

**Stress im Rettungsdienst -
Auswirkungen und
Reflexionsmöglichkeiten
für SanitäterInnen des
Roten Kreuzes**

**Eine Bedarfserhebung
sozialarbeiterischer
Interventionsmöglichkeiten**

Christoph Holzhacker

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magister (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Mai 2008

Erstbegutachter:
DSA Mag.(FH) Christoph Redelsteiner MSc

Zweitbegutachterin:
DSA Mag.^a(FH) Claudia Aufreiter

Abstract (deutsch) – Christoph Holzacker

Titel: Stress im Rettungsdienst – Auswirkungen und Reflexionsmöglichkeiten für SanitäterInnen des Roten Kreuzes: Eine Bedarfserhebung sozialarbeiterischer Interventionsmöglichkeiten.

SanitäterInnen sind während ihrer Tätigkeit neben dem Alltagsstress auch mit nicht alltäglichen Erlebnissen und belastenden Ereignissen ausgesetzt. Diese Diplomarbeit zeigt, dass es hierbei oft nicht einmal die tragischen Einsätze, sondern mitunter nur Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Dritten o.ä. sind. Diese auf die Einsatzkräfte einwirkenden Belastungen können zum Teil schwerwiegende psychische und physische Reaktionen hervorrufen, welche genauer betrachtet werden. Damit eine rasche Verarbeitung des Erlebten vollzogen und eine etwaige bleibende Auswirkung auf Psyche und Gesundheit verhindert werden kann, ist eine gezielte Stressverarbeitung und Reflexion des Erlebten notwendig. Die heute vielfach verbreitete Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen, wurde 1983 von Dr. Jeffrey Mitchell präsentiert (Critical Incident Stress Management - CISM). Basierend auf Mitchells CISM-Interventionen wie On Scene Support oder Defusing wurde das „Peer-System“ beim Österreichischen Roten Kreuz gestartet. Es soll SanitäterInnen bei und nach belastenden Ereignissen über eventuelle Folgen der Belastungen aufklären und bei der Stressbewältigung unterstützen. In Akutfällen wird dies durch Peers durchgeführt, eine regelmäßige Möglichkeit der Einsatznachbesprechung ist jedoch bisher nicht gegeben. Mittels einer Online-Befragung und Experteninterviews wurde festgestellt, dass die derzeitigen Angebote der Peers von den SanitäterInnen nur spärlich wahrgenommen werden, und das, obwohl die Umfrageergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft für gemeinsame Einsatznachbesprechungen und Reflexionen seitens der SanitäterInnen durchaus gegeben wäre.

Mit Hilfe der durchgeführten Forschung war es möglich, die Wünsche der Rot-Kreuz-MitarbeiterInnen aufzugreifen und dazu passende, sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten für Einzel- und Gruppensettings wie Supervision oder Balintarbeit aufzuzeigen.

Schlüsselwörter: Belastungen; CSIM; Einsatznachbesprechung; Peer; Rettungsdienst; Rotes Kreuz; SanitäterInnen; sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten; Stress; Stressverarbeitung;

Abstract (english) – Christoph Holzacker

Title: Stress in the emergency medical services – Impact and possibilities of reflection for emergency medical paramedics of the Red Cross: a survey of demand of social service interventions.

In their work emergency medical paramedics are under great stress and frequently confronted with challenging experiences and events. This diploma thesis shows that in most cases the seemingly tragic operations were mostly due to conflicts in communication with others or similar.

These stresses and strains that affect emergency medical paramedics can cause psychological and physical reactions that are often quite tough to handle.

For this reason stress management and a reflection of the experiences should be arranged to avoid damaging influences on the humans psyche and health. The today's common stress management during and after unusual experiences is based on Dr. Jeffrey Mitchell presentation (Critical Incident Stress Management – CISM). Based on Mitchell's CISM-interventions like On-Scene-Support or Defusing the so-called "peer-system" was created at the Austrian Red Cross. The aim of it is to inform the emergency medical paramedics about possible consequences of stressful events and to support them in their coping with stress.

Peers use this approach in acute situations, but a regular possibility of call reviews has not been installed yet. In addition to that a survey and interviews with experts show that the actual offers of the peers are hardly registered and acknowledged by the emergency medical paramedics. However, the survey shows that the willingness to make use of collective debriefings and reflections is definitely given.

The research made it possible to determine the wishes and needs of the members of the Red Cross, and to point out possible social service interventions for single or group settings like supervision or balint-work.

Keywords: CISM; coping with stress; debriefing; emergency medical paramedics; emergency medical services; peer; Red Cross; social service interventions; stress; stresses and strains;

Danksagung

Auf diesem Wege möchte ich mich bei jenen Menschen bedanken, die es mir nicht nur ermöglicht haben diese Diplomarbeit zu verfassen, sondern die damit auch ein Stück weit für meinen Lebensweg mitverantwortlich sind.

Allen voran möchte ich meinen Eltern danken. Durch sie war es mir erst möglich das Studium zu absolvieren, sie waren nicht nur großzügige Sponsoren, sondern auch stetige Begleiter meiner kleinen und meiner großen Schritte in das eigene Leben, Danke dafür.

Ebenfalls meinen großen Dank möchte ich meiner Großmutter aussprechen. Sie war es, die immer ein offenes Ohr für meine Sorgen und Leiden hatte und stets beruhigende Worte für jede meiner Lebenslagen fand, vielen Dank.

Ein ganz besonders großes Dankeschön gebührt meiner Partnerin. Sie stand mir nicht nur rund um die Uhr bei Differenzen zwischen meinem Laptop und mir zur Seite, sondern sie war es, die während des Verfassens meiner Diplomarbeit jede euphorische und auch jede depressive Phase mit mir teilte, vielen Dank dafür.

Und zu guter Letzt möchte ich noch jenen Menschen danken, die mich als fachliche Experten bei meiner Arbeit sehr unterstützten. Allen voran möchte ich meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn DSA Mag.^(FH) Christoph Redelsteiner MSc danken. Ohne seine fachliche Kompetenz wäre eine Diplomarbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

Ebenso gebührt meinem geschätzten Kollegen Herrn DSA Franz Ledermüller und Herrn Mag. Dr. Cornel Binder-Kriegelstein mein Dank.

Christoph Holzacker, Mai 2009

Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Ausgangssituation	5
3. Definitionen der Tätigkeitsbereiche	6
3.1. Definition von RettungssanitäterIn	6
3.2. Definition von NotfallsanitäterIn	7
4. Stress und weitere Belastungen im Rettungsdienst	7
4.1. Definition von Stress	7
4.2. Physiologische Belastungen im Rettungsdienst.....	9
4.2.1. Die Bereitschaftszeit im Rettungsdienst	9
4.2.2. Der Zeitpunkt der Alarmierung	9
4.2.3. Die Komplexität der Einsätze	10
4.2.4. Die Anfahrt zum Einsatzort.....	11
4.2.5. Die Situation am Einsatzort	12
4.3. Psychologische Belastungen im Rettungsdienst.....	15
4.3.1. Individualpsychologische Belastungen.....	15
4.3.2. Sozialpsychologische Belastungen	18
5. Schutzfaktoren für SanitäterInnen	20
5.1. Das Berufsbild.....	20
5.2. Die Kompetenzerweiterung.....	20
5.3. Moderatorvariablen	21
5.3.1. Biologische Moderatorvariablen	21
5.3.2. Soziografische Moderatorvariablen	21
5.3.3. Psychologische Moderatorvariablen.....	23
5.3.4. Organisatorische Moderatorvariablen.....	24
6. Folgen von Stress und Belastungen.....	27
6.1. Anzeichen für Belastungs- bzw. Stressreaktion	27
6.2. Auswirkungen auf den menschlichen Körper und die Psyche.....	29
6.2.1. Kurzfristige Folgen.....	29
6.2.2. Mittel- und langfristige Folgen	30
6.2.3. Akute Belastungsstörung.....	31
6.2.4. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	32
6.2.5. Burnout.....	34
6.2.5.1. Phasenmodelle von Burnout.....	36
7. Stressverarbeitung und Peers beim Roten Kreuz.....	38
7.1. Definitionen.....	38
7.1.1. Definition von SvE - Stressverarbeitung n. belastenden Ereignissen....	38
7.1.2. Definition von Peer	38
7.1.3. Definition von Psychosozialer Fachkraft.....	39
7.2. Entstehungsgeschichte des Peer-Systems beim ÖRK	39
7.3. Die Ausbildung zum Peer beim Roten Kreuz.....	40
8. Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen – Critical Incident Stress Management (CISM) nach Mitchell und Everly	42
8.1. Die geschichtliche Entwicklung.....	42

8.2.	Die Stressverarbeitungsmethoden nach dem CISM-Modell.....	43
8.2.1.	SvE - Stressverarbeitung als präventive Maßnahme.....	43
8.2.2.	One to one – Das Einzelgespräch.....	43
8.2.3.	Das SAFE-R-Modell	44
8.2.3.1.	Stabilisieren und Struktur geben.....	44
8.2.3.2.	Exploration und Anerkennen.....	44
8.2.3.3.	Förderung des Verstehens	45
8.2.3.4.	Ermütigung von Handlungen u. positiven Bewältigungsversuchen.....	45
8.2.3.5.	Wiederermächtigen oder Weitervermittlung.....	45
8.2.4.	On Scene Support Services – Die Einsatzbegleitung.....	46
8.2.5.	Demobilization – Der Einsatzabschluss.....	47
8.2.6.	Defusing – Die Kurzbesprechung.....	48
8.2.7.	Debriefing – Die Nachbesprechung.....	49
8.3.	Zusammenfassung.....	51
9.	Empirische Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung.....	54
9.1.	Forschungsmethodik.....	54
9.1.1.	ExpertInneninterviews	54
9.1.1.1.	ExpertInnenauswahl	54
9.1.1.2.	Durchführungsmethode	55
9.1.1.3.	Auswertung	56
9.1.2.	Online-Befragung	56
9.1.2.1.	Durchführungsmethode	57
9.1.2.2.	Pretest	57
9.2.	Hypothesen und Forschungsergebnisse.....	58
9.2.1.	Hypothese 1	58
9.2.2.	Hypothese 2	59
9.2.3.	Hypothese 3	61
9.2.4.	Hypothese 4	62
9.2.5.	Hypothese 5	64
9.2.6.	Hypothese 6	66
9.2.7.	Hypothese 7	68
9.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	71
10.	Sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten zur Einsatznachbesprechung...	72
10.1.	Supervision	74
10.1.1.	Aufbau der Gruppensupervision.....	74
10.1.2.	Einzelsupervision.....	75
10.1.3.	Teamsupervision	75
10.2.	Intervision.....	75
10.3.	Balintgruppen.....	76
10.3.1.	Arbeitsweise von Balintgruppen	77
10.4.	Telefon-Hotline.....	77
10.5.	E-Mail- oder Chat-Beratung	78
10.6.	Internetforum.....	80
11.	Schlussfolgerungen	81
	Literatur.....	83
	Internetquellen	90
	Weitere Quellen	94

Abkürzungsverzeichnis	97
Abbildungsverzeichnis	98
Anhang.....	99
Informationsschreiben an die SanitäterInnen.....	100
Fragebogen.....	101
Interviewleitfaden für ExpertInneninterview.....	110

1. Einleitung

Der Gedanke daran, Menschen in Not helfen zu können, veranlasste mich bereits im Hauptschulalter dazu, an einem Erste-Hilfe-Kurs teilzunehmen. Es war für mich ein gutes Gefühl, Wissen vermittelt zu bekommen um in Notsituationen richtig reagieren und somit Menschen helfen zu können. Aufgrund der familiären Vorbelastung und der Suche nach einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung entschloss ich mich später dem Roten Kreuz beizutreten und die Ausbildung zum Rettungssanitäter zu absolvieren.

Mittlerweile sind einige Jahre vergangen und ich bin als Notfallsanitäter und Einsatzfahrer im Rettungs-, Krankentransport- und Notarztdienst, sowie als Lehrbeauftragter in der (Breiten-)Ausbildung tätig.

Die anfängliche Euphorie, Menschen in Not helfen zu können wurde durch zahlreiche kleinere und größere Ereignisse und Erlebnisse reduziert. Obwohl der Wille, Menschen helfen zu wollen und möglicherweise Leben retten zu können blieb, wurde ich in den letzten Jahren mehr und mehr darauf sensibilisiert, stärker auf mein eigenes Wohlbefinden zu achten. Einst war jeder Blaulichteinsatz geprägt von rasendem Puls, starker Anspannung und hoher Nervosität. Der rasende Puls blieb bis heute in manchen Situationen, doch die Anspannung fiel mit der Erfahrung und die Nervosität mit der steigenden Kompetenz in meinem Arbeitsfeld.

Trotz der steigenden Kompetenz und zunehmenden Erfahrung im Rettungsdienst wird eines gleich bleiben: die Vulnerabilität jedes Einzelnen/jeder Einzelnen.

Meines Erachtens werden sich weder die Unfallszenarien noch die darauf folgenden Auswirkungen verändern, doch verändern können sich der persönliche Umgang, sowie die Präventions- und Reflexionsmöglichkeiten.

Aus dieser Hoffnung der Weiterentwicklung heraus, habe ich mich dazu entschlossen, sowohl als Notfallsanitäter, als auch als angehender Magister der Sozialwissenschaften an der aktiven Forschung mitzuwirken, um weitere Präventions- und Interventionsmöglichkeiten zu finden, sodass Rettungs- und NotfallsanitäterInnen weiterhin ihrer Tätigkeit nachkommen können, „aus Liebe zum Menschen“ (Österreichisches Rotes Kreuz 2008: o.P.).

2. Ausgangssituation

„Einsatzkräfte retten, sie werden nicht gerettet!“ (Everly/Mitchell 2005: 26)

Dies mag vielleicht so mancher Sanitäter/manche Sanitäterin glauben, doch dieser Glaube ist irreführend. Gerade Menschen, die sich im Rettungsdienst engagieren sind neben dem Alltagsstress auch oft im Rahmen ihrer Tätigkeit mit nicht alltäglichen Erlebnissen und teilweise belastenden Ereignissen konfrontiert.

„Viele dieser [rettungsdienstlichen] Erfahrungen sind für jeden einzelnen oft eine persönliche Bereicherung, sei es jetzt ein Lächeln, ein Danke, ein sanfter Händedruck, der spüren lässt: Jemand wartet auf deine Hilfe und ist dankbar, dass es dich gibt. Aber was ist mit den oft belastenden, traurigen Eindrücken, die bei schrecklichen Unfallszenarien, plötzlichen Todesfällen oder dramatischen Kindernotfällen bei Einsatzkräften zurückbleiben?“ (Schwabegger 2008: 1)

Diese nicht alltäglichen Erlebnisse und belastenden Ereignisse können unangenehme und ungesunde Reaktionen (Stressreaktionen, posttraumatische Belastungsreaktionen) hervorrufen und bis hin zur Arbeitsunfähigkeit oder zum Burnout führen. Damit eine rasche Verarbeitung des Erlebten vollzogen und eine etwaige bleibende Auswirkung auf Psyche und Gesundheit verhindert werden kann, ist eine gezielte Stressverarbeitung und Reflexion des Erlebten notwendig. Die Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen, wie sie heute vielfach zur Anwendung kommt, wurde erstmals 1983 von Jeffrey Mitchell präsentiert. Mitchell (1983: o.P.) nennt dies „Critical Incident Stress Management“, kurz CISM.

Basierend auf Mitchells (1983: o.P.) CISM-Interventionen wurde das so genannte Peer-System beim Österreichischen Roten Kreuz ins Leben gerufen. Das Peer-System oder auch SvE- bzw. SvB-System (Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen) machte es sich zum Ziel, SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen als GesprächspartnerInnen auf kollegialer Ebene zur Verfügung zu stellen, um die Auswirkungen der belastenden Ereignisse einzuschränken.

Dieses Verfahren wird in Akutfällen durch Peers durchgeführt, eine regelmäßige Möglichkeit der Einsatznachbesprechung ist jedoch bisher noch nicht gegeben. Das Interesse bzw. der Bedarf einer solchen regelmäßigen Möglichkeit der Reflexion und gleichermaßen Prävention sowie die Notwendigkeit sozialarbeiterischer Interventionen wurden durch diese Forschungsarbeit erhoben.

3. Definitionen der Tätigkeitsbereiche

3.1. Definition von RettungssanitäterIn

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter/zur Rettungssanitäterin kann als Basisausbildung für die Tätigkeit im Rettungs- und Krankentransport bezeichnet werden. Nach der Ausbildung sind die RettungssanitäterInnen in der Lage „die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung“ (Bundesgesetzblatt 2002: 142), durchzuführen. Zudem umfasst der Tätigkeitsbereich der RettungssanitäterInnen „die Übernahme sowie die Übergabe des Patienten oder der betreuten Person im Zusammenhang mit einem Transport, die Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff sowie eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen und die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten.“ (Bundesgesetzblatt 2002: 142)

Unter lebensrettenden Sofortmaßnahmen werden laut SanG § 9 Abs. 2 folgende Maßnahmen verstanden:

- „1. die Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen,
2. die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten,
3. die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports, solange und soweit ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt nicht zur Verfügung steht.“ (Bundesgesetzblatt 2002: 143)

3.2. Definition von NotfallsanitäterIn

Der Tätigkeitsbereich der NotfallsanitäterInnen umfasst neben den oben genannten Tätigkeiten der RettungssanitäterInnen zudem „die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten, die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter erforderlichen Arzneimitteln, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 1), die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel und die Mitarbeit in der Forschung.“ (Bundesgesetzblatt 2002: 143)

Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit auf die Unterscheidung zwischen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen verzichtet und bei allgemeiner Bezeichnung des Berufsstandes das Wort „SanitäterIn“ bzw. „SanitäterInnen“ verwendet.

4. Stress und weitere Belastungen im Rettungsdienst

4.1. Definition von Stress

Der Begriff Stress entstammte dem Englischen und war ursprünglich eine Bezeichnung der Werkstoffkunde für Druck und Anspannung in Bezug auf Materialien. 1936 wurde der Begriff von Hans Selye (1936: o.P., zit. in: Binder-Krieglstein 1997: 13-17) für eine "unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung" verwendet.

Stress ist somit jener Zustand, in dem der Organismus eine Gefahr für sich registriert und versucht, seine Energien zu konzentrieren um diese für den Selbstschutz oder eine eventuelle Selbstverteidigung verwenden zu können. (vgl. Cofer/Appley 1964: o.P., zit. in: Binder-Krieglstein: 1997: 10)

Dieser Zustand ist aber nicht unsichtbar, denn „ein Individuum, das ständig unter subjektiven Belastungen leidet, reagiert nicht nur seelisch, sondern auch körperlich.

Für außen stehende Personen ist diese körperliche Reaktion oft die einzig sichtbare“, so Schwarzer (1987: 31, zit. in: Binder-Krieglstein 1997: 11)

„Wer keinen Stress hat, ist tot, ...“ (Dörner/Kouril/Redelsteiner 2003: 18), doch auch das Gegenteil hat seine Folgen. SanitäterInnen im Rettungsdienst sind neben ihrem Alltagsstress zudem oft mit besonders belastenden Ereignissen konfrontiert (vgl. Dörner/Kouril/Redelsteiner 2003: 18).

Dabei bedarf es der Unterscheidung zwischen „dem normalen, gesunden Stress (Eustress) und dem krank machenden Stress (Distress)“, so Redelsteiner (2003: o.P.). Mitchell et al. (1998: o.P.) unterscheidet hier vier Stressarten: den Alltagsstress, den kumulativen Stress, den Dauerstress und den traumatischen Stress. Zudem meint Mitchell et al. (1998: o.P.), dass die physischen und psychischen Folgen von Stress von der Art, der Dauer, der Intensität und der Häufigkeit abhängen. Stress ist also einerseits lebenswichtig (vgl. Redelsteiner 2003: o.P.), andererseits aber auch oft Grund für eine „stressbedingte Krankheit eines Zielorgans“ (Schmidt 2003: 3). Darunter versteht Schmidt (2003: 5) die stressbedingten Erkrankungen des neurologischen, kardiovaskulären, gastrointestinalen und/oder neuromuskulären Systems. Zudem können auch das Immunsystem oder das Atmungssystem betroffen sein.

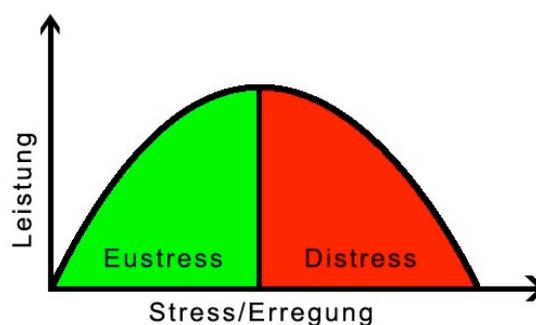


Abb. 1: Stress und Leistungsfähigkeit

Quelle: vgl. Everly/Mitchell 2005: 32, vgl. Redelsteiner et al. 2005: 631

Nun ist es aus zahlreichen Forschungen, wie beispielsweise von Mitchell (1998, 2005), Karutz (2004), Krampfl (2007) oder Binder-Krieglstein (1997) bekannt, dass Einsatzkräfte wie SanitäterInnen in ihren Diensten mit Stress konfrontiert sind. Dabei gilt es, die unterschiedlichen Etappen des physiologischen und psychologischen Stresses für SanitäterInnen zu betrachten (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 13-54).

4.2. Physiologische Belastungen im Rettungsdienst

4.2.1. Die Bereitschaftszeit im Rettungsdienst

Die Zeit vor oder zwischen den Einsätzen ist keinesfalls eine stressfreie Zeit für RettungsdienstmitarbeiterInnen. Schließlich sind sowohl Körper als auch Psyche auf die Möglichkeit eingestellt, sofort eine Alarmierung zu erhalten und dann in sekundenschnelle einsatzbereit und vollkommen aufnahmebereit zu sein.

Oberflächlicher Schlaf während einer Nachtschicht ist nicht das einzige Kennzeichen eines Stresslevels, wie man aus der Erfahrung weiß. Einige SanitäterInnen vermeiden es gänzlich während einer Nachtschicht schlafen zu gehen, um im Einsatzfall sofort bereit zu sein und zu vermeiden, dass sie aus einer Tiefschlafphase geweckt werden. Andere wiederum vermeiden es während des Dienstes „schwere“ Speisen zu sich zu nehmen, um im Einsatzfall dann nicht vielleicht durch auftretende Übelkeit beeinträchtigt zu sein.

Es lässt sich somit festhalten, dass eine Bereitschaftszeit im Rettungsdienst geprägt ist von dem im Alltag abweichenden Verhalten, auf welches der Körper eines Menschen auch individuell reagiert. SanitäterInnen berichten, dass sie sich auch nach einer einsatzfreien Dienstschicht abgeschlagen und müde fühlen.

(vgl. Karutz/Lasogga 2005: 14)

4.2.2. Der Zeitpunkt der Alarmierung

Im Rettungsdienst des Roten Kreuzes werden die SanitäterInnen im Falle eines Einsatzes durch eine Kurzmitteilung auf das Mobiltelefon sowie zusätzlich durch das Piepsen des Funkmeldeempfängers auf diesen aufmerksam gemacht.

Aufgrund dieser akustischen Alarmierung wird der Körper in einen Stresszustand versetzt. Kurzfristige Pulsfrequenzen bis 200/Min. (z.B. bei der Meldung einer Reanimation) sind dabei keine Seltenheit. Zudem reagiert der Körper mit einer Erhöhung des Blutdrucks, Erweiterung der Herzkranzgefäße und Ausschüttung des Hormons Adrenalin auf das plötzliche Ereignis. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 14)

Wenn man bedenkt, dass ein Standard-Funkmeldeempfänger, wie er beim Roten Kreuz in Verwendung ist, bei einer Entfernung von 30 Zentimeter über 80 Dezibel an

Lautstärke (vgl. Swissphone 2008: o.P.) erreicht, dann ist es wenig verwunderlich, „dass Einsatzkräfte sich ganz einfach erschrecken“ (Karutz/Lasogga 2005: 14) und der Körper binnen Sekunden vom Entspannungszustand in den Anspannungszustand, grob gesagt in Stress übergeht.

