



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

Analyse der Effektivität und Effizienz des Peersystems im Rettungsdienst

Das Peersystem als (k)ein zeitgemäßes Interventionsmodell nach
psychotraumatologisch belastenden Einsätzen

verfasst von / submitted by

Albert ESPINO, B.Sc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it
appears on
the student record sheet:

UA 992 242

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Risikoprävention und
Katastrophenmanagement

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Doz. Dr. Gernot BRAUCHLE

I. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Sofern sich in dieser Arbeit Abschnitte und Textstellen befinden, die fremden Quellen entnommen sind, wurden sie entsprechend kenntlich gemacht. Das gilt für wörtliche Zitate ebenso wie für sinngemäße. Weiters gilt diese für Zeichnungen, Skizzen oder bildliche Darstellungen aus Medien jedweder Art, auch aus dem Internet.

Wien, 31. August 2021



Albert ESPINO, B.Sc.

II. INHALTSVERZEICHNIS

I. Eigenständigkeitserklärung	2
II. Inhaltsverzeichnis	3
III. Tabellenverzeichnis	4
IV. Abstrakt (DE)	5
V. Abstract (EN)	6
1. Einleitung	7
2. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen	8
3. Methodik	9
4. Konzeptioneller Hintergrund	10
4.1. Historie der Psychotraumatologie	10
4.1.1. „Railway spine“ im viktorianischen Zeitalter	11
4.1.2. Die Renten(kampf)neurose im Sozialstaat Deutschland	12
4.1.3. Die Psychotraumatologie der Modernen	13
4.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	14
4.2.1. Die Posttraumatische Belastungsstörung (Definition).....	14
4.2.2. Auslösende Faktoren einer PTBS	15
4.2.3. Verlauf einer PTBS.....	16
4.2.4. Symptomatik einer PTBS	17
4.2.5. Weitere Symptomatik einer PTBS	18
4.3.1. Diagnose einer PTBS	21
4.4. Differentialdiagnosen.....	22
4.4.1. Akute Belastungsreaktion.....	22
4.4.2. Akute Belastungsstörung.....	22
4.4.3. Stressreaktion.....	23
4.5. Das Peer-System	23
4.5.1. Peers auf nationaler Ebene	24
4.6. Besondere Herausforderungen der Mitarbeitenden im Rettungsdienst	26
5. Aktueller Forschungsstand	28
5.1. Interventionsstrategien im Rettungsdienst	28
5.1.1. Prävalenzrate für Psychotraumen bei Rettungsdienstpersonal	28
5.1.2. Psychosozialer Schutzfaktor	29
5.1.3. Psychologische Früh- und Akutintervention	32
5.1.4. Psychoedukation	34
5.1.5. Watchful waiting	35
5.2. Debriefing	36
5.2.1. Critical Incident Stress Debriefing (CISD)	36
5.2.2. Ist das Debriefing noch ein zeitgemäßes Interventionsmodell?	37
5.2.3. Debriefing vs. Non-Debriefing	38
5.3. Resilienz und Kohärenzgefühl.....	42
5.4. Einschätzung einer Belastungsreaktion und der Umgang mit Betroffene	44

5.5. Internationaler Vergleich	47
5.5.1. Großbritannien I.....	47
5.5.2. Niederlande I	48
5.5.3. Australien I.....	48
5.5.4. Portugal I	49
5.5.5. Portugal II	50
5.5.6. Global I	51
5.6. Berufsauswahl: Sanitätswesen	52
5.6.1. Arbeitsbelastung.....	53
5.7. Auswirkungen im Berufsalltag vs. Privatleben	55
5.8. Copingstrategien	56
5.9. Präventionsmaßnahmen für Sanitäterinnen und Sanitäter	57
6. Fazit	59
7. Ausblick.....	62
VI. Literaturverzeichnis.....	63

III. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Interventionsprinzipien.....	32
Tabelle 2: Körperliche, kognitive, emotionale und soziale Reaktion auf belastende Rettungseinsätze	45
Tabelle 3: Portugiesische Studie über die Implementierung eines Peer-Support-Programmes.....	49

IV. ABSTRAKT (DE)

Unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker ist die Unterstützung nach traumatisch belastenden Ereignissen durch Kolleginnen und Kollegen (Peersystem) ein kontrovers diskutiertes Thema. Die psychologische Erste-Hilfe, wie sie in Österreich von Blaulichtorganisationen durchgeführt wird, geht historisch bis in die 1870er zurück (vgl. LERNER und MICALE 2001: 9 ff.). Insbesondere während des zweiten Weltkrieges wurde zur Stabilisierung der Kampfbereitschaft der Soldaten Gruppengespräche mit dem Zweck einer spirituellen Säuberung über erlebte Belastungen eingesetzt (vgl. SHALEV *et al.* 1998: 494). Der amerikanische Psychologe Jeffrey Mitchell entwickelte aus diesen Modellen ein System für die Nachsorge von Einsatzkräften im Zivilbereich (Critical Incident Stress Debriefing (CISD), 1983) (vgl. BISSON und DEAHL 1995: 717). Das Ziel dabei war es, dadurch eine Reduktion von Stresssymptomen bzw. eine Verringerung von Posttraumatischen Belastungsstörungen zu bewirken (vgl. MITCHELL und EVERLY 1997: 1).

Trotz der sich widersprechenden Studienlage über die Effizienz und Effektivität sind sogenannte „(Single Session) Debriefings“ in vielen zivilen Einsatzorganisationen eine weitgehend standardisierte Methode, auf die zurück gegriffen wird (vgl. EMMERIK *et al.* 2002: 766). Demgegenüber stellt WESTERHOFF (2009) fest, dass durch die „Schnelltherapie“ häufig das Gegenteil dessen erreicht wird, was erreicht werden soll. Konkret heißt es (WESTERHOFF 2009: 2): „Der schädliche Effekt des Debriefings manifestiert sich dabei erst auf lange Sicht.“

Die Kluft zwischen dem aktuellen Forschungsstand und der gelebten Praxis weist auf den Mangel nach empirisch belegbaren Ergebnissen, die eine positive Wirkung des Debriefings stützen, hin (vgl. GIST und DEVILLY 2002: 741). Weitere wissenschaftliche Untersuchungen heben negative Effekte bei der Durchführung dieser Interventionsmethode hervor (vgl. RAPHAEL und MELDRUM 1995: 1479).

Die Gegenüberstellung zwischen dem derzeit geführten Peer-System und dem aktuellen Forschungsstand sowie dessen kritischer Betrachtung beschreibt den Inhalt der vorliegenden Arbeit.

V. ABSTRACT (EN)

The psychological first aid carried out by colleagues with the same profession (ambulance, police, firebrigade), in the context of a peer system, is a controversial topic among psychological and psychotherapeutical scientists and practitioners. Historically, where this idea of support is implemented throughout emergency services in Austria, goes back to the 1870s (LERNER and MICALE 2001:9). During the second World War in particular, group discussions were used to stabilize the soldiers' combat readiness with the aim of spiritual cleansing from the stress they had experienced due to their service (SHALEV *et.al* 1998: 494). Jeffrey Mitchell, an American psychologist, used this fundamental idea to develop a system (Critical incident stress debriefing (CISD)) of postcare for emergency services in the civil sector (BISSON and DEAHL 1995:717). The main goal was to reduce stress symptoms and bend forward PTSD (posttraumatic stress disorder) (MITCHELL and EVERLY 1997:1).

Despite the contradicting studies on the efficiency and effectiveness of so-called "(single session) debriefings", this method is used in every emergency organization in Austria (EMMERIK *et al.* 2002:766). WESTERHOFF (2009) encourage this contrary point of view and says, that the rapid therapy often achieves the opposite of what is supposed to be achieved. "The harmful effect of debriefing only manifests itself in the long term", he specifically says (WESTERHOFF 2009:2). The gap between the current state of research and actual practice indicates the lack of empirically verifiable results that support a positive effect of the debriefing (GIST and DEVILLY 2002:741). Among that, studies highlight negative effects when this intervention methods are carried out (RAPHAEL and MELDRUM 1995:1479).

The comparison between the use of peer support programs and the current state of research as well as its critical examination describes the aim and content of this master thesis.

1. EINLEITUNG

Gemütlich die Einkaufsstraße auf und ab gehen und sich über das schöne Wetter freuen und plötzlich ereignet sich ein Notfall: In zirka 20 Metern Entfernung bricht eine Person zusammen und bleibt regungslos am Boden liegen.

Ein anderes Szenario beschreibt eine Person in der Küche stehend, als plötzlich ein lautstarker Hilfeschrei zu einer Handlung zwingt. Diese und viele weitere Situationen lösen bei der Mehrzahl von Menschen regelrechte Angstgefühle aus. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Rettungsdienst sind mit diesen und weiteren vielfältigen Einsätzen im täglichen Berufsalltag konfrontiert. Diese reichen von harmlosen Verletzungen, wie kleine Schnittwunden, bis hin zu schwerwiegenden Kindernotfällen, Reanimationen und schweren Polytraumen. Ständig wechselnde Teams, die Tätigkeitsausübung in Schichtdiensten und das Fällen von weitreichenden Entscheidungen innerhalb einer kurzen Zeit mit beschränkten Ressourcen und Kapazitäten begünstigen dabei die Stresssituation. Dabei spielt die persönliche Sicherheit und den Erhalt der Handlungsflexibilität der eingesetzten Mannschaft eine große Rolle, die nicht bei jeder Alarmierung zum Berufungsort gesichert ist. Zwischen den Einsätzen mangelt es häufig an Möglichkeiten, den abgeschlossenen Fall zu verarbeiten, denn die nächste Person benötigt bereits eine medizinische Hilfeleistung. In vielen Blaulichtorganisationen entwickelt sich der Trend in Richtung „nur keine Schwächen zu zeigen“ und „nicht um psychologische Unterstützung zu bitten.“ Die detaillierte Skizzierung der Bilder aus dem Berufsalltag wird dabei häufig mit einem schützenden Hintergedanken gegenüber Familienangehörigen und Freunden unterlassen. Somit bleibt der teilweise mental überfordernde Einsatz oft unausgesprochen bei dem Rettungsdienstmitarbeitenden in der Hoffnung, dass dieser irgendwann einmal vergessen oder durch andere Einsätze getilgt wird.

2. ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel potenzielle Auswirkungen einer langfristigen Tätigkeitsausübung im Rettungsdienst aufzuzeigen. Zudem erfolgt eine Subsumtion von internationalen und nationalen Best-Practice-Beispielen im Umgang mit der Problemstellung. Die Zusammenführung der Ergebnisse soll Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Rettungsdienst dazu verleiten, sich mit diesem Thema näher zu beschäftigen. Es ist nicht beabsichtigt (d.h. Nicht-Ziel), potenzielle Schwächen einer Rettungsdienstorganisation im Sinne der psychologischen Betreuung aufzudecken. Die Bewusstseinsbildung und das Aufzeigen der Wichtigkeit steht dabei im Vordergrund.

Dieser Zielsetzung sind folgende Forschungsfragen (F X), Unterforschungsfragen (UFF X.X) und Hypothesen (H X.X.X) vorangestellt:

F 1: Was sind die zentralen Herausforderungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des österreichischen Rettungsdienstes nach (schwerwiegenden) Einsätzen?

UFF 1.1: Wie wirken sich belastende Einsätze auf Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern aus?

H 1.1.1: Belastende Einsätze haben eine Auswirkung.

H 1.1.2: Die Wirkung ist für freiwillige und hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlich.

F 2: Was sind erwähnenswerte Erkenntnisse aus internationalen und nationalen Best-Practice-Beispielen für den Umgang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die lokal umgesetzt werden können?

UFF 2.1: Welche inhaltlichen Vorgaben in der Umsetzung bedarf es, um eine einheitliche Reglementierung durchzusetzen?

H 2.1.1: Nationale Konzepte müssen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung überarbeitet werden und erfordern eine zeitgemäße Adaptierung an die derzeitigen Bedürfnisse.

H 2.1.2: Die Differenzierung innerhalb einer Organisation in den einzelnen Bereichen, beispielsweise dem operativen Einsatzdienst, Rettungsleitstelle, Ausbildungszentrum, etc., muss gesondert behandelt werden.

Mit der Beantwortung der Forschungsfragen, Unterforschungsfragen sowie der Hypothesen-Verifizierung beziehungsweise Falsifizierung soll ein roter Faden hinsichtlich der beiden nachstehenden Fragestellungen gezogen werden:

1. Wie wirken sich schwerwiegende bzw. belastende Einsätze auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungswesens in Österreich aus?
2. Wie lässt sich ein inhaltlich und organisatorisch einheitliches Konzept implementieren, welches sich mit der präventiven, kurz- und mittelfristigen Stressbewältigungstaktik für den Rettungsdienst beschäftigt?

3. METHODIK

Um die vorliegenden Forschungsfragen zu beantworten und die Hypothesen verifizieren beziehungsweise falsifizieren zu können, wurde für die Erstellung dieser Arbeit ausschließlich Sekundärforschung betrieben. Anders als bei der Primärforschung wird für die angewendete Methode auf bereits vorhandenes Quellenmaterial zurückgegriffen. Die Datengrundlage wurde im Sinne einer spezifischen Beantwortung der Forschungsfragen gefiltert, analysiert und entsprechend aufbereitet. Aufgrund des fachspezifischen Know-Hows des Verfassers war es möglich, die gefundenen Informationen entsprechend zu bewerten, bestätigen oder gegebenenfalls auch zu verwerfen (vgl. BOYER und WIEDEKING 2010: 104 f.). Für diese Master Thesis wurde dabei auf fachspezifische Literatur, insbesondere peer-reviewed Journals, aus der klinischen und präklinischen Medizin sowie der Psychotraumatologie zurückgegriffen. Der Hauptfokus in der Forschungsarbeit liegt dabei in der Erhebung und Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und dessen Gegenüberstellung. Während der konzeptionelle Hintergrund mit einer Literaturrecherche aus dem vergangenen Jahrtausend beleuchtet wurde, lag der zeitliche Schwerpunkt bei der Erforschung der derzeit gültigen Richtlinien, Konzeptionierungen und Umsetzungsmaßnahmen auf das letzte Jahrzehnt. Dabei konnte festgestellt werden, dass eine tieferliegende Analyse die Diskussion des kontrovers betrachteten Themas auch zukünftig noch beschäftigen wird.

Die Datengrundlage beinhaltet in vielen Fällen empirisch durchgeführte Studien mit dem Zweck, die Sinnhaftigkeit vorangegangener und implementierter Konzepte zu hinterfragen. Dennoch fehlt es an definitiven Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise trotz der vorliegenden Studienlage. Lokale und globale Unterschiede erschweren dabei die übergreifende Vereinheitlichung des Systems.

4. KONZEPTIONELLER HINTERGRUND

Bevor auf einer tieferliegenden Analyse der derzeit bestehenden Konzepte und Systeme eingegangen wird, folgt an dieser Stelle die geschichtliche Erläuterung der Psychotraumatologie. Einige Maßnahmen, die derzeit angewendet werden, können aus der Historie abgeleitet werden und finden aus diesem Grund eine Erwähnung.

4.1. HISTORIE DER PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Erstmals wurde von der „American Psychiatric Association“ im Jahr 1980 die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) offiziell als mentale Erkrankung geführt und im „Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders“ (DSM) klassifiziert. Allerdings reicht die Geschichte vermutlich bis in das 19. Jahrhundert zurück (vgl. LERNER und MICALÉ 2001: 1 ff.). Erste Aufzeichnungen belegen, dass die psychotraumatologische Entwicklungsgeschichte in Europa und Amerika vermutlich im Jahr 1870 begann, als neben physisch-medizinische auch erstmals psychologische Auswirkungen nach traumatischen Ereignissen erkannt wurden. Die Zeit war geprägt von einem rapiden Wachstum industrieller und technologischer Neuheiten. Eine „neue Welt“ der Kommunikation und Fortbewegung war geschaffen. Der damalige Umbruch und somit auch der historische Beginn der Psychotraumatologie wurde durch zwei entscheidende Meilensteine geprägt (ebd. 9 ff.):

1. Die Weiterentwicklung und Ausbreitung des Schienenverkehrs und der Eisenbahn in England.
2. Die Einführung einer Unfallversicherung und die Renten(kampf)neurose.

Durch die Entwicklung des Schienenverkehrs, erreichte die Arbeits- und Reisemöglichkeit eine neue Ära. Der Ausdruck „Railway spine“ prägte die damalige psychotraumatologische Sichtweise. Fortan war für die ätiologische Betrachtung mentaler Ausprägungen und Folgeschäden nach schweren Eisenbahnunglücken auf Verletzungen der Halswirbelsäule zurückzuführen. Unter dem ehemaligen Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck war eine verpflichtende Krankenversicherung gesetzlich verabschiedet worden. In dieser Zeit entwickelte sich allmählich die sogenannte „traumatische Neurose“. Trotz der geringen Anzahl an Betroffenen mit psychotraumatischen Störungen, kam es zunehmend zu einem endemischen Ausbruch einer sogenannten „Rentenhysterie“. Sigmund Freud und Pierre Janet, beides Fachexperten auf dem Gebiet der Psychologie, prägten den medizin-psychologischen Diskurs und entwickelten dabei ein System der Psychoanalyse. In der Zeit während und nach dem ersten Weltkrieg zeichnete sich ein erheblicher Schwung an mentalen und gesundheitlichen Schäden ab. Kriegsbedingte sekundäre Erkrankungen bei Veteranen, wie beispielsweise eine erhöhte Nervosität und mentale Schädigungen, waren für eine lange Dauer sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei den Offizieren des Militärs weder beachtet geschweige denn ernstgenommen worden.

Zu diesem Zeitpunkt waren ebendiese „neuropsychiatrischen Ex-Soldaten“, wie sie oft genannt wurden, gewöhnliche Bürger, die einen patriotischen Dienst für den Heimatstaat geleistet und infolge dessen Schäden davon trugen (ebd. 12 ff.). Nachstehend findet nun eine epochale Erläuterung der Psychotraumatologie des 19. Jahrhunderts statt.

4.1.1. „RAILWAY SPINE“ IM VIKTORIANISCHEN ZEITALTER

Das viktorianische Zeitalter, benannt nach der ehemaligen Königin von England und Irland im 19. Jahrhundert, war geprägt von der industriellen Revolution und das Königreich England war fortan als neue Wirtschaftsmacht gesehen. Die Verstädterung, Industrialisierung und der Eisenbahnbau charakterisieren die Zeit von 1837 bis 1901 (vgl. MORAWIETZ 2019). Vor allem der Ausbau des Schienenverkehrs ist für die Historie der Psychotraumatologie ein wichtiges Merkmal.

Ralph HARRINGTON (2001: 32) beschreibt die Epoche der englischen Industrialisierung als den Startschuss für die Psychotraumatologie, auch wenn sie nicht gleich als solches initial erkannt wurde.

John Eric Erichson, englischer Chirurg im 19. Jahrhundert, und einige seiner ärztlichen Kolleginnen und Kollegen waren aufgrund der nahezu Verdopplung der Unfälle im Schienenverkehr als medizinischer Sachverständiger und Gutachter von Gerichten angefordert worden. Der Umgang mit der steigenden Anzahl von Toten beziehungsweise teils Schwerverletzten mit Folgeschäden, löste gegen die Eisenbahnbetreiberinnen und -betreiber eine Vielzahl von Sammelklagen aus. Die Allgemeinbevölkerung beschuldigte die Unternehmen, dass sie fahrlässig mit den Unfällen umgehen und die Situation verkennen würden. Seitens der Eisenbahnunternehmen war man davon überzeugt gewesen, dass eine Vielzahl an Betroffenen und Geschädigten, die keine physischen Symptome wie beispielsweise gebrochene Extremitäten zeigten, ein anderes Ziel verfolgen würden. Nämlich, dass mit der Ausprägung von mentalen Störungen der Versuch einer Entschädigungszahlung eingefordert werden konnte (vgl. BYNUM 2001: 339). Psychosomatische Symptome verschafften der Klägerin oder dem Kläger einen Täuschungsspielraum, um die Höhe der entsprechenden Entschädigung mitbestimmen zu können. Das Fehlen physischer Anzeichen von beispielsweise Verletzungen, die Verzögerung der Symptomausprägung und den oft langwierigen Behandlungs- und Heilungsprozess, leitete ein Umdenken in der Beantwortung medizin-rechtlichen Fragen ein (vgl. HARRINGTON 2001: 38).

Von nun an galt es, die Ursache für sekundärer Folgeschäden nach Eisenbahnunfällen zu finden.

Die englische Ärzteschaft hielt an einer Theorie fest, in der es die psychischen Ausprägungen nur in Folge einer physischen Verletzung geben kann. Daraus resultierten dann Symptome wie Hysterie oder Nervosität. Nun lag der Fokus darin, den Ursprung dieser psychosomatischen Auswirkungen festzustellen. Die Ursachenforschung ergab, dass vor allem die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf primäre Folgeschäden zurückgeführt werden kann (vgl. LERNER und MICALE 2001: 11 f.).

Zahlreiche medizin-wissenschaftliche Forscherinnen und Forscher einigten sich fortan darauf, dass die PTBS sowie sonstige psychosomatische Symptome durch körperliche Schäden an Wirbelsäule und dem Gehirn verursacht wurden. Auslöser war vermutlich jener Zeitpunkt, an dem die betroffene Person bei einem Eisenbahnunfall mit dem Rücken zur Beschleunigung saß und in weiterer Folge der Aufprall das Rückgrat beeinträchtigte. Heutzutage ist dieses Phänomen bei einem Schleudertrauma, wie beispielsweise nach einem schweren Verkehrsunfall, zu beobachten (vgl. HARRINGTON 2001: 31 ff.).

Zusammenfassend war man der Annahme, dass mentale Störungen, als sekundäre Folgeerkrankung eines Eisenbahnunfalles, durch ein primäres Ereignis (physische Schäden des Rückenmarks und/oder Gehirns) verursacht wurden. Auslöser war der Anstieg an (Sammel-) Klagen gegen Eisenbahunternehmen mit der Begründung eines fahrlässigen Umgangs nach schweren Unfällen. Aus diesem Zusammenhang entstand die Diagnose „Railway spine“ für die Feststellung psychotraumatologischer Störungen bzw. Posttraumatischer Belastungsstörungen.

4.1.2. DIE RENTEN(KAMPF)NEUROSE IM SOZIALSTAAT DEUTSCHLAND

Mit dem ehemaligen deutschen Kaiserreich (19. Jahrhundert) entwickelte sich Deutschland, unter der Führung von Fürst Otto von Bismarck, allmählich zu einem Sozial- und Rechtsstaat. In dieser Zeit positionierte sich die Großmacht hinsichtlich seiner Sozialleistungen an die Allgemeinbevölkerung in eine Pionier-Stellung (vgl. SCHÄFFNER 2001: 81). Dabei entstand beispielsweise die Rentenversicherung (für die Invaliditäts- und Alterssicherung), die Sozial- und Krankenversicherung für die deutschen Arbeiterinnen und Arbeiter sowie die gesetzliche Unfallversicherung, für den Zweck des Schutzes der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Arbeitsunfällen (vgl. GÖPFERT 2018). Mit der Einführung hat sich die Tätigkeit der ÄrztInnenschaft transformiert. Immer mehr war die Fachexpertise im Rahmen von Gutachter-Tätigkeiten gefragt. Während physisch bedingte Verletzungen immer mehr in den Hintergrund rückten, verlagerte sich das Interesse in Richtung psychischer Traumen. Hermann Oppenheim prägte die Ansicht psychischer Störungen in dieser Zeit erneut. Er war der Meinung, dass nicht körperliche Verletzungen, sondern pathologische Veränderungen der Psyche abnormale Reaktionen hervorrufe und dadurch mentale Störungen auslöse. (vgl. SCHÄFFNER 2001: 81).

Oppenheims Ansichten setzten sich schließlich durch und die Neurose wurde als funktionelle Nervenkrankheit deklariert. Dieser Erkrankung konnten nun einige Symptome, z.B. Hysterie, Dissoziation, Epilepsie oder psychosomatischer Tinnitus, zugeordnet werden. Diverse Versicherungsunternehmen erkannten allerdings diese mentalen Ausprägungen nicht an und warfen den Antragstellerinnen und Antragstellern Täuschung vor.

