein. Dabei sind kurzfristige Reak-

tendenzielle Belastungsverstärkung	Art der Moderatorvariablen	tendenzielle Belastungsverminderung
biologische Moderatorvariablen		
sehr jung oder sehr alt	Alter	mittleres Alter
weiblich	Geschlecht	männlich
bestehende Erkrankungen, chronische Erschöpfung	gesundheitliche Konstitution	trainierte Fitness
soziografische Moderatorvariablen		
ohne stabile soziale Bindungen, Zusatzbelastungen im privaten Bereich	Lebenssituation	in stabilen sozialen Bindungen lebend, frei von Zusatzbelastungen im privaten Bereich
desinteressiert	Verhalten von Freunden und Angehörigen	interessiert, Anteil nehmend
gering	Berufserfahrung	hoch
psychologische Moderatorvariablen		
gering	individuelle Belastbarkeit	hoch
gering	Vulnerabilität	hoch
gering	Resilienz	hoch
gering ausgeprägt	Kohärenzgefühl	stark ausgeprägt
überhöht, unrealistisch	eigener Anspruch	angemessen, realistisch
dysfunktional (z.B. Alkoholkonsum)	Coping-Strategien	funktional (z.B. Gespräche führen)
organisatorische Moderatorvariablen		
defekt, unfunktional, mangelhaft gewartet, unzureichend	Ausstattung	umfangreich, zweckmäßig, gut gewartet, ausreichend
gering	Ausbildung	umfangreich
sozial inkompetent, desinteressiert, autoritärer Führungsstil	Verhalten von Vorgesetzten	sozial kompetent; wertschätzend; partizipativer, delegierender Führungsstil
konflikträchtig, Mobbing	Verhalten von Kollegen	harmonisch, guter Teamzusammenhalt

Abb. 2 **Moderatorvariablen** (schematische Darstellung).

tionen von mittel- und längerfristigen Folgen abzugrenzen.

Kurzfristige Reaktionen

Kurzfristige Reaktionen treten unmittelbar nach einem Einsatz auf und dauern in der Regel nur wenige Minuten oder Stunden an. Hierbei handelt sich um häufige und absolut übliche Reaktionen auf das Erleben außergewöhnlicher Ereignisse (s. Infobox 3).

Solange kurzfristige Reaktionen nicht zu einer stärkeren Beeinträchtigung führen und relativ rasch wieder abklingen, sind sie kein Grund zur Beunruhigung.

Infobox 3

Kurzfristige Reaktionen auf einen belastenden Einsatz

- Anspannung, Erregung
- Rededrang
- Erschöpfung
- Ein- oder Durchschlafprobleme
- Aktivitätsüberschuss
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Lachen, Kichern
- Weinen

Mittel- und längerfristige Belastungsfolgen

Eine orientierende Übersicht der diversen möglichen mittel- und längerfristig anhaltenden Belastungsfolgen zeigt Infobox 4. Hier reicht das Spektrum von einzelnen Symptomen wie z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Abstumpfung oder Nervosität bis zur Entwicklung komplexer Krankheitsbilder, die einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen und ggf. sogar eine Berufsunfähigkeit nach sich ziehen.

Mittel- und längerfristige Belastungsfolgen können auftreten, sie müssen es aber nicht.

In verschiedenen Studien konnte zwar nachgewiesen werden, dass Einsatzkräfte im Rettungs- bzw. Notarzteinsatz sicherlich zu einer Risikogruppe gehören. Bestimmte Belastungsfolgen treten bei professionellen Helfern zweifellos häufiger auf als bei der übrigen Bevölkerung [26, 27, 29, 30]. Angesichts der Intensität und Häufigkeit, mit der Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte mit speziellen Belastungen konfrontiert werden, liegt dies auf der Hand.

Dennoch bleibt festzustellen, dass die weit überwiegende Mehrheit der Einsatzkräfte keine schwerwiegenden Störungsbilder entwickelt.

Die beiden im Folgenden beschriebenen psychischen Notfallfolgen sind in den vergangenen Jahren besonders stark in den Fokus der Betrachtung gerückt:

■ Akute Belastungsreaktion (ABR)

Bei der akuten Belastungsreaktion tritt eine Art von „Betäubungsgefühl“ auf. Das Bewusstsein ist vorübergehend eingeengt, und der Betroffene ist nur eingeschränkt aufmerksam. Äußere Reize werden nicht so verarbeitet wie sonst – ein Orientierungsverlust tritt auf. Unruhe, Überaktivität sowie vegetative Zeichen von panischer Angst wie z. B. eine Tachykardie, starkes Schwitzen usw. kommen noch hinzu.

Diese Reaktionen klingen jedoch innerhalb von wenigen Tagen wieder ab.

■ Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung bleiben die o. g. und einige weitere Symptome für mindestens 1 Monat bestehen und verursachen „in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (DSM IV-TR [31]). Besonders typisch sind dabei

- ein beständiges Wiedererinnern (Intrusionen),
- ein Vermeidungsverhalten sowie
- eine anhaltende Übererregung (Hyperarousal).

Dauern derartige Symptome kürzer als 3 Monate an, bezeichnet man dies als eine **akute posttraumatische Belastungsstörung**. Sofern die Anzeichen länger als 3 Monate bestehen bleiben, ist von einer **chronifizierten PTBS** die Rede. Zu beachten ist außerdem, dass eine

Infobox 4

Mittel- und längerfristige Belastungsfolgen

■ körperlich

- anhaltende Müdigkeit
- Erschöpfung
- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schwindelgefühle
- Kreislauf- und Verdauungsprobleme
- Magenbeschwerden
- Schwächung des Immunsystems

■ kognitiv

- Übererregung
- sich aufdrängende Erinnerungen
- Konzentrationsstörungen
- nicht mehr abschalten können
- geringes Selbstwertgefühl

- Veränderung von Wertvorstellungen
- Unzufriedenheit
- Entwicklung einer negativen Grundeinstellung
- Sarkasmus, Zynismus

■ emotional

- Angst
- Schuldgefühle
- Reizbarkeit
- Nervosität
- Aggressionen
- Depression
- Abstumpfung
- Demotivation
- Burn-out

■ verhaltensbezogen

- anhaltende Schlafstörungen
- übertriebene Wachsamkeit
- Launenhaftigkeit
- Suchtverhalten
- verändertes Essverhalten
- vermindertes Engagement
- Abnahme der Arbeitsqualität
- Vermeidungsverhalten
- sozialer Rückzug

Mögliche Folgen: Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderer Traumafolgestörungen

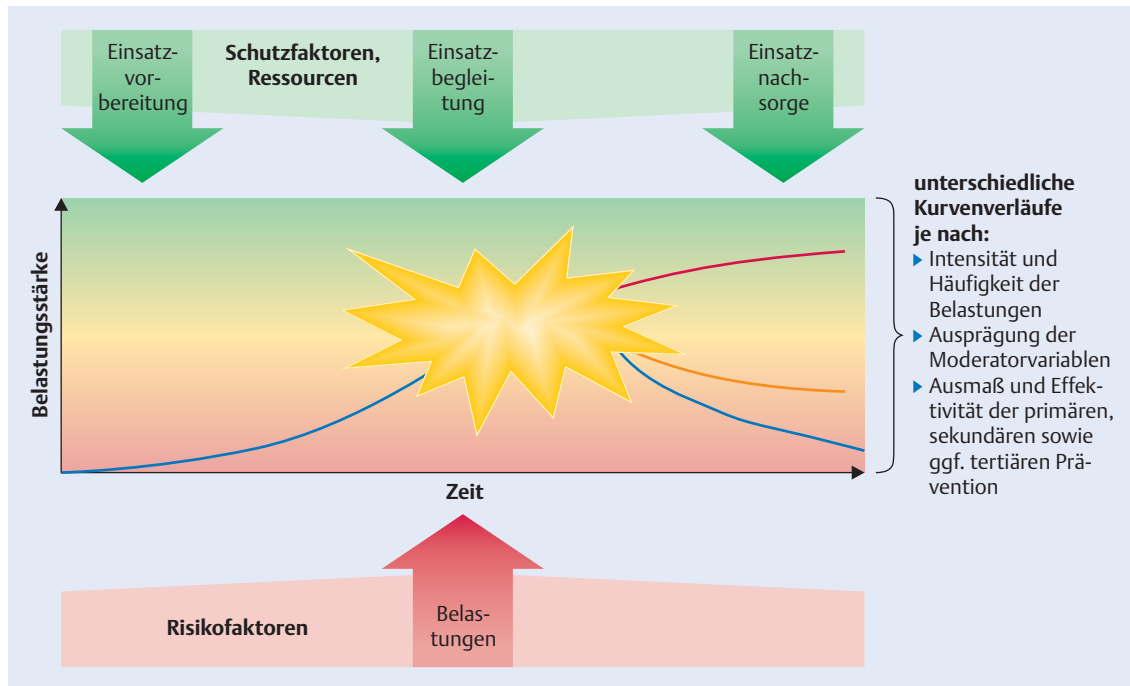


Abb. 3 Wirkungszusammenhänge im Bereich der psychosozialen Prävention.