4.2.3. Die Komplexität der Einsätze

Die Art der Anspannung und der Belastung für die SanitäterInnen hängt einerseits von deren individueller Vulnerabilität, als auch andererseits von der Art des Einsatzes ab. Obwohl die Wahrscheinlichkeit, dass Berufsgruppen wie SanitäterInnen mit einer traumatischen Situation konfrontiert werden, viel höher ist, steht fest, dass auch diese Berufsgruppen bei einem Großteil ihrer Arbeit mit weniger dramatischen Einsätzen zu tun haben. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 16)

Als besonders belastend werden von SanitäterInnen Einsätze mit (Klein-)Kindern, Jugendlichen oder bekannten Personen wie KollegInnen oder Familienmitgliedern gesehen.

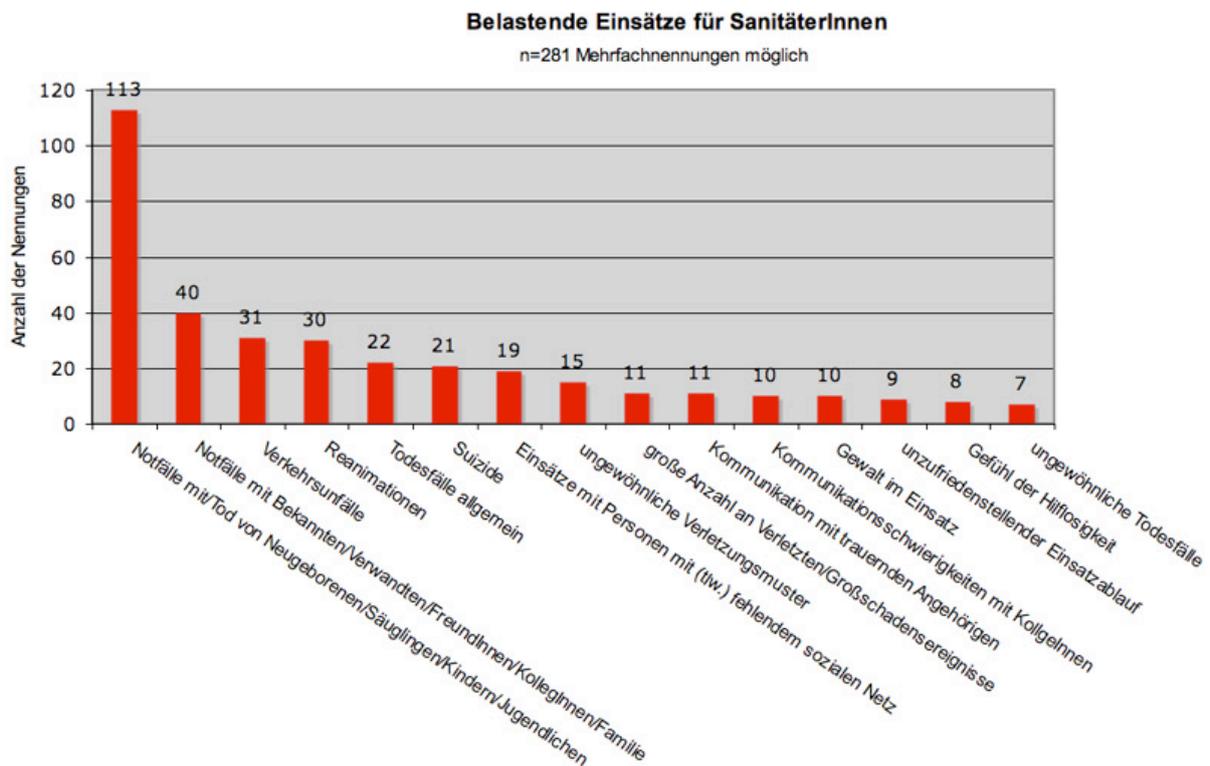


Abb. 2: Belastende Einsätze für SanitäterInnen

Karutz und Lasogga (2005: 17) nennen zudem Fehleinsätze als Grund für Anspannung und Belastung bei SanitäterInnen, da diese durch den Fehleinsatz ihr Können nicht unter Beweis stellen konnten, und somit oft frustriert sind.

4.2.4. Die Anfahrt zum Einsatzort

Eine Anfahrt zu einem Einsatzort kann oftmals ohne besondere Eile angetreten werden. Allerdings gibt es auch zeitkritische Einsätze, bei denen Eile geboten ist und wenige Minuten über Leben entscheiden können. In diesen Fällen stehen speziell die EinsatzfahrerInnen unter enormen Druck. Sie müssen schwere Rettungsfahrzeuge mit hohen Geschwindigkeiten im Straßenverkehr bewegen. Hinzu kommen weitere erschwerende Aspekte wie das Verhalten anderer VerkehrsteilnehmerInnen, visuelle und akustische Reize, Straßenzustand oder Witterungsbedingungen.

„Fahrer von Einsatzfahrzeugen müssen auch damit rechnen, dass andere Verkehrsteilnehmer auf Sondersignale nicht angemessen reagieren. Anstatt eine Gasse zu bilden und Einsatzfahrzeugen den Weg frei zu machen, wird eine Straße versperrt. Andere Verkehrsteilnehmer bremsen plötzlich und bleiben stehen, während wiederum andere aus scheinbar unerklärlichen Gründen mehrfach die Fahrbahn wechseln und damit einen Überholvorgang unmöglich machen.“
(Karutz/Lasogga 2005: 18)

Aber nicht nur für die EinsatzfahrerInnen, sondern auch für die SanitäterInnen am Beifahrersitz ist die Fahrt zum Berufungsort stressig. Viele nutzen die Anfahrt zur Vorbereitung auf den Einsatz, gleichzeitig unterstützen sie mit Anweisungen den/die FahrerIn beispielsweise auf engen Straßen oder in Kreuzungsbereichen sicher voranzukommen. Oftmals werden während der Hinfahrt bereits Maßnahmen für die Zeit nach dem Eintreffen am Notfallort besprochen und Vorgehensweisen geplant.

Ein weiterer Stressaspekt kommt noch kurz vor Erreichen des Notfallortes zum Tragen. Nicht alle Berufungsorte können auf Anhieb gefunden werden. Trotz modernen Navigationsgeräten und detaillierten Straßenkarten ist es mitunter schwierig, den konkreten Einsatzort zu finden. Auch dieses zeitraubende Suchen der richtigen Einsatzadresse verursacht Stress und erhöht den Druck der SanitäterInnen.
(vgl. Karutz/Lasogga 2005: 19)

4.2.5. Die Situation am Einsatzort

Am Einsatzort angekommen, kann es nochmals zu einer Erhöhung des Stresspegels kommen. Oft stimmen die Einsatzmeldungen der Rettungsleitstelle nicht mit den wirklichen Notfallgeschehen vor Ort überein, oft bedarf es auch erst einer genauen Lagebeurteilung durch die Rettungsmannschaft vor Ort um im Ernstfall Verstärkung nachordern oder Spezialkräfte wie Polizei oder Feuerwehr verständigen zu können. Gerade für Rettungsmannschaften, welche ohne NotärztInnen unterwegs sind, ist es am Notfallort wichtig, die Verletzung oder die Erkrankung entsprechend einschätzen zu können, um im Bedarfsfall einen Notarzt/eine Notärztin zu Rate ziehen zu können. Zudem kommen, neben den PatientInnen vor Ort, auf die SanitäterInnen auch die „unterschiedlichsten Reaktionsweisen von Betroffenen“ (Karutz/Lasogga 2005: 21) sowie in Einzelfällen zusätzliche Gefahren (z.B.: Brandgefahr, Einsturzgefahr, Infektionsgefahr, etc.) hinzu.

Besonders häufig sind SanitäterInnen mit optischen, akustischen, olfaktorischen oder hygienischen Bedingungen konfrontiert. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 22f)

Bei Einsätzen in der Nacht haben die Rettungskräfte mit der Dunkelheit, oft aber auch mit den unterschiedlichsten Witterungsbedingungen zu kämpfen. Zudem werden sie durch das blitzende Blaulicht und die sich verändernden Lichtbedingungen beeinflusst. In Häusern oder Wohnungen beispielsweise sind die SanitäterInnen mit einer Vielfalt von Temperaturschwankungen, Geruchsveränderungen und wechselnden Platzverhältnissen konfrontiert. Oft kommen auch schlechte hygienische Bedingungen hinzu, welche die Arbeit oft erschweren.

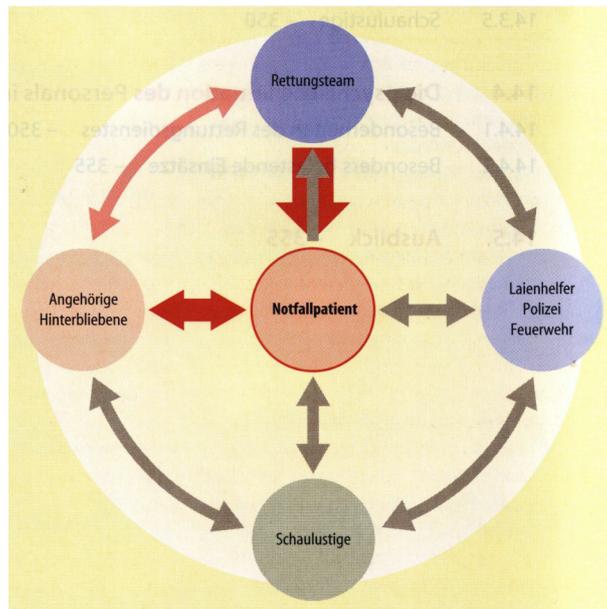


Abb. 3: Psychologisches Beziehungsgeflecht im Rettungsdienst

Quelle: Gorgaß et al. 2005: 342

Das folgende Fallbeispiel soll die Vielfalt von belastenden Bedingungen während eines realen Einsatzes aufzeigen.

Gegen 22 Uhr heult die Feuerwehirsirene nahe einer Rot-Kreuz-Dienststelle auf. Als die Dienst habenden SanitäterInnen die Sirene wahrnehmen, steigt der Stresspegel, da sie ahnen, dass sie in Kürze ebenfalls zu diesem Einsatz alarmiert werden könnten. Kurze Zeit später erhält auch die Rettungsmannschaft die Einsatzmeldung über einen schweren Verkehrsunfall mit einem beteiligtem LKW und einer darin eingeklemmten Person. Aufgrund der schlechten Witterungsbedingungen und der ungenauen Wegbeschreibung gestaltet sich die Anfahrt schwierig. Am Notfallort angekommen, bietet sich der Rettungsmannschaft ein Bild der Verwüstung. Ein mit Holzstämmen beladener LKW überschlug sich und kam abseits der Straße zu liegen. Um zum LKW und zur vermuteten eingeklemmten Person zu kommen, müssen die SanitäterInnen über die, in der nassen Wiese herumliegenden Holzstämme klettern. Der Fahrer kann sich aus dem LKW selbst befreien und kriecht aus dem LKW-Wrack. Mit Gesichtsschädelverletzungen und Blutungen wird der Patient in den Rettungswagen verbracht. Aufgrund der tschechischen Abstammung des Fahrers ist eine Kommunikation nur sehr eingeschränkt möglich. Zu diesem Zeitpunkt werden die SanitäterInnen durch die eintreffende Feuerwehr über weitere Patienten informiert. Es stellt sich heraus, dass es zu einer Kollision zwischen LKW und PKW

gekommen sein dürfte, wodurch der PKW in den nahe gelegenen Acker geschleudert wurde. Während eine Sanitäterin den LKW-Fahrer versorgt, begeben sich die beiden anderen Sanitäter zum PKW. Dort finden sie einen Patienten und ein ca. 12-jähriges Kind vor, wobei letzteres offensichtlich keine Verletzungen davongetragen hatte. Bis zum Eintreffen des nächsten Arztes wird der Mann von den Sanitätern in der Dunkelheit versorgt, da eine Ausleuchtung der Unfallstelle durch ein defektes Stromaggregat der Feuerwehr nicht möglich ist. Das Kind wird für eine psychische Betreuung in die Obhut der Feuerwehr gegeben. Die alarmierten Notarztwagen treffen kurz hintereinander am Unfallort ein. Einer der Notärzte weigert sich, den im Acker liegenden Patienten zu versorgen, da er vermeiden will, durch den nassen Acker beschmutzt zu werden. Es entsteht eine kurze Diskussion zwischen einem Sanitäter und dem Notarzt. Schlussendlich können die Patienten den Notarztmannschaften zur weiteren Versorgung übergeben werden. Zu diesem Zeitpunkt trifft eine völlig aufgelöste Frau am Unfallort ein und berichtet den SanitäterInnen, dass sie die Mutter des Kindes und die Ehefrau des PKW-Fahrers ist. Sie wurde laut ihren Angaben von ihrem Kind nach dem Unfall verständigt. Die SanitäterInnen klären die Frau im Beisein der ebenfalls anwesenden Polizeibeamten über das Geschehene auf, während sie das Kind für einen schonenden Transport in das Krankenhaus vorbereiten. Auf Nachfrage der SanitäterInnen, ob sich das Kind an den Unfall erinnern kann, gibt das Kind an, der Vater sei nach einem Streit mit der Mutter gemeinsam mit ihm in das Auto gestiegen und er sei absichtlich, mit dem Vorhaben sich und das Kind zu töten gegen den LKW gefahren. Die SanitäterInnen transportieren das Kind auf die Unfallaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses und bleiben bei ihm bis zum Eintreffen der Mutter im Krankenhaus. Während der Rückfahrt auf die Rot-Kreuz-Dienststelle sprechen die SanitäterInnen über das Erlebte und berichten sich gegenseitig die Verletzungsmuster der Patienten. Bereits zurück auf der Dienststelle setzen sich die SanitäterInnen gemeinsam mit anderen, zufällig anwesenden KollegInnen zusammen und sprechen über das Erlebte und die Schwierigkeiten, die es während des Einsatzes zu bewältigen galt.

„Das unmittelbare Aufeinandertreffen dieser so unterschiedlichen Situationen kann das psychische Erleben des Betroffenen maßgeblich beeinflussen.“, so Binder-Kriegelstein (1997: 33)

Und wirklich, heute noch, knapp zwei Jahre nach diesem Einsatz sind die Bilder des Ereignisses bei den SanitäterInnen abrufbar, sogar einige Wahrnehmungen von damals, die akustischen Reize aufgrund der blitzenden Blaulichter, der Geruch des nassen Ackers sowie die Gesichter der betroffenen Menschen sind den SanitäterInnen noch nahe.

4.3. Psychologische Belastungen im Rettungsdienst

4.3.1. Individualpsychologische Belastungen

„Was es ist

Es ist Unsinn, sagt die Vernunft

Es ist, was es ist, sagt die Liebe

Es ist Unglück, sagt die Berechnung

Es ist nichts als Schmerz, sagt die Angst

Es ist aussichtslos, sagt die Einsicht

Es ist, was es ist, sagt die Liebe

Es ist lächerlich, sagt der Stolz

Es ist leichtsinnig, sagt die Vorsicht

Es ist unmöglich, sagt die Erfahrung

Es ist, was es ist, sagt die Liebe“

(Fried 1996: o.P., zit. in: Stepan 2001: 398)

Welche Gründe es auch immer sein mögen, die gegen die Tätigkeit im Rettungsdienst sprechen, es gibt auch genug Gründe die die Menschen dazu veranlassen diese wertvolle und notwendige Arbeit zu leisten. Passend zur Thematik hat das Rote Kreuz vor Kurzem den Slogan “Aus Liebe zum Menschen” ins Leben gerufen, welcher sehr prägnant auf den Ursprung der Nächstenliebe hinweist.

Die hohe Anzahl an Gründen für die Tätigkeit im Rettungsdienst wird womöglich einhergehen mit der hohen Anzahl an individualpsychologischen Belastungen die auf SanitäterInnen einströmen können.

Karutz und Lasogga (2005: 32) verstehen dabei jene Belastungen, „die aus dem einzelnen Helfer resultieren, bedingt durch seine Persönlichkeit, seine Gedanken und seine Erwartungen.“

Laut Krampfl (2007: 15) wurden bei Untersuchungen zur Persönlichkeit von Einsatzkräften (sowohl der Feuerwehr, der Polizei und des Rettungsdienstes) und bei Befragungen zur Motivation für die Tätigkeit folgende Charakteristika von Einsatzkräften signifikant oft genannt:

- hohe Stresstoleranz
- Zielorientiertheit
- Kontrollorientiertheit
- Bedürfnis nach Stimulation/Anregung
- schnell gelangweilt
- sehr engagiert
- u.ä.

Aus den genannten Charakteristika lässt sich nun auf mögliche individualpsychologische Belastungen schließen. So lässt sich annehmen, dass auch bei Einsatzkräften mit einer, selbst als hoch eingeschätzter Stresstoleranz, auch diese Obergrenze des tolerierbaren Stresses durch belastende Einsätze erreicht werden kann und somit Auswirkungen auf die Psyche des Individuums nicht auszuschließen sind.

Weiters ist der Rettungsdienst, wie das oben genannte Fallbeispiel eindrucksvoll zeigt, ein unplanbares und unvorhersehbares Arbeitsfeld, welches einerseits für Personen mit erhöhtem Stimulationsbedürfnis schnell zu langweilig werden kann und diese aufgrund der mangelnden Aktivitäten und dem Gefühl der Unterforderung mit ihrer Tätigkeit unzufrieden werden; aber auch andererseits für Personen mit dem Wunsch nach Kontrolle und dem Streben nach Zielerreichung schnell unübersichtlich, stressig und überfordernd wirken kann.

Um dieser natürlichen Ungleichmäßigkeit ein wenig entgegenwirken zu können, steht es den MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes frei, in welchem Tätigkeitsfeld (Rettungs- und Krankentransport- oder Notarztdienst) sie hauptsächlich arbeiten möchten. Einzig die Zivildienstleistenden werden fast ausschließlich in den Krankentransportdienst zugeteilt, sofern sie nicht gänzlich im Innendienst eingesetzt werden. Neben den genannten Belastungen ist es zudem auch keine Seltenheit sehr engagierte MitarbeiterInnen aus dem Rettungsdienst zu verlieren. Gründe dafür können die mangelnde Möglichkeit der Ideenverwirklichung oder aber auch strukturelle und organisationsbedingte Hürden und Hindernisse sein, welche es demjenigen oder derjenigen nicht ermöglichen, das Engagement ausleben zu können. Wobei es hier anzumerken gilt, dass dies nicht aufgrund von Boshaftigkeit oder Widerwillen der Organisation passieren muss, sondern auch oft aufgrund der institutionellen Ausrichtung, Arbeitsstruktur oder aufgrund von festgelegten Richtlinien und Organisationsprozessen nicht anders möglich ist.

(vgl. Karutz/Lasogga 2005: 32-37, vgl. Beerlage/Hering 2004: 57f, vgl. Krampfl 2007: 7-9)

Beerlage und Hering (2004: 107) sprechen davon, „dass ein negativer Zusammenhang zwischen den typischen Merkmalen der Arbeit im Rettungsdienst und habituellem körperlichen und allgemeinen psychosozialen Wohlbefinden besteht.“

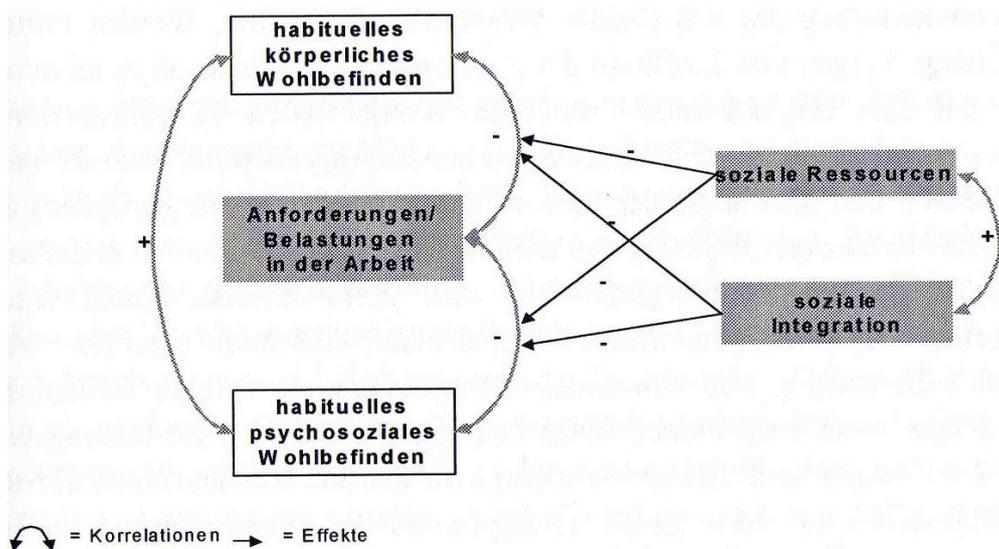


Abb. 4: Integration von Anforderungen/Belastungen und habituellem (körperlichem) Wohlbefinden im Kontext umweltzentrierter Erklärungsansätze von Wohlbefinden und Ressourcen

Quelle: Beerlage/Hering 2004: 83

Die genannten individualpsychologischen Belastungen haben nicht zwangsläufig negative Auswirkungen auf das Befinden bzw. den Gesundheitszustand von Einsatzkräften, eine angemessene Bewältigung des Erlebten kann sogar dazu beitragen, das eigene Tun entweder zu stabilisieren oder in eine positive Richtung hin zu verändern. (vgl. Beerlage/Hering 2004: 57)

4.3.2. Sozialpsychologische Belastungen

Ebenso vielfältig wie die individualpsychologischen Belastungen, scheinen auch die sozialpsychologischen Belastungen zu sein. Diese Belastungen treten durch Interaktion mit anderen Personen auf. Diese Personen können PatientInnen, aber auch deren Angehörige oder gänzlich unbekannte Personen wie ZuschauerInnen, ReporterInnen, etc. sein. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 37f)

Als belastend an diesen Interaktionen werden einerseits die unterschiedlichen Gründe des Aufeinandertreffens, als auch andererseits die individuellen Verhaltensweisen der Personen innerhalb eines Aktionszeitraumes empfunden.

So wurden die SanitäterInnen aus dem oben genannten Fallbeispiel zu einem Verkehrsunfall mit verletzten Personen gerufen. Die anfängliche Kommunikation spielte sich zwischen den SanitäterInnen und den hilfesuchenden PatientInnen ab. Gleichzeitig entstand mit den MitarbeiterInnen der Feuerwehr eine Kommunikation um die Bergung des Patienten abzusprechen und planen zu können.

Hinzu kommt während des Einsatzes noch die notwendige Kommunikation mit den Exekutivorganen um die Daten der PatientInnen abzugleichen und schlussendlich war wiederum das empathische Verhalten der SanitäterInnen im Hinblick auf das Gespräch mit der eintreffenden Mutter und Gattin sowie ihres, am Unfall beteiligten Kindes verlangt.

Grob gesagt müssen SanitäterInnen während eines Einsatzes in der Lage sein, mit unterschiedlichen Persönlichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen kommunizieren zu können. Zudem müssen sie hierbei auch in der Lage sein, die Kontrolle über das Geschehen zu behalten und versuchen eine Struktur für sich und alle Anwesenden zu schaffen.

Neben den unterschiedlichsten Patientengruppen (Kinder, ältere PatientInnen, Drogenabhängige, schwer(st) Verletzte, psychisch Kranke, etc.) bedarf es unter

Stresseinwirkung auch der adäquaten und zielgerichteten Kommunikation mit den eigenen KollegInnen, mit MitarbeiterInnen anderer Hilfsorganisationen sowie mit Angehörigen und ZuschauerInnen.

Die genannten Belastungen können nicht nur in individualpsychologische und sozialpsychologische, sondern auch differenzierter in emotionale, kognitive und situative Aspekte unterteilt werden. Hermanutz et al. (2001: o.P., zit. in: Krampfl 2007: 9f) stellen dies in tabellarischer Form dar:

emotionale Aspekte	kognitive Aspekte	situative Aspekte
Ständige Auseinandersetzung (mit Menschen), die emotional belasten.	Ständige Auseinandersetzung (mit Menschen), die kognitiv stark beanspruchend sind.	Häufige Auseinandersetzung mit negativ besetzten Situationen (Unfälle, Konflikte, Tod, Leid, ...).
Diskrepanz zwischen den eigenen Handlungsmöglichkeiten und der vorgefundenen Situation.	Die Angst/Unsicherheit Fehler zu machen.	Es kommt oft zu überraschenden und unvorhersehbaren Spannungssituationen.
Erlebte Hilflosigkeit.	Berufliche Pflichten im Gegensatz zur tatsächlichen Erfolgskonstellation.	
Fehlende Anerkennung für den geleisteten Einsatz.	Mangelnde Anerkennung und unsachliche Kritik in der Öffentlichkeit (hohes Gefälle zwischen Berufsbild und Realität).	

