



Abb. 1: Versorgung hilfloser Personen – auf die Dauer auch ein Belastungsfaktor.

Großstadtrettung: Empfehlungen für die persönliche Psychohygiene und die Weiterent- wicklung der Versorgungsstruktur

Aktuell ziehen in Deutschland mehr Menschen aus ländlichen Regionen in Städte als umgekehrt; in der Fachliteratur ist von „Reurbanisierung“ und einer „neuen Landflucht“ die Rede. Günstigere Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt, die allgemeine Versorgungssituation sowie überwiegend sinkende Mieten und Immobilienpreise sind offenbar Gründe dafür (16, 19). Mit dieser Entwicklung sind nicht zuletzt vielfältige Herausforderungen für die Organisation und Qualitätssicherung der präklinischen Notfallversorgung verknüpft. Beispielsweise wird der Rettungsdienst in Großstädten nicht nur einem weiter steigenden Einsatzaufkommen gerecht werden müssen. Voraussichtlich wird es ebenso angebracht sein, rettungsdienstliches Handeln stärker präventiv und nicht nur notfall-, sondern auch sozialmedizinisch auszurichten (14). Gleichzeitig kommen Personalentwicklungsstrategien und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu.

Autor:

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

Zukünftige Herausforderungen

Die Anforderungen an den Rettungsdienst nehmen in den kommenden Jahren deutlich zu. Insbesondere in Großstädten sind höhere Einsatzzahlen, eine Häufung v.a. psychosozialer Notfälle und eine Zuspitzung wei-

terer, potenziell belastender Rahmenbedingungen der Notfallversorgung (siehe Artikel auf S. 24 in dieser RETTUNGSDIENST) zu erwarten. Bedingt durch den demografischen Wandel wird parallel dazu von einem Fachkräftemangel ausgegangen (2). Generell wird es schwieriger werden, geeignete Nachwuchskräfte für

den Rettungsdienst zu gewinnen – und Mitarbeiter in einem extrem anspruchsvollen, noch dazu nicht unbedingt hoch attraktiven Berufsumfeld wie der Großstadtrettung zu halten. Vor diesem Hintergrund gilt es einerseits, umso mehr auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Rettungsdienstmitarbeiter zu achten. Andererseits sollten in Kooperation mit psychosozialen Hilfsdiensten und -einrichtungen angemessene Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

Psychosoziale Prävention

Um den alltäglichen Anforderungen der Großstadtrettung dauerhaft gerecht werden zu können und dabei vor allem auch selbst gesund zu bleiben, ist einmal mehr auf die Notwendigkeit einer angemessenen Prävention hinzuweisen. Dass die inzwischen bundesweit etablierten Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Einsatzkräften dabei in ein zielgruppenspezifisches Gesamtkonzept innerbetrieblicher Gesundheitsförderung integriert werden sollten, ist längst keine neue Erkenntnis mehr.

Maßnahmen auf individueller Ebene

Zunächst einmal ist jeder einzelne Rettungsdienstmitarbeiter dafür verantwortlich, auf die eigene Gesundheit zu achten. Auch wer in der Großstadtrettung tätig ist, kann einiges unternehmen, damit etwaige Belastungsfolgen nicht zu einem dauerhaften Problem für ihn werden.

Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle → Handlungsmotive, Normen und Wertvorstellungen, aber auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen („role making“) sowie die persönlichen Ausgestaltungen vorgegebener Rollen („role taking“) sollten z.B. selbstkritisch reflektiert und ggf. der (Einsatz-) Realität angepasst werden. Dazu gehört, sich von verbrämten Illusionen zu befreien:

- „Retten“, insbesondere im großstädtischen Rettungsdienst, ist nun einmal nicht nur notfallmedizinische, sondern zu einem hohen Anteil eher psychosoziale Hilfeleistung (14).
- Gutes zu tun und zu helfen wird keineswegs nur positiv gesehen, sondern birgt insbesondere in der Großstadtrettung sehr wohl auch ein erhebliches Konfliktpotenzial (10). „Retter“ werden nicht immer nur als Helfer und Gutmenschen gesehen, sondern manchmal auch als Repräsentant eines verachteten Systems bzw. der „Obrigkeit“ – und damit als Gegner. Schon das Tragen von Dienstkleidung kann in den Augen einer bestimmten Klientel bereits als Symbol für Machtanspruch und auch Machtausübung stehen.