posttraumatische Belastungsstörung auch **verzögert** auftreten kann. Dies ist der Fall, wenn die entsprechenden Symptome später als 6 Monate nach einem besonders belastenden Ereignis auftreten.

Umgang mit Belastungen

Einsatzvorbereitung

Schon vor ihren ersten Einsätzen sollten sämtliche Einsatzkräfte auf die typischen Belastungen vorbereitet werden, die ihnen später während ihres Dienstes begegnen können.

Infobox 5

Umgang mit Belastungen: psychosoziale Prävention

Die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit liegt zunächst einmal bei jedem Einzelnen selbst. Jeder Notarzt bzw. Rettungsdienstmitarbeiter kann einiges unternehmen, damit Belastungsfolgen nicht zu einem dauerhaften Problem für ihn werden [32]. Aber auch Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäuser und Rettungsdienstunternehmen sind durch das Arbeitsschutzgesetz dazu verpflichtet, im Rahmen der Fürsorgepflicht für ihre Mitarbeiter psychosoziale Prävention sicherzustellen (Abb. 3). Dazu gehören eine angemessene Einsatzvorbereitung, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge (Tab. 1).

■ Persönliche Einsatzvorbereitung

Freizeitgestaltung. Wichtige Voraussetzungen für einen angemessenen Umgang mit belastenden Situationen können zunächst im Rahmen der individuellen Freizeitgestaltung geschaffen werden. Persönliches Zeitmanagement und die inhaltliche Ausgestaltung der freien Zeit sind wesentliche Bestandteile der primären Prävention. So sollte es vermieden werden, in kurzen Abständen zu viele Dienste abzuleisten und sich dadurch zu überfordern. Außerdem ist es ratsam, die eigene Freizeit möglichst bewusst und vor allem sinngebend zu verbringen. Leichte sportliche Tätigkeiten wie z. B. Joggen, schnelles Gehen, Radfahren, Schwimmen usw. tragen – insbesondere wenn sie regelmäßig betrieben werden – zum persönlichen Wohlbefinden bei. Eine gesunde Ernährung sowie ein Hobby, das Freude bereitet und einen Ausgleich zu den beruflichen Aktivitäten darstellt, wirken sich ebenfalls positiv aus [4].

Auf sich achten. Als hilfreich hat sich ein bewusstes Wahrnehmen der eigenen Befindlichkeit erwiesen.

Konstruktive Selbstreflexion beinhaltet das Achten auf Veränderungen und ggf. das kritische Beobachten von Symptomen. Infobox 6 beinhaltet Fragen, die Anregungen geben können, um sich selbst differenziert zu hinterfragen und den eigenen Gesundheitszustand angemessen einzuschätzen.

Tabelle 1

Einsatzvorbereitung, Einsatzbegleitung, Einsatznachsorge.

	Maßnahmen in der Verantwortung jedes einzelnen	Maßnahmen in der Verantwortung des Arbeitgebers
Einsatzvorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Freizeitgestaltung ■ persönliches Zeitmanagement ■ Sport ■ Ernährung ■ Hobby ■ konstruktive Selbstreflexion ■ Weiterentwicklung individueller Kompetenzen ■ Bewertung von Stress 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gefährdungsanalysen ■ betriebliches Gesundheitsmanagement ■ Zusammensetzung von Wachabteilungen bzw. Schichtgruppen ■ Pflege der Gemeinschaft, Teamentwicklung ■ psychosozialer Jahresrückblick ■ Dienstplangestaltung ■ Ausstattung von Rettungswachen ■ Aus- und Fortbildung ■ Personalauswahl
Einsatzbegleitung	<ul style="list-style-type: none"> ■ auf Routinetätigkeiten konzentrieren ■ Ressourcen verdeutlichen ■ Maßnahmen Schritt für Schritt durchgehen ■ Algorithmen und Checklisten befolgen ■ Vorstellungsvermögen nutzen ■ sachliche Betrachtungsweise anstreben ■ Reframing vornehmen ■ sich positiv selbst instruieren ■ sich vor Anblicken schützen ■ Prinzip „10 Sekunden für 10 Minuten“ anwenden 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung von Rückzugsräumen ■ bei Bedarf „on Scene Support“
Einsatznachsorge	<ul style="list-style-type: none"> ■ persönliche Bewältigungsstrategien ■ Rituale ■ Entspannungstechniken ■ Ablenkung ■ Unterstützung durch das eigene soziale Umfeld ■ Einsatztagebuch 	<ul style="list-style-type: none"> ■ psychosoziales Versorgungsnetzwerk ■ Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Personen und Institutionen ■ Ausbildung und Beauftragung von Peers bzw. kollegialen Ansprechpartnern ■ Supervision ■ Nachsorgegespräche (Einzel- und Gruppengespräche) ■ bei Bedarf Weitervermittlung

Infobox 6

Fragen zur Selbstreflexion (mod. nach [33])

- Wie geht es mir?
- Was gelingt mir gut, was nicht?
- Was kann ich aus Fehlern und Konfliktsituationen lernen?
- Beschäftigen mich unangenehme Gedanken?
- Ziehe ich mich zurück?
- Bin ich sarkastisch oder zynisch?
- Empfinde ich Emotionen wie Angst, Liebe, Leidenschaft, Freude usw.?
- Reagiere ich emotional unangebracht?
Bin ich z. B. aufbrausend?
- Tue ich genug, um zur Ruhe zu kommen? Gestatte mir ausreichend Erholungsphasen?
- Bin ich in meinem Urteil gegenüber Patienten, Kollegen, Vorgesetzten, Freunden und Familienmitgliedern ungerecht?
- Wie gehe ich mit Genuss- und Suchtmitteln um?
- Wird mir gegenüber Kritik an meinem Verhalten geäußert?
- Habe ich mich verändert?

Kompetenzentwicklung. Zu einer angemessenen Selbstfürsorge gehören nicht nur der Erwerb und der Erhalt der fachlichen Expertise, sondern vor allem das gezielte Training personaler und sozialer Kompetenzen. Insbesondere folgende Aspekte sind dabei von Bedeutung [34]:

- Lernen, „nein“ zu sagen und sich abzugrenzen.
- Mit Kritik angemessen und konstruktiv umgehen können.
- Eigene Gedanken, Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken können.
- Forderungen stellen können.
- Komplimente machen und auf Komplimente reagieren können.
- Kompromisse schließen können.
- Kontakte knüpfen und Gespräche führen können.
- Positive und negative Gefühle ausdrücken können.
- Sich entschuldigen können.
- Konflikte lösen können.
- Deeskalierend Einfluss nehmen können.
- Unerwünschte Kontakte beenden können.
- Widersprechen können.

Bewertung von Stress. Viele Rettungsdienstmitarbeiter beklagen sich über Stress vor und während des Einsatzes. Selbst erfahrene Kollegen geben zu, dass sie gelegentlich bei schwierigen Situationen z. B. anfangen zu zittern.

