

ELSEVIER Emergency

Fachmagazin für Rettungsdienst und Notfallmedizin

Rettungsdienst und Psyche

Im Ausnahmezustand

Psychische Gesundheit
von Mitarbeitenden
im Rettungsdienst

Notfall Suizidversuch

ISSN 2698-2439
04
9 772698 243908

LESEPROBE



ELSEVIER

ISBN 978-3-437-48154-3



9 783437 481543

In diesem Heft

LEITTHEMA | RETTUNGSDIENST UND PSYCHE

Psychische Erkrankungen – ein Einblick 6–11

Im Hinblick auf steigende Zahlen wird eine profunde und umfassende Kenntnis psychischer Erkrankungen und ein professioneller Umgang damit im Rettungsdienst immer wichtiger.

Claudia Schwarz



RUPERT zur Förderung der psychischen Gesundheit von Rettungskräften 12–19

Psychische Störungen treten bei Mitarbeitenden von Rettungsdiensten öfter auf als bei der Durchschnittsbevölkerung. Das online-basierte Selbsthilfeangebot RUPERT unterstützt betroffene Rettungskräfte auf vielfältige Weise.

Anna Blume, Nico Niedermeier, Alena Knabe



Resilienz im Rettungsdienst 20–25

Resilienz ist die Fähigkeit, besonders anspruchsvolle Situationen erfolgreich zu bewältigen und gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Da im Rettungsdienst die Bewältigung von schwierigen Situationen zur täglichen Arbeit gehört, muss die Resilienz auf allen Verantwortungsebenen gefördert werden.

Jakob Klinger



Was für andere zu viel wäre, ist für uns ganz normal 26–33

Rettungsdienstkräfte sind sehr häufig mit psychisch belastenden Situationen konfrontiert. Bestimmte formale Strukturen können helfen, Erlebtes gut zu verarbeiten. Auch eine Kultur des Zusammenhalts und des offenen Austauschs spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Martin Prein



INTERVIEW

- Psychosoziale Notfallversorgung:
„Den Betroffenen ein Stück weit die Kontrolle zurückgeben“** 34–38
Alexander Nikendei

PSYCHOLOGIE & KOMMUNIKATION

- Notfall Suizidversuch** 40–45
Ulrich Hegerl
- Überbringen einer Todesnachricht** 46–48
Maximilian Moser
- Interkulturelle Kompetenz und Rassismus im Rettungsdienst** 50–53
Laura Koltes



EINSATZTECHNIK

- Vorsichtung** 54–61
Michael Göschel, Johannes Schweitzer, Marvin Gorke

NOTFALLMEDIZIN

- Untersuchung und Diagnostik unterschiedlicher Hautfarben** 62–67
Laura Koltes

RECHT

- Landesrettungsgesetze und SanG – ein Spannungsverhältnis?** 68–73
Daniel Hiermayer

- Editorial 1
- News | Termine | FOAM 4–5
- Lesetipps 39
- Medikamentenkunde 49
- Mitteilungen des DBRD 74–75
- Mitgliederinfos des BVRD.at 76–78
- Momentaufnahme 79
- Vorschau | Impressum 80

News | Termine | FOAM

In dieser Rubrik möchten wir in jeder Ausgabe auf aktuelle Themen in kurzer Form eingehen sowie etwas aus der FOAM-Szene vorstellen. Außerdem finden Sie hier Termine von Kongressen oder sonstigen interessanten Veranstaltungen. Gerne können Sie uns Termine, die Sie hier gelistet haben wollen, unter der E-Mail-Adresse rettungsdienst@elsevier.com mitteilen. An die gleiche Adresse können Sie uns auch Leserbriefe schicken, auf die wir jetzt schon sehr gespannt sind.

FOAM-Plattform



Abb. 1 Startseite Retterview

Retterview – von Samy Splint und 5 Sprechwunsch; nicht immer nur trockene Fortbildung, sondern auch mal Witz oder eben auch ein wenig daneben mit Videos auf Insta oder Facebook. Gerade aber die Podcastfolgen zum Thema „London meets Deutschland“ mit Dr. Johannes Strobl oder auch „Kampfpilotin, RettSan & Astronautin“ mit Nicola Winter als Gast lohnen das „Reinhören“ und gewähren auch einen Blick über den Tellerrand.
<https://www.retterview.de/ecmo.php>



FOAM-Artikel

Auswirkung von Schlafmangel auf Entscheidungsfindung

Dass Schichtarbeit und daraus resultierender Schlafmangel der Gesundheit nicht förderlich ist, ist seit langem bekannt. Eine Arbeit von Bartlett et. al. im *Emergency Medicine Journal* mit dem Titel „Effects of sleepiness on clinical decision making among paramedic students: a simulated night shift study“ beschäftigt sich nun mit dem Thema Schlafmangel und Entscheidungsfindung sowie Auswirkung auf die Patienten.

<https://emj.bmj.com/content/39/1/45>



Heparin für alle ACS-/NSTEMI-Patient:innen ...

... grundsätzlich eine gute Idee? Mit dieser Frage beschäftigt sich ein Eintrag im Blog REBELEM unter der Sichtweise des Benefits sowie der Risiken bei Fehldiagnose; also Brustschmerz ja, aber nicht kardial bedingt.

<https://rebelem.com/no-more-heparin-for-nstemi/>



Zum selben Thema auch ein Eintrag im Deutschen Ärzteblatt:

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=230867&s=Thoraxschmerz>



ST-Hebung ...

... muss nicht immer STEMI bedeuten. Was sonst noch dahinterstecken kann, erläutert ein Artikel von Grautoff et. al. in der *Med Klin Intensivmed Notfmed*.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00063-021-00882-5.pdf?pdf=button>



Hitzschlag

Passend zur warmen Jahreszeit hier ein Artikel, welcher sich mit dem Management des Hitzschlags in der Notaufnahme, aber auch im außerklinischen Bereich auseinandersetzt: „Evidence-Based Heatstroke Management in the Emergency Department“ im *West J Emerg Med*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7972371/>



Natriumbicarbonat ...

... hat in der Notfall- und Intensivmedizin inzwischen eher einen kontrovers diskutierten Stellenwert. Etwas hintergründiger zum Nutzen oder Unnutzen setzt sich der Artikel von Wardi et. al. im *Journal of Emergency Medicine* auseinander.

<https://www.jem-journal.com/action/showPdf?pii=S0736-4679%2823%2900263-9>



Termine

Veranstaltungen D/A/CH			
VERANSTALTUNG	DATUM	ORT	WEBSITE
AGN Notfallsymposium	30.09.2023	Graz (A)	https://www.agn.at/aktuelles/
11. Stuttgarter Notfalltag	07.10.2023	Stuttgart	www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/klinik-fuer-anaesthesiologie-operative-intensivmedizin-notfallmedizin-und-schmerztherapie/fort-und-weiterbildung/stuttgarter-notfalltag
Deutscher Rettungsdiensttag	06./07.10.2023	Kassel	https://deutscher-rettungsdiensttag.de
Notfallgäu	24./25.11.2023	Memmingen	https://notfallgaeu.de
ÖNK-Kongress 2023	27./28.11.2023	Wien	https://www.notarztkongress.at
23. DIVI-Kongress	29.11–01.12.2023	Hamburg	www.divi.de
Forum Rettungswissenschaften	27./28.04.2024	Jena	https://forum-rettungswissenschaften.de

Alle hier gelisteten Termine ohne Gewähr.

Veranstaltungen international			
VERANSTALTUNG	DATUM	ORT	WEBSITE
AMTC	23.–25.10.2023	Columbus, OH (USA)	https://aams.org/page/AMTC23

Alle hier gelisteten Termine ohne Gewähr.

Auch Sie möchten den Termin einer Fortbildungsveranstaltung veröffentlichen?
Wenden Sie sich mit Ihrer Anfrage bitte an rettungsdienst@elsevier.de

Alle hier aufgeführten Artikel sind im „open access“ verfügbar.



Psychische Erkrankungen – ein Einblick

Schlüsselwörter:

Angststörungen
 Depression
 Suchterkrankungen
 Zwangsstörungen
 Schizophrenie
 Posttraumatisches Belastungssyndrom
 Essstörungen
 Persönlichkeitsstörungen
 Demenz
 Delir

Zusammenfassung: Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und nehmen zu. Im Rettungsdienst spielen sie eine nachrangige Rolle, da sie häufig nicht die primäre Ursache für einen Rettungseinsatz sind. Dennoch ist es wichtig, die Prävalenz und Vielfalt psychischer Erkrankungen besser zu verstehen. Denn die Art und Weise, wie wir im Rettungsdienst damit umgehen, zeugt von Professionalität und hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen.

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet

Psychische Erkrankungen spielen im Rettungsdienst eine nachrangige Rolle. Einerseits sind sie meistens nicht akut und andererseits sind rettungsdienstliche Interventionsmöglichkeiten sehr beschränkt. Dabei nehmen psychische Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich zu. Mehr als ein Viertel der erwachsenen deutschen Bevölkerung zeigen innerhalb eines Jahres Symptome, die auf Kriterien einer psychischen Erkrankung zutreffen, wobei davon bisher weniger als ein Fünftel

tatsächlich dafür auch Gesundheitsleistungen beanspruchen [2]. Die Dunkelziffer ist also groß. Angststörungen treten in der Bevölkerung am häufigsten auf (15,4%), gefolgt von affektiven Störungen (bipolar 9,8%, davon Depression alleine 8,2%) und Störungen infolge von Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%) [2]. Über alle Berufsgruppen hinweg waren psychische Erkrankungen in Deutschland 2022 bei den Fehltagen im Beruf bei Männern an dritter und bei Frauen an zweiter Stelle [1] und machen rund 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage aus [2]. Psychische Erkrankungen gehören zu den wichtigsten Ursa-

chen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Betroffene haben eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung [2].

Was bedeutet psychisch krank?

Schlechte Laune, ein allgemeines „Down“, ein belastender Einsatz, Streit zu Hause oder Stress in der Arbeit, jede und jeder von uns kennt das Auf und Ab des Gemütszustandes. In den meisten Fällen bewältigen wir psychische Höhen und Tiefen mit Coping-Strategien, die wir uns im Laufe des Lebens zurechtgelegt haben: Gespräche, Sport, Backen, Musik hören, sich zurückziehen sind nur einige davon. Das zeugt von psychischer Gesundheit.

Wenn eine Belastung oder ein Gemütszustand, eine nicht rational begründbare Angst, der übermäßige Griff zu Alkohol oder Ähnliches über Wochen andauert und den Alltag, das Berufsleben und die Sozialfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen, sprechen wir von einer psychischen Störung. Nicht selten geht sie einher mit körperli-

chen Beschwerden, für die es keine organischen Ursachen gibt. Daneben gibt es noch eine große Bandbreite anderer Erkrankungen der Psyche, die Gehirn, Verhalten und Denkvermögen beeinträchtigen. Das Feld ist breit.

Häufige psychische Erkrankungen [4]

Nach dem Motto „Häufiges ist häufig“ sind hier einige der oft anzutreffenden psychischen Erkrankungen exemplarisch kurz beschrieben, jeweils mit einem Vermerk, was es im Rettungsdienst dabei besonders zu beachten gilt. Vorausgeschickt sei, dass es unabhängig von einem möglicherweise fehlenden Realitätsbezug von Patient:innen immer ratsam ist, sie ernst zu nehmen und ihre Beschwerden keinesfalls zu bagatellisieren.

Angststörungen

Zu dieser Kategorie gehören Erkrankungen wie generalisierte Angststörung, Panikstörung, Phobien und soziale Angststörung. Menschen mit Angststörungen haben anhaltende, übermäßige Sorgen

Klassifikation

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) sind psychische und Verhaltensstörungen unter Kapitel V als F00 bis F99 aufgelistet [3]:

- F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (etwa Demenz, Delir, Störungen aufgrund organischer Ursachen)
- F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (etwa Intoxikationen, Entzugssyndrom)
- F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30–F39 Affektive Störungen (etwa manische und depressive Episoden, bipolare Störungen)
- F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (etwa Phobien, Angststörung, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung)
- F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (etwa Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, postnatale Depression)
- F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (etwa Paranoide Persönlichkeitsstörung, Störungen der Impulskontrolle, Störung der Geschlechtsidentität, Störung der Sexualpräferenz)
- F70–F79 Intelligenzstörung (etwa Intelligenzminderung)
- F80–F89 Entwicklungsstörungen (etwa Sprachstörungen, Lese- und Rechtsschreibstörungen, Autismus, Asperger-Syndrom)
- F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (etwa Hyperaktivitätsstörung, Ticstörungen, Stottern)
- F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

An dieser Auflistung erkennt man, dass das Spektrum psychischer Erkrankungen nicht nur breit, sondern auch die Bandbreite der einzelnen Erkrankungen sehr groß ist.

Abb. 1 Häufige psychische Störungen gemäß DSM-IV (12-Monats-Diagnosen) [Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnosen erhoben in DEGS1-MH (2009–2012). Altersbereich 18–79 Jahre] [4]



oder Ängste, die ihr tägliches Leben beeinträchtigen können.

Für den Rettungsdienst ist zunächst zentral, somatische Ursachen eines vorgetroffenen Angstzustandes sicher auszuschließen. Ist die Angst Reaktion eines anderen medizinischen Problems (etwa Herzinfarkt, Lungenembolie, Asthmaanfall) oder selbst Auslöser für Symptome wie Tachykardie, Brustenge oder Atemnot?

Affektive Störungen:

Depression und bipolare Störungen

Menschen mit Depressionen, bipolaren Störung oder saisonal affektiven Störungen erleben eine anhaltende Veränderung ihres Gemütszustandes, der ihre allgemeine Lebensqualität beeinflussen. Depressionen sind häufige Begleiterkrankungen anderer körperlicher Erkrankungen oder ein Symptom von Einsamkeit, insbesondere einer immer älter werdenden Gesellschaft. Darauf ist jedenfalls in der Gesprächsführung und Versorgung Rücksicht zu nehmen. Ist eine Stimmungsstörung selbst der Auslöser für den Rettungseinsatz, geht es oft um eine drohende Selbstverletzung oder um die Überforderung der Angehörigen. In jedem

Fall ist auf den Selbst- und Fremdschutz zu achten. Betroffene dürfen ab der ersten Kontaktaufnahme nicht mehr alleine gelassen werden.

Suchterkrankungen

Bei substanzbezogenen Störungen handelt es sich um Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Missbrauch oder der Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

Im Rettungsdienst werden sie meist dann relevant, wenn Personen durch eine Überdosierung Bewusstseinsstörungen oder einen Bewusstseinsverlust erleiden. Gemeinsam mit dem vorgefundenen Umfeld gilt es herauszufinden, um welche Substanzen und wie viel davon es sich handelt. Diese Informationen sind oft in der weiteren Behandlung entscheidend.

Zwangsstörungen

Menschen mit Zwangsstörungen haben wiederkehrende, belastende Gedanken (Obsessionen) und/oder zwanghafte Verhaltensweisen (Zwänge), die sie oft nicht kontrollieren können.

Auch wenn dies meist nicht die primäre Indikation eines Einsatzes darstellt, sind Menschen mit Zwangs-

störungen besonders herausfordernde Patient:innen. Hier ist geboten, Sicherheit zu vermitteln, auf die Bedürfnisse der Betroffenen bestmöglich einzugehen und in Zusammenarbeit mit ihnen und ihrem Umfeld Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die für den konkreten Fall funktionieren.

Schizophrenie und andere Psychosen

Zu den psychotischen Störungen gehören die Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Menschen mit psychotischen Störungen erleben Veränderungen im Denken, in der Wahrnehmung und im Verhalten, die oft den Kontakt zur Realität beeinflussen. Symptome können Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Desorganisiertheit, sozialer Rückzug oder emotionale Abflachung umfassen. Zu Rettungseinsätzen kommt es oft dann, wenn Betroffene ihre Medikamente nicht nach Rezept einnehmen. In solchen Situationen sind Selbstschutz und ein deeskalierender Kommunikationsstil oberstes Gebot.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

PTBS tritt auf, wenn jemand ein traumatisches Ereignis erlebt hat und danach nicht adäquat in der Lage ist, das Erlebte zu verarbeiten. Symptome können Flashbacks, Albträume, Ängste und Stimmungsschwankungen umfassen.

Im Umgang mit Betroffenen ist nicht nur eine empathische Kommunikation zentral, sondern auch, mögliche Auslöser und Trigger-Themen zu vermeiden. Der Versorgungsfokus liegt auf den aktuellen Symptomen und Bedürfnissen der Patient:innen.

Essstörungen

Essstörungen wie Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung betreffen das Essverhalten und die Körperwahrnehmung. Menschen mit Essstörungen haben oft eine gestörte Einstellung zum Essen, zum eigenen Körpergewicht oder zur Körpergröße.

Diese Störungen können schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Meist ist es das, was zu einem Rettungseinsatz führt. Bei einer körperlichen Untersuchung ist besondere Sensibilität gefordert. Kommentare über das Aussehen oder den Zustand des oder der Patient:in sind hier fehl am Platz.

Persönlichkeitsstörungen

Diese Kategorie umfasst verschiedene Arten von Störungen, die sich durch tief verwurzelte und starre Muster des Denkens, Fühlens und Verhaltens auszeichnen. Beispiele dafür sind Borderline, narzisstische oder antisoziales Persönlichkeitsstörung.

Auch hier wird die psychische Erkrankung meist nicht der Auslöser eines Rettungseinsatzes sein. Im Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist es besonders wichtig, ruhig zu bleiben, Konfrontationen zu vermeiden, sich nicht auf Machtkämpfe einzulassen und klare Grenzen zu setzen. Das Bewahren einer professionellen Distanz ist entscheidend.

Neurokognitive Störungen

Neurokognitive Störungen werden durch eine organische Ursache im Gehirn verursacht und sind das Resultat einer körperlichen Erkrankung, Verletzung oder Intoxikation. Das Denken, das Gedächtnis und das Verhalten der betroffenen Person sind beeinträchtigt.

Demenz ist die häufigste dieser Erkrankungsformen und betrifft derzeit rund 1,8 Millionen Deutsche. Bis 2050 wird sich diese Zahl voraussichtlich auf 2,4 bis 2,8 Millionen erhöhen [5]. Der Umgang mit an Demenz erkrankten Patient:innen gehört im Rettungsdienst mittlerweile zur Routine. Dennoch ist es wichtig, sich der besonderen Bedürfnisse der Betroffenen immer wieder zu vergegenwärtigen: Vertrauen schaffen, Sicherheit geben, Stress und Überforderung vermeiden, Verständnis aufbringen, das Umfeld aktiv einbeziehen, sich Zeit nehmen.

Anders als eine Demenzerkrankung, die langsam fortschreitet, handelt es sich beim Delir um ein akutes Verwirrtheitssyndrom. In der Regel wird es durch eine andere zugrunde liegende medizinische Erkrankung verursacht, die rasch identifiziert und therapiert werden muss. Genau deshalb ist ein Delir immer eine Notfallindikation und muss umgehend abgeklärt werden.

Die hier exemplarisch beschriebenen psychischen Erkrankungen sind ein Querschnitt durch das, was in der Bevölkerung häufig anzutreffen ist. Als roter Faden zieht sich durch, dass Kommunikation

in allen Fällen ein ausschlaggebendes Tool für den Erfolg einer Versorgung ist.

Als geschultes Rettungsdienstpersonal sind wir gefordert, für die Vielzahl an psychischen Erkrankungen ein waches Auge zu haben: nicht nur bei unseren Patient:innen, sondern auch bei unseren Kolleg:innen und bei uns selbst.

Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten

Risikofaktoren und Ursachen für psychische Erkrankungen können vielfältig sein und variieren je nach Art der Erkrankung. Es gibt eine Kombination aus genetischen, biologischen, Umwelt- und Lebensstilfaktoren. Darüber hinaus sollte uns immer bewusst sein, dass jede physische Erkrankung auch eine psychische Komponente mit sich bringt.

