



Abb. 1: Typisch für die Großstadtrettung: Ein Anschlusseinsatz nach dem anderen.

Großstadtrettung: Nur Enttäuschung, Gewalt und Frust?

Wer als Rettungsdienstmitarbeiter in einer Großstadt arbeitet, erlebt unter Umständen einen völlig anderen Rettungsdienst als der eine oder andere Kollege „auf dem Land“. Sowohl Einsatzaufkommen als auch Aufgabenspektrum unterscheiden sich wesentlich. Vor allem bei Einsätzen in Innenstadt- und Bahnhofsbereichen, „Rotlichtvierteln“ sowie einschlägig bekannten sozialen Brennpunkten werden Rettungsdienstmitarbeiter mit den Folgen von Alkohol- und Drogenkonsum sowie gewalttätigen Auseinandersetzungen in unterschiedlichen Facetten konfrontiert. Mitunter sind Einsatzkräfte dabei auch selbst gefährdet. Sie werden beleidigt, bedroht, bespuckt und in einigen Fällen sogar körperlich angegriffen. Auf „Licht und Schatten“ des speziellen Einsatzbereiches „Großstadt“ wird in diesem Beitrag eingegangen.

Charakteristika der Großstadtrettung

Zunächst werden einige potenziell unangenehme bzw. belastende Merkmale dargestellt, die für den Rettungsdienst in Großstädten jedoch prägend sind. Die Ausführungen beziehen sich dabei – nach einer Definition des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung – vorrangig auf sog. große Großstädte mit mehr als 300.000 Einwohnern (s. Infokasten).

Einsatzquantität

Dass in einem Ballungsraum mehr Einsätze anfallen als in einem gering besiedelten, ländlichen Gebiet oder einer Kleinstadt, liegt auf der Hand. In Großstädten ist es nicht ungewöhnlich, dass eine Fahrzeugbesatzung kurz nach Dienstbeginn erstmalig ausrückt und schließlich – nach diversen Anschlusseinsätzen – auch erst zum Ende der Arbeitszeit wieder einrücken kann.

Autor:

**Prof. Dr. phil.
Harald Karutz**
Diplom-Pädagoge &
Lehrrettungsassistent
Notfallpädagogisches
Institut
Müller-Breslau-Str. 30a
45130 Essen
karutz@
notfallpaedagogik.de

Nach einer eigenen Hochrechnung kann in Großstädten sicherlich von rund 1.000 Einsätzen pro Rettungsdienstmitarbeiter und Jahr ausgegangen werden, während Rettungsdienstmitarbeiter in einem eher ländlichen Einsatzbereich durchschnittlich auf 400 bis 600 Einsätze pro Jahr kommen dürften. Vereinzelt wird in Großstädten über 24-Stunden-Schichten berichtet, in denen RTW-Besatzungen regelmäßig 10- bis 15-mal alarmiert werden. Für Erholungspausen zwischen den Einsätzen, aber auch für kollegialen Austausch auf der Wache bleibt oftmals keine oder nur wenig Zeit. Die ständige Einsatzbereitschaft bzw. Funktionsfähigkeit steht im Vordergrund. Je nach Schichtmodell und Freizeitausgleich kann dies für Rettungsdienstmitarbeiter sowohl physisch als auch psychisch extrem beanspruchend sein.

Einsatzqualität

Das Gesamtspektrum des Einsatzgeschehens ist zwar grundsätzlich vom Einsatzgebiet unabhängig – (fast) alles ist überall möglich –, unterschiedlich sind jedoch die Anteile einzelner Einsatzarten am jeweiligen Einsatzgeschehen. Bestimmte Risiken treten dadurch häufiger auf, und mit dem Einsatzgeschehen in Großstädten sind für Rettungskräfte einige besondere Herausforderungen verbunden.