Stress ist nicht grundsätzlich als etwas Negatives zu bewerten. Bei Notfalleinsätzen stellt er durchaus eine normale Reaktion dar. Eine gewisse Anspannung ist sogar erforderlich, um eine optimale Leistung zu erbringen.

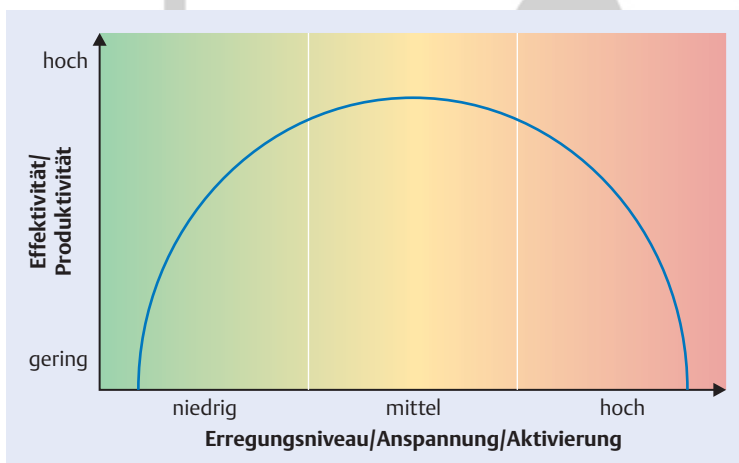


Abb. 4 Yerkes-Dodson-Gesetz.

Nach dem Yerkes-Dodson-Gesetz (Abb. 4) ist ein mittlerer Erregungslevel optimal. Erst bei sehr bzw. zu starkem Stress verringert sich die Leistungsfähigkeit wieder. Sich dies vor Augen zu führen, kann einen weiteren Beitrag zur persönlichen Psychohygiene leisten [4].

■ Einsatzvorbereitung durch den Arbeitgeber

Über die genannten Aktivitäten zur Selbstfürsorge hinaus sollten sich Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäuser und Rettungsdienstunternehmen im Bereich der primären Prävention engagieren.

Einschätzen der Belastungen. Durch das Arbeitsschutzgesetz vorgeschrieben ist die Durchführung von **Gefährdungsanalysen**. Damit verbunden ist eine systematische Beurteilung der Arbeitsbedingungen, wobei auch psychische und physische Belastungen berücksichtigt werden müssen [35]. Aus solchen Gefährdungsbeurteilungen sind dann konkrete Maßnahmen zur Reduktion bzw. Kompensation der jeweiligen Belastungen abzuleiten – beispielsweise die Anschaffung sogenannter „Evakuierungsstühle“, die Ausstattung von Krankentransportwagen mit Auffahrampen bzw. automatischen Beladehilfen usw.

Gesundheitsmanagement. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen sollte Bestandteil eines umfassenderen betrieblichen Gesundheitsmanagementkonzeptes sein. Mit Physiotherapeuten und Therapiezentren im Umkreis einer Rettungswache könnten z. B. spezielle Mitarbeiterkonditionen vereinbart werden [36]. Auch weitere Anregungen und Ideen von Mitarbeitern sind nach Möglichkeit aufzugreifen und in die Planung von Strukturen und Prozessen zur Gesundheitsförderung einzubeziehen [17,37].

Empfehlenswert ist die Einrichtung eines betrieblichen „Gesundheitszirkels“ oder einer entsprechenden Arbeitsgruppe: Die Implementierung umfassender Mitbestimmungsmöglichkeiten hat dabei nicht nur den Vorteil, dass kreative Potenziale der Mitarbeiter genutzt werden können. Krankheitsbedingte Fehlzeiten werden dadurch nachweislich verringert [28].

Partizipation hat einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden, die Arbeitszufriedenheit, die psychische Gesundheit und damit auch auf die Leistungsfähigkeit von Einsatzkräften.

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist bislang allerdings nur in wenigen Rettungsdiensten etabliert. Lediglich 24% der in einer Studie befragten Rettungsdienstmitarbeiter fühlen sich bei der Gesundheitsförderung durch ihren Arbeitgeber „sehr gut“ bzw. „gut“ unterstützt [38].

Dienstplangestaltung. Häufige und extrem lange Dienstzeiten wie etwa 24-Stunden-Schichten mit vielen Einsätzen ohne entsprechende Pausen wirken sich ungünstig aus. Auch „kurze Wechsel“ zwischen den Schichten, z. B. einige wenige Tage Früh- und dann einige Tage Nachtschicht ohne eine zwischenzeitliche Erholungsphase, können für Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter besonders belastend sein. Es ist günstiger, 1–2 Wochen Nachtschicht zu haben und dann einen ebenso langen Zeitraum in der Frühschicht eingesetzt zu werden.

Weitere Aspekte sollten beachtet werden:

- Bereitschaftszeiten im unmittelbaren Anschluss an das eigentliche Dienstende sollten vermieden werden, zumal die Bereitschaftszeit nicht selten mit einer gleichbleibend hohen oder sogar noch höheren Arbeitsbelastung verbunden ist. Darüber hinaus muss genügend Freizeit zur Regeneration verbleiben.
- Nach besonders belastenden Einsätzen sollte eine Ruhepause möglich sein, oder die betroffenen Mitarbeiter sollten vorübergehend weniger belastende Aufgaben übernehmen.
- Grundsätzlich sollten professionelle Helfer nicht langfristig nur in einem Bereich tätig sein, in dem sehr viele Einsätze anfallen, so z. B. auf „Innenstadt-wachen“ [4].

Günstig ist ein Rotationsprinzip, bei dem Rettungsdienstmitarbeiter regelmäßig auch auf Wachen mit einer niedrigeren Einsatzfrequenz eingesetzt werden.

Personalplanung. Bei der **Zusammensetzung** von Wachabteilungen bzw. Schichtgruppen sollten Wünsche der jeweiligen Mitarbeiter berücksichtigt werden. Fahrzeugbesetzungen sollten möglichst längerfristig zusammenarbeiten können, d. h. unvermeidliche personelle Veränderungen bzw. Versetzungen sollten frühzeitig geplant und stets im Vorfeld besprochen werden.

Kollegiales Miteinander. Generell ist die **aktive Pflege der Gemeinschaft** für die Einsatzvorbereitung und das Wohlbefinden von Rettungsdienstmitarbeitern von herausragender Bedeutung: Wenn Mitarbeiter das Ge-

fühl haben, zu einem Team zu gehören, wirkt sich dies positiv auf das Betriebsklima aus. Probleme, Belastungen oder fachliche Rückfragen können dann offener zwischen den Kollegen ausgetauscht und ggf. geklärt werden [4].

Das Gemeinschaftsgefühl bzw. die Teamentwicklung sollten durch regelmäßige Veranstaltungen wie z. B. Betriebsfeste, Grillabende und gemeinsam besuchte Fortbildungen, aber auch durch erlebnispädagogische Exkursionen oder sogenannte Team-Ressource-Trainings gefördert werden.

Ein „**psychosozialer Jahresrückblick**“, bei dem man sich im Kollegenkreis noch einmal gemeinsam an die herausragenden Ereignisse der vergangenen Monate erinnert, kann den Zusammenhalt einer Gruppe ebenfalls positiv beeinflussen [29].

Räumliche Ressourcen. Der **Ausstattung von Rettungswachen** kommt eine besondere Bedeutung zu: Arbeitgeber sollten durch ansprechendes Mobiliar, einen Internetzugang, eine funktionsfähige und regelmäßig gereinigte Küche usw. für eine möglichst hohe Aufenthaltsqualität sorgen. Persönliche Rückzugsmöglichkeiten sollten ebenso vorhanden sein wie ein Sport- bzw. Fitnessraum [12].

Aus- und Fortbildung. Im Unterricht für Notärzte sowie Rettungsdienstmitarbeiter sollten Lehrkräfte psychische und physische Belastungen des Berufes sowie Strategien und Maßnahmen zur individuellen Belastungsverarbeitung möglichst regelmäßig und vor allem **ereignisunabhängig** thematisieren [27]. Die inhaltliche und methodische Gestaltung solcher Aus- und Fortbildungsangebote sollte zur Qualitätssicherung intensiv durch psychosoziale Fachkräfte, Arbeitsschutzbeauftragte und Betriebsärzte begleitet werden.