Die sogenannte „Rentenneurose“ beschreibt dabei jene Arbeitergesellschaft, die das Ziel verfolgten, frühzeitig die Pension anzutreten und somit von der Arbeit fernzubleiben. Den Unfallversicherungen war es kaum möglich, eine pauschale Ablehnungspolitik einzuführen.

Es folgten langjährige Klagen, die letzten Endes den Schluss der Rentenneurose in der medizinischen Diagnostik bezweckte (vgl. EGHIGIAN 2001: 97 ff.).

4.1.3. DIE PSYCHOTRAUMATOLOGIE DER MODERNEN

Ab den 1945er Jahren fand vor allem im deutschsprachigen Raum die Thematik des psychischen Traumas kaum Erwähnung. In den 1970ern etablierte sich dann zunehmend die Diagnose „abnorme Erlebnisreaktion“ nach dem ICD-8. Etwa zwanzig Jahre später, zog dann in den 1990ern der Fachterminus „Posttraumatische Belastungsstörung“ in die Lehrbücher ein. Während diesen Jahren gab es immer wiederkehrende Versuche, um die Folgen des Holocausts bzw. die mental traumatisierenden Auswirkungen der extremen Belastung im Zusammenhang mit dem Nationalsozialismus zu untersuchen. Speziell in den 1960er Jahren erweiterte sich die Bandbreite der auslösenden Faktoren und Schädigungen in die körperlich-sexuelle Integrität und nahmen in diesem Zusammenhang an Interesse zu. Somit erweiterte sich auch das Untersuchungsfeld auf jene Ereignisse, die sich in der Haft der damaligen DDR-Gefängnisse zugetragen hatten (vgl. SCHMIEDBACH 2019: 9f.).

„Dieser Prozess war sowohl von professionellem Input getragen wie auch von sozialpolitischen Veränderungen, politische Gegebenheiten, wechselnden anthropologischen Vorstellungen, psychodynamischen Konzepten und differenten Menschenbildern beeinflusst.“ (SCHMIEDBACH 2019: 10).

Dieser sprunghafte und kurze Ausflug in die Entstehungsgeschichte der Psychotraumatologie verdeutlicht einerseits die Vielfalt und andererseits die Komplexität, die mit der Untersuchung dieses Themenfeldes einhergeht. Bereits die geschichtliche Ausführung beinhaltet dabei eine Vielzahl an fachspezifischen Begriffen, die nun an dieser Stelle näher ausformuliert werden.

4.2. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist eine ernstzunehmende psychische Erkrankung, die in ihrer Ausprägung sowohl das Berufs- als auch Privatleben beeinflussen kann. Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung? Wie können Einsatzkräfte die Symptomausprägungen erkennen? Wie können sie fallweise das Leben der betroffenen Person beeinträchtigen?

4.2.1. DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (DEFINITION)

Wird der Begriff der „Posttraumatische Belastungsstörung“ in seine Einzelteile zerlegt, so erhält man für das bessere Verständnis der Begriffserläuterung nachfolgende Bausteine:

Post: Das Präfix „(Ex) Post“ beschreibt gemäß dem Duden (vgl. 2020) in der Onlineausgabe die retrospektive Sichtweise auf ein Ereignis in der Vergangenheit. Somit werden all jene Geschehnisse und/oder Handlungen im Rahmen einer Intervention aufgearbeitet, die bereits erlebt und/oder (teilweise) abgeschlossen sind.

Traumatisch: Traumatische Ereignisse fasst Vorfälle in der Vergangenheit zusammen, die eine besonders herausfordernde Belastung oder eine extreme Bedrohung gegenüber der eigenen oder den beteiligten Personen (z.B. Teammitglieder) darstellt. Dabei spielt die subjektive Bewertung des Sachverhaltes der Betroffenen eine entscheidende Rolle (vgl. FLATTEN 2019: 6). Traumatische Ereignisse können einer betroffenen Person das Gefühl der Sicherheit und Unverwundbarkeit nehmen (vgl. TAGAY *et al.* 2007: 75).

Belastung: Sowohl die Europäische Norm (EN) als auch das Deutsche Institut für Normung (DIN) und die Österreichische Norm (ÖNORM) ISO 10075 definiert eine psychische Belastung als „[...] Summe aller Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (Humanware GmbH o.J.). Die Assoziationen, die mit dem Begriff „Belastung“ einhergehen, sind zumeist negativ behaftet und fokussieren sich oft auf das Mittelwort, nämlich „die Last“ (vgl. BAMBERG 2000: 46).

Störung: Hans-Peter KRÜGER (2018: 203) ist davon überzeugt, dass die (psychische) Störung mit einer mentalen Krankheitsausprägung einhergeht, die sich in „[...] Funktionsstörungen [...] der personalen Lebensführung [...]“ manifestiert.

Werden ebenbeschriebene Bausteine (Ex Post, Traumatische Ereignisse, mentale Belastung und Störung) zu dem Fachausdruck der Posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst, so kann nun definiert werden, dass es sich hierbei um eine außergewöhnliche psychische Belastung nach einem herausfordernden Ereignis in der Vergangenheit handelt.

4.2.2. AUSLÖSENDE FAKTOREN EINER PTBS

Die nachfolgende Aufzählung listet potenziell auslösende Faktoren einer PTBS (nach DSM-V) bei Einsatzkräften (DRESSING 2016: 273) auf. Dabei bildet das Klassifikationssystem für Psychiatrie „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, kurz DSM (vgl. SASS 2011: 129) die „Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis, auf das mit einer PTBS reagiert wird“ im A-Kriterium des DSM-V ab. Der Fokus liegt dabei auf Bedrohungen mit dem Tod, ernsthafte Verletzungen oder sexuelle Gewalt in einer oder mehreren der folgenden Formen (VOLBERT 2011: 19):

Direktes Erleben eines der traumatischen Ereignisse.

1. Persönliches Miterleben einer dieser traumatischen Ereignisse bei anderen Personen.
2. Mitteilung, dass eines der traumatischen Ereignisse einem engen Familienmitglied oder einem Freund widerfahren ist. Im Falle eines Todesfalles (drohenden Todes) muss dieser durch einen Unfall oder einen Gewalthandlung eingetreten sein.
3. Wiederholte Konfrontation mit aversiven Details einer traumatischen Situation (z.B. NotfallhelferInnen, die Leichenteile einsammeln müssen, Polizeibeamte, die wiederholt mit Details kindlicher Missbrauchsgeschichten konfrontiert sind).

Das A-Kriterium trifft nicht auf die Exposition durch elektronische Medien, Fernsehen, Film oder Bilder zu, es sei denn die Exposition ist beruflich bedingt.

Da das Einsatzspektrum von Rettungskräften vielfältig ist, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig mit ebenbeschriebenen Herausforderungen in unterschiedlichen Intensitäten konfrontiert. Vor allem der nahezu tägliche potenzielle Kontakt mit dem Tod, z.B. dem Auffinden eines Exitus am Einsatzort oder einer frustrierten Reanimation, beschreiben den Berufsalltag einer Sanitäterin und eines Sanitäters.

Auch das medizinische Klassifikationssystem „ICD 10“ findet in den A-Kriterien eine Beschreibung über die auslösenden Faktoren einer PTBS (ebd.: 272):

„Die Betroffenen sind einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.“

Bezugnehmend auf diese Definition kann sich beispielsweise die emotionale und psychische Verfassung einer empfundenen Aussichtslosigkeit und/oder Hilflosigkeit aufgrund einer erfolglosen Kinderreanimation und/oder einer uneinsichtigen Patientin oder Patienten äußern. Die tiefgreifende Verzweiflung, die dabei empfunden wird, bewahrheitet sich in der Kombination zwischen zwei folgenden Faktoren: Erstens, dem Tatendrang zu helfen, um das bestmögliche Ergebnis, in dem Fall die rasche Genesung der Patientin bzw. des Patienten zu erzielen. Zweitens die Tatsache, dass entweder das Kind verstorben oder die betroffene Person die Therapievorschlüsse des behandelnden Einsatzteams – aus welchen Gründen auch immer – verweigert.

4.2.3. VERLAUF EINER PTBS

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Notfallrettung können hinsichtlich einer PTBS-Ausprägung aufgrund der berufsbedingten Ereignisse (Tod, Gewalt, etc.) in die akzidentelle Typ-I-Traumen klassifiziert werden. In dieser Einstufung werden auch schwere Verkehrsunfälle sowie kurzandauernde Katastrophen wie beispielsweise Wirbelstürme und Brände gezählt (vgl. MAERCKER und MICHAEL 2009: 106).

Sogenannte akzidentelle Traumen sind zufällig auftretende Geschehnisse (vgl. GELDSCHLÄGER o.J.). Demgegenüber stehen interpersonelle Traumen, d.h. „zwischen mehreren Personen, mehrere Personen betreffend“ (MOOSBACH o.J.). Beispiele für letztgenannte Traumen können sexuelle Übergriffe oder Banküberfälle sein (vgl. MAERCKER und MICHAEL 2009: 106).

Die Differenzierung zwischen dem Erstreckungszeitraum in Typ-I-Traumen (kurzandauernd/einmalig) und Typ-II-Traumen (langandauernd/mehrmalig) ist für die Abschätzung einer PTBS-Ausprägung entscheidend. Beispiele für Typ-II akzidentelle Traumen sind langandauernde Naturkatastrophen (Erdbeben) oder technische Katastrophen (Giftgaskatastrophen). Für interpersonelle Traumen der Typ-II-Kategorisierung können beispielsweise Geiselnahmen oder (Kriegs-) Folgerungen genannt werden (ebd.). Die in der Einleitung dieses Themas („Verlauf“) erwähnten Erlebnisse gehören der Typ-I-Klassifizierung an.

Ein essentieller Faktor, der in der Vorgehensweise und der Symptomausprägung beachtet werden sollte, ist, dass eine Traumaexposition nicht zwingend mit psychischen Folgeerkrankungen einhergehen muss (vgl. NYBERG 2005: 25).

Diese Annahme wird durch eine Vielzahl von Psychologen und Psychotherapeuten im Rahmen einer durchgeführten Studie bekräftigt. Federführend bei der im Jahr 2007 veröffentlichten Stichprobenstudie war zum damaligen Zeitpunkt das Meinungsforschungsinstitut „Usuma“ in Berlin. Die Zielgruppe umfasste insgesamt 4205 Personen. Im Rahmen der Untersuchung wurde bewiesen, dass nach besonderen Traumatisierungen, wie Folter und Vergewaltigungen o.Ä., das Risiko an einer PTBS zu erkranken bei 50% lag. Die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Erkrankung ist bei interpersonellen Typ-II-Traumen höher als bei akzidentelle Typ-I-Traumen, zu denen berufsbedingte Traumageschehnisse im Rettungsdienst zählen (vgl. GLAEMER *et al.* 2015: 800). Zusammenfassend kann nun die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wahrscheinlich weniger an einer PTBS erkranken als jene, die Opfer sexueller Gewalt oder in der Kindheit Missbrauch erfahren mussten.

4.2.4. SYMPTOMATIK EINER PTBS

Psychisch ausgelöste Traumen haben sowohl physiologische als auch emotionale und kognitive Auswirkungen auf den menschlichen Körper (vgl. PAUSCH und MATTEN 2018: 4). Die Ausprägung kognitiver Symptome ist in diesem Zusammenhang mit einer „[...] Minderung gegenüber dem bisherigen Leistungsniveau [...]“ zu verstehen (KURZ *et al.* 2003: 6).

Um die Auswirkungen der körperlichen Reaktion auf ein plötzlich eintretendes und (mental) herausforderndes Ereignis näher erläutern zu können, wird auf den Begriff der „Homöostase“ eingegangen:

In Hinblick auf die psychischen Folgeerscheinungen nach einem erlebten Trauma, lässt sich die Homöostase als ein Selbstregulator zur Steuerung der eigenen Person definieren. Dabei wird das Ziel verfolgt, auf äußere Einflüsse zu reagieren und das Gleichgewicht zwischen Umwelteinflüssen (äußeren Einflüssen) und inneren Einflüssen aufrechtzuerhalten. Als Ursache hierfür kann definiert werden, dass jeder Stressfaktor Störungen im Körpergleichgewicht verursacht (vgl. SIEGFRIED 2012: 51). Diese Betrachtungsweise wurde vom Neurologen und Physiologen Walter B. Cannon in den frühen 1900er mit der Theorie der „Fight-or-Flight-Reaktion“ revolutioniert und war für den damaligen Zeitpunkt der Theorieentstehung neuartig. Das Ziel der (auf Deutsch) „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ ist es, in einem akut und plötzlich eintretendem Ereignis zu überleben. Dieses Vorhaben verursacht in weiterer Folge Änderungen des Nerven- und endokrinen Systems im menschlichen Körper (vgl. AUGUSTYN *et al.* 2019). Daraus resultierend wird die vorhandene Energie mobilisiert und bereitgestellt, „[...] sodass sich der Organismus mit Gegenwehr oder Flucht aus der Bedrohung retten kann“ (SCHLOFFER 2010: 94).

Fight-or-Flight-Reaktion

Die Ausprägung einer Fight-or-Flight-Reaktion dient dazu, um sich vor (negativen) Einflüssen zu retten. Die Physiologie des Menschen antwortet auf Basis ebensolcher (bedrohenden) Situationen mit nachfolgenden Symptomen (vgl. WIPPERT 2009: 25):

In einer akuten Stressreaktion kann es zu einer erhöhten Herzfrequenz und einem gesteigerten Herzminutenvolumen kommen. Infolgedessen steigert sich das allgemeine Leistungsniveau des Myokards. Dies wiederum verursacht einen Anstieg des Blutdrucks und eine periphere Vasokonstriktion, d.h. eine Gefäßverengung. Auch die Atmung, bedingt durch die Bronchodilatation (Erweiterung der Bronchien), wird durch eine verbesserte Belüftung der Lunge beeinflusst. Letztlich kommt es mitunter zu einer Steigerung im Bereich der zerebralen Durchblutung.

Auf der anderen Seite ist sowohl die Magen-Darm-Aktivität als auch die Insulinproduktion gehemmt. Dies führt unter anderem zu Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen sowie Durchfall.

Freeze-Reaktion

In der Stressforschung kann noch eine dritte Reaktion auf herausfordernde Ereignisse beobachtet werden. Die Erstarrung bzw. der Totstellreflex, wie er auch bei Säugetieren zu sehen ist, findet ebenfalls im menschlichen Verhalten eine Bedeutung. Die Kampf-oder-Flucht-Reaktion resultiert in der Hoffnung, sich aus der gegebenen Situation retten zu können. Die Freeze-Reaktion hingegen folgt der Ansicht einer Resignierung. Vor allem in Situationen (beispielsweise Gewaltverbrechen) kann dieses Verhalten lebensrettend und hilfreich sein. Vegetative Funktionen veranlassen in solch einer Situation, dass die Herzleistung und somit die Herzfrequenz auf ein Minimum beschränkt und das Denken sowie die Schmerzempfindungen kurzzeitig ausgeschaltet werden. Daher ist die rückblickende Reproduktion exakter Erinnerungen an die Situation kaum möglich oder nur mit einem erheblichen Aufwand verbunden. (vgl. HÜTHER und SACHSSE 2007: 168).

4.2.5. WEITERE SYMPTOMATIK EINER PTBS

Markus PAUSCH und Sven MATTEN (2018: 29 f.) beziehen sich bei der Ausprägung von Posttraumatischen Belastungsstörungen auf drei Hauptsymptome: Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten

Die Verkörperung eines japanischen Sprichwortes – das Sinnbild der drei Affen, die nichts sagen, hören und sehen - verbildlichen die Erklärung der drei Hauptcharakteristika einer PTBS. Dabei wird, bezugnehmend auf ebendieses Sinnbild, auf nachfolgende Skizzierung näher eingegangen (Konradin Medien GmbH o.J.):

1. Der Affe, der nichts sagt (Vergleich zu: Intrusion);
2. Der Affe, der nichts hört (Vergleich zu: Hyperarousal);
3. Der Affe, der nichts sieht (Vergleich zu: Vermeidungsverhalten);

Intrusion

Intrusionen fassen all jene Symptome zusammen, die ungewollte Gedanken, Bilder und Albträume hervorrufen und das psychotraumatische Ereignis wiedererleben lassen (vgl. KÜHN *et al.* 2012: 688). Sogenannte Flashbacks spielen bei der Intrusion einen wichtigen Bestandteil. Dabei ist der Betroffene gezwungen, das Erlebte durch Impulse bzw. Reize (Trigger) (z.B. Gerüche, Handlungen, Orte, Geräusche idR.) wieder zu erleben. Die Erinnerungen erscheinen unwillkürlich und die Person verfällt in einen rauschähnlichen Zustand, gleichzusetzen wie nach der Einnahme von Suchtmitteln (v.a. LSD oder Cannabis) (STANGL o.J.). Damit das Wort „Intrusion“ nicht abstrakt bleibt, wird dieser Fachbegriff nun auf das japanische Sinnbild und jenem Affen ausgelegt, der nichts sagt, allerdings alles sieht und sich die Hände vor den Mund hält:

„Der [...] Affe hält sich den Mund zu, sieht dabei aber alles. Er steht für das Wiedererleben; man sieht alles genauso wieder, wie es während des traumatischen Ereignisses war, kann aber nichts dazu oder darüber sagen. Man kann also nicht eingreifen und ist zum Wiedererleben verurteilt“ (PAUSCH und MATTEN 2018: 29).

Übererregung (Hyperarousal)

„Wenn man nun die Hände des Affen, welcher sich die Ohren zuhält, verändert und er stattdessen mit den Händen neben den Ohren aufgeregt hin und her wedelt, hat man die Eselsbrücke für den Begriff „Hyperarousal“. Der [...] Affe, welcher aufgeregt mit den Händen neben den Ohren wedelt, steht für Übererregung (man ist aufgeregt und wedelt deshalb wild mit den Händen)“ (ebd.).

Hyperarousal ist der Fachbegriff für die vegetative Übererregung. Die (mental bedingten) Auswirkungen gehen mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen einher. „Der Patient ist schreckhaft, kommt nicht zur Ruhe, läuft ständig auf Hochtouren und überwacht seine Umgebung sehr mißtrauisch [sic!]“ (o.V. 1999: 11). Ebengenannte Übererregung beschreibt den Verlauf aus physiologischer Sicht.

Zu erwähnen ist allerdings, dass es auch zu einem kognitiven Hyperarousal kommen kann. Vor allem bei der Befürchtung vor Flashbacks führt es bei dieser Symptomausprägung zu Angst- und einschränkenden Sorgenzuständen, welche sich auf die derzeitige Handlung oder das Schlafverhalten massiv auswirkt. Betroffenen ist es kaum möglich, eine gedankliche Distanz zu dem Erlebten gewinnen zu können. Dabei kann es zu Versagensängsten und „Ich bin Schuld daran, dass...“-Gedanken kommen (vgl. HORCH o.J.).

Vermeidungsverhalten

Zurückgedacht an das Sinnbild der japanischen Affen, bleibt nun jener Affe übrig, der sich die Augen zuhält. „Der [...] Affe, der sich die Augen zuhält, steht für Vermeidung (man weigert sich, hinzusehen, und meidet so jede Auseinandersetzung mit dem, was in der traumatischen Situation geschehen ist)“ (PAUSCH und MATTEN 2018: 29).

Die nachstehende *Kasuistik 1* wird das Vermeidungsverhalten einen genaueren und verständlicheren Ausdruck verleihen. Die Beschreibung wird auf das Werk „Trauma und Traumafolgestörungen in Medien, Management und Öffentlichkeit“ gestützt (siehe PAUSCH und MATTEN 2018: 32 f.).

Kasuistik 1: Vermeidungsverhalten

X, Notfallsanitäter, sitzt gerade beim Frühstück im Mannschaftsraum seiner Dienststelle und liest dabei die Tageszeitung, als plötzlich über die Lautsprecher ertönt: „Zentrale 2. Dringende Ausfahrt. Schwerer Verkehrsunfall. LKW gegen Kind. Mögliche Kinderreanimation.“ Geistesgegenwärtig lässt X alles stehen und liegen und eilt zum Rettungsfahrzeug in die Garage, in welcher der Einsatzlenker bereits auf ihn wartet. Mit einer Anfahrtzeit von weniger als fünf Minuten waren X und sein Kollege das ersteintreffende Fahrzeug. Es dauerte nicht lange, als die Polizei dazu stieß und für die Sicherheit der versorgenden Mannschaften Sorge trug. Als der ebenfalls dazu alarmierte Notarzt eintraf, konnte dieser lediglich den Tod des siebenjährigen Verunfallten feststellen. Für X war es der allererste Einsatz dieser Art. Auf der Station angekommen, bereiteten die beiden Kollegen das Fahrzeug gemeinsam auf, füllten die Verbrauchsmaterialien nach und wechselten die blutverschmierte Dienstbekleidung. Anschließend widmete sich X wieder seinem Frühstück und der weitere Arbeitstag verlief ruhig.

Die darauffolgenden Tage waren für X besonders herausfordernd und belastend. Flashbacks, Schlafstörungen sowie Trigger lösten immer wieder Intrusionen aus. X reagierte auf den aktuellen und für ihn neuartigen Zustand mit dem Vermeidungsverhalten.

Um potenzielle Intrusionen zu umgehen, werden traumaassoziiierende Reize vermieden. Konkret wird der Berufungsort, an dem das Ereignis passiert und das Kind letztlich verstorben ist, gemieden. Da es auf dem Weg zur Dienststelle von X liegt, entscheidet er sich dazu, diese Strecke zu meiden, wenngleich sich seine Weg-Zeit-Strecke um 20 Minuten verlängert. X hat im Zuge dessen in der Dienstplanung angesucht, die zukünftigen Dienste nicht mehr mit jenem Lenker zu verrichten, der tages zuvor in der Einsatzabwicklung mitbeteiligt war. Seither meidet X auch jeglichen Umgang mit Kindergärten, Volksschulen, Kinderspielplätzen oder auch die Besuche seiner Enkel und Neffen.

Diese Bewältigungsstrategie führt kurzfristig zu einer zufriedenstellenden Lösung. Flashbacks und Intrusionen nehmen dadurch ab, die Anspannung verfällt und die Situation beruhigt sich allmählich. Mittel- und langfristig führt das Vermeidungsverhalten allerdings dazu, dass Situationen, Menschen und Tätigkeiten bewusst vermieden werden, um sich nicht mit dem Ereignis konfrontiert zu sehen. Das Gehirn wendet nun diese Strategie immer häufiger an, vor allem dann, wenn der Faktor Angst von X definiert werden kann. „Angst ist aber nun leider ein steter Begleiter des menschlichen Daseins und so führt das Ausbreiten der Vermeidung dazu, dass der soziale Radius der Betroffenen immer kleiner wird“ (ebd.). Die fiktive Beschreibung vom Schicksal von X kann sich so oder so ähnlich im Berufsleben einer Sanitäterin oder eines Sanitäters abgespielt haben.

4.3.1. DIAGNOSE EINER PTBS

Die Diagnostizierung physischer Verletzungen gestaltet sich in den meisten Fällen als eindeutig und offensichtlich, wie beispielsweise bei einem gebrochenen Arm oder starken Blutungen. Die Feststellung einer mentalen Störung nach traumatisch bedingten Ereignissen erachtet sich, verglichen zur Diagnose physischer Schäden, als ein Prozess mit gesteigerter Komplexität.

Zu Beginn ist festzustellen, dass die Diagnose einer PTBS nicht in der akuten Situation, d.h. die Zeit unmittelbar nach dem traumatischen Geschehen, festgestellt werden kann. Bevor es zu ebendieser Diagnostizierung durch entsprechende Psychotherapeuten und/oder Psychologen kommen kann, wird vorerst eine Reihe anderer Faktoren abgeklärt. Eine entsprechende Symptomausprägung bei Rettungsdienstfachkräften nach einem mental belastenden Einsatz, wie es beispielsweise bei einer akuten Belastungsstörung und/oder Stressreaktion zu beobachten ist, muss nicht immer mit einer therapeutischen Intervention bzw. Maßnahme einhergehen. Es gilt initial herauszufinden, ob die betroffene Person Charakteristika, wie beispielsweise Intrusionen, Hyperarousal oder einem Vermeidungsverhalten, aufweist. Abgesehen von den drei Hauptsymptome kann eine gesteigerte Aggressivität, Verzweiflungsgedanken, Konzentrationsstörungen, Dissoziationsverhalten, vermehrte Reizbarkeit u.v.m. auftreten (vgl. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 15 ff.).