Eine genetische Veranlagung kann das Risiko für bestimmte Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder bipolare Störungen erhöhen. Menschen, bei denen enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an psychischen Erkrankungen

leiden, haben ein erhöhtes Risiko, ähnliche Erkrankungen zu entwickeln.

Belastende Lebensereignisse wie der Verlust eines geliebten Menschen, eine schwierige Beziehung, Missbrauch, Vernachlässigung, finanzielle Probleme oder Arbeitsstress können das Risiko für psychische Erkrankungen ebenfalls erhöhen. Auch ungünstige Lebensbedingungen wie Armut, soziale Isolation oder traumatische Ereignisse wie Kriege oder Naturkatastrophen spielen eine Rolle.

Störungen in bestimmten Neurotransmittersystemen im Gehirn, wie z.B. Serotonin, Dopamin oder Noradrenalin, können zu psychischen Erkrankungen beitragen. Diese Ungleichgewichte beeinflussen die Kommunikation zwischen den Nervenzellen und rufen Symptome hervor.

Auch bestimmte neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle, Hirnverletzungen oder neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz können zu psychischen Symptomen führen.

Der Missbrauch von Alkohol oder Drogen kann das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen oder vorhandene Erkrankungen verschlimmern. Substanzen können das Gehirn chemisch verändern und zu Stimmungsstörungen, Angstzuständen oder anderen psychischen Problemen führen.

Es ist wichtig anzumerken, dass diese Faktoren nicht isoliert betrachtet werden sollten, sondern oft in Kombination auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Zusätzlich können individuelle Unterschiede und Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Risikofaktoren eine Rolle spielen.

Zu den gängigen Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen zählen Psychopharmakotherapie (Antidepressiva, Antipsychotika, Stimmungsstabilisatoren, Angstlöser), verschiedene Formen der Psychotherapie, Selbsthilfegruppen und Peer-Support-Programme, bis hin zur einer vorübergehend stationären Behandlung in geeigneten Krankenhäusern.

Gerade im Zusammenhang mit einer medikamentösen Therapie ist wichtig zu wissen, dass Psychopharmaka ihre Wirkung erst rund zwei Wochen nach Beginn der Einnahme entfalten. Oftmals geht der Identifikation der für die jeweilige Person geeigneten Medikation auch eine teils bedeutend längere Phase des „Einstellens“ voran. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, die medi-

Abb. 2 Selten wird der Rettungsdienst für akute psychische Erkrankungen gerufen – doch manchmal hat der oder die Patient:in eine Sekundärdiagnostik, die in einer außergewöhnlichen Situation relevant werden kann.



kamentös behandelt werden, kommt es meist dann zu herausfordernden Situationen, wenn die Medikamente (noch) nicht wirken (oder z. B. im Zusammenhang mit einem Magen-Darm-Infekt ihre Wirkung nicht voll entfalten können), wenn Medikamente umgestellt oder nicht laut Verschreibung eingenommen werden. Sich sowohl nach den verschriebenen als auch eingenommenen Medikamenten genau zu erkundigen, gehört deshalb notwendig zu einer vollständigen Anamnese aller Patient:innen mit psychischen Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen als Sekundärdiagnose

Wenn jede:r vierte Deutsche innerhalb eines Jahres Symptome einer psychischen Erkrankung aufweist, so müssen wir uns auch im Rettungsdienst bewusst sein, dass viele unserer Patient:innen davon betroffen sind. Häufig wird das nicht die Primärdiagnose sein, die einen akuten Rettungseinsatz auslöst – weit öfter wird es sich um eine Sekundärdiagnose handeln, die sich jedoch auf das Gesamtbild und die Versorgung maßgeblich auswirken kann.

Es ist deshalb dringend geboten, in der Aus- und Weiterbildung genau darauf gezielt einzugehen. Zu wissen, wie man mit an Demenz erkrankten Personen richtig kommuniziert, wie man auf das Sicherheitsbedürfnis von Menschen mit Angstzuständen eingeht oder dass man eine wahrgenommene depressive Verstimmung bei einer Person mit einer anderen akuten Erkrankung im Rahmen der Übergabe im Krankenhaus als Begleitdiagnose angibt, ist am Ende des Tages das, was Professio-

nalität im Rettungsdienst ausmacht. Die psychischen und emotionalen Bedürfnisse von Patient:innen wahrzunehmen, anzuerkennen und darauf einzugehen, macht für Betroffene den entscheidenden Unterschied, ob sie nur als Diagnose oder als Person wahrgenommen werden.

Fazit

Der Umgang mit psychisch Erkrankten im Rettungsdienst ist oft frustrierend: weil man akut nur wenig für sie tun kann, weil sie übermäßig viel Zeit kosten, weil die Patient:innen häufig nicht kooperativ sind.

Eine professionelle, respektvolle und einfühlsame Herangehensweise an Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte im Rettungsdienst dennoch selbstverständlich sein. Gerade im Hinblick auf steigende Zahlen psychiatrischer Erkrankungen braucht es hier auch in der Aus- und Weiterbildung entsprechende Angebote, um die Mitarbeiter:innen im Rettungswesen bestmöglich vorzubereiten.

Quellen

- [1] Gesundheitsreport 2023. DAK Gesundheit, April 2023.
- [2] Basisdaten Psychische Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Jänner 2023.
- [3] Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10-GM 2003). Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023.
- [4] Robert Koch Institut. Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – bewerten – handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. 2021.
- [5] Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, August 2022.

Die Autorin

Dr. phil. Claudia Schwarz ist Sanitäterin in Linz, Lehrsanitäterin, Vortragende und Lehrbeauftragte.

Interessenskonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.



RUPERT zur Förderung der psychischen Gesundheit von Rettungskräften

Schlüsselwörter:

Psychische Gesundheit

Depression

Männergesundheit

Selbsthilfe

Unterstützende Angebote

Zusammenfassung: *Bedingt durch die hohe physische und psychische berufliche Belastung weisen Mitarbeitende im Rettungsdienst gegenüber der Durchschnittsbevölkerung nicht nur eine erhöhte Inzidenz körperlicher Beschwerden auf; auch das Vorkommen psychischer Störungen ist gehäuft. Studien zeigen deutlich erhöhte Zahlen von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen. RUPERT ist ein online-basiertes Selbsthilfeangebot zur Förderung der psychischen Gesundheit von haupt- und ehrenamtlichen Rettungskräften im medizinischen Bereich. Das Programm beinhaltet einzelne Module mit einem Schwerpunkt auf Männergesundheit, ist aber insgesamt für alle interessierten Rettungskräfte offen.*

Depressionen und andere psychische Erkrankungen

Die Depression ist eine häufige und gleichzeitig sehr schwere psychische Erkrankung. Allein in Deutschland erkranken im Laufe eines Jahres 5,3 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren. Typische

Kernsymptome sind Niedergeschlagenheit, der Verlust von Interesse und Freude sowie eine starke Antriebslosigkeit. Hinzu kommen Schlafstörungen, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen, Gefühle der Erschöpfung und sozialer Rückzug. Nicht selten berichten Patient:innen auch von Gedanken an den Tod. 90% der etwa 10.000 jährli-

chen Suizide sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, ein Großteil davon auf eine Depression.

Neben Depressionen scheinen auch andere psychische Erkrankungen wie Angststörungen, posttraumatische Erkrankungen, aber auch Suchterkrankungen heutzutage immer häufiger aufzutreten. Auch wenn man davon ausgeht, dass steigende Inzidenzzahlen von psychischen Erkrankungen zumindest teilweise auf erste Erfolge bei der Entstigmatisierung zurückzuführen sind (sodass die Betroffenen sich heute eher trauen, darüber zu sprechen und sich Hilfe zu holen), ist es wahrscheinlich, dass eine immer komplexere, verdichtete Welt mit sich immer schneller verändernden Regeln, Normen und Wertesystemen auch per se zu einem Anstieg von Stress und psychischen Folgestörungen führt. Im DAK-Gesundheitsreport von 2021 wird beispielsweise darüber berichtet, dass „der Arbeitsausfall wegen psychischer Erkrankungen 2021 einen neuen Höchststand erreichte. Das Niveau lag mit 276 Fehltagen je 100 Versicherte um 41 Prozent über dem von vor zehn Jahren“ [1].

Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angststörungen und andere psychische Erkrankungen gehen mit einem hohen Leidensdruck einher und sind auch heute noch Erkrankungen, die mit vielen Vorurteilen behaftet und stigmatisiert sind. Betroffene, aber auch ihre Familienmitglieder und Freund:innen zögern immer noch zu oft, Hilfe zu suchen oder über die Erkrankung zu sprechen [2].

Rettungsdienst und psychische Erkrankungen

„Du darfst mitfühlen. Aber nicht mitleiden.“
(Zitat aus dem RUPERT-Diskussionsforum)

Im Rettungswesen Tätige sind regelmäßig mit schweren Krankheiten, Unfällen und Menschen in psychischen Ausnahmesituationen konfrontiert [3]. Verkehrsunfälle und Kindernotfälle sind nur zwei Beispiele für die über 50 Millionen Einsätze, die von Beschäftigten im deutschen Rettungswesen jährlich durchgeführt werden.

Psychische Gesundheit bei Rettungskräften

Rettungskräfte gelten als Risikogruppe für Belastungsstörungen und Depression aufgrund **physischer** und **psychischer** Belastungen:

- Rascher Wechsel von Erholungs- und Aktivitätsphasen
- Verantwortung für das Leben anderer
- Erhöhte körperliche Belastung (v.a. Rückenschmerzen)
- Vershobener Tag-Nacht-Rhythmus durch Schichtarbeit
- Belastung durch Covid-19-Pandemie
- Personalengpässe



@stark_gegen_depression

Hinzu kommt akuter psychosozialer Stress durch einen stetigen Anstieg der Notfallmaßnahmen, eine zunehmende Anzahl von verbalen oder physischen Angriffen auf Rettungspersonal sowie in den letzten Jahren eine erhöhte Belastung in Form von Anforderungen und auch Erwartungshaltungen an das Rettungsfachpersonal durch die Covid-19-Pandemie. Oft sind Einsatzkräfte bei ihren Einsätzen neben physischen auch starken psychischen Belastungen ausgesetzt [4] (> Abb. 1).

Abb.1 Rettungskräfte gelten als erhebliche Risikogruppe.

Abb.2 Im Rettungsdienst tätige Personen leiden deutlich öfter an psychischen Erkrankungen als die Allgemeinbevölkerung.





Abb. 3 Psychische Gesundheit bei Rettungskräften ist gefährdet.

Solche Extrembelastungen können PTBS, aber auch andere psychische Symptomkonstellationen wie Depressionen und Suchterkrankungen begünstigen. Traumafolgestörungen und Depressionsraten bei Mitarbeitenden im Rettungsdienst gelten als höher als in der Allgemeinbevölkerung. Studien zeigen deutlich erhöhte Zahlen von PTBS und Depressionen bei Beschäftigten im Rettungsdienst (PTBS: 11% im Vergleich zu 3% der Allgemeinbevölkerung; Depressionen: mit 13,7% ca. doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung) [5, 6, 7].

Im Zusammenhang mit der PTBS werden am häufigsten Komorbiditäten wie Depressionen, Manien, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch und Verhaltensstörungen beobachtet. Nicht nur Extremsituationen, auch der normale Alltag von Einsatzkräften und Mitarbeitenden helfender Berufe kann zu einer Reihe unterschiedlicher Beschwerden führen: Pflegekräfte berichten in hohem Maße über Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Übermüdung, Nervosität und Reizbarkeit, Kreislaufstörungen und gastrointestinale Beschwerden. Diese

Beschwerden wiederum stellen häufig psychophysiologische Stressreaktionen dar, die bei Menschen mit entsprechender Veranlagung eine Depression begünstigen können. Neben hohen Depressionszahlen (> Abb. 3) kommt es als Folge der Arbeitsbelastung bei Mitarbeitenden im Rettungsdienst auch zu einer starken Verbreitung von Burn-out [8].

Eine weitere Folge der hohen Belastung ist, dass 25% der Rettungskräfte im medizinischen Bereich über eine erhöhte emotionale Erschöpfung berichten und 40% sich weniger empathisch bzw. abgestumpfter im Kontakt mit Patienten fühlen.

Wenn Ersthelfer im Rettungswesen also häufiger an Depressionen, Traumafolgestörungen und anderen psychischen Störungen erkranken, besteht hier offensichtlich ein Interventionsbedarf. Dieser kann auch daraus abgeleitet werden, dass viele Rettungsdienstmitarbeitende aufgrund der hohen psychischen und physischen Belastungen vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden, berufsunfähig oder mit hohen Abschlagen frühverrentet werden. Nur knapp 1% der Mitarbeitenden im Rettungsdienst arbeitet über ein Alter von 60 Jahren hinaus.

Fokus auf die psychische Gesundheit von Männern
Träger von RUPERT – „foRUM für Psychische Gesundheit im deutschen Rettungsdienst“ – ist der gemeinnützige Verein Diskussionsforum Depression e.V. Das Projekt entstand im Rahmen eines Förderprogramms der Stiftung Movember, in dem Projekte zur psychischen Gesundheit und zur Suizidprävention für Veteranen und Ersthelfer wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit hin geprüft werden (*Veterans and First Responders Mental Health Grant Program*) [9]. Der Fokus der Stiftung liegt auf der Verbesserung von Männergesundheit, grundsätzlich sind Movember und deren Projekte jedoch für alle Geschlechter offen. Ziel ist es, Männergruppen besonders in die Aufmerksamkeit zu rücken, die im öffentlichen Diskurs bis dato zu wenig Gesundheitsfürsorge erfahren, aber oft gleichzeitig für das Gemeinwohl in hohem Maße tätig sind.

69% der Angestellten im deutschen Rettungsdienst sind männlich.

Grundsätzlich sterben Männer weltweit ca. fünf Jahre früher als Frauen, wobei sich nur ein Jahr biologisch erklären lässt. Die übrigen vier Jahre scheinen eher auf Einstellungen und Verhaltensweisen von Männern zurückzuführen sein, da sie weniger Selbstfürsorge in Anspruch nehmen, seltener zum Arzt gehen, Ressourcen vernachlässigen u. v. m. [10]. Auch die Untersuchungen bei Männern im Medizinischen Dienst zeigen erhöhte Stigmatisierungsängste und ein ungünstiges Hilfesuchverhalten [5].

Die Angst vor Karrierenachteilen oder die Befürchtung, als „schwach und unmännlich“ angesehen zu werden, hält demnach auch viele Rettungskräfte davon ab, sich professionelle Hilfe zu suchen, wenn psychische Belastungen zunehmen. Vielfach wird zudem berichtet, dass psychische Erkrankungen sowohl von den betroffenen Männern selbst als auch von Behandlern weniger gut erkannt werden. Da die Symptome der Männer sich häufig anders darstellen als bei Frauen, die Diagnostikverfahren aber eher an weiblichen Symptomen ausgerichtet sind, führt dies dazu, dass psychische Erkrankungen bei Männern häufig nicht erkannt und behandelt werden.

Weltweite Suizidzahlen scheinen dies zu belegen. So finden sich weniger als „depressiv“ diagnostizierte Männer als Frauen, gleichzeitig werden jedoch zwei von drei Suiziden von Männern begangen, und Suchterkrankungen – die oft auf eine versuchte Selbstmedikation zurückzuführen sind und dadurch eine häufige Komorbidität bei Ängsten und Depressionen darstellen – finden sich ebenso deutlich häufiger bei Männern.



AdobeStock/andranik123

RUPERT (foRUm für Psychische gEsundheit im deutschen Rettungsdienst)

RUPERT ist eine mehrstufige internetbasierte Selbsthilfeplattform für Mitarbeitende im Rettungsdienst und deren Angehörige, auf der primär bis tertiär präventive Einzelmaßnahmen angeboten werden. Sie setzt sich aus zwei wesentlichen Komponenten zusammen (> Tab. 1):

- Ein moderiertes Diskussionsforum zum Thema Depression (Strukturbaustein „To interact“)
- Eine Informationsplattform für Mitarbeitende im Rettungsdienst, wiederum unterteilt in zwei Bereiche:
 - ▶ Ein primär wissensvermittelnder Bereich (Strukturbaustein „To know“)
 - ▶ Ein Bereich, in dem konkrete Übungen (Selbsthilfetools) angeboten werden (Strukturbaustein „To do“).

Abb. 4 Psychische Erkrankungen sind geschlechtsunabhängig, werden von Männern aber öfter ignoriert und seltener behandelt.

Tab. 1 Aufbau und Struktur von RUPERT

TO INTERACT	TO KNOW	TO DO
Diskussionsforum für Rettungskräfte	Online-Informationsplattform	Selbsthilfe mittels „Powertools“
Im Diskussionsforum Depression ist ein Unterforum für Rettungskräfte integriert. Dies steht rund um die Uhr anonym und kostenfrei für den Austausch zwischen Rettungskräften (peers) zur Verfügung. Außerdem gibt es in Expertengesprächen die Möglichkeit zum Informations- und Erfahrungsaustausch.	Auf der Website Informationsplattform ist ein breites Informationsangebot zum Thema „Psychische Gesundheit im Rettungswesen“ bereitgestellt. In Videos, Tutorials und Texten finden sich Antworten auf Fragen wie „Wann wird aus Belastung eine psychische Erkrankung?“, „Was ist eine Depression?“, „Wie geht es anderen Rettern?“	RUPERT hat so genannte „Powertools“ gesammelt, die motivieren sollen, aktiv zu werden und sich um die eigene Gesundheit mindestens genauso gut zu kümmern wie um die Gesundheit der Patient:innen. Bereitgestellt werden u. a. Entspannungstechniken, Hinweise zum Umgang mit gestörtem Schlaf, Gedankenstopp-Techniken.

Abb. 5 Startseite des Online-Diskussionsforums Depression



Diskussionsforum Depression e. V., Leipzig

Daneben finden – vermittelt über soziale Medien – zusätzlich einzelne Tutorials und Expertenchats statt.

To interact: Das Diskussionsforum Depression [11]

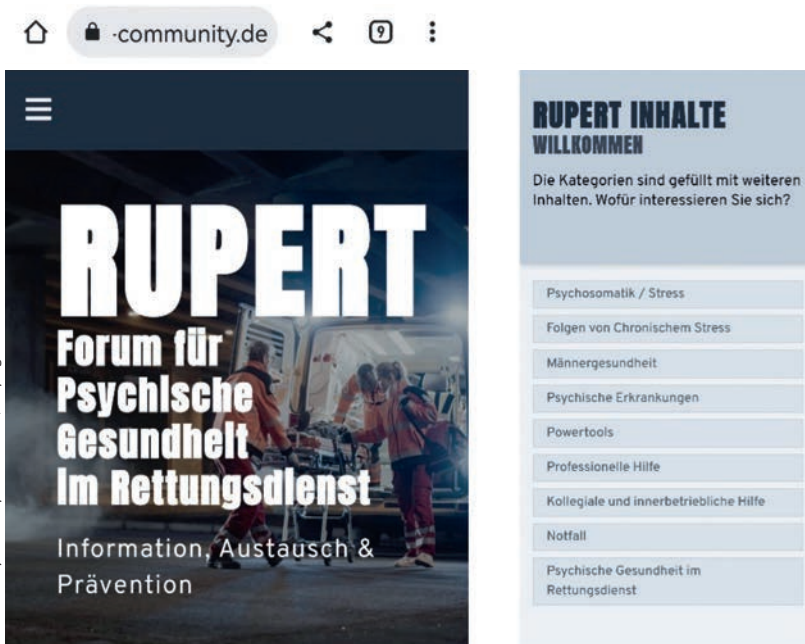
Das Diskussionsforum Depression (> Abb. 5) wurde 2001 im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“ als Online-Selbsthilfeplattform entwickelt. 2013 wurde von Betroffenen und Experten der Verein Diskussionsforum Depression e. V. gegründet, der das Forum seitdem betreibt. Ziel des Forums war und ist es, eine möglichst niederschwellige, je-

derzeit und von jedem Platz aus erreichbare Selbsthilfeplattform zum Thema Depression besuchen zu können. Neben der „reinen Internethilfe“ entstanden aus dem Forum zahlreiche „reale“ Folgeprojekte, wie z. B. die Gründung der Deutschen Depressionsliga [12] oder Deutschlands größter Kongress für an Depressionen erkrankte Menschen [13].