Personalauswahl. Über die bisherigen Ausführungen hinaus sollte nicht unerwähnt bleiben, dass primäre Prävention beruflicher Belastungen bereits bei der Personalauswahl anfangen muss. Ob jemand für eine berufliche Tätigkeit im Rettungs- bzw. Notarzdienst geeignet ist oder nicht, hängt durchaus auch von bestimmten persönlichen Voraussetzungen ab. Bei der Einstellung von Einsatzkräften sollte darauf geachtet werden. Wer beispielsweise generell nur sehr gering belastbar ist, an einer schweren chronischen oder insbesondere psychischen Erkrankung leidet, dürfte für eine Tätigkeit in der präklinischen Notfallversorgung – wenn überhaupt – nur eingeschränkt geeignet sein.

Günstige Voraussetzungen sind hingegen

- Interesse und Freude an der Arbeit mit anderen Menschen bzw. sozialer Interaktion,
- eine robuste Persönlichkeit,
- körperliche Fitness usw. [4].

Validierte Assessment-Instrumente für die Personalauswahl im Rettungsdienst liegen bislang allerdings nicht vor.

Einsatzbegleitung

Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung sind unmittelbar in einem Einsatzgeschehen nur sehr selten notwendig. Solange Rettungsarbeiten durchgeführt werden, bleibt die Handlungsfähigkeit von Einsatzkräften in den meisten Fällen erhalten. Allerdings können spezielle Situationen auftreten, in denen hin und wieder doch eine sofortige Intervention erforderlich ist. Verschiedene Anzeichen weisen darauf hin, dass die persönliche Belastungsgrenze, der sogenannte **Cut-off Point** eines Rettungsdienstmitarbeiters oder Notarztes, erreicht sein könnte [39] (s. Infobox 7).

■ Psychologische Selbsthilfe

Sofern bestimmte Symptome auf eine akute psychische oder physische Überforderung hinweisen, sollten zunächst Strategien der psychologischen Selbsthilfe angewendet werden. In einigen Situationen können Einsatzkräfte schon dadurch ihre Handlungsfähigkeit aufrechterhalten bzw. zurückgewinnen.

Durchführung einer einzelnen Routinetätigkeit. Bei einer besonders starken Erregung, d. h. einer „überschießenden“ Stressreaktion sollten Rettungsdienstmitarbeiter sich beispielsweise einige Sekunden lang nur auf die Durchführung einer einzelnen Routinetätigkeit wie z. B. die Messung des Blutdrucks oder die Auskultation des Thorax konzentrieren und das übrige Geschehen vorübergehend ausblenden [39].

Sich seine Ressourcen verdeutlichen. Ebenfalls hilfreich ist es, sich die zur Verfügung stehenden persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen zu verdeutlichen: Die Versorgung von Notfallpatienten ist z. B. immer Teamarbeit – demnach sind in der Regel unterstützende Kollegen vor Ort. Zu den materiellen Ressourcen gehört die persönliche Schutzausrüstung sowie die zur Verfügung stehende Ausstattung. Im

Infobox 7

Anzeichen für eine besonders starke Belastung während eines Einsatzes [39]

■ körperlich

- Zittern
- „weiche Knie“
- „Kloß im Hals“
- Tachykardie
- Tachypnoe
- starkes Schwitzen
- Mundtrockenheit
- gerötetes Gesicht oder
- auffallende Blässe
- Übelkeit, Erbrechen
- Zähneknirschen
- Synkope

■ kognitiv

- Verlust des Lageüberblicks
- Konzentrationsmangel
- Unfähigkeit, einen klaren Gedanken zu fassen („Denkblockade“, Blackout)
- Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen
- Informationen vergessen

- Orientierungsverlust
- Verlängerung der Reaktionszeit
- Verständigungsschwierigkeiten
- Veränderung der visuellen oder auditiven Wahrnehmung, z. B.
 - plötzliches Schwarz-Weiß-Sehen
 - Tunnelblick
 - „plötzlich kam es mir vor, als wäre es ganz still gewesen“
- Veränderung der Körpererlebens, z. B. „wie auf Watte laufen“
- Veränderung des Zeiterlebens
- Eindruck, sich selbst zu sehen

■ emotional

- sehr starkes Stresserleben
- Hyperarousal
- starke Anspannung
- Gefühl, überfordert zu sein
- Gefühl von Hilflosigkeit
- Angst
- Wut

- Traurigkeit
- gesteigertes Selbstmitleid

■ verhaltensbezogen

- Weinen, Schreien
- schnelles Sprechen
- Sprachschwall
- hohe Stimme
- Stottern, Stammeln
- starrer Blick
- passives Verhalten
- Erstarrung, Lähmung
- leere Betriebsamkeit
- Hektik, Überaktivität
- Erledigen von Nebensächlichkeiten bzw. sinnloses „Herumhantieren“
- konzentrisches Verhalten
- häufigere Fehlgriffe
- heftiges Schimpfen
- schreckhafte Reaktionen
- Schuldige suchen für eigene Fehler
- Jammern

günstigsten Fall kann man sich sagen: „Ich bin gut gerüstet, mir kann überhaupt nichts passieren!“ Eine wichtige persönliche Ressource sind insbesondere Einsätze, die in der Vergangenheit erfolgreich bewältigt werden konnten. Daran sollte man sich bewusst erinnern.

Maßnahmen Schritt für Schritt durchgehen. Die einzelnen Maßnahmen, die in einem Notfall durchgeführt werden müssen, können stark belastete Einsatzkräfte noch einmal Schritt für Schritt gedanklich durchgehen.

Handlungsgrundsätze in Erinnerung rufen. Vor allem sollte man sich bewährte Handlungsgrundsätze gegenwärtigen wie z. B.

- „Eigenschutz geht immer vor!“,
- „Tue nur das, was Du sicher beherrscht“,
- „Behandle zuerst, was zuerst tötet“ usw.

Vorgehen nach Checklisten/Algorithmen. Zweckmäßig ist in diesem Zusammenhang das bewusste Vorgehen nach Checklisten oder Algorithmen: Je intensiver derartige Behandlungsschemata in der Ausbildung trainiert worden sind, umso eher werden sie in einer akuten Stresssituation noch automatisiert abgerufen werden können [39].

Betont sachliche Betrachtungsweise. Zu empfehlen ist gerade in besonders stressigen und emotional belastenden Situationen ferner eine betont sachliche Betrachtungsweise. Medizinisch-technische, ausschließlich aufgabenbezogene Überlegungen sollten dabei in den Vordergrund rücken, während emotionale Aspekte des Einsatzgeschehens (vorübergehend) bewusst ausgeklammert, d. h. „separiert“ werden [39].

Notfallpatienten sind zwar keine defekten Maschinen, die mit „Vitalfunktionsmechanik“ lediglich „repariert“ werden müssen. In bestimmten Einzelfällen – wenn ein Helfer ansonsten handlungsunfähig würde – kann es allerdings angebracht sein, ausschließlich auf „das Polytrauma“, „den Herzinfarkt“ oder „die Reanimation“ zu fokussieren.

Reframing. Eine ähnliche Vorgehensweise stellt das sogenannte Reframing dar. Dabei wird eine Situation gezielt neu bewertet oder umgedeutet, um mit ihr im weiteren Verlauf besser umgehen zu können. Beispiele dafür sind Gedanken wie:

- „Auf jeden Fall ist das mal wieder eine hervorragende Gelegenheit, um Erfahrungen zu sammeln“,
- „Das ist wie bei einem Wettkampf im Sport: Man kann nicht immer Sieger sein!“ oder

- „Jetzt wissen wir endlich, wofür wir die ganze Ausstattung jahrelang durch die Gegend fahren“.