Christine KNAEVELSRUD *et al.* (2019: 16) beschreiben die Diagnostizierung einer PTBS-Erkrankung als ein Baustein infolge traumatischer Ereignisse und den damit potenziellen „[...] assoziierten Folgen auf symptomatischer und funktionaler Ebene.“ Weiter heißt es, dass für eine umfassende Diagnosefeststellung die betroffene Person sowie die unmittelbaren Auswirkungen in einer globalen Betrachtungsweise in Beobachtung gestellt werden muss. Dies impliziert „[...] die Aus- und Nachwirkungen auf die aktuelle Lebenssituation, komorbide Symptome sowie Chronifizierungsfolgen [...]“. Sowohl die Familien-, Wohn- und Arbeitssituation als auch der gesundheitliche Status sind weitere essenzielle Umstände, die für eine PTBS-Diagnose zu berücksichtigen sind.

4.4. DIFFERENTIALDIAGNOSEN

Um die Begriffe der akuten Belastungsreaktion, Belastungsstörung und Stressreaktion klar von einer Posttraumatischen Belastungsstörung abgrenzen zu können, definieren sich die drei erstgenannten psychologischen Krankheitsbilder wie folgt:

4.4.1. AKUTE BELASTUNGSREAKTION

Bei der akuten Belastungsreaktion manifestiert sich die Reaktion auf äußere Einflüsse durch körperliche und/oder seelische Beeinträchtigung. Diese klingen allerdings innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab (vgl. MÜNKER-KRAMER 2006: 301).

Die Symptomausprägung richtet sich nach der persönlichen und individuellen Vulnerabilität sowie den vorhandenen bzw. verinnerlichteten und umgesetzten „Copingstrategien“. Letzteres beschreibt dabei unterschiedlichste Bewältigungsstrategien im Umgang mit den herausfordernden Ereignissen. Die Auswirkungen des Erlebten auf den Menschen, wie beispielsweise das Gefühl der Betäubung oder der Bewusstseinsengung, können innerhalb weniger Minuten nach dem belastenden Geschehen auftreten. Die aus der Situation resultierende apathische Haltung, wird in der Allgemeinbevölkerung zumeist als „Schockzustand“ bezeichnet. Letztlich wird „[...] die akute Belastungsreaktion nicht als Erkrankung gesehen [...]“ und bedarf daher auch keiner weiteren therapeutischen Intervention (SENDERA und SENDERA 2013: 88 f.).

4.4.2. AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

Die akute Belastungsstörung äußert sich in der Symptomausprägung ähnlich wie die Posttraumatische Belastungsstörung. Gemeinsam haben beide ein retrospektives Ereignis sowie die Charakterisierung nachstehender Faktoren (vgl. KRÖGER *et al.* 2012: 13):

- Die erlebte oder beobachtete Bedrohung gegenüber der eigenen Person oder Dritten; dies impliziert den tatsächlichen oder drohenden Tod durch ernsthafte Verletzungen oder die Gefahr der körperlichen Unversehrtheit;
- Die intensive Empfindung und Konfrontation der betroffenen Person mit Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen;

Die akute Belastungsstörung differenziert sich zum großen Teil von der PTBS im zeitlichen Verlauf. Während die Symptome im erstgenannten mentalen Krankheitsbild in dem Monat nach einem traumatischen Ereignis auftreten, klassifiziert sich „[...] die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) üblicher Weise erst nach Abschluss eines Monats [...]“ (ebd.).

4.4.3. STRESSREAKTION

Sogenannte Stressoren, d.h. Stress auslösende Reize, können Reaktionen wie die „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ (Fight-or-Flight-Reaktion) nach „Cannon“ auslösen. Stress, welcher als ein allgemeines Adaptionsprogramm mit dem Zweck zum Überleben gesehen werden kann, ist mit nachfolgenden drei zeitlich aufeinander abgestimmten Phasen charakterisiert (vgl. ADAMS und HEMPELMANN 1991: 295):

1. Alarmreaktion
2. Phase des Widerstandes
3. Phase der Erschöpfung

Folgt man nachstehender Definition, reagiert der Mensch auf besonders herausfordernde Situationen mit einer Abwehrreaktion: „Streß [sic!] ist die Reaktion von Lebewesen auf relevante Beeinträchtigung jeglicher Art“ (ebd.).

Wohin können sich Einsatzkräfte im Falle einer mentalen Überforderung wenden? Mit der Beantwortung dieser Fragestellung wird nun auf ein System psychologischer Ersthelferinnen und -helfer eingegangen, um die soeben beschriebenen psychischen Krankheitsbilder zeit- und fachgerecht zu erkennen und gegebenenfalls weitere Schritte einzuleiten.

4.5. DAS PEER-SYSTEM

Um auf den Begriff „Peer“ im Allgemeinen näher eingehen zu können, ist es zuvor notwendig, dass sogenannte „CISM“ (Critical Incident Stress Management) zu erläutern:

Wie bereits beschrieben sind Einsatzkräfte im Berufsalltag mit einer Vielzahl von Stressoren konfrontiert. Der Tod, Kindernotfälle bis hin zu Kinderreanimationen, Massenanfälle von Verletzten und Selbstmorde sind nur einige Ereignisse, die in der Einsatzabwicklung besonders herausfordernd sind. Letztlich können diese Faktoren eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auslösen. Zur Vorbeugung einer PTBS bei Einsatzkräften wurde im Jahr 1983 von Dr. Jeffrey Mitchell das sogenannte „Critical Incident Stress Management“ (CISM) entwickelt. Der Hintergrund für die Entwicklung war die Wahrscheinlichkeit an einer potenziellen PTBS zu erkranken weitgehend zu minimieren (vgl. HAMMOND und BROOKS 2001: 315 ff.). Peers haben dabei im Rahmen des CISM eine Schlüsselfunktion. „A peer is someone from the same profession or who shares a similar background as the group members (MITCHELL und EVERLY 1997: 2).“ Diese Definitionserläuterung beschreibt eine(n) psychologisch speziell ausgebildete(n) Einsatzunterstützer/-in. Dabei ist es wichtig, dass die ausgebildete Fachkraft derselbe Profession wie die Klientin oder der Klient nachgeht. Die Klientin oder der Klient beschreibt hierbei die betroffene Person, die sich von einem Peer in der Ereignisbewältigungsphase unterstützen lässt. Um einer Sanitäterin oder einem Sanitäter psychologische Erste-Hilfe anbieten zu können, ist der zur Gesprächsführung angeforderte Peer ebenfalls im Bereich des Rettungsdienstes zu finden.

Somit kann gewährleistet werden, dass beispielsweise verwendete Fachausdrücke oder auch Abläufe, ohne einer großen Einführung in die Thematik, vom Gegenüber auf Anhieb verstanden werden. Dies gilt selbstverständlich sowohl für Polizistinnen und Polizisten als auch für das Feuerwehrpersonal.

Das Peer-System verfolgt das Ziel, ein großes Vertrauen innerhalb der eigenen (Rettungsdienst-) Organisation zu gewinnen sowie erste Ansprechpartnerin bzw. erster Ansprechpartner für Kolleginnen und Kollegen nach besonders belastenden Einsätzen zu sein (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2003: 7).

4.5.1. PEERS AUF NATIONALER EBENE

Peers finden sich auf nationaler Ebene in vielen Rettungsdienstorganisationen. In der Bundeshauptstadt sind sie vor allem in den Organisationen des Wiener Roten Kreuzes, Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs und der Berufsrettung Wien zu finden. Letztgenannte Organisation und einzige Berufsrettung in Österreich, wird für eine nähere Betrachtungsweise und Erläuterung als Beispiel der Systemverwaltung herangezogen.

Erste Überlegungen über die Implementierung von Peers bei der Berufsrettung Wien sind auf die Jahrtausendwende zurückzuführen. Im Jahr 2006 gab es die allererste Peer-Ausbildung in der Rettungsakademie der Berufsretterinnen und -retter. Zahlreiche Absolventinnen und Absolventen des Kurses folgten in den darauffolgenden Jahren.

Peers werden in der psychologischen Spezialisierung zur Fachexpertin bzw. zum Fachexperten Inhalte der Notfallpsychologie, Stressmanagement und Gesprächsführung gelehrt. Vor allem zu der nachfolgenden Indikationsliste werden Peers häufig für den psychologischen Verarbeitungsprozess hinzugezogen (Berufsrettung Wien o.J.):

- Tod/ schwere Verletzung einer Kollegin oder eines Kollegen
- Tod/ schwere Verletzung von Kindern/ Kinderreanimation/ Totgeburt
- Bedrohung des eigenen Lebens (Todesangst)
- Persönliche Bekanntschaft mit einem der Opfer/ starke Identifikation mit den Geschädigten/ persönliche Betroffenheit
- Sorge, in der Verantwortung versagt zu haben/ Patientenschaden oder Patiententod verschuldet zu haben
- Große Anzahl von Toten und Verletzten
- Großes öffentliches Interesse/ extremes Medieninteresse
- Jedes andere Ereignis, das eine ungewöhnlich belastende Wirkung hat

Die Peer-Ausbildungsrichtlinie des Österreichischen Roten Kreuzes (2002) sieht eine Ausbildungsmindestdauer von 54 Unterrichtseinheiten vor. Dabei unterteilt sich der Lehrgang in sechs Unterrichtseinheiten „Einführung“, 16 Unterrichtseinheiten „Basiskurs“ und 32 Unterrichtseinheiten „Aufbaukurs“. Der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (o.J.) betont im Webauftritt, dass Peers in enger Zusammenarbeit mit Notfallpsychologinnen und -psychologen stehen, sie selbst allerdings nicht mit Therapeuten beziehungsweise Psychologen gleichzusetzen sind.

Sowohl für psychologische Fachkräfte als auch für Peers gilt nachfolgende Verschwiegenheitspflicht gem. §37. (1) Psychologengesetz (2013) (Rechtsinformationssystem des Bundes 2020):

„Berufsangehörige sowie ihre Hilfspersonen einschließlich Fachauszubildende sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes oder beim Erwerb der fachlichen Kompetenz im Rahmen der Ausbildung anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“

Als ebenbeschriebene „Hilfsperson“ sind unter anderem Peers der Einsatzorganisationen zu verstehen.

Im Rahmen von Großschadens- und Katastropheneinsätzen erhält die psychologische Betreuung innerhalb der Rettungsmannschaft eine wichtige Rolle. Das Hochfahren der Stabstrukturen in Ereignissen mit hohem Koordinationsbedarf, beschreibt den organisierten Zusammenschluss von Personengruppen zur Unterstützung des Einsatzleiters in der Bewältigung. Im Zuge der Stabsarbeit finden speziell Peers in der folgenden Erläuterung ihr Aufgabengebiet definiert (Bundesministerium für Inneres 2007: 47):

„Betrifft zum Beispiel die Katastrophe eine große Anzahl von Menschen, so können die für die körperliche, geistige und soziale Betreuung anfallenden Aufgaben einen derartigen Umfang annehmen, dass diese Angelegenheiten aus dem Sachgebiet 4 herausgelöst und durch das zusätzliche Sachgebiet 7 – Ganzheitliche Betreuung (S7) wahrgenommen werden.“

Weiters heißt es: „Das Sachgebiet 4 erfasst und organisiert über die Aufgabenfelder Versorgung, Organisieren von Fremdleistungen, Verwaltung und Verrechnung sowie Ganzheitliche Betreuung alle für den Einsatz erforderlichen Mittel und Dienstleistungen“ (ebd.: 44).

Das Jahr 1993 gilt als Startschuss für die Überlegung einer psychischen Ersten-Hilfe im Rahmen des österreichischen Exekutivdienstes. Dieses Vorhaben wurde vom damaligen Bundesminister für Inneres befürwortet und gefördert. Die Zielgruppe für die Umsetzung einer zum damaligen Zeitpunkt neuartigen psychologischen Hilfestellung durch Kolleginnen und Kollegen (Peers) waren jene Beamtinnen und Beamten, die von einer Schusswaffe Gebrauch machen mussten. Im Rahmen der primären psychologischen Betreuung war die Informationsweitergabe über potenzielle psychische Reaktionen nach ebensolch einem Schusswaffengebrauch. Konkret ist zu diesem Zeitpunkt für diese Intervention der Fachbegriff „Post-Shooting-Betreuung“ entstanden (vgl. SCHÄFFER und SCHNEIDER 2012: 21 ff.).

Nachstehend wird nun näher auf die Frage eingegangen, weshalb Einsatzkräfte im Rettungsdienst zu einer besonderen Risikogruppe gehören und ob Sanitäterinnen und Sanitäter anfälliger für psychisch traumatisierende Ereignisse sind.

4.6. BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN DER MITARBEITENDEN IM RETTUNGSDIENST

Die Beschreibung des Berufsbildes verfolgt das Ziel, die potenzielle mentale Traumaexposition, mit denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst konfrontiert sind, zu erläutern. Dabei wird bewusst auf Aspekte wie beispielsweise die Aufschlüsselung der einzelnen Ausbildungsniveaustufen ausgelassen. Hierbei steht die Bewusstseinsbildung über den herausfordernden Berufsalltag von Rettungsdienstpersonal im Fokus.

Sanitäterinnen und Sanitäter durchlaufen bis zur höchsten medizinischen Ausbildungsniveaustufe gemäß Sanitäter-Ausbildungsverordnung 2003 (San-AV) einen langjährigen theoretischen und praktischen Lernprozess. Darüber hinaus gleicht nicht jeder Notfall dem anderen. Im Sanitättergesetz 2002 (SanG) sind die Rechten und Pflichten des Berufsbildes definiert.

Immer wieder kommt es zu abweichenden Rollenvorstellungen gegenüber Sanitätterpersonal. Dabei steht meist die Erwartungshaltung an das Berufsbild konträr zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen und interdisziplinären Vorgaben (vgl. REDELSTEINER 2011: 10 f.):

- **Erwartung der PatientInnen:** maximale Versorgung jedes Krankheitsbildes, unabhängig von der gesetzlichen Kompetenz und den vorhandenen Ressourcen;
- **Erwartung der SpitalsmitarbeiterInnen:** Unterstützungsleistung im Sinne von beispielsweise Entkleiden der PatientInnen, Umlagerung auf ein Spitalsbett, rasche Übergabe, richtige Diagnosefeststellung zur adäquaten Avisierung im Zielkrankenhaus, Mithilfe einer orientierten Untersuchung, etc.;
- **Erwartungen der LeitstellenmitarbeiterInnen:** rasche Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft;
- **Erwartungen der Dienststellenleitung:** korrektes Auftreten in der Öffentlichkeit, vorausschauende und kollegiale Zusammenarbeit mit allen relevanten Playern des Gesundheitswesens; ressourcenschonender Umgang in allen Bereichen, etc.;

Neben der psychologischen Hilfestellung für den Betroffenen selbst und/oder Angehörigen bzw. beteiligte Personen, sind Sanitäterinnen und Sanitäter für eine Vielzahl anderer Tätigkeiten verantwortlich. Dazu gehört beispielsweise die zeit- und fachgerechte Feststellung von (Verdachts-) Diagnosen mit einem beschränkten Einsatz an medizinischem Equipment. Weiteres wird vom Sanitätterpersonal aus PatientInnen-sicht gefordert, in einer lebensbedrohlichen Situation eine Maximalversorgung am Unfall- und Notfallort (z.B. Medikamentenapplikation, das Legen eines peripher venösen Zugangs, das Freimachen der Atemwege mittels Intubation im Rahmen der kardiopulmonalen Reanimation (CPR)) zu gewährleisten.

Im Zuge der Hospitalisierung obliegt die weitere Aufsicht und die Betreuung, auch im Rahmen von pflegerischen Maßnahmen, dem Einsatzteam (ebd.: 11).

Ein Blick in die situationsangepasste Adaptierung hinsichtlich den Fortbildungsangeboten (z.B. Deeskalationsseminare) für Sanitäterinnen und Sanitäter oder die Diskussion und Organisation von ballistischen Schutzwesten zeugt von dem ansteigenden verbalen und körperlichen Angriffen gegenüber dem Rettungsdienstpersonal. Auch Routineeinsätze können sich dynamisch, prompt und in eine unvorhersehbare Situation entwickeln (vgl. LIPPAY 2019: 24 f.). Zunehmend ist zu beobachten, dass Sanitätspersonal nicht mehr nur zu lebensbedrohlichen Einsätzen, sondern auch zu psychosozialen Notlagen alarmiert werden. Dies reicht von Gewaltverbrechen bis hin zu sexuellen Übergriffen bzw. Vergewaltigungen und/oder Kindermisshandlungen (vgl. STÖTEFALKE 2019: 29).

Ein weiterer Aspekt betrifft die Situation, dass Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter nach internen Richtlinien und Guidelines handeln. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten und zu sichern. Weicht allerdings diese Zielvorgabe von dem Ergebnis ab, im Worst-Case-Szenario mit dem Tod der betroffenen Person, so stellt es nicht nur für das Einsatzteam, sondern auch für Sekundärbeteiligte ebenfalls eine besondere Herausforderung dar. Einerseits können bei den Rettungsfachkräften selbst, aufgrund des frustrierten Ausgangs, eine potenzielle psychische Stressreaktion ausgelöst werden. Andererseits sieht sich das Einsatzteam in der Position, den Hinterbliebenen die Nachricht über das Ableben zu übermitteln. Dies kann zu einer weiteren Steigerung des Stresspotenzials der Einsatzmannschaft führen (vgl. STEIL 2019: 38).

Die soeben beschriebenen mentalen Problemstellungen im rettungsdienstlichen Berufsalltag stellt die unmittelbare Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Fokus.

Als ein weiterer Faktor wird die ökonomische Resilienz einer Rettungsdienstorganisation erwähnt. Die aktuelle (digitale) Transformationszeit und Globalisierung beeinflussen das Gesundheitswesen und somit den Rettungsdienst maßgeblich. Generell sieht sich das System der Gesundheitsversorgung in einem Modell der sozialen Marktwirtschaft (vgl. BAZAN 2020: 30 f.). Die damit einhergehenden Auswirkungen und Folgen, wie beispielsweise laufende Umschulungen, dynamische Adaptierungen in der Arbeitsführung und technische sowie ökonomische Veränderungen, lösen zum Teil psychische Belastungen bei dem Sanitätspersonal aus. In Folge dessen kann es zu Überforderungssymptomen sowie psychischen und psychosomatischen Erkrankungen kommen (vgl. SCHUMANN und BÖCKELMANN 2019: 42).

5. AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

Der konzeptionelle Hintergrund hat einen wichtigen Beitrag für das notwendige Grundverständnis, um tiefer die Erarbeitung des Themengebietes eingehen zu können, geleistet. Die bisher präsentierten Gegenüberstellungen zeigen auf, dass es generell divergierende Meinungsbildungen bei den Fachexpertinnen und -experten auf diesem Gebiet gibt. In einem Punkt sind sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler jedoch einig: Die Beeinflussung der individuellen psychischen Handlungsfähigkeit spielt bei der Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation eine entscheidende Rolle.

5.1. INTERVENTIONSSTRATEGIEN IM RETTUNGSDIENST

Da nun die auslösenden Faktoren, Auswirkungen und Symptome sowie der unterschiedlichen Ausprägungen der mentalen Überforderung bekannt sind, wird im nachstehenden Teil auf mögliche Lösungsansätze eingegangen.

5.1.1. PRÄVALENZRATE FÜR PSYCHOTRAUMEN BEI RETTUNGSDIENSTPERSONAL

Durchgeführte Studien auf europäischer Ebene verzeichnen Unterschiede in der Prävalenzrate für Psychotraumen bei Rettungsfachkräften. Eine in Deutschland durchgeführte Untersuchung erforscht, dass bei 129 Probanden insgesamt 36% eine vollausgeprägte PTBS diagnostiziert werden konnte. Davon litten 80% an Intrusionen, 42% an Vermeidungssymptomen und 70% an Hyperarousal (vgl. TEEGEN und YASUI 2000: 65). Eine weitere deutsche Untersuchung zeigt bei 92 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit durchschnittlich 11 Jahren Rettungsdiensterfahrung, 82% Intrusionen, 80% Vermeidungssymptome und weitere 61% Hyperarousal. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich hierbei nicht um eine PTBS-Diagnostizierung handelt, sondern die Prozentsätze jenen Umstand beschreibt, in denen lediglich eine PTBS-Symptomatik nachgewiesen werden konnte (vgl. REINHARD und MAERCKER 2003: 5). Anders als in erstgenannter Studie wird in dieser explizit darauf hingewiesen, dass die Faktoren der Traumadosierung, das Burnout und die soziale Unterstützung in der Ergebnisauswertung miteinbezogen wurden (ebd.: 1). Eine britische Forschung zu diesem Thema zeigt, dass bei 617 Probandinnen und Probanden aus dem Rettungsdienst insgesamt 22 % an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten, von denen zwei Drittel das Wiedererleben (Intrusion) als Auswirkung auf das Ereignis definierten. Wie bei erstgenannter Studie, wird auch bei dieser nicht näher auf die inneren oder äußeren Einflüsse wie das soziale Umfeld oder die persönliche Resilienz, eingegangen (vgl. BENNETT *et al.* 2004: 235). Die beim niederösterreichischen Roten Kreuz durchgeführte Fragebogenstudie zu dem Thema „Die Rolle personaler und sozialer Ressourcen bei Posttraumatischer Belastung von Einsatzkräften des Roten Kreuzes Niederösterreich“ von Andrea DÖLLINGER (2014: 68 ff.), umfasste insgesamt eine Rücklaufquote von 24% (gerundet, N = 467). In dieser Untersuchung wurden Indikationen, wie beispielsweise traumatische Berufserfahrungen, persönlich erlebte Traumen, soziale Unterstützung etc., berücksichtigt.

Das Ergebnis der Studie zeigt, dass die Probandinnen und Probanden mit einer geringen Prävalenzrate von 1,8% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten. In diesem Bereich bewegte sich auch die in der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein untersuchte PTBS-Symptomausprägung bei Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern. Bei insgesamt 668 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, konnte bei 4,3% die PTBS als Diagnose festgestellt werden. Dabei erlitten 26,4% Intrusionen, 23,3% Vermeidungsverhalten und 29,9% Hyperarousal. Ein weiteres markantes Ergebnis dieser Studie fokussiert sich auf die subjektive Empfindung hinsichtlich einer schlechten Vorbereitung auf Traumen.

Dabei kann gezeigt werden, dass bei einer „[...] schlecht auf Traumen [...]“ vorbereiteten Person, ein 8-fach höheres Risiko an einer PTBS zu erkranken, besteht (vgl. HÄLLER *et al.* 2009: 403).

Die Interpretation der PTBS-Prävalenzrate unterschiedlicher Rettungsdienstorganisationen in Europa hinterlässt zusammenfassend noch Untersuchungsspielraum. Einige Studien berücksichtigen die persönliche Resilienz und soziale Unterstützungen in der Richtung, in anderen findet man keine diesbezügliche Erwähnung, die auf eine Berücksichtigung schließen lassen. Weiteres sind die unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkte der durchgeführten Studien und den zu diesem Zeitpunkt aktuellen Stand der Wissenschaft in den Überlegungen miteinzubeziehen.

Mit diesem Überblick folgt nun eine nähere Betrachtung einzelner Schutzmechanismen.

5.1.2. PSYCHOSOZIALER SCHUTZFAKTOR

Nicht allein das erlebte Ereignis ist für die Ausprägung mentaler Dysfunktionen verantwortlich, sondern auch die persönlichen Schutzfaktoren spielen in der Bewältigung eine erhebliche Rolle. Bei Schutzfaktoren werden auf persönliche Ressourcen und Fähigkeiten zurückgegriffen, die in außerordentlichen Geschehnissen dabei helfen, die Situation bestmöglich zu überstehen (vgl. GRATZ 2019).