Abb. 5: Einteilung von Belastungen in emotionale, kognitive und situative Aspekte

Quelle: Krampfl 2007: 10

Krampfl (2007: 13) hält fest, dass Einsatzkräfte im Allgemeinen trotz all dieser Stressoren und Belastungen auch noch nach mehrjähriger Dienstzeit einsatzfähig sind und auch subjektiv kein Gefühl der Beeinträchtigung durch das Erlebte verspüren. Dies ist laut Krampfl (2007: 13) auf unterschiedlichste Schutzfaktoren der Einsatzkräfte zurückzuführen.

5. Schutzfaktoren für SanitäterInnen

In Anlehnung an Krampfs (2007: 13f) Schutzfaktoren für Einsatzkräfte werden zwei bedeutende Schutzfaktoren speziell für das Berufsbild der SanitäterInnen aufgezeigt.

5.1. Das Berufsbild

SanitäterIn zu werden ist bereits meist vor der Entscheidung, einer Hilfsorganisation beizutreten, mit gewissen Vorstellungen und Erwartungen verbunden. Diese Vorstellungen sind in den meisten Fällen geprägt von dem Gedanken, erkrankten und verletzten Personen helfen zu können. Durch diese Vorstellungen sind angehende SanitäterInnen bereits zu Beginn gedanklich mit „worst-case-Szenarien“ konfrontiert. Zudem kommt, dass die Ausbildungszeit genutzt wird, um Extremsituationen zu trainieren um im Ernstfall nicht überrascht zu werden.

Bei Untersuchungen von Teegen (1997 und 1999: o.P., zit. in: Krampfs 2007: 14) zeigte sich deutlich, dass realitätsgerechte Vorbereitungen auf Extrembelastungen sowie die Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit KollegInnen und nicht zuletzt eine Aufklärung über physiopsychologische Reaktionen des Körpers auf Extrembelastungen, die Bewältigung von berufsbedingten Extrembelastungen begünstigen.

5.2. Die Kompetenzerweiterung

Je mehr Einsätze erlebt werden, desto mehr gewinnen SanitäterInnen an Erfahrung. Nahezu kein Einsatz gleicht einem anderen und so werden zahlreiche Arten und Variationen von Einsätzen erlebt und bewältigt. Aus der Erfahrung heraus wird nicht nur fachlich dazugelernt, sondern auch ein sehr persönlicher Nutzen daraus gezogen. SanitäterInnen gewinnen mit steigender Einsatzerfahrung an Sicherheit und an Vertrauen auf die eigenen Kompetenzen. Dies führt zu einem besseren Selbstvertrauen und in vielen Fällen auch zu einer schwindenden Vulnerabilität.

Henseler (1990: 82, zit. in: Krampfl 2007: 20) sieht hierbei jedoch eine Gefahr: „Ein Mensch, der überhöhte Vorstellungen von sich hat, wird auch seine Kräfte und Fähigkeiten magisch überhöht einschätzen.“

5.3. Moderatorvariablen

Karutz und Lasogga (2005: 55-81) nennen diese Schutzfaktoren Moderatorvariablen und erweitern die genannten Schutzfaktoren, Berufsbild und Kompetenzerweiterung, um biologische, soziografische, psychologische und organisatorische Variablen.

5.3.1. Biologische Moderatorvariablen

Unter den biologischen Moderatorvariablen fassen Karutz und Lasogga (2005: 56f) das Alter der HelferInnen, das Geschlecht sowie deren Konstitution zusammen.

Ältere Personen können erfahrungsgemäß weniger körperliche Anstrengungen über einen längeren Zeitraum ausüben als Jüngere. Insofern liegt es in der Natur der Sache, dass im Rettungsdienst eher Personen unter 60 Jahren tätig sind. Das Durchschnittsalter beim Roten Kreuz Niederösterreich und Wien wurde im Rahmen der durchgeführten Onlinebefragung mit 28,83 Jahren ermittelt.

Das Geschlecht spielt bei den biologischen Schutzfaktoren ebenso eine wesentliche Rolle. Obwohl mehr Männer als Frauen in helfenden Berufen tätig sind, gelten Frauen als wesentlich schmerzempfindlicher und fürsorglicher (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 56) und wären somit scheinbar geeigneter als Männer für die Tätigkeiten im Rettungsdienst. Scheinbar deshalb, da man weiß, dass diese Aussage nicht auf jeden Einzelnen/jede Einzelne zutreffend ist, da ebenso fürsorgliche und für den Rettungsdienst absolut geeignete Männer existieren.

5.3.2. Soziografische Moderatorvariablen

Zudem kommt es im Rettungsdienst auf mehr als den genannten Variablen an, so zum Beispiel auch auf die Kondition. Zu Beginn der Ausbildung zum

Rettungssanitäter/zur Rettungssanitäterin sind die AnwärterInnen verpflichtet, ein medizinisches Gutachten über ihren Gesundheitszustand anfertigen zu lassen. Es wird dabei seitens der Hilfsorganisation ausgeschlossen, dass Personen im Rettungsdienst tätig werden, welche durch Erkrankungen, Über- bzw. Untergewicht oder durch Stoffwechselstörungen in ihrer Leistung eingeschränkt werden.

Dies dient einerseits der Absicherung der Hilfsorganisation und ist andererseits als Schutz für die AnwärterInnen, um ihre Gesundheit nicht nachhaltig zu gefährden.

Das Dienstalster sowie die finanzielle oder familiäre Situation von Einsatzkräften können laut Karutz und Lasogga (2005: 58-60) ebenfalls für die Belastungsfähigkeit ausschlaggebend sein.

Mit höherem Dienstalster ist zwar die Wahrscheinlichkeit höher mehr erlebt und somit mit belastenden Ereignissen besser vertraut zu sein, gemäß der Aussage „Den kann nichts mehr erschüttern, der ist so abgeklärt.“ (Karutz/Lasogga 2005: 59). Karutz und Lasogga (2005: 58f) merken aber an, dass dies nicht zwangsweise der Fall sein muss, da mit dem Dienstalster auch ältere erfahrenere HelferInnen berichten, trotz der zahlreichen Einsätze immer mehr dadurch belastet zu werden; man wird „dünnhäutiger“.

Ähnlich kann die finanzielle Situation von SanitäterInnen deren Belastungsreaktionen beeinflussen. Diese Problematik kommt zum Großteil bei hauptberuflichen SanitäterInnen, aber auch der Gedanke an Schulden oder geringes Einkommen kann bei ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zu höherer Belastungsanfälligkeit führen. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 59)

Ein oft vernachlässigtes Thema bei Diskussionen rund um Belastungen im Rettungsdienst ist der familiäre Hintergrund bzw. das soziale Netz der SanitäterInnen. So sind alleinstehende SanitäterInnen mit geringem sozialen Netz gefährdeter an Belastungsreaktionen zu leiden, als jene Personen, die nach einem belastenden Ereignis zur Familie oder zu Freunden heimkehren und vom Erlebten ein Stück weit abgelenkt werden. Dennoch besteht hierbei auch die Gefahr, dass aufgrund des Erlebten, zwischen den LebenspartnerInnen oder im Freundeskreis Spannungen auftreten, welche kurz-, mittel- oder sogar längerfristig zu einer Beeinträchtigung des partnerschaftlichen bzw. freundschaftlichen Zusammenlebens führen können. Eine solche, im privaten Umfeld auftretende, Krisensituation kann

wiederum im Rettungsdienst zu einer geringeren Vulnerabilität der Einsatzkraft führen. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 59-61, Krampfl 2007: 55-57)

Beerlage und Hering (2004: 93) verifizieren diese Aussage wenn sie meinen, dass sich soziale Unterstützung „abschwächend (oder verstärkend)“ auf Stressoren auswirken. „So wird einerseits angenommen, dass sie [die soziale Unterstützung] die schädlichen Auswirkungen der Krise dämpft (puffert) oder sie ganz verhindert“. Andererseits wird die soziale Unterstützung als Bewältigungsressource diskutiert, wodurch die Handlungsmöglichkeiten der Person im Stressprozess erweitert werden können“. (Beerlage/Hering 2004: 93)

5.3.3. Psychologische Moderatorvariablen

„Das, woran wir selber glauben, bildet gewissermaßen die Basis unseres zwischenmenschlichen Handelns, wird zum selbstgeschaffenen „holding environment“ der Seele. Es prägt damit auch unseren eigenen Modus sowohl im Umgang mit extremen Situationen der äußeren Realität wie auch unsere innere imaginierte Beziehung zu solchen Situationen.“ (Butollo 2002: 60, zit. in: Krampfl 2007: 23)

Die Reaktion des Körpers und der Psyche auf Belastungen oder Erlebnisse ist demnach abhängig von der Persönlichkeit des Menschen. Ein positives Selbstbild, eine emotionale Stabilität sowie das Wissen über persönliche Copingstrategien sind demnach für eine positive Bewältigung von Belastungserscheinungen von Bedeutung. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 62-64)

Ist das Gegenteil der Fall, wird also eine Person durch chronische Ängstlichkeit, Unsicherheit sowie durch die Anwendung palliativer Copingstrategien (Alkoholkonsum oder Psychopharmakaeinnahme nach belastenden Einsätzen, mitunter auch Bagatellisierung des Erlebten, u.ä.) charakterisiert, so besteht die Gefahr, dass Erlebtes und Belastendes nicht bewältigt wird, sondern nunmehr zu weiteren Problemen führt. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 63f)

Die Entwicklung von Copingstrategien ist im Wesentlichen von der Sozialisation und der Erziehung abhängig und ist ähnlich wie der persönlichen Einstellung zum Beruf schwer erlern- bzw. trainierbar. Somit ist der Umgang mit dem eigenen Körper sowie

mit der eigenen Psyche ein anerzogenes Ritual. Krampfl (2007: 23) ist zudem der Meinung, dass gerade bei Einsatzkräften, die mit belastenden Ereignissen konfrontiert werden, der Glaube an die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit besondere Bedeutung hat. Trotzdem, so Karutz und Lasogga (2005: 65) ist es notwendig, eine gewisse Distanz zur professionellen Berufsausübung zu wahren und nicht die gesamte Befriedigung durch den Beruf zu erlangen. Speziell für SanitäterInnen, seien es Hauptamtliche oder Nebenamtliche bzw. Ehrenamtliche, bedeutet dies, dass neben der rettungsdienstlichen Tätigkeit bewusst ein Ausgleich durch Hobbys o.ä. gesucht werden sollte.

Als eine weitere Copingstrategie wird der Humor gesehen. Der Psychologe Mietzel (1998: o.P., zit. in: Karutz/Lasogga 2005: 66) meint hierzu folgendes:

„Sofern ein Mensch nach einem traurigen Ereignis seinen Humor nicht völlig verliert, besitzt er die Möglichkeit, es auch aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.“ Ist dieser Mensch im Weiteren noch in der Lage die Verrücktheit der Situation zu erkennen, so befindet er sich am besten Weg die wichtigste Voraussetzung für die Abwehr von Stress, nämlich die Kontrolle zurück zu gewinnen, so Mietzel (1998: o.P., zit. in: Karutz/Lasogga 2005: 66)

5.3.4. Organisatorische Moderatorvariablen

Neben den biologischen, soziografischen und psychologischen Moderatorvariablen nennen Karutz und Lasogga (2005: 67-81) zudem die organisatorischen Moderatorvariablen. Diese setzen sich aus verschiedenen, von der Organisation beeinflussbaren, Variablen zusammen. Somit wird klar, dass die Möglichkeit der Belastungsabwehr bzw. der Belastungsbewältigung nicht einzig und allein von den Einsatzkräften, sondern zu einem großen Teil auch von der Institution abhängig ist. Beispielsweise sind die Ausstattung der Einsatzfahrzeuge sowie jene der Dienststelle für das Wohlbefinden und die Sicherheit der SanitäterInnen ausschlaggebend. Die Vollständigkeit der Fahrzeugausstattung und der aktuelle Stand der Technik geben den Einsatzkräften das Gefühl von Sicherheit und sorgen dafür, dass die SanitäterInnen wissen, für nahezu jede Situation optimal gerüstet zu sein, so Karutz und Lasogga (2005: 67f). Nahezu gleichbedeutend sehen die

Autoren (2005: 69) die Ausstattung der Dienststelle. Dass dies eine wirkliche Bedeutung hat, zeigte sich deutlich bei Neubauten von Dienststellen. Als Beispiele können hier die Errichtungen von neuen Dienststellen in einem Mostviertler Bezirk genannt werden. Aufgrund der sanierungsbedürftigen Altbauten (undichte Fenster, schlechte sanitäre Einrichtungen, fehlende Räumlichkeiten) und der damit verbundenen Ungemütlichkeit, entschieden sich einige SanitäterInnen ihren Dienst von zuhause aus zu verrichten und erst im Einsatzfall auf der Dienststelle einzurücken. Dies führte zu einem schwindenden Gemeinschaftsgefühl, zu unakzeptablen Ausfahrtszeiten und zu organisationsinternen Konflikten. Durch die Neubauten konnte auf die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen eingegangen werden und so einerseits gemütliche und repräsentative Arbeitsumgebungen geschaffen und andererseits das Zusammengehörigkeitsgefühl der MitarbeiterInnen gestärkt werden. Dadurch war es letzten Endes auch möglich, die Motivation der SanitäterInnen zu steigern, neue MitarbeiterInnen zu gewinnen und Dienstplanschwierigkeiten zu einem Großteil zu beseitigen.

Ähnlich sieht es dabei auch bei der Fahrzeugausstattung aus. Ist diese vollständig und auf dem aktuellen Stand der Technik, so gibt es für die SanitäterInnen wenige Gründe damit unzufrieden zu sein. Ist man aber gezwungen NotfallpatientInnen ohne entsprechende diagnostische Hilfsmittel (wie beispielsweise Pulsoxymetrie, Elektrokardiogramm, Defibrillatoren, u.ä.) zu versorgen oder mit überholungsbedürftigen Gerätschaften (wie beispielsweise in die Jahre gekommene Krankentragen, Tragstühle, billigste Stethoskope, Fahrzeuge mit hunderttausenden von gefahrenen Kilometern u.ä.) zu arbeiten, wird das Sicherheitsgefühl der SanitäterInnen schwinden und die Arbeit zur Belastung werden.

Die fachliche Aus- und Weiterbildung gehört laut Karutz und Lasogga (2005: 70f) ebenfalls zu den möglichen organisatorischen Moderatorvariablen um Stress- oder Belastungsreaktionen vorzubeugen. „Gute Aus- und Fortbildung ist deshalb nicht nur aus fachlichen, sondern auch aus psychologischen Gründen notwendig.“ (Karutz/Lasogga 2005: 70)

Krampl (2007: 14) spricht hierbei von einer Notwendigkeit von Training und Schulung für die Einsatzkräfte, da in stressigen Situationen nicht mehr agiert, sondern meist nur noch reagiert wird. Aus diesem Grund ist es wichtig, möglichst extreme Einsatzsituationen zu trainieren um die SanitäterInnen realitätsgerecht auf

Extrembelastungen vorzubereiten. Binder-Krieglstein (1997: 73) ist ebenso der Meinung, „dass gerade die Übung im Lehrsaal dem auszubildenden Sanitäter die Chance gibt, Sicherheit im Umgang mit seinem Wissen zu erlangen.“ Zudem ist Binder-Krieglstein (1997: 74) der Ansicht, dass ein Fehlen von laufenden Übungen zu einem belastenden Wissensnotstand von SanitäterInnen führen kann. Er führt auch die schwindende Bereitschaft einiger MitarbeiterInnen, Dienst zu verrichten, auf das fehlende Training und der damit steigenden Unsicherheit zurück.

Neben einer fachlich fundierten Ausbildung der SanitäterInnen und fortwährenden Trainings bedarf es zudem laut Karutz und Lasogga (2005: 71-73) einer Ausbildung hinsichtlich eines psychologisch angemessenen Umgangs mit den verschiedensten PatientInnengruppen. So ist es zudem wünschenswert, in der Ausbildung von Rettungs- und NotfallsanitäterInnen mehr und mehr die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung von PatientInnen sowie deren Angehörigen oder ErsthelferInnen anzusprechen. Der Psychologe Binder-Krieglstein (1997: 88) fügt dem noch hinzu, dass es notwendig sei, die SanitäterInnen von CISD-Teams (Critical Incident Stress Debriefing-Teams) zu schulen, um die individuellen Fähigkeiten für kritische Einsätze aktuell zu halten.

Ebenso fordern Karutz und Lasogga (2005: 73-76) eine bewusste Sichtweise auf die Organisationskultur und das Verhalten der KollegInnen untereinander. Diese genannten Variablen können in ihrer negativen Ausprägung sehr belastend auf die MitarbeiterInnen wirken. Hierbei werden die Dienstplangestaltung, die Kommunikationsweise untereinander bzw. das Betriebsklima allgemein sowie von Van der Kolk (2000: o.P. zit. in: Krampfl 2007: 56) die Problematik des Mobbing genannt. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 73-77)

6. Folgen von Stress und Belastungen

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, ist Stress nicht zwangsläufig negativ für den menschlichen Organismus. Im Gegenteil, Stress ist lebensnotwendig und dient der Eustress der Leistungsfähigkeit des Menschen. (vgl. Redelsteiner 2003: o.P., vgl. Schmidt 2003: 3)

Der Distress hingegen kann bei fortwährendem Bestehen zu einer Vielfalt an Beeinträchtigungen des menschlichen Körpers und der Psyche führen. (vgl. Schmidt 2003: 5)

6.1. Anzeichen für Belastungs- bzw. Stressreaktion

Ob, wann und in welchem Ausmaß Reaktionen auftreten ist nicht vorherzusagen. Fest steht, dass sich die Folgen von Belastungen meist langsam und schleichend entwickeln und auch oft anfangs von den Betroffenen unbemerkt bleiben. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 82)

Dabei besteht die Gefahr, dass Belastungsreaktionen, entweder von den Betroffenen selbst oder von ihnen nahe stehenden Personen, zu spät erkannt werden und Interventionen somit ausbleiben. Ein Erkennen von Anzeichen ist vor allem deshalb schwierig, da eine enorme Vielfalt von möglichen Ausprägungen existiert und keine hundertprozentigen Anzeichen für eine Diagnose vorliegen. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 82)

Die Fachliteratur versucht jedoch die häufigsten Anzeichen für Belastungsreaktionen aufzuzeigen und nennt überwiegend folgende Hauptanzeichen:

- Schlafstörungen
- erhöhte Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Lustlosigkeit, depressives Verhalten
- gesteigerte Müdigkeit
- körperliche Erschöpfung nach geringer Anstrengung
- häufige Kopf- und Nackenschmerzen

- sozialer Rückzug
- Zunahme von Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum
- psychosomatische Erkrankungen

(vgl. Karutz/Lasogga 2005: 83-85, vgl. Das Rote Kreuz: 2000: o.P., vgl. Gorgaß et al. 2005 : 354, vgl. Redelsteiner et al. 2005: 632)

Vor allem die letzt genannten psychosomatischen Erkrankungen werden laut Stepan (2001: 382) immer wieder im täglichen Leben beobachtet. „Das lässt den Schluss zu, dass unser Körper offensichtlich spürt, was wir denken, und dass somit unser Geist, dank der Wechselwirkung zwischen Körper, Geist und Seele, Auswirkungen auf die physiologischen Prozesse in unserem Körper hat.“, so Stepan (2001: 382)

Gerade deshalb ist es als SanitäterIn notwendig, bei Einsätzen individuell das passende Mittelmaß, die so genannte „professionelle Distanz“, zwischen einer Identifikation mit den PatientInnen und einer abweisenden Haltung gegenüber den PatientInnen einzunehmen. (vgl. Redelsteiner et al. 2005: 632)

Diese professionelle Distanz soll gerade bei schwierigen Einsatzverläufen durch ständige Reflexion des eigenen Handelns und der eigenen Gedanken und Gefühle gewahrt werden. (vgl. Redelsteiner et al. 2005: 632, vgl. Stepan 2001: 385)

Aus dem Selbstbild heraus resultiert die Einschätzung der Umwelt, so Stepan (2001: 385) und daraus resultiert weiters „...die seelische und körperliche Reaktion auf bestimmte als bedrohlich wahrgenommene Situationen.“ (Stepan: 2001: 385)

Tausch (1993: o.P., zit. in: Stepan 2001: 385) sieht hierbei einen essentiellen Zusammenhang zwischen den sich ständig ändernden Erfahrungen mit Personen oder Ereignissen und des durch Reflexion weiterentwickelten Selbstbildes.

„Die eigenen Gefühle wahrzunehmen und anzuerkennen führt dann auch dahin, die Verantwortung dafür zu übernehmen, und ist somit die Voraussetzung für eine sinnvolle Stressbewältigung durch Problemlösung.“ (Aitken 1988: o.P., zit. in: Stepan 2001: 385)

6.2. Auswirkungen auf den menschlichen Körper und die Psyche

Anlehnend an Karutz und Lasogga (2005: 85-91) Einteilung der Auswirkungen von Stress und belastenden Ereignissen werden die möglichen Folgen in ähnlicher Weise dargestellt. Dabei wird in kurz-, mittel- und langfristige Folgen, sowie in akute und posttraumatische Belastungsstörung und Burnout unterschieden. Dafür spricht, dass somit eine optimale Klassifizierung der Anzeichen mit einer dazugehörigen chronologischen Einteilung dargestellt werden kann.

6.2.1. Kurzfristige Folgen

Bereits während eines Einsatzes oder unmittelbar danach lassen sich bei SanitäterInnen Reaktionen beobachten, welche mehr oder weniger ausgeprägt und mit unterschiedlicher Dauer auftreten. Diese Reaktionen sind Folge der Aufregung und Anspannung, welche durch den Einsatzablauf hervorgerufen wurden. Meist sind diese Reaktionen nur kurz andauernd und zeichnen sich durch ein innerliches Unruhegefühl, durch Aktivitätsdrang oder durch übertriebenes Lustigsein ab. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 85f)

Zudem führen verschiedene körpereigene Hormone wie beispielsweise Adrenalin oder Noradrenalin zu einer Tachykardie, also einer Steigerung der Herzfrequenz, zu einer verstärkten Atmung aufgrund einer Bronchienerweiterung, zu einer kurzfristigen Temperaturerhöhung sowie zu einer kurzzeitigen hypertonen Phase. Ebenfalls kann, nicht zu beunruhigendes, vermindertes Schmerzempfinden auftreten, welches Folge einer Freisetzung von weiteren Hormonen des Körpers ist. (vgl. Krampfl 2007: 36f, vgl. Gorgaß et al. 2005: 242ff, vgl. Redelsteiner et al. 2005: 96)

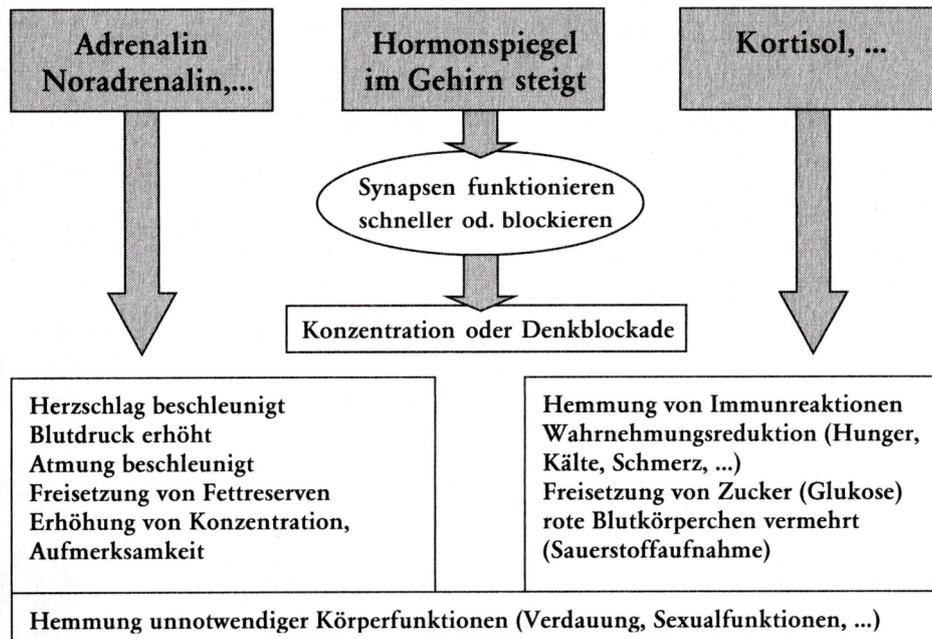


Abb. 6: Hormonwirkungen

Quelle: Krampfl 2007: 37

Diese normalen Reaktionen brauchen nicht zu beunruhigen, sofern sie kurzfristig sind und keine Beeinträchtigungen mit sich ziehen.