Sozialnot

Der Anteil vital bedrohlicher Notfallsituationen ist im großstädtischen Rettungsdienst eher gering, während Einsätze im Kontext von Sozialnot, auch wenn sie in Einsatzstatistiken oftmals nur als „sonstige Einsätze“ bezeichnet werden, weitaus häufiger sind. Psychosoziale bzw. psychiatrische Notfälle machen in Großstädten bis zu 36% der Einsätze aus (5, 6, 8). Bei den Notarzteinsätzen handelt es sich – nach internistischen Erkrankungen – in einigen Städten sogar um den zweithäufigsten Einsatzanlass (9). Obdachlosigkeit, Drogenkonsum und Prostitution sind sicherlich keine Phänomene, die ausschließlich auf Großstädte beschränkt sind. Typische Szenen gibt es im ländlichen Bereich jedoch nicht bzw. nur vereinzelt. Dass in Großstädten signifikant häufiger als auf dem Land Substanzen missbraucht werden, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist anhand einer vergleichenden Studie belegt (8).

Auch die häufig thematisierte urbane Anonymität ist keineswegs nur eine Worthülse, sondern ein tatsächliches Charakteristikum größerer Städte (2, 7). Aus einer Vielzahl von Gründen, z.B. der Auflösung tradierter Familienstrukturen, nehmen Vereinsamung und Verwahrlosung zu. Einsätze für hilflose Personen hinter verschlossenen Wohnungstüren, die aber erst

nach mehreren Tagen oder Wochen veranlasst werden, wenn Briefkästen überfüllt sind oder bereits (störender!) Verwesungsgeruch wahrnehmbar ist, sind ein Indikator dafür.

Je häufiger Rettungsdienstmitarbeiter zu Einsätzen bei bestimmten sozialen Randgruppen gerufen werden, desto höher ist auch das Infektionsrisiko.

Infektionsgefahr

Je häufiger Rettungsdienstmitarbeiter zu Einsätzen bei bestimmten sozialen Randgruppen gerufen werden, desto höher ist auch das Infektionsrisiko. 60-90% (!) der Drogenabhängigen sind z.B. an Hepatitis C erkrankt, eine Hepatitis-B-Infektion liegt bei 40-60% der Drogenabhängigen vor. Zudem sind 19% der Drogenabhängigen HIV-positiv. Eine Tuberkulose-Infektion liegt bei 20% der Drogenabhängigen und bei 5% der Wohnungslosen vor (14). Die Versorgung und der Transport eben dieser Klientel gehört in Großstädten jedoch zum Einsatzalltag.

Gewalt als Einsatzanlass

Insbesondere in Großstädten scheint auch die Gewaltbereitschaft deutlich zugenommen zu haben. So treten Einsätze im Kontext von häuslicher Gewalt, aber auch Messerstechereien, Schlägereien und Einsätze, bei denen von Schusswaffen Gebrauch gemacht wurde, derzeit offenbar häufiger auf. Inwieweit es sich dabei tatsächlich um eine Zunahme oder nur um eine (medial?) sensibilisierte Wahrnehmung handelt, muss an dieser Stelle ungeklärt bleiben. Speziell bezogen auf

Abb. 2: Zusammenarbeit mit einer Berufsfeuerwehr: Alltag in der Großstadtrettung.





Abb. 3: Hinter den Fassaden der Großstadt wird der Rettungsdienst in besonderer Weise mit Leid und Elend konfrontiert.

den Bereich häuslicher Gewalt ist z.B. auch denkbar, dass letztlich nicht die Häufigkeit der Taten zugenommen hat, sondern lediglich die Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe zu rufen und ggf. Anzeige zu erstatten.

Gewalt gegen Einsatzkräfte

Die Gewaltbereitschaft gegenüber Rettungsdienstmitarbeitern könnte in den vergangenen Jahren ebenfalls zugenommen haben. Inzwischen vergeht jedenfalls kaum eine Woche, ohne dass in Zeitungen und Zeitschriften anhand aktueller Beispiele über Gewalt gegen Einsatzkräfte berichtet wird. In einer repräsentativen Studie, die vor wenigen Jahren an der Universität Bochum durchgeführt worden ist, gaben 98% (!) der 2.048 befragten Rettungsdienstmitarbeiter an, dass sie schon mindestens einmal verbale Gewalt erlebt haben. 59% der Befragten berichteten von gegen sie gerichteten gewalttätigen Übergriffen im Einsatz.