Mit über 600.000 Beiträgen von rund 44.000 registrierten Nutzer:innen ist es mittlerweile die größte Selbsthilfeplattform zum Thema Depression im deutschsprachigen Raum.

Depressionen und psychische Erkrankungen sind, wie oben gesagt, immer noch stigmatisiert. Gleichzeitig führen sie oft dazu, die Betroffenen – aber auch deren Angehörige – zu „vereinzeln“, weil die Gefühle, Gedanken und Erfahrungen von Freunden und Familie häufig nicht mehr nachempfunden werden können. Hinzu kommt, dass in Institutionen wie Polizei, Medizin, Militär und Rettungswesen häufig eine Art Korpsgeist herrscht, der die besondere eigene Stärke im Umgang mit Belastungen als „Basistugend“ hervorhebt und damit Belastete und von Erkrankung Betroffene über das gewöhnliche Maß hinaus vereinzelt und ausgrenzt. Da ferner ein Großteil der Mitarbeitenden im Rettungsdienst männlich ist (und sich damit zumeist schlechter selbstfürsorglich um sich kümmert) wurde im Rahmen von RUPERT zunächst ein eigener Diskussionsbereich zum Thema Depression und andere psychische Belastungen für Mitarbeitende im Rettungsdienst eingerichtet. Die Nutzer geben bei der Registrierung ihre Zugehörigkeit zum Rettungsdienst an, um für den geschützten Bereich freigeschaltet zu werden. Dieser Teil des Forums bietet Betroffenen aus dem Rettungsdienst die Möglichkeit, schnell

Abb. 6 Die Informationsplattform RUPERT ist mit all ihren Themenbereichen auch auf mobilen Geräten gut zugänglich.



Diskussionsforum Depression e. V., Leipzig

und anonym Kontakt zu anderen Betroffenen, aber auch zu anderen Angehörigen herzustellen, um sich über psychische Belastungen oder Erkrankungen austauschen zu können – also zu interagieren (Strukturbaustein „To interact“). Selbstverständlich können sich die Mitarbeitenden im Rettungsdienst auch am „normalen“ Diskussionsforum beteiligen.

Das Rettungsdienst-Forum ist in Unterbereiche wie „Psychische Gesundheit im Rettungsdienst“, „Powertools“, „Unter Kollegen“, „Umgang mit psychischen Erkrankungen“ untergliedert.

Ziele des Forums sind:

- **Primärpräventiv:** Über psychische Belastungen mit anderen Kollegen sprechen zu können, um so die Entstehung von psychischen Störungen gleich im Ansatz zu verhindern.
- **Sekundärpräventiv:** Im Austausch mit anderen Betroffenen eine mögliche Erkrankung zu erkennen und – auch bedingt durch die Erfahrungen anderer Kollegen oder deren Angehörige – neben der Selbsthilfe im Forum und den Selbsthilfetools auf der Informationsplattform auch schneller professionelle Hilfe zu bekommen.
- **Tertiärpräventiv:** Begleitende Selbsthilfe bei paralleler professioneller Therapie anzubieten.

To know und To do:

Die Informationsplattform RUPERT

Die Informationsplattform RUPERT ist in neun verschiedene Themenbereiche gegliedert (> Abb. 6). Jeder einzelne Themenbereich ist in zahlreiche Untereinheiten aufgegliedert. Hier findet man Wissensinhalte oder handlungsanleitende Inhalte (To know und/oder To do) in Form von Videos, Grafikerklärungen oder Textbausteinen. Ausgerollt wird RUPERT mit folgenden Inhalten:

- **Modul 1:** Ausgehend von dem oben erläuterten Wissen um die besonderen Belastungen im Rettungsdienst und ergänzt um wissenschaftliche Daten zur Stresswahrnehmung von Mitarbeitenden im Rettungsdienst ist der erste Themenbereich der psychischen Gesundheit im Rettungsdienst gewidmet, respektive dem, was darüber bis jetzt bekannt ist.

- **Modul 2** vertieft dies, indem es den Zusammenhang zwischen akutem Stress und Psychosomatik (also die psychophysischen Reaktionen auf diesen) erläutert.
- **Modul 3** stellt die Mechanismen dar, die beim Übergang von akutem Stress zu chronischem Stress – häufig die Grundlage psychischer Erkrankungen – wirken.
- **Modul 4:** Da Männer für diese Entwicklungen besonders gefährdet sind, werden die hier speziell greifenden Bedingungen und Problembereiche in mehreren vertiefenden Unterpunkten beschrieben.
- **Modul 5** fokussiert auf die wichtigsten psychischen Erkrankungen und die evidenzbasierten Behandlungsmethoden.
- **Modul 6** bietet wichtige Hinweise und Strategien zur Selbsthilfe, um die eigene Resilienz zu stärken und der alltäglichen Belastung etwas entgegenzusetzen. Im Fokus stehen hier u. a. das Ressourcentraining, Bewegung und Ernährung.
- **Modul 7** ist ein „To do“-Modul: Es ergänzt die Auswahl mit konkreten Übungen und einer Sammlung von sogenannten Powertools. Diese reichen von Entspannungstechniken bis zu kognitiven Techniken im Umgang mit belastenden Gedanken und Gefühlen.
- **Modul 8** dient denen, die bereits psychisch erkrankt sind, als Lotse durch das Gesundheitssystem und stellt die verschiedenen Akteure und Möglichkeiten vor.
- **Modul 9** stellt bereits im Rettungsdienst vorhandene Institutionen und Angebote vor, um hier auch die kollegialen und innerbetrieblichen Hilfen ins Bewusstsein zu rücken.
- **Modul 10** beschreibt abschließend, was im Falle eines akuten psychischen Notfalls in eigener Sache zu unternehmen ist.

Neben den Videos und Textbausteinen, die in Zusammenarbeit mit einem multiprofessionellen Expertenteam erarbeitet und aufbereitet wurden, finden sich in zahlreichen Themenbereichen auch Video- und Schriftbeiträge von Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst.

Die Themenbereiche bauen zwar einerseits aufeinander auf, sind andererseits jedoch alle so selbst-

erklärend und abgegrenzt, dass eine chronologische Bearbeitung zwar sinnvoll, aber keinesfalls zwingend ist.

Begleitstudie zur Einführung von RUPERT

Große internationale Selbsthilfeprojekte für First Responder, die im Kontext von „9/11“ und COVID-19 entwickelt wurden, konnten zeigen, wie zeitlich verzögert das Bedürfnis nach Selbstfürsorge bei Männern häufig auftritt und wie ungenügend das Selbstfürsorgeverhalten der beteiligten Männer insgesamt ist [14]. So zeigte sich hier, dass weibliche Mitarbeitende im Rettungsdienst diese Angebote zahlreich und auch langfristig annahmen. Männer hingegen beteiligten sich initial ebenfalls sehr zahlreich, stiegen aber häufig sehr schnell wieder aus den Programmen aus [15].

Das Ziel von RUPERT war folglich auch, ein Selbsthilfeangebot zu schaffen, das auch von Männern langfristig angenommen wird und das gleichzeitig das Potenzial hat, einen Beitrag zur nachhaltigen Verbesserung der Prävention und psychologischen Versorgung von Depressionen und anderen psychischen Störungen bei Rettungsdienstmitarbeitenden aller Geschlechter zu gewährleisten. Um zu überprüfen, ob dies möglich ist, wurde und wird die Entwicklung und Einführung dieses Angebots vom Forschungszentrum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention im Verbund mit der University of Canberra wissenschaftlich begleitet. Teilnehmende aus dem Rettungsdienst nahmen in der ersten Studienphase von Oktober 2022 bis März 2023 an einem Prä-Post-Design teil und beantworteten vor Beginn der Teilnahme sowie vier Wochen und zwölf Wochen nach Beginn der Teilnahme Fragen zu verschiedenen Veränderungsmechanismen. Die Ergebnisse hierzu werden derzeit ausgewertet und anschließend publiziert.

Fazit

Das Ziel war und ist es, mit RUPERT ein Selbstfürsorgeangebot zu schaffen, das möglichst viele Mitarbeitende im Rettungsdienst anspricht und auch langfristig als Selbsthilfetool genutzt werden kann. Deshalb steht RUPERT inzwischen allen

Mitarbeitenden im Rettungsdienst kostenlos zur Verfügung.

Bei uns selbst, die wir mit an RUPERT gearbeitet haben, ist der Respekt vor der enormen auch psychischen Belastung von Rettungskräften und damit der Respekt vor allen in diesem Beruf Tätigen noch einmal stark gewachsen. Wir würden uns freuen, wenn Rettungskräfte sich selbst auch so stark, mit eben diesem Respekt, begegnen könnten und wenn die Selbstfürsorge – wie z. B. bei Leistungssportlern – als selbstverständlicher Teil der beruflichen Anforderungen in das Leben von Rettungskräften integriert werden würde.

Einen schnellen Zugriff auf die genannten Webseiten finden Sie über diese QR-Codes:



www.diskussionsforum-depression.de



www.rupert-community.de

Quellen

- [1] DAK Psychreport 2021, <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychreport-2022-2533048.html#/> (zuletzt abgerufen 20.3.2023)
- [2] www.depressionsliga.de (zuletzt abgerufen 26.03.2023)
- [3] Bengel J, Heinrichs M (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (pp. 25–43). Springer, Berlin, Heidelberg.
- [4] Hering, Beerlage (2004a). Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. *Notfall- und Rettungsmedizin* 7:415–424
- [5] Möckel L, Arnold C, May T, Hofmann T (2022). The prevalence of diseases in German emergency medical services staff: A survey study. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 1–8.
- [6] Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L, Harvey SB (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(9), 897–909.
- [7] Maercker A, Barth J (2004). Psychotherapie bei Belastungsstörungen. In Bengel J (Ed.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (pp. 69–88). Springer
- [8] Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C (2018). Burnout and safety outcomes – across-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>
- [9] <https://us.movember.com/story/movember-funds-new-projects-to-support-mental-health-of-vets-and-first-responders> (zuletzt abgerufen)
- [10] Luy M (2011). Ursachen der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung. Erkenntnisse aus der Klosterstudie, Swiss

Medical Forum (Schweizerisches Medizin-Forum) 11(35), S. 580–583.

[11] Vgl. www.diskussionsforum-depression.de

[12] www.depressionsliga.de

[13] www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-betroffene-und-angehoerige/patientenkongress

[14] Vgl. Smith E, Walker T, Burkle FM (2019). Lessons in Post-Disaster Self Care from 9/11. Paramedics and Emergency

Medical Technicians. Prehosp Disaster med. 2019Jun;34, 335–339.

[15] Vgl. Katzmann JG, Tomedi LE, Everly G, Greenwood-Erickson M, Romero E, Rosenbaum N, Medrano J, Menking P, Paige Menking 1, Gaelyn RD, Archer G, Martin C, Dow KA, McCoy-Hayes S, Katzmann JW (2021). First Responder Resiliency ECHO: Innovative Telementoring during the COVID-19 Pandemic. Environmental Research and Public Health. 18/4900.

Autorinnen und Autor

Dipl. Soz. Anne Blume, Diskussionsforum Depression e.V. Diplom-Soziologin und langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenznetz Depression, Suizidalität, Moderatorin im Diskussionsforum

Dr. med. Nico Niedermeier, FA für Psychotherapeutische Medizin, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Gründer des Diskussionsforums Depression, Moderator

Alena Knabe, M.Sc., Psychologin, Diskussionsforum Depression e.V., Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung, Mitarbeiterin im Projekt RUPERT

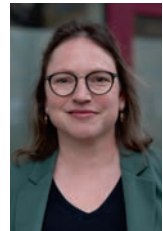


Foto: Katrin Lorenz



Foto: Astrid Prangel

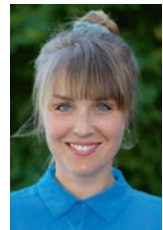


Foto: Katrin Lorenz

Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

Sprechen Sie uns an:
Daniel Jäger Medienservice
Tel.: +49 (0)89 - 21 26 90 54
E-Mail: dj@jaeger-medien-service.de

ELSEVIER
Emergency



Resilienz im Rettungsdienst

Schlüsselwörter:

Individuelle Resilienz
 Teamresilienz
 Organisatorische Resilienz
 Stressbewältigung
 Schutzfaktoren
 Risikofaktoren
 Coping-Strategien
 Ressourcenverfügbarkeit
 Redundanz

Zusammenfassung: Das Konzept der Resilienz ist gerade im Kontext des Rettungsdienstes von besonderer Bedeutung. Dabei geht es um die Fähigkeit, besonders anspruchsvolle Situationen erfolgreich zu bewältigen und gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Im Rettungsdienst gehört die Bewältigung von schwierigen Situationen zur täglichen Arbeit, deshalb ist die individuelle genauso wichtig wie die teambezogene und die organisatorische Resilienz. Es gibt zahlreiche Ansätze, Mitarbeitende, Teams, Einheiten, Organisationen und den Rettungsdienst allgemein resilienter zu machen; sie müssen auf allen Verantwortungsebenen entsprechend umgesetzt und gefördert werden.

Einleitung

Resilienz ist das geheime Rezept, um in einer Welt voller Herausforderungen erfolgreich zu bestehen. Doch was genau bedeutet Resilienz und wie zeigt sie sich im Rettungsdienst?

Resilienz bezieht sich auf die Fähigkeit, sich an stressige, besonders belastende oder schwierige Situationen anzupassen, sie zu bewältigen und gestärkt aus ihnen hervorzugehen [6]. Forscher sind sich aber nicht einig, ob Resilienz als Zustand oder als Prozess verstanden wird [1].

Im Kontext des Rettungsdienstes ist Resilienz von besonderer Bedeutung, da das Bewältigen von schwierigen Situationen in Form von Einsätzen

oder Katastrophen zur täglichen Arbeit gehört. In den folgenden Abschnitten werden wir uns eingehender mit der individuellen Resilienz der Rettungskräfte, der Teamresilienz und der organisationalen Resilienz von Rettungsdiensten befassen, um die verschiedenen Aspekte der Resilienz im Rettungsdienst zu beleuchten und Wege zur Stärkung dieser wichtigen Fähigkeit aufzuzeigen.

Entwicklung der Resilienzforschung

Die Erforschung der Resilienz hat ihren Ursprung im 20. Jahrhundert, und sie hat sich seitdem stetig weiterentwickelt. In den 1960er- und 1970er-Jahren begannen Forscher, sich mit der Frage zu

beschäftigen, warum manche Individuen trotz widriger Umstände und Belastungen besser im späteren Leben zurechtkommen als andere. Eines der bekanntesten Beispiele aus dieser Zeit ist Emmy Werner, die 1971 eine Langzeitstudie über Kinder auf der Insel Kauai durchführte. Sie untersuchte, welche Faktoren dazu führten, dass manche Kinder trotz schwieriger Lebensumstände ein erfolgreiches Leben führen konnten, andere aber nicht [2].

In den 1980er-Jahren verlagerte sich der Fokus der Resilienzforschung auf die Identifizierung von Schutzfaktoren und Resilienzmechanismen. Einer der Pioniere in diesem Bereich ist Norman Garmezy, der in seinen Studien den Begriff der „Schutzfaktoren“ entwickelte und damit die Grundlage für das heutige Verständnis von Resilienz legte. Schutzfaktoren sind individuelle, familiäre oder soziale Ressourcen, die dazu beitragen, dass Menschen trotz Belastungen und Widrigkeiten Herausforderungen erfolgreich bewältigen können.

In den 1990er-Jahren begannen Forscher wie Michael Rutter sich auf die Rolle von Umweltfaktoren in der Resilienzforschung zu konzentrieren. Rutter betonte die Bedeutung von positiven Umweltbedingungen und Anpassungsstrategien für die psychische Gesundheit. Seitdem haben sich verschiedene Modelle und Theorien zur Resilienz entwickelt, die unterschiedliche Aspekte wie Persönlichkeit, soziale Unterstützung und Coping-Strategien berücksichtigen [4].

Die heutige Resilienzforschung ist interdisziplinär und umfasst viele verschiedene Bereiche wie Psychologie, Soziologie, Neurowissenschaften und Pädagogik oder Wirtschaftswissenschaften. Im Bereich der Psychologie liegt der Schwerpunkt auf der Erforschung von Schutz- und Risikofaktoren sowie der Entwicklung von Interventionsansätzen zur Förderung von Resilienz. In der Soziologie liegt der Fokus auf der Untersuchung von Resilienz auf kollektiver Ebene, beispielsweise in Familien, Gemeinschaften oder Organisationen. Die Neurowissenschaften erforschen die neurobiologischen Grundlagen von Resilienz und untersuchen, wie das Gehirn auf Belastungen reagiert und sich anpasst. Wirtschaftswissenschaften sehen Resilienz als ein Mittel, um Disruptionen, die auf ein Unternehmen treffen, effizient bewältigen zu können.