6.2.2. Mittel- und langfristige Folgen

Im Gegensatz zu den kurzfristigen Folgen beschäftigen die mittel- und langfristigen Folgen die SanitäterInnen über einen längeren Zeitraum und können zu einer Beeinträchtigung des normalen Alltagslebens sowie zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen führen. Oft angeführte körperliche und psychische Symptome hierfür sind Kopfschmerzen, Essstörungen, gesteigerte Reizbarkeit über einen längeren Zeitraum hinweg sowie depressive Phasen mit Aggressionsschüben. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 86)

Binder-Kriegelstein (1997: 26) sieht zudem psychosomatische Störungen als die klassischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Stress an. Es bedarf dabei eines chronischen Stressors, einer vorherrschenden Vulnerabilität der Person sowie ineffizienten Bewältigungsversuchen um eine Krankheit hervorzurufen, so der Psychologe (1997: 26). Ursache für eine Krankheitsentstehung sind biologische

Vorgänge, welche Auswirkungen auf den Stoffwechsel sowie auf das Immunsystem haben. (vgl. Nitsch 1981: o.P., zit. in: Binder-Krieglstein 1997: 27)

Das Ausmaß der drohenden Erkrankung sei dabei von der subjektiven Bewältigung der Stresssituation abhängig, behauptet Binder-Krieglstein (1997: 27) gemäß einer Theorie nach Fisher. Demnach soll es bei einer aktiven Auseinandersetzung mit einem Problem zu einer vermehrten Anstrengung und in Folge zu einer Erhöhung der Katecholamin- und Cholesterolausschüttung kommen. Diese wiederum können kardiovaskuläre und gastrointestinale Fehlsteuerungen mit sich bringen und zu Magengeschwüren und Herzerkrankungen führen.

Werden Reaktionen auf belastende Ereignisse jedoch verdrängt, abgelehnt oder dergleichen, so besteht die Gefahr, dass andere Krankheitsentwicklungen folgen. Aufgrund der ablehnenden Haltung gegenüber den Körperreaktionen kommt es zu Distress, welcher in Folge zu Krebs- oder Infektionserkrankungen führen kann. (vgl. Binder-Krieglstein 1997: 28)

Aufgrund dieser möglichen Krankheitsentwicklungen ist es für SanitäterInnen besonders wichtig auf den eigenen Körper zu hören und speziell bei, nach belastenden Einsätzen oder Situationen, auftretenden Beschwerden hellhörig zu werden. Es soll hierbei niemand der Hypochondrie verfallen, sondern dahingehend sensibilisiert werden, die Reaktionen seines Körpers bewusst wahrzunehmen und darauf entsprechende Handlungsweisen zu erarbeiten. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 89)

6.2.3. Akute Belastungsstörung

Im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion (siehe ICD 10, F43.0) tritt die akute Belastungsstörung erst Stunden oder Tage nach dem belastenden Ereignis auf. (vgl. Dilling et al. 2005: 168)

Eine exaktere zeitliche Einschränkung ist im DSM IV zu finden. Saß et al. (2003: o.P., zit. in: Karutz/Lasogga 2005: 90) spricht von einer akuten Belastungsstörung bei einem Symptomaufreten innerhalb von vier Wochen nach einem Ereignis, wobei die Symptome mindestens zwei Tage andauern müssen.

Sollten innerhalb dieses Zeitfensters wiederholt Bilder, Illusionen oder Reize des Erlebten auftreten oder das Empfinden, außerhalb seines eigenen Körpers zu

stehen, aufkommen, so besteht der Verdacht einer akuten Belastungsstörung. Neben weiteren Symptomen wie Schlafstörungen, fehlende emotionale Reaktionen oder dissoziativer Amnesie, der Unfähigkeit sich an einen wichtigen Aspekt des Erlebten zu erinnern, kann es zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen kommen. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 90f, vgl. Krampfl 2007: 57-61)

Eine große Gefahr besteht in der Folge darin, dass Symptome einer akuten Belastungsstörung bestehen bleiben oder Symptome hinzukommen. In diesem Fall wird von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 91)

6.2.4. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Gemäß der internationalen Klassifikation für psychische Störungen (ICD-10, Kapitel F) wird eine posttraumatische Belastungsstörung als „...eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend)...“ (Dilling et al. 2005: 169) bezeichnet.

Wichtig zu erwähnen ist, dass eine PTBS nur dann sicher diagnostiziert werden kann, wenn Symptome über einen Zeitraum von mindestens einem Monat auftreten. (vgl. Mitchell 2005: 47) Karutz und Lasogga (2005: 92) fügen dem noch hinzu, dass zur eindeutigen Diagnose zudem Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen, bedeutsamen Funktionsbereichen wahrgenommen werden müssen.

Im Rettungsdienst könnten der Anblick von Toten und Schwerstverletzten, sowie die sanitätshilfliche Tätigkeit bei Katastrophen und Großschadensereignissen zu einer posttraumatischen Belastungsreaktion führen. Aber auch Erlebnisse mit Gewalt im Rettungsdienst oder die Bedrohung der eigenen Person können zu einer Wiedererlebung des belastenden Ereignisses führen. (vgl. Mitchell 2005: 43)

Einsätze mit PatientInnen in sozialen Notlagen oder mit fehlendem sozialen Netz werden oft als Auslöser einer PTBS vergessen. Doch es sind zumeist weniger die schwerwiegenden Einsätze die Spuren bei den Einsatzkräften hinterlassen, sondern mehr die Umstände wie Menschen leben und in welcher sozial benachteiligten

Situation sie sich befinden, die den SanitäterInnen in Erinnerung bleiben und oft auch belasten.

Weiters, so Mitchell (2005: 46), besteht die Gefahr, dass es durch eine auftretende PTBS in Folge zu einer „dauernden Persönlichkeitsveränderung, einer ‚traumatisierten Persönlichkeit‘ “ (Mitchell: 2005: 46) kommen kann.

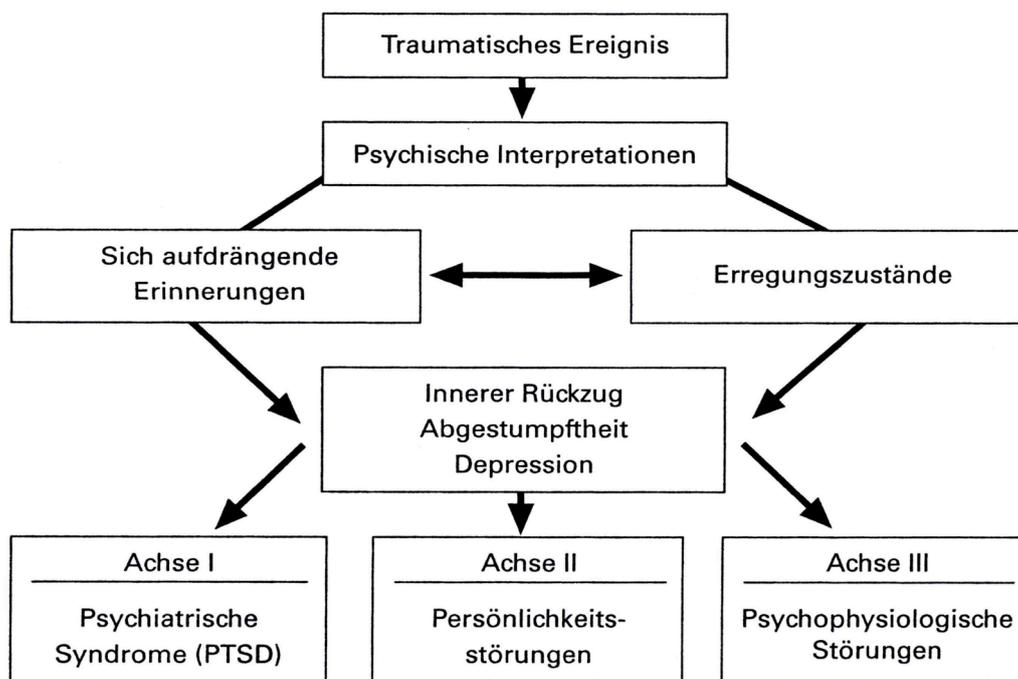


Abb. 7: Modell zu posttraumatischen Belastungen

Quelle: Mitchell 2005: 53

Karutz und Lasogga (2005: 91) nennen zahlreiche Anzeichen für eine PTBS. Verglichen mit Mitchells (2005: 47-49) Aufzählung möglicher PTBS-Anzeichen werden folgende Verhaltensweisen im engen Zusammenhang mit einer Wiedererlebung der Belastung und einer Traumatisierung gesehen:

- SanitäterInnen berichten von ständig wiederkehrenden Bildern, Gerüchen oder Geräuschen, welche während des Einsatzes wahrgenommen wurden (so genannte Flashback-Illusionen).
- Schlafstörungen sind die Folge von immer wieder auftretenden Alpträumen und intensiv erlebten psychischen Stress, der jenem ähnelt, der am Ort des belastenden Ereignisses empfunden wurde.

- Die natürlichen Folgen von mangelndem Schlaf spiegeln sich schlussendlich in übermäßiger Gereiztheit, übertriebener Schreckhaftigkeit und auftretender Nervosität wieder.
- Reize, Gedanken, sogar Orte und Aktivitäten, welche von den SanitärerInnen in direktem Zusammenhang mit dem Erlebten gesehen werden, werden bewusst vermieden und es kommt in Folge zu einem sozialen Rückzug der Betroffenen.

(vgl. Mitchell 2005: 47-49, vgl. Karutz/Lasogga 2005: 91f)

Redelsteiner et al. (2005: 633) merkt an, dass im Falle einer PTBS das Aufsuchen einer psychosozialen Fachkraft (PsychotherapeutIn, SozialarbeiterIn, PsychologIn, PsychiaterIn, etc.) notwendig ist.

Es gilt jedoch an dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen, „...dass PTBS nicht die einzige psychiatrische Symptombildung posttraumatischer Belastungen darstellt“, so Mitchell (2005: 49) Schließlich können auch Krankheitsbilder, gleich jenen die eine kurz- oder mittelfristige Stressreaktion charakterisieren (Bsp.: Kopf- und Nackenschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, etc.), auftreten. (vgl. Mitchell 2005: 49)

Trotz der hohen Wahrscheinlichkeit als SanitärerIn mit traumatischen Ereignissen konfrontiert zu werden, hat dies nicht zwangsläufig immer eine akute Belastungsreaktion oder eine Entwicklung einer PTBS zur Folge. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 94)

6.2.5. Burnout

Bereits 1969 beschrieb Bäuerle (1969: o.P., zit. in: Sonneck: 2000: 40) ein Syndrom, welches sich langsam entwickelt, zu einer Reduktion psychischer Belastbarkeit führt und Resignation sowie einen inneren Rückzug von allen Menschen zur Folge hat. Dieses von ihm umschriebene Syndrom erkannte er im Rahmen seiner Untersuchungen zum Thema Praxisschock bei jungen LehrerInnen. Der Begriff des Burnouts (engl. für „ausbrennen“) wurde im deutschsprachigen Raum ab Anfang der 80er-Jahre verwendet und war Begriff für das beschriebene Syndrom. (vgl. Bäuerle 1969: o.P., zit. in: Sonneck: 2000: 40; vgl. Beerlage/Hering 2004: 59)

Zum Unterschied von Bräuerle (1969: o.P., zit. in: Sonneck: 200: 40) sprechen Beerlage und Hering (2004: 59) über Burnout nicht im Zusammenhang mit LehrerInnen, sondern im Zusammenhang mit Angehörigen medizinischer und psychosozialer Berufsgruppen. Rettungsdienstpersonal, so Beerlage und Hering (2004: 60), wurde in diesem Zusammenhang nicht erwähnt.

In den letzten Jahren wurde jedoch unmissverständlich klar, dass Burnout jeden/jede treffen kann und auch oder gerade SanitäterInnen Zielgruppe der Problematik Burnout sind. (vgl. Perner 2007: 33, zit. in: Upgrade 2007:33)

Neben bereits genannten Folgen von Stress und Belastungen ist Burnout ebenfalls eine mögliche Reaktion des Körpers. Redelsteiner (2003: o.P.) beschreibt die Empfindungen eines Betroffenen wie folgt: „Der Betroffene fühlt sich als Folge von lang anhaltendem Stress geistig erschöpft und körperlich ausgelaugt.“

Aufgrund zahlreicher Burnout-Modelle ist es schwer eine klare Ursachendefinition bzw. eine eindeutiges Verlaufsmodell des Burnouts wiederzugeben. Beerlage und Hering (2004: 63) führen diese Schwierigkeit darauf zurück, dass die individuelle Burnout-Erfahrung bzw. das individuelle Erleben eines Burnouts eine wichtige Rolle in den meisten Burnout-Konzepten spielt.

Nichts desto trotz sieht Krampfl (2007: 89) im Reaktionssyndrom Burnout eine widersprüchliche Kombination aus exzessivem Arbeitsstress und chronischer Unterforderung. Es sind die Phasen von physisch und psychisch belastender Arbeit unter enormen Zeitdruck mit anschließenden Phasen ohne jegliche Stresssituation, die als Auslöser von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und Demotivation fungieren. (vgl. Krampfl 2007: 89, vgl. Maslach/Jackson 1984: o.P., zit. in: Beerlage/Hering 2004: 66, vgl. Sonneck 2000: 40)

Im Unterschied zur PTBS ist beim Burnout also keine vorangegangene Traumatisierung notwendig, wenngleich auch die beiden Krankheitsbilder starke Ähnlichkeiten aufweisen (vgl. Beerlage/Hering 2004: 74).

Der Grund warum RettungsdienstmitarbeiterInnen davon betroffen sein können, liegt auf der Hand: hohe Stressphasen mit hoher physischer und psychischer Belastung in Kombination mit anschließender Tendenz zur Unterforderung in der einsatzfreien Dienstzeit. Doch nicht jeder Mensch reagiert gleich auf solche Situationen und somit ist keine klare Abgrenzung des Krankheitsbildes möglich. Zudem kommt, dass nur jene Personen an einem Burnout leiden können, die zuvor einmal „gebrannt haben“, so Redelsteiner (2003: o.P., zit. in: Procure 2003: o.P.) und Krampfl (2007: 90).

6.2.5.1. Phasenmodelle von Burnout

Ebenso zahlreich wie mögliche Symptome des Burnouts sind die unterschiedlichsten Phasenmodelle in der Literatur vertreten.

Neben Golembiewski et al. (1983: 461ff, zit. in: Beerlage/Hering 2004: 69f) stellen Freudenberger und North (1992: o.P., zit. in: Sonneck: 2000: 44) sowie Burisch (1989: o.P., zit. in: Krampfl 2007: 91) die Phasenverläufe von Burnout anschaulich dar.

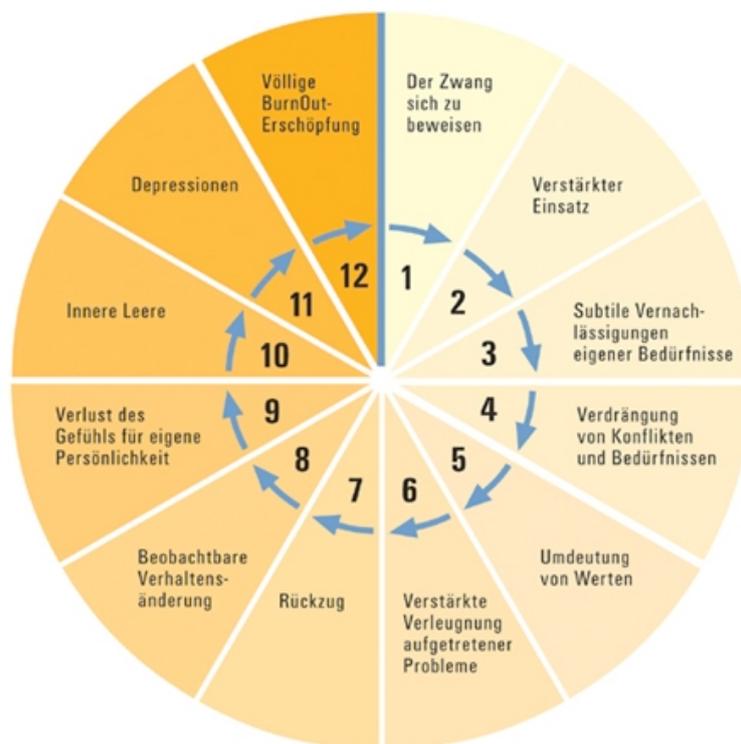


Abb. 8: Der Burnout-Zyklus nach Freudenberger/North (1992: o.P., zit. in: Sonneck 2000: 45)

Quelle: Mansmann o.J.: o.P.

Allensamt gleicht die Meinung, dass Burnout in Phasen auftritt, diese schwer eindeutig einzuordnen und in ihrer Ausprägung und Stärke sehr individuell sind.

Zudem zeigen alle Phasenmodelle eindeutig den Beginn eines Burnouts mit anfänglichem Tatendrang und selbst auferlegtem Leistungszwang der Betroffenen. Dieses Überengagement und die hohen Erwartungen seiner eigenen Person gegenüber führen zu einer Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und in Folge daran zu einem Erschöpfungsstadium. Die anfangs verfolgten Ideale scheinen nicht

erreichbar zu sein und zur Depression und Resignation führen. Die damit einhergehenden Fehlleistungen und Konfliktsituationen mit sich selbst oder anderen versucht man, durch sozialen Rückzug und verstärkte Verleugnung der Problematik zu kompensieren. Die in dieser Phase eintretende innere Leere gepaart mit psychosomatischen Reaktionen wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Kreislaufproblemen und dergleichen kann zur völligen Erschöpfung mit dem Gefühl der absoluten Hilflosigkeit führen. Diese letzte Phase wird den Menschen in der Umgebung oft durch einen Ausstieg aus dem Berufsleben oder im Extremfall durch Äußerung von Suizidgedanken signalisiert. (vgl. Burisch 1989: o.P., zit. in: Krampfl 2007: 91, vgl. Golembiewski et al. 1983: 461ff, zit. in: Beerlage/Hering 2004: 69ff, vgl. Freudenberg/North 1992: o.P., zit. in: Sonneck 2000: 45ff, vgl. Binder-Krieglstein 1997: 62f)

7. Stressverarbeitung und Peers beim Roten Kreuz

7.1. Definitionen

7.1.1. Definition von SvE - Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen

Unter Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen (SvE) werden Maßnahmen zur Vorbereitung und Bewältigung auf bzw. von belastenden Einsätzen für MitarbeiterInnen der Einsatzorganisationen (Bsp.: Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, etc.), durch besonders geschulte KollegInnen der jeweiligen Einsatzorganisationen (Peers) und/oder durch in das System eingebundene psychosoziale Fachkräfte, verstanden. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2004a: 3)

7.1.2. Definition von Peer

Das Wort „Peer“ entstammt dem Englischen und bedeutet „EbenbürtigeR“, „GleichaltrigeR“ bzw. im Arbeitsfeld Rettungsdienst gebräuchlicher, „GleichgestellteR“. (vgl. Das Oxford Schulwörterbuch 1996: 203)

SvE, als eine Art der KollegInnenhilfe wird von speziell ausgebildeten Einsatzkräften, welche aus dem eigenen Tätigkeitsbereich kommen und über genügend Einsatzerfahrung verfügen, durchgeführt. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2004a: 3) Redelsteiner et al. (2005: 637) beschreibt die Tätigkeit der Peers folgendermaßen: „Die Aufgabe von Peers besteht darin, eine Vertrauensstellung innerhalb der Mannschaft zu gewinnen und erster, fachlich kompetenter Ansprechpartner für Kollegen zu werden, die Belastendes im Zusammenhang mit Einsätzen erlebt haben.“

7.1.3. Definition von Psychosozialer Fachkraft

Neben den Peers besteht das SvE-System auch aus Personen, welche bereits über eine psychosoziale Ausbildung verfügen (Bsp.: SeelsorgerInnen mit Hochschulausbildung, Klinische PsychologInnen, Gesundheits- und NotfallpsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, FachärztInnen für Psychiatrie, Diplomierte SozialarbeiterInnen, DGuKP/DGuKS mit einschlägiger Fachausbildung, u.ä.) und somit eine wertvolle Ergänzung zu den Peers als psychosoziale Laien sind. Zudem werden diese Fachkräfte aufgrund ihrer einschlägigen Erfahrung oft als TrainerInnen in der Peer-Ausbildung eingesetzt. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2004a: 3)

7.2. Entstehungsgeschichte des Peer-Systems beim ÖRK

Im Zuge seines Psychologiestudiums befasste sich der Psychologe Cornel Binder-Krieglstein, selbst langjähriger Notfallsanitäter, mit der Thematik Stress im Rettungsdienst. Im Speziellen interessierte er sich für den Umgang der RettungsdienstmitarbeiterInnen mit Stress. Im Rahmen seiner 1997 verfassten Diplomarbeit, untersuchte er die Unterschiede zwischen Stressumgang von SanitäterInnen mit wenig rettungsdienstlicher Erfahrung und jenen, die bereits länger im Rettungsdienst tätig waren. Es zeigte sich signifikant, dass erfahrene SanitäterInnen wesentlich besser mit Stress und ungewöhnlichen Unfallszenarien umgehen können, als SanitäterInnen mit fehlender Erfahrung.

Diese Ergebnisse wurden 1998 dem Roten Kreuz Landesverband Niederösterreich präsentiert und bald darauf wurden die ersten Einsatznachsorge-Seminare für RettungsdienstmitarbeiterInnen angeboten. Zeitgleich dazu wurde ein EU-Projekt zur Prävention psychosomatischer Erkrankungen von extramuralem Pflegepersonal und RettungsdienstmitarbeiterInnen ins Leben gerufen.

Aufgrund der Resonanz des Roten Kreuzes, Situationsberichten aus den Bundesländern und den Erfahrungswerten aus den USA, forschte Binder-Krieglstein in diesem Bereich weiter und widmete diesem Thema seine Dissertation. Darin diskutierte er Präventionsmaßnahmen psychosomatischer Erkrankungen von extramuralem Pflegepersonal und RettungsdienstmitarbeiterInnen. Zudem kam, dass

Binder-Krieglstein auf ein Einsatznachsorge-Modell von Jeffrey Mitchell und George Everly aus den USA aufmerksam wurde und vom Internationalen Komitee des Roten Kreuzes zeitgleich ein Zehn-Jahres-Plan für psychologische Unterstützungsprogramme für die weltweiten Rot-Kreuz-Gesellschaften erstellt wurde.

Vom Österreichischen Roten Kreuz wurde u.a. Binder-Krieglstein beauftragt, bei der Umsetzung dieses Plans mitzuwirken und daraus resultierte für das Österreichische Rote Kreuz die Einführung psychologischer Hilfe sowohl für Einsatzkräfte, SvE (Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen) genannt, als auch für Angehörige von PatientInnen, heute als Krisenintervention bekannt. Beide Hilfssysteme sind seit 31.05.2002 in den Rahmenvorschriften für psychosoziale Betreuung im Österreichischen Roten Kreuz verankert und fixer Bestandteil der Ausbildungsinhalte für Rettungs- und NotfallsanitäterInnen.

Aufgrund Binder-Krieglsteins Auseinandersetzung mit Mitchells und Everlys Critical Incident Stress Management (CISM) wurde das österreichische Peer-System in Anlehnung an das amerikanische Modell entwickelt.

Unterschiede des Peer-Systems lassen sich regional erkennen, da das Wiener Rote Kreuz beispielsweise ein nachgehendes bzw. aufsuchendes System betreibt und das Niederösterreichische Rote Kreuz auf die Kontaktaufnahme durch die betroffenen SanitäterInnen selbst angewiesen ist.