Auch in diesem Zusammenhang hat Alkohol- und Drogenkonsum eine besondere Relevanz: In 50% der Fälle hatten die jeweiligen Täter Alkohol konsumiert, in 30% standen sie unter Drogeneinfluss (13). Zu beachten ist zwar, dass in der hier zitierten Studie von einem sehr weit gefassten Gewaltbegriff ausgegangen wurde, bei einem erheblichen Teil der gewalttätigen Übergriffe könnte es sich auch um bloße Abwehrbewegungen während der Durchführung einer schmerzhaften Maßnahme wie z.B. einer Venenpunktion gehandelt haben (13). Dennoch wird die Meinung, dass Einsatzkräfte vor allem in Großstädten zunehmend mit Gewalt konfrontiert sind, von zahlreichen Kollegen im Rettungsdienst geteilt.

Anspruchsdenken

Darüber hinaus wird in Gesprächen mit Rettungsdienstmitarbeitern häufig noch auf einen anderen un-

angenehmen Aspekt der Großstadtrettung hingewiesen. Demnach, so scheint es zumindest, hat das Anspruchsdenken der Bevölkerung in den vergangenen Jahren enorm zugenommen. Bei vergleichsweise harmlosen gesundheitlichen Beschwerden, mit denen man früher möglicherweise einfach zum Hausarzt gegangen wäre, wird heute bereits der Rettungsdienst gerufen. Ob dies tatsächlich mit veränderten Erwartungshaltungen zu tun hat, sei dahingestellt. Eventuell steht die Problematik auch im Zusammenhang mit dem Abbau elementarer Strukturen der Gesundheitsversorgung, sodass der Rettungsdienst verstärkt genutzt wird, um strukturelle Defizite (Stichworte „hausärztliche Versorgung“ und „Erreichbarkeit psychosozialer Hilfsangebote“) zu kompensieren. Ferner ist nicht auszuschließen, dass die Situation auch einfach durch eine suboptimale Einsatzallokation seitens der Rettungsleitstellen mit verursacht wird.

Viele Notfalleinsätze in Großstädten werden von Einsatzkräften jedenfalls als völlig unnötige Krankenfahrten erlebt. Eine ernsthafte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes liegt in zahlreichen Fällen offenbar nicht einmal ansatzweise vor (10). So kann bei Rettungsdienstmitarbeitern der Eindruck entstehen, es würde „für jeden Mist gleich 112 gewählt“ – und man würde als reiner Transportdienstleister missbraucht, um jemanden nur schnellstmöglich von A nach B zu bringen. Sefrin spricht explizit von einer „Zweckentfremdung des Rettungsdienstes“ (11).

Bei vergleichsweise harmlosen gesundheitlichen Beschwerden, mit denen man früher möglicherweise einfach zum Hausarzt gegangen wäre, wird heute bereits der Rettungsdienst gerufen.

Konfliktpotenzial

Ständig zu Einsätzen gerufen zu werden, für die man nicht zuständig ist oder für die man sich zumindest nicht zuständig fühlt, birgt in vielerlei Hinsicht Konfliktpotenzial: Seitens des Rettungsdienstpersonals werden Angehörige oder Patienten z.B. dafür kritisiert, dass sie für einen solchen, vermeintlichen „Notfall“ überhaupt angerufen haben. Leitstellendisponenten wird vorgeworfen, RTW-Besetzungen ständig zu „Fehleinsätzen“ zu alarmieren. Das Personal in Notaufnahmen stellt seinerseits in Frage, warum der Rettungsdienst diesen oder jenen Patienten eigentlich dorthin gebracht hat usw.

Migranten

In Großstädten leben mehr Migranten als auf dem Land. Nach aktuellen Angaben des Statistischen

Bundesamtes beträgt der Anteil der ausländischen Bevölkerung, um nur einige Beispiele anzuführen, in Berlin 25%, in Hamburg 27%, in München 36%, in Köln 31%, in Stuttgart 38%, in Frankfurt am Main 43% usw. Bei Einsätzen des Rettungsdienstes treten daher nicht selten Verständnisschwierigkeiten auf. Die Beachtung kultureller Besonderheiten kann die Patientenversorgung erschweren oder Einsatzkräfte zumindest verunsichern. Auch Diskussionen um Segregationsprozesse, d.h. die Bildung von „Problemvierteln“ und „Parallelgesellschaften“, sollen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Insbesondere Sprachbarrieren und ein wechselseitiges Unverständnis sind für alle Beteiligten als potenzielle Belastungen zu betrachten (1).