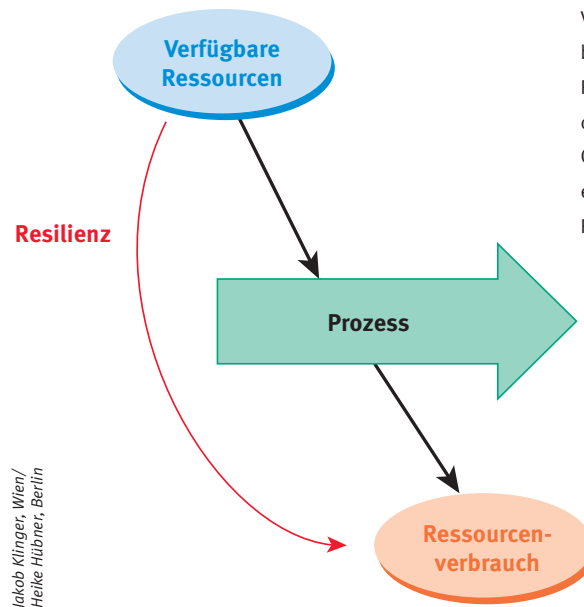


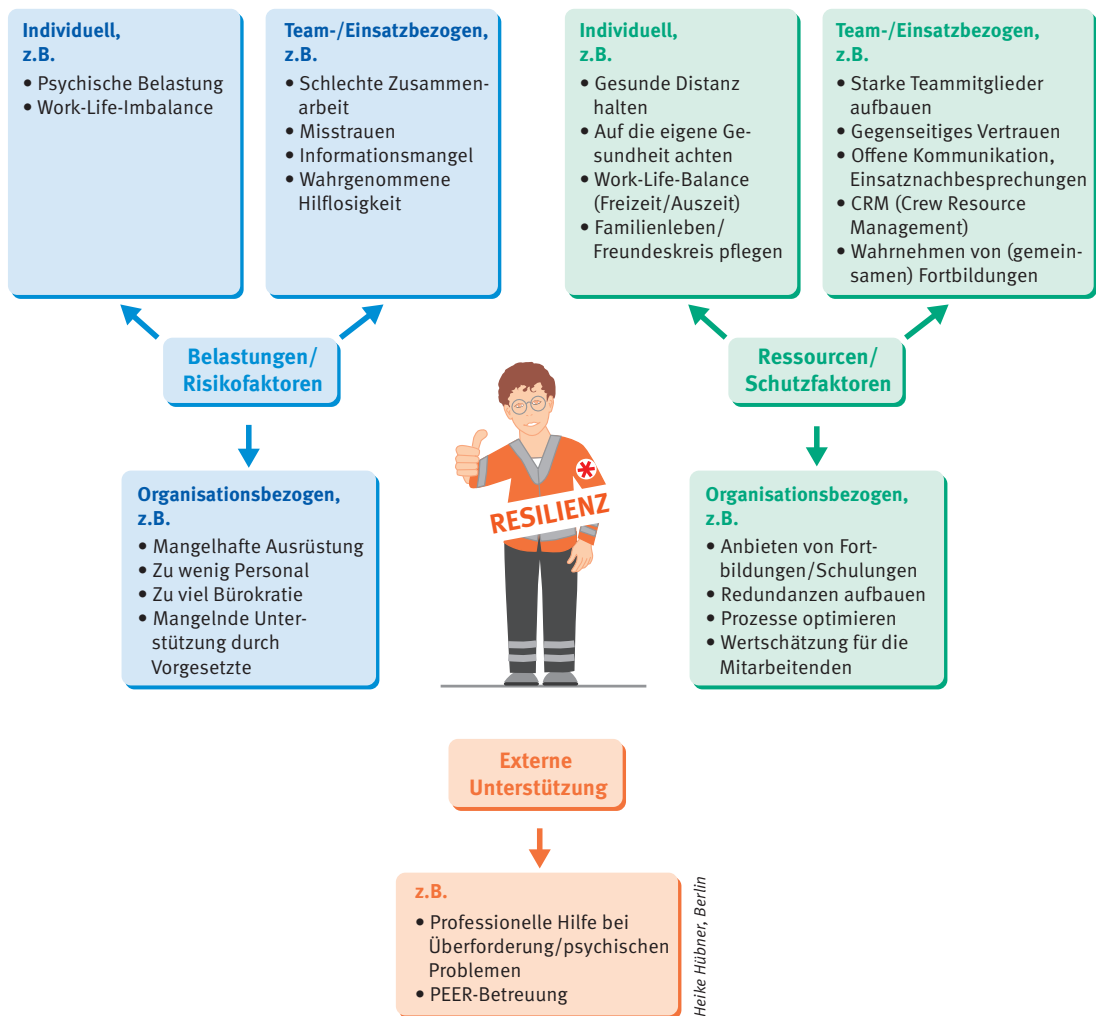
Abb.1 Ein ausgewogenes Verhältnis von verfügbaren Ressourcen zum Ressourcenverbrauch bei der Durchführung der Organisationsprozesse ergibt einen resilienten Rettungsdienst.

Resilienz im Rettungsdienst

Vereinfacht und für diesen Artikel verallgemeinert kann man Resilienz auch als **Ressourcenverfügbarkeit minus Ressourcenbedarf** formulieren [3]. Ein Rettungsdienst ist somit immer nur so lange resilient, solange genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um das Einsatzaufkommen zu bewältigen (> Abb.1). Zu diesen Ressourcen zählen zum Beispiel Personal bzw. Einsatzkräfte, Material, Fahrzeuge, Ausbildung oder auch Infrastruktur.

Insofern sind viele Dinge, die wir im Rettungsdienst bereits gewohnt sind oder als selbstverständlich betrachten, Formen der Resilienz: Seien es die Vorhaltung von ausreichend Fahrzeugen, um auch bei technischen Problemen einsatzfähig zu bleiben, sei es Wissen z. B. in Form von Algorithmen für verschiedene Notfallszenarien oder zusätzliche Bewältigungsstrategien für Sanitäter wie das Peer-System (s.u.). In vielen Fällen bedeutet Resilienz somit auch Redundanz; also eine auf den ersten Blick überflüssige Menge von Ressourcen, die im Notfall jedoch die Einsatzfähigkeit für dieses kritische System gewährleistet. Wirtschaftlich gesehen sind Redundanzen immer ein Grad an Ineffizienz, dienen jedoch der Sicherung gegen Ausfall.

Abb.2 Belastungen und Ressourcen im Rettungsdienst



Resilienz = Ressourcenverfügbarkeit – Ressourcenbedarf

Rettungskräfte kommen überproportional häufig in belastende, stressige oder kritische Situationen. Dies stellt sowohl physische als auch psychische Anforderungen an die Mitarbeitenden. Eine hohe Resilienz hilft den Rettungskräften dabei, besser mit diesen Herausforderungen umzugehen, das eigene Wohlbefinden sowie die Arbeitszufriedenheit zu erhalten und die Mitarbeitenden länger im Rettungsdienst zu halten. Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien, denen Rettungskräfte im Alltag ausgesetzt sind, können z.B. einsatzbezogen, institutionell oder individuell sein (> Abb. 2).

Individuelle Resilienz

Um die individuelle Resilienz zu verbessern, können Rettungskräfte verschiedene Ansätze verfolgen.

1. Rettungskräfte sollen zunächst und vor allem auf ihre psychische Gesundheit achten und bei Bedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, um mögliche psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen und zu bewältigen. Für diesen Bereich wurde das Konzept von PEER-Betreuern etabliert (s. Kasten).
1. Darüber hinaus ist es wichtig, regelmäßig an Fortbildungen und Schulungen teilzunehmen, um fachliche und soziale Kompetenzen zu erweitern und sich auf aktuelle Entwicklungen im eigenen Arbeitsfeld einzustellen. In den

meisten Organisationen im Rettungsdienst werden dazu bereits mehr oder weniger umfangreiche Schulungen angeboten.

- Schließlich können Rettungskräfte von einem starken sozialen Netzwerk profitieren, das sowohl innerhalb als auch außerhalb des Arbeitsumfelds Unterstützung und Austausch bietet.

Indem Rettungskräfte gezielt an ihrer Resilienz arbeiten, können sie nicht nur ihre eigene psychische Gesundheit und Arbeitszufriedenheit verbessern, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung und die Effektivität ihrer Arbeit im Rettungsdienst steigern (➤ Abb. 3).

Teamresilienz

Die Resilienz eines Teams im Einsatz ist von entscheidender Bedeutung für die Bewältigung von unvorhergesehenen Komplikationen. Solche Situationen können Großeinsätze, komplexe medizinische Notfälle oder herausfordernde Einsatzbedingungen sein, bei denen schnelle und effektive Entscheidungen getroffen werden müssen. Teamresilienz bezieht sich auf die Fähigkeit eines Teams, unter Stress und Druck effektiv zusammenzuarbeiten, Schwierigkeiten zu bewältigen und gestärkt aus diesen Erfahrungen hervorzugehen [5].

Die Ressourcen, die einem Team zur Verfügung stehen, um Einsätze zu bewältigen, sind neben Material, Algorithmen/Wissen oder der vorherrschenden Unternehmenskultur auch die individuelle Resilienz der einzelnen Teammitglieder. Ein Team, das aus resilienten Individuen besteht, ist besser in der Lage, sich den Herausforderungen im Rettungsdienst zu stellen und effektiv zusammenzuarbeiten [3].

Um die Resilienz eines Teams zu verbessern, gibt es mehrere Ansätze:

- Einer der wichtigsten Faktoren ist das regelmäßige Üben und Trainieren von Szenarien und Algorithmen, um das Team eingespielt und effizient zu machen. Durch häufige Simulationen und Übungen können die Teammitglieder ihre Rollen und Verantwortlichkeiten besser verstehen und lernen, in verschiedenen Situationen effektiv zusammenzuarbeiten. CRM (Crew Re-

PEER-Betreuung: Peers Engaged in Education and Recovery

Die PEER-Betreuung ist ein unterstützendes Konzept, das sich auf die gemeinsame Erfahrung und das Verständnis von Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen Arbeitsbereichen einschließlich des Rettungsdienstes stützt. PEER steht für „Peers Engaged in Education and Recovery“ (Gleichgestellte in Bildung und Genesung). Im Rettungsdienst konzentriert sich die PEER-Betreuung auf Mitarbeitende, die spezifischen Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt sind.

Ziel der PEER-Betreuung ist es, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu fördern, indem die Kolleginnen und Kollegen einander helfen, stressige oder traumatische Situationen besser zu verarbeiten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Peer-Beraterinnen und -Berater bieten emotionale Unterstützung, teilen ihre eigenen Erfahrungen und ermutigen ihre Kolleginnen und Kollegen, sich fortzubilden und auf ihre persönliche und berufliche Genesung zu achten.

source Management) ist ein essenzielles Tool, das dafür zur Verfügung steht.

- Ein weiterer wichtiger Faktor für die Verbesserung der Teamresilienz ist die Förderung einer offenen und unterstützenden Kommunikation innerhalb des Teams (➤ Abb. 4). Dies kann durch regelmäßige Feedback-Sitzungen, Teambesprechungen und gemeinsame Reflexionen erreicht werden. Eine offene Kommunikation fördert das Vertrauen und die Zusammenarbeit im Team und ermöglicht es den Teammitgliedern, voneinander zu lernen und gemeinsam Lösungen für Herausforderungen zu entwickeln [6]. Die klassische Einsatznachbesprechung ist eine nicht zu vernachlässigende Bewältigungsstrategie, die unbedingt entsprechend gepflegt und gefördert gehört.

Abb. 3 Starke Individuen stützen das ganze Team.





Abb. 4 Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team stützt auch jedes einzelne Teammitglied.

Resilienz von Organisationen

Eine resiliente Organisation ist in der Lage, sich an veränderte Bedingungen anzupassen, Störungen zu bewältigen und daraus zu lernen, um sich kontinuierlich zu verbessern. Dabei spielt die gezielte Vorhaltung von Ressourcen sowie die Schlagkräftigkeit von Prozessen eine zentrale Rolle, um den Herausforderungen im Rettungsdienst gewachsen zu sein. Solange alle notwendigen Ressourcen für einen Prozess verfügbar sind, ist der Prozess resilient [3].

Ein Schlüsselement für die Resilienz von Rettungsdienstorganisationen ist somit die Redundanz und Ausfallsicherheit von technischen Systemen, Prozessen, personellen Ressourcen und Materialien. Dies stellt sicher, dass die Organisation auch in Krisensituationen oder bei technischen Störungen handlungsfähig bleibt und Patientinnen und Patienten weiterhin optimal versorgt werden können. Die Standortwahl ist besonders in entlegenen Gebieten sehr relevant, um die Einhaltung der Hilfsfristen zu gewährleisten, was direkten Einfluss auf die Resilienz hat.

Implementierung resilienter Strukturen am Beispiel Notruf Niederösterreich

Das Beispiel von Notruf Niederösterreich, der größten Leitstelle für Rettungs- und Krankentransporte in Österreich, zeigt, wie man ein resilientes Unternehmen betreiben kann. Hier sind beispielsweise mehrere redundante technische Systeme implementiert, die im Falle eines Ausfalls die Funktionen des betroffenen Systems übernehmen können.

Diese umfassen beispielsweise mehrere Server, Datenspeicher und Kommunikationssysteme sowie Notstromaggregate (diesel-/benzinbetrieben, solarbetrieben, Brennstoffzellen), die bei einem Stromausfall die Versorgung der technischen Infrastruktur gewährleisten. Beispielsweise wird das Pagernetz in Niederösterreich durch Solar- und Windkraft teils autark betrieben.

Neben der technischen Redundanz sind auch klar definierte Prozesse und Algorithmen innerhalb der Leitstelle von großer Bedeutung. Ähnlich den Einsatzcodes und Alarmierungen, die die Leitstelle an die Einsatzkräfte versendet, gibt es für Mitarbeitende wie *Calltaker* oder Disponenten Codes, die durch Auslastung oder Events getriggert werden. Diese Codes beinhalten dann Anweisungen für jede Position im Unternehmen, um eine schnelle und koordinierte Reaktion zu gewährleisten. Informationen werden im internen Wiki vorgehalten, und Chats mit strukturierten Gruppen bieten Hilfe und Vernetzung im Dienst oder bei Bedarf während Telefonaten (> Abb. 5).

Kulturelle Faktoren

Ein mitarbeiterfreundliches Umfeld ist hinsichtlich des Einflusses der individuellen Resilienz von Rettungskräften (sowie Mitarbeitenden allgemein) immens wichtig. Die Ressourcen, die ein Unternehmen den Mitarbeitenden zur Verfügung stellen kann, sind unter anderem qualitative Aus- und Weiterbildungsangebote, Gehalt und Work-Life-Balance sowie die Qualität und Quantität der verwendeten Materialien. Die Unternehmens- und Fehlerkultur gewinnt erst in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung, während Rettungsdienstorganisationen durch steigende Anforderungen immer mehr unter (wirtschaftlichen) Druck geraten, was Auswirkungen auf die Behandlung der Mitarbeitenden hat. Gerade im Rettungsdienst gibt es leider immer häufiger hauptberufliche wie ehrenamtliche Mitarbeitende, die dadurch auf lange Sicht an ihrem Idealismus verbrennen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Resilienz in jedem Aspekt des Rettungsdienstes von entscheidender Bedeutung ist. Sowohl auf indi-

vidueller Ebene, innerhalb von Teams als auch auf organisationaler Ebene, ist die Fähigkeit, sich anforderungsreichen Situationen anzupassen und daraus gestärkt hervorzugehen, unerlässlich. Dies erfordert ausreichend Ressourcen und effiziente Prozesse auf allen Ebenen.

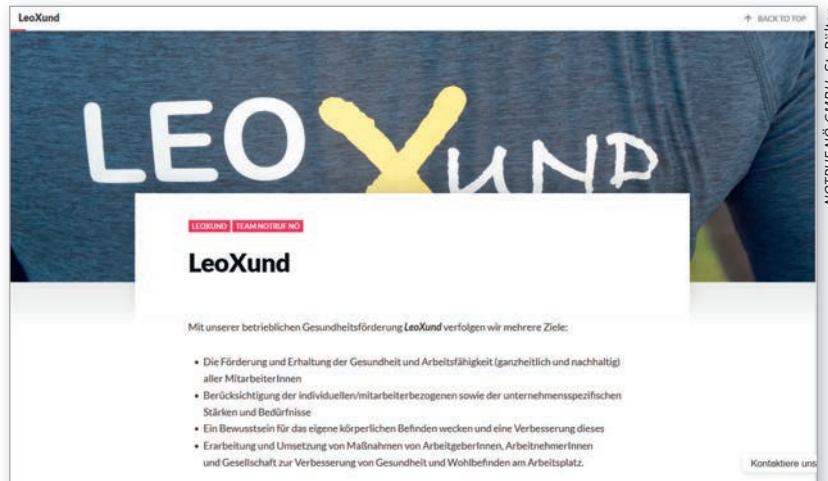
Die Zusammenarbeit von Organisationen, Teams und Einzelpersonen trägt maßgeblich zum erfolgreichen Funktionieren des Rettungsdienstes bei. Daher sollten Organisationen aktiv daran arbeiten, die Resilienz auf allen Ebenen zu fördern und entsprechende Maßnahmen ergreifen, um ihre Mitarbeitenden zu unterstützen und auf schwierige Situationen vorzubereiten. Dazu zählen unter anderem gezielte Schulungen, regelmäßiges Üben von Szenarien, eine wertschätzende Unternehmenskultur, die Implementierung von Algorithmen oder die Qualität und Quantität der Materialien. Es liegt in der Verantwortung der Organisationen, eine solide Grundlage zu schaffen, von der letztendlich alle Beteiligten im Rettungsdienst profitieren.

Auf staatlicher Ebene ist der Rettungsdienst an sich ein Resilienzfaktor, eine Ressource, die direkten Einfluss auf die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger hat. Hier darf auf der einen Seite Wirtschaftlichkeit kein Hauptfaktor sein, auf der anderen Seite muss aber auch Effizienz gewährleistet werden. Mit den Rahmenbedingungen z. B. der Ausbildung hat der Gesetzgeber somit auch direkten Einfluss auf die individuelle Resilienz der Rettungskräfte.

Der Autor

Jakob Klinger, BSc, ehrenamtlicher Notfallsanitäter NKV, Praxisanleiter, Ausbildung an der FH Technikum Wien in Wirtschaftsingenieurwesen, Bachelorarbeit zum Thema Messung von organisationaler Resilienz von Unternehmen.

Interessenskonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.



Quellen

- [1] J. W. Reich (Hrsg.): Handbook of adult resilience. New York London: Guilford Publ, 2010.
- [2] E. Werner: The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, Bd. 13, Nr. 4, S. 262–268, Juni 1992.
- [3] S. Kröling, L. Gerhold: Konzepte zur Steigerung der Resilienz von Einsatzkräften: Ergebnisse aus dem Forschungsverbund REBEKA. Berlin: Freie Universität Berlin, Forschungsforum Öffentliche Sicherheit, 2019.
- [4] M. Rutter: Resilience. Some conceptual consideration. *Journal of Adolescent Health*, Bd. 14, Nr. 8, S. 626–631, Dez. 1993.
- [5] M. Rolf: Positive Psychologie und organisationale Resilienz: stürmische Zeiten besser meistern. In: *Positive Psychologie kompakt*. Springer, 2019.
- [6] E. Salas, D. E. Sims, C. S. Burke: Is there a „Big Five“ in Teamwork? *Small Group Research*, Bd. 36, Nr. 5, S. 555–599, Okt. 2005.
- [7] L. Thun-Hohenstein, K. Lampert, U. Altendorfer-Kling: Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. *Z Psychodrama Soziom*, Bd. 19, Nr. 1, Art. Nr. 1, Apr. 2020.

Abb. 5 Der Notruf Niederösterreich kümmert sich neben den technischen und organisatorischen Ressourcen auch um die persönlichen Belange seiner Mitarbeitenden – und er erreicht durch die Unterstützung der individuellen Resilienz auch eine Stärkung der Organisationsresilienz.





Was für andere zu viel wäre, ist für uns ganz normal

AdobeStock/nercher

Schlüsselwörter:

Emotionale Belastung
Traumatische Zange
Schutzfaktoren
Handlungsfähigkeit
Angstfreundlichkeit

Zusammenfassung: Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst sind nahezu tagtäglich nicht nur mit physisch, sondern auch psychisch belastenden Situationen konfrontiert. Warum sich manche Erlebnisse in ihr Gedächtnis „einbrennen“ und andere nicht, hängt maßgeblich damit zusammen, als wie handlungsfähig sie sich in der jeweiligen Situation erleben. Training, klare Abläufe, Strukturen, Uniformen, Checklisten und vieles mehr helfen den Helfer:innen dabei, sich abzugrenzen und Erlebtes gut zu verarbeiten. Dennoch ist es vor allem die Kultur des Zusammenhalts und des offenen Austauschs, die dazu beiträgt, dass Rettungsdienstmitarbeiter:innen auch langfristig ihre emotionale Gesundheit bewahren können.

Alltag

Immer wenn Karin in eine Metzgerei geht, muss sie beim Geruch von Fleisch sofort an einen Verkehrsunfall denken, der sich vor 25 Jahren ereignet hat. Sie war als Sanitäterin mit dem ersteintreffenden Rettungsfahrzeug vor Ort. In den Unfall war ein Lkw verwickelt, der Fahrer war im Führerhaus eingeklemmt. Um ihn zu befreien, musste erst ein Spezialfahrzeug angefordert wer-

den, das dauerte insgesamt fast eineinhalb Stunden. Anfangs konnte Karin noch mit dem Fahrer sprechen, dann aber verfiel sein Zustand zunehmend. Trotz notärztlicher Interventionen verstarb er noch am Unfallort. Dieses Ereignis hat sich in Karins Gedächtnis „eingebrennt“. Sie sieht die Bilder vom Unfall noch deutlich vor sich, hört die Geräusche der Maschinen und erinnert sich an die Gesichtszüge des Mannes, als ob es gestern gewesen wäre.