(vgl. Interview Nr.1, Schwabegger 2008: 6ff)

7.3. Die Ausbildung zum Peer beim Roten Kreuz

Um einen Einblick in die Tätigkeiten von Peers geben zu können, ist es notwendig einen Überblick über die Ausbildung zum Peer beim Österreichischen Roten Kreuz zu geben. Diese gliedert sich in drei Module. Am Beginn steht ein Einführungsseminar, welches zum Ziel hat, den InteressentInnen, welche den Aufnahmevoraussetzungen entsprechen, mehr Informationen zum Thema Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen zu geben und die detaillierten Ausbildungsziele darzustellen. Des Weiteren werden Themen wie HelferInnenkompetenzen und HelferInnenidentitäten sowie die Grenzen von HelferInnen konkretisiert. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2004b: 2)

Die vorhin angesprochenen Aufnahmevoraussetzungen beinhalten ein Mindestalter von 25 Jahren, eine abgeschlossene Fachausbildung im rettungsdienstlichen Tätigkeitsfeld (Bsp.: RettungssanitäterIn, NotfallsanitäterIn, KatastrophenhelferIn, u.ä.) sowie ausreichend Erfahrung in diesem Feld und die Bereitschaft seine Arbeit zu reflektieren und regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. (vgl. Bildungsnetzwerk 2008: 99)

Im Anschluss an das Einführungsseminar erfolgt die eigentliche Ausbildung aufgeteilt in zwei Module. In diesen werden die angehenden Peers über Stress im Rettungsdienst und seinen Folgen unterrichtet. Zudem werden speziell die Inhalte von Mitchells Critical Incident Stress Managements - Defusing-Debriefing-Demobilization - erläutert und ein Einblick in die Psychotraumatologie gemäß den Klassifizierungssystemen ICD (International Classification of Diseases) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Mittels Rollenspiele und Gesprächsführungstrainings werden den TeilnehmerInnen die verschiedensten Gesprächssituationen näher gebracht, sodass sie auf ihre spätere Arbeit ausreichend vorbereitet werden. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2004b: 2ff)

Die gesamte Ausbildungsdauer für Peers beträgt in etwa 56 Unterrichtseinheiten und soll den angehenden Peers jenes Wissen vermitteln, welches für die optimale Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen notwendig ist. (vgl. Bildungsnetzwerk Niederösterreich 2008: 99)

8. Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen – Critical Incident Stress Management (CISM) nach Mitchell und Everly

8.1. Die geschichtliche Entwicklung

Die Entwicklung stressverarbeitender Maßnahmen wurde vor dem Hintergrund, dass belastende Ereignisse seit je her Einfluss auf Menschen ausüben, vorangeführt. Gerade in Ausnahmesituationen neigen Menschen dazu, ihr Verhalten zu ändern und so tragen Katastrophen und Tragödien immer wieder dazu bei, sich neuen Entwicklungen, Forschungen und moderneren Methodiken zu widmen, um die Auswirkungen von Katastrophen und Tragödien auf die Menschen so gering als möglich zu halten.

Zahlreiche Kriege, darunter auch die beiden Weltkriege, Großschadensereignisse wie Flugzeugkatastrophen, Naturkatastrophen und menschliche Tragödien trugen in der Vergangenheit dazu bei, dass man auf die psychische Verwundbarkeit der Rettungskräfte aufmerksam wurde. Trotz der hohen Anzahl an Ereignissen gab es erst 1975 konkrete Hinweise dafür, dass „Rettungsdienstpersonal durch den Einsatz bei Großschadenslagen eventuell psychischen Schaden erleiden können“ (Kliman 1975: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 60).

Schließlich waren drei aufeinander folgende Flugzeugabstürze in den USA der Anstoß für die Entwicklung einer CISM-Nachbesprechung. Diese wurde notwendig, nachdem auftretende Stressreaktionen bei den eingesetzten Rettungskräften und KrankenhausmitarbeiterInnen auch nach längerer Zeit nicht vollständig bewältigt werden konnten. Es dürfen ebenso die Auswirkungen der steigenden MitarbeiterInnenverluste aufgrund von psychischen Belastungen auf die finanziellen Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. (vgl. Graham 1981: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 61, vgl. Mitchell 1982: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 61, vgl. Duffy 1979: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 61, vgl. Freeman 1979: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 61)

Die erste offizielle CISM-Nachbesprechung wurde nach der dritten Flugzeugkatastrophe im Jahr 1982 durchgeführt und hatte durchwegs positive Resonanz. (vgl. Mitchell 1982: o.P., zit. in. Everly/Mitchell 2005: 61)

Heute wird CISM bei zahlreichen großen Organisationen eingesetzt: neben der U.S. Luftwaffe und der U.S. Marine setzen zahlreiche Feuerwehren, Rettungsdienste, Krankenhäuser sowie Polizei- und Heeresorganisationen, unter anderen das FBI auf das umfassende Kriseninterventionssystem. (vgl. Everly/Mitchell 1999: o.P., zit. in: Everly/Mitchell 2005: 19)

8.2. Die Stressverarbeitungsmethoden nach dem CISM-Modell

8.2.1. SvE - Stressverarbeitung als präventive Maßnahme

Peers und psychosoziale Fachkräfte sind bereits in der Ausbildung der angehenden RettungssanitäterInnen als Vortragende tätig. Durch die Präsentation des SvE-Systems sollen die Auszubildenden einen Eindruck von den möglichen Belastungen durch Einsätze im Rettungsdienst bekommen und über die möglichen Belastungsreaktionen aufgeklärt werden. Damit erhofft man sich die zukünftigen SanitäterInnen dahingehend zu sensibilisieren, dass sie ein Gespür für ihre eigene Vulnerabilität bekommen und gleichzeitig aber auch wissen, dass Reaktionen auf belastende Ereignisse durchaus normal sind. Obwohl das Ausmaß von SvE während der Ausbildung nur einen sehr geringen Teil einnimmt, will man die KursteilnehmerInnen ermutigen, das System bei Bedarf in Anspruch zu nehmen und keine Scheu vor dem Kontakt mit Peers zu haben. (vgl. Schmidt 2003: 17)

Zudem, so Flatten (2003: o.P., zit. in: Notfall & Rettungsmedizin 2003: 265-270), muss es Aufgabe der Peers sein, „das Selbstbild des ‚Lonesome Cowboy‘ als Pendant zum ‚Helfersyndrom‘ zu verändern...“.

8.2.2. One to one – Das Einzelgespräch

Das Einzelgespräch ist die häufigste Form der Stressverarbeitung, welche von Peers durchgeführt wird. Dieses wird auf Wunsch des betroffenen Sanitäters oder der

betroffenen Sanitäterin mit dem Peer geführt und bietet den Betroffenen die Gelegenheit, sich einer gleichgestellten, aber fachkundigen Person anzuvertrauen. Das Gespräch wird durch den Peer nach einer speziellen Methode (SAFE-R) abgehalten und soll in ihren einzelnen Schritten helfen, die Situation der SanitäterInnen zu stabilisieren und ihre Eigenständigkeit wieder zu erlangen. (vgl. Redelsteiner et al. 2005: 638, vgl. Schmidt 2003: 35f)

8.2.3. Das SAFE-R-Modell

8.2.3.1. Stabilisieren und Struktur geben („Stabilization of the situation“)

In einer störungsfreien und entspannten Gesprächssituation erläutert der Peer den folgenden Ablauf des Gesprächs und bittet die GesprächspartnerInnen im Anschluss daran den belastenden Einsatz zu schildern. Dabei stehen zu Beginn nicht die Gefühle, sondern nur die Fakten im Zusammenhang mit dem Erlebnis im Mittelpunkt. In dieser Phase soll die Einsatzkraft zunächst emotional Abstand vom Ereignis nehmen und sachlich über die Tätigkeiten am Einsatzort und die Arbeitsbedingungen sprechen.

8.2.3.2. Exploration und Anerkennen („Assess and acknowledge“)

Mit Hilfe des Gesprächs wird in dieser Phase versucht, den belastenden Kern des gesamten Erlebnisses herauszufiltern. Dabei soll auch hier sachlich über das Erlebte gesprochen werden. Durch Nachfragen des Peers soll jener Moment rekonstruiert werden, der für den Sanitäter/die Sanitäterin für die Belastung ausschlaggebend war. Konnte dieser Moment durch das Gespräch gefunden werden, wird die betroffene Person gebeten, ihre Gedanken und Gefühle während des Einsatzes zu erläutern.

8.2.3.3. Förderung des Verstehens („Facilitate understanding and emotional processing“)

Diese Phase dient der Normalisierung der Stressreaktionen durch den Peer. Für die Einsatzkraft soll dabei klar werden, dass es sich bei den empfundenen Reaktionen auf das belastende Ereignis um eine normale Reaktion des Menschen handelt.

Mitchell und Everly (1998: 86, zit. in: Österreichisches Rotes Kreuz Tirol o.J.: o.P.) meinen, es handle sich hierbei um eine „normale Reaktion, die man von normalen und gesunden Menschen als Folge einer unnormalen, herausfordernden Situation, einer Krisensituation erwartet“.

8.2.3.4. Ermutigung von Handlungen und positiven Bewältigungsversuchen („Encourage action and use of resources“)

In der Phase der Ermutigung steht die Information über Belastungsreaktionen und deren Bewältigung im Mittelpunkt. Gemeinsam erarbeiten die Betroffenen mit ihrem Peer individuelle Bewältigungsstrategien gegen die Stressreaktionen.

8.2.3.5. Wiederermächtigen oder Weitervermittlung („Recovery or referral“)

Den SanitäterInnen wird zudem ein weiterer Termin für ein zweites Gespräch angeboten. Es besteht auch die Möglichkeit einer Weitervermittlung an psychosoziale Fachkräfte, TherapeutInnen o.ä., falls die Einsatzkraft mit der Belastung nicht zurecht kommt, eventuell ein Vermeidungsverhalten auftritt oder ein Verlust der Fähigkeit, Schutzmechanismen wieder aufzubauen oder neue zu entwickeln, wahrgenommen wird.

(vgl. Schmidt 2003: 35f, vgl. Österreichisches Rotes Kreuz Tirol o.J.: o.P., vgl. Wirtschaftskammer Tirol o.J.: 40f)

8.2.4. On Scene Support Services – Die Einsatzbegleitung

Aufgrund der Unvorhersehbarkeit der psychischen Belastung durch einen Einsatz kann es bei lang dauernden Großschadensereignissen wie beispielsweise Großunfällen, Massenkarambolagen, Eisenbahnunfällen oder Flugzeugabstürzen durchaus sinnvoll sein, Peers an der Einsatzstelle zu haben. Diese sind im Rahmen der Einsatzbegleitung für jene SanitäterInnen zuständig, welche durch sichtbare Stresssymptome wie beispielsweise zielloses Herumlaufen, Wutausbrüche oder ähnliches unangemessenes Verhalten auf sich aufmerksam machen. In diesen Fällen sollen Peers frühzeitige Interventionen treffen, die betroffenen SanitäterInnen aus dem Einsatzgeschehen herausnehmen, kurze Interventionen setzen und somit die aktuell belastende Situation der Betroffenen unterbrechen um eine Fixierung auf das belastende Ereignis zu verhindern. Primäres Ziel einer Einsatzbegleitung ist es, auffallend belastende Einsatzkräfte aus dem Geschehen herauszulösen, sie zu stabilisieren und zu entlasten um somit eine schnellstmögliche Einsatzfähigkeit wiederherzustellen. Die Interventionen der Peers sollen frühzeitig, so kurz als möglich, aber so lange als notwendig durchgeführt werden. Zudem ist es bei einer langen Einsatzdauer hilfreich, Ruhemöglichkeiten für die SanitäterInnen zu schaffen und für eine Versorgung mittels Speisen und Getränken zu sorgen.

Während einer Einsatzbegleitung finden jedoch keine Betreuungsgespräche zwischen SanitäterInnen und Peers statt, es gilt lediglich die Einsatzbereitschaft der/des Einzelnen aufrecht zu erhalten. Zusätzlich können Peers dem Einsatzleiter vor Ort Hinweise auf verhaltensauffällige MitarbeiterInnen bzw. auf erreichte Leistungsgrenzen der Mannschaften geben. Dies kann notwendig sein, da sich die SanitäterInnen zu diesem Zeitpunkt mit einer Ausnahmesituation konfrontiert sind, unter starkem Stress stehen und somit oft ihre eigenen Grenzen nicht richtig wahrnehmen bzw. einschätzen können.

(vgl. Everly/Mitchell 2005: 96-102, vgl. Schmidt 2003: 20f, vgl. Krampfl 2007: 112)

8.2.5. Demobilization – Der Einsatzabschluss

Der Einsatzabschluss wird nach Großschadensereignissen angewandt und zwar zu jenem Zeitpunkt, an dem die Einsatzkräfte ihre Arbeit beenden und vom Einsatzort abrücken. Ziel ist es, die SanitäterInnen in einem Einsatzabschlusszentrum zu sammeln und sie in weiterer Folge zu demobilisieren, bevor sie nach Hause oder zu ihrer normalen Arbeit zurückkehren.

Das Einsatzabschlusszentrum soll aus zwei, von einander getrennten Räumen, einem Unterrichts- und einem Pausenraum, bestehen und die Möglichkeit bieten, unterschiedlich schnell eintreffende Mannschaften empfangen zu können.

Der CISM-Einsatzabschluss dient in erster Linie der Stressprävention und besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil besteht aus einem zirka zehnminütigem Kurzvortrag zum Thema psychische Belastungen im Einsatz und mögliche Stressreaktionen. Dieses Referat findet im Unterrichtsraum statt und soll den, im Sesselkreis sitzenden, SanitäterInnen die Auswirkungen psychischer Belastungen näher bringen sowie über posttraumatische Belastungsreaktionen aufklären und somit die Angst und auftretende Stressreaktionen vermindern. Zudem haben die Anwesenden in dieser Runde die Möglichkeit Fragen zu stellen oder der Gruppe etwas mitzuteilen. Je nach Anzahl der Peers können mehrere Gruppen parallel betreut werden.

Im Anschluss an diesen Gruppenprozess werden die SanitäterInnen in den Pausenraum begleitet, wo sie die Möglichkeit haben sich zirka zwanzig Minuten auszuruhen und sich mit Speisen und Getränken zu stärken, bevor sie in ihren Alltag zurückkehren.

Die Schwierigkeit des Einsatzabschlusses liegt primär nicht in der didaktischen Aufbereitung des Informationsprozesses, sondern ist vielmehr eine logistische und personelle Herausforderung. Neben den passenden Räumlichkeiten muss die entsprechende Einrichtung (Sessel, Tische, Licht, etc.) vorbereitet und die Verpflegung organisiert werden. Zudem bedarf es je nach Anzahl der Einsatzkräfte an Peers und an zusätzlichem Personal für die Aufbereitung der Verpflegung und den Empfang der eintreffenden Mannschaften. Oft kommt noch erschwerend dazu, dass Peers zu spät über das Einsatzgeschehen informiert werden und somit erst verspätet ihre Arbeit aufnehmen können. Wünschenswert wäre es, wenn die SanitäterInnen bereits in Ihrer Ausbildung, im Speziellen jedoch die Führungskräfte, über die Hintergründe und der Notwendigkeit einer Einsatznachsorge aufgeklärt

würden. Sinnvoll erscheint es zudem, ein Konzept für den CISM-Einsatzabschluss anzufertigen, welcher die genannten Punkte und deren Organisation beinhaltet um im Fall der Fälle dafür gerüstet zu sein und nicht davon überrascht zu werden.

(vgl. Everly/Mitchell 2005: 103-112, vgl. Schmidt 2003: 22ff, vgl. Krampfl 2007: 112)

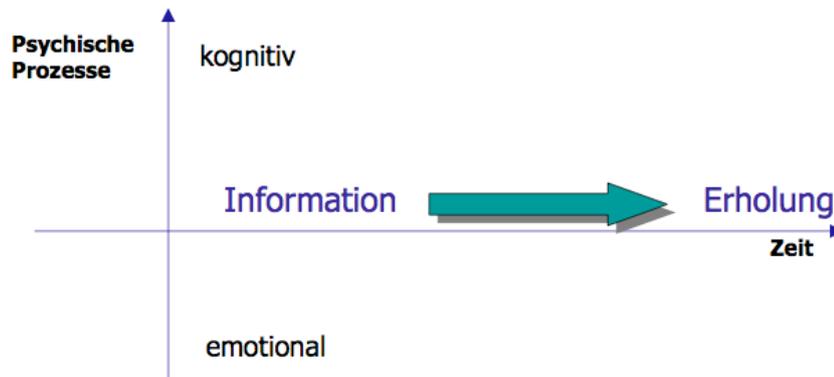


Abb. 9: Verlaufsüberblick: Demobilization

Quelle: Hötzendorfer et al. 2003: 95

8.2.6. Defusing – Die Kurzbesprechung

Als eine Kurzform der CISM-Nachbesprechung wird das Defusing gesehen. Hierbei soll einer Gruppe von sechs bis acht Einsatzkräften die Möglichkeit gegeben werden, sich unmittelbar, jedoch bis spätestens zwölf Stunden nach einem belastenden Einsatz zusammensetzen und diesen kurz zu besprechen. Das Defusing wurde für zur Prävention posttraumatischer Belastungen entwickelt und soll, wie der Name bereits aussagt, „etwas Entschärfen“. Dabei soll den belastenden Auswirkungen der erlebten Situation für die betroffenen SanitäterInnen entgegengewirkt werden.

Die Kurzbesprechung kann ohne logistische Herausforderungen kurzfristig organisiert werden. Sie sollte jedoch nie am Einsatzort direkt, sondern an einem neutralen und störungsfreien Ort angeboten werden. Als passende Räumlichkeit wird ein geschlossener Raum mit ausreichend Sitzgelegenheiten auf einer Dienststelle oder dergleichen empfohlen.

Das Defusing gliedert sich in drei Phasen, der Einführungs-, der Austausch- sowie der Informationsphase, und soll von fachlich kompetenten Peers oder psychosozialen Fachkräften geleitet werden.

In der Einführungsphase wird den Anwesenden der Ablauf der Kurzbesprechung beschrieben und der Grund für das Zusammentreffen genannt. Im Anschluss daran erfolgt die Austauschphase, welche den SanitäterInnen die Möglichkeit gibt, über ihre Erfahrung während des Einsatzes zu sprechen. Es herrscht zu diesem Zeitpunkt weder eine Gesprächsordnung, noch sollen TeilnehmerInnen zu einer Aussage gezwungen werden. Ziel ist es, die Gedanken und Reaktionen der einzelnen Personen in der Gruppe anzuhören und durch Nachfragen einen Eindruck von den geleisteten Aufgaben zu bekommen. Zudem soll abgeklärt werden, ob bereits Stressreaktionen bei den TeilnehmerInnen aufgetreten sind.

In der Abschluss- bzw. Informationsphase werden die Erfahrungen und Reaktionen der SanitäterInnen normalisiert und praktikable Methoden zur Bearbeitung auftretender Belastungsreaktionen vermittelt. Weiters wird den Betroffenen das Angebot einer anschließenden Einzelberatung oder, wenn dies als notwendig erachtet wird, einer CISM-Nachbesprechung unterbreitet.

(vgl. Everly/Mitchell 2005: 117-126, vgl. Schmidt 2003: 24f, vgl. Krampfl 2007: 113f)

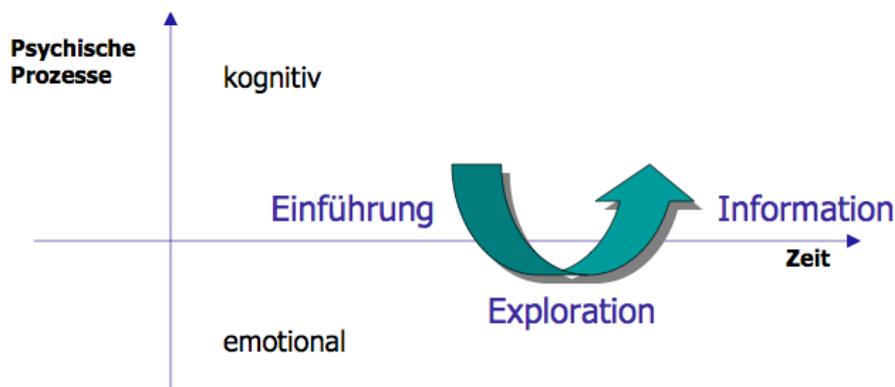


Abb. 10: Verlaufsüberblick: Defusing

Quelle: Hötendorfer et al. 2003: 102

8.2.7. Debriefing – Die Nachbesprechung

Die CISM-Nachbesprechung, eine der logistisch aufwendigsten und differenziertesten Interventionen der SvE. Sie wurde für besonders belastende und traumatische Ereignisse entwickelt und findet ihre Anwendung nicht ausschließlich bei Einsatzkräften, sondern mitunter auch bei traumatisierten Bevölkerungsschichten

nach Katastrophen. Es ist bei dieser Art der Stressbearbeitung wichtig zu prüfen, ob ein Debriefing notwendig ist oder nicht. Das Debriefing besteht aus sieben Phasen (siehe Abb. 11) und wird sowohl von Peers als auch von psychosozialen Fachkräften begleitet. Ziel ist, die Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf die SanitäterInnen zu reduzieren, den normalen Erholungsprozess der Menschen zu fördern und die Identifikation jener Betroffenen zu erleichtern, die eventuell zusätzliche CISM-Angebote oder therapeutische Interventionen benötigen. Die Nachbesprechung ist eine wirksame Methode um einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorzubeugen.

	Phase	Inhalt der Phase
1.	Einführungs-Ph.	Vorstellung der anwesenden Peers und psychosozialen Fachkräfte sowie deren Funktionen; Hinweis auf gegenseitige Verantwortung innerhalb der Gruppe; Aufstellung von Regeln (Handyverbot, gegenseitiger Respekt, Raum darf nicht verlassen werden, etc.); Besprechung des Ablaufs der CISM-Nachbesprechung;
2.	Tatsachen-Ph.	Vorstellung der anwesenden SanitäterInnen mit ihrer jeweiligen Funktion während des Einsatzes und ihren Wahrnehmungen am Einsatzort
3.	Gedanken-Ph.	jeder Teilnehmer/jede Teilnehmerin berichtet über seine Gedanken von der Alarmierung bis zum Wahrnehmen des Geschehens am Einsatzort
4.	Emotions-Ph.	die SanitäterInnen berichten über ihren belastendsten Moment während des Einsatzes
5.	Reaktions-Ph.	Reaktionen und Auswirkungen auf das Erlebte werden besprochen und normalisiert
6.	Informations-Ph.	weitere Normalisierung der Reaktionen; Stärkung der Copingstrategien der TeilnehmerInnen; Stresbewältigungsmöglichkeiten aufzeigen
7.	Abschluss-Ph.	Kurze Zusammenfassung der Nachbesprechung; Betonung von Sinn und Zweck des Einsatzes; Raum für auftretende Fragen; Angebot für zusätzliche SvE-Maßnahmen (Einzelgespräche, etc.)

Abb. 11: Die sieben Phasen der CISM-Nachbesprechung

Quelle: vgl. Everly/Mitchell 2005: 148-156, vgl. Krampfl 2007: 116f

Um eine Nachbesprechung optimal durchführen zu können bedarf es vorangegangener Vorbereitungen. Neben klar strukturierten CISD-Teams bedarf es im Ernstfall den richtigen Zeitpunkt für ein Debriefing zu finden. Dieser liegt im Optimalfall zwischen 24 und 72 Stunden nach dem belastenden Ereignis.

Des Weiteren muss für eine effiziente Durchführung einer Nachbesprechung die passenden Räumlichkeiten gefunden werden. Je nach Anzahl der betroffenen SanitäterInnen variiert die Anzahl der benötigten Peers, der psychosozialen

Fachkräfte und die Größe des benötigten Platzes für die optimale Aufstellung der Sitzordnungen.

Im Anschluss an das Debriefing erfolgt eine abschließende Teambesprechung der anwesenden Peers und psychosozialen Fachkräfte. Diese Besprechung sollte auf jeden Fall durchgeführt werden um den Gruppenprozess der Nachbesprechung zu reflektieren und um die Debriefing selbst vor Belastungen zu schützen. Zudem ist es oft sinnvoll, eine informative und sachliche Niederschrift über den Einsatz und das Debriefing anzufertigen um das Ereignis eventuell später in einer Teamsitzung oder innerhalb einer Supervision besprechen zu können.