Selbstinstruktion. Eine andere Strategie besteht darin, sich selbst Anweisungen zu geben, an die eigene Verantwortung zu appellieren oder sich einen bestimmten Auftrag zu erteilen. Dies kann im Stillen oder zumindest sehr leise geschehen, sodass andere Personen in der Nähe dies nicht bemerken. Wichtig ist allerdings, diese Selbstinstruktionen positiv zu formulieren, also nicht: „Ich werde nicht durchdrehen!“ oder „Ich zittere überhaupt nicht“, sondern eher Sätze wie

- „Ich schaffe das schon“,
- „Da beiße ich mich jetzt durch!“,
- „Ruhig bleiben!“ oder
- „Ganz langsam, eines nach dem anderen!“.

Belastende Anblicke meiden. Vor besonders belastenden Anblicken können Mitglieder eines Rettungsteams sich schützen, indem sie sich nach Möglichkeit abwenden und schlichtweg nicht hinsehen. In bestimmten Situationen, etwa wenn sich jemand in Anwesenheit von Einsatzkräften suizidiert, kann es sogar angebracht sein, sich die Augen, ggf. auch die Ohren zuzuhalten.

Einer Person, die in Selbsttötungsabsicht vom Dach eines Gebäudes springt, sollte man keinesfalls hinterher schauen.

Prinzip „10 Sekunden für 10 Minuten“. Eine weitere Hilfestellung bietet das Prinzip „10 Sekunden für 10 Minuten“. Es bedeutet, in einer akuten Stresssituation etwa 10 Sekunden innezuhalten und kurz zu überlegen, welche Maßnahmen als nächstes notwendig sind.

Dieses Prinzip kann ebenfalls angewendet werden, wenn ein einzelnes Mitglied des Rettungsteams den Eindruck hat, dass an der Einsatzstelle bzw. in einer Behandlungssituation insgesamt nicht mehr effektiv gearbeitet wird. In einem solchen Fall kann jedes einzelne Teammitglied laut und deutlich seine Kollegen um Ruhe bitten und ein formales „**Team Time-out**“ einleiten. Für einen kurzen Augenblick werden dabei alle Tätigkeiten eingestellt. Jeder kann einen Vorschlag für das weitere Vorgehen machen oder diesbezügliche Bedenken äußern. Dann werden neue Entscheidungen getroffen, ggf. werden neue Anweisungen erteilt, und es wird wieder strukturiert weitergearbeitet [40].

■ Einsatzbegleitende Maßnahmen durch den Arbeitgeber

Solange Einsatzkräfte „funktionieren“ bzw. die Anwendung der beschriebenen Selbsthilfestrategien ausreicht, um die eigene Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten, ist während der medizinischen Versorgung im Notfallgeschehen keine weitere psychosoziale Unterstützung erforderlich.

Cave. Einen „funktionierenden“ Rettungsdienstmitarbeiter bzw. Notarzt bei seiner Arbeit zu unterbrechen kann sogar schädlich sein, weil persönliche Schutzmechanismen dadurch unter Umständen aufgehoben werden.

On-Scene Support. Bei Einsätzen, die besonders belastende Merkmale aufweisen, ist es dennoch empfehlenswert, speziell geschultes Personal für die psychosoziale Unterstützung anzufordern. In Großschadenslagen können sie z. B.

- Führungskräfte beraten,
- einen **Rückzugsraum für erschöpfte Kollegen oder Kameraden** einrichten,
- auf die Einhaltung von Pausenzeiten achten und
- für den Fall bereit stehen, dass ein Mitarbeiter tatsächlich nicht mehr handlungsfähig sein sollte.

Ist die vorzeitige Ablösung eines professionellen Helfers notwendig, sollte dies möglichst unauffällig erfolgen. Insbesondere ist darauf zu achten, hoch belastete Einsatzkräfte vor Medienvertretern zu schützen.

Derartige Interventionen werden als On-Scene Support bezeichnet [41].

Einsatznachsorge

Nach besonders belastenden Notfallsituationen, wenn stärkere psychische Reaktionen auftreten, und immer dann, wenn dies von den beteiligten Helfern gewünscht wird, sollte eine angemessene Einsatznachsorge stattfinden. Wichtig ist dabei, dass die einzelnen Maßnahmen bedarfs- und bedürfnisgerecht erfolgen.

Cave. Sowohl eine psychosoziale Unter- als auch eine Überversorgung von Einsatzkräften wirkt sich ungünstig aus. Teilweise werden Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte mit belastenden Erfahrungen allein gelassen, teilweise wird aber definitiv auch „zu viel des Guten“ getan: Beides ist suboptimal [42, 43].

Unterscheiden kann man zwischen einer individuellen, rein informellen Vorgehensweise und institutionellen, organisierten Nachsorgeangeboten.

■ Individuelle, informelle Einsatznachsorge

Anwendung persönlicher Bewältigungsstrategien.

Zunächst sollte jeder Rettungsdienstmitarbeiter bzw. Notarzt diese persönlichen Bewältigungsstrategien anwenden, welche auch ansonsten im Alltag bewährt und hilfreich sind. Um sich selbst zu verdeutlichen, dass ein belastender Einsatz abgeschlossen ist, können z. B. **einfache Rituale** durchgeführt werden, etwa sich umziehen, etwas zu trinken oder zu duschen [4].

Anwendung von Entspannungstechniken.

Um sich innerlich von dem Erlebten zu distanzieren, Erregung abzubauen und wieder zur Ruhe zu kommen, können darüber hinaus Entspannungstechniken wie autogenes Training oder die progressive Muskelrelaxation angewendet werden. Ebenfalls hilfreich ist es, sich mit einem Hobby zu beschäftigen, eine Kinovorstellung zu besuchen, Musik zu hören, spazieren zu gehen, Sport zu treiben usw.

Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Diese Unterstützung erfüllt eine wichtige Funktion, insbesondere durch **Gespräche** mit Freunden, Angehörigen und Kollegen. Belastende Gefühle und Gedanken kann man sich auf diese Weise „von der Seele reden“. Unangenehme Erfahrungen verbalisieren zu können, trägt dazu bei, mit ihnen besser umzugehen und sie in das eigene Weltbild einzuordnen.

Zu einem Gespräch über belastende Erfahrungen darf jedoch niemand gezwungen werden!

Niederschrift. Manche Menschen bevorzugen es auch, persönliche Eindrücke aufzuschreiben. So kann etwa ein **persönliches Einsatztagebuch** eine sehr effektive Bewältigungsstrategie sein.

■ Institutionelle, organisierte Einsatznachsorge

Die persönlichen Bewältigungsstrategien können durch institutionelle, vom Arbeitgeber organisierte Nachsorgemaßnahmen sinnvoll unterstützt und ergänzt werden. Aus diesem Grund sollten Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäuser und Rettungsdienstunternehmen über ein sorgfältig ausgearbeitetes **Einsatznachsorgekonzept** verfügen. Insbesondere ge-

hört dazu der **Aufbau eines psychosozialen Versorgungsnetzwerkes**, auf das bei Bedarf verlässlich zurückgegriffen werden kann. Mit psychosozialen Fachkräften, Seelsorgern, Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Traumaambulanzen sollten **Kooperationsvereinbarungen** geschlossen werden.

Organisationsintern

Niedrigschwellig erreichbare Ansprechpartner. Organisationsintern werden vielerorts Peers bzw. kollegiale Ansprechpartner ausgebildet. Einige Rettungsdienstmitarbeiter haben selbst eine psychologische Zusatzausbildung erhalten, um als Ansprechpartner auf ihren Wachen zur Verfügung stehen zu können. Welcher Kollege im eigenen Einsatzbereich eine solche Ausbildung absolviert hat und vom Arbeitgeber für diese Aufgabe offiziell beauftragt worden ist, sollte jedem bekannt sein, der im Rettungs- bzw. Notarzdienst tätig ist [44].

Supervision. Für die Bewältigung des Einsatzalltags sind ansonsten regelmäßige Supervisionssitzungen zu empfehlen. Dabei können Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte ihr eigenes Verhalten reflektieren, sich über gemeinsame Probleme austauschen und Lösungsansätze entwickeln [45].

Bedauerlicherweise wird Supervision derzeit nur in sehr wenigen Rettungsdienstbereichen angeboten [27].