Wenn sich etwas in unser Gedächtnis „einbrennt“

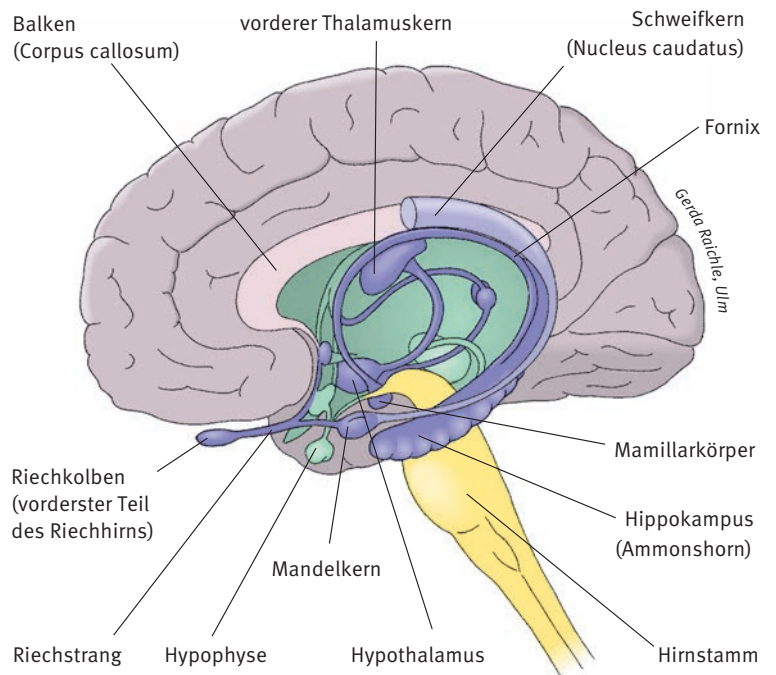
Wir alle kennen diese besonderen Momente in unserem Leben – ob gut oder schlecht –, die sich in unser Gedächtnis eingepägt haben. Noch Jahre später können wir ganz genau die Atmosphäre, das Aussehen, die Geräusche, das Gesagte oder die Gerüche einer speziellen Situation abrufen. Das Phänomen der Verfestigung mancher Erlebnisse hat mit dem limbischen System zu tun. Als Teil des Gedächtnisses sorgt es dafür, dass die mit außergewöhnlichen Emotionen verknüpften Erinnerungen abgespeichert werden. In derartigen Situationen werden unsere WahrnehmungsfILTER abgeschwächt, wir sehen, hören und riechen besser. Und all das verfestigt sich gemeinsam mit dem Ereignis in unserem Gedächtnis. Es ist deshalb nur normal, wie genau sich Karin auch 25 Jahre später noch an die Einzelheiten des damaligen Lkw-Unfalls erinnert.

Das Gehirn in der Zange

Wenn sich Karin nach so langer Zeit noch an die Details eines Einsatzes erinnert, so ist das kein Trauma, sondern eine völlig normale Reaktion auf eine Belastungssituation, die sich damals ereignet und Karin verarbeitet hat. Das limbische System wurde hochgefahren, die Erinnerungen prägen sich ein.

Negative, besonders emotionale Erlebnisse haben jedoch prinzipiell auch das Potenzial, Menschen psychisch zu traumatisieren. Warum ist das so, was bedeutet das und was genau passiert bei so einem Ereignis mit uns?

Immer dann, wenn sich Menschen in einer überbordend belastenden Situation wiederfinden, reagieren sie evolutionsbedingt mit zwei möglichen Verhaltensmustern: dagegen ankämpfen (*fight*) oder davor fliehen (*flight*). Wenn aber beides nicht möglich ist, leitet das Gehirn den Ausnahmezustand ein. Das limbische System schaltet auf Hochtouren, was üblicherweise zu einem bestimmten Reaktionsmuster führt: die Menschen erstarren (*freeze*) und fragmentieren (*fragment*). Was dann passiert, bezeichnet man als „Dissoziation“ oder anders ausgedrückt: Die Leute erleben, dass sie emotional „neben sich“ stehen. Das kann sich äußern, indem



Menschen nur mehr bedingt auf Umweltreize reagieren, wie ferngesteuert agieren oder den eigenen Körper als fremd oder taub erleben, dass ihnen die Situation unreal vorkommt, sie alles wie hinter einer Glasscheibe und distanziert von sich selbst erleben, oder dass sie im Affekt völlig unpassend reagieren.

In diesem Moment versucht die Psyche, mit der Schrecklichkeit der eben erlebten Situation auf Distanz zu gehen. Auch wenn es nach außen hin anders erscheint, so ist die Sinneswahrnehmung der Betroffenen in diesem Moment meist völlig intakt, oft sogar noch verschärft.

Von derartigen Erfahrungen berichten etwa Personen, denen eine Todesnachricht überbracht wird oder Zeugen sind, wenn jemand stirbt oder schwer verletzt wird, genauso wie Opfer von Vergewaltigung oder Missbrauch oder Menschen, die eine schwere Erkrankung durchmachen.

All das hinterlässt für sich noch kein psychisches Trauma, sondern hat lediglich das Potenzial dazu, sich zu einem zu entwickeln. Entscheidend dafür ist, wie handlungsfähig man sich in und nach derartigen Situationen erlebt.

Vieles davon sind Situationen, bei denen auch Rettungskräfte im Einsatz sind, deshalb werden die meisten dieses Verhalten bei anderen oder bei sich selbst möglicherweise schon erlebt haben.

Abb. 1 Das limbische System ist dafür verantwortlich, dass sich Ereignisse mit einer besonderen emotionalen Intensität in unserem Gedächtnis verfestigen.

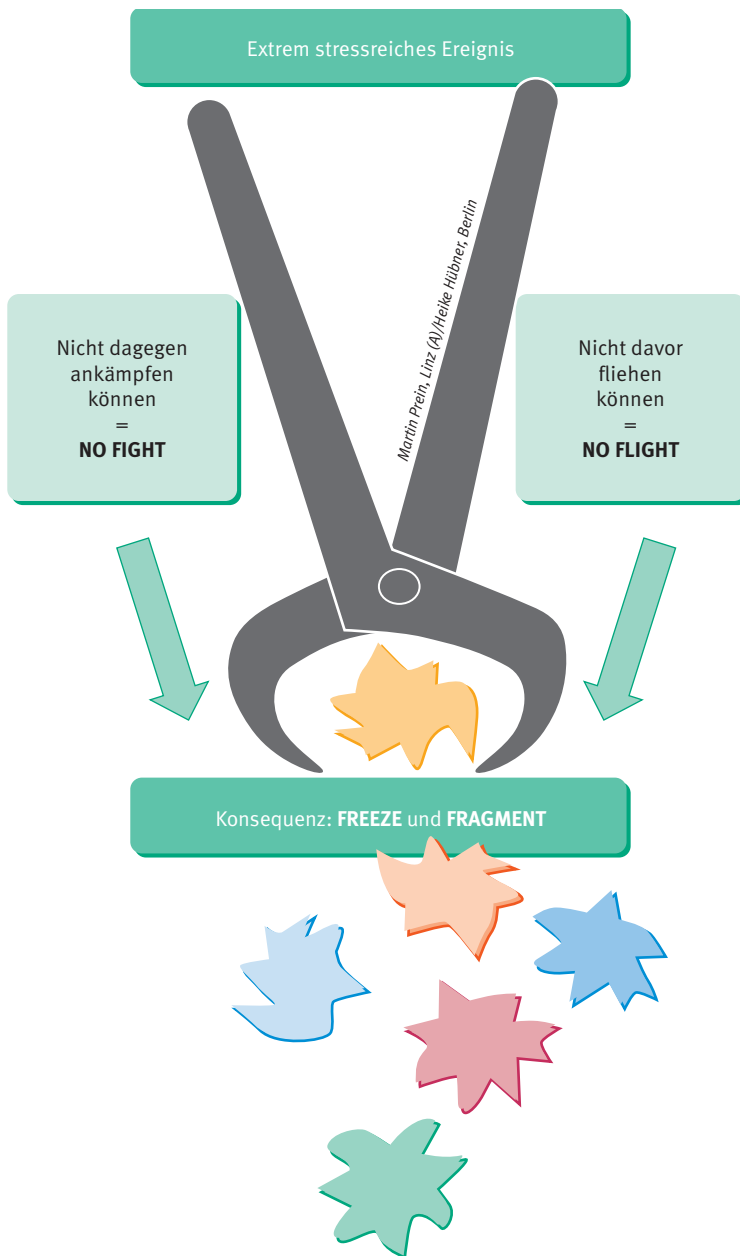


Abb. 2 Die traumatische Zange

Denn das Prinzip der traumatischen Zange wirkt auf Rettungskräfte grundsätzlich gleichermaßen wie auf Betroffene oder Anwesende. Sie bringen nur andere Voraussetzungen und Strategien mit, damit umzugehen.

Umgang mit Patient:innen und Anwesenden bei potenziell traumatischen Ereignissen

Wie sich Rettungskräfte bei Ereignissen verhalten, die für Patient:innen oder Angehörige poten-

ziell traumatisch sind, ist von entscheidender Bedeutung. Das Gehirn ist im Ausnahmezustand, Betroffene erleben massive Angst und Hilflosigkeit. Umso wichtiger ist es, sich dessen bewusst zu sein und, sobald es die Umstände erlauben, von einem rettungsdienstlichen „Einsatz-Ich“ in die Rolle eines empathischen „Hilfs-Ich“ zu wechseln.

Dazu gehört, sich auf dieselbe Gesprächsebene zu begeben (z.B. hinsetzen), ruhig und langsam zu sprechen, ernsthaft und wertschätzend zu sein, dabei jedoch nicht zu bagatellisieren. Sätze wie „Wir kümmern uns um Sie“ oder „Bei uns sind Sie sicher“ können den Patient:innen Sicherheit vermitteln und Hilflosigkeit reduzieren. Denn genau diese beiden Punkte, die Vermittlung von Sicherheit und die Reduzierung der Hilflosigkeit, bieten Betroffenen in extrem belastenden Situationen dringend notwendige psychische Unterstützung. Wichtig kann es auch sein, Gepflogenheiten zuzulassen, Schweigen auszuhalten, sich Zeit zu nehmen, Betroffenen und Patient:innen Selbstbestimmung und Selbstbeteiligung zu ermöglichen und ihre aktuellen Bedürfnisse zu erfassen. Eine klare Strukturierung von Gedanken und ein kontinuierlicher Informationsaustausch sind hilfreiche Maßnahmen, um Orientierung zu geben und das Gefühl zu vermitteln, dass Hilfe verfügbar ist. Dabei sollte man sich keinesfalls aufdrängen oder glauben, dass Patient:innen oder Betroffene aufgrund eines vielleicht ungewöhnlichen Verhaltens von der Situation nichts mitbekommen, denn genau das Gegenteil ist der Fall. So können sich z.B. Angehörige nach einer erfolglosen Reanimation oder Patient:innen mit einem akuten Herzinfarkt oft noch Jahre später ganz genau an das Verhalten, das Aussehen, die Mimik, Gestik und die Worte der anwesenden Rettungskräfte erinnern. Rettungskräfte stehen in Ausnahmesituationen unter besonderer Beobachtung. Deshalb sind Abgestumpftheit ebenso wie Ausgefallenheit, Zynismus oder Sarkasmus in einer derartigen Situation völlig fehl am Platz.

Die Berufsseele von Rettungskräften

Ein guter Teil der Anerkennung für die Tätigkeit im Rettungsdienst rührt mitunter daher, dass Sanitär:innen und Notärzt:innen in der Wahrnehmung

der Öffentlichkeit mit sehr fordernden Ausnahmesituationen besonders gut umgehen können. Sie wissen in medizinischen Notfällen, was zu tun ist, haben immer spannende Geschichten von mitunter kuriosen Einsätzen parat und stecken das alles obendrein noch ohne viel Tamtam weg. Wie machen sie das?

Es ist drei Uhr in der Nacht, der Pager geht auf Alarm, ein schwerer Verkehrsunfall auf der Autobahn hat sich ereignet. Eben noch aus dem Schlaf gerissen, fährt das limbische System in der Sekunde hoch, Adrenalin schießt ein, die Sinne werden geschärft. Beim Eintreffen am Unfallort finden sich nach einem Frontalzusammenstoß mehrere teils schwer verletzte Personen, die Feuerwehr werkt bereits, weitere Einsatzkräfte treffen nach und nach ein.

Erfahrene Einsatzkräfte wissen, was in einer solchen Situation zu tun ist. Sie können den überbordenden Stress, der unmittelbar auf sie wirkt, auf Distanz halten, weil sie sich selbst als handlungsfähig erleben und auf Gelerntes oder Erfahrungswissen zurückgreifen. Sie agieren, sie funktionieren, sie machen einfach. Je geschulter, erfahrener und handlungsfähiger man ist, desto geringer ist die Gefahr, dass man von einem derartigen Einsatz emotional überflutet wird. Es stellt sich auch in Ausnahmesituationen eine gewisse Gewöhnung und Routine ein, die für Außenstehende völlig undenkbar ist.

Und dennoch gibt es im Rettungsdienst auch immer wieder Situationen und Ereignisse, die besonders nahe gehen und zur Belastung der Berufsseele führen, auch wenn man «schon ALLES erlebt hat». Das müssen nicht immer Todesfälle, grauenvolle Unfallscenen oder tragische Vorkommnisse sein. Auch krankheitsbedingte Schicksalsschläge, die z. B. Kinder oder Gleichaltrige betreffen oder Ähnlichkeiten mit Personen, die einem nahe stehen, können emotional stark berühren. Darüber hinaus können auch Fehler – ob verursacht oder unvermeidbar – Schuldgefühle auslösen, selbst dann, wenn einen keine tatsächliche Schuld trifft. Die Frage, was man in gewissen Einsatzsituationen anders oder besser hätte machen können, nagt wohl an den meisten im Rettungsdienst tätigen Personen.

Dass Einsätze wie der oben beschriebene nachwirken, dass die Bilder immer wieder vor Augen stehen, wenn man sich niederlegt, dass auch in



AdobeStock/Gorodenkoff

den nächsten Tagen detailreiche Erinnerungen an Einzelheiten des Einsatzes und Emotionen dazu hochkommen, ist völlig normal und klingt in aller Regel nach kurzer Zeit wieder ab – wie eine kleine Schnittwunde, die rasch wieder verheilt. Vielleicht kommen auch Jahre später unter bestimmten Voraussetzungen – wie beim Beispiel von Karin – Erinnerungen an den Einsatz wieder hoch. Auch das ist normal.

Wenn die Symptome einer Belastungsreaktion jedoch nicht abnehmen, sondern sich sogar verstärken, und betroffene Personen unter einem anhaltend erhöhten Erregungszustand leiden (*Hyperarousal*), Vermeidungsverhalten zeigen (z. B. sich krankschreiben lassen, keine Dienste mehr machen, bestimmte Straßen umfahren oder Gegenstände meiden), unter Flashbacks leiden, vermehrt zu Alkohol oder Schmerzmedikamenten greifen oder besonders risikoreiches Verhalten an den Tag legen, manifestiert sich ein psychisches Trauma. Das Gehirn der Betroffenen realisiert in dem Fall nicht, dass die bedrohliche Situation vorüber ist. Eine solche posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) geht deshalb nicht selten mit Schlafstörungen und Panikattacken einher. Spätestens dann ist dringend geboten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Doch noch viel besser ist, es gar nicht erst soweit kommen zu lassen.

Dabei muss es nicht immer ein spezielles Ereignis sein, das eine derartige Erkrankung auslöst. Noch

Abb. 3 Einsatzsituationen können emotional aufwühlende Ereignisse für die Betroffenen sein ...



Abb. 4 ... wie auch für die Einsatzkräfte

schwerer zu erfassen sind Belastungen, die sich Jahr um Jahr, Geschichte um Geschichte, Fall um Fall ansammeln, ohne dass sie entsprechend besprochen oder verarbeitet werden. Belastende Umstände wie Zeitdruck, ein schlechtes Arbeitsklima im Team oder Spannungen mit Vorgesetzten, persönliche Krisen oder Probleme im Privatleben tun dazu noch ihr Übriges. Nach 20, 30, 35 Jahren im Rettungsdienst treten plötzlich ohne ersichtlichen Grund Erschöpfung, Müdigkeit, Leere, Kraftlosigkeit, Nervosität, Unsicherheit, Angst, Gereiztheit, Aggressivität, innere Unruhe, Verspannung, Schlafstörungen auf, oder Menschen ziehen sich sozial zurück.

Ein weiteres deutliches Warnsignal für überbordende Belastung, die sich langfristig aufstaut, ist ein ausgeprägter Zynismus oder Sarkasmus – nicht zu verwechseln mit Humor, der als Bewältigungsstrategie oft wichtig und gut ist.

Wer selbst schon länger im Rettungsdienst aktiv ist, tut deshalb gut daran, auf Leute zu hören, die einen gut kennen und darauf hinweisen, wenn es geboten ist, Unterstützungsangebote anzunehmen. Das ist kein Zeichen von Schwäche, sondern von Klugheit und Stärke.

Handlungsfähigkeit statt Abgrenzung

Wenn neue Kolleg:innen erstmals in Situationen gelangen, die sie emotional überfordern, hört man

von anderen oft Sätze wie «Das darfst du nicht an dich heranlassen» oder «Da musst du dich abgrenzen». Manchmal kommt noch ein wenig einfühlsames «Da musst du durch; sonst ist das nichts für dich» dazu. Diese gut gemeinten Ratschläge von alten und jungen Kolleg:innen sind leider meist nicht nur wenig hilfreich, sondern verschlimmern die Situation der Betroffenen: einerseits, indem sie zusätzlichen Druck aufbaut («Mache ich etwas falsch? Reagiere ich zu emotional? Bin ich normal? Kann ich das?»), und andererseits, indem es mundtot macht: «Wenn ich nicht darüber rede, merkt vielleicht keiner, dass ich ein Problem damit habe.»

Wichtig ist: Eine Belastungsreaktion ist eine völlig normale Reaktion auf ein nicht normales Ereignis und hat nichts damit zu tun, dass sich jemand zu wenig abgrenzen kann. Das Gegenmittel ist nicht Abgrenzung, sondern das Herstellen von Handlungsfähigkeit.

Im Einsatzgeschehen bedeutet das konkret, einer empfundenen Hilflosigkeit eine durch angeeignete Kompetenzen erworbene Handlungsfähigkeit entgegenzustellen: sich an zuvor vereinbarte oder trainierte Abläufe halten, an Checklisten oder Algorithmen orientieren, Anweisungen befolgen, auf seine Fähigkeiten vertrauen, bei der Sache bleiben.

Denn was einem immer klar sein muss: Wenn sich z. B. ein Sanitäter in einer akuten Stressreaktion als nicht mehr handlungsfähig erlebt, überträgt sich das auf die Patient:innen, was wiederum deren akuten Zustand und anschließenden Heilungsprozess nachhaltig beeinflussen kann. Ängste und Belastungen aller Anwesenden interagieren wesentlich stärker miteinander, als uns bewusst ist. Eine gute Patientenbetreuung bedeutet in diesem Sinne auch, handlungsfähig zu bleiben und Sicherheit zu vermitteln.

Handlungsfähigkeit stärken

Im Rettungsdienst finden zahlreiche Faktoren Anwendung, um die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter:innen auch in Ausnahmesituationen zu ermöglichen und zu stärken. Zentral sind dabei zunächst die fachliche Ausbildung und Training. Sie geben Sicherheit und bilden das Fundament im Einsatz. Von unschätzbarem Wert in besonders fordernden Situationen sind naturgemäß auch Erfahrung und

Routine. Wer ähnliche Situationen bereits erfolgreich bewältigt hat, kann sich auf die eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungswerte stützen. Speziell bei größeren Schadensereignissen werden Funktionen und Hierarchien ausschlaggebend. Sie dienen dazu, klare Organisationsstrukturen zu schaffen und Verantwortlichkeiten festzulegen. Das entlastet die oder den Einzelnen und legt klare Handlungsfelder vor.