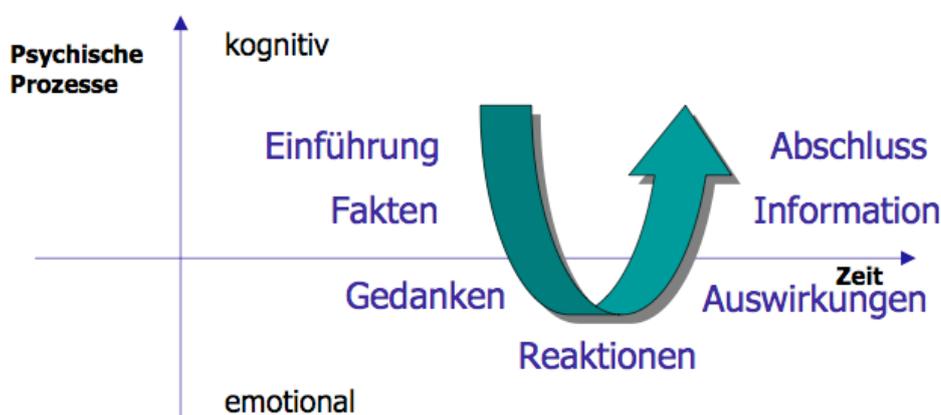


Abb. 12: Verlaufsüberblick: Debriefing

Quelle: Hötendorfer et al. 2003: 120

8.3. Zusammenfassung

Für alle CISM-Interventionen gilt, dass eine übermäßige Anwendung mehr Schaden als Nutzen bringt und der Zeitpunkt der Interventionen für die effiziente Arbeit mit den betroffenen SanitäterInnen besonders ausschlaggebend ist. Zudem ist es nicht sinnvoll bei einem Ereignis alle CISM-Angebote anzuwenden. Je nach Notwendigkeit und je nach Situation sollte das passende Modell verwendet oder eine Kombination einzelner Interventionen verwendet werden. (vgl. Everly/Mitchell 2005: 127-130, vgl. Schmidt 2003: 27ff, vgl. Krampfl 2007: 116-119)

Zeit	Umstände	CISM-Angebote
Minus Null	vor dem Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> - Planung - Aus- und Fortbildung - Vorbereitung - aufgaben zuteilen - Bewertung - Einsatzprotokolle erstellen - Ressourcen ermitteln - MitarbeiterInnen aussuchen - Training
Null	Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> - Team zusammenstellen - Lagebeurteilung - Einsatzbegleitung - Einsatzleitung beraten - psychische Erste Hilfe für Einzelpersonen - weitere Schritte planen
die ersten 8 Std.	laufender Einsatz	<ul style="list-style-type: none"> - Einsatzbegleitung bei Bedarf fortführen - in der Nähe CISM-Einsatzabschlusszentren einrichten - falls notwendig weitere CISD-Teams verständigen - Einzelberatung nach Bedarf - CISM-Kurzbesprechungen durchführen
die ersten 24 Std.	Einsatz ist fast od. ganz beendet	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelberatungen fortsetzen - Einsatzbegleitung fortführen, falls notwendig - CISM-Nachbesprechungen durchführen - weitere CISM-Angebote planen
24 bis 72 Std. nach dem Ereignis (evtl. nach Wochen od. längerer Zeitspanne, je nach Länge des Einsatzes)	Umstände normalisieren sich (beste Zeit für CISM-Angebote)	<ul style="list-style-type: none"> - CISM-Nachbesprechung(en) - Einzel-Nachbetreuung im Anschluss an vorherige CISM-Interventionen - informelle Gespräche anregen - Nachbetreuungen bei allen vorherigen CISM-Angeboten
72 Std. bis 1 Monat (evtl. länger, je nach Länge des Einsatzes/Großschadensereignisses)	Umstände haben sich normalisiert	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsetzung der Nachbetreuung bei weiter bestehendem Bedarf - Einzelberatungen weiterführen - Vermittlung an Nachsorgeeinrichtungen - Auswertung - Planung - Aus- und Fortbildung - Training

Abb. 13: CISM-Zeitliste

Quelle: vgl. Everly/Mitchell 2005: 165f

„Die Effektivität der CISM-Methoden ist insgesamt nicht belegt“, so Karutz und Lasogga (2005: 135), dennoch wird vor allem am Debriefing und seiner Wirksamkeit Kritik geübt. „Insbesondere wird dabei oft die nochmalige Konfrontation der Betroffenen mit dem traumatischen Ereignis als retraumatisierend bezeichnet...“, so Krampfl (2007: 118). Die Autoren Karutz und Lasogga (2005: 135) relativieren dies mit dem Faktum, dass bislang zahlreiche Studien weder besonders positive, noch besonders negative Folgen der Einsatznachbesprechung verifizieren konnten. Ein möglicherweise zu hoch angesetzter Anspruch an die CISM-Angebote wird ebenfalls als Auslöser der Skepsis gegenüber der Methode nicht ausgeschlossen. Everly und Mitchell (2005: 177) beziehen hierbei klar Stellung und halten fest, dass SvE keine Psychotherapie ist. „Sie war niemals als Therapie oder Therapieersatz gedacht oder entwickelt. Sie wurde entwickelt als ein gruppenorientiertes, organisiertes und strukturiertes Gruppengespräch über ein traumatisches Ereignis, (...)“, so die Entwickler des CISM (2005: 177).

Im Gegensatz zur Psychotherapie verfolgt die Nachbesprechung den präventiven Ansatz und ist keine Behandlung einer Person in mehreren Sitzungen. Sollten sich im Rahmen der Nachbesprechungen manifeste Symptome äußern, so erfolgt eine Weitervermittlung an TherapeutInnen. Diese können mit Hilfe der Psychotherapie auf den Fokus auf die Bedürfnisse der Betroffenen richten und die Abwehrmechanismen und den Lebensstil verändern.

Am Ende bleibt es einen wichtigen Aspekt nicht außer Acht zu lassen:

„Die Bewältigung des Traumas darf und kann sich nie mit der Wiederherstellung des vortraumatischen Zustandes begnügen, denn keiner ist nach dem Trauma wieder so wie vorher – und keiner wird es auch jemals wieder sein. Doch er wird neue Seiten entwickeln und, wenn die seelische Verarbeitung des Schocks gelingt, wird er sich auf einer differenzierteren, reiferen Stufe wieder finden“. (Butollo 2002: 14, zit. in: Krampfl 2007: 123)

9. Empirische Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung

9.1. Forschungsmethodik

Anhand eines Onlinefragebogens konnten die Erfahrungen und Meinungen von 283 SanitäterInnen des Niederösterreichischen und Wiener Roten Kreuzes gesammelt werden. Zudem wurden zwei Experten des Roten Kreuzes im Rahmen leitfadengestützter Interviews mit einigen Ergebnissen der Online-Befragung konfrontiert, um eine fachliche Einschätzung der Bestandsaufnahme zu erhalten.

9.1.1. ExpertInneninterviews

„Sie [die ExpertInneninterviews] zielen ab auf die Rekonstruktion von besonderen Wissensbeständen bzw. von besonders exklusivem, detailliertem oder umfassendem Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken...“, so Pfadenhauer (2005: 113, zit. in: Bogner et al. 2005: 113)

Zur optimalen Erfassung des Hintergrundwissens über die Forschungszielgruppe sowie zur Implementierung mehrerer Perspektiven und Standpunkte in die Forschungsarbeit wurden deshalb ExpertInneninterviews als geeignete Methode erachtet.

9.1.1.1. ExpertInnenauswahl

Meuser und Nagel (1991: 73, zit. in: Bogner et al. 2005: 73) definieren einen Experten/eine Expertin als Person, welche ein Teil des zu erforschenden Feldes ist. Zudem wird ein Experte/eine Expertin als „relationaler Status“ (Meuser/Nagel 1991: o.P., zit. in: Bogner et al. 2005: 73) gesehen, welcher vom Forscher zugeschrieben wird und auf eine spezifische Fragestellung begrenzt ist. (vgl. Meuser/Nagel 1991: o.P., zit. in: Bogner et al. 2005: 73)

Im ExpertInneninterview steht jedoch nicht die Person an sich im Mittelpunkt des Interesses, sondern „Das in der Ausübung solcher Funktionen erworbene Sonderwissen...“ (Meuser/Nagel 2002: o.P., zit. in: Bogner et al. 2005: 264) .

Neben der Bereitschaft zum Gespräch wurden deshalb jene Personen als ExpertInnen ausgewählt, welche einerseits über das Rettungswesen und das SvE-/Peer-System gut informiert sind und andererseits aufgrund ihrer Profession über Ideen möglicher Neuentwicklungen verfügen.

Auf diesen Kriterien basierend wurden Herr Mag. Dr. Cornel Binder-Krieglstein und Herr DSA Franz Ledermüller als Experten ausgewählt. Herr Binder-Krieglstein ist Psychologe und fachlicher Leiter des Peer-Systems des Roten Kreuzes in Niederösterreich. Neben seiner psychologischen Ausbildung war es für die Diplomarbeit zudem interessant, dass er selbst bereits seit mehreren Jahren im Rettungsdienst tätig ist und somit über die Perspektive eines Psychologen und die eines Mitarbeiters verfügt.

Herr Ledermüller ist Diplomierter Sozialarbeiter und ebenfalls in seiner Freizeit als Notfallsanitäter beim Roten Kreuz Niederösterreich aktiv. Zudem verfügt Herr Ledermüller über die Ausbildung zum Peer und hat die Funktion des Regionalleiters des Peer-Systems im Mostviertel inne. Gerade die Kombination zwischen seinem Grundberuf und seiner Tätigkeit als Peer erweist sich in Bezug auf die Thematik der Diplomarbeit als besonders interessant.

9.1.1.2. Durchführungsmethode

Als Methode wurden im Speziellen leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, passierend auf Meuser und Nagels (2002: o.P., zit. in: Bogner et al. 2005: 268) Drängen einem Leitfaden nachzukommen. „Ein Leitfaden allerdings muss sein. Auf jegliche thematische Vorstrukturierung zu verzichten, (...), brächte die Gefahr mit sich, sich dem Experten als inkompetenter Gesprächspartner darzustellen und insofern nicht ernst genommen zu werden.“, so die beiden Autoren (2002: o.P., zit. in: Bogner et al. 2005: 268).

9.1.1.3. Auswertung

Die beiden Experteninterviews dienen der Forschungsarbeit zum Teil als Grundlage zur Entstehung des Peer-Systems sowie zur Darstellung relevanter Blickwinkel der Professionisten in Zusammenhang mit den Meinungen und Erfahrungen der Zielgruppe. Die persönlichen Statements der Experten finden sich in einer niedergeschriebenen Transkription wieder und werden an passenden Stellen der Arbeit zitiert. Sie haben spezielle Relevanz für das letzte Kapitel, wenn es um die Möglichkeiten der Implementierung sozialarbeiterischer Methoden im Tätigkeitsfeld Rettungsdienst geht.

9.1.2. Online-Befragung

Die vorliegende Forschungsstudie wurde mittels einer Online-Befragungssoftware der Internetplattform Voycer (www.voycer.de) erstellt. Die Erhebungsphase startete am 08.09.2008, endete am 05.10.2008 und umfasste somit genau vier Wochen.

Zu Beginn der Online-Befragung wurde der Link zur Umfrage (www.sanitaeterumfrage.at.tt) in Internetforen der Zielgruppe (www.rettungsforum.net, forum.rotekreuz.at) veröffentlicht. Zudem und um auch jene Personen zu informieren, welche keinen Zugang zu genannten Internetforen haben, wurde über die Landesverbände Niederösterreich und Wien ein vorgefertigtes Schreiben über deren Mailverteiler an alle niederösterreichischen Bezirksstellen sowie an die Wiener Hauptzentralen ausgesandt. Somit wurden die Rot-Kreuz-MitarbeiterInnen entweder per Aushang, per E-Mail-Weiterleitung, per Intranet oder durch Mundpropaganda über die Online-Befragung informiert.

Die anschließende Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit dem Programm SPSS Version 16.0 für Windows und Version 17.0 für Macintosh. Zur Darstellung einzelner, komplexer Grafiken wurde das Programm Microsoft Excel 2004 für Mac verwendet.

9.1.2.1. Durchführungsmethode

Ziel der Online-Befragung ist einerseits eine Einschätzung des Ist-Zustandes zu erhalten und andererseits den Bedarf an weiteren Reflexionsmöglichkeiten für SanitäterInnen zu erheben. Da eine möglichst hohe Anzahl der Zielgruppe erreicht werden wollte, wurde die Möglichkeit der Online-Befragung gewählt. Mit Hilfe dieser war es möglich, kostengünstig, zeitunabhängig und anonym zu Ergebnissen zu gelangen. Bereits nach zwei Tagen konnten 94 Rückmeldungen gezählt werden. Dennoch ist diese Online-Befragung eine Stichprobe und gibt im Hinblick auf die Gesamtsumme der Niederösterreichischen und Wiener SanitäterInnen kein repräsentatives Ergebnis wieder.

Der Fragebogen besteht zu einem Großteil aus geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Vereinzelt gab es zudem die Kategorie „keine Angabe“ oder „keine Ahnung“ bzw. offene Fragestellungen um die persönlichen Meinungen der TeilnehmerInnen ohne Einschränkungen zu erhalten.

Weiters wurden auch Fragen als Pflichtangaben gekennzeichnet um zu gewährleisten, einerseits möglichst viele, vollständig ausgefüllte Fragebögen zu bekommen und andererseits die Zahl der SpaßteilnehmerInnen in Grenzen zu halten. Am Ende mussten acht Teilnahmen aus der Wertung genommen werden, da es sich entweder um offensichtliche Spaßteilnahmen handelte oder die TeilnehmerInnen aus anderen, als den gewünschten Bundesländern kamen.

9.1.2.2. Pretest

„Um das entwickelte Erhebungsinstrument vor der Hauptuntersuchung zu prüfen, wird ein so genannter Pretest (Vortest) durchgeführt.“ (Raithel 2006: 62)

Dieser Vortest soll gewährleisten, dass alle Fragen verständlich und der Forschungsfrage angepasst sind. Zudem bekommt man von den VortesterInnen Rückmeldungen bezüglich des Aufbaus und der Eindeutigkeit der Fragestellungen.

Der vorliegende Fragebogen wurde von fünf Personen durchgeführt und anschließend besprochen.

9.2. Hypothesen und Forschungsergebnisse

9.2.1. Hypothese 1

Der Tätigkeitsbereich der SanitäterInnen steht in keinem direkten Zusammenhang mit der Anzahl der belastenden Einsätze.

			Anzahl der belastenden Ereignissen im Rettungsdienst:				Gesamt
			0 Ereignisse	≤ 5 Ereignisse	≤ 10 Ereignisse	mehr Ereignisse	
vorwiegender Tätigkeitsbereich:	Krankentransportdienst (Kranken- und Heimtransporte, Dialysen)	Anzahl	22	31	3	2	58
		% von Anzahl der belastenden Ereignissen im RD	40,7%	17,6%	8,8%	10,5%	20,5%
	Rettungstransportdienst (akute Krankentransporte, Notfalleinsätze)	Anzahl	22	92	19	7	140
		% von Anzahl der belastenden Ereignissen im RD	40,7%	52,3%	55,9%	36,8%	49,5%
	Notarzdienst (Notfalleinsätze)	Anzahl	10	53	12	10	85
		% von Anzahl der belastenden Ereignissen im RD	18,5%	30,1%	35,3%	52,6%	30,0%
	Gesamt	Anzahl	54	176	34	19	283
		% von Anzahl der belastenden Ereignissen im RD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Abb. 14: Kreuztabelle: Anzahl der belastenden Ereignisse im jeweiligen Tätigkeitsbereich (n=283)

Ergebnis:

Die SanitäterInnen im Rettungstransportdienst sind am öftesten mit belastenden Einsätzen konfrontiert. Hier muss jedoch beachtet werden, dass in diesem Bereich auch die meisten TeilnehmerInnen tätig sind.

Dennoch zeigt sich signifikant, dass jene SanitäterInnen, die vorwiegend im Notarzdienst tätig sind und zumeist mit lebensbedrohlichen Krankheiten oder Verletzungen konfrontiert werden, weniger belastende Einsätze erleben als ihre KollegInnen im Rettungstransportdienst. Ob dies im Zusammenhang mit der quantitativ niedrigeren Einsatzrate von Notarztmitteln steht, ist offen.

Eindeutig ist jedoch, dass SanitäterInnen jedes Tätigkeitsbereiches mit belastenden Ereignissen konfrontiert sind. Zudem wird die Auflistung belastender Einsätze dahingehend bestärkt, dass nicht ausschließlich Einsätze mit schwer verletzten Personen psychische Spuren bei den Einsatzkräften hinterlassen.

Die Betreuungssituation beim Roten Kreuz wird durch den Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007 veranschaulicht: die MitarbeiterInnen des Niederösterreichischen und Wiener Roten Kreuzes führten 660.666 Notfall-, Rettungs- und Krankentransporte durch; in diesem Jahr wurden 145 SanitäterInnen im Rahmen der SvE-Einsätze von Peers betreut. Es zeigt sich hierbei, dass lediglich jeder 4.556ste Einsatz mit einem Nachbetreuungsgespräch beendet wurde. (vgl. Tätigkeitsbericht des ÖRK 2007: o.P.) Wenngleich auch nicht jeder Einsatz eine Belastung für SanitäterInnen darstellt, scheint das Verhältnis zwischen gefahrenen Einsätzen und durchgeführten Nachbetreuungen unausgewogen.

9.2.2. Hypothese 2

Aufgrund mangelnder Informationen sind die SanitäterInnen nicht in der Lage zwischen den Aufgaben von Peers und KriseninterventionsmitarbeiterInnen zu unterscheiden.

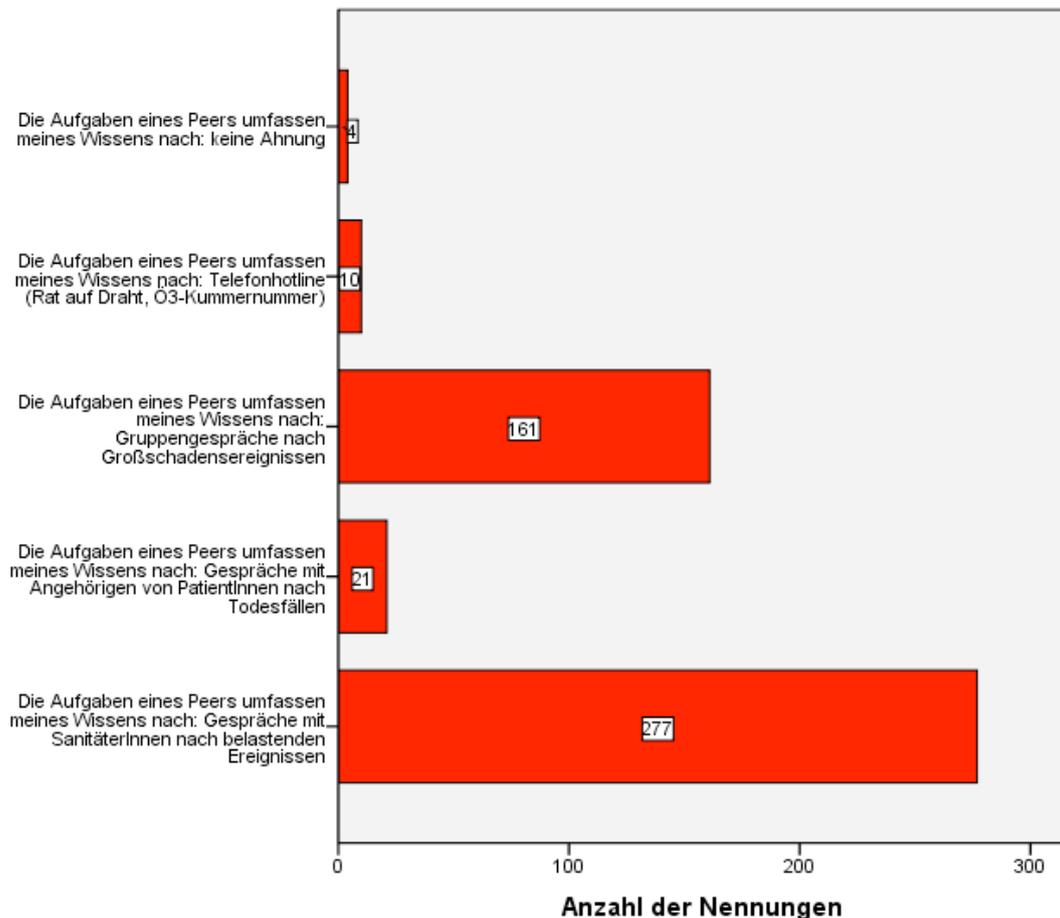


Abb. 15: Wissen um das Tätigkeitsfeld „Peer/SvE“ (n=283, Mehrfachnennungen möglich)

Ergebnis:

Ein Großteil der TeilnehmerInnen (97,9 %) sind darüber informiert, dass Peers Gespräche mit SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen führen. Deutlich weniger SanitäterInnen wissen um die Aufgaben von Peers nach Großschadensereignissen bescheid. 12,4% wissen laut eigenen Angaben entweder nicht ausreichend über das Peer-System Bescheid oder nennen Tätigkeitsbereiche, welche KriseninterventionsmitarbeiterInnen vorbehalten sind.

Dieses Ergebnis zeigt, dass die MitarbeiterInnen unzureichend über die Tätigkeits- und Aufgabenpalette der Peers und des SvE-Systems informiert sind und der Bedarf eines Lobbyings gegeben ist. „Die Umsetzbarkeit dieses Systems [des Peer-Systems]... gibt uns einige Herausforderungen auf. Nämlich, dass wir schauen müssen, dass es gelebt wird, dass die Prävention in der Vorbereitung, also in der Ausbildung umgesetzt wird.“, so der fachliche Leiter des niederösterreichischen Peer-Systems Binder-Krieglstein (vgl. Interview Nr.1)

Neben genannter Vorbereitung durch die Ausbildung bedarf es regelmäßiger Fortbildungen, damit die MitarbeiterInnen bezüglich des Systems seinen Veränderungen und Weiterentwicklungen up-to-date bleiben.

9.2.3. Hypothese 3

Die geringe Kontaktaufnahme der Einsatzkräfte mit den Peers ist die Folge fehlender Informationen rund um SvE und das Peer-System.