In diesem Zusammenhang ist die persönliche Resilienz für die Salutogenese ein wichtiges Merkmal. Um für besonders belastende Ereignisse gewappnet zu sein, stehen in der Resilienzforschung, Faktoren wie beispielsweise die individuelle und persönliche Einstellung (Persönlichkeitsmerkmale, Lebensgeschichte, etc.), das soziale Umfeld (Familie, Kultur, etc.) und die allgemeine Umwelt (Sicherheit, Deckung der Grundbedürfnisse o.Ä.) im Fokus (vgl. GLÜCK 2019). Die „S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) gliedert Schutzfaktoren in nachfolgende drei Phasen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 12 f.):

1. Prätraumatische Schutzfaktoren
2. Peritraumatische Schutzfaktoren
3. Posttraumatische Schutzfaktoren

Die Definierung der Risikofaktoren wurde bewusst für die Erarbeitung ausgelassen.

Prätraumatische Schutzfaktoren

Nach dem derzeitigen Stand der psychologischen Wissenschaft ist zu entnehmen, dass psychologische Traumatisierungen in der Vergangenheit die Ausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen. Dieser Einfluss kann allerdings in zwei unterschiedliche Richtungen gehen. Erstens, die PTBS Prävalenz ist bei der betroffenen Person höher, wenn eine Vortraumatisierung besteht. Zweitens, nach einem erlebten mental herausfordernden Ereignis ist eine entsprechende Resilienz vorhanden und die Betroffenen sind dem Geschehnis gemindert vulnerabel (vgl. SPITZER *et al.* 2019: 131). Faktoren wie das Geschlecht, Lebensalter und der sozioökonomische Status, bieten derzeit noch keine verlässliche Aussagekraft über die Anfälligkeit einer Person an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken (vgl. FLATTEN 2019: 5).

Peritraumatische Schutzfaktoren

„Emotionen sind ein grundlegender Bestandteil unseres menschlichen Wesens“ (WENGEL 2020). Wenn es um besonders herausfordernde Einsätze im Rettungsdienst geht, sind starke Emotionen allgegenwärtig. Viele Betroffene reagieren auf unvorhergesehene und verletzende Ereignisse mit dissoziativen Störungen wie beispielsweise Angst, Erstarrung, Schrecken, Schuld und Schamgefühle (vgl. ERMANN 2005: 210). Alarmierungen zu beispielsweise Verstümmelungen und/oder abgetrennten Körperteile oder Katastrophen- und Großschadensereignisse rufen starke Emotionen hervor. Retrospektiv erachtet sich der weitere Verarbeitungsprozess als erschwert. Peritraumatische Schutzfunktionen richten sich in dieser Hinsicht nach einer frühen Interventionsmöglichkeit durch Fachexpertinnen und -experten aus dem Bereich der Psychotraumatologie. Der Zeitfaktor spielt hierbei eine essenzielle Rolle. Demnach wird empfohlen, peritraumatische Interventionen und somit die psychologische Erste-Hilfe unmittelbar nach dem traumatisierenden Ereignis anzubieten beziehungsweise spätestens in der Phase der akuten Belastungsreaktion durchzuführen (vgl. MÜLLER-CYRAN 2006: 6). Oft wird im Zusammenhang mit peritraumatischen Interventionen, Notfallseelsorgerinnen und -seelsorger sowie zum Teil ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kriseninterventionsteams in Verbindung gesetzt (vgl. MÜLLER-CYRAN 2004: 62).

Der Fachbegriff der Selbstwirksamkeitserwartung ist als Schutzfaktor in dieser Phase ebenfalls ein weiterer essenzieller Bestandteil. Bereits in frühen Jahren beschrieb Albert BANDURA (1977: 191 f.) die Selbstwirksamkeitserwartung als einen ständigen Lern- und Entwicklungsprozess, in der persönliche Ressourcen und Rücklagen gebildet werden, um in herausfordernden Situationen darauf zurückzugreifen. Sie beschreibt demnach die Fähigkeit, schwierige Anforderungssituationen zu bewältigen.

Ralf SCHWARZER und Matthias JERUSALEM (2002: 35) definieren die Selbstwirksamkeitserwartung „[...] als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können.

Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich machen.“

Posttraumatische Schutzfaktoren

Der Verlauf einer potenziellen Posttraumatischen Belastungsstörung ist von persönlichen und individuellen Resilienzfaktoren, z.B. soziale Unterstützungen, geprägt (vgl. FLATTEN *et al.* 2004: 74). Dabei wird die soziale Unterstützung in der Sozialwissenschaft wie folgt definiert (KIENLE *et al.* 2006: 107):

„Ein wichtiger Faktor für die körperliche und seelische Gesundheit von Menschen sind soziale Beziehungen und Interaktionen. Soziale Interaktionen können helfen, Belastungen zu bewältigen und Herausforderungen besser zu meistern. In belastenden Situationen wird es als hilfreich empfunden, emotionale oder praktische Unterstützung zu erhalten.“

Auch im Zusammenhang der sozialen Unterstützung findet die bereits beschriebene Selbstwirksamkeit eine Erwähnung. Im Rahmen von Auswirkungen bei Naturkatastrophen konnte beobachtet werden, dass Menschen mit höheren Selbstwirksamkeitswerten unter weniger Stresssymptomen litten als jene mit geminderten Selbstwirksamkeitswerten. Das Ergebnis liegt in den vorhandenen sozialen Unterstützungen des Individuums begründet (vgl. MAERCKER *et al.* 2016: 24).

Da das Einsatzspektrum im Rettungsdienst eine Aneinanderreihung von unvorhergesehenen und nicht kalkulierbaren Ereignisgeschehen sind, besteht dennoch die hohe Wahrscheinlichkeit, dass diverse Schutzfaktoren nicht mehr greifen. In diesem Zusammenhang wird es dann notwendig, auf Alternativstrategien zurückzugreifen. Diese „Plan-B-Variante“ wird nachfolgend näher beschrieben und fokussiert sich dabei auf die Rahmenmöglichkeiten der Akutintervention aus Sicht von Sanitäterinnen und Sanitätern.

Wie beschrieben hat jedes Individuum persönliche Schutzfaktoren, die in unterschiedlichen Momenten und Ereignisse variabel zur Verfügung stehen. Die folgende *Kasuistik 2* beschreibt den Umgang von freiwilligen Katastrophenhelferinnen und -helfern in Japan, die, im Gegensatz zu Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, weniger häufig mit Großschadens- und Katastropheneinsätzen beziehungsweise mental herausfordernden Rettungsdiensteinsätzen konfrontiert sind.

Kasuistik 2: Das Erdbeben von Bam und Hanshin

Das Erdbeben von Bam, eine Provinz im Südosten des Irans, ereignete sich am 26. Dezember 2003. Offiziell wurden 26.271 Tote beklagt. Etwa genau soviel Menschen wurden dabei verletzt (vgl. BERBERIAN 2009).

In diesem Zusammenhang hat Hossein HAGH-SHENAS *et al.* (2005: 477) eine retrospektive Untersuchung durchgeführt. Dabei wurden Studentinnen und Studenten im Dienst der Freiwilligkeit mit den Professionalistinnen und Professionalisten aus dem Rettungsdienst gegenübergestellt.

Die Untersuchung widerlegt, dass die Studentinnen und Studenten eine höhere PTBS-Prävalenzrate als das Rettungsdienstpersonal hatten. Es zeigte sich, dass 34% der Freiwilligen sich für eine PTBS-Diagnostizierung qualifizierten.

Eine weitere Untersuchung am Beispiel des Erdbebens in Hanshin (Japan) im Jahr 1995 zeigt, dass insgesamt 21,3 % der Helferinnen und Helfer Potenzial für eine PTBS-Diagnostizierung gezeigt hatten (vgl. OKANOYA *et al.* 2015: 62 f.).

Wenn individuelle und persönliche Schutzfaktoren nicht greifen, besteht für die betroffene Person jederzeit die Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Alternativen zu wählen. Dabei spielt die psychologische Früh- und Akutintervention eine wichtige Rolle.

5.1.3. PSYCHOLOGISCHE FRÜH- UND AKUTINTERVENTION

Harald KARUTZ und Gesine PLAGGE (2018: 78) beziehen sich auf „[...] fünf empirisch begründete Interventionsprinzipien [...]“ für die „[...] Umsetzung von psychosozialen Maßnahmen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis [...]“ (FLATTEN 2019: 22). Diese Prinzipien stellen folgende Eckpfeiler der Intervention im Rettungsdienst dar:

Tabelle 1: Interventionsprinzipien

(Datengrundlage: KARUTZ und PLAGGE 2018: 78; eigene Darstellung)

Interventionsprinzip	Erläuterung
Sicherheit	Vor allem in einer (mentalen) Ausnahmesituation ist die Schaffung von Sicherheit und Stabilität ein zentraler Mittelpunkt. Für die Intervention ist sicher zu stellen, dass für die betroffenen und/oder beteiligten Personen ein Rückzugsort bereitgestellt wird. Dieser soll situationselastisch gewählt werden. Wenn es die äußeren Umstände erlauben und auch von der Klientin oder dem Klienten erwünscht ist, kann beispielsweise der Rettungstransportwagen (RTW) oder ein Zimmer auf der Dienststelle solch einen Ort darstellen. Dabei ist darauf zu achten, dass es zu keinen weiteren Stressoren kommt, wie z.B. immer wiederkehrende Störungen durch die Dienstaufsicht oder Funksprüche, die nicht eliminierbar sind.

Interventions- prinzip	Erläuterung
Beruhigung bzw. Orientierung	Es ist darauf zu achten, dass die Klientin oder der Klient zu einem Gespräch aufgefordert wird. Hyperarousale Symptome der betroffenen oder beteiligten Person können den Gesprächsaufbau mitunter schwierig gestalten. Es liegt an der Fachkraft (z.B. Peer), sich empathisch in die Situation der gegenüberstehenden Person einzufühlen. Was braucht mein Gegenüber jetzt? Sind die Grundbedürfnisse (Durst, Hunger, Wärme, Trockenheit, Sauberkeit, etc.) gedeckt? Muss die Person noch mit Informationen versorgt werden, um sich in der Situation orientieren zu können?
Selbst- und kollektive Wirksamkeit	Es besteht die Möglichkeit, dass Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit im Zusammenhang mit einer mangelhaften Selbstwirksamkeit auftreten. Klientinnen und Klienten sollten das Gefühl vermittelt bekommen, „[...] Teil eines wirksamen sozialen Systems [...]“ zu sein, „[...] d.h. als Teil eines Kollektivs, das in der Lage ist, die Situation zu meistern und dafür auch die notwendigen Ressourcen zur Verfügung hat“ (KARUTZ und PLAGGE 2018: 78).
Kontakt und Verbundenheit	Die soziale Unterstützung können mitunter einen großen Beitrag zur PTBS-Prophylaxe leisten. Irmtraud BEERLAGE (2015: 26) ist davon überzeugt, dass „[...] soziale Ressourcen in der Coping-Forschung oft als stärkste Prädiktoren der Wiedererlangung von Wohlbefinden im Kontext kritischer Lebensereignisse [...]“ darstellen.
Hoffnung bzw. positive Zukunfts- orientierung	In diesem Abschnitt steht die persönliche Resilienz im Vordergrund. Wie geht die Klientin bzw. der Klient normalerweise mit Stressoren um? Was sind ihre oder seine Bewältigungsstrategien? Ist die Person viel in der Natur oder betreibt sie eine regelmäßige Sportart? Diese ressourcenorientierte Konzentration gilt es zu stärken. Übersteigt die Situation die Kompetenzen des psychologischen Ersthelfers, so ist über eine Weitervermittlung an eine Fachexpertin oder einen Fachexperten zu denken. Die betroffene Person darf nicht das Gefühl bekommen, nun allein zu sein und keinen (sozialen) Rückhalt zu bekommen, auf den sie zurückgreifen kann.

5.1.4. PSYCHOEDUKATION

Die Risikokommunikation findet in der Akutintervention einen hohen Stellenwert. Dabei wird bei unvorhergesehenen und überraschenden Ereignissen über mögliche Risiken, die auf einen zukommen könnten, informiert.

Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Schadensbegrenzung durch die Konkretisierung potenzieller Auswirkungen und Folgen (vgl. RENNER und GAMP 2014: 236). Die Psychoedukation kann in der Akutversorgung zu einer Normalisierung, Stressreduktion und Distanzierung von Erlebtem maßgeblich beitragen (vgl. FLATTEN 2019: 25). Dabei steht die Informationsvermittlung über dem potenziellen Krankheitsverlauf sowie mögliche Auswirkungen und Folgen einer mentalen Überforderung im Vordergrund. Das Ziel auf Metaebene aus Sicht der Sanitäterinnen und Sanitäter ist dabei die Stärkung der persönlichen Resilienz (vgl. BÄUML und PITSCHEL-WALZ 2008: 3 f.).

Kasuistik 3: Pro-Psychoedukation

Auf Basis der beschriebenen Kasuistik 2 und dem Erdbeben in Hanshin (Japan), wurde retrospektiv eine Untersuchung der im Einsatz befindlichen Mannschaften durchgeführt. In dieser Studie wurden die Probandinnen und Probanden in zwei Gruppen eingeteilt. 49,5%, d.h. 255 Personen, erhielten eine Psychoedukation nach dem Ereignis. Die verbleibenden 50,5% erhielten keine. Das Ergebnis zeigt, dass die Symptome der Intrusionen und Vermeidungsverhalten bei jenen, die eine Psychoedukation erhalten hatten, deutlich geringer war, als bei jenen die nicht entsprechend über potenzielle Auswirkungen und Folgen informiert wurden. Die hyperarousale Symptomausprägung war ebenfalls bei der informierten Personengruppe niedriger, wenn auch nicht signifikant. Die Autoren dieser Studie schlussfolgern, dass eine Psychoedukation zu einer deutlichen Minderung der Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS zu erkranken, führt (vgl. OKANOYA *et al.* 2015: 64 f.).

Aus dieser Kasuistik erschließt sich, dass die Psychoedukation durchaus positive Effekte in der psychotraumatologischen Präventionsarbeit erzielt.

Dieser „Pro-Psychoedukation“ steht allerdings nachstehende Studie gegenüber, die eine konträre Ansicht und den positiven Effekt wissenschaftlich widerlegt.

Kasuistik 4: Non-Psychoedukation

Simon WESSELY *et al.* (2008: 288 f.) beschreiben ihre Sichtweise der Psychoedukation und zählen dabei folgende Hintergründe auf, weshalb von solch einer Informationsvermittlung abgesehen werden sollte:

Wenn die betroffene Personengruppe mit Informationen über die Auswirkungen und Folgen einer mentalen Überforderung versorgt werden, besteht die Möglichkeit, dass diese als nicht störend empfunden wird.

Das Ziel der Psychoedukation ist es, die Personengruppe zu beruhigen. Im Vordergrund steht dabei die Informationsvermittlung hinsichtlich der zu erwartenden Symptome. Daraus soll die betroffene Person schlussfolgern, dass die Auswirkungen und Folgen als normal zu erachten sind, weiters kann mit einer Symptomausprägung gerechnet werden, wodurch die empfundenen Symptome zu einem kalkulierbaren Faktor transformiert wurden.

Da die mentale Überforderung nun in ein kalkulierbares Produkt umgewandelt wurde, werden den natürlichen psychischen Sekundärfolgen keine Beachtung geschenkt. Schließlich wurde man darüber informiert, mit welchen Nebenwirkungen zu rechnen sind.

Werden in weiterer Folge erweiterte Maßnahmen wie beispielsweise eine psychologische Erste-Hilfe durch einen Peer in Anspruch genommen, müssen die Symptome von der betroffenen Person erkannt werden. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn sie als solches auch definiert werden kann.

Es besteht die Möglichkeit, dass eine Psychoedukation die Wahrnehmung des Ereignisses, die eigenen Person oder die Auswirkungen in der Zukunft hinsichtlich der Traumafolgestörungen beeinflusst. Es wird daher vermutet, dass sich eine PTBS teilweise aus dem Grund entwickelt, weil Menschen die Erfahrung und die Wahrscheinlichkeit künftiger Schäden falsch interpretieren.

Diese Fehlinterpretation unmittelbar nach der Traumaexposition können psychopathologische Reaktionen hervorrufen. Infolgedessen kann eine falsche Grundannahme zu einem inadäquaten Verbreitungs- und Verhaltensmuster führen.

Simon WESSELY *et al.* (2008: 289 ff.) beschreiben in ihrer weiteren Ausführung zu diesem Thema detailliert, wie die erwähnten Annahmen zustande kommen und widerlegen jede einzelne Aussage (direkt/indirekt) evidenzbasiert.

5.1.5. WATCHFUL WAITING

Werden die Bausteine der Schutzfaktoren, die psychotraumatologische Exploration und/oder die Selbstwahrnehmung auf die Situation (eventuell in Beeinflussung durch eine Psychoedukation) zusammengelegt, so gilt es durch ein „Watchful waiting“ bzw. Monitoring der Symptome zu eruieren, ob Frühmaßnahmen indiziert sind (vgl. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 26). Das staatliche Gesundheitssystem (National Health Service) in England und Nordirland definiert den Fachbegriff „Watchful waiting“ als Beobachtung der Symptomausprägungen einer PTBS hinsichtlich der Intensität. Dabei wird ein Beobachtungszeitraum von etwa vier Wochen angegeben (vgl. National Health Service 2018). Joanne MOUTHAN *et al.* (2014: 1) beschreiben:

“Early interventions for everyone involved in the traumatic event are unsuccessful in preventing PTSD (e.g., psychological debriefing), whereas there is evidence that early treatment of acute PTSD with trauma-focused cognitive behavioural therapy can ward off a chronic course of PTSD.”

Zusammenfassend wird mit dieser Aussage klar, dass eine Frühintervention (z.B. bei einem Debriefing) keine erfolgreiche Methode hinsichtlich Vorbeugungsmaßnahmen einer PTBS-Störung ist. Um PTBS-Symptome frühzeitig erkennen zu können, wird auf ein Trauma-Monitoring (Watchful waiting) hingewiesen (ebd.). Wie bereits bekannt, können sich akute Belastungsstörung in der Symptomausprägung ähnlich wie die Posttraumatische Belastungsstörung äußern. Der Unterschied liegt dabei im zeitlichen Verlauf.

„Da [...] ABS [Anm.: akute Belastungsstörung] insbesondere bei guter sozialer Einbindung häufig günstig verlaufen, ist dennoch immer auch zu bedenken, dass eine Versorgung negative Auswirkungen haben kann (z.B. Pathologisierung, Stigmatisierung, Irritation natürlicher Bewältigungsprozesse)“ (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 28). Aus diesem Grund sieht die Handlungsempfehlung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019: 32) keine Frühintervention für Betroffene vor.

5.2. DEBRIEFING

Das Debriefing ist eine häufig angewendete Interventionsmethode in verschiedenen Einrichtungen des Rettungswesens und findet meist unmittelbar nach dem potenziell traumatisierenden Ereignis statt. Dabei kann die Kontaktaufnahme zu der Klientin oder zu dem Klienten in unterschiedlicher Form passieren, beispielsweise durch ein Telefonat oder durch die Alarmierung der Rettungsleitstelle, der Aufsichtsperson der Dienststelle oder durch die direkte Anfrage der betroffenen Person. Ab dem Zeitpunkt, an der nach einer Unterstützungsleistung gebeten wird, ist die Interventionskette aktiv.

5.2.1. CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING (CISD)

Das sogenannte „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD) richtet sich an eine spezifische Zielgruppe und ist eine Methode von mehreren, die unter dem Critical Incident Stress Management (CISM) zusammengefasst werden kann. Dabei ist das Debriefing nicht als ein psychotherapeutischer und/oder psychologischer Ersatz zu sehen. Diese Methode verhilft der Zielgruppe in einem Erstgespräch, sich auf das Erlebte und mental herausfordernde Ereignis zu konzentrieren und dabei den negativen Stress (Distress) zu mindern (vgl. MITCHELL und EVERLY 1997: 1). Anders gesagt, ist das Debriefing „[...] eine standardisierte Kurzintervention von einer Sitzung, die im unmittelbaren Anschluss an das traumatische Erlebnis angeboten wird“ (MICHAEL *et al.* 2005: 420).

Die frühzeitige Einzelintervention ist seit dem Jahr 1980 bekannt, um Folgeschäden, wie die der Posttraumatische Belastungsstörung, entgegenzusteuern. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weisen darauf hin, dass Debriefings ein sinnvolles Angebot sind, um emotionalen Ballast nach einem traumatischen Ereignis abzuladen. Diesen Kritikerinnen und Kritikern fehlt jedoch die evidenzbasierte Studienlage, die für den routinemäßigen Einsatz und Durchführung von Einzelinterventionen spricht (vgl. BISSON 2003: 481). Der Ursprung des Debriefings ist vermutlich auf die Zeit des zweiten Weltkrieges zurückzuführen. Mit dem Zweck der Informationsvermittlung wurden diese in großen Gruppen durch Offiziere während dieser Zeit abgehalten. Es wurde schnell klar, dass Debriefings positive Effekte auf den mentalen Zustand der Soldatinnen und Soldaten hatte. Der Begründer des Critical Incident Stress Managements, Jeffrey Mitchell, erteilt den Ratschlag, dass ein Debriefing binnen Wochen oder einem Monat nach dem traumatisierenden Ereignis durchgeführt werden sollte. Zeitgleich betont er allerdings, dass dieses Einzelgespräch allerdings nie für sich alleine und mit einer einmaligen Intervention beendet wird (ebd.: 482 f.).

Wie bereits bekannt, wurde in den handlungsleitenden Empfehlungen der S2k-Leitlinie folgendes beschlossen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 5):

„20. Debriefings als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden.“

In der ersten Handlungsleitenden Empfehlung heißt es (ebd.: 4):

„1. Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akuten lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.“

5.2.2. IST DAS DEBRIEFING NOCH EIN ZEITGEMÄßES INTERVENTIONSMODELL?

Die nachfolgende *Kasuistik 5* beschreibt das Vorgehen beim Anschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 aus Sicht von Trauer- und Krisenberaterinnen und -berater und beantwortet dabei die Frage: „Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?“ (siehe McNALLY *et al.* 2003: 45 - 79).

Kasuistik 5: Der Anschlag auf das World Trade Center (09/11) (ebd.)

Der weltweit bekannte Anschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 ist in den Geschichtsbüchern der Welt fest verankert. Insgesamt 9.000 Trauer- und Krisenberaterinnen und -berater wurden in die rote Zone entsandt, um dort Familien, Einsatzkräften und sonstigen vom Anschlag betroffenen Personen psychologisch zu betreuen. Expertinnen und Experten waren der Annahme, dass mit einer hohen Dichte an potenziellen Klientinnen und Klienten, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten, zu rechnen ist. Rasch wurden in der ganzen Stadt Standorte eingerichtet, um die zu erwartende Menge, die psychologische Hilfe suchen, zu betreuen. Einige Therapeutinnen und Therapeuten stellten sich auf den Bürgersteig, um jene Personen auf direktem Wege anzusprechen („quick-sidewalk-assessments“), von denen ein vermutetes Vermeidungsverhalten ausgegangen war und nicht proaktiv um Hilfe angefordert hatten. Retrospektiv betrachtet, wurden bis im März 2003 von lediglich 643.710 Personen um psychotherapeutische Hilfe angesucht. Das Expertinnen- und Expertengremium ist im Jahr des Anschlages allerdings von 2,5 Millionen potenziellen PTBS-Klientinnen und Klienten ausgegangen. Nach dem Anschlag war man fest davon überzeugt, dass die Menschen vulnerabel gegenüber dem traumatisierenden Ereignis war und die PTBS-Prävalenzrate dementsprechend hoch. Ergebnisse haben allerdings gezeigt, dass die betroffenen und beteiligten Personen resilienter sind. Die durchgeführten Untersuchungen ergaben keinen signifikanten Unterschied zwischen jenen, die ein Debriefing und jenen, die keines erhielten. Dieses Ereignis, zusammen mit dem Ergebnis, hinterließ viele offene Fragen.