Alle Arten von Schemata, Checklisten, einstudierten Abläufen oder Algorithmen dienen in Ausnahmesituationen der Organisation von Abläufen und damit der Handlungssicherheit und -fähigkeit des oder der Einzelnen.

Auch konkrete Verhaltensmuster, die als Routine für jeden Einsatz gelten sollten, bereiten auf Eventualitäten vor. Dazu gehören die Absprache im Team (und gegebenenfalls mit anderen Rettungsmitteln und Einsatzkräften) während der Anfahrt, das Kommunizieren aller vorhandenen Informationen, die Festlegung einer Rollenverteilung, das gedankliche Zurechtlegen der ersten Schritte, das gemeinsame Durchgehen vorhandener Checklisten, Schemata oder Algorithmen, die zum Einsatzgeschehen passen könnten, oder die Verständigung auf einen Plan A und einen Plan B.

All diese bereits vielfach angewandten Mittel helfen nicht nur, Patient:innen gut zu versorgen und Einsätze erfolgreich zu bewältigen, sondern auch, die Handlungsfähigkeit zu stärken.

Schutzfaktoren und die Verarbeitung belastender Einsätze

Auch abseits aller zusätzlichen Maßnahmen übernehmen Rettungsdienstorganisationen selbst schon eine wesentliche Schutzfunktion für die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter:innen. In dem Wissen, im Einsatzfall als Vertreter:in einer Organisation aufzutreten und nicht als Privatperson, bietet emotionalen Schutz. Unterstützt wird dies maßgeblich durch eine einheitliche Uniformierung, die man am Ende des Dienstes – gemeinsam mit belastenden Ereignissen – ablegen kann. Auch die Fachsprache hilft dabei, emotionale Distanz zu wahren und Erlebtes zu objektivieren.

Was sich zwischenmenschlich als weiterführende Verarbeitungsstrategie von selbst einstellt, lässt sich anhand der Fortsetzung des zuvor genannten

Beispiels eines Verkehrsunfalls mitten in der Nacht gut darstellen: Alle Verletzten sind versorgt und in Krankenhäuser verbracht, die Aufräumarbeiten dauern bis in die frühen Morgenstunden, die Rettungsteams finden sich auf ihren Dienststellen wieder ein, die ersten Mannschaften des Tagdienstes treffen ein. Was wird passieren?

Alle Beteiligten – und Unbeteiligten – tauschen sich über den nächtlichen Einsatz aus, erzählen, was sie gemacht haben, wo sie sich aufgehalten haben, wie sie die Situation vorgefunden und erlebt haben, mit wem sie gesprochen haben, wen sie versorgt haben, um welche Verletzungsmuster es gegangen ist, welches Material sie verwendet haben, welche Medikamente verabreicht wurden, wie viele Personen beteiligt waren, wer alles dort war, was sie gesehen haben, wie es zu dem Unfall kommen konnte, was andere ihnen erzählt haben, was Feuerwehr, Polizei und Notärzt:innen gemacht haben, in welches Krankenhaus sie gefahren sind, wie das Pflegepersonal in der Notaufnahme reagiert hat, wie das Rettungsfahrzeug danach ausgesehen hat, wie lange sie geputzt haben, und, und, und.

All dies ist wesentlicher Teil einer Bewältigungsstrategie: Über die Geschehnisse zu sprechen, zieht sie auf eine rationale Ebene, überführt Emotionen in das kognitive Bewusstsein und hilft dadurch, das Erlebte zu reflektieren, einzuordnen und zu verarbeiten. Reden rationalisiert, objektiviert, manifestiert. Deshalb soll man sich nach einer derartigen Situation über Fakten austauschen, nach Reaktionen und Gedanken fragen, nicht jedoch nach Gefühlen. Denn das Nachbohren nach Gefühlen würde Emotionen anheizen, bevor das Erlebte verstanden wurde.

Außergewöhnliche Situationen dieser Art sind oft noch wochenlang Thema. In einem wertschätzenden Umfeld ist das auch gut so. Was damit Hand in Hand geht, ist eine professionelle Nachbetreuung der Betroffenen: durch etablierte PEER- bzw. SvE-Systeme (Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen) und Supervision. Dabei geht es darum, Erfahrungen und nun auch Emotionen im geschützten Rahmen zu reflektieren und mit professioneller Unterstützung aufzuarbeiten.

Wer im Rettungsdienst tätig ist, ist auch dringend angehalten, sich Strategien zur allgemeinen Stressverarbeitung außerhalb des Berufs anzueignen.

Beispielhaft seien Sport, Musik, Hobbys, Routinen oder Entspannungstechniken genannt.

Generell gilt: Über Belastendes zu sprechen ist besser, als zu schweigen. Und je früher das passiert, umso besser. Mit Freund:innen und Kolleg:innen zu reden, ist gut; sich mit Außenstehenden auszutauschen, ist manchmal notwendig.

Ein Plädoyer für ein gutes Arbeitsklima und mehr Angstfreundlichkeit

Ein entscheidender Faktor für unser Wohlbefinden, Vertrauen und Sicherheitsgefühl ist das Arbeitsklima und der Zusammenhalt unter Kolleg:innen. Selbst die besten Bemühungen zur Vorbeugung psychischer Belastungen werden ins Leere laufen, wenn das Klima nicht stimmt. Und ohne Vertrauen und Wohlbefinden wird die traumatische Zange in emotionalen Ausnahmesituationen unweigerlich schneller zuschnappen.

Es ist ein Zeichen der Professionalität, die psychische Gesundheit aller Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst hochzuhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, sind Maßnahmen erforderlich, die den Zusammenhalt fördern und ein positives Arbeits- und Gesprächsklima schaffen. Darüber hinaus ist es wesentlich, auch in Sachen Psychohygiene umfassende Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten anzubieten. Und obwohl Supervision im Rettungsdienst möglicherweise nicht so weit verbreitet ist wie in anderen Gesundheitsberufen, gehört sie heutzutage zum Standard und sollte deshalb als feste Säule einer umfassenden Gesundheitsprävention implementiert sein.

Gerade in emotional sehr herausfordernden Tätigkeiten – im Rettungsdienst, in Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern – herrscht oft die Ansicht vor, dass Angst dort keinen Platz hat. Dabei ist sie gerade hier ständiger Begleiter, wo Menschen laufend mit Schicksalsschlägen, Krankheit und Tod konfrontiert sind.

In diesen Bereichen ist es deshalb besonders wichtig, dass Menschen ihren Ängsten auch Ausdruck verleihen dürfen, denn es ist völlig normal, sie zu erleben – manchmal mehr, manchmal weniger. Angst ist für alle Betroffenen eine höchst intime Situation und muss gerade deshalb einen hohen Stellenwert haben und besondere Sensibilität im Umgang erfahren.

Als Credo sollte gelten, speziell diesen Aspekt zu berücksichtigen: wie es uns und unseren Mitarbeiter:innen geht. Sonst brechen die Leute nach kürzester Zeit weg oder brennen aus. Es ist die Aufgabe der Institutionen, den Menschen im Rettungsdienst bei der Bewältigung ihrer Ängste und Belastungen zu helfen. Eine Kultur der Angstfreundlichkeit und des offenen Austauschs sind von zentraler Bedeutung, um das Stigma rund um psychische Belastungen abzubauen und den Mitarbeiter:innen eine unterstützende Umgebung zu bieten.

Letztendlich ermöglicht es die Kombination aus professioneller Unterstützung, Teamarbeit und Wertschätzung, dass die Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst ihre wertvolle Arbeit leisten können und gleichzeitig ihre eigene physische und psychische Gesundheit auch langfristig bewahren.

Fazit

Gut erzählte Geschichten von außergewöhnlichen Einsätzen stärken nach außen hin das Bild der standhaften Held:innen im Notfall, dabei sind sie in Wahrheit schon wesentlicher Teil einer emotionalen Bewältigungsstrategie.

Im Rettungsdienst werden Mitarbeiter:innen täglich mit herausfordernden Situationen konfrontiert, die sowohl für sie selbst als auch für Patient:innen oder Angehörige eine erhebliche psychische Belastung darstellen können. Ein professioneller, empathischer Umgang mit emotional besonders fordernden Ereignissen wie schweren Unfällen, Gewalttaten oder plötzlichen Todesfällen, ist von großer Bedeutung, um die psychische Gesundheit zu wahren und eine angemessene Versorgung der Patient:innen sicherzustellen.

Die Bewältigung psychischer Belastungen im Rettungsdienst erfordert eine ganzheitliche Betrachtung und Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Dabei muss die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter:innen als integraler Bestandteil des Rettungsdienstes angesehen werden. Durch die Förderung einer Kultur der Angstfreundlichkeit, die Stärkung des Teamgeistes, den Zugang zu professioneller Unterstützung und die Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit gehen Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst besser vorbereitet in ihre Arbeit und können so langfristig ihre psychische Gesundheit schützen.

Und aus.

„Und aus.“ ist ein Podcast für alle, die einmal sterben werden. Witzig, scharfsinnig und mit viel Tiefgang gehen Alexandra Luthwig und Martin Prein offen der Frage nach, wie wir mit dem Tod leben.

**Letzte Hilfe Kurs**

Der „Letzte Hilfe Kurs“ vermittelt empathisch und mit Humor gewürzt Wissen über wichtige Fragestellungen rund um das Thema Tod und gibt praxisnahe Hilfestellungen für künftige Begegnungen mit dem Tod. Dabei geht es unter anderem um die Fragen, was die Toten mit den Lebenden machen oder wie man die richtigen Worte für Betroffene findet. Darüber hinaus liefert das Buch wichtige rechtliche und praktische Informationen und „empowert“ Leser:innen im Umgang mit dem Tod.

**Weiterführende Literatur**

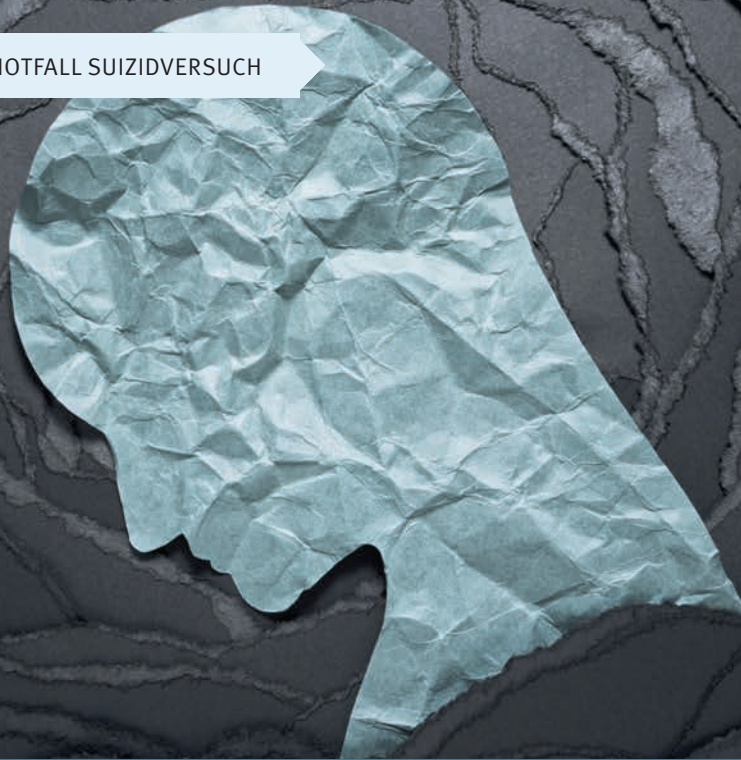
Bengel J. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Aufl. Springer 2004.
 Hausmann C. Notfallpsychologie und Traumabewältigung: Ein Handbuch. 3. Aufl. facultas.wuv 2010.
 Hausmann C. Interventionen der Notfallpsychologie: Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert. 2. Aufl. facultas 2021.
 Juen B, Kratzer D. Krisenintervention und Notfallpsychologie: Ein Handbuch für KriseninterventionsmitarbeiterInnen

und psychozoziale Fachkräfte. Studia Universitätsverlag 2012.
 Lasogga F, Gasch B. Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. 5. Aufl. Stumpf + Kossendey 2013.
 Mundt A. Erste Hilfe für die Seele: Einsatz im Kriseninterventionsteam. btb 2016.
 Paul Ch. Keine Angst vor fremden Tränen: Trauernden begegnen. 5. Aufl. Gütersloher Verlagshaus 2013.
 Prein M. Letzte Hilfe Kurs: Weil der Tod ein Thema ist. Styria 2019.
 Prein M. Dr. Prein & der Tod: Warum es uns lebendiger macht, wenn wir anders auf das Ende schauen. Molden 2021.

Der Autor

Dr. Martin Prein ist Thanatologe, Notfallpsychologe, Autor und Speaker. Der gelernte Rauchfangkehrer kam über den Zivildienst zum Roten Kreuz, dem er als freiwilliger Rettungssanitäter einige Jahre erhalten blieb. Nach Stationen als Metallarbeiter, Bus- und Lkw-Fahrer verschlug es ihn für insgesamt 18 Jahre in das Bestattungsgewerbe. Er holte die Studienberechtigung nach, studierte Psychologie, absolvierte zahlreiche Weiterbildungen u.a. in den Bereichen systemisches Coaching, Supervision und Notfallpsychologie und gründete das „Institut für Thanatologie“ in Linz. Neben seiner umfassenden Vortrags- und Lehrtätigkeit hat er mit dem *Letzte Hilfe Kurs: Weil der Tod ein Thema ist* (2019) einen Bestseller verfasst, spricht in seinem Podcast „UND AUS.“ darüber, wie wir mit dem Tod leben, und begleitet Menschen im Umgang mit besonders belastenden Situationen.





Notfall Suizidversuch

Schlüsselwörter:

Suizid
Suizidprävention
Psychiatrische Erkrankungen
Depression
Risikoabschätzung
Hilfsangebote

Zusammenfassung: 25 Menschen versterben in Deutschland jeden Tag durch Suizid. Schätzungsweise gibt es täglich 500 Suizidversuche. Die meisten Menschen, die Suizid begehen, leiden an einer psychiatrischen Erkrankung, insbesondere an Depressionen. Eine erfolgreiche Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen ist daher der wichtigste Baustein der Suizidprävention. Obwohl äußere Belastungen suizidale Handlungen auslösen können, wird ihr Einfluss oft überschätzt. Im Falle von Einsätzen mit akuter Suizidgefahr sollten Rettungskräfte Sicherheitsmaßnahmen ergreifen und eine möglicherweise suizidale Person nie alleine lassen.

Zahlenmäßige Einordnung

In Deutschland sterben jährlich ca. 9.200 Menschen durch Suizid. Das sind mehr Menschen, als im Verkehr (ca. 2.900), durch Drogen (ca. 1.820) und an AIDS (ca. 220) zu Tode kommen [1]. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise 15- bis 20-mal so hoch. Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt. Die höchsten Suizidraten haben ältere Männer, die höchsten Suizidversuchs-raten jüngere Frauen [2]. In den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl der Suizidopfer halbiert. Hauptgründe dafür dürften sein, dass sich mehr Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen trauen, sich Hilfe zu holen und dass

häufiger korrekt diagnostiziert und leitlinienkonform behandelt wird.

Ursachen und Risikofaktoren

Die große Mehrheit der Menschen, die durch Suizid versterben, litt vorher an einer psychiatrischen Erkrankung [3, 4], am häufigsten an einer Depression [5]. Bei Depressionen stellen der als unerträglich empfundene Zustand zusammen mit dem zur Erkrankung gehörenden Gefühl der Ausweglosigkeit die Faktoren dar, die die hohe Suizidgefährdung erklären. Daneben sind auch andere psychische Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen oder Suchterkrankungen

kungen mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden [6, 4]. Die erfolgreiche Behandlung von Depressionen und anderen psychiatrischen Erkrankung stellt damit den wichtigsten Baustein der Suizidprävention dar. Im Unterschied zu Suiziden und Suizidversuchen sind Suizidgedanken in schwierigen Lebenssituationen nichts Ungewöhnliches, sie treten auch unabhängig von psychiatrischen Erkrankungen auf [7].

Äußere Belastungen wie z. B. Partnerschaftskonflikte, Schulden, Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankungen, Überforderungen oder Partnerschaftskonflikte können bei Personen mit entsprechender Veranlagung Depressionen und damit auch suizidale Handlungen auslösen. Der Einfluss derartiger Faktoren wird jedoch oft überschätzt. Menschen mit einer Veranlagung zu Depressionen erkranken in der Regel mehrfach in ihrem Leben an einer Depression, selbst wenn die äußeren Umstände nicht ungewöhnlich sind, und haben häufig auch erkrankte Angehörige [8]. Menschen ohne diese Veranlagung erkranken dagegen auch bei größten Bitternissen nicht an einer Depression. Ein Grund für die Überbewertung äußerer Faktoren ist die Tatsache, dass mit Einschleichen einer depressiven Episode immer alles Negative verstärkt wahrgenommen, ins Zentrum des Erlebens gerückt und häufig vorschnell als Ursache der Depression angesehen wird. Mit Abklingen der Depression bestehen diese negativen Dinge meist fort, werden aber wieder Teil des bewältigbaren Lebens.

Vorgehen bei Einsatz mit akuter Suizidgefahr

Im Rahmen von Einsätzen werden Rettungskräfte immer wieder zu Menschen mit akuter Suizidgefahr gerufen. Doch wie geht man in einem solchen Fall am besten vor?

Wenn Sie am Einsatzort eintreffen, gilt es zunächst zu prüfen, ob akute Sicherungsmaßnahmen wie das Entfernen möglicher Suizidmittel anstehen. Eine möglicherweise suizidale Person sollte nicht alleine gelassen werden, um das Risiko für Kurzschluss-handlungen zu minimieren. Oft ist es sinnvoll, weitere Hilfen, z. B. die Polizei, hinzuzuziehen.