Tab. 1: Fragen für ein persönliches Frühwarnsystem

Wie geht es mir eigentlich?

Was gelingt mir gut, was nicht?

Beschäftigen mich unangenehme Gedanken?

Ziehe ich mich zurück?

Bin ich sarkastisch oder zynisch?

Bin ich noch immer auf dem richtigen Weg?

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 ich 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 eventuell verändert?

- Tatsächlich verfolgen auch Rettungsdienstmitarbeiter nicht immer nur selbstlose und „edle“, sondern auch eine Vielzahl egoistischer Motive – was völlig legitim ist (12).

Je unreflektierter und undifferenzierter sich jemand allerdings mit dem naiv tradierten Klischee eines „Retters“ identifiziert, umso wahrscheinlicher ist es z.B., psychosoziale Notfälle als unsinnige „Fehleinsätze“ zu betrachten und in der Großstadtrettung entsprechend rasch frustriert zu sein (Rettungsassistent auf die Frage nach seinem Beruf: „Ich bin Taxifahrer mit Blaulicht – aber nur für Besoffene“). Wer sich in der Großstadtrettung jedoch eher als „rettungsdienstlicher Sozialarbeiter“ sieht und akzeptiert (!), könnte z.B. daran arbeiten, sich auch in dieser Hinsicht zu professionalisieren. Psychosoziale Notfälle müssten dann nicht zwingend nur belastend sein, sondern sie könnten als eine besondere berufliche Herausforderung betrachtet werden, der man in gleicher Weise gerecht werden muss, wie z.B. der Versorgung eines polytraumatisierten oder reanimationspflichtigen Notfallpatienten.

Freizeitgestaltung → Wichtige Voraussetzungen für einen angemessenen Umgang mit den Alltagsbelastungen (den sog. daily hassles) der Großstadtrettung sollten selbstverständlich auch im Rahmen der individuellen Freizeitgestaltung geschaffen werden. Um etwaigen Frust abzubauen, sind körperliche bzw. sportliche Aktivitäten empfehlenswert. Eine gesunde Ernährung sowie ein Hobby, das Freude bereitet und einen Ausgleich zu den beruflichen Aktivitäten darstellt, wirken sich ebenfalls positiv aus (13).



Abb. 2: Nonstop Einsatzstress: Hier ist psychosoziale Prävention angebracht.

Persönliches Frühwarnsystem → Manche negativen Belastungsfolgen entwickeln sich schleichend und bleiben anfangs häufig unbemerkt. Deshalb ist es wichtig, die eigene Befindlichkeit aufmerksam im Blick zu behalten, um ungünstige Veränderungen ggf. rasch erkennen zu können. Tab. 1 beinhaltet einen Fragenkatalog, der dabei helfen soll, den eigenen Gesundheitszustand angemessen einzuschätzen. Sofern man den Eindruck hat, dass etwas „nicht (mehr) stimmt“, sollte man keine Scheu haben, sich Hilfe zu suchen bzw. sich an einen kompetenten psychosozialen Ansprechpartner zu wenden.

Manche negativen Belastungsfolgen entwickeln sich schleichend. Deshalb ist es wichtig, die eigene Befindlichkeit aufmerksam im Blick zu behalten, um ungünstige Veränderungen rasch erkennen zu können.

Maßnahmen auf institutioneller Ebene

Neben den individuellen Maßnahmen zur persönlichen Psychohygiene ist aber auch jeder Arbeitgeber im Rettungsdienst dazu verpflichtet, für die Gesundheit seiner Mitarbeiter Sorge zu tragen. Neben einer angemessenen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen sind ggf. konkrete Interventionen angebracht. Einige ausgewählte Aspekte sollen hier ausführlicher dargestellt werden.