Mildern psychologische Interventionsmaßnahmen kurz nach dem Ereignis die Symptome einer akuten Belastungsstörung? Beugen Debriefings die Ausprägung von Posttraumatischen Belastungsstörungen vor? Stehen Debriefings dem natürlichen Prozess der Verarbeitung im Weg? Viele Klientinnen und Klienten profitieren und befürworten die Intervention durch ein Debriefing. Allerdings stellt die Befürwortung und die Konsumation nicht die Primärprävention vor einer PTBS sicher. Untersuchungsgrundlage, für die es noch keine evidenzbasierte Wissenschaft gibt, ist die Möglichkeit, dass trotz der Teilnahme an einem Debriefing, die individuellen Bewältigungsstrategien zu einem gewünschten Effekt geführt haben.

5.2.3. DEBRIEFING VS. NON-DEBRIEFING

Der Ursprung des Debriefings stammt aus dem Bereich des Militärs, wonach Soldatinnen und Soldaten im 1. und 2. Weltkrieg psychologisch beraten wurden, um die Gefechtsbereitschaft aufrecht zu erhalten. Dabei wird die Personengruppe möglichst zeitnah gebeten, persönliche Erlebnisse und Erfahrungen miteinander zu teilen (vgl. BENGEL *et al.* 2019: 204).

Das Ziel, welches mit der Durchführung eines Debriefing verfolgt wird, ist die Reduktion der Symptomausprägung sowie die Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen. Allerdings kann derzeit nicht wissenschaftlich widerlegt werden, ob die durchgeführte Interventionsmethode den gewünschten Effekt erzielt (ebd.: 32). Eine randomisiert durchgeführte Studie bei US-Soldatinnen und Soldaten führt vor Augen, dass der Versuch der PTBS präventiv entgegenzusteuern durch ein Debriefing gescheitert ist. Es ist überraschend, dass es trotz positiver Annahme seitens der betroffenen Personen keine Vorbeugung resultiert wurde. Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass die Intervention keine Schäden verursacht hat (vgl. ADLER *et al.* 2008: 262). Die Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019: 32 f.) ist ebenfalls der Meinung, dass die Wirksamkeit eines Debriefings aus derzeitigem Stand der wissenschaftlichen Forschung nicht belegt werden kann. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, ob diese Interventionsmethode nicht sogar negative Effekte auslöst. Aus diesem Grund wird empfohlen das Debriefing als Einsatznachbesprechung einzusetzen, ohne dabei eine psychotherapeutische Prävention zu erzielen.

Arieh Y. SHALEV (2000: 18), Professor der Psychologie in der New York University Langone Medical Center, beschreibt die Gründe einer Frühintervention. Dabei stellt er fest, dass die Anwendung einen moralischen Aspekt verfolgt. Zudem hat der Professor beobachtet, dass sich die Durchführung im militärischen Bereich auf die Fluktuationsrate positiv auswirkt auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau beibehalten wird. Aus ökonomischer Sicht wird der niedrige Kostenpunkt als eine Präventionsmaßnahme angesprochen.

In einer Untersuchungsstudie wurden 195 Helferinnen und Helfer bei einem Erdbeben in Newcastle (Australien) herangezogen. Von der Gesamtzahl wurden 62 mit einem Debriefing und die verbleibenden 133 mit keinem Debriefing versorgt. Mittels einem Gesundheitsfragebogen (General Health Questionnaire: GHQ-12) wurde herausgefunden, dass es keinen Unterschied in der posttraumatischen Entwicklungsphase zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gab. In der Befragung waren Faktoren wie die Expositionsintensität und der Stressfaktor im Zeitraum von zwei Jahren nach dem Ereignis miteinbezogen worden (vgl. KENARDY *et al.* 1996: 37).

In Hinblick auf jene, die ein Debriefing erhalten hatten, ergab, dass insgesamt 40 Probandinnen und Probanden die Intervention als „Not at all helpful“ bzw. „Somewhat helpful“ erachtet hatten. Der verbleibende Anteil (n = 22) empfand das Debriefing als „Very helpful“ bzw. „Extremely helpful“ (ebd.: 42).

Richard GIST und Grand J. DEVILLY (2002: 741) hinterfragen nicht nur den Fortbestand des Debriefings auf Grundlage der derzeitigen wissenschaftlichen Evidenzbasis, sondern auch den zunehmenden Anteil an der Durchführung dieser Interventionsmethode. Vieles deutet darauf hin, dass die Posttraumatische Belastungsstörung und die Auswirkungen einer traumatisierenden Exposition ein oft diskutiertes Thema ist. Es besteht lediglich eine geringe Lücke in der Intensität sowie der Krankheitsverlaufsdauer zwischen jenen die ein traumatisierendes Ereignis selbst erlebt (z.B. Vergewaltigung) haben und jenen, die über traumatisierende Ereignisse (z.B. erhängte Person, Verstümmelung, Raub, Terroranschläge, etc.) berichten. Überschneidende Faktoren unterschiedlicher Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erzielen folgende Beobachtungen (ebd.):

Es fehlt an nachweisbaren Daten, die auf eine Auflösung oder eine Hemmung bzw. Verzögerung der mentalen Folgestörung hinweisen.

Kontrollgruppen, in denen Debriefings stattgefunden haben, weisen mit lediglich einer geringen Abweichung denselben Effekt auf wie jene, die keine Debriefings konsumiert haben. Dies lässt auf den natürlichen Prozess der individuellen Resilienz schließen.

Die Autoren weisen allerdings darauf hin, dass dies auf eine limitierte und lückenhafte Datengrundlage zurückzuführen ist (ebd.).

Wie viele andere Fachexpertinnen und -experten auf dem Gebiet der Interventionsmöglichkeiten bei psychotraumatologischen Belastungen, ist auch Tanja MICHAEL (2005: 421) der Überzeugung, dass ein Debriefing aus nachfolgenden Komponenten besteht:

- Die Wissensvermittlung über die Symptome einer mentalen Überforderung nach einem traumatisierenden Ereignis und die dafür empfohlenen Copingstrategien;
- Die Normalisierung posttraumatischer Auswirkungen;
- Die Verhinderung der Unterdrückung der Emotionen und Gedanken;
- Die Aufklärung über weitere Behandlungsmöglichkeiten;

Forscherinnen und Forscher weisen immer wieder darauf hin, dass anhand durchgeführter kontrollierter Studien, die Wirksamkeit einer einmaligen Debriefingmethode in Frage gestellt wird. Darüber hinaus gibt es Hinweise dafür, dass es negative Ausmaße und Folgen gibt (vgl. RAPHAEL und MELDRUM 1995: 1479). Allerdings kann in Hinblick auf die zurückgegriffene Datengrundlage beobachtet werden, dass sich nahezu alle erwähnten durchgeführten Untersuchungen auf das vergangene Jahrhundert (1988 – 1992) beziehen (siehe MICHAEL et al. 2005: 421).

In einem Interview von Nikolas WESTERHOFF (2009) in der Süddeutschen Zeitung am 27. April 2009, stellt die Universitätsprofessorin in Basel, Tanja Michael, fest: „Durch die Schnelltherapie wird häufig das Gegenteil dessen erreicht, was erreicht werden soll. Der schädliche Effekt des Debriefings manifestiert sich dabei erst auf lange Sicht. Die Gründe hierfür seien unklar.“ Dieser Aussage wird von Christoph Kröger, klinischer Psychologe und Psychotherapeut an der Technischen Universität Braunschweig, ergänzt: „Wäre ein Debriefing ein Medikament, würde man es verbieten.“

Harald KARUTZ (2008: 26), bewertet die negativen Effekte des Debriefings mit dem Hinweis darauf, dass es sich bei der Durchführung um standardisierte Verfahren handelt. Wenn daher über negative Effekte berichtet wird, dann kann es daran liegen, dass in der Praktizierung ein Mangel der Einhaltung dieser Standards herrscht. Eine zu strikte Einhaltung kann allerdings denselben negativen Effekt erzielen.

In Bezug auf das wissenschaftliche Forschungsgebiet über den Effekt des Debriefings und die Ausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist endend wollend. Karin CLEMENS und Christian LÜDKE (2002: 316) haben in einem wissenschaftlichen Journal (Deutsches Ärzteblatt) im Jahr 2002 mit der Überschrift „Psychologische Soforthilfe - Debriefing kann schaden“ plakativ ihre Meinung dargestellt. Diese Meinung gründet auf die Beantwortung der Frage, „[...] ob Debriefing als Gruppenintervention eine psychotraumatologische Belastungsstörung (PTBS) verhindern oder vermindern kann.“ Dabei wurde auf eine umfangreiche Literaturanalyse zurückgegriffen. Das Ergebnis der Recherche bewegte sich dabei im unteren zweistelligen Bereich. Die Zusammenführung der Studienlage, die sich mit den negativen Effekten des Debriefings auseinandergesetzt hat, ergab, dass sie im besten Fall ineffektiv und im schlimmsten Fall sogar schädigend wirkt. Was sowohl für Gruppen- als auch Einzelintervention gilt, ist, dass der biografische Hintergrund jedes Individuums ausschlaggebend für die spätere Entwicklung ist. Jene Personen, die auf eine soziale und berufliche Stabilität sowie auf persönliche Ressourcen im Umgang mit (mental) Herausforderungen zurückgreifen können, erscheinen weniger vulnerabel gegenüber jenen zu sein, die Instabilitäten aufweisen. Zudem sollte die psychologische Soforthilfe von jenen ausgehen, die in ihrer Persönlichkeit sicher sind. Diese Sicherheit spiegelt sich bestenfalls im sozialen und beruflichen Umfeld sowie in den ausreichenden Bewältigungsstrategien der Person wider. Die beidseitige Unsicherheit würde das Problemfeld potenzieren und sich kontraproduktiv auf die „[...] Beruhigung und Distanzierung [...]“ auswirken.

Aus diesem Grund sollte vor allem im Bereich der Großschadens- und Katastrophenlage Debriefings ausschließlich einen informativen Charakter haben. Die Einzelschilderungen über das Erlebte verfolgt lediglich das Ziel der Stabilisierung, Beruhigung und Distanzierung. Anlassbezogen soll eine weitere Intervention durch die Konsultation von Fachexpertinnen und -experten, wie beispielsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten, eingeleitet werden.

Franz LASOGGA und Harald KARUTZ (2008: 176) beschreiben aus ihrer Sicht Gründe, weshalb Debriefings negative Auswirkungen haben:

- Durch die Schilderung des Erlebten in einer Gruppe führt zu einer potenziellen Dramatisierung der Situation oder das „[...] gegenseitige hochschaukeln.“
- Wenn ein Debriefing an keinem Zeitpunkt, sondern in einer Zeitspanne (nach dem traumatisierenden Ereignis) festgelegt ist, kann eine Klientin oder ein Klient bereits das traumatisierende Ereignis „[...] einigermaßen verarbeitet haben.“ Dies führt dazu, dass durch die Erzählungen der übrigen Betroffenen über das Erlebte Intrusionen und/oder Flashbacks verursacht. Eine Retraumatisierung ist in diesem Fall möglich.
- Das Debriefing verhindert die Distanzierung der Einsatzkräfte von den Geschehnissen.
- Das Debriefing, vor allem in der Gruppe, fördert nicht die individuellen Bedürfnisse.
- Der Druck in der Gruppe, als schwaches Glied dargestellt zu werden, hat zur Folge, dass Einsatzkräfte die Situation abweichend negativ oder positiv schildern.

Kasuistik 6: Honeymoon-Phase

Das Angebot einer psychischen Ersten-Hilfe richtet sich sowohl an Einzelpersonen, als auch an Gruppen, die mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert wurden (vgl. BENGEL und BECKER 2009: 171). Besonders in einer Gruppe, die ein gemeinsames Ziel verfolgt, wie es bei Rettungskräften im Rahmen eines Großschadens- und Katastrophenereignisses beobachtet werden kann, findet auch der Begriff „honeymoon“ oder „therapeutic community“ einen Platz. Vor allem in den Tagen bzw. Wochen nach der Traumaexposition dominieren durch das gesteigerte Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und des ausgeprägten sozialen Zusammenhaltes die positiven Emotionen und Hoffnung. In dieser Phase rückt das tatsächlich (traumatisierende) Erlebte in den Hintergrund (vgl. WILSON und RAPHAEL 1993: 106).

Zusammenfassend kann nun die Annahme gestellt werden, dass aufgrund der vorhandenen Datenlage zu beachten ist, dass die Durchführung eines Debriefings nicht ausschließlich zu negativen Effekten führt oder ineffektiv ist. Klientinnen und Klienten nehmen zum Teil das Angebot positiv an und suchen proaktiv nach einer psychologischen Ersten-Hilfe, um über Erlebtes berichten zu können (vgl. LASOGGA und KARUTZ 2008: 177). Es fehlt auch in diesem Bereich an validen Daten, die den positiven Effekt des Debriefings abseits der subjektiven Empfindungen bezeugen.

Das Forschungsfeld des Debriefings hinterlässt einen großen Untersuchungsspielraum, da die Frage noch nicht konkret beantwortet werden kann, weshalb diese Interventionsmethode „[...] nicht hilfreich beziehungsweise sogar schädlich ist [...]“. Anders als beim Debriefing kann jedoch verifiziert werden, dass sich das KVT-Programm als wirksam erweist. Dies liegt vermutlich darin begründet, dass sich bei der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Frühintervention (KVT) die Betroffenen auf freiwilliger Basis melden, die Hilfe benötigen (MICHAEL *et al.* 2005: 422). Wird in dieser euphorischen Phase ein Debriefing abgehalten, kann im Anschluss eine durchgeführte Befragung zugunsten der Interventionsmethode positiv ausfallen, wenngleich diese positive Empfindung nicht langfristig anhält und keinen unmittelbaren Einfluss auf die PTBS-Ausprägung hat (vgl. LASOGGA und KARUTZ 2008: 176).

5.3. RESILIENZ UND KOHÄRENZGEFÜHL

Inmitten vieler unterschiedlichen Definitionen zu dem Wort „Resilienz“ kann zusammengefasst werden, dass es sich bei der Begriffserläuterung um die Kraft der (seelischen) Widerstandsfähigkeit handelt. Dabei werden auf vorhandene und persönliche Ressourcen zurückgegriffen, um die individuelle seelische und körperliche Gesundheit aufrechtzuerhalten. Der Grundstock für die Ausprägung der Resilienzfähigkeit wird bereits in sehr frühen Lebensjahren gelegt und entwickelt sich dabei mit steigendem Lebensalter prozesshaft. Entgegen oftmaligen Behauptungen ist diese Fähigkeit nicht angeboren. Die Entwicklung hängt sehr stark von den Erfahrungen und Bewältigungsmaßnahmen ab (vgl. FRÖHLICH-GILDHOFF und RÖNNAU-BÖSE 2019: 7). Der gesamte Forschungsstand zu dem Thema Resilienz hat in den letzten Jahren einen neuen Aufschwung erhalten. So ist mit dem veränderten Verständnis, konkret im Sinne einer veränderbaren prozesshaften Entwicklung der Widerstandsfähigkeit, ein neuer Weg zur Messung und Operationalisierung geebnet worden (vgl. KUNZLER *et al.* 2018: 3).

Die Resilienzforschung erfährt derzeit im Bereich der Gesundheitsberufe immer mehr an Interesse (vgl. HUNTER und WARREN 2013: 10f.). Die wissenschaftlichen Forschungsarbeiten vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie dem Berufsfeld der Hebammen, um nur zwei Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches zu nennen, genießen eine zunehmende Aufmerksamkeit. Trotz des gesteigerten Interesses für die wissenschaftliche Erforschung im Gesundheitssektor, wird im Gegensatz dazu im Berufsfeld der Sanitäterinnen und Sanitäter hinsichtlich der mentalen Widerstandsfähigkeit noch sehr wenig untersucht (vgl. CLOMPUS und ALBARRAN 2015: 1).

Rettungsdienstpersonal ist mit zahlreichen unterschiedlichen Umständen und Situationen in der Tätigkeitsausübung konfrontiert. Menschliches Leid, Gewalt, Todes- und Gewaltopfer, erfolglose Reanimationen etc. sind nur einige wenige Beispiele, die an dieser Stelle genannt werden. In vielen Fällen haben Sanitäterinnen und Sanitäter durch das erworbene Wissen und teils jahrelange Erfahrungen gelernt, mit dem Berufsalltag umzugehen.

Allerdings kommt es auch manchmal vor, dass Rettungsdienstmitarbeitende eine besondere emotionale Bindung zu der Patientin oder zu dem Patienten beziehungsweise den anwesenden Personen (Angehörige idR.) aufbauen. Sollte dies der Fall sein, so wird von einem erhöhten psychotraumatischen Stress berichtet.

Gründe für den emotionalen Aufbau einer Bindung können unter anderem die Parallelität aus dem persönlichen Bereich (Familienangehörige, Kinder, sehr nahestehende Freunde, idR.) zu der Patientin oder dem Patienten sein. Wenn beispielsweise die Patientin Brustkrebs im Endstadium mit denselben Symptomen wie eine nahestehende Angehörige aus dem eigenen Familienkreis (bspw. die Tante) aufweist, besteht die Möglichkeit eine Parallele zwischen der Tante und der Patientin zu ziehen. Andere potenzielle Auslöser für den Aufbau einer engen Verbundenheit zwischen Sanitäterinnen und Sanitäter zu den Patientinnen und Patienten könnten mitunter sexuelle und gewaltbereite Übergriffe gegenüber Kindern sein, der Verlust des Menschenlebens trotz einer maximalen präklinischen Versorgung, oder, wie bereits erwähnt, die Verbindung der Patientinnen- und Patientengeschichte mit der einer/-s nahestehenden Angehörigen (vgl. REGEHR *et al.* 2002: 505). CLOMPUS und ALBARRAN (2015: 1) sind der Auffassung, dass durch das unterschiedliche Kompetenzniveau (Rettungssanitäter-/in, Notfallsanitäter-/in, Notfallsanitäter-/in mit allgemeinen Notfallkompetenzen, Notfallsanitäter-/in mit der besonderen Notfallkompetenz), sowie die Schichtarbeit mit der Kombination anderer Tätigkeiten wie beispielsweise die administrative Belastung, sich kumulativ mit Defiziten auf die Leistungsfähigkeit und der Bewältigung im Umgang mit psychisch belastenden Einsätzen auswirken.

Ein weiterer Schutzfaktor stellt das Kohärenzgefühl dar (vgl. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie 2019: 13). In diesem Kontext beschreibt der Begriff in einer globalen Sichtweise als ein: „[...] Gefühl der Stimmigkeit“ (HELLER 2017). Aaron Anonovksy, Medizinsoziologe des 20. Jahrhunderts, gilt als Begründer des Kohärenzgefühl-Konzeptes (vgl. FELBINGER 2010: 100). Nach dessen Theorie wird das Kohärenzgefühl als eine Handlungsfähigkeit beschrieben, in der eine Person auf Basis der individuellen Grundeinstellung auf besonders herausfordernde Ereignisse reagiert. SCHWARZ (2013: 417) beschreibt den Ursprung des Gefühls als „[...] Orientierung, eine aus der Erfahrung erwachsene Überzeugung, nämlich, dass die Belastungen, Schwierigkeiten und Probleme, die das Leben mit sich bringt, nachvollziehbar und verstehbar, grundsätzlich mit Hilfe verfügbarer Ressourcen bewältigbar und als Herausforderungen, die Einsatz und Engagement lohnen, sinnvoll und existenziell bedeutsam seien.“

Dabei spielen die persönlichen Einstellungen und Werte sowie Lebenserfahrung eine wichtige Rolle. Sie stellt im Allgemeinen eine Lebensbewältigungsstrategie dar, in der Menschen resilienter gegenüber Stressoren gemacht werden sollen (ebd.: 108 f.).

Obwohl Rettungsdienstmitarbeitende verglichen zu der durchschnittlichen Gesamtbevölkerung generell berufsbedingt ein höheres Risiko mit sich tragen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, entwickelt der überwiegende Anteil des Fachpersonals keine PTBS.

In diesem Zusammenhang ist es allerdings interessant zu beobachten, dass trotz bekannter Ausprägungen nur sehr wenig über entsprechende präventive Schutzfaktoren erforscht ist (vgl. STREB *et al.* 2014: 452).

Das Ergebnis einer Studie, in der die Widerstandsfähigkeit und das angesprochene Kohärenzgefühl gegenüber der Erkrankung an einer PTBS im Sanitätswesen gestellt wurde, zeigt erwartungsgemäß eine negative Korrelation zwischen den Faktoren. Sanitäterinnen und Sanitäter, die auf den Umgang mit arbeitsbedingten traumatischen Ereignissen vorbereitet sind, hatten weniger oft PTBS-Symptomausprägungen als jene, die nicht auf entsprechende Ressourcen und Rücklagen zurückgreifen konnten. STREB *et al.* (2014: 459) heben dabei hervor, dass die gesammelten Erfahrungen während der Ausbildung ausschlaggebend für die nachfolgende Tätigkeitsausübung ist. So haben jene Mitarbeitende, die bereits in der Ausbildung zu höherpriorisierte Einsätze gerufen und unter Supervision durch die jeweiligen Praxisanleiterinnen und -leiter den Einsatz abarbeiteten, längerfristig mehr Widerstandsfähigkeit aufbauen können als jene Kolleginnen und Kollegen, die während des Praktikums zum überwiegenden Anteil lediglich zu niederpriorisierten Einsätzen ausrücken mussten.

Zudem ergeht aus der Studie, dass die Verbesserung der Resilienz und insbesondere des Kohärenzgefühls ein vielversprechender Ansatz zu sein scheint, um die Prävalenzrate in der Hochrisikogruppe zu reduzieren (vgl. STREB *et al.* 2014: 452)

5.4. EINSCHÄTZUNG EINER BELASTUNGSREAKTION UND DER UMGANG MIT BETROFFENE

Die aktuellen Naturereignisse (Hagel, Überschwemmungen, starker Niederschlag, Hochwasserereignisse) vor allem in Deutschland und Österreich (WÜRZBACH und REICHELDT 2021), haben Anlass dazu gegeben, sich erneut mit dem Umgang psychosozialer Akuthilfe für Betroffene bei lang andauernden Großschadenslagen näher zu beschäftigen. Der leitende Notfallseelsorger und Vorstandsmitglied der Stiftung Katastrophen-Nachsorge Lars TUTT (2019: 321ff.) ist davon überzeugt, dass belastende Einsätze nicht zwingend zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der betroffenen Person führen müssen. Er ist weiter der Meinung, dass in vielen Fällen die persönlichen Ressourcen häufig ausreichen, um außergewöhnliche Erlebnisse psychisch ohne weitere Folgen zu überstehen. Zu einem überwiegenden Anteil sind die persönlichen Ressourcen zur Bewältigung von herausfordernden Einsätzen grundsätzlich vorhanden. Es bedarf allerdings in vielen Situationen eine professionelle psychologische Unterstützung und Begleitung zur Freilegung und zum Erkennen dieser Ressourcen.

Eine Grenze zwischen einer psychisch herausfordernden und psychisch überfordernden Situation hängt vom Individuum ab und ist dabei an unterschiedlichsten Faktoren (Lebenserfahrung und Lebenslauf) gebunden. Aus diesem Grund ist die Vorhersage, über das Potenzial an einer psychischen Belastungsreaktion bis hin zu einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, kaum möglich.

Vor allem die subjektive Wahrnehmung wird als entscheidender und wesentlicher Faktor genannt, ob sich der Einsatz zu einer psychischen Belastung entwickelt. Demnach kann bei einem Einsatz mit zwei unterschiedlichen Rettungsmitteln (Notarztmittel und Rettungsmittel) vollkommen unterschiedlich empfunden werden. Während die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsmittels im Rahmen einer erfolglosen Reanimation nach bestem Wissen und Gewissen den Einsatz routiniert abarbeitet, empfindet der Notarzt diesen Einsatz als sehr belastend, da die verstorbene Person sehr einem nahestehenden Familienmitglied ähnelt.