In einem Gespräch mit der betroffenen Person sollten Sie dann versuchen, zu erfahren, was los ist. Hierfür ist eine ruhige und geschützte Umgebung

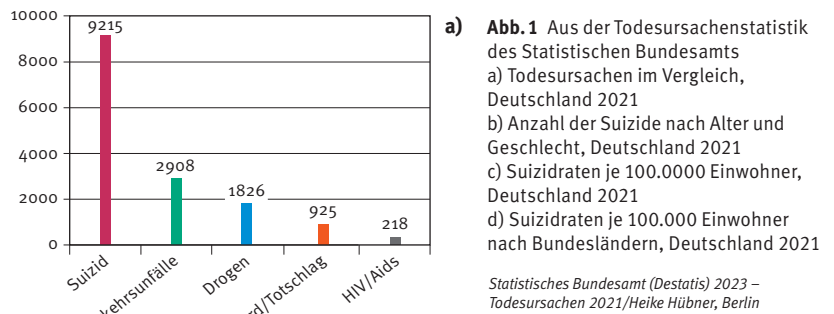


Abb. 1 Aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts
 a) Todesursachen im Vergleich, Deutschland 2021
 b) Anzahl der Suizide nach Alter und Geschlecht, Deutschland 2021
 c) Suizidraten je 100.000 Einwohner, Deutschland 2021
 d) Suizidraten je 100.000 Einwohner nach Bundesländern, Deutschland 2021

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023 – Todesursachen 2021/Heike Hübner, Berlin

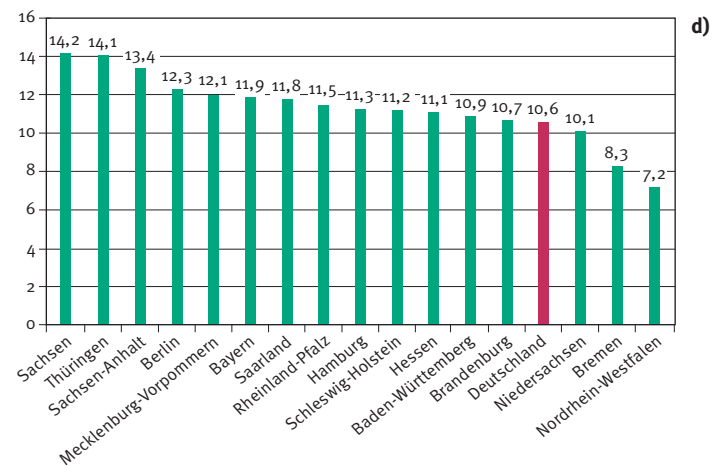
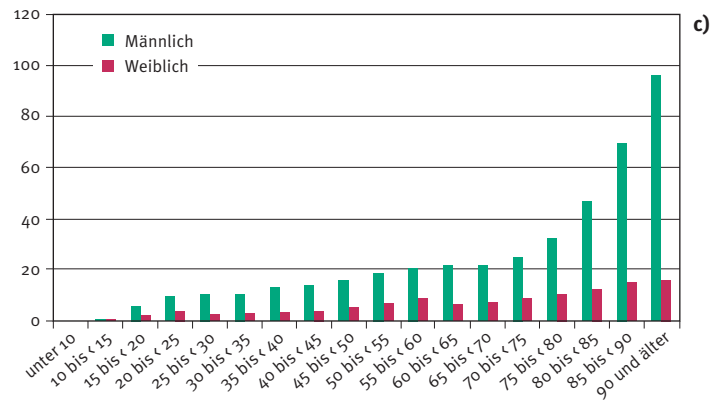
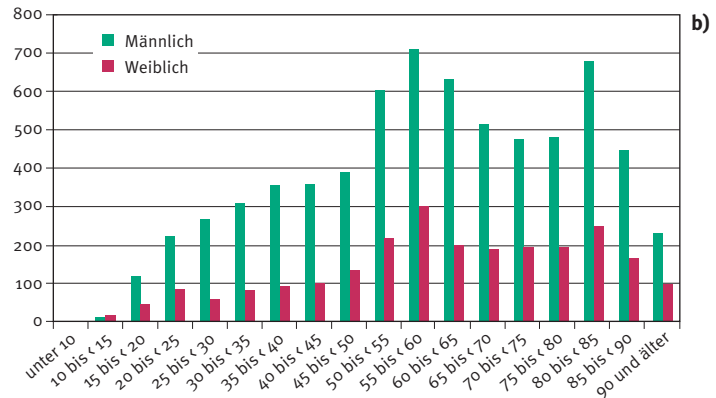




Abb. 2 Das Gefühl der Ausweglosigkeit stellt sich oft bei einer Depression ein.

hilfreich. Wichtig ist es bei diesem Gespräch, dies gedanklich in zwei getrennte Teile zu ordnen:

Teil 1 Risikoabschätzung: Ziel ist es, zu verstehen, wie die Situation ist und insbesondere wie hoch die Fremd- und Selbstgefährdung bei dieser Person einzuschätzen ist. Nur darum geht es zunächst, und dafür ist meist Geduld und hartnäckiges Nachfragen nötig. Unterdrücken Sie den Impuls, gleich mit Zuspruch und Hilfsangeboten zu kommen. Sprechen Sie stattdessen Suizidgedanken und -absichten offen an. Oft fällt der Einstieg in dieses Thema bei einem Gespräch schwer. Empfehlenswert ist, dabei zunächst von den eigenen Beobachtungen und Gefühlen auszugehen, z. B.: „Sie machen auf mich einen verzweiferten Eindruck. Ich mache mir Sorgen um Sie. Haben Sie denn finstere Gedanken oder haben Sie sogar daran gedacht, sich etwas anzutun?“. Nach diesem Einstieg ist es entscheidend, weiter nachzufragen, z. B.:

- „Hatten Sie in letzter Zeit das Gefühl, nicht mehr weiterleben zu wollen?“
- „Haben Sie konkrete Pläne gemacht?“
- „Haben Sie Vorkehrungen getroffen (z. B. Wertgegenstände verschenken)?“
- „Standen Sie schon mal kurz davor, sich etwas anzutun?“

- „Gab es frühere Suizidversuche?“
- „Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung bekannt?“

Bei diesem Teil des Gesprächs sollten Sie so lange bleiben, bis Sie ein möglichst gutes „Bauchgefühl“ dazu haben, wie sehr der Betroffene in Gefahr ist. Erst dann gehen Sie über zu Teil 2 des Gesprächs mit Hilfsangeboten, schützenden Maßnahmen etc.

Teil 2 Hilfsangebote: Ziel ist es, Hilfe zu leisten, basierend auf Ihrer Einschätzung am Ende des ersten Gesprächsteils. Die weiteren Maßnahmen hängen davon ab, wie hoch Sie die Suizidgefährdung beurteilen. Diese kann von lediglich passiven Suizidgedanken ohne Suizidabsicht bis zu hoher akuter Suizidgefährdung reichen. Je nach Ihrer Einschätzung steht Ihnen eine ganze Palette an Maßnahmen zur Verfügung:

- Sicherstellen, dass die Person in der nächsten Zeit nicht alleine ist (z. B. Familienangehörige hinzuziehen)
- Veranlassen, dass professionelle Hilfe aufgesucht wird (z. B. gemeinsam telefonisch zeitnahen Termin beim Hausarzt, Psychiater oder Psychotherapeuten organisieren)
- Anti-Suizid-Pakt schließen: Hierbei geht es darum, sich per Handschlag zuzusichern zu lassen, dass die betroffene Person keinen Suizidversuch begeht und professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (z. B. „Können Sie mir versprechen, dass Sie sich bis zum Besuch bei Ihrem Arzt nichts antun werden?“)
- Stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik veranlassen
- Notarzt oder Polizei hinzuziehen
- Bei akuter Selbstgefährdung und fehlender Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, kann eine stationäre Behandlung auch gegen den Willen des Betroffenen über die Polizei veranlasst werden. Die verständigte Polizei entscheidet vor Ort, ob die betreffende Person in eine Klinik gebracht wird. Dort erfolgt dann eine fachärztliche Beurteilung, und ein Richter wird hinzugezogen, der die Rechtmäßigkeit der Unterbringung des Erkrankten gegen seinen Willen überprüft.

Antreffen von Personen in akuten Gefahrensituationen

Wenn Sie eine Person in einer akuten Gefahrensituation antreffen (z. B. auf einer Brücke, auf einem Hausdach), sollten Sie ruhig und beharrlich versuchen, eine Kommunikation mit ihr herzustellen, sie zum Reden zu bringen. Zuhören ist oft wichtiger als vorschnelle Beschwichtigungen. Ein zentrales Ziel ist es, Zeit zu gewinnen, da der akute Suizidimpuls oft abklingt.

Medikamente bei akuter Suizidalität

Die Behandlung der Suizidalität in einer Klinik hängt von der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung ab. Bei Suchterkrankungen ist oft die Entgiftung ein erster Schritt. Bei Depressionen wird eine leitlinienkonforme Behandlung, meist mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie eingeleitet, wodurch die depressive Krankheitsphase und damit auch die Suizidalität zum Abklingen gebracht werden kann. Bei extremer Suizidgefährdung kann auch zur Entlastung in den ersten Tagen ein sedierendes Medikament sinnvoll sein.

Suizidprävention

Der von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention entwickelte 4-Ebenen-Interventionsansatz hat sich als ein wirkungsvolles Instrument im Kampf gegen Suizidversuche und Suizide gezeigt. Er zählt zu den weltweit am häufigsten implementierten Ansätzen zur Suizidprävention [9].

Der 4-Ebenen-Ansatz verbindet zwei Ziele: die bessere Versorgung von Menschen mit Depression und die Prävention von Suiziden sowie Suizidversuchen. In einer umschriebenen Region (Stadt, Gemeinde) werden dafür gleichzeitig Interventionen auf vier Ebenen gestartet:

1. Kooperation mit Hausärzten (u. a. Schulungen)
2. Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Plakatkampagne, öffentliche Veranstaltungen)
3. Schulungen von Multiplikatoren (z. B. Pfarrer, Lehrer, Journalisten, Altenpflegekräfte, Polizisten)



AdobeStock/David Perreiras

4. Unterstützung für Betroffene und deren Angehörige, u. a. durch Informationsmaterialien, die Förderung der Selbsthilfe und das digitale Selbstmanagement-Programm „iFightDepression“ (tool.ifightdepression.com).

Abb. 3 Rettungsdienstpersonal, das zu Menschen in akuter Selbstmordgefahr gerufen wird, sollte über weiterführende Hilfsangebote Bescheid wissen.

Mittlerweile haben in Deutschland unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe 90 Städte und Landkreise diesen 4-Ebenen-Ansatz durch die Gründung regionaler Bündnisse gegen Depression umgesetzt. Darüber hinaus wurde der Ansatz in zehn weiteren europäischen Ländern sowie in Australien, Neuseeland, Kanada und Chile umgesetzt – koordiniert von der European Alliance Against Depression. Im WHO-Bericht zur Suizidprävention [6] wurde der 4-Ebenen-Ansatz als Best-Practice-Ansatz in der Suizidprävention genannt. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes konnte in mehreren Studien gezeigt werden, in denen eine Abnahme suizidaler Handlungen in Interventionsregionen im Vergleich zu Kontrollregionen gegenüber der Baseline festgestellt wurde. Ein systematischer Review zu Ansätzen der Suizidprävention [10] kommt zu dem Schluss, dass die 4-Ebenen-Intervention der weltweit vielversprechendste gemeindebasierte Suizidpräventionsansatz ist.

Mehr Suizide während der Pandemie?

Im Februar 2021 gaben in einer bundesweit repräsentativen Erhebung der Stiftung Deutsche Depressionshilfe 44 % der Befragten mit diagnostizierter Depression an, dass sich ihre Erkrankung in den letzten 6 Monaten coronabedingt verschlechtert habe, z. B. hatten 8 % Suizidgedanken oder suizidale Impulse entwickelt. Von den knapp 2000 Befragten mit Depression berichteten sogar 13 Personen, im letzten halben Jahr einen Suizidversuch unternommen zu haben [11]. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung würde das allein für diese Gruppe Betroffener grob geschätzt 140.000 Suizidversuche innerhalb eines halben Jahres ergeben. Die Maßnahmen gegen Corona hatten zu Versorgungsdefiziten und spezifischen Belastungen für die 5,3 Millionen Menschen mit Depression in Deutschland geführt. Besonders die Zahl der Suizidversuche ist alarmierend. Da suizidale Handlungen im häuslichen Umfeld möglicherweise weniger tödlich verlaufen, muss eine Zunahme der Suizidversuche jedoch nicht zwingend mit einer Zunahme der Suizide einhergehen. Bisher werden Suizidversuche in Deutschland jedoch nicht systematisch erfasst.

Ausblick: Neuregelungen zum assistierten Suizid

Mit Sorgen schaut die Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention auch auf die gesetzliche Neuregelung zum assistierten Suizid. Wird der assistierte Suizid zu einer offiziell geregelten Wahlmöglichkeit, so besteht das Risiko, dass Suizid „normalisiert“ wird und dass hier-

durch die bisher bestehende Schwelle für suizidales Verhalten gesenkt wird und es in der Folge zu einem Anstieg der Suizidraten kommt. In den Niederlanden war im Zuge der Liberalisierung der Sterbehilfe nicht nur eine beunruhigende Zunahme bei den assistierten Suiziden zu beobachten, sondern auch der einsamen, nicht-assistierten Suizide – entgegen den ursprünglichen Erwartungen und der eher positiven Entwicklung der Suizidraten in fast allen anderen europäischen Ländern. Bei der Neuregelung zum assistierten Suizid muss deshalb parallel die Suizidprävention in Deutschland intensiviert werden.

Quellen

- [1] Statistisches Bundesamt (2021). Todesursachenstatistik. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- [2] Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K. et al. (2015). What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLoS One*, 10(7), e0129062.
- [3] Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- [4] Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147–155.
- [5] Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 382–383.
- [6] WHO (2016). Suizidprävention: Eine globale Herausforderung (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Übers.). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>
- [7] Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B. (2020). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 810–828.
- [8] Bertelsen, A., Harvald, B., & Hauge, M. (1977). A Danish twin study of manic-depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 130(4), 330–351.
- [9] Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H. (2021). The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 760491.
- [10] Linskens, E. J., Venables, N. C., Gustavson, A. M. et al. (2022). Population and community-based interventions to prevent suicide: A systematic review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- [11] Czaplicki, A., Reich, H., & Hegerl, U. (2022). Lockdown Measures Against the Spread of the COVID-19 Pandemic: Negative Effects for People Living with Depression. *Frontiers in Psychology*, 13, 789173.

Weiterführende Literatur

- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M. et al. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(12), 1617–1628.

Informationen und Hilfe für Betroffene und Angehörige

- Den Hausarzt konsultieren oder im akuten Notfall im Krankenhaus vorstellen
- Telefonseelsorge, rund um die Uhr erreichbar unter der kostenlosen Rufnummer 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222
- Ein Selbsttest, Wissen und Adressen rund um das Thema Depression auf www.deutsche-depressionshilfe.de
- Sozialpsychiatrische Dienste bei den Gesundheitsämtern
- Der Verein AGUS unterstützt Angehörige nach einem Suizid durch Beratung, Betreuung und Vermittlung von Kontakten mit Betroffenen (www.agus.de).



Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225–1233.

Hegerl, U., Maxwell, M., Harris, F. et al., on behalf of The OSPI-Europe Consortium (2019). Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries. *PLoS ONE*, 14(11), e0224602.

Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I. et al. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(5), 401–406.

Hübner-Liebermann, B., Neuner, T., Hegerl, U., Hajak, G., & Spießl, H. (2010). Reducing suicides through an alliance against depression? *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 514–518.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327–338.

Székely, A., Thege, B. K., Mergl, R. et al. (2013). How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PLoS ONE*, 8(9), e75081.

Der Autor

Prof. Ulrich Hegerl ist Vorstandsvorsitzender der **Stiftung Deutsche Depressionshilfe**. Darüber hinaus leitet er das *Deutsche Bündnis gegen Depression* und die *European Alliance Against Depression*. Seit mehr als 30 Jahren setzt er sich mit großem Engagement für die bessere Erforschung und Aufklärung über Depression und die Suizidprävention ein. Seit 2013 ist Prof. Ulrich Hegerl Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen und war bis März 2019 Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Leipzig. Seit Juni 2019 hat er die Johann Christian Senckenberg Distinguished Professorship an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt inne.



Foto: Katrin Lorenz

Auf else4.de/emergency finden Sie den zugehörigen Multiple-Choice-Fragebogen mit 10 Fragen zum Artikel sowie weiteren Informationen zur Zertifizierung.



CME-Punkte bei Elsevier. So einfach geht es:

ELSEVIER Emergency

Fachmagazin für Rettungsdienst und Notfallmedizin

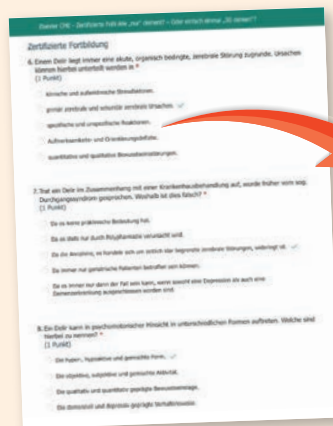
Artikel im Magazin lesen

- ✓ Teilnehmen kann jede Leserin/jeder Leser von Elsevier Emergency.
- ✓ Den Link zum Fragebogen finden Sie im Heft am Ende des entsprechenden CME-Artikels als QR-Code.

Fragebogen ausfüllen

- ✓ Der Fragebogen umfasst 10 Fragen mit 5 Antwortmöglichkeiten.

Mehr Informationen unter:
<http://www.else4.de/emergency>



Zertifikat erhalten

- ✓ Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen korrekt beantwortet werden.
- ✓ Das Zertifikat, das Ihre Teilnahme bestätigt, wird einmal im Monat per E-Mail verschickt.
- ✓ Eine Anerkennung durch die Ärztekammer ist nicht gegeben.

Der Teilnahmeabschluss ist der 31.12. des laufenden Jahres.



AdobeStock/golubov

Überbringen einer Todesnachricht

Schlüsselwörter:

Todesnachricht
überbringen

Vorläufiger Tod

Zusammenfassung Auch wenn die Überbringung einer Todesnachricht prinzipiell nicht zu den Aufgaben des Rettungsfachpersonals gehört, gibt es Situationen, bei denen es – zumindest bis zum Eintreffen eines Arztes – an den Sanitäter:innen liegen kann, Angehörige oder Anwesende über das Eintreten des vorläufig festgestellten Todes zu informieren. In dieser für alle herausfordernden Ausnahmesituation gibt es in Sachen Kommunikation vieles zu beachten.

Ein Hausnotruf, der zu spät kommt

Dienstag Vormittag, die Leitstelle alarmiert zu einer Hausnotruflclientin. Laut Auskunft der Tochter sei die Mutter seit dem Vortag nicht erreichbar, die Tochter mache sich große Sorgen und sei ebenfalls unterwegs zur Wohnung der 84-Jährigen. Nachdem der Schlüssel ausgehoben und ein kurzer Anfahrtsweg zurückgelegt wurde, trifft die Mannschaft am Einsatzort ein. Der Notfallrucksack wird routinemäßig geschultert, Monitor und Absauggerät vorsorglich mitgenommen. Im dritten Stock angekommen, findet die Mannschaft eine unberührte Essensbox

vor der Haustüre. Mehrfaches Klingeln, lautes Klopfen und die wiederholte Frage, ob jemand zu Hause sei, bleiben unbeantwortet. Beherzt schließt der Kollege die Haustüre auf, begleitet von einem lauten „Guten Morgen, Rettungsdienst“. Gemeinsam wird die sauber aufgeräumte Wohnung Zimmer für Zimmer nach der Bewohnerin durchsucht. Am Couchtisch im Wohnzimmer steht eine kalte Tasse Kaffee, das Bett im Schlafzimmer ist gemacht, in der Küche liegen gut sortiert die Medikamente am Tisch. Vorsichtig klopft der Kollege an der Tür zum Badezimmer und öffnet sie zugleich. „Frau Mair!“, ruft er und bleibt gleichzeitig erstarrt in der Tür ste-

hen. Eine voll ausgeprägte Leichenstarre und Totenflecken deuten eindeutig darauf hin, dass Frau Mair nach einem Sturz in der Badewanne bereits Stunden zuvor zu Tode gekommen war. Eben noch erfolgt die Abstimmung mit der Leitstelle zum weiteren Vorgehen, da steht plötzlich die besorgte Tochter in der Tür.

Herausfordernde Umstände

Der Tod war und ist ein ständiger Begleiter des Rettungsdienstpersonals. Auch wenn sich die Aufgabenfelder und Befugnisse von Organisation zu Organisation und je nach Bundesland unterscheiden mögen, so bleibt eines dennoch gleich: Das mulmige Gefühl kurz vor Überbringung einer Todesnachricht.

Grundsätzlich fällt es nicht in das Tätigkeitsfeld eines Sanitäters, die möglicherweise am Berufungsort anwesenden Angehörigen über das Ableben eines Verstorbenen zu informieren. Diese Aufgabe obliegt in erster Linie dem ärztlichen Personal oder in weiterer Folge der Exekutive [1]. Tritt allerdings der Fall ein, dass Sanitäter:innen vor dem Arzt oder der Exekutive am Einsatzort eintreffen und dort vorläufig den Exitus des Patienten feststellen, so stehen die Retter unweigerlich unter Zugzwang. Wie spricht man mit den Angehörigen über den Tod eines Familienmitgliedes?