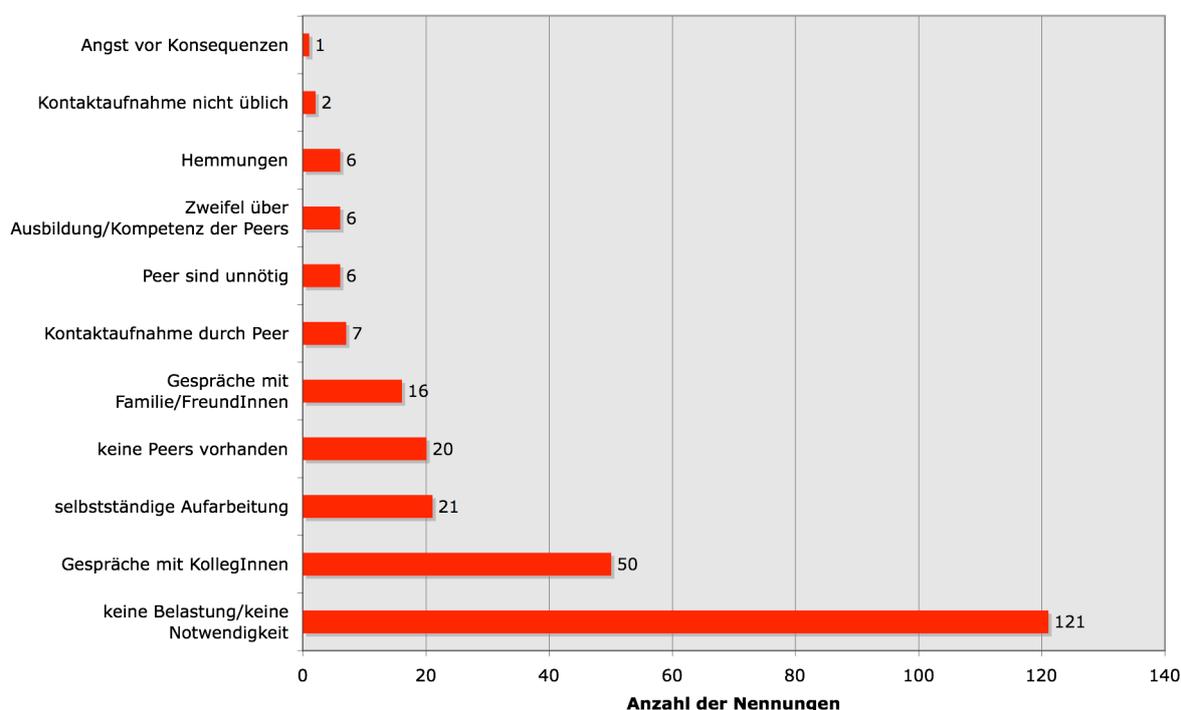


Abb. 16: Gründe gegen eine Kontaktaufnahme mit einem Peer (n=283, Mehrfachnennungen möglich)

Ergebnis:

Ein Großteil der Befragten gibt an, entweder keine Belastungen zu empfinden bzw. keine Notwendigkeit einer Peer-Kontaktierung zu sehen oder nach belastenden Ereignissen auf die Hilfe ihres sozialen Umfeldes bzw. auf ihre eigenen Copingstrategien zurückzugreifen. Ledermüller (vgl. Interview Nr.2), selbst Leiter eines Peer-Teams, erklärt dieses Ergebnis folgendermaßen: „Rettungsdienstmitarbeiter arbeiten in einem Bereich, wo sie von Haus aus einmal damit rechnen müssen mit so etwas [belastenden Einsätzen] konfrontiert zu sein.“ Zudem meint Ledermüller (vgl. Interview Nr.2), dass Berufsgruppen existieren,

welche aufgrund ihrer Ausbildung bereits offener mit dem Thema Belastungen umgehen und sich im Ernstfall davon nicht so überrascht oder hilflos fühlen. Dieser Aussage stehen jene Zahlen gegenüber, welche die Anzahl an belastenden Ereignissen der SanitäterInnen zeigen.

Wenngleich auch jene Angaben von SanitäterInnen, welche eine mangelnde Ausbildung der Peers, eine unübliche Nutzung der vorhandenen Ressourcen oder Unbehagen gegenüber der Professionalität als Grund für eine Nicht-Kontaktierung eines Peers genannt werden, gering sind, muss es Ziel sein, diesen Meinungen mittels klaren Informationen und Aufklärungen entgegen zu wirken.

Ebenso sieht Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) Handlungsbedarf beim Vergleich der Zahlen des selbstständigen Aufarbeitens von belastenden Ereignissen und jener Zahlen, die angeben, dass im Bedarfsfall seitens der betroffenen SanitäterInnen nicht auf Peers zurückgegriffen werden kann.

9.2.4. Hypothese 4

Außer im Rahmen der Ausbildung zum Rettungs- oder Notfallsanitäter/zur Rettungs- oder NotfallsanitäterIn werden auf den Bezirksstellen keine Fortbildungen zu den Themen „Peer-System“, „Umgang mit Stress“ oder „Belastende Ereignisse“ angeboten.

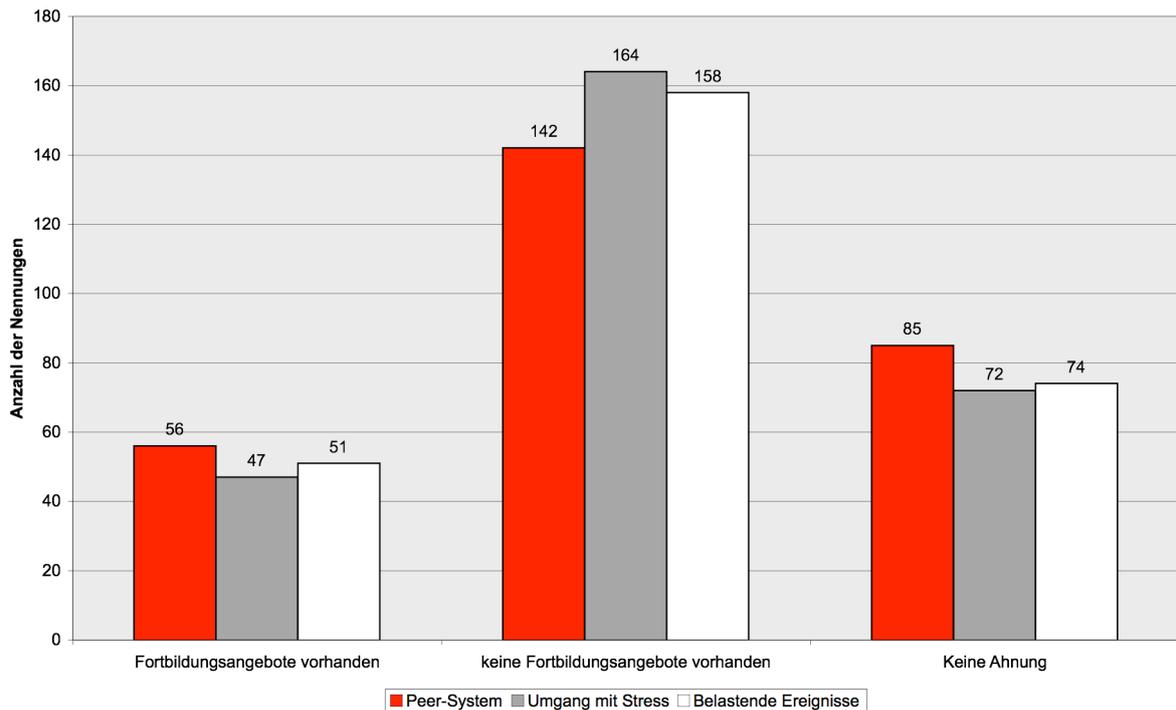


Abb. 17: Verfügbarkeit von Fortbildungsangeboten zu den Themen „Peer-System“, „Umgang mit Stress“ und „Belastenden Einsätzen“ (n=283)

Ergebnis:

In der Tat sind die angebotenen Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie Stress und Stressbewältigung sowie zu Belastungen im Rettungsdienst in der Unterzahl. Binder-Kriegelstein (vgl. Interview Nr.2) spricht als Grund hierfür die fehlende Motivation der Lehrenden an, da ihnen die MitarbeiterInnen auch relativ wenig Interesse für diese Fortbildungen entgegen bringen.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass ein Drittel bis hin zur Hälfte der befragten SanitäterInnen angeben auf ihrer Mutterdienststelle bzw. Hauptzentrale die Möglichkeit haben, Fortbildungen zu genannten Themen zu besuchen. Bedenklich scheint jener Teil der SanitäterInnen, welche nicht wissen, ob Fortbildungen durch ihre Rot-Kreuz-Dienststellen angeboten werden oder nicht.

Zu Bedenken gilt es hierbei, dass gerade Fortbildungsveranstaltungen als internes Lobbying für das Peer-System und zur Sensibilisierung der MitarbeiterInnen dienen können und müssen. Zudem muss es Aufgabe der Peer-Teams sein für ihr Tätigkeitsfeld zu werben und zu versuchen zu möglichst vielen KollegInnen ein gutes Gesprächsverhältnis aufzubauen. Je mehr das Peer-System in den normalen

Rettungsdienstalltag integriert werden kann, desto mehr wird auch angenommen werden.

9.2.5. Hypothese 5

Die CISM-Methoden wie Demobilization/Defusing/Debriefing sind Ausbildungsschwerpunkte der Peer-Ausbildung, finden jedoch in der Praxis keine Anwendung.

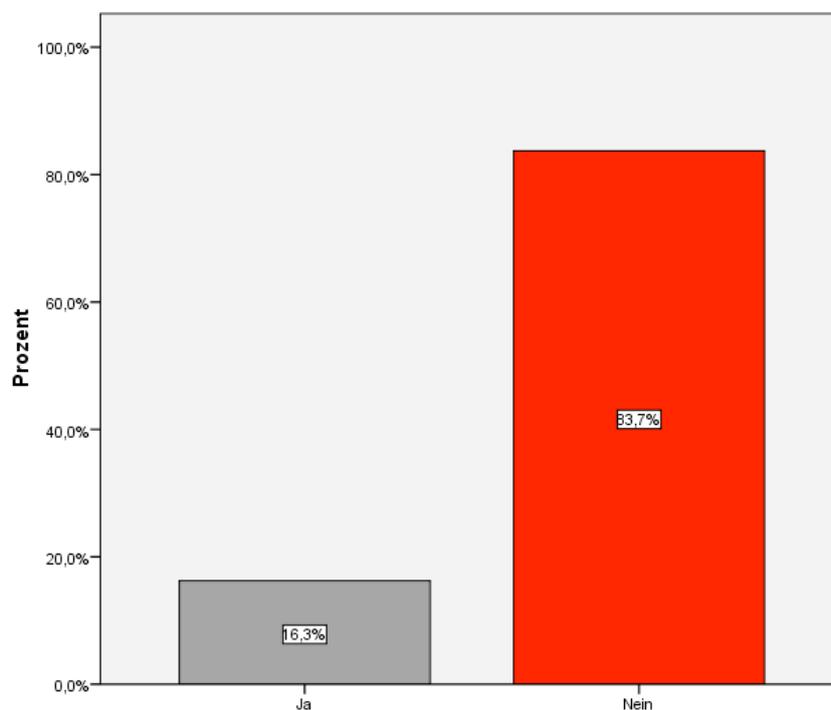


Abb. 18: Teilnahme an Demobilization und/oder Defusing und/oder Debriefing (n=283)

Ergebnis:

Es geben 83,7% der befragten SanitäterInnen an noch nie an einer CISM-Besprechung teilgenommen zu haben. Lediglich ein Fünftel der Einsatzkräfte wurde nach einem belastenden Einsatz im Rahmen eines Gruppengespräches betreut. Die Zahlen zeigen, dass die CISM-Methoden zwar in der Praxis zur Anwendung kommen, jedoch in einem geringem Ausmaß.

Nach Betrachtung der von SanitäterInnen belastend empfundenen Einsätze, sollte den Betroffenen im Rahmen der SvE eine Möglichkeit einer Gruppenbesprechung im

Anschluss an den belastenden Einsatz gegeben werden. Der Psychologe Binder-Krieglstein (vgl. Interview Nr.1) meint, dass es überhaupt einmal wichtig ist, dass es ein Betreuungssystem existiert, „ob man über das Defusing dann diskutiert oder über das Debriefing oder nicht... und was jetzt durchgeführt wird usw., dass lassen wir einmal dahingestellt.“ Diese Aussage gilt es kritisch zu hinterfragen, ansonsten würde sich die Frage stellen, warum denn die genannten CISM-Maßnahmen einen Schwerpunkt der Peer-Ausbildung einnehmen.

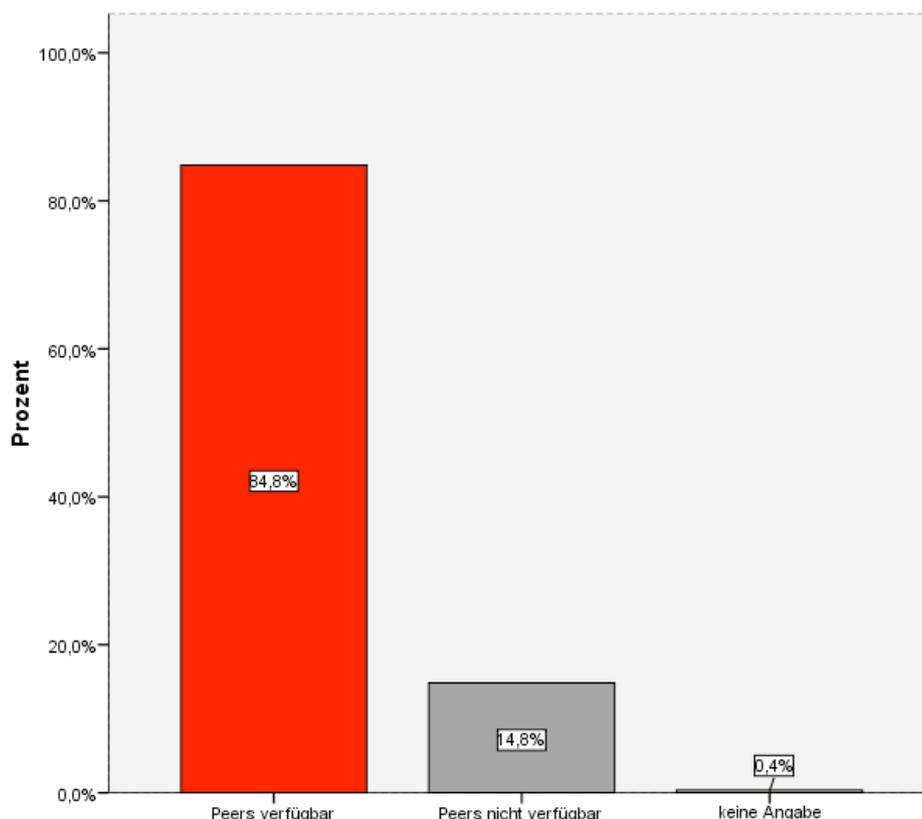


Abb. 19: Verfügbarkeit von Peers auf den Mutterdienststellen/Hauptzentralen (n=283)

Um das Betreuungssystem jedoch effizient betreiben zu können, bedarf es sowohl der Aufmerksamkeit der Rettungsleitstelle, der Bezirksstelle sowie der einzelnen KollegInnen. Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) hofft auf die Entwicklung einer psychosozialen Rettungskette, die er als „Kultur“ bezeichnet: „Das fällt für mich unter Kultur... . Das darf sein, dass man über so etwas [belastende Ereignisse] redet und dass einem so etwas zwickt.“ (vgl. Interview Nr.2). Peers können schließlich nur dann in Aktion treten, wenn sie von belastenden Ereignissen in Kenntnis gesetzt

werden. Idealerweise könnte ein Dreischritt von Rettungsleitstelle, Bezirksstelle und KollegInnen die psychosoziale Rettungskette bilden. Die Rettungsleitstelle informiert Peers der jeweiligen Dienststelle bei offensichtlich belastenden und nicht alltäglichen Einsätzen (Bsp.: Tod von Kindern, Suizid, Gewaltanwendung, etc.). Sieht die Rettungsleitstelle keinerlei Notwendigkeit Peers zu informieren oder wird ihr keine Belastung aus dem Einsatz zurückgemeldet, bleibt die Bezirksstellenebene, welche die Peers informieren kann (Bsp.: hauptamtliche MitarbeiterInnen nach Dienstübergabe oder bei Bearbeitung der Einsatzprotokolle und Transportberichte). Wird auch diese Ebene nicht von belastenden Einsätzen informiert, so wird vielleicht die Ebene der KollegInnen auf Belastungen für andere SanitäterInnen aufmerksam und kann Peers informieren.

9.2.6. Hypothese 6

Die derzeitigen Stressverarbeitungsangebote des SvE-Systems entsprechen nicht den gewünschten Vorgehensweisen der SanitäterInnen nach dem Erleben belastender Ereignisse.

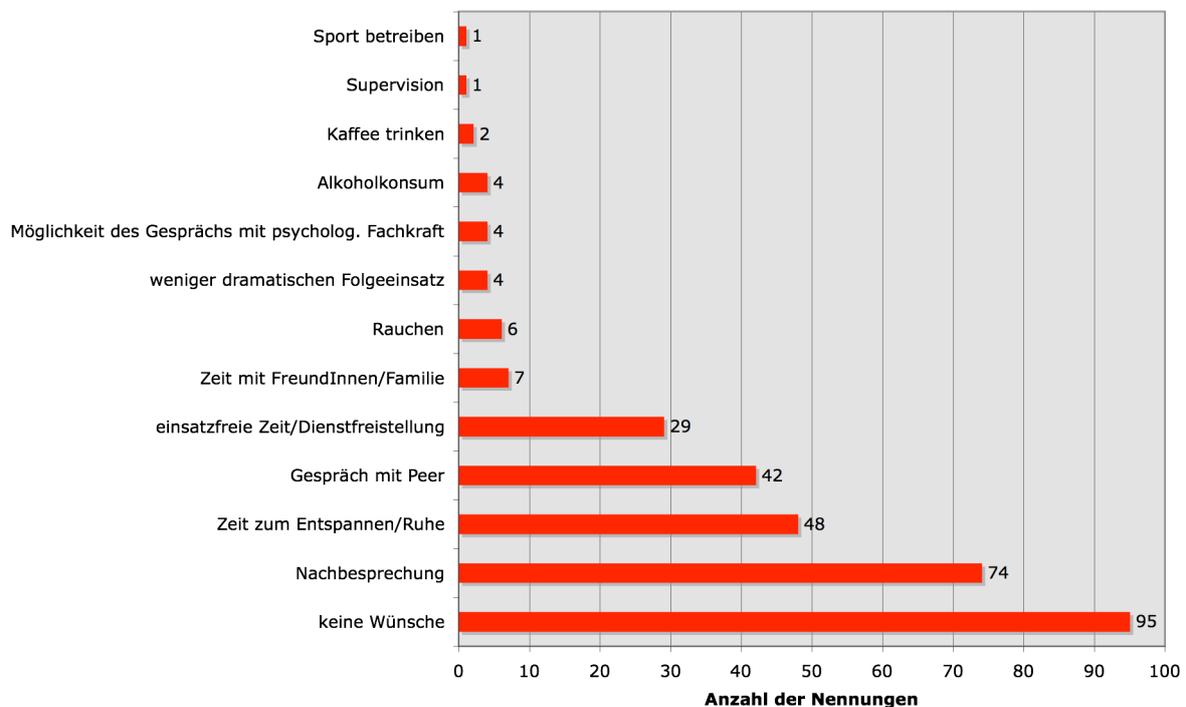


Abb. 20: Wünsche der SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen (n=283, Mehrfachnennungen möglich)

Ergebnis:

Ein Drittel der Befragten äußert keine Wünsche nach belastenden Ereignissen. „Man kann die Wünsche vielleicht nicht benennen und weiß vielleicht auch nicht genau was einem gut tut“, meint Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) als Erklärung für dieses Ergebnis.

Die gewünschte Nachbesprechung der MitarbeiterInnen bezeichnet der langjährige Peer als „Wasser auf seinen Mühlen“ (vgl. Interview Nr.2), denn dieser Wunsch bedeutet, dass ein nachgehendes System von den MitarbeiterInnen gefordert wird. Das Ergebnis zeigt die Tendenz der MitarbeiterInnen einen inoffiziellen Weg der Einsatzverarbeitung zu gehen. Werden Peers nur aufgrund der Eigeninitiative betroffener SanitäterInnen aktiv, wird die Anzahl der Betreuungen gering bleiben. Durch ein nachgehendes System, welches beinhaltet, dass die Peers von anderen Instanzen als den betroffenen SanitäterInnen selbst über ein belastendes Ereignis in Kenntnis gesetzt werden, könnten die Betreuungszahlen gesteigert und die Anzahl der PTBR und PTBS sowie vielleicht der Austritte aus dem Rettungsdienst gesenkt werden.

Einige andere geforderte Maßnahmen wie Rauchen oder Sport betreiben müssen und können nur durch die SanitäterInnen selbst durchgeführt werden, jedoch obliegt es der Dienststelle, die Möglichkeit für sportliche Aktivitäten während des Dienstes zur Verfügung zu stellen (Bsp.: Fitnessraum, Sportgeräte, etc.).

Eine Dienstfreistellung nach einem belastenden Einsatz könnte und sollte in den Möglichkeiten der Bezirksstelle bzw. des Dienst habenden Offiziers liegen, genauso wie eine Weitervermittlung an einen Peer oder eine von dieser Stelle organisierte psychosoziale Fachkraft. „Dienstfreistellung, das ist interessant. Die Dienstfreistellung müssen wir mehr ins System aufnehmen“, so Binder-Kriegelstein (vgl. Interview Nr.1).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das SvE-System einen Großteil der gewünschten Maßnahmen abdecken kann, wenn es als System gut in die Bezirksstellenstruktur eingebunden und als notwendiges System angesehen wird.

9.2.7. Hypothese 7

Die Nachfrage der SanitäterInnen nach Nachbetreuungsangeboten wie Supervision, Intervision, Balintgruppen oder E-Mail und Chatberatung ist gegeben, die genannten Maßnahmen fehlen jedoch im Betreuungsspektrum des Roten Kreuzes.

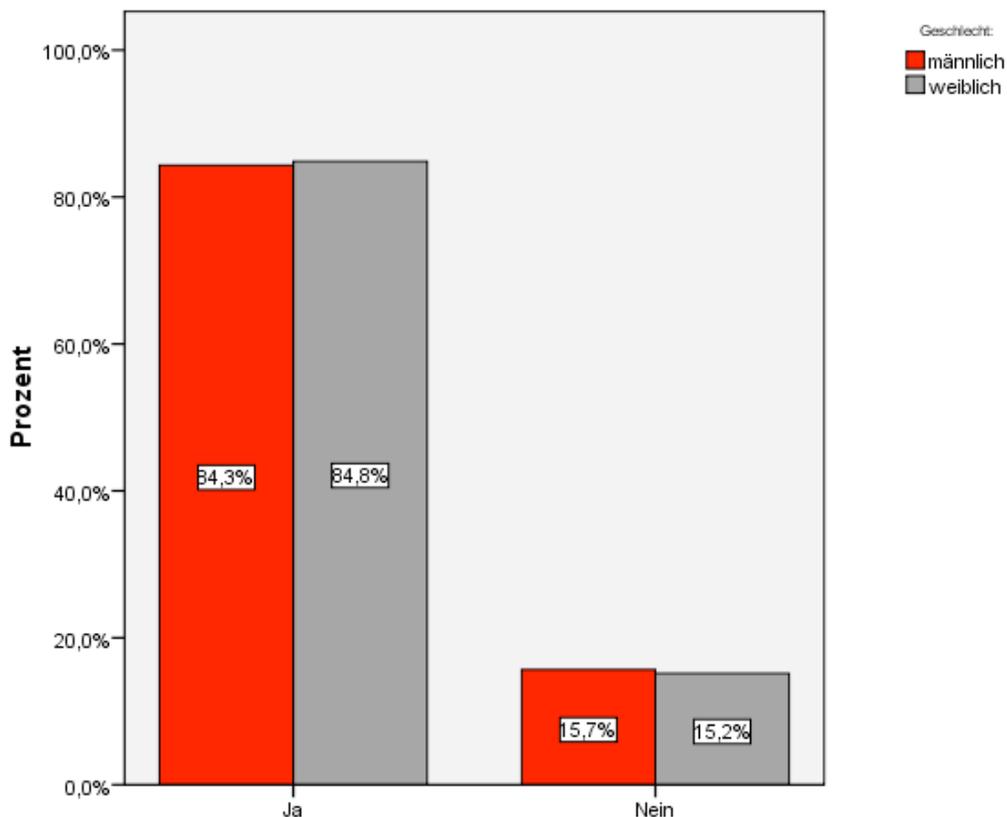


Abb. 21: Bereitschaft der SanitäterInnen zu Gruppengesprächen mit Einbringung eigener Gedanken und Erlebnisse (n=283)

Ergebnis:

Laut Angaben der Befragten sind sowohl die Frauen als auch die Männer überwiegend bereit, sich bei Gruppengesprächen mit ihren persönlichen Erfahrungen und Gedanken einzubringen. Interessant sind die Vergleichszahlen zwischen den Geschlechtern, da sich diese annähernd gleichen. Der Notfallpsychologe Binder-Kriegelstein (vgl. Interview Nr.1) steht diesem Ergebnis skeptisch gegenüber und meint, „Frauen sprechen mehr über ihre Gefühle als die Männer und sind mehr belastet durch Einsätze.“

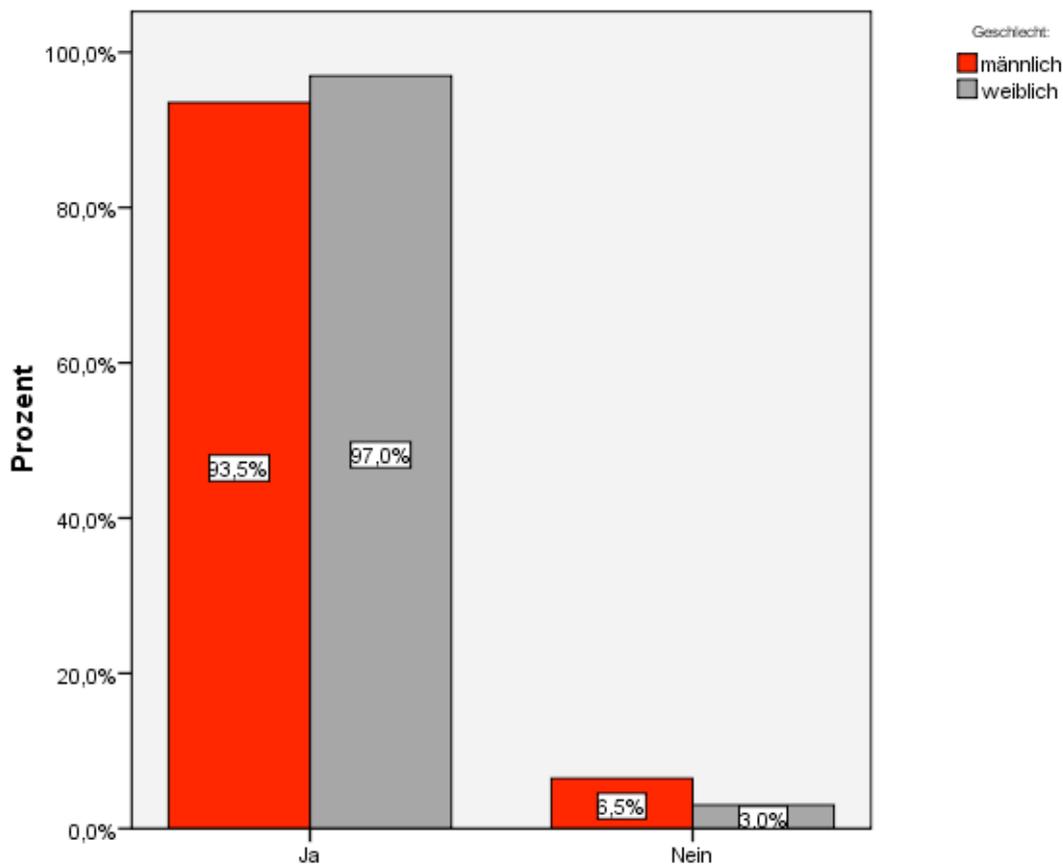


Abb. 22: Bereitschaft der SanitärerInnen zu Gruppengesprächen mit Einbringung eigener Gedanken zu fremden Gedanken und Erlebnissen (n=283)

Weiters geben die SanitärerInnen an, sich vorstellen zu können ihre Gedanken bei einer Besprechung von Erlebnissen und Gedanken Dritter zu äußern. Vergleicht man das Ergebnis mit dem vorhergehenden, so lässt sich festhalten, dass die Bereitschaft höher ist sich zu Gedanken und Erlebnissen anderer zu äußern, als eigene Gedanken und Erlebnisse innerhalb einer Gruppe einzubringen. Es liegt nahe, dass diese Zurückhaltung bei der Äußerung persönlicher Wahrnehmungen eine durchaus übliche, typischerweise dem Menschen zuordenbare Verhaltensweise ist. Auch Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) sieht dies so und meint, dass es immer einfacher ist, eigene Gedanken zu fremden Erlebnissen und Gedanken einzuflechten, als über sich selbst zu sprechen.