Qualifizierungsmaßnahmen → Ob z.B. die übliche Ausbildung von Rettungsdienstmitarbeitern dem tatsächlichen Anforderungsprofil des großstädtischen Einsatzalltags gerecht wird, darf bezweifelt werden. Interessanterweise werden vielerorts standardisierte

Trauma-Versorgungssysteme, aber keine standardisierten Trainingskonzepte zum Verhalten in Konfliktsituationen oder für den Umgang mit Sozialnot angeboten. Die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen kommt nach wie vor zu kurz. Jeder sechste Rettungsdienstmitarbeiter fühlt sich nicht gut auf potenzielle Konflikte im Einsatz vorbereitet (17).

Dem Training des Kommunikationsverhaltens, insbesondere der Vermittlung von Deeskalationsstrategien und interkultureller Kompetenz, sollte daher eine besondere Beachtung geschenkt werden (17). Ebenso wichtig ist es, ein tieferes Verständnis für die Entstehung von Sozialnot, Obdachlosigkeit, Frust, Aggression und Gewalt zu ermöglichen: Nicht zuletzt trägt dies dazu bei, aversives Verhalten von Patienten und Angehörigen angemessen einordnen zu können. Es resultiert in der Regel eben nicht aus persönlicher Ablehnung, d.h. man sollte sich sagen können: „Ich bin nicht gemeint“.

Beratung, Supervision → Über geeignete Schulungsangebote hinaus wären vertrauliche Beratungsangebote wünschenswert. Bei den etablierten Strukturen zur psychosozialen Unterstützung steht bedauerlicherweise meist die Nachsorge nach Extremsituationen im Vordergrund. Die „Mikrostressoren“ des Einsatzalltags werden kaum thematisiert.

Nach einer Schicht, in der zahlreiche „hilflose Personen auf der Straße“ versorgt werden mussten, käme wohl niemand auf die Idee, z.B. ein Debriefing durchzuführen. Diese Methode ist dafür auch weder gedacht noch geeignet. Angemessener wäre eine regelmäßige, anlassunabhängige Supervision – und zwar innerhalb der Arbeitszeit. Ein derartiges Angebot gibt es im Rettungsdienst bislang allerdings nur selten.

Körperliche Fitness → Gleiches gilt für Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Fitness. Lediglich 24% der in einer Studie befragten Rettungsdienstmitarbeiter fühlen sich diesbezüglich durch ihren Arbeitgeber „sehr gut“ bzw. „gut“ unterstützt (18). Mit Physiotherapeuten und Therapiezentren im Umkreis einer Rettungswache könnten jedoch spezielle Mitarbeiterkonditionen vereinbart werden. Wünschenswert wäre es auch, wenn auf Rettungswachen Trainingsgeräte zur Verfügung stehen würden, eine „Rückenschule“ durchgeführt würde oder sportliche Aktivitäten im Kollegenkreis wie ein regelmäßiger Lauftreff o.ä. konkrete Unterstützung fänden.

Team- und Organisationsentwicklung → Auch Teamentwicklungsmaßnahmen sowie die tatsächliche (!) Umsetzung von Organisations- bzw. Un-

ternehmensleitbildern sind für die Gesundheit von Rettungsdienstmitarbeitern von hoher Relevanz. Auf Einsatzfahrzeugen oder in den Aufenthaltsräumen von Rettungswachen blumige Marketingfloskeln zu platzieren, ist damit allerdings nicht gemeint. Der Anspruch von Unternehmensleitbildern und die Umsetzungsrealität klaffen vielerorts offenbar extrem auseinander. Eine von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Kommunikationskultur, ein konstruktives Fehler- und Konfliktmanagement („no blame culture“) und auch ein Ethikkodex lässt sich jedoch nicht per Aushang anordnen, sondern muss von allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet und dann v.a. auch gelebt werden.

Eine von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Kommunikationskultur, ein konstruktives Fehler- und Konfliktmanagement und auch ein Ethikkodex muss von allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet und gelebt werden.

Wenn ein gutes Betriebsklima vorhanden ist und der jeweilige Rettungsdienst v.a. partizipativ weiterentwickelt wird, stellt dies eindeutig einen stark wirksamen präventiven Faktor dar. Krankheitsbedingte Fehlzeiten werden nachweislich verringert (1). Sofern manche Führungskräfte sich jedoch – ob aus mangelndem Interesse, mangelnder psychosozialer Kompetenz oder eigener Arbeitsüberlastung – lediglich darauf beschränken, Dienstpläne zu besetzen und auf die ordnungsgemäße Einsatzabrechnung zu achten, muss sich niemand wundern, wenn früher oder später die Gesundheit der Mitarbeiter – und in der Folge auch die Qualität der Arbeit leidet. Je belastender das Arbeitsumfeld ist, desto bedeutsamer wirken sich jedenfalls Führungskompetenz und Organisationskultur aus.