Nachsorgegespräche. Nach besonders belastenden Einsätzen können darüber hinaus spezielle Nachsorgegespräche hilfreich sein.

Nachsorgegespräche können hilfreich sein, aber es darf niemand dazu gezwungen werden.

- In beratenden **Einzelgesprächen** mit einem Peer bzw. kollegialen Ansprechpartner oder einer psychosozialen Fachkraft kann man sich beispielsweise darüber austauschen, wie der jeweilige Einsatz verlaufen ist, wie man ihn ganz persönlich erlebt hat, und welche Aspekte des Geschehens einen aktuell besonders beschäftigen. Ein psychologisch geschulter Gesprächspartner gibt ggf. Empfehlungen für den Umgang mit einer belastenden Einsatzsituation usw.
- Eine Übersicht unterschiedlicher Fragen, die in Nachsorgegesprächen thematisiert werden können, enthält Infobox 8.

Infobox 8

Mögliche Inhalte von Nachsorgegesprächen

- Was ist in dem Einsatz geschehen?
- Wer hat in dem Einsatz was getan?
- Was ist gut gelaufen?
- Wo hat es Schwierigkeiten oder Probleme gegeben?
- Mit welchen Gedanken und Gefühlen war und ist der Einsatz verbunden?
- Welche Aspekte des Einsatzes waren besonders unangenehm?
- Welche Reaktionen sind nach dem Einsatz aufgetreten?
- Wie kann mit dem Erlebten angemessen umgegangen werden?
- Kann für zukünftige Einsätze etwas daraus gelernt werden?
- Gibt es Fragen, die im Bezug auf den Einsatz offen geblieben sind?

Tabelle 2

Varianten von Gruppengesprächen (Auswahl).

Bezeichnung	Erläuterung
Demobilization (Einsatzabschluss)	Kurze Informationsveranstaltungen, die unmittelbar nach dem Ende von Rettungs- und Bergungsarbeiten durchgeführt werden und vor allem dazu beitragen sollen, den Einsatzabschluss zu realisieren. Demobilizations beinhalten eine zusammenfassende Darstellung des jeweiligen Notfallgeschehens, den Ausdruck von Dank und Wertschätzung gegenüber den Einsatzkräften, einige Hinweise zum Umgang mit möglichen Belastungsfolgen sowie das Angebot von Getränken und eines kleinen Imbisses. Sie dauern in der Regel nicht länger als 30 Minuten.
Defusing (kurze Einsatznachbesprechung)	Strukturierte und von einem ausgebildeten Team moderierte Nachbesprechungen, die 8–12 Stunden nach einem Einsatzende stattfinden sollen. Insbesondere werden hier Fakten geklärt und Fragen beantwortet, außerdem mögliche Belastungsreaktionen und hilfreiche Bewältigungsstrategien thematisiert.
Debriefing (längere Einsatznachbesprechung)	Debriefings sollten frühestens 24 Stunden nach dem Ende eines Einsatzes durchgeführt werden. Ähnlich wie Defusings werden auch sie von einem ausgebildeten Team moderiert. Debriefings sind jedoch wesentlich ausführlicher und intensiver als Defusings. Sie verlaufen nach konkreten inhaltlichen und methodischen Vorgaben in 7 Gesprächsphasen von einer kognitiven Ebene zu emotionalen Aspekten des Einsatzerlebens und wieder zurück (Abb. 5). Mitunter dauert ein Debriefing 2–3 Stunden.

- Weit verbreitet sind ferner **Gruppengespräche**, etwa nach dem Konzept des **Critical Incident Stress Management (CISM)** bzw. der **Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE)**, die nur besonders geschulte Einsatznachsorgeteams (ENT) anbieten sollten.

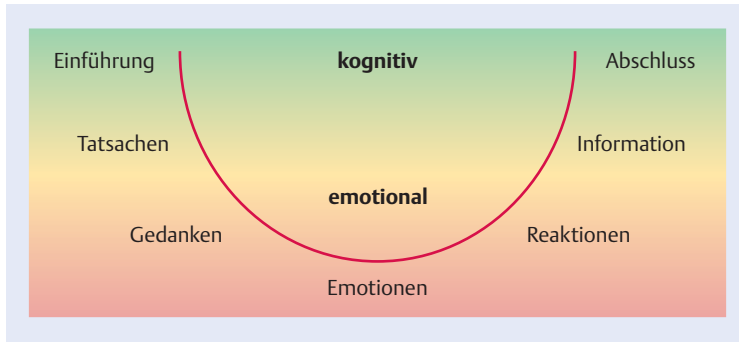


Abb. 5 Phasen des Critical Incident Stress Debriefing (CISD) nach Mitchell [41,46].

Die Themen, die dabei besprochen werden, variieren je nachdem, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Variante die Gespräche durchgeführt werden [41,46] (Tab. 2 u. Abb. 5).

In den vergangenen Jahren wurden diese Gruppeninterventionen allerdings aus den unterschiedlichsten Gründen kritisiert. Unter anderem wurde die Befürchtung geäußert, dass der gemeinsame Austausch zu einer Belastungsverstärkung führen und insbesondere stark betroffene Einsatzkräfte überfordern könnte. Studien zu den Effekten von Gruppengesprächen nach belastenden Ereignissen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass diese Nachsorgemethoden in der Einsatzpraxis außerordentlich akzeptiert und etabliert sind [47].

Cave. Über belastende Einsatzerfahrungen in einer Gruppe zu sprechen kann helfen, in bestimmten Situationen bzw. bei sehr stark belasteten Personen aber auch unangebracht sein. Die Teilnahme an Gruppengesprächen darf daher immer nur freiwillig erfolgen.

Externe psychotherapeutische Behandlung

Reichen die bislang beschriebenen Nachsorgemaßnahmen nicht aus, kann schließlich eine **mittel- und längerfristige Versorgung** und ggf. auch eine **medizinische oder psychotherapeutische Behandlung** erforderlich sein. Indiziert ist dies beispielsweise dann, wenn

- Anzeichen von Belastungsfolgen sehr stark ausgeprägt sind und über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben,

- Anzeichen von Belastungsfolgen sich erheblich auf das persönliche Wohlbefinden auswirken,
- Anzeichen von Belastungsfolgen sich auf das private Umfeld und/oder die Arbeit auswirken (z. B. auf den Umgang mit Patienten) oder
- ein unangemessener Umgang mit Belastungsfolgen zusätzlich schadet (z. B. bei Alkoholmissbrauch oder dem völligen Rückzug aus einem Freundes- oder Kollegenkreis).

Arbeitgeber bzw. von ihm beauftragte Peers oder psychosoziale Fachkräfte sollten in solchen Fällen für eine **qualifizierte Weitervermittlung** sorgen, d. h. sie sollten dabei helfen, geeignete weiterführende Hilfen auszuwählen, und betroffene Rettungsdienstmitarbeiter bzw. Notärzte bei der Kontaktaufnahme unterstützen.

Fazit

Auf eine angemessene Einsatzvorbereitung, Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge zu achten, dies ist ein wesentliches Merkmal von Professionalität. Vor diesem Hintergrund sollten Einsatzkräfte im Rettungs- bzw. Notarztdienst ihre berufsspezifischen Belastungen kennen und sich konstruktiv mit ihnen auseinandersetzen. Wer angemessen mit diesen Belastungen umgehen kann und bei einem Arbeitgeber tätig ist, der sich in adäquater Weise für die Gesundheit seiner Mitarbeiter engagiert, sollte dauerhaft im Rettungs- bzw. Notarztdienst arbeiten können, ohne die Entwicklung psychischer Störungen befürchten zu müssen.