Wird der Einsatz von der betroffenen Fachkraft als besonders belastend empfunden, kann hierbei nicht gleich von einer symptomatischen Ausprägung gesprochen werden, sondern vielmehr von einer normalen Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis. Dabei lässt sich die Vielfalt der Ausprägungen mit der nachfolgenden unvollständigen Auflistung tabellarisch darstellen:

Tabelle 2: Körperliche, kognitive, emotionale und soziale Reaktion auf belastende Rettungseinsätze

(Datengrundlage: TUTT 2019: 324, eigene Darstellung)

Körperliche Reaktion	Schwindel- Schwächeanfälle Benommenheit Schlafstörung Rast-/ Ruhelosigkeit Erhöhter Puls/ Blutdruck Atemprobleme Sehschwäche Schüttelfrost Müdigkeit Übelkeit Hunger Appetitlosigkeit Verdauungsstörungen Unkontrollierte Bewegungen Lähmungen Zähneknirschen
-----------------------------	--

Kognitive Reaktion	Verwirrung Entscheidungsprobleme Probleme bei der Identifikation bekannter Personen Desorientierung Misstrauen Alpträume Konzentrationsschwäche Erinnerungslücken Schwächen im abstrakt-logischen Denken
Emotionale Reaktion	Angst Unsicherheit Schuldgefühle Reizbarkeit/ Aggression Erhöhte Erregbarkeit Panik Verdrängung Gefühlsausbrüche Gefühlsarmut
Soziale Reaktion	Zurückgezogenheit Überempfindlichkeit Unsoziale Handlungen Veränderungen im Sprachgebrauch (unvollständige Sätze) Veränderung im sozialen Umfeld

Aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeit jedes Individuums, lässt sich die Reaktion auf gewissen Situationen und/oder Umstände nicht pauschalisieren. Um daher eine Belastungsreaktion erkennen zu können, empfiehlt es sich ebengenannte Reaktionen auf körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Ebene vor und nach bzw. während eines Einsatzes miteinander zu vergleichen. Für die Betroffenen stellt der persönliche Vergleich eine erhebliche Schwierigkeit dar. Aus diesem Grund erweisen sich die Rückmeldungen aus dem eigenen Freundes- und Familienkreis sowie die der Kolleginnen und Kollegen als ein erheblicher Mehrwert. Dieser Vergleich sollte auch von einer entsprechenden Führungskraft bei den Mitarbeitenden durchgeführt werden, um im Anlassfall präventive Maßnahmen setzen zu können. Diese Maßnahmen reichen von Schulungen bis hin zur Weitervermittlung an psychosozialen Fachexpertinnen und -experten. Ein weiterer wesentlicher Aspekt stellt die Informationsweiterleitung dar. Wird ein besonders belastender Einsatz im Nachgang besprochen, so beugt man aufgrund der Wissensasymmetrie die Entwicklung von Fantasien vor, die eine Bildverzerrung des Einsatzes auslösen könnten. Es wird grundsätzlich empfohlen, nach einem psychisch herausfordernden Einsatz all jene Dinge durchzuführen, die im Alltag ebenfalls das Wohlbefinden und den Gemütszustand steigern (vgl. TUTT 2019: 325f.).

Alexander NIKENDEI (2017: 296ff.), Leiter eines Kriseninterventionsdienstes und langjähriger Rettungsdienstmitarbeiter in Deutschland formuliert eine Checkliste, die unter anderem auch als App (PSNV-App) zur Verfügung gestellt wird (NIKENDEI o.J.) und fasst dabei die Einsatznachsorge für Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen zusammen. Der Fokus liegt in der Gewährleistung einer geschützten Atmosphäre, die Abwicklung durch eine speziell ausgebildete Fachkraft (idF. sogenannte PSNV- (Psychosoziale Notfallversorgung) Fachkräfte) sowie dem ausdrücklichen und freiwilligen Wunsch der betroffenen Einsatzkraft. Die Voraussetzung, um sich in Deutschland für die Psychosoziale Notfallversorgung zertifizieren zu lassen, ist die abgeschlossene Ausbildung im Bereich der Psychologie und/oder Psychotherapie (KOCH o.J.).

Abschließend ist anzumerken, dass in der gesamten Checkliste nicht auf das Peer-System zurückgegriffen wird und dieses auch keine Erwähnung findet.

Der Versuch anderen, ohne einer fachspezifischen Ausbildung zu helfen, kann die Situation unbeabsichtigt weiter verschlimmern. Die Anwendung falscher und/oder nicht erprobter Techniken kann zu einer negativen Beeinflussung der Gesamtsituation führen. Deshalb wird bei der Durchführung einer Unterstützung jedenfalls und ausschließlich auf die Situation speziell ausgebildetes und vorbereitetes Personal für die Einsatzbegleitung hingewiesen (vgl. SCHIWEK *et al.* 2019: 108). Das Ziel in der Leistung besteht darin, nur so viel Unterstützung anzubieten, wie absolut notwendig ist (ebd.: 112).

„Durch täglich gelebte und praktizierte kollegiale psychosoziale Unterstützung nutzen wir Ressourcen, über die wir selbst verfügen und die wir selbst gestalten können: die Kollegialität.“ (STEIL 2018: 137). Mit dieser Aussage wird vom deutschen Theologen und Notfallpsychologen Michael STEIL darauf aufmerksam gemacht, dass durch den kollegialen Austausch bzw. das Gespräch über Erfahrungen in einer gemeinsamen Sprache (Fachjargon), unentdeckte Ressourcen zur Bewältigung herausfordernder Einsätze frei gelegt werden können (ebd.: 134).

5.5. INTERNATIONALER VERGLEICH

Eine globale Betrachtungsweise im Umgang mit der psychischen Belastung von Rettungsdienstmitarbeitenden in unterschiedlichen Ländern soll dabei die verschiedensten Herangehensweisen verdeutlichen.

5.5.1. GROSSBRITANNIEN I

Eine britische Studie untersuchte im Jahr 2004 die mentalen Herausforderungen im Sanitätswesen. 22% der insgesamt 1029 befragten Fachleute gaben an zumindest einmal im Leben an einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelitten zu haben dabei wiesen Männer eine höhere Prävalenzrate verglichen zu Frauen auf (vgl. BENNETT *et al.* 2004: 235).

5.5.2. NIEDERLANDE I

Aus einer niederländischen Studie mit dem Titel „Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms“ kann entnommen werden, dass von insgesamt 123 befragten Rettungsdienstmitarbeitenden 8,6% Burnout-Risikopatientinnen und /-patienten sind. Generell erkrankten Niederländerinnen und Niederländer zu 5,25% an Burnout (vgl. PLOEG und KLEBER 2015: 44). PLOEG und KLEBER (2015: 44) erwähnen in ihrer durchgeführte Studie, dass obwohl Sanitäterinnen und Sanitäter einer erhöhten berufsbedingten psychischen Exposition ausgeliefert sind, eine Mehrzahl mit den unberechenbaren Einsätzen verantwortungsbewusst umgehen und ohne langfristigen mentalen Schäden den Beruf ausüben. Sogenannte Stressoren (idF. allgemeine Faktoren, die den Organismus in einen Stresszustand versetzen und dabei Reaktionen auslösen (vgl. PRINZ und ANTWERPES 2018)) entstehen laut der niederländischen Studie überwiegend aufgrund sozialer Aspekte.

Konkret definieren sich diese Aspekte durch das Arbeits- und Betriebsklima, der (fehlende) soziale Rückhalt durch die Kolleginnen und Kollegen, die (fehlende) Unterstützung durch Führungskräfte sowie einer schlechten beziehungsweise mangelnden Kommunikationskultur (ebd.).

5.5.3. AUSTRALIEN I

GAYTON und LOVELL (2012: 58) führten mit insgesamt 219 australische Sanitäterinnen und Sanitätern aus Queensland eine Studie durch. Von der Gesamtanzahl befanden sich 73 Sanitäterinnen und Sanitäter in Ausbildung. Das Ziel der Untersuchungsstudie war es herauszufinden, ob der Beruf mit einer erhöhten Belastbarkeit verbunden ist oder ob der Beruf als Sanitäterin oder Sanitäter Personen mit einem überdurchschnittlichen Maß an Belastbarkeit zur Zielgruppe hat. Weiteres soll die Frage beantwortet werden, ob die berufliche mentale Exposition mit dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein korreliert. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass erfahrenes Rettungsdienstpersonal resilienter gegenüber weniger erfahrene, idF. Sanitätspersonal in Ausbildung, sind. Zudem korreliert die jahrelange Erfahrung in der präklinischen Notfallmedizin mit dem allgemeinen Wohlbefinden sowie der Gesundheit. Aus diesen Erkenntnissen wird eine Förderung zur Erhöhung der mentalen Frühintervention für das Sanitätspersonal zum Erhalt der mentalen Leistungsfähigkeit gefordert. Die Verfasser der Studie sind sich einig, dass auf Grundlage der erhobenen Daten die Belastbarkeit ein Schlüsselfaktor im Zusammenhang mit der Ausbildung und der späteren Tätigkeitsausübung sein kann. Dies führt zum Schutz vor wiederkehrenden arbeitsbedingten Psychotraumen. Die Frage, die noch weiteren Untersuchungsspielraum hinterlässt, ist, wie die Resilienz entwickelt, aufrechterhalten und im Bedarfsfall optimal genutzt werden kann.

5.5.4. PORTUGAL I

Der portugiesische Rettungsdienst führte im Jahr 2016 eine Studie mit dem Ziel durch, Leitprinzipien für die Umsetzung von Peer-Support-Programmen zu entwickeln (vgl. CAMPOS *et al.* 2016: 97). Die Studienteilnehmenden machten insgesamt mehr als 100 Personen aus Gesundheitsberufen aus. Der Auslöser war die internationale Sicht im Umgang mit dem steigenden psychischen Druck auf das Personal. Während Amerika, Australien, Kanada und einige europäische Länder Maßnahmen zur Vorbeugung und Bewältigung psychischer Interventionsmethode für Mitarbeitende der Gesundheitseinrichtungen implementiert hatten, hinkten Portugal und auch Spanien im Vergleich mit der Forschungsarbeit hinterher (ebd.: 98). Trotz des Umstands, dass immer mehr Publikationen zu dem Thema veröffentlicht werden, fehlt es an entsprechenden Evidenzen über die Effizienz und Effektivität in Hinblick auf die Wirksamkeit von Peer-Support-Programmen. Hinzu kommt auch die unklar definierte Rolle des Peer-Supporters. Mit der vorliegenden und erhobenen Erkenntnis aus der Studie besteht eine nicht eindeutige Rollendefinierung eines Peer-Programmes zwischen den Nutzern und jenen Professionalisten, die in den Bereichen der Psychologie und Psychotherapie tätig sind.

Den Autoren war es wichtig, mit ihrer Arbeit einen Denkanstoß für die Konzentration einer standfesten und evidenzbasierten Implementierung sowie die Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in diesem Feld gegeben zu haben (ebd.: 104).

Einige Forschungsergebnisse werden nachstehend aufgelistet. Diese Auflistung entspricht nicht der kompletten Studie und bildet lediglich eine randomisierte Auswahl, um ein Bild der Erhebungsmaßnahmen zu skizzieren:

Tabelle 3: Portugiesische Studie über die Implementierung eines Peer-Support-Programmes (Datengrundlage: CAMPOS *et al.* 2016: 104f.; eigene Darstellung)

Aussage	Befürworter (%)	Neutral (%)	Ablehner (%)
Eines der Ziele von Peer-Supports ist es, sich bei Streitigkeiten mit dem Management/ Kolleginnen und Kollegen für Gleichbehandlung einzusetzen.	86,4	9,1	4,5
Ein Hauptziel des Peer-Supports ist es, den Zugang zu einer professionellen Fachkraft zu erleichtern.	77,8	5,6	16,6
Peer-Support zielt darauf ab, das Funktionieren von Menschen in Kontexten zu verbessern, in denen sie leben, lernen, arbeiten oder sich sozialisieren.	95,8	2,8	1,4

Aussage	Befürworter (%)	Neutral (%)	Ablehner (%)
Menschen mit einer psychologischen Vorgeschichte profitieren nicht von einem Peer-Support-Programm.	15,3	6,9	77,8
Ein Peer-Supporter muss ein Mitglied der Zielgruppe sein (bspw. Sanitäter-Peers für Sanitätspersonal, Polizisten-Peers für Polizisten, etc.)	72,2	15,3	12,5
Ein Peer-Supporter sollte sich, bevor er die Rolle ausübt, einem vorangegangenen Selektionsverfahren unterzogen haben.	86,2	6,9	6,9
Peer-Supporters sollten so lange unterstützen, solange die Konsumentin oder der Konsument ein Vorteil davon hat.	90,9	9,1	-

5.5.5. PORTUGAL II

Eine weitere Studie aus Portugal untersuchte den Peer-Support aus Sicht der Rettungsdienstmitarbeitenden und wie sie die Umsetzung empfunden hatten. Dabei stellten sich insgesamt 14 portugiesischen Rotkreuzmitarbeiterinnen und -mitarbeiter den Fragen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Aus den Untersuchungen kann zusammengefasst werden, dass das Sanitätspersonal während eines Peer-Gesprächs den Fokus mehr auf die gesetzten Handlungen und Maßnahmen sowie das allgemeine Prozedere legten als auf empfundene Emotionen. Wie bereits aus den vorhergehend beschriebenen Studien entnommen werden kann, wird auch in dieser Studie klar, dass die Gesprächsführung mit den Kolleginnen und Kollegen gegenüber der eigenen Familienangehörigen und Freunden vorgezogen wird.

Aus Sicht der Studienteilnehmenden stellt die Unterstützung durch einen Peer bereits beim Eintreten in den Verein/Organisation einen erheblichen Mehrwert dar. Diese Hilfe sollte auch im täglichen Berufsleben angeboten werden. Die ausschließliche Alarmierung eines Peers nach einem psychisch belastenden Einsatz stellt laut Meinungen der Interviewten keinen langfristigen Mehrwert gegenüber der laufenden Betreuung von Beginn an dar. Ebenfalls sollte die Unterstützungsleistung weiter angeboten werden, auch wenn betroffene Personen den Verein/Organisation verlassen hat. Ein weiterer Aspekt, der genannt wird, ist, dass die Hilfe durch einen Peer nicht nur bei potenziell lebensbedrohlichen Einsätzen für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende (erfolglose Reanimation, schwerer Verkehrsunfall, Bedrohung gegenüber der eigenen Person, idR.) erfolgen soll, sondern auch bei niederpriorisierten. Der routinemäßige Ablauf kann dadurch das Kohärenzgefühl stärken.

Auch wenn die teilnehmenden Personen die Unterstützung durch Peers als einen sehr wertvollen Beitrag zur Stressbewältigung empfinden, konnten keine konkreten Vorteile, sowohl in emotionaler als auch in psychologischer Hinsicht, nicht vertiefend benannt werden. Die Stigmatisierung, wenn Betroffene über den offiziellen Weg um Hilfe bitten, schreckt vor der Inanspruchnahme zurück. Zudem wird es als hilfreicher empfunden, wenn gesagt wird: „Lass uns etwas trinken gehen und du kannst mir dann von dem Erlebten schildern“, als gehört zu bekommen „Du brauchst Hilfe“ (vgl. OLIVEIRA et al. 2020: 100ff.).

5.5.6. GLOBAL I

Trotz der weit verbreiteten Einführung von Peer-Support-Programmen in Organisationen deren Mitarbeitende einem hohen Risiko ausgesetzt sind, potenziell traumatische Ereignisse zu erleben, besteht nur wenig international übergreifende Gruppenentscheidungen über die grundlegendsten Konzepte und Verfahren zur Ausführung dieser Programme. Das Ziel einer im Jahr 2012 durchgeführten Studie war, evidenzbasierte Peer-Support-Richtlinien für den Einsatz in Hochrisikoorganisationen zu entwickeln, die spezifisch die Kohärenz von Zielen und Verfahren verbessern und die Grundlage einer systematischen Evaluierung bilden. Aus insgesamt 17 Ländern nahmen 92 Klinikerinnen und Kliniker sowie Forschungsmitarbeitende teil. Dabei wurden insgesamt acht Schlüsselempfehlungen beschlossen:

1. Ziele der Peer-Unterstützung,
2. Auswahl von Peer-Mitarbeitenden,
3. Ausbildung und Akkreditierung,
4. Rolle von Fachkräften (idF. für den Erhalt der psychischen Gesundheit),
5. Rolle von Peers,
6. Zugang zu Peers,
7. Betreuung von Peers und
8. Programmbewertung.

Dieser Konsens dient als Ausgangspunkt und ist gleichzeitig Startschuss für die Gestaltung und Umsetzung zukünftiger Peer-Support-Programme in Einsatzorganisationen (vgl. CREAMER et al. 2012: 134).

5.6. BERUFSAUSWAHL: SANITÄTSWESEN

Verschiedenste Faktoren, die einer Berufswahl zur Sanitäterin oder zum Sanitäter entgegenstehen, sind bereits bekannt: Schichtdienste, Entscheidungen in kurzer Zeit fällen zu müssen mit meist geringer Informationsgrundlage, unberechenbare Situationsänderungen, ständig wechselnde Teams, erhöhte psychotraumatologische Exposition etc. sind nur einige, die an dieser Stelle genannt werden. SZARPAK *et al.* (2013) sind in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen, weshalb sich eine Person trotz der bestehenden und bekannten Umstände für den Beruf dennoch bewusst entscheidet. Das Ziel der Analyse war es, ein Verständnis für den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und der Motivation für die Berufswahl im Rettungsdienst aufzuzeigen. An der Studie nahmen insgesamt 362 polnische Rettungsdienstmitarbeitende teil. Unter den teilnehmenden Personen befanden sich insgesamt 244 (67,4%) Männer. Das Durchschnittsalter betrug dabei 27 Jahre ($\pm 9,7$ Jahre). Zu einem deutlich überwiegenden Anteil wurde festgestellt, dass neben dem Wunsch gebraucht zu werden und die Möglichkeit des freien Arbeitens, die hauptsächlichen Motivationsgründe für die Berufswahl genannt wurden. Als weitere Gründe wurde die angeborene Veranlagung, eigenständige Entscheidungsgewalt, das Prestige, das mit dem Berufsbild einhergeht und sonstige Faktoren angegeben. Zu einem geringen Anteil wurde die Familientradition sowie der Mangel an Alternativen angeführt. Für das weibliche Geschlecht standen bei der Auswertung die beiden Gründe der Hilfsbereitschaft und der Mangel an Alternativen im Vordergrund (vgl. SZARPAK *et al.* 2013: 55f.). Abschließend konnte herausgefunden werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Erfahrungen unter Stressbedingungen zu arbeiten, dem Geschlecht und der Ausbildung besteht. Die Ergebnisse können darauf hinweisen, dass das Kohärenzgefühl (Klarheit, Einfallsreichtum und Zielstrebigkeit) einen inneren Antrieb den Beruf als Sanitäterin oder Sanitäters auszuüben auslöst (vgl. SZARPAK *et al.* 2013: 57).

5.6.1. ARBEITSBELASTUNG

CLOMPUS und ALBARRAN (2015: 3ff.) führten im Rahmen der Resilienzforschung eine psycho-soziale Studie bei Sanitäter und Sanitäterinnen durch. Dabei stellten sich insgesamt sieben englische Mitarbeitende in einem semi-strukturierten Interview den Fragen der Wissenschaftler. Das Ergebnis der Studie lässt sich in nachfolgende Kategorien einteilen (ebd.):

Auswirkungen durch Gesundheitsreformen

- Der Mittelpunkt in der Tätigkeitsausübung für Sanitäterinnen und Sanitäter stand laut der Studie in dem Ziel, eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der betroffenen Person zu erwirken. Durch Reformierungen im Gesundheitssystem kommt es dabei nicht ausschließlich zu positiven Auswirkungen. Um die aus der Studie entnommene Aussage zu stützen, wird an dieser Stelle ein Beispiel aus Wien eingebracht. Die Tageszeitung „Der Standard“ titelt in einer Ausgabe vom 18. Februar 2016 in der Schlagzeile: „Zwei statt drei Sanitäter im Rettungswagen – Organisationsreform bei Wiener Berufsrettung bringt Sorge um Wohl der Patienten.“ Die Durchführung der Personalreduktion von einer Dreier- auf eine Zweier-Besetzung ging einer Analyse mit anschließender Veröffentlichung eines Berichts vom Stadtrechnungshof voraus (WINKLER-HERMADEN 2016).
- Als ein weiterer Aspekt wird die stetig steigende Arbeitsbelastung mit einer zunehmenden Anzahl an Rettungseinsätzen bei gleichbleibendem Personal beschrieben. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer kritisieren dabei den ständigen Zeitdruck. Kaum wird die Patientin oder der Patient den Spitalsmitarbeitenden übergeben, meldet sich bereits die Leitstelle mit einem weiteren Einsatz. Es wäre aus Sicht der Teilnehmenden sinnvoll, sich über den Zustand der Patientinnen oder Patienten zu informieren, die vom Rettungsdienst hospitalisiert wurden. Es bleibt jedoch keine Zeit, eine Hintergrundrecherche und Ursachenforschung für den Grund der medizinischen Hilfeleistung anzustellen.

Unterscheidung zwischen Gesundheits- und Sozialhilfe

- Die zunehmende Arbeitsbelastung wird auch durch den Mangel an Unterscheidung zwischen Notfällen und Sozialhilfen definiert. Dabei wird bestens ausgebildetes Fachpersonal häufig zu Patientinnen und Patienten mit sozialen Indikationen (Verwahrlosung, Alkohol- und/oder Drogenabusus, Vereinsamung, idR.) berufen.
- Als ein weiteres Beispiel wird der Einsatz genannt, in der eine Person stürzt und unverletzt bleibt. Die Problematik, die mit diesem Einsatz einhergeht, ist, dass die betroffene Person sich nicht aus eigenen Kräften wieder aufzuhelfen weiß. Dass es hierfür kein konkretes Prozedere gibt, wird zur Lösung des Problems der Rettungsdienst zu der unverletzten Person als Aufstehhilfe alarmiert.

Aufbau einer Parallelität zwischen der betroffenen Person und dem persönlichen Leben

- Das Einfühlen in die Situation oder in die Patientin oder den Patienten während der Versorgung wird als zentraler Faktor beschrieben, in der eine Parallele zwischen der Situation selbst und dem privaten Leben gezogen wird. Als häufiges Beispiel werden Kindernotfälle genannt, in denen Sanitäterinnen und Sanitäter helfen müssen und eine Beziehung zu der Patientin oder dem Patienten aufbauen, da sie selbst Kinder in dem Alter oder Familienangehörige haben.

Copingstrategien und Resilienz

Unterstützung durch das Management

- Die Studienteilnehmenden sind sich einig, dass eine Organisationsstruktur, idF. ausgehend von den Führungskräften, die den Mitarbeitenden eine Unterstützung zur Verfügung stellen, einen unschätzbaren Wert bei der Verarbeitung arbeitsbezogener Emotionen hat.

Informelle Unterstützungsleistung

- Viele der erlebten Einsätze werden innerhalb der Dienstmannschaft besprochen. Wenige der Einsätze werden zum Schutz der eigenen Familie außerhalb der Dienststelle besprochen. Je informeller das Gespräch geführt wird, desto offener wird die Gesprächsführung empfunden. Dennoch wird trotz jahrelanger Erfahrung und professioneller Tätigkeitsausübung selbstkritisch die eigene Vorgehensweise hinterfragt. Hierbei wird an ein System gedacht, in der im Einsatz durch eine dritte Person konstruktiv und fachlich geholfen wird. Dies würde nicht nur die emotionale Standfestigkeit aufrechterhalten, sondern auch die Resilienz fördern, so die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. An dieser Stelle ist hier auf das System der sogenannten Field Supervisor (kurz: FiSu) der Berufsrettung Wien hingewiesen. Bei potenziell lebensbedrohlichen Situationen werden FiSus im Sinne des Qualitätsmanagements entsendet und stehen bei der Einsatzabwicklung unterstützend im Hintergrund. Im Nachgang stehen die Lehrsanitäterinnen und Lehrsanitäter der Einsatzmannschaft für eine Nachbesprechung zur Verfügung (vgl. SEISER 2018).