Versorgungsstrukturen

Die klinischen Versorgungsstrukturen sind in Großstädten, zumindest im direkten Vergleich mit der Situation in vielen ländlichen Regionen, sicherlich gut. Notfallpatienten können in relativ kurzer Zeit in ein geeignetes Krankenhaus transportiert werden. Diverse Fachabteilungen sind in der Regel vor Ort vorhanden. Dies ist zunächst selbstverständlich höchst positiv zu bewerten. Indirekt kann es aber auch dazu führen,

dass Rettungsdienstmitarbeitern bestimmte Erfahrungen vorenthalten bleiben, weil sich dazu schlichtweg keine Gelegenheiten bieten. Die Durchführung bestimmter Maßnahmen und Prozeduren wird im großstädtischen Rettungsdienst mitunter in die rasch erreichbare Klinik verlagert, während sie in ländlichen Einsatzbereichen durchaus schon präklinisch stattfindet bzw. stattfinden muss.

Für die individuelle Kompetenzentwicklung bzw. Routinebildung kann das einen gewissen Nachteil darstellen. Selbstverständlich ist mit dieser Feststellung nicht gesagt, dass Rettungsmitarbeiter in Großstädten pauschal weniger kompetent wären als ihre Kollegen auf dem Land. Allerdings trifft es sicherlich zu, dass Mitarbeiter im großstädtischen Rettungsdienst nicht nur aufgrund der besonderen Einsatzqualität, sondern auch aufgrund der gegebenen Versorgungsstrukturen eben spezifisch andere Erfahrungen sammeln und Kompetenzen trainieren als in einem ländlichen Rettungsdienstbereich.

Mögliche (negative) Auswirkungen

Ein Arbeitsalltag, der über die ohnehin üblichen rettungsdienstlichen Einsatzbelastungen hinaus mit den beschriebenen Charakteristika verbunden ist, bleibt

PHYSIO
CONTROL

1955 **60** 2015



Messen – nicht schätzen.

Anzeige der exakten HLW-Tiefe auch auf weichen Untergründen wie Matratzen und Tragen durch innovative TFI-Technologie.*

TrueCPR® COACHING-GERÄT

*TFI - triaxiale Feldinduktionstechnik

60 Innovation.
Vorsprung.
JAHRE Physio-Control.

Physio-Control
Germany Sales GmbH
Tel. 02131 6617-000
cs-germany@physio-control.com
www.physio-control.de

Physio-Control
Austria Sales GmbH
Tel. 01 740 40 2866
cs-austria@physio-control.com
www.physio-control.at

Physio-Control
Switzerland Sales GmbH
Tel. 0800 00 66 33
cs-switzerland@physio-control.com
www.lifepak.ch



Zahlen, Daten, Fakten

1887 wurden auf einer internationalen Statistikkonferenz Klassifikationen und Bezeichnungen für Städte festgelegt. Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern werden demnach als Landstadt bezeichnet. Kleinstädte haben 5.000 bis 20.000 Einwohner, Mittelstädte 20.000 bis 100.000 Einwohner. Bei Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern handelt es sich definitionsgemäß um Großstädte, in Deutschland sind dies insgesamt 76. 19 Städte haben mehr als 300.000 Einwohner und gelten daher als „große Großstadt“, 9 Städte haben mehr als 500.000 Einwohner. In vier deutschen Städten leben über eine Million Einwohner, bei diesen Metropolen handelt es sich um Berlin, München, Hamburg und Köln. Insgesamt leben in Deutschland rund 30% der Gesamtbevölkerung in Städten. Wenn man allerdings auch Ballungsräume („Agglomerationen“) betrachtet, leben in der BRD noch weit aus mehr Menschen in einem überwiegend städtisch geprägten Raum, so z.B. im Ruhrgebiet mit insgesamt 4,6 Mio. Einwohnern oder dem Rhein-Main-Gebiet mit knapp 2 Mio. Einwohnern.

unter Umständen nicht folgenlos. Neben den hinlänglich bekannten, vielfältigen kurz-, mittel- und längerfristig anhaltenden Auswirkungen von Stress im Allgemeinen wie z. B. Erschöpfungszuständen, psychosomatischen Beschwerden usw. (4), sollten insbesondere in der Großstadtrettung jedoch zwei Aspekte hervorgehoben werden:

Zum einen stellt sich der Arbeitsalltag für Rettungsdienstmitarbeiter, die in einer Großstadt tätig sind, möglicherweise anders dar als zunächst gedacht und gewünscht. Anstatt von einem lebensrettenden Einsatz zum nächsten gerufen zu werden, fühlt der eine oder andere sich – vielleicht etwas überspitzt formuliert – eher als „Depp, der nachts die Betrunkenen einsammeln muss“. Nicht wenige

Abb. 4: Gewalt als Einsatzanlass: In Großstädten keine Seltenheit (Symbolbild)



sind von den Perspektiven, die mit ihrem Beruf in einer Großstadt verbunden sind, daher enttäuscht und frustriert.

Zum anderen kann man gerade nach einer längeren Dienstzeit in der Großstadtrettung auch den Eindruck gewinnen, dass sich an bestimmten (unerfreulichen!) Rahmenbedingungen des eigenen Berufsalltags kaum etwas ändern lässt. Zunehmender Sozialnot z.B. kann der Rettungsdienst, wenn überhaupt, nur höchst eingeschränkt entgegen wirken. Das führt unter Umständen zu einem geringen Selbstwirksamkeitserleben bzw. Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen. Dass ein derartiges Erleben des beruflichen Alltags auch die Entstehung von Burnout, Depressionen und zahlreichen weiteren negativen psychischen Folgen begünstigen kann, ist grundsätzlich bekannt (3, 4). Auch, dass gerade bei Rettungsdiensten in Großstädten eine relativ hohe Personalfuktuation zu beobachten ist, überrascht vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen nicht.

Anstatt von einem lebensrettenden Einsatz zum nächsten gerufen zu werden, fühlt der eine oder andere Rettungsdienstmitarbeiter sich – vielleicht etwas überspitzt formuliert – eher als „Depp, der nachts die Betrunkenen einsammeln muss“.

Eine Kehrseite der Medaille?

Dennoch sollen, damit kein falscher Eindruck entsteht, nun auch noch einige Gedanken zu eher positiven Aspekten einer Tätigkeit in der Großstadtrettung angesprochen werden. Manche Rettungsdienstmitarbeiter arbeiten z.B. auch ganz bewusst und sogar gern in einer Großstadt, weil sie sich dort „gefordert“ fühlen und „richtig etwas erleben können“. Dem einen oder anderen Kollegen dürfte es an einer ruhigen Rettungswache auf dem Land schlichtweg zu langweilig sein. Wer einen umfangreichen Erfahrungsschatz sammeln möchte, nicht nur medizinisch, sondern auch an psychosozialen Aspekten der Notfallversorgung interessiert ist oder – was legitim ist! – einfach „Action“ sucht, ist in der Großstadtrettung, trotz aller hier genannten Risiken und potenziell belastenden Aspekte, absolut richtig. Auch soll nicht unerwähnt bleiben, dass durch vergleichsweise kurze Hilfsfristen die Chancen für effektive Hilfeleistungen gegenüber dem ländlichen Raum deutlich erhöht sein dürften. Anders als in ländlichen Rettungsdienstbereichen ist das Phänomen des Notarztmangels in den meisten Großstädten kein Problem (12).

Darüber hinaus ist im städtischen Raum nicht nur die notärztliche Unterstützung zuverlässig sichergestellt – auch diverse weitere Ressourcen der Gefah-

renabwehr stehen bei Bedarf jederzeit zur Verfügung. So kann ein schwerer Verkehrsunfall mit mehreren, unter Umständen auch eingeklemmten Verletzten in einer Großstadt relativ rasch abgearbeitet werden, während ein vergleichbares Szenario den Rettungsdienst auf dem Land bereits vor erhebliche Schwierigkeiten stellt. Die Option, in Großstädten auch auf spezielle Gerätschaften, etwa bei komplizierten Maßnahmen zur technischen Rettung, jederzeit zurückgreifen zu können, ist ebenfalls ein beruhigender und entlastender Aspekt. Diese Hinweise stellen somit eine erfreuliche „Kehrseite der Medaille“ dar. Ein Beitrag zu den Besonderheiten der Großstadtrettung wäre unvollständig, würden sie nicht ebenfalls aufgeführt. ©