David R. Snyder und Manish N. Shah bieten in ihrer zweiten Ausgabe von „Geriatric Education for Emergency Medical Services“ einen Leitfaden für das Überbringen von Todesnachrichten. Am wichtigsten ist demnach für die Sanitäter:innen, sich selbst angemessen auf das kommende Gespräch vorzubereiten. Handschuhe gelte es ausziehen, die Uniform zu adjustieren und man müsse nun von der Rolle des effizient arbeitenden Lebensretters zur Rolle des empathisch einfühlsamen Gesprächspartners wechseln.

Die Angehörigen sind direkt anzusprechen, dabei sind auch unbedingt endgültige Wörter wie „Tod“ oder „verstorben“ miteinzubinden. Dies beugt vor allem der Möglichkeit der Verleugnung vor. Unbedingt muss den Angehörigen Zeit eingeräumt werden, das eben Erlebte zu verarbeiten. Kulturell oder auch persönlich bedingt gibt es eine große Vielfalt an Trauerreaktionen. Diese können von Ambivalenz oder gar Erleichterung bis hin zu gewalttätigen



AdobeStock/dissx

Verhaltensmustern reichen. Insbesondere in solchen Ausnahmesituationen muss unbedingt auf die Eigensicherheit geachtet werden [2].

In weiterer Folge gilt es, den Hinterbliebenen als erste Anlaufstelle und Informationsquelle zur Seite zu stehen. Es ist ratsam, sich Zeit für auftauchende Fragen zu nehmen und ehrliche Antworten zu geben, jedoch ohne dabei brutal zu sein. Angehörige sollen über den weiteren Ablauf in Bezug auf den Beschauarzt und den Bestatter informiert werden. Oftmals folge eine Phase der Stille, die es zu respektieren gilt. Wenn benötigt, wird empfohlen – gemäß den lokalen Protokollen – psychologische Unterstützung oder Akutbetreuung anzufordern. Das Betten des Leichnams in eine friedliche Position kann außerdem den Verabschiedungsprozess für die Anwesenden erleichtern [3].

Abb. 1 Einen Moment zurücktreten, sich sammeln – und dann erst behutsam die schlechte Nachricht überbringen.

Überbringen der Todesnachricht (vgl. [2])

- **Sich selbst vorbereiten:**

Adjustieren, Mindset vom Retter zum Kommunikator wechseln, Betroffene direkt und auf Augenhöhe ansprechen

- **Die Nachricht überbringen**

Klare, endgültige Worte verwenden, Angehörigen Zeit geben, zu reagieren

- **Die Anwesenden unterstützen**

Auskunft geben, zuhören, Zeit nehmen, ggf. Krisenintervention oder Akutbetreuung anfordern

Dennoch bleibt die tatsächliche Überbringung einer Todesnachricht für das Rettungsdienstpersonal per se eine selten auftretende Situation. Weniger selten sind allerdings die Berührungspunkte mit dem Tod

an sich. Im österreichischen Sanitätergesetz findet die vorläufige Todesfeststellung oder der Umgang mit Toten keinerlei Erwähnung [4]. Allerdings wird im § 7 Abs. 1 SanG die Auskunftspflicht festgelegt. Diese besagt, dass „Sanitäter [...] den betroffenen Patienten oder den betreuten Personen, deren gesetzlichen Vertretern oder Personen, die von den betroffenen Patienten oder betreuten Personen als auskunftsberechtigt benannt wurden, alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu erteilen [...]“ haben [5]. Somit ergibt sich, dass Sanitäter:innen beim Auffinden einer Person mit sicheren Todeszeichen – und somit der lehrmeinungskonformen Unterlassung der sanitätsdienstlichen Hilfeleistungen [6] – anwesende Angehörige über ebendies zu informieren haben. [7]

Fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit dem Tod

In den aktuellen Curricula [8] zur Ausbildung von angehenden Rettungssanitäter:innen wird das Überbringen von stark emotional behafteten Nachrichten nicht behandelt. Generell wird der Tod und auch die persönliche Vorbereitung auf den Umgang mit dem Ableben anderer nur peripher tangiert. Folglich finden sich viele frisch ausgebildete Sanitäter:innen unvorbereitet in emotionalen Ausnahmesituationen wieder. Um die Rettungskräfte auch in solchen Stresssituationen handlungs- und entscheidungsfähig zu halten, bedarf es einer Implementierung von theoretischen und praktischen Inputs in der Grundausbildung. Hierzu betont die Leiterin eines Bestattungsunternehmens Anna Schauptmayr in einem persönlichen Gespräch, dass im Rahmen einer Ausbildung die Themen Tod, Trauer und Kultur des Sterbens umrissen werden müssen, um ein gewisses Grundverständnis unter den Sanitäter:innen zu etablieren. In weiterer Folge könnte man den Auszubilden-

den anhand von Übungsgesprächen Wordings, hilfreiche Phrasen und Coping-Strategien anbieten. Als Tipp gibt sie den Sanitäter:innen mit: „Lasst den Angehörigen unbedingt Raum für ihre ganz persönliche Trauerreaktion und passt euer weiteres Vorgehen individuell daran an“ [9].

Fazit

Der Umgang mit dem Tod im österreichischen Rettungssystem fällt vermeintlich gar nicht in den Tätigkeitsbereich der Sanitäter. Dennoch werden Rettungskräfte vor die emotional sehr stark behaftete Aufgabe gestellt, im Ausnahmefall Todesnachrichten zu überbringen. Um die Handlungsfähigkeit und Psychohygiene der Mitarbeiter:innen aufrecht zu erhalten, bedarf es daher Schulungen und Trainings auf diesem Gebiet. Denn auch zukünftig wird der Tod ein ständiger Begleiter der Rettungsdienstmitarbeiter rund um den Globus sein.

Quellen

- [1] Vgl. Lasogga, F. (2011). Überbringen einer Todesnachricht. In: Lasogga, F., Gasch, B. (eds) Notfallpsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-15308-2_19 [Zugriff 23.09.2022 14:52]
- [2] Vgl. Snyder, David R., MS, NRP/Shah, Manish N., MD, MPH (2016): Geriatric Education for Emergency Medical Services, 2. Auflage, Burlington, Jones & Bartlett Learning
- [3] Vgl. Snyder, David R., MS, NRP/Shah, Manish N., MD, MPH (2016): Geriatric Education for Emergency Medical Services, 2. Auflage, Burlington, Jones & Bartlett Learning
- [4] Vgl. proLIBRIS (2013) Sanitätergesetz, 2. Auflage, Linz, proLIBRIS Verlagsgesellschaft mbH
- [5] Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001744> [Zugriff 23.09.2022 14:03]
- [6] Österreichisches Rotes Kreuz (2022), Sanitäter_innen Ausbildung, Österreichisches Rotes Kreuz
- [7] Auskunft von Dr. Maximilian Burkowski, Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Medizinrecht
- [8] Österreichisches Rotes Kreuz (2022), Sanitäter_innen Ausbildung, Österreichisches Rotes Kreuz & Arbeiter Samariterbund Österreich
- [9] Anna Schauptmayr, persönliches Gespräch, 21.10.2022



Der Autor

Maximilian Moser ist Medizinstudent, Notfallsanitäter und GEMS-Instructor i. Ausb.

Interessenskonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenskonflikt vorliegt.



Interkulturelle Kompetenz und Rassismus im Rettungsdienst

Schlüsselwörter:

Interkulturelle Kompetenz
Rassismus
People of Color
Diskriminierung

Zusammenfassung: *Interkulturelle Kompetenz im Rettungsdienst ist wesentlich, da Rassismus auch im Gesundheitssystem ein Problem darstellt – sowohl gegenüber Patient:innen als auch gegenüber Fachpersonal. Vorurteile können genauso wie Unwissenheit über kulturelle Unterschiede zu Behandlungsfehlern führen, aber auch Fachpersonal mit Migrationshintergrund erlebt Diskriminierung am eigenen Leib. Empathie sowie Respekt gegenüber kultureller Vielfalt ist zentral, um eine gerechte Versorgung sicherzustellen. Daher ist es entscheidend, die interkulturelle Kompetenz zu verbessern und sich der eigenen Vorurteile bewusst zu werden.*

Die präklinische Versorgung beschränkt sich bekanntermaßen nicht nur auf den rein medizinisch-fachlichen Aspekt, sondern beinhaltet meist auch psychosoziale Komponenten. Eine gewisse Sozialkompetenz sowie die Berücksichtigung situativer Einsatzbedingungen sind daher als Ausbildungsziel unter §4 (1) im Notfallsanitätäergesetz (NotSanG) verankert. Dies deckt sich mit den Leitbildern der Hilfsorganisationen und Rettungsdienstbetreiber:innen, denen zufolge ein unvoreingenommenes Verhalten sowie die Gleichbehandlung aller Patient:innen von den Einsatzkräften verlangt wird.

Was heißt das für uns?

Um dieser Anforderung nachkommen zu können, ist unter anderem eine interkulturelle Kompetenz vonnöten, die von der Bertelsmann-Stiftung als „Fähigkeit, in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu agieren“ [1] definiert wird. Weil Lernverhalten in diesem Bereich tendenziell eher von Emotionen geprägt ist, ist der entscheidende Faktor die grundlegend positive innere Einstellung gegenüber interkulturellen Situationen. Konkret ist damit eine allgemeine Offenheit, Neugierde und Wert-

schätzung der kulturellen Vielfalt gemeint. Die persönliche Motivation ist dabei mindestens so hilfreich wie entsprechendes (Fach-)Wissen. Umgekehrt kann die sogenannte kulturelle Blindheit und ein innerliches Verschließen dazu führen, dass Ängste verstärkt werden, Konflikte eskalieren und man die eigene Identität gegenüber anderen Identitäten überbewertet [1].

Der Schlüssel zum Erfolg liegt somit in einer konstruktiven, positiven Grundhaltung, Offenheit und der Bereitschaft, Meinungsverschiedenheiten oder unterschiedliche Perspektiven aushalten zu können. Man sollte sich immer wieder selbst reflektieren und versuchen, diese Haltung auch bei Unsicherheiten oder in schwierigen Situationen zu bewahren [1].

Trotzdem ist eine Ungleichbehandlung aufgrund ethnischer Vorurteile – also Rassismus – auch heutzutage in Deutschland keine Seltenheit. Dies gilt leider auch für das Gesundheitssystem, wobei gleichermaßen Patient:innen und Angehörige der Gesundheitsfachberufe von rassistischer Diskriminierung betroffen sind.

Diskriminierung gegenüber Patient:innen

Aus der Perspektive der Patient:innen mit Migrationshintergrund spielen Vorurteile immer noch eine Rolle in der medizinischen Versorgung. Laut dem Bundesfachnetz Gesundheit & Rassismus führen rassistische Strukturen, Stereotype und daraus resultierende falsche Annahmen über Indigene und People of Color (abgekürzt: PoC) unter anderem zu Behandlungsfehlern oder dem Unterlassen von notwendigen Maßnahmen [2, 3]. Vor dem Antirassismusausschuss der UN wurde berichtet, dass bei einer Sprachbarriere teilweise nicht die Muttersprache erfragt wird, sondern allein anhand des Klangs des Namens Annahmen bezüglich des Verhaltens, der Ursache der Beschwerden und möglicher Kausalitäten getroffen werden. Dies resultiert darin, dass bei der Diagnosestellung häufig von einer Übertreibung der Symptome ausgegangen wird [4]. Die oftmals mangelnde Kenntnis oder Akzeptanz unterschiedlicher kultureller Herangehensweisen an Krankheit und Tod kommen erschwerend hin-

zu. In mehreren Studien zeigt sich ein erhöhtes Auftreten von schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen mit Migrationshintergrund, jedoch eine vergleichsweise geringere psychotherapeutische Versorgung. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund weisen zudem eine hohe Suizidrate auf [3, 4].

Diskriminierung gegenüber Fachpersonal

Vorurteile und Diskriminierung betreffen jedoch andererseits auch diejenigen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind. Eine Pflegekraft (Stationsleiterin und Praxisanleiterin, gebürtig aus Südkorea) berichtet in einem Interview von ihren Erfahrungen. Sätze wie „Sie sprechen aber gut Deutsch!“, „Gibt es hier keine richtige Krankenschwester?“ und „Ich bin ja nicht ausländerfeindlich, aber ...“ gehören für sie zum Arbeitsalltag in der Klinik. Obwohl sie sich gekonnt und kompetent zur Wehr setzen kann, wird deutlich, wie sehr ihr diese vermeintlichen Kleinigkeiten zu schaffen machen [5].

Auch Rettungskräfte können davon betroffen sein. Der Notfallsanitäterauszubildende Eslam (22) erzählt im Interview mit der Autorin [6], welche Erfahrungen

Abb. 1 Patient:innen mit Migrationshintergrund haben das gleiche Recht auf professionelle Versorgung.





Abb. 2 NotSan-
Auszubildender Eslam

er bereits gemacht hat, und gibt aus seiner Perspektive hilfreiche Tipps zur interkulturellen Kompetenz. Eslams Familie kommt ursprünglich aus Palästina, er selbst ist in Syrien geboren und aufgewachsen. Ende 2015 ist der damals 15-Jährige mit seiner Mutter und seiner kleinen Schwester vor dem Krieg in Syrien nach Deutschland geflüchtet, teils mit einem Schlauchboot und unter unvorstellbaren Bedingungen. Nach seiner Ankunft hat Eslam Deutsch gelernt, den Hauptschulabschluss und die Mittlere Reife erlangt, wurde zum Rettungssanitäter ausgebildet und hat ein Jahr als Rettungssanitäter gearbeitet, bevor er 2021 mit der Ausbildung zum Notfallsanitäter beginnen konnte.

Er berichtet, dass er im beruflichen und privaten Alltag häufig diskriminierende Situationen aufgrund seines Aussehens oder seines Akzents erleben muss. Die Erfahrungen reichen von Personen, die sich in seiner Gegenwart verhalten, als sei er nicht da oder könne die Sprache ohnehin nicht verstehen, bis hin zu aggressiven und verletzenden Äußerungen über seine Religion und Kultur. Auch in Einsatz- und Übergabesituationen sei dies schon zum Problem geworden. Im Gespräch wurde schnell klar, dass Schilderungen aus der Perspektive von Betroffenen wie Eslam viel dazu beitragen können, die interkulturelle Kompetenz zu verbessern. Als größte Schwierigkeit benennt er Vorurteile jeglicher Art, die z.B. dazu führen, dass Kolleg:innen mit nicht-weißer Hautfarbe unter-

schätzt oder übergangen werden. Starker Dialekt kann bei Nicht-Muttersprachler:innen Verständnisprobleme verursachen und sie so von Unterhaltungen ausschließen. Auch Empathie spielt eine große Rolle: Verständnis für das unterschiedliche Ausdrücken von Trauer und Schmerz, angemessene Körpersprache und ein grundsätzlicher Respekt vor anderen Menschen, ein Anamnesegespräch unter vier Augen, bei dem den Betroffenen ausreichend Zeit zum Antworten eingeräumt wird – all diese vermeintlichen Selbstverständlichkeiten können einen großen Unterschied bewirken.

Zusammenfassung

Was können wir in der Präklinik also dazu beitragen, dass tatsächlich alle Menschen (medizinisch) gleich behandelt werden und PoC nicht aufgrund ihrer Herkunft und Hautfarbe eine schlechtere Versorgung erhalten? Eine kurze Zusammenfassung:

- Bewusstsein dafür schaffen, dass unsere Diagnostik bei PoC fehlerhaft oder unvollständig sein kann: Messfehler bei der Puls-oxymetrie und der Temperatur, erschwerte Untersuchung der Haut usw. tragen häufig zum Unterschätzen der Symptome bei.
- An der eigenen interkulturellen Kompetenz arbeiten: neugierig bleiben, offen bleiben,

AdobeStock/stockbusters



Abb. 3 Auch Mitglieder des Rettungsdienstes selbst erfahren große und (vermeintlich) kleine Diskriminierungen.

Unterschiede tolerieren und eine konstruktive, positive innere Haltung einnehmen.

- Alle Patient:innen gleichermaßen ernst nehmen, keine voreiligen Schlüsse ziehen, Empathie und Sozialkompetenz zeigen.
- Bei sprachlichen Verständnisschwierigkeiten: Möglichst hochdeutsch sprechen, nicht im Dialekt, und den Betroffenen Zeit zum Antworten geben.
- Für unsere Patient:innen und Kolleg:innen, die PoC sind, eintreten und kein diskriminierendes Verhalten (in beide Richtungen) dulden.
- Und daran denken: „Schweigen und Neutralität helfen dem Unterdrückten, niemals dem Opfer!“ (Elie Wiesel, Holocaust-Überlebender) [7].

Quellen

- [1] https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_30236_30237_2.pdf (Zugriff am 08.12.2022)
- [2] <https://www.gesundheit-und-rassismus.de/rassismus-in-der-medizin> (Zugriff am 08.12.2022)
- [3] <https://www.spiegel.de/politik/morbus-mediterraneus-das-rassistische-klischee-von-wehleidigen-migranten-a-7eced19d-851a-406e-aeb8-bea60ae28873> (Zugriff am 08.12.2022)
- [4] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/116798/5fc38044a1d88edec34de568ad59e2b9/nationaler-aktionsplan-rassismus-data.pdf> (Zugriff am 08.12.2022)
- [5] <https://www.pflegen-online.de/unser-taeglicher-kampf-gegen-rassismus-auf-station> (Zugriff am 08.12.2022)
- [6] Interview mit Laura Koltes am 04./05.12.2022
- [7] <https://time.com/4392252/elie-wiesel-dead-best-quotes/#:~:text=Neutrality%20helps%20the%20oppressor%2C%20never,borders%20and%20sensitivities%20become%20irrelevant> (Zugriff am 08.12.2022)

Die Autorin

Laura Koltes, B.A./M.A., Notfallsanitäterin und hauptberufliche Lehrkraft in der NFS-Ausbildung, ITLS Advanced Provider, mSTaRT-Multiplikatorin, freiberufliche Dozentin

Interessenskonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenskonflikt vorliegt.



Lesen Sie Ihre eBooks bequem auf jedem Gerät, online oder offline! Unsere eBooks laufen auf VitalSource – wechseln Sie zum digitalen Format!

Nur im Elsevier Webshop shop.elsevier.de erhältlich!

VitalSource eBooks: lesen – studieren – lernen



Flexibel lesen

Egal ob Laptop, Tablet oder Smartphone, mit der Bookshelf App haben Sie immer und überall Zugriff, online und offline.



Effizient bearbeiten

Notizen machen und exportieren, Texte in verschiedenen Farben markieren, eigene Lernkarten und Präsentationen mit Bildern erstellen



Hören statt lesen

Alle Inhalte auch ganz bequem anhören mit Text-to-Speech.



Suchen & nachschlagen

Begriffe in allen eigenen eBooks, der gesamten Bookshelf Library suchen und per Klick auf Wikipedia nachschlagen.

WEIL QUALITÄT ENTSCHEIDET – WENN SEKUNDEN ZÄHLEN.

MISSION
360

Damit Lebensretter:innen eine hochwertige Notfallversorgung auch unter widrigen Bedingungen und Zeitdruck erbringen können, braucht es exzellentes Training.

Und genau das ist unsere Passion!

Exzellentes Training bedeutet für das Team SKILLQUBE, aktuelles und wissenschaftlich fundiertes Wissen mit modernen didaktischen Konzepten lernendenorientiert zu vermitteln. Die Zusammenarbeit mit unseren Teilnehmenden verstehen wir deshalb als eine Partnerschaft auf Augenhöhe, geprägt von Verlässlichkeit, Transparenz, Respekt und Wertschätzung. Aber die Vermittlung von Fachwissen allein macht für uns noch kein exzellentes Training aus. Aus diesem Grund steht das praktische Training von Fertigkeiten, Entscheidungen und guter Teamdynamik im Mittelpunkt unserer Seminare. Dafür nutzen wir hochrealistische Simulationstechnik – made by SKILLQUBE. Unser Wissen über exzellentes Training teilen wir gern.

 **SKILLQUBE®**
Training

www.skillqube.com