Interventionen → Zeigt der Einsatz in der Großstadtrettung bereits negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter oder die Qualität der Arbeit, muss unmittelbar gehandelt werden. Hinweise auf problematische Entwicklungen können z.B. abfällige, sarkastische oder zynische Äußerungen („Und wieder mal auf Staatskosten Pennertaxi gespielt.“), zunehmend längere Ausrückezeiten, die Häufung krankheitsbedingter Fehlzeiten sowie eine offensichtliche Abstumpfung und sprachliche oder auch emotionale Verrohung sein (drastische Aussage eines Rettungsassistenten nach der erfolglosen Reanimation einer Prostituierten: „Der Alte hat die tot gefickt. Da ist die Nutte abgekackt.“).

Vereinzelt wird in Großstädten auch über geringerschätziges Verhalten gegenüber bestimmten Patienten, etwa „aus dem Milieu“, berichtet. Dies

manifestiert sich nicht nur in einer entsprechenden Wortwahl („So Du Penner, kommst Du freiwillig mit oder muss ich erst die Polizei rufen?“), sondern womöglich auch in körperlichen Übergriffen. Ein bewusst „ruppiges“ Umlagern oder eine besonders intensive Überprüfung von Schmerzreizen gehört bereits dazu – ein derartiges Verhalten ist jedoch in keiner Weise akzeptabel, ausgesprochen unprofessionell und womöglich sogar strafrechtlich relevant. Erfahrungen aus der Krankenpflege legen zudem nahe, solche Verhaltensweisen als Warnsignale zu betrachten, auf die schon zugunsten der Patientensicherheit augenblicklich reagiert werden muss (6). Es empfiehlt es sich daher, niedrigschwellig erreichbare psychosoziale Fachkräfte schon in den Alltag der Großstadtrettung einzubinden. Ein entsprechendes Konzept für „rettungsdienstliche Sozialarbeit“ liegt inzwischen vor (8).

Einsatzplanung → Nicht zuletzt wäre es wünschenswert, wenn Rettungsdienstmitarbeiter in regelmäßigen Abständen ihren Einsatzbereich wechseln könnten – etwa von der Großstadtrettung in ein eher ländliches Gebiet (und umgekehrt!) (7). Diese Forderung nach einem Rotationsprinzip scheitert in der Praxis vermutlich daran, dass ein Unternehmen bzw. eine Organisationsgliederung meist auch nur an einem Ort tätig ist. Möglicherweise können Rettungsdienstmitarbeiter aber nicht immer nur auf der gleichen hoch frequentierten Innenstadtwahe, sondern zumindest zeitweise auch in einem Außenbezirk eingesetzt werden.



Abb. 3: In der Großstadtrettung gesund zu bleiben, ist keine Selbstverständlichkeit – man muss auch etwas dafür tun!



Abb. 4: Auf Konfliktsituationen fühlen sich viele Rettungsdienstmitarbeiter nur unzureichend vorbereitet.

Möglicherweise können Rettungsdienstmitarbeiter nicht immer nur auf der gleichen hoch frequentierten Innenstadtwa- che, sondern zumindest zeitweise auch in einem Außenbezirk eingesetzt werden.

Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur

Neben der Notwendigkeit einer besonders engagiert betriebenen psychosozialen Prävention scheint es angebracht, die präklinische Notfallversorgung in Großstädten auch strukturell weiterzuentwickeln. Dies ist für alle Beteiligten von hoher Bedeutung: Rettungsdienstmitarbeiter könnten womöglich effektivere Hilfe leisten und wären dadurch zufriedener als bisher. Vielfältige Frustrationen könnten jedenfalls vermieden werden. Der jeweiligen Klientel könnte außerdem eine zielgerichtete Hilfe geleistet werden, als dies bislang üblich ist. In diesem Zusammenhang sind folgende Aspekte anzusprechen:

Abb. 5: Großstadtrettung erfordert nicht nur medizinisch-fachliche, sondern in immer stärkerem Maße auch psychosoziale Kompetenz.