Kernaussagen

Zusammenfassende Regeln für den Umgang mit Belastungen (nach [4]):

- Informieren Sie sich über Hilfsangebote für Helfer, die Ihnen vor Ort zur Verfügung stehen. Erkundigen Sie sich danach, an welche Anbieter von Nachsorgemaßnahmen Sie sich bei Bedarf wenden können und wie diese erreichbar sind.
- Achten Sie auf eine gesunde Ernährung und eine bewusste Freizeitgestaltung. Pflegen Sie Ihre sozialen Kontakte. Gehen Sie einem Hobby nach, mit dem Sie sich ablenken und entspannen können.
- Nehmen Sie regelmäßig an Fortbildungen teil, halten Sie sich fachlich permanent auf dem Laufenden!
- Bereiten Sie sich schon auf der Anfahrt zu einem Einsatz mental vor. Gehen Sie die voraussichtlich notwendigen Maßnahmen noch einmal gedanklich durch. Sprechen Sie Aufgaben mit Ihren Kollegen ab. Gehen Sie mit einer positiven Grundeinstellung an den Einsatz heran.
- Wenn Sie in einem Einsatz starke Betroffenheit verspüren, konzentrieren Sie sich auf die Durchführung einzelner Maßnahmen. Atmen Sie einige Male tief ein und aus. Geben Sie sich selbst kurze, positiv formulierte Anweisungen wie z. B. „Ich bleibe ruhig, ich schaffe das!“ Wenn Sie den Eindruck haben, dass Sie Ihre Arbeit in einem Einsatz nicht weiter verrichten können, bitten Sie Ihre Kollegen um Unterstützung und lassen Sie sich ablösen.
- Nutzen Sie nach einem Einsatz Rituale, die Ihnen verdeutlichen, dass das Ereignis abgeschlossen ist. Trinken Sie z. B. eine Tasse Tee oder Kaffee. Gönnen Sie sich auf jeden Fall eine kurze Pause.
- Wenn Sie nach Einsätzen kurzfristige Reaktionen wie innere Unruhe, Erschöpfung oder Schlafstörungen feststellen, so ist dies nicht ungewöhnlich. Sie brauchen deshalb nicht beunruhigt zu sein. Viele Helfer reagieren ähnlich. Diese Symptome legen sich in der Regel nach einigen Tagen von selbst.
- Sprechen Sie mit Kollegen oder anderen vertrauten Menschen über Ihre Einsätze. Hören Sie Ihren Kollegen zu, wenn diese von Einsätzen berichten. Thematisieren Sie psychologische Aspekte Ihrer Arbeit. Dass die Verschwiegenheitspflicht im Sinne des § 203 StGB dabei zu beachten ist, versteht sich von selbst.
- Nach besonders belastenden Einsätzen können zusätzliche Nachsorgemaßnahmen wie z. B. eine Nachbesprechung oder Supervision hilfreich sein. Wenn Sie möchten, nehmen Sie daran teil.
- Wenn Sie allgemeine Fragen zum Umgang mit Belastungen oder den Eindruck haben, dass Sie weitere Hilfe benötigen, wenden Sie sich an die vor Ort zuständigen Personen.

Literatur

- 1 Karutz H, Lasogga F. Positive Aspekte der Arbeit im Rettungsdienst: Helfen können und Dankbarkeit erfahren! Rettungsdienst 2005; 28: 1182–1186
- 2 Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Hrsg. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien, Teil I und II. Praxis im Bevölkerungsschutz. Band 7. Bonn: Eigenverlag; 2012
- 3 Hallenberger F. Psychologische Krisenintervention für Einsatzkräfte. Hilfe nach traumatischem Stress. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft; 2006
- 4 Lasogga F, Karutz H. Hilfen für Helfer. Belastungen, Folgen, Unterstützung. 2. Aufl. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2012
- 5 Bengel J, Henrichs M. Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In: Bengel J, Hrsg. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2004: 25–43
- 6 Bundesverband der Unfallkassen. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz – ein Handbuch. Phänomene, Ursachen, Prävention. München: Eigenverlag; 2005
- 7 Beerlage I, Arndt D, Hering T, Springer S. Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichen Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes. Abschlussbericht. Hochschule Magdeburg-Stendal; 2009
- 8 Lasogga F, Karutz H. Belastungen, Moderatorvariablen, Folgen. In: Lasogga F, Gasch B, Hrsg. Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2011: 129–161
- 9 Hering T, Beerlage I. Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. Notfall Rettungsmed 2004; 7: 415–424
- 10 Hering T, Schulze D, Sonnenberg D et al. Was belastet in der Feuerwehr? Primärprävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus einer arbeitsorganisatorischen Perspektive. Notfall Rettungsmed 2005; 8: 412–421
- 11 Gorißen B. Psychische Belastungen im Wachalltag von Berufsfeuerwehren. Ein arbeitspsychologischer Vergleich von Einsatz und Wachalltag. Trauma Gewalt 2009; 3: 278–293
- 12 Karutz H, Overhagen M, Stum J. Psychische Belastungen im Wachalltag von Rettungsdienstmitarbeitern und Berufsfeuerwehrlern. Gesundheitsförderung Prävent 2013; 8: 204–211
- 13 Overhagen M. Burnout bei der Feuerwehr. Stress und berufliche Belastungen in der Berufsfeuerwehr. Marburg: Tectum; 2005
- 14 Lasogga F. Die Berufswahl. Oder: Warum arbeitet jemand beim Rettungsdienst. Rettungsdienst 2004; 27: 854–859
- 15 Runggaldier K, Hackstein A, Kemp C. Organisation des Rettungsdienstes in Deutschland. In: Rettungsdienst heute. München: Elsevier; 2010: 689–699
- 16 Heringshausen G, Hering T, Nübling M et al. Auswirkungen von Arbeitszeitschichtmodellen auf die Gesundheit von Rettungsdienstpersonal. ErgoMed 2009; 4: 104–110

- 17 Gebhardt H, Klußmann A, Maßbeck P, Topp S, Steinberg U. Sicherheit und Gesundheit im Rettungsdienst. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin: NW-Verlag; 2006
- 18 Frone MR. Work-family Balance. In: Quick JC, Tetrick LE, eds. Handbook of occupational Health Psychology. Washington: American Psychological Association; 2003: 143–162
- 19 Carlson DS, Kacmar KM, Williams LJ. Construction and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Work-Family-Conflict. *J Vocat Behav* 2000; 56: 249–276
- 20 Kossek E, Ozeki C. Work-family conflict, policies and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. *J Appl Psychol* 1998; 83: 139–149
- 21 Heringshausen G, Karutz H, Brauchle G. Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Work-Family-Konflikt bei Einsatzkräften im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed* 2010; 13: 1–7
- 22 Palmer F. Ernährung im Rettungsdienst. *Rettungsdienst* 1994; 17: 284–285
- 23 Bockting S. Verkehrsunfallanalyse bei der Nutzung von Sonder- und Wegerechten gemäß StVO: Konzeptionelle Vorschläge zur Verbesserung der Aus- und Fortbildung. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; 2007
- 24 Roth T. Psychosoziale Belastungen im Rettungsdienst. Hamburg: Dr. Kovac; 2009
- 25 Reinhard F, Maercker A. Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Z Med Psych* 2004; 13: 29–36
- 26 Teegen F, Domnick A, Heerdegen M. Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr. Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltensther Psychoz Prax* 1997; 29: 583–599
- 27 Teegen F, Yasui Y. Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltensther Verhaltensmed* 2000; 21: 65–83
- 28 Balanç J-C. Die gesundheitsrelevante Bedeutung des Vorgesetztenverhaltens im Rettungsdienst. *Rettungsdienst* 2011; 34: 336–341 (Teil 1); 414–418 (Teil 2); 514–518 (Teil 3)
- 29 Butollo W, Karl R, Krüsmann M. Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen. *Forschung im Bevölkerungsschutz Band 8*, Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe; 2012
- 30 Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol* 1999; 38: 251–265
- 31 Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M et al. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM IV-TR). Göttingen: Hogrefe; 2003
- 32 Michalsen A. Belastungen im Berufsalltag: Ein Plädoyer für die persönliche Robustheit. *Rettungsdienst* 2001; 24: 222–225
- 33 Daschner CH. Psychische Belastungen im Rettungsdienst. In: Lipp R, Hrsg. Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin. Bd. 4. 4. Aufl. Edewecht: Stumpf & Kossendey 2009: 447–465
- 34 Sendera A, Sendera M. Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Wien: Springer; 2013
- 35 Resch M. Analyse psychischer Belastungen. Verfahren und ihre Anwendung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Bern: Huber; 2002
- 36 Dix K, Klewer J. Gesundheitsförderung im Rettungsdienst: Welche Belastungen wirken auf die Mitarbeiter ein? *Rettungsdienst* 2009; 32: 20–24
- 37 Hering T, Beerlage I. Retten als Arbeit zwischen Routine und Katastrophe. Gesundheit, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. München, Wien: Profil; 2004
- 38 Schmitt L, Runggaldier K. Gesundheitsschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement: Eine vernachlässigte Aufgabe im Rettungsdienst. *Rettungsdienst* 2010; 33: 36–41
- 39 Karutz H. Handlungsfähig bleiben – aber wie? Selbsthilfestrategien bei akuter Belastung im Einsatz. *Notarzt* 2013; 29: 58–63
- 40 Rall M, Glavin R, Flin R. The ‘10-seconds-for-10-minutes principle’ – Why things go wrong and stopping them getting worse. *Bull R Coll Anaesth Spec Human factors issue* 2008; 51: 2614–2616
- 41 Mitchell JT, Everly GS. Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge. Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode. 2. Aufl. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 2005
- 42 Dombrowsky W. Sinn und Unsinn von psychosozialer Betreuung: Neuausrichtung der „Hilfe für Helfer“? *Notfallvorsorge* 2012; 43: 4–13
- 43 Karutz H. Paradigmenwechsel im Rettungswesen: Was bewirken „Hilfen für Helfer“? *Prävention* 2013; 35: 66–70
- 44 Karutz H. Kollegen für Kollegen: Peers. In: Lasogga F, Gasch B, Hrsg. Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2011: 199–213
- 45 Sehring J, Geier W. Führung, Teamarbeit und Supervision. In: Bengel J, Hrsg. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2004: 25–43
- 46 Everly GS, Mitchell JT. CISM: Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas: Wien; 2002
- 47 Karutz H. Debriefing: Pro und Contra. *Rettungsdienst* 2008; 31: 352–360