Literatur:

- Gardemann J (2009) Patienten mit Migrationshintergrund, Asylsuchende und ethnische Minderheiten. In: Madler C, Jauch K-W, Werdan K, Siegrist K, Pajonk F-G (Hg.) (2009) Akutmedizin – die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch. 4. Aufl. Elsevier, München, S. 1047-1057
- Häußermann H, Siebel W (2004) Stadtsoziologie: Eine Einführung. Campus Verlag, Frankfurt/Main
- Hering T, Beerlage I (2004) Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. Notfall- und Rettungsmed 7: 415-424
- Lasogga F, Karutz H (2012) Hilfen für Helfer. Belastungen – Folgen – Unterstützung. 2. Aufl. Stumpf und Kossendey, Ede- wecht
- Luiz T (2008) Der psychosoziale Notfall. Notfall- und Rettungs- med 11: 547-551
- Luiz T (2013) Psychosoziale Notfälle – Einsatz für den Notarzt? Notfallmed Up2date 8: 205-214
- Mielck A (2005) Arbeitslosigkeit und Armut: soziale Bedingungen der notfallmedizinischen Versorgung. In: Madler C et al. (Hg.) Das NAW-Buch. Akutmedizin der ersten 24 Stunden. Elsevier, Mün- chen, S. 1113-1124
- Pajonk FG et al. (2002) Psychiatrische Notfälle. Häufigkeit und Versorgung im Vergleich einer großstädtischen mit einer länd- lichen Region. Notfall- und Rettungsmed 5: 110-115
- Poloczek S, Schmitt TK, Madler C (2007) Psychosoziale Notfälle. In: Dirks B (Hg.) Die Notfallmedizin. Springer, Heidelberg, S. 314- 319
- Redelsteiner C (2013) Die erste Versorgungsebene als Schlüssel- stelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. [www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/ viewFile/256/412.pdf](http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/256/412.pdf) (Abruf: 9. Juni 2015)
- Sefrin P (2013) Zunehmender Hausarztmangel. Verschwindet die Basis der Patientenversorgung mit der Folge zunehmender Ret- tungsdiensteseinsätze? Vortrag auf dem DRK-Symposium Zukunfts- modell Rettungsdienst vom 15./16. Oktober 2013 in Wolfsburg.
- Sefrin P (2013) Keiner mehr da! Der Rettungsdienst und der ländliche Raum. Vortrag auf dem 13. Rettungsdienstsymposium des DRK-Landesverbandes Hessen vom 14./15. November 2013 in Hohenroda.
- Schmidt J (2012) Gewalt gegen Rettungskräfte. Bestandsauf- nahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht. Universität Bochum
- Trabert G (2009) Der obdachlose/wohnungslose Notfallpatient. In: Madler C, Jauch K-W, Werdan K, Siegrist K, Pajonk F-G (Hg.) (2009) Akutmedizin – die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch. 4. Aufl. Elsevier, München, S. 1059-1066

Besondere Lage

Situationsgerecht sichern



- vorbereiten
- annähern
- sichern

Besondere Einsatzlagen machen einen sicheren Eigenschutz notwendig, insbesondere wenn die Einsatzstelle von Konflikten und Gefahren gekennzeichnet ist. Ein bewaffneter Patient, eine Situation nach Schusswechsel? Dieses Buch zeigt auf, wie Rettungsfachpersonal gefährliche Situationen erkennen und geeignete Handlungsmuster entwickeln kann. Es hilft, Ihr eigenes Verhalten in einer Konflikt- und Gefahrenlage zu überdenken und konstruktiv an sicheren, situationsadäquaten Strategien zu arbeiten.

Eigensicherung im Rettungsdienst Situationsgerechtes Verhalten in Konflikt- und Gefahrenlagen

hrsg. von H. Friedrich

- 1. Auflage 2006
- 278 Seiten
- 162 farbige Abbildungen
- Hardcover

Best.-Nr. 352 · € 34,50

**Bestellen Sie jetzt direkt in
unserem Online-Shop:
www.skverlag.de/shop**