Unterstützung durch Externe

Unterstützung durch Familie und Freunde

- Für die Mehrheit der befragten Teilnehmenden bildet die Unterstützung durch die Familie und Freunde den wesentlichen Grundstock zur Aufrechterhaltung der mentalen Gesundheit. Dabei geht es in vielen Fällen weniger darum, die emotionale Ebene zu besprechen, sondern viel mehr um die Handlungen und Maßnahmen, die gesetzt wurden. Ein geringer Anteil der Befragten trennt das Berufliche vom Privaten. Um nicht das Erlebte den Familien und Freunden aufzubürden, wo es sich meist um sehr schwerwiegende Situationen handelt wie beispielsweise Reanimationen und schwere Verkehrsunfälle, werden solche Einsätze nach Dienstende nicht besprochen.

Weiterleitung an externe Stellen

- Die Studienteilnehmenden sind davon überzeugt, dass sie durch abgeschlossene Erlebnisse und die eigenständig organisierte Unterstützung durch beispielsweise Hausärzte idR. eine Stärkung der persönlichen Widerstandsfähigkeit verspüren.

5.7. AUSWIRKUNGEN IM BERUFSALLTAG VS. PRIVATLEBEN

Vor allem die Ausprägung des Vermeidungsverhalten (Hyperarousal) kann sowohl den Berufsalltag als auch das Privatleben beeinflussen. Wenn definierte Orte und/oder soziale Kontakte bewusst gemieden werden, um das Wiedererleben zu vermeiden, kann es das Leben der betroffenen Person maßgeblich beeinträchtigen. Aber auch Intrusionen und die unwillkürliche Übererregung können das tägliche berufliche sowie private Handeln beeinflussen.

Auffallend ist, dass bei PTBS-Betroffenen „[...] vorübergehend eine Angstsymptomatik oder eine Depression im Vordergrund stehen oder eine Suchtproblematik auftreten“ kann (BIESOLD und BARRE 2002: 45).

Eine weitere Auswirkung ist der Umgang mit Gedankenkreisen. Dabei tauchen diese Gedanken zumeist in der Ruhephase, d.h. in den Abendstunden, wenn die Betroffenen beispielsweise zu Bett gehen, auf. Das Ausdenken von Horrorszenarien, wiederkehrende Gedankenkreise, die schlussendlich keine Lösungen zulassen, beeinflussen den Schlafrythmus negativ (vgl. PAUSCH und MATTEN 2018: 77).

Wichtig für das soziale und berufliche Umfeld ist, dass die betroffene Person nicht zu einem Gespräch gedrängt werden sollten. Die Reaktionen auf das Erlebte können Stunden, Tage, Wochen oder Monate nachher auftreten. Die persönliche Resilienz sorgt dafür, wie vulnerabel das Individuum auf die besonderen Umstände reagiert (vgl. TEGTMEIER und TEGTMEIER 2013: 152 ff.). Resilienz, in der allgemeinen Betrachtungsweise, wird von Christopher T. EMRICH und Graham A. TOBIN (2018: 124) wie folgt definiert:

„Sustainable and resilient communities are defined as societies which are structurally organized to minimize the effects of disasters, and, at the same time, have the ability to recover quickly by restoring the socioeconomic vitality of the community.“

Bezugnehmend darauf, besteht für das Individuum die Möglichkeit, für sich persönliche Konzepte und Systeme zu entwickeln, um die eigene Resilienz zu stärken und weniger vulnerabel für eintretende Ereignisse und/oder Krisen zu sein. Gleichzeitig ist es resilienten Menschen eher möglich, sich von ebensolchen vergangenen Geschehnissen zu erholen.

Der Aufbau einer psychischen Resilienz bedeutet auch, dass trotz einer Traumaexposition die betroffene Person keine Anzeichen einer PTBS aufweisen muss (vgl. MAERCKER und HECKER 2016: 31).

Die epidemiologische Sichtweise auf die Auswirkungen im Berufsalltag und dem Privatleben erlauben die Beschreibung des sogenannten „Baustein-Effekt“. Dabei kann beobachtet werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Ausprägung steigt, wenn sich mental traumatische Ereignisse häufen und aneinanderreihen (ebd.: 29). Aus diesem Grund weisen v.a. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst aufgrund der Berufstätigkeit und den damit einhergehenden besonderen Erfordernissen eine höhere Prävalenzrate als die Allgemeinbevölkerung auf.

„Psychologischer Stress, insbesondere traumatischer Stress, hängt mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre, respiratorische, gastrointestinale, muskuloskeletale, inflammatorische und autoimmune Erkrankungen sowie andere altersbezogene Erkrankungen (z. B. Krebs) zusammen“ (ebd.: 32). Nun kann die Aussage getroffen werden, dass chronische Stresssymptome, eine Reihe pathologische Auswirkungen auf den menschlichen Körper haben und somit sowohl das Privatleben als auch beruflich mit massiven Einschränkungen zu rechnen ist. Die eben erwähnten Krankheitszeichen stellen ein erhöhtes Risiko dar und sind nicht mit einer sicheren PTBS-Diagnose gleichzusetzen.

Besonders herauszuheben ist, dass Betroffene zunächst symptomfrei sind und dies für eine längere Zeit (Tagen, Wochen und Monate) auch bleiben. Es besteht allerdings ein Restrisiko, dass es erst nach Jahren zu einer Reaktivierung und somit zu einer PTBS-Ausprägung kommt. Dieses potenziell wiederkehrendes Krankheitssymptom kann durch Schlüsselreize, wie bspw. Bilder, Gerüche und/oder Geräusche getriggert werden (vgl. RULAND 2017: 488).

5.8. COPINGSTRATEGIEN

Der Akt, das Berufs- und Privatleben in Balance zu halten ist bei vielen Menschen mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Die Maslowsche Bedürfnispyramide beschreibt dabei mit ihren fünf hierarchisch angeordneten Ebenen (von unten nach oben: Physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, Soziale Bedürfnisse, Individualbedürfnisse, Selbstverwirklichung) eben beschriebenen Balanceakt im täglichen Leben (vgl. MATEI GHERMAN 2012: 584).

Wie mit Stresssituationen und einschneidenden Lebensumstände umgegangen wird, liegt allerdings bei jedem Individuum und weist dabei sehr unterschiedliche Herangehensweisen auf (vgl. WILD 2014).

Zwei solche Herangehensweisen könnten beispielsweise sein (vgl. NETCZUK-GWOZDZIEWICZ 2017: 146f.):

- **Problemorientiertes Coping:** Der Fokus in dieser Bewältigungsstrategie liegt, wie der Name schon sagt, in der Lösung des Problems. Stressoren werden dabei aktiv bewältigt, beseitigt und/oder geschwächt. Die Erstellung lösungsorientierter Planungen von Abhilfemaßnahmen, die Konzeptionierung von Aktionsplänen antizipieren dabei Handlungsschritte in Hinblick der Problemstellung.
- **Emotionsorientiertes Coping:** Diese Form der Bewältigungsstrategie beinhaltet die Kontrolle der Auswirkungen durch die Veränderung des individuellen Verhaltens. Die Distanzierung von der Situation mit dem Ziel der Reflexion, die Neubewertung der Sichtweise inklusiver Reevaluation, die Suche nach einer (spirituellen) Unterstützung sowie generelle Maßnahmen, um die Aufmerksamkeit vom Stressor abzulenken, beschreiben dabei die Strategiemassnahmen. Die Kampf-oder-Flucht-Reaktion, die Leugnung beziehungsweise die Schließung von Kompromissen, erweitern das Spektrum des emotionsorientierten Copings.

5.9. PRÄVENTIONSMAßNAHMEN FÜR SANITÄTERINNEN UND SANITÄTER

ECKER (2011: 18) hat im Zuge der erstellten Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin an der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke die Hypothese aufgestellt: “[...] Je kompetenter der Helfer in der Patientenversorgung ist, desto gefeierter ist er selber vor psychischer Belastung. Dabei wird nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die psychische Betreuung des Notfallpatienten vorausgesetzt“. Die beschriebene Hypothese wird nun mit der österreichischen Sanitäter-Ausbildungsverordnung von 2003 verglichen, in der die Inhalte der kommissionellen Abschlussprüfung zum/zur RettungssanitäterIn im Paragraf 25 geregelt ist. Die genauere Betrachtung beschreibt dabei (Rechtsinformationssystem des Bundes 2021):

„§25. (1) Die drei Teilprüfungen der kommissionellen Abschlussprüfung sind in folgenden Sachgebieten abzulegen:

1. „Sanitätshilfe“ (= Anatomie und Physiologie, Hygiene, Störungen der Vitalfunktionen und Regelkreise und zu setzende Maßnahmen, Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern und zu setzende Maßnahmen, Spezielle Notfälle und zu setzende Maßnahmen [Anm.: beinhaltet den Themenblock psychiatrische Notfälle], Erste-Hilfe einschließlich Defibrillation mit halbautomatischen Geräten)
2. „Gerätelehre und Sanitätstechnik“
3. „Rettungswesen“ [...]

Die genauere Auflistung der kommissionellen Abschlussprüfung zur Rettungssanitäterin/zum Rettungssanitäter findet an dieser Stelle aus dem Grund statt, da die gesamte Sanitätsausbildung mit keiner spezifischen Kenntnis über potenzielle mentale Auswirkungen (Posttraumatische Belastungsstörung, Burn-Out, Stressbewältigung, idR.) und die dafür vorgesehenen Copingstrategien abschließt. Auch in den nicht-prüfungsrelevanten Themenblöcken bleibt eine spezifische Behandlung des Themas aus. Die Qualität eines Exkurses in diese Fachthematik obliegt im Zuständigkeitsbereich der Ausbildungsabteilung einer Einsatzorganisation und folgt daher nicht zuletzt aus dem Grund unterschiedlichen Regelungen und Umsetzungen. In den weiteren Ausbildungen (Notfallsanitäter, etc.) sind gemäß der Sanitäter-Ausbildungsverordnung ebenfalls keine Verweise zu diesem Thema nachlesbar. Zu dem Thema Selbstschutz ist zum überwiegenden Anteil das Anlegen der persönlichen Schutzausrüstung (Helm, Sicherheitsschuhe, Jacke mit Reflektorstreifen idR.) und der Schutz vor potenziellen Gefahren (aggressive Haustiere/Menschen, Gas- und/oder Flüssigkeitsaustritt, etc.) gemeint. Weniger wird über das Thema Selbstschutz vor Intrusionen, Maßnahmen im Falle von Vermeidungsverhalten oder Copingmaßnahmen zur Stressbewältigung näher behandelt.

6. FAZIT

Mit dem Titel der vorliegenden Arbeit: „Die Analyse der Effektivität und Effizienz des Peersystems im Rettungsdienst – Das Peersystem als (k)ein zeitgemäßes Interventionsmodell nach psychotraumatologisch belastenden Einsätzen“ ergibt bereits in der näheren Betrachtung des Berufsalltags einer Sanitäterin und eines Sanitäters die zu Anbeginn formulierte Forschungsfrage (F1). Demnach soll herausgefunden werden, was die zentralen Herausforderungen für Mitarbeitende unterschiedlichster Rettungsdienstorganisationen nach (schwerwiegenden) Einsätzen sind. Bereits der historische Exkurs in die Thematik der Entwicklungsgeschichte der Psychotraumatologie (Railway spine, die Renten(kampf)neurose im Sozialstaat Deutschland, die Psychotraumatologie der Modernen) zeigt, dass sich die Problematik bereits in der Feststellung der Erkrankung ergibt. Die mannigfaltige Ausprägung hängt sehr stark von dem eigenen Wissensstand, den Erfahrungswerten und der Fähigkeit, die Faktenlage interpretieren zu können, ab. Selbst für Betroffene ist der Grad der Ausprägung sehr unterschiedlich. Auch hier spielen Faktoren wie die Frage nach dem Ziel der betroffenen Person, die Beziehung zum Gegenüber, der Aufbau einer Parallelität aus dem persönlichen Leben und der individuelle Umgang mit schwierigen Situationen eine große Rolle. Anhand der Begriffserläuterung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), der näheren Betrachtung der auslösenden Faktoren und Symptome sowie dem Verlauf konnte ein Gesamtüberblick über das komplexe psychosomatische Krankheitsbild gemacht werden. Mit dem Sinnbild der drei Affen, welches einem japanischen Sprichwort folgt, konnten die Charakteristika einer Intrusion, eines Hyperarousals und dem Vermeidungsverhalten, welche allesamt Symptomausprägungen einer PTBS beschreiben, skizziert werden. Die bildliche Beschreibung postuliert dabei die weitere Erwähnung persönlicher Instinkte wie die Fight-or-Flight-Reaktion bzw. der Freeze-Reaktion, die ebenfalls in der Stressforschung behandelt werden. Mit diesen Erkenntnissen war es weitergehend möglich, auf die Unterforschungsfrage (UFF1.1) und die Problematik, wie sich belastende Einsätze auf Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter auswirken, näher einzugehen. Die Hypothese (H1.1.1), dass sich belastende Einsätze negativ auswirken, kann somit verifiziert werden. Untersuchungen haben ergeben, dass ebendiese Auswirkungen nicht nur im Berufs-, sondern auch im Privatleben schlagend werden. Vor allem das Vermeidungsverhalten bewirkt als Bewältigungsstrategie eine kurzfristige und zufriedenstellende Lösung. Auffallend ist allerdings, dass viele Betroffene zunächst auch über einen längeren Zeitraum symptomfrei zu sein scheinen. Es verbleibt allerdings bei der Anwendung dieser Bewältigungsstrategie das Restrisiko einer Reaktivierung und somit zu einer PTBS-Ausprägung.

Aus den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen wird in der Untersuchung nicht der Unterschied zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitenden einer Rettungsdienstorganisation gemacht. Demnach kann die zweite Hypothese (H1.1.2) weder verifiziert noch falsifiziert werden. Hinzu kommt, dass in der vorliegenden Arbeit keine Hintergrundrecherche über das Freiwilligensystem in jenen Ländern (explizit Großbritannien, Niederlande, Australien und Portugal) durchgeführt wurde, aus denen die Studien für die Gegenüberstellung und zur Veranschaulichung stammen.

Die zweite Forschungsfrage (F2), die für die Abdeckung dieses Themengebietes gestellt wurde, beschäftigt sich mit erwähnenswerten Erkenntnissen aus internationalen und nationalen Best-Practice-Beispielen für den Umgang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Dabei gilt ein sogenanntes Debriefing als gängigstes Interventionsmodell, welches sowohl national als auch international im Rahmen von potenziell traumatisierenden Ereignissen im Rettungsdienst zur Anwendung kommt. Ein bewährtes System zur operativen Umsetzung ist das sogenannte Peerwesen, auf welches national und auch über den Grenzen des Rettungsdienstes hinaus zurückgegriffen wird. Dabei handelt es sich um eine Methode, in der mit betroffenen Klientinnen und Klienten (situationsbedingt in Einzel- und/oder Gruppengesprächen) auf unterschiedlichem Weg (Telefonat und/oder Face-to-Face) nach einem herausfordernden Einsatz Kontakt aufgenommen wird, um die traumatische Erfahrung aufzuarbeiten. Im Zuge der Recherche stellt sich interessanterweise heraus, dass sich die Fachexpertinnen und -experten in der Umsetzung des Zieles, nämlich einer Reduktion der Symptomausprägung sowie die Verhinderung einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen, uneinig sind. Die Zielvorgabe konnte allerdings mit der derzeitigen wissenschaftlichen Faktenlage nicht beziehungsweise nicht ausreichend evidenzbasiert widerlegt werden. Diese Aussage resultiert aus voneinander unabhängig durchgeführten Studien unterschiedlicher Länder. Nach dem Anschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 ist man von der Annahme ausgegangen, dass eine Vielzahl von zu betreuenden Personen Hilfe benötigen würde und entsandte aus diesem Grund eine vierstellige Anzahl von Trauer- und Krisenberaterinnen und -beratern. Die Anzahl an konsumierten Interventionen unterschritt allerdings die Annahme bei weitem und somit fanden bei mehreren Tausend eine Aufarbeitung statt und nicht wie anfänglich gedacht, bei mehreren Millionen Betroffenen. Auch wenn dieses Beispiel bereits zwei Jahrzehnte zurück liegt, zeigt es auf, dass trotz jahrelanger Forschungsarbeit keine Eindeutigkeit herrscht.

Einige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehen bei der Behandlung dieser Thematik sogar einen Schritt weiter und stützen ihre Behauptung mit durchgeführten Studien, dass Debriefings zweckfrei sind und sogar teilweise auch schädlich für die Klientinnen und Klienten sein können. Hinzu kommt, dass das Angebot dieser Interventionsmethode mehr einen moralischen Hintergrund verfolgt und somit den Effekt auslöst, die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterfluktuationsrate so niedrig wie möglich zu halten. Es ist ebenfalls interessant zu beobachten, dass Kontrollgruppen, denen ein Debriefing zugeführt wurde lediglich mit einer geringen Abweichung denselben Effekt aufweisen wie bei jenen, die kein Debriefing erhalten hatten. Die Autoren weisen allerdings immer wieder auf die lückenhafte und limitierte Datengrundlage hin. Generell wurde herausgefunden, dass es unterschiedliche Meinungen über den Ursprung der negativen Effekte durch die Anwendung von Debriefings gibt. Jene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die diese Meinung evidenzbasiert untersuchen sind sich jedoch einig, dass die Durchführung im besten Fall ineffektiv und im schlimmsten Fall sogar schädigend wirkt. Somit potenziert sich das Problemfeld und ist demnach kontraproduktiv.

Um die zweite aufgestellte Forschungsfrage (F2) nun zu beantworten, gibt es hinsichtlich der Interventionsstrategie im Rettungsdienst noch die Möglichkeit, auf persönliche psychosoziale Schutzfaktoren (Prä-, Peri- und Posttraumatische Schutzfaktoren) zurückzugreifen. Die Psychoedukation spielt in der Aufarbeitung ebenso eine Erwähnung wie das sogenannte Watchful-Waiting und den Effekt der Honeymoon-Phase.

Auf Basis des aktuellen Forschungsstandes und um die nachgestellte Unterforschungsfrage (UFF2) hinsichtlich der Durchsetzbarkeit eine inhaltliche Vorgabe für eine einheitlichen Reglementierung zu beantworten, bedarf es weiterhin Klarheit in der Erforschung und die konsequente Umsetzung von Richtlinien. Getätigte Aussagen lassen sich nur schwer faktenbasiert darstellen und betrachten lediglich lokale Gegebenheiten und Umstände. Trotz des Versuchs einer globalen Vereinheitlichung fehlt es weiterhin an einem gesamtheitlichen Zusammenschluss. Die zu Beginn formulierte Hypothese (H2.1.1) beruht auf der Aussage, dass nationale Konzepte nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung überarbeitet werden müssen und einer zeitgemäßen Adaptierung an die derzeitigen Bedürfnisse angelehnt werden sollten. In Hinblick auf die potenzielle schädigende Auswirkung von derzeit ausgeübten Interventionsmethoden empfiehlt es sich, in diese Richtung weiterhin Forschungsarbeit zu betreiben, um auf die nationalen Gegebenheiten spezifischer eingehen zu können.

Die Differenzierung innerhalb einer Organisation in den einzelnen Bereichen, beispielsweise dem operativen Einsatzdienst, Rettungsleitstelle, Ausbildungszentrum etc. (Hypothese H2.1.2), kann in der vorliegenden Arbeit nicht weitreichend verifiziert oder falsifiziert werden. Recherchen zufolge weisen lediglich auf Mitarbeitende aus dem operativen Einsatzdienst hin. Selten bis kaum wird dabei auf die Differenzierung von Leitstellenmitarbeitenden und/oder Schulungsmitarbeitenden näher eingegangen.

7. AUSBLICK

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, der Frage nachzugehen, ob die national angewendete Interventionsstrategie bei potenziell psychotraumatischen Einsätzen im Rettungsdienst noch zeitgemäß ist und ob es dahingehend internationale Best-Practice Beispiele gibt, die lokal angewendet werden können. Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass die Meinungen und Faktenlage zu sehr divergieren, um auf eine gesamtheitliche Lösung zurückgreifen zu können. Aus diesem Grund wird empfohlen, Untersuchungen auf nationaler Ebene durchzuführen, um in weiterer Folge auf lokale Gegebenheiten spezifischer eingehen zu können. Es sollte nicht das Ziel sein auf Empfehlungen, Modelle und Verfahren aus den Ursprungsjahren zu referenzieren. Es bedarf einer zeitgemäßen Untersuchung und Evaluierung der derzeit vorhandenen Strukturen. Der Zusammenschluss einer globalen Vereinigung, die sich dieser Thematik annimmt, um auch unterschiedliche Aspekte, Erfahrungen und Meinungen gegenüberzustellen und einheitliche Richtlinien zu veröffentlichen, hat bisher lediglich mit einem Startschuss im Jahr 2012 begonnen. Die Forcierung einer lösungsorientierten Implementierung einheitlicher Verfahren hinsichtlich der Problematik sollte angestrebt werden. Mit dieser Veränderung geht beispielsweise auch die Adaptierung der Schulungskonzepte für angehende Sanitäterinnen und Sanitäter mit der Fokussierung auf den Ausbau von Copingstrategien einher. Die Stärkung der Resilienz und die Steigerung des Kohärenzgefühls sollten dabei das Ziel definieren.

Abschließend sollte die zukünftige Forschungsarbeit zu der vorliegenden Problemstellung den Rettungsdienst in einer globalen und gesamtheitlichen Betrachtungsweise miteinschließen. Konkret bedeutet es, dass nicht nur Sanitäterinnen und Sanitäter die Zielgruppe von Untersuchungen ausmachen, sondern auch Leitstellenmitarbeitende und Mitarbeitende der Schulung beziehungsweise Führungskräfte miteinbezogen werden sollten.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

- ADAMS, H. und HEMPELMANN, G. (1991): Die endokrine Streßreaktion [sic!] in Anästhesie und Chirurgie - Ursprung und Bedeutung. - In: AINS - Anästhesiologie. Intensivmedizin. Notfallmedizin. Schmerztherapie 26 (6), 294 - 205.
- ADLER, A. B., LITZ, B. T., CASTRO, C. A., SUVAK, M., THOMAS, J. L., BURREL, L., MCGURK, D., WRIGHT, K. M. und BLIESE, P. D. (2008): A Grou Randomized Trial of Critical Incident Stress Debriefing Provided to U.S. Peacekeepers. - In: Journal of Traumatic Stress 21 (3), 253 - 263.
- Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (o.J.): "Hilfe für Helfer" durch PEER-Teams des ASBÖ; online <https://www.samariterbund.net/rettungsdienst-und-krankentransport/rkt/hilfe-fuer-helfer-peer/> (16. März 2020).
- AUGUSTYN, A., BAUER, P., DUGNAN, B., ELDRIDGE, A., GREGERSEN, E., MCKENNA, A., PETRUZZELLO, M., RAFFERTY, J., RAY, M., ROGERS, K., TIKKANEN, A., WALLENFELDT, J., ZEIDAN, A. und ZELAZKO, A. (2019): Fight-or-flight response; online <https://www.britannica.com/science/fight-or-flight-response> (18. März 2020).
- BAMBERG, E. (2000): Psychische Belastungen: Begriffe und Konzepte. - In: BADURA, B., LITSCH, M. und VETTER, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999 - Psychische Belastung am Arbeitsplatz. - Berlin und Heidelberg, 45 - 46.
- BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. - In: Psachological Review 84 (2), 191 - 215.
- BÄUML, J. und PITSCHEL-WALZ, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. - Stuttgart.
- BAZAN, M. (2020): Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus - Wer ist ein guter CEO in Transformationszeiten? - In: PFANNSTIEL, M., RASCHE, C., REINERSDORFF, A. B. und KNOBLAUCH, B. (Hrsg.): Consulting im Gesundheitswesen. - Wiesbaden, 30 - 45.
- BEERLAGE, I. (2015): Psychosoziales Belstungs- und Handlungsvertädnis für Interventionen nach Notfallereignissen und für belastenden Einsatzsituationen. - In: PERREN-KLINGLER, G. (Hrsg.): Psychische Gesundheit und Katastrophe - Internationale Perspektiven in der psychosozialen Notfallversorgung. - Berlin und Heidelberg, 1- 36.
- BENGEL, J. und BECKER, K. (2009): Psychologische Frühintervention. - In: MAERCKER, A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. - Berlin und Heidelberg, 164 - 185.
- BENGEL, J., BECKER-NEHRING, K. und HILLEBRECHT, J. (2019): Psychologische Frühintervention. - In: MAERCKER, A. (Hrsg.): Traumafolgestörung. - Berlin, 190 - 216.
- BENNETT, P., WILLIAMS, Y., PAGE, N., HOOD, K. und WOOLLARD, M. (2004): Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. - In: Emerg Med J. (21), 235 - 236.
- BERBERIAN, M. (2009): Bam Earthquake; online <http://www.iranicaonline.org/articles/bam-earthquake-2003> (26. März 2020).
- Berufsrettung Wien (o.J.): Einsatzbetrieb - Peer; online <http://www.intern.magwien.gv.at/group/ret/was-tun-wir-wann-helfen-wir-> (16. März 2020).
- Bibliographisches Institut GmbH (2020): Ex Post; online https://www.duden.de/rechtschreibung/ex_post (17. März 2020).