Über die Autoren

Harald Karutz



Prof. Dr. phil., Jahrgang 1975. Studium der Pädagogik, Psychologie und evangelischen Theologie. Diplom-Pädagoge, Lehrrettungsassistent und Leiter des Notfallpädagogischen Instituts in Essen (Berufsfachschule für Rettungsdienstmitarbeiter). Professor für Notfall- und Rettungsmanagement an der Medical

School Hamburg und Lehrbeauftragter der Universität Bonn. Ein Forschungs- und Arbeitsschwerpunkt sind die psychosoziale Notfallversorgung sowie das psychosoziale Krisenmanagement.

Interessenkonflikt: Das vom Erstautor geleitete Notfallpädagogische Institut ist selbst Anbieter von Schulungen und Trainings zur Einsatznachsorge für Rettungsdienstmitarbeiter.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Päd. Prof. Dr. phil. Harald Karutz
MSH Medical School Hamburg
Am Kaiserkai 1
20457 Hamburg
Telefon: + 49 (0) 40/36 12 26 40
Fax: + 49 (0) 40/3 61 22 64 30
E-Mail: harald.karutz@medicalschoo-hamburg.de

Verena Blank-Gorki



Jahrgang 1980. Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Mannheim. Dipl.-Sozialwissenschaftlerin. Seit 2007 Referentin im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Schwerpunkt psychosoziales Krisenmanagement. Lehrbeauftragte an der Universität Bonn und freie Mitarbeiterin

am Notfallpädagogischen Institut in Essen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Qualitätssicherung in der psychosozialen Notfallversorgung, Evaluationsforschung, Katastrophensoziologie.

CME-Fragen

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Wie viele Einsätze werden pro Jahr und Person von Rettungsdienstmitarbeitern im Durchschnitt gefahren?

- A ca. 300 Einsätze
- B ca. 450 Einsätze
- C ca. 600 Einsätze
- D ca. 800 Einsätze
- E ca. 1000 Einsätze

2

Was gehört nicht zu den typischen psychosozialen Belastungen des Wachalltags?

- A Wartezeit und Anspannung
- B enttäuschte Erwartungen an den Beruf
- C Einsätze mit Anblicken von Verstümmelungen
- D ungesunde Ernährung
- E ungünstige Dienstzeiten

3

Einer der folgenden Faktoren wird *nicht* zu typischen „daily Hassles“ gezählt. Welcher?

- A Defekte an Ausrüstungsgegenständen
- B als sinnlos empfundene Dienstanweisungen
- C schlecht sitzende oder unfunktionale Arbeitskleidung
- D Anblick von Leichenteilen
- E Übernahme von administrativen Aufgaben

4

Wie häufig ereignet sich während einer Einsatzfahrt eine kritische Situation?

- A alle 3–5 Minuten
- B alle 60 Sekunden
- C alle 19 Sekunden
- D einmal pro Fahrt
- E maximal einmal pro Tag

5

Was gehört nicht zu den psychologischen Moderatorvariablen?

- A Kohärenzgefühl
- B Geschlecht
- C Vulnerabilität
- D Resilienz
- E Coping-Strategien

CME-Fragen

Psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien in der präklinischen Notfallversorgung

6

Wie sind kurzfristige Reaktionen nach einem Einsatz zu bewerten?

- A Sie weisen auf eine schwere psychische Störung hin und bedürfen einer umgehenden psychotherapeutischen Intervention.
- B Solange Reaktionen nicht zu einer stärkeren Beeinträchtigung führen und relativ rasch wieder abklingen, sind sie kein Grund zur Beunruhigung.
- C Es handelt sich um sehr seltene und unwahrscheinliche psychische Folgen, die spätestens nach 3 Monaten wieder abgeklungen sind.
- D Kurzfristige Reaktionen dauern Stunden bis Tage und kommen unter Umständen bei weniger routinierten Einsatzkräften vor.
- E Kurzfristige Reaktionen nach einem Einsatz sind ein Indikator dafür, dass ein Notarzt oder Rettungsdienstmitarbeiter für die Berufsausübung ungeeignet ist.

7

Wie lange müssen Symptome bestehen bleiben, damit die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sind?

- A mindestens 3 Tage
- B mindestens 1 Woche
- C mindestens 24 Stunden
- D mindestens 1 Monat
- E mindestens ein Vierteljahr

8

Was besagt das Yerkes-Dodson-Gesetz?

- A Je höher die Erregung, umso höher ist die persönliche Leistungsfähigkeit.
- B Ein mittleres Maß an Erregung ist für die persönliche Leistungsfähigkeit optimal.
- C Je geringer die Erregung, umso günstiger ist dies für die persönliche Leistungsfähigkeit.
- D Ein mittleres Maß an Erregung senkt die Leistungsfähigkeit.
- E Das Gesetz geht auf Beobachtungen bei Menschen zurück.

9

Welche Aussage ist im Hinblick auf das Führen von Nachsorgegesprächen richtig?

- A Nachsorgegespräche gehören zum Versorgungsstandard und sollten verpflichtend stattfinden.
- B Nachsorgegespräche können hilfreich sein, es darf aber niemand dazu gezwungen werden.
- C Nachsorgegespräche sind potenziell retraumatisch und daher strikt zu vermeiden.
- D Nachsorgegespräche dürfen frühestens 12 Stunden nach einem belastenden Einsatz geführt werden.
- E Nachsorgegespräche finden immer in der Gruppe statt.

10

Wodurch ist das Debriefing gekennzeichnet?

- A Debriefings verlaufen in 6 Phasen von einer emotionalen zu einer kognitiven Ebene und wieder zurück.
- B Debriefings dürfen frühestens 72 Stunden nach einem besonders belastenden Einsatz durchgeführt werden.
- C Debriefings verlaufen in 7 Phasen von einer kognitiven zu einer emotionalen Ebene und wieder zurück.
- D Debriefings verlaufen in 5 Phasen von einer kognitiven zu einer emotionalen Ebene und wieder zurück.
- E Debriefings sind wesentlich weniger ausführlicher und intensiver als Defusings.