Vernetzung und Schaffung neuer Hilfsangebote

Um dem besonderen Bedarf und den Bedürfnissen von Menschen in Sozialnot gerecht werden zu können, sollte der Rettungsdienst in Großstädten stärker als bisher mit Beratungsstellen, Obdachlosenheimen, Jugendhilfeeinrichtungen, Angeboten der Sozialarbeit („Social Streetwork“), Hausärzten sowie Hausnotruf-, Pflege- und Kriseninterventionsdiensten vernetzt werden (11). Durch die Etablierung eines permanent verfügbaren „psychosozialen Notfalldienstes“ bzw. eine enge Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit Sozialarbeitern könnten – eine entsprechende Einsatzallokation durch Rettungsleitstellen als „Medical Call-Center“ vorausgesetzt – vermutlich zahlreiche RTW-Einsätze vermieden werden (4, 15). Unnötige Hospitalisierungen von Betrunknen, bei denen keine klinische Überwachungs- oder Behandlungsnotwendigkeit besteht, lassen sich außerdem durch die Einrichtung alternativer Aufnahmeeinrichtungen (sog. Ausnüchterungsambulanzen) verhindern (9).

Durch die Etablierung eines permanent verfügbaren „psychosozialen Notfalldienstes“ könnten vermutlich zahlreiche RTW-Einsätze vermieden werden.

Case Management → Bei „Stammkunden“, die vom Rettungsdienst besonders häufig transportiert werden, ohne dass eine klare (notfall-) medizinische Indikation dafür vorliegt (sog. frequent flyers), sind darüber hinaus Fallkonferenzen im Sinne eines „Case Management“ angebracht (5). Manche Obdachlose, Drogenabhängige oder Prostituierte sind den Einsatzkräften aus ihrem Einsatzalltag bereits persönlich bekannt (Aussage eines Rettungsassistenten: „Den habe ich bestimmt schon hundert mal gefahren. Kurz nach der Einlieferung liegt der wieder auf der Straße, und dann geht das Spiel von Neuem los“). In solchen Situationen sollte gemeinsam mit Vertretern psychosozialer Hilfeeinrichtungen nach Lösungsansätzen gesucht werden, um bestehende Teufelskreise zu durchbrechen, die ständig neue, tatsächlich unnötige Alarmierung des Rettungsdienstes zu verhindern – und vor allem selbstverständlich für eine möglichst nachhaltige Unterstützung des Betroffenen zu sorgen, die der Rettungsdienst alleine definitiv nicht leisten kann. Ein derartiges, in Spokane (USA) etabliertes Versorgungssystem führte immerhin zu einer Reduktion der Rettungsdienstseinsätze für „frequent flyers“ um 75 bis 77% (15).

Fazit

Psychosoziale Prävention ist ohnehin in allen Rettungsdienstbereichen erforderlich. Gerade die be-

sonderen Bedingungen der Großstadtrettung sollten jedoch stärker in den Blick genommen werden als dies vielerorts bislang geschieht. Darüber hinaus könnten modifizierte und ergänzte Versorgungsstrukturen dazu beitragen, künftigen Herausforderungen gerecht zu werden, die im Rettungsdienst von Großstädten bereits heute absehbar sind. ©

Literatur:

1. Balanck J-C (2011) Die gesundheitsrelevante Bedeutung des Vorgesetztenverhaltens im Rettungsdienst. Rettungsdienst 34: 336-341 (Teil 1), 414-418 (Teil 2) und 514-518 (Teil 3)
2. Behrendt H, Runggaldier K (2009) Ein Problemaufriss über den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Notfall- und Rettungsmed 12: 45-50
3. Daschner CH (2009) Psychische Belastungen im Rettungsdienst. In: Lipp R (Hg.) Lehrbuch für präklinische Notfallmedizin Bd. 4. 4. Aufl. Stumpf und Kossendey, Edewecht, S. 447-465
4. Ellinger K, Genzwürker H (2002) Die neue Rolle der Rettungsleitstelle: Medical Call-Center. Notfall- und Rettungsmed 5: 516-518
5. Ewers M, Schaffer D (2005) Case Management in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Huber, Bern
6. Gasch B (2006) Gewalt und Aggression in der Intensivpflege. Vortrag auf dem 16. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege vom 22. bis zum 24. Februar 2006 in Bremen
7. Hering T, Beerlage I (2004) Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. Notfall- und Rettungsmed 7: 415-424
8. Hofmann E (2014) Soziale Arbeit am und durch den Rettungsdienst: Das Konzept „Rettungsdienstliche Sozialarbeit“. Unveröff. Bachelorarbeit, SRH-Hochschule Heidelberg
9. Kappus S (2005) Die Zentralambulanz für Betrunkene. Notfall- und Rettungsmed 8 (1): 36-43
10. Karutz H (2015) Großstadtrettung: Nur Enttäuschung, Gewalt und Frust? Rettungsdienst 38: 624-629
11. Lackner CK, Wendt M, Ahnefeld FW, Koch B (2009) Von der Rettungskette zum akut-medizinischen Netzwerk. Welche Versorgungsstrukturen braucht unsere Gesellschaft? Notfall- und Rettungsmed 12: 25-31
12. Lasogga F (2004) Die Berufswahl oder: Warum arbeitet jemand im Rettungsdienst? Rettungsdienst 27: 854-859
13. Lasogga F, Karutz H (2012) Hilfen für Helfer. Belastungen – Folgen – Unterstützung. 2. Aufl. Stumpf und Kossendey, Edewecht
14. Luiz T (2013) Psychosoziale Notfälle – Einsatz für den Notarzt? Notfallmed Up2date 8: 205-214
15. Redelsteiner C (2013) Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle 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 (Abruf: 9. Juni 2015)
16. Röhl K-H (2013) Konzentrations- und Schrumpfungprozesse in deutschen Regionen und Großstädten bis 2030. IW-Trends 4. www.iwkoeln.de/de/studien/iw-trends/beitrag/klaus-heiner-roehl-konzentrations-und-schrumpfungprozesse-in-deutschen-regionen-und-grossstaedten-bis-2030-141357 (Abruf: 15. Dezember 2014)
17. Schmidt J (2012) Gewalt gegen Rettungskräfte. Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht. Universität Bochum
18. Schmitt L, Runggaldier K (2010) Gesundheitsschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement: Eine vernachlässigte Aufgabe im Rettungsdienst. Rettungsdienst 33: 36-41
19. Siems D (2014) Junge Menschen ziehen massenhaft in die Metropolen. www.welt.de/wirtschaft/article129117096/Junge-Menschen-ziehen-massenhaft-in-die-Metropolen.html (Abruf: 9. Juni 2015)

Gegen Burnout und Co.

Strategien gegen Belastungen bei Kollegen und sich selbst



- **Stressprävention**
- **Belastungsreduktion**
- **Einsatznachsorge**

Notfälle mit Kindern, Konfrontation mit Sozialnot und Aggressivität – Rettungsdienstmitarbeiter sind besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Hinzu kommen ungünstige Faktoren im Dienstalltag wie körperliche Anstrengung, Nacharbeit, Schichtdienst u.v.m. Solchen Belastungen und Stressoren können die Helfer und ihre Vorgesetzten frühzeitig vorbeugen und begegnen. Dieser Ratgeber klärt über wichtige Einflussfaktoren auf und gibt hilfreiche Hinweise für Nachsorge und Betreuung. Wie man im Einsatz aktiv auf Belastungsanzeichen reagiert und nach dessen Abschluss richtig abschaltet und welchen wichtigen Ausgleich man mit Familie und Freizeit schaffen kann, wird hier aufgezeigt. Mit den dargebotenen Möglichkeiten der individuellen und institutionellen Nachsorge lassen sich Burnout und Co. verhindern!

Hilfen für Helfer Belastungen – Folgen – Unterstützung

von Frank Lasogga und Harald Karutz

- 2. Aufl. 2012
- 192 Seiten
- 4 Abbildungen
- Softcover

Best.-Nr. 335 · € 16,90

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