- BIESOLD, K.-H. und BARRE, K. (2002): Auswirkungen von Stress und Traumatisierung bei Soldaten der Bundeswehr. - In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (57), 43 - 46.
- BISSON, J. I. (2003): Single-session early psychological interventions following traumatic events. - In: Clinical Psychology Review (23), 481 - 499.
- BISSON, J. I. und DEAHL, M. (1995): Psychological debriefing and prevention of Post-Traumatic stress: More research is needed. - In: The British Journal of Psychiatry 171 - 172.
- BOYER, N. und WIEDEKING, S. M. (2010): Marktanalyse im Non-Profit-Bereich auf Basis der Sekundärforschung. - In: BÄR, M., BORCHERDING, J. und KELLER, B. (Hrsg.): Fundraising im Non-Profit-Sektor. - Berlin, 104 - 114.
- Bundesministerium für Inneres (2007): Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz; https://www.bmi.gv.at/204/Download/files/Richtlinie_fuer_das_Fuehren_im_Kat-Einsatz_Letztfassung_BF_20200122.pdf (16. März 2020).
- BYNUM, B. (2001): Railway Spine. - In: The Lancet 357 (9278), 339.
- CAMPOS, F., SOUSA, A., RODRIGUES, V., MARQUES, A., QUEIROS, C. und DORES, A. (2016): Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. - In: Revista de Psiquiatría y Salud Mental 9 (2), 97 - 110.
- CLEMENS, K. und LÜDKE, C. (2002): Psychologische Soforthilfe - Debriefing kann schaden. - In: Deutsches Ärzteblatt (7), 316.
- CLOMPUS, S. R. und ALBARRAN, J. W. (2015): Exploring the nature of resilience in paramedic practice: A psycho-social study. - In: International Emergency Nursing
- CREAMER, M. C., WARKER, T., BISSON, J. I., DARTE, K., GREENBERG, N., LAU, W., MORETON, G., O'DONELL, M., RICHARDSON, D., RUZEK, J., WATSON, P. und FORBES, D. (2012): Guidelines for Peer Support in High-Risk Organizations: An International Consensus Study Using the Delphi Method. - In: Journal of Traumatic Stress 134 - 141.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019): S2k - Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. - In: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (1), 15 - 20.
- DÖLLINGER, A. (2014): Die Rolle personaler und sozialer Ressourcen bei posttraumatischer Belastung von Einsatzkräften des Roten Kreuzes Niederösterreich. - Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- DRESSING, H. (2016): Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). - In: Hessisches Ärzteblatt (5), 271 - 274.
- ECKER, R. (2011): Psychische Erste Hilfe: Prävention für Helfer? - Universität Witten/Herdecke, Herdecke.
- EGHIGIAN, G. A. (2001): The German Welfare State as a Discourse of Trauma. - In: MICALE, M. S. und LERNER, P. (Hrsg.): Traumatic Past - History, Psychiatry and Trauma in the modern Age, 1870 - 1930. - Cambridge, 92 - 112.
- EMMERIK, A. v., KAMPHUIS, J., HULSBOSCH, A. und EMMELKAMP, P. (2002): Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. - In: The Lancet (360), 766 - 771.
- EMRICH, C. T. und TOBIN, G. A. (2018): Resilience: An Introduction. - In: Fuchs, S. und Thaler, T. (Hrsg.): Vulnerability and Resilience to Natural Hazards. - Cambridge, 124 - 145.

- ERMANN, M. (2005): Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht. - In: Psychotherapeut (50), 209 - 228.
- FELBINGER, A. (2010): Kohärenzorientierte Lernkultur - Ein Modell für die Erwachsenenbildung. - Graz.
- FLATTEN, G. (2019): S2k - Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. - o.O.
- FLATTEN, G., HOFMANN, A., REDDEMANN, L. und LIEBERMANN, P. (2004): Ätiopathogenetische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung. - In: RUDOLF, G. und EICH, W. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. - Stuttgart und New York, 71 - 84.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K. und RÖNNAU-BÖSE, M. (2019): Resilienz. - Stuttgart.
- GAYTON, S. D. und LOVELL, G. P. (2012): Resilience in Ambulance Service Paramedics and its Relationships with well-being and general health. - In: Traumatology 58-64.
- GELDSCHLÄGER, J. (o.J.): Akzidentell; online <https://wortwuchs.net/fremdwort/akzidentell/> (17. März 2020).
- GIST, R. und DEVILLY, G. J. (2002): Post-trauma debriefing: the road too frequently travelled. - In: The Lancet (360), 741.
- GLAEMER, H., MATERN, B., RIEF, W., KUWERT, P. und BRAEHLER, E. (2015): Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörung. - In: Nervenarzt (7), 800 - 806.
- GLÜCK, T. (2019): Krisenkompetent mit Resilienz; online <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/praevention/resilienz> (25. März 2020).
- GÖPFERT, H. (2018): Geschichte der Unfallversicherung; online <https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/112-geschichte-der-unfallversicherung.html> (24. März 2020).
- GRATZ, B. (2019): Psyche: Schutz- und Risikofaktoren; online <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/praevention/ressourcen-und-risikofaktoren> (25. März 2020).
- HAGH-SHENAS, H., GOODARZI, M. A. und DEHBOZORGI, G. (2005): Psychological consequences of the Bam earthquake on professional and nonprofessional helpers. - In: Trauma Stress (18), 477 - 483.
- HÄLLER, P., Michael, T. und KOECHLIN, K. B. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Rettungssanitätern: PTBS, komorbide Beschwerden und Inanspruchnahme psychologischer Hilfe von Rettungssanitätern. - In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin (4), 403 - 417.
- HAMMOND, J. und BROOKS, J. (2001): The World Trade Center Attack - Helping the helpers: the role of critical incident stress management. - In: Critical Care 5 (6), 315 - 317.
- HARRINGTON, R. (2001): The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain. - In: MICALE, M. S. und LERNER, P. (Hrsg.): Traumatic Pasts - History, Psychiatry and Trauma in the modern Age, 1870 - 1930. - Cambridge, 31 - 56.
- HELLER, J. (2017): Kohärenzgefühl; online <https://juttaheller.de/resilienz/resilienz-abc/kohaerenzgefuehl/> (26. März 2020).

- HORCH, D. (o.J.): Hyperarousal-Stress Modell; online <http://www.wavemental.de/index.php/wavemental/modelle-wavemental/hyperarousal-stress-modell> (18. März 2020).
- Humanware GmbH (o.J.): EN ISO 10075 – Ergonomie-Norm zur psychischen Belastung; online <http://www.humanware.at/evaluierung-gefaehrungsbeurteilung-psychische-belastung/psychische-belastung-am-arbeitsplatz.html> (17. März 2020).
- HUNTER, B. und WARREN, L. (2013): A review of the resilience literature. - In: (Hrsg.): Investigating Resilience in Midwifery. - Cardiff, 9-18.
- HÜTHER, G. und SACHSSE, U. (2007): Angst- und stressbedingte Störung. - In: Psychotherapeut (3), 166 - 179.
- KARUTZ, H. (2008): Einsatznachsorge durch strukturierte Gruppengespräche: Debriefing - Pro und Contra. - In: Rettungsdienst 31 (4), 24 - 32.
- KARUTZ, H. und PLAGGE, G. (2018): Handlungsempfehlung für die Psychosoziale Notfallversorgung von Kindern in Naturkatastrophen. - In: Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung (4), 76 - 88.
- KENARDY, J. A., WEBSTER, R. A., LEWIN, T. J., CARR, V. J., HAZELL, P. L. und CARTER, G. L. (1996): Stress Debriefing and Patterns of Recovery Following a Natural Disaster. - In: Journal of Traumatic Stress 9 (1), 37 - 49.
- KIENLE, R., KNOLL, N. und RENNEBERG, B. (2006): Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. - In: RENNEBERGER, B. und HAMMELSTEIN, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. - Berlin und Heidelberg, 107 - 122.
- KNAEVELSRUD, C., BERING, R. und RAU, H. (2019): Behandlung der PTBS bei Erwachsenen. - In: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. - Berlin, 16 - 27.
- KOCH, G. (o.J.): Curriculum Notfallpsychologie; online <https://www.psychologenakademie.de/seminar/curriculum-notfallpsychologie/> (31. Juli 2021).
- Konradin Medien GmbH (o.J.): Soher stammt das Sinnbild der drei Affen, die nichts sehen, hören und sagen?; online <https://www.wissen.de/woher-stammt-das-sinnbild-der-drei-affen-die-nichts-sehen-hoeren-und-sagen> (18. März 2020).
- KRÖGER, C., RITTER, C. und BRYANT, R. A. (2012): Akute Belastungsstörung. - Göttingen u.a.
- KRÜGER, H.-P. (2018): Was ist eine psychische Störung? - In: De Gruyter 66 (2), 202 - 204.
- KÜHN, S., SCHMIEDEK, F., BROSE, A., SCHOTT, B., LINDENBERGER, U. und LÖVDEN, M. (2012): The neural representation of intrusive thoughts. - In: Social Cognitive and Affective Neuroscience 6 (8), 688 - 693.
- KUNZLER, A. M., GILAN, D. A., KALISCH, R., TÜSCHER, O. und LIEB, K. (2018): Aktuelle Konzepte der Resilienzforschung. - In: Nervenarzt
- KURZ, A., DIEHL, J., RIEMENSCHNEIDER, M., PERNECZKY, R. und LAUTENSCHLAGER, N. (2003): Leichte kognitive Störung. - In: Der Nervenarzt (1), 6 - 15.
- LASSOGGA, F. und KARUTZ, H. (2008): Intervention. - In: LASSOGGA, F. und GSCH, B. (Hrsg.): Notfallpsychologie. - Heidelberg, 163 - 180.

- LERNER, P. und MICALE, M. S. (2001): Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction. - In: MICALE, M. S. und LERNER, P. (Hrsg.): Traumatic Pasts - History, Psychiatry and Trauma in the modern Age, 1870 - 1930. - Cambridge, 1 - 27.
- LIPPAY, C. (2019): Gewalt gegen Rettungskräfte: Prinzipien der Eigensicherung. - In: Rettungsdienst (8), 24 - 28.
- MAERCKER, A. und HECKER, T. (2016): Trauma- und Gewaltfolgen - psychische Auswirkungen. - In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (1), 28 - 34.
- MAERCKER, A., HEIM, E., HECKER, T. und THOMA, M. V. (2016): Soziale Unterstützung nach Traumatisierung. - In: Nervenarzt (88), 18 - 25.
- MAERCKER, A. und MICHAEL, T. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. - In: MARGRAF, J. und SCHNEIDER, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. - Berlin, Heidelberg, 106 - 124.
- MATEI GHERMAN, C. (2012): Maslow Pyramid - Possible Interpretation. - In: International Journal of Learning & Development (2), 581 - 592.
- McNALLY, R. J., BRYANT, R. A. und EHLERS, A. (2003): Does early Psychological Intervention promote recovery from Posttraumatic Stress? - In: Psychological Science in the public interest 4 (2), 45 - 79.
- MICHAEL, T., LAJTMAN, M. und MARGRAF, J. (2005): Frühzeitige psychologische Intervention nach Traumatisierung. - In: Deutsches Ärzteblatt (9), 420 - 423.
- MITCHELL, J. T. und EVERLY, G. S. (1997): Critical incident stress debriefing (CISD). - In: American Academy of Experts in Traumatic Stress and Clinical Professor of Emergency Health Services (2), 1 - 10.
- MOOSBACH, D. (o.J.): Interpersonell; online <https://www.wortbedeutung.info/interpersonell/> (17. März 2020).
- MORAWIETZ, S. (2019): Viktorianisches Zeitalter; online https://www.planetwissen.de/geschichte/neuzeit/viktorianisches_zeitalter/index.html (24. März 2020).
- MOUTHAN, J., SIJBRANDIJ, M., REITSMA, J. B., GERSONS, B. P. R. und OLFF, M. (2014): Comparing Screening Instruments to Predict Posttraumatic Stress Disorder. - In: PLOS ONE 9 (5), 1 - 8.
- MÜLLER-CYRAN, A. (2004): Krisenintervention im Rettungsdienst. - In: BENGEL, J. (Hrsg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. - Berlin, Heidelberg, 61 - 68.
- MÜLLER-CYRAN, A. (2006): Die peritraumatische Intervention: eine deskriptive Darstellung der psychosozialen Notfallversorgung. - Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- MÜNKER-KRAMER, E. (2006): <F43.0> Akute Belastungsreaktion <F43.1> Posttraumatische Belastungsstörung. - In: Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung (1), 293 - 322.
- National Health Service (2018): Treatment Post-traumatic stress disorder (PTSD); online <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/treatment/> (27. März 2020).
- NETCZUK-GWOZDZIEWICZ, M. (2017): Personal resources in coping with stress among paramedics. - In: Journal of science of the military academy of land forces (49), 138 - 155.
- NIKENDEI, A. (2017): Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). - In: Stumpf + Kossendey Verlag (2), 296 - 304.
- NIKENDEI, A. (o.J.): PSNV App; online <http://www.psnv-app.de/> (31. Juli 2021).

- NYBERG, E. (2005): Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). - In: Psychoneuro 31 (1), 25 - 29.
- o.V. (1999): Posstraumatische Belastungsstörung (PTSD). - In: Ärzte Zeitung (26), 11.
- OKANOYA, J., KIMURA, R., Makiko, M., NAKAMURA, S., SOMEMURA, H., SASAKI, N., ITO, Y. und TANAKA, K. (2015): Psychoeducational intervention to prevent critical incident stress among disaster volunteers. - In: Kitasato Med (45), 62 - 68.
- OLIVEIRA, A., TEIXEIRA, F., NETO, F. und ÂNGELA, M. (2020): Peer support in prehospital emergency: the first responders' point of view. - In: International Journal of Emergency Service 100 - 116.
- Österreichisches Rotes Kreuz (2003): Rahmenvorschrift psychosoziale Betreuung. - [https://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Austria/Rahmenvorschrift_SvE_KIT\[1\].pdf](https://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Austria/Rahmenvorschrift_SvE_KIT[1].pdf) (15. März 2020).
- Österreichische Rote Kreuz (2002): Ausbildungsrichtlinien Psychosoziale Betreuung im Österreichischen Roten Kreuz; online https://www.rotekreuz.at/fileadmin/_migrated/content_uploads/S-37-02_Ausbildungsrichtlinie_Psychosoziale_Betreuung.pdf (16. März 2020).
- PAUSCH, M. und MATTEN, S. (2018): Trauma und Traumafolgestörung in Medien, Management und Öffentlichkeit. - Wiesbaden.
- PLOEG, v. d. E. und KLEBER, R. J. (2015): Acute and chronic job stressors among ambulance personell: predictors of health symptoms. - In: Occup Environ Med 40-46.
- PRINZ, D. und ANTWERPES, F. (2018): Definition: Stressor; online <https://flexikon.doccheck.com/de/Stressor> (27. Juli 2021).
- RAPHAEL, B. und MELDRUM, L. (1995): Does debriefing after psychological trauma work? - In: BMJ (310), 1479 - 1480.
- Rechtsinformationssystem des Bundes (2020): Gesamte Rechtsvorschrift für Psychologengesetz 2013; online <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552> (16. März 2020).
- Rechtsinformationssystem des Bundes (2021): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Sanitäter-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 03.08.2021; online <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002916> (03. August 2021).
- REDELSTEINER, C. (2011): Aufgabe und Rolle des Sanitäters. - In: REDELSTEINER, C., KUDERNA, H., KÜHBERGER, R., BAUBIN, M., FEICHTELBAUER, E., PRAUSE, G., LÜTGENDORF, P. und SCHREIBER, W. (Hrsg.): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. - Wien, 9 - 18.
- REGEHR, C., GOLDBERG, G. und HUGHES, J. (2002): Exposure to Human Tragedy, Empathy and Trauma in Ambulance Paramedics. - In: American Journal of Orthopsychiatry (2), 505 - 513.
- REINHARD, F. und MAERCKER, A. (2003): Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. - In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie (12), 1 - 8.
- RENNER, B. und GAMP, M. (2014): Krisen und Risikokommunikation. - In: Prävention und Gesundheitsförderung (3), 230 - 238.

- RULAND, I. (2017): Besondere Führungsprobleme. - In: STIERLE, J., GLASMACHERS, K. und SILLER, H. (Hrsg.): Praxiswissen Personalcontrolling. - Wiesbaden, 457 - 491.
- SASS, H. (2011): „Psychische Störung“ zwischen Medizin und Recht: Anything goes? - In: Forens Psychiatr Psychol Kriminol (5), 129 - 131.
- SCHÄFFER, A. und SCHNEIDER, E. (2012): Peer Support - Unterstützung nach belastenden Ereignissen bei der österreichischen Polizei. - In: SIAK-Journal - Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis (1), 19 - 28.
- SCHÄFFNER, W. (2001): Event, Series, Trauma: The Probabilistic Revolution of the Mind in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries. - In: MICALE, M. S. und LERNER, P. (Hrsg.): Traumatic Pasts - History, Psychiatry and Trauma in the modern Age, 1870 - 1930. - Cambridge, 81 - 91.
- SCHIWEK, I., GENGENBACH, O. und HÄCKER, J. (2019): Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode. - In: MÜLLER-LANGE, J. (Hrsg.): Critical Incident Stress Management - Handbuch Einsatzbachsorge, . - Edewecht, Deutschland, 106 - 112.
- SCHLOFFER, H. (2010): Entspannung und Gedächtnis. - In: Gedächtnistraining 94 - 99.
- SCHMIEDBACH, H.-P. (2019): Zur Geschichte der Psychotraumatologie. - In: MAERCKER, A. (Hrsg.): Psychologische Frühintervention. - Berlin, 4 - 12.
- SCHUMANN, A. und BÖCKELMANN, I. (2019): Wenn der Job krank macht: Burn-out im Fokus der Arbeitsmedizin. - In: Rettungsdienst (11), 42 - 45.
- SCHWARZ, W. (2013): Antonovskys Gesundheitsmodell. - In: BEISE, U., HEIMES, S. und SCHWARZ, W. (Hrsg.): Gesundheits- und Krankheitslehre. - Berlin Heidelberg, 415 - 422.
- SCHWARZER, R. und JERUSALEM, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. - In: JERUSALEM, M. und HOPF, D. (Hrsg.): Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. - Weinheim und Basel, 28 - 53.
- SEISER, B. (2018): Wir fahren zu den ärgsten Einsätzen. - In: Kurier, 19.08.2018.
- SENDERA, A. und SENDERA, M. (2013): Trauma und Burnout in helfenden Berufen. - Wien.
- SHALEV, A. Y. (2000): Stress management and debriefing: historical concepts. - In: RAPHAEL, B. und WILSON, J. P. (Hrsg.): Psychological debriefing - Theory, practice and evidence. - Cambridge, 17 - 31.
- SHALEV, A. Y., PERI, T., ROGLER-FUCHS, Y., URSANO, R. J. und MARLOWE, D. (1998): Historical Group Debriefing after Combat Exposure. - In: Military Medicine (163), 494 - 498.
- SIEGFRIED, D. (2012): Anatomie und Physiologie für Dummies. - Weinheim.
- SPITZER, C., WINGENFELD, K. und FREYBERGER, H. J. (2019): Geschlechtsspezifische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. - In: SEIDLER, G. H., FREYBERGER, H. J., GLAESMER, H. und GAHLEITNER, S. B. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. - Stuttgart, 127 - 143.
- STANGL, W. (o.J.): Flashback; online <https://lexikon.stangl.eu/6856/flashback/> (18. März 2020).
- STEIL, M. (2018): Kollegiale psychosoziale Unterstützung: Was wir füreinander tun können. - In: Rettungsdienst (41), 134 - 137.

- STEIL, M. (2019): Psychosoziale Erste Hilfe: Menschlicher Umgang mit Notfallpatienten und Angehörigen. - In: Rettungsdienst (8), 38 - 40.
- STÖTEFALKE, A. (2019): Psychosoziale Beratung: Eine professionelle Kompetenz für Notfallsanitäter? - In: Rettungsdienst (8), 29 - 36.
- STREB, M., HÄLLER, P. und MICHAEL, T. (2014): PTSD in Paramedic: Resilience and Sense of Coherence. - In: Behavioural and Cognitive Psychotherapy 452-463.
- SZARPAK, L., PATYNOWSKA, A. M., ZIEMA, R., MADZIALA, M. und DEC, M. (2013): The sense of orientation in life and reasons for choosing the profession of paramedic. - In: Military Pharmacy and Medicine (1), 53 - 58.
- TAGAY, S., ERIM, Y., STOELK, B., MÖLLERING, A., MEWES, R. und SENF, W. (2007): Das Essener Trauma-Inventar (ETI) - Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störung. - In: ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin 1 (5), 75 - 89.
- TEEGEN, F. und YASUI, Y. (2000): Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörungen bei dem Personal von Rettungsdiensten. - In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin (21), 65 - 83.
- TEGTMEIER, C. und TEGTMEIER, M. (2013): PTBS - Das unsichtbare Leid. - Regensburg.
- TUTT, L. (2019): Belastungsreaktion richtig einschätzen. - In: Im Einsatz - Zeitschrift für Einsatzkräfte im Katastrophenschutz (26), 321 - 326.
- VOLBERT, R. (2011): Aussagen über traumatische Erlebnisse - Spezielle Erinnerung? Spezielle Begutachtung? - In: Forens Psychiatr Psychol Kriminol (5), 18 - 31.
- WENGEL, A. (2020): Emotionen; online https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/psychologie/emotionen_wegweiser_durchs_leben/index.html (25. März 2020).
- WESSELY, S., BRYANT, R. A., GREENBERG, N., EARNSHAW, M., SHARPLEY, J. und HUGHES, J. H. (2008): Does Psychoeducation Help Prevent Post Traumatic Psychological Distress? - In: Psychiatry 71 (4), 287302.
- WESTERHOFF, N. (2009): Fatale Hilfe für Katastrophenhelfer: Wenn der Schrecken großgeredet wird. - In: Süddeutsche, 22. Mai 2010.
- WILD, J. (2014): Coping: Jeder geht anders mit Krisen um online <https://www.minimed.at/medizinische-themen/psyche/resilienz-coping/> (29. Juli 2021).
- WILSON, J. P. und RAPHAEL, B. (1993): Theoretical and Intervention Considerations in Working with Victims of Disaster. - In: MEICHENBAUM, D. (Hrsg.): International Handbook of Traumatic Stress Syndrom. - New York, 105 - 118.
- WINKLER-HERMADEN, R. (2016): Zwei statt drei Sanitäter im Rettungswagen. - In: Der Standard, 18. Februar 2016.
- WIPPERT, P.-M. (2009): Der Körper unter Spannung. - In: Ergopraxis (5), 22 - 25.
- WÜRZBACH, A. und REICHEL, J. (2021): Unwetter-News im Live Ticker; online <https://www.bild.de/news/2021/news/hochwasser-in-deutschland-flut-bestatfern-fehlt-es-teils-an-leichenwagen-alle-news-im-ticker-77083926.bild.html> (31. Juli 2021).