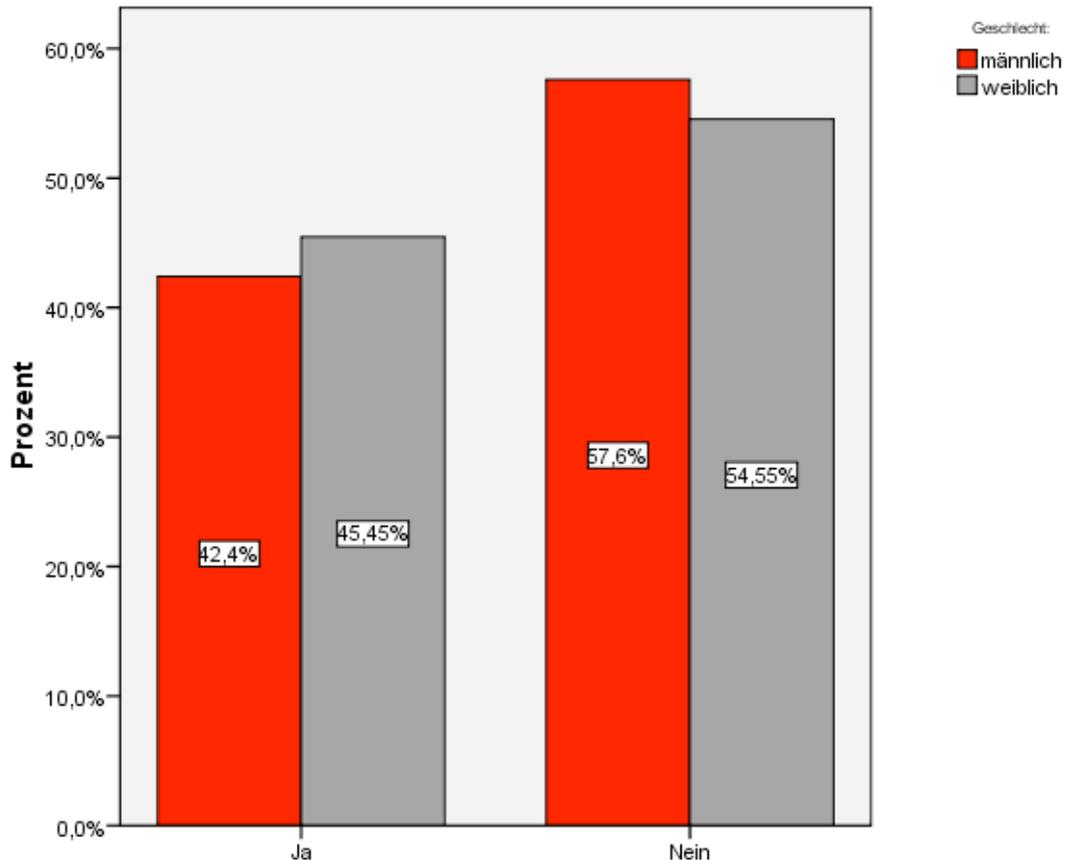


Abb. 23: Bereitschaft E-Mail- und/oder Chat-Besprechung nach belastenden Ereignissen (n=283)

Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Bereitschaft für E-Mail- oder Chatbesprechungen. Die Idee dahinter ist, SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen die Möglichkeit zu geben, per E-Mail oder via Chat in Kontakt mit einem Peer oder einer psychosozialen Fachkraft zu treten. Die hohe Bereitschaft der MitarbeiterInnen zeigt den klaren Bedarf einer solchen Nachbesprechungsmethodik. Ob das Interesse auf der Möglichkeit einer anonymen Durchführung von Nachbesprechungen basiert, wurde durch die Befragung nicht erhoben. Trotz der unterschiedlichen Durchführungsvarianten internetbasierter Besprechungsmethoden scheinen diese gegenüber den klassischen Gruppenbesprechungen noch im Hintergrund zu stehen. „Da sprechen neun Jahre Peer-Erfahrung eindeutig für das... Es [die E-Mail- oder Chat-Besprechung] ist nicht ersatzweise, aber eine weitere Möglichkeit. Da stellt sich mir sozusagen die Frage, ob das auch ein Zusatzangebot im Peer-System werden kann.“, so Ledermüller (vgl. Interview Nr.2).

9.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass der Bedarf an den bisherigen SvE-Maßnahmen durchaus gegeben ist. Zur Optimierung des Systems bedarf es jedoch eines starken Lobbyings um sowohl die SvE-Maßnahmen, als auch die Aufgaben der Peers für die SanitäterInnen greifbarer zu machen. Zudem besteht die Notwendigkeit einer Ausweitung des Peer-Systems auf den Bezirksstellen bzw. Hauptzentralen. Nur eine flächendeckende Implementierung des Systems kann zu einer Steigerung der Akzeptanz seitens der Rettungskräfte und der Effektivität führen.

Neben den bereits bestehenden SvE-Maßnahmen zeigen die Zahlen eine deutliche Nachfrage nach weiteren Maßnahmen wie regelmäßige Nachbesprechungen sowie E-Mail- oder Chat-Besprechungen.

Bei Betrachtung der bereits angebotenen bzw. weiterer durchzuführenden Methoden, scheinen, neben ausgebildeten Peers und PsychologInnen, zudem diplomierte SozialarbeiterInnen entsprechend qualifiziert zu sein.

10. Sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten zur Einsatznachbesprechung

Dem Wunsch einer Einsatznachbesprechung der SanitäterInnen kann eventuell aufgrund der mangelnden Personalressourcen im Peer-System nicht nachgekommen werden. Allerdings besteht die Möglichkeit, Sozialarbeit als Schnittstelle zwischen einer regelmäßigen Einsatznachbesprechung und dem Peer-System ins Rettungswesen zu implementieren.

SozialarbeiterInnen sind durch die Lehrinhalte ihres Studiums in vielen Bereichen kommunikativer Methoden ausgebildet. Neben der Führung von Einzel- und Gruppengesprächen verfügen diplomierte SozialarbeiterInnen zudem über fachliche Kompetenzen in den Bereichen Krisenintervention, Soziale Diagnostik und Sozialrecht.

Es liegt somit nahe, dem Wunsch der SanitäterInnen dahingehend nachzukommen ein Fortbildungsspektrum zu schaffen, welches einerseits regelmäßig stattfinden kann und andererseits durch Professionisten angeleitet wird. Dieses Spektrum an neuen Möglichkeiten der Reflexions soll nicht im Rahmen der SvE-Maßnahmen stattfinden, sondern einen eigenen Bereich der psychosozialen Angebote im Rettungsdienst einnehmen. Dahingehend, dass das Peer-System an sich als Laiensystem unbedingt erhalten bleiben sollte, sind sich Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) und Binder-Kriegelstein (vgl. Interview Nr.1) einig.

Den Bedarf an Sozialarbeit sieht auch Ledermüller (vgl. Interview Nr.2) und meint, „...dass es einige Fälle gibt, wo das [Peer-System] einfach an die Grenzen stößt und dann muss ein Notfallpsychologe her, ein Traumatherapeut oder eine sozialarbeiterische Intervention. Und da, an dieser Grenze, gehören die Professionisten herangezogen.“ Hierbei kann durchaus die Möglichkeit bestehen, vorhandene Peers mit einzubinden bzw. für die weitere Durchführung auszubilden bzw. anzuleiten.

Fest steht, dass die Ressourcen der derzeit bestehenden Peer-Teams keine Implementierung weiterer Maßnahmenpakete zulässt, ohne dass die Qualität der Methoden darunter leiden würde. Das Berufsbild der SozialarbeiterInnen hingegen könnte, neben bereits vorhandenen Ressourcen, einen „blinden Fleck“ im Arbeitsfeld Rettungsdienst abdecken. Wenngleich es auch nicht besonders lukrativ wäre pro

Dienststelle eineN SozialarbeiterIn einzustellen (vgl. Interview Nr.2), so gäbe es durchaus eine Möglichkeit Betriebssozialarbeit auf Regionalebene einzuführen. Eine mögliche Aufteilung der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche nach Berufsgruppen zeigt die folgende Grafik. Diese macht die Möglichkeiten der bereits vorhandenen Ressourcen deutlich und zeigt, Sozialarbeit als mögliche Schnittstelle der Professionen. Wünschenswert wäre neben der Einführung dieser, eine Besetzung mit SozialarbeiterInnen, welche bereits über das Know-how rund um die Tätigkeitsfelder des Roten Kreuzes, im Speziellen über den Rettungsdienst verfügen. Dies würde einerseits eine betriebliche Einführung erleichtern und zudem die Möglichkeit bieten, den SanitäterInnen auf kollegialer und vertrauter Ebene zu begegnen.

Angebot ⇕	Zuständigkeit ⇒	Peer	SozialarbeiterIn	Arbeits- PsychologIn
	<i>Einzelgespräche</i>	●	●	●
	<i>On Scene Support</i>	●		
	<i>Demobilization</i>	●		
	<i>Defusing</i>	●		
	<i>Debriefing</i>	●		
	<i>Supervision</i>		● ^S	● ^S
	<i>Intervision</i>	●	●	
	<i>Balintarbeit</i>		●	
	<i>Telefon-Hotline</i>		●	
	<i>E-Mail-Beratung</i>		●	●
	<i>Chat-Beratung</i>		●	
	<i>Internetforum</i>	●	●	

^S mit Zusatzausbildung zum Supervisor/zur Supervisorin möglich

Abb. 24: Ideal-Aufteilung der jeweiligen Zuständigkeiten nach Berufsgruppen

10.1. Supervision

„Supervision ist personenbezogene berufliche Beratung für Professionals. Ihre Aufgabe ist es, Einzelne, Gruppen oder Teams von Professionals zu individueller und sozialer Selbstreflexion zu befähigen. Ziel dieser Reflexion ist die Überprüfung und Optimierung des beruflichen und methodischen Handelns.“ (Rappe-Giesecke 2003: 3)

Grundsätzlich lässt sich Supervision in die Typen der administrativen Supervision, der Ausbildungssupervision, der Supervision im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen und der berufsbegleitenden Supervision unterscheiden.(vgl. Rappe-Giesecke 2003: 4f)

Für die Verwendung von Supervision im Rettungsdienst ist letzterer Typus von Bedeutung. Die berufsbegleitende Supervision ist jene am häufigsten angewandte Supervision und wird entweder im Gruppen-, Einzel- oder Team-Setting angeboten. Inhalt der Supervision ist hierbei entweder die Arbeit mit KlientInnen oder KundInnen, die Kooperation untereinander oder die eigenen Rollen innerhalb einer Organisation. (vgl. Rappe-Giesecke 2003: 8)

Für die Durchführung mit SanitäterInnen würde dies bedeuten, die Arbeit mit PatientInnen und aufgetretene Einsatzsituationen, die Zusammenarbeit mit KollegInnen sowie die eigene Rolle in der Organisation Rotes Kreuz zu besprechen und zu reflektieren. Die Folge angewandter Supervision könnte, wie Rappe-Giesecke (2003: 9) bereits anmerkt, eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sein, da Supervision dazu beiträgt, Kommunikationsstörungen zu beseitigen und ein wertschätzendes Klima unter den KollegInnen aufzubauen. Karutz und Lasogga gehen hier einen Schritt weiter und meinen, dass langfristig gesehen, das Angebot von Supervision weniger erkrankte MitarbeiterInnen hätte. (vgl. Karutz/Lasogga 2005: 129)

10.1.1. Aufbau der Gruppensupervision

Zu Beginn der Supervision werden die organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt und die TeilnehmerInnen über den bevorstehenden Gruppenprozess informiert. Anschließend einigen sich die SupervisionsteilnehmerInnen auf ein

Arbeitsthema, welches mittels einer Falleinbringung durch eine betroffene Person in die Gruppe eingebracht wird. In der Phase der Fallbearbeitung wird der präsentierte Fall bzw. das präsentierte Problem des Fallbringers/der Fallbringerin innerhalb der Gruppe rekonstruiert um die Begleitumstände und das Erleben der AkteurInnen im Fall einordnen zu können. Im Anschluss daran wird versucht, die Bedeutung des Falles bzw. des Problems für den Fallbringer/die Fallbringerin herauszuarbeiten und dies in Bezug mit dem professionellen Handeln zu stellen. Dabei werden die Gefühle und Phantasien der ZuhörerInnen sowie deren Vermutungen und Sichtweisen zu dem Geschilderten eingebracht bevor mittels Selbstreflexion versucht wird, die Bedeutung des Problems für die Gruppe sowie die Veränderung während des Gruppenprozesses zu klären. Am Ende des Gruppenprozesses steht die Beendigung der Fallarbeit mit dem Fokus auf die Auflösung der räumlichen Beziehungskonstellationen. (vgl. Rappe-Giesecke 2003: 131-140)

10.1.2. Einzelsupervision

Um im geschützten Rahmen und unter vier Augen reflektieren zu können, besteht neben der Gruppensupervision auch die Möglichkeit einer Einzelsupervision. Diese macht sich zum Ziel persönliche Dinge und eigene Themen anzusprechen ohne die Privatsphäre zu gefährden. (vgl. Lippmann 2004: 11)

10.1.3. Teamsupervision

Diese Art der Supervision eignet sich zu Reflexion und Unterstützung von Teams. Dabei werden Themen wie Zusammenarbeit im Team, Spannungsfelder sowie Rollen und Konflikte gemeinsam bearbeitet und an einer Verbesserung von Ablaufstrukturen gearbeitet. (vgl. Lippmann 2004: 12)

10.2. Intervision

Eine spezielle Art der Supervision stellt die Intervision dar. Im Gegensatz klassischen Supervisionsgruppen kommt diese ohne eine externe Fachperson aus. Die Gruppen

setzen sich aus KollegInnen zusammen, welche ihre berufliche Arbeit reflektieren mit dem Ziel der Qualitätssicherung. Als historische Vorläufer der Intervision (auch oft als Peer-Group-Supervision bezeichnet) werden Arbeitsgruppen, Selbsterfahrungs- oder Selbsthilfegruppen gesehen.

In der Intervision hat jedes Gruppenmitglied die Möglichkeit Fragen bzw. Probleme einzubringen. Anschließend versucht die Gruppe gemeinsam mittels einer vorher festgelegten Struktur, gezielte Lösungen zu erarbeiten. Dabei stehen die Freiwilligkeit, aber zugleich auch die Verbindlichkeit sowie die Bereitschaft einerseits von anderen zu lernen, aber auch gleichzeitig andere zu lehren, im Vordergrund.

Ziel von Intervision soll ein Reflexionsprozess unter Gleichrangigen sein, welcher einerseits der Wahrnehmungserweiterung und andererseits der Psychohygiene dient. Neben dem geregelten Informationsaustausch untereinander bietet die Intervision die Möglichkeit der Pflege der kollegialen Strukturen sowie der Optimierung der eigenen Identifikation innerhalb des Tätigkeitsfeldes. (vgl. Lippmann 2004: 12-22)

10.3. Balintgruppen

Ausgangspunkt der Balintgruppen waren die psychischen Besonderheiten von ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehungen. Kommunikationsschwierigkeiten wurden hierbei oft als Störung der Beziehung von ÄrztInnen zu ihren PatientInnen gesehen. Später wurde der Arzt und Psychotherapeut Michael Balint darauf aufmerksam, „dass eine aufmerksam zuhörende Gruppe beim Vortrag eines Erlebnisberichtes als Resonanzkörper für die enthaltenen Emotionen wirkt.“ (König 2004: 3). Dies ermöglicht dem Fallbringer/der Fallbringerin ein breites Spektrum an Vielseitigkeiten und Widersprüchlichkeiten zu seiner Beziehung. Ziel des Ablaufes ist es kurzfristig eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation herbeizuführen und langfristig zu einer Ausweitung der Kommunikationskompetenz zu verhelfen.

(vgl. König 2004: 3, vgl. Häfner 2007: 3-7)

Wichtig ist zu betonen, dass eine Balintgruppe keine Supervisions- oder Selbsterfahrungsgruppe ist. (vgl. König 2004: 9)

Wurden früher Balintgruppen ausschließlich mit ÄrztInnen durchgeführt, so findet diese Methode heute auch bei nichtärztlichen Berufsgruppen (Bsp.: Pflegepersonal, PädagogInnen, JuristInnen, SozialarbeiterInnen, etc.) ihre Anwendung. (vgl. König

2004: 119-121) Aus der Literatur gehen bisher keine Erfahrungswerte von Balintgruppen mit SanitäterInnen hervor, dennoch scheint es sinnvoll legitim, die Kriterien einer ärztlichen Balintgruppe auch auf die Berufsgruppe der SanitäterInnen zu übertragen.

10.3.1. Arbeitsweise von Balintgruppen

Üblicherweise setzt sich eine Balintgruppe aus acht bis zwölf TeilnehmerInnen der gleichen Berufsgruppe zusammen. Hinzu kommt noch einE GruppenleiterIn welcheR idealerweise über eine Psychotherapieausbildung verfügt. Auf diesem Hintergrund wären SozialarbeiterInnen mit entsprechender Zusatzausbildung bestens geeignet.

Die Treffen der TeilnehmerInnen finden klassischerweise alle ein bis zwei Wochen statt. Zu Beginn einer Sitzung präsentiert ein Gruppenmitglied einen Fall aus seiner Praxis. Der Fall soll frei, ohne jegliche Unterlagen und ohne vorgegebenes Zeitlimit vorgetragen werden. Im Anschluss an die Präsentation besteht für die anderen Gruppenmitglieder die Möglichkeit, Verständnisfragen zu stellen bevor die TeilnehmerInnen aufgefordert werden, persönliche Gefühle zu dem präsentierten Fall zu äußern. Es gibt zum Fall keinerlei Lösungsvorschläge oder Ratschläge, der Gruppenprozess soll den TeilnehmerInnen Übertragungen, Gegenübertragungen und Widerstände zu erkennen geben. Knoepfel (1984: o.P., zit. in: Häfner 2007: 47) stellt die Wirkung von Balintgruppen folgendermaßen dar: „... die Balintarbeit befreit vom Mitagieren, hilft durch besseres Verständnis,..., wirkt der Isolierung, der Selbstverurteilung und Selbstentwertung entgegen...“.

Roth (1985: 144) fügt dem noch den Fortschritt der TeilnehmerInnen hinzu, zwischen Gegenübertragungsreaktionen und eigenen emotionalen Einstellungen unterscheiden zu können.

10.4. Telefon-Hotline

Die Telefon-Hotlines „147-Rat auf Draht“ und die „Ö3-Kummernummer“ sind wahrscheinlich die am meisten beworbenen Anlaufstellen für Krisen. Doch es gibt noch zahlreiche andere Telefonseelsorge-Einrichtungen. Vorteile solcher Krisentelefone sind die durchgehende Erreichbarkeit, die Wahrung der Anonymität

der AnruferInnen sowie die einfache Geheimhaltung gegenüber Angehörigen. (vgl. Stauß o.J.: o.P., zit. in: Lange 1990: 345)

Die Wirkung telefonischer Seelsorge und Krisenintervention ist zurückzuführen auf die ständige Erreichbarkeit in Kombination mit der Möglichkeit des Sich-Aussprechens-Können. Zudem ist das Telefon eine Variante der Abklärung von Krisensituationen, über eine eventuelle Weitervermittlung bis hin zu klärenden Krisengesprächen. (vgl. Stauß o.J.: o.P., zit. in: Lange 349-351)

„Die vielfältigen Anforderungen, die sich daraus ergeben, erfordern Mitarbeiter, die dem gewachsen sind und die durch Ausbildung und Schulung dafür befähigt werden.“, so Konrad-Vöhringer (o.J.: o.P., zit. in: Lange 375). SozialarbeiterInnen scheinen hierfür sehr geeignet zu sein, wenngleich Konrad-Vöhringer (o.J.: o.P., zit. in: Lange 375) im Weiteren darauf hinweist, dass für die Durchführung von Telefonseelsorge nicht zwangsweise Fachkräfte notwendig sind. Es scheint jedoch sinnvoller zu sein fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen um einen ebenso qualitativ hochwertigen Beratungsdienst anbieten zu können.

Der Service einer telefonischen Anlaufstelle wäre ebenso für SanitäterInnen geeignet. Die Idee dahinter ist, den Einsatzkräften die Möglichkeit zu geben, belastende Einsätze gemeinsam mit einer psychosozialen Fachkraft am Telefon zu reflektieren. Binder-Krieglstein (vgl. Interview Nr.1) unterstützt diese Idee, wenn er meint, es würde eine 0800er-Nummer für SanitäterInnen benötigen, eine Art Kummernummer für MitarbeiterInnen, wo bei Bedarf an eine psychosoziale Fachkraft weitervermittelt werden kann. Zu beachten ist hier die logistische Aufbereitung, da vermieden werden muss, dass die anonymen NutzerInnen des Telefon-Hotline nicht mit einer ihr bekannten Person telefonieren müssen. Zudem kommt, dass es möglich sein muss die Anonymität aller NutzerInnen gewährleisten zu können, da die Rufnummern der SanitäterInnen im Telefonsystem des Roten Kreuzes abgespeichert sind und die AnruferInnen mit Namen und Funktion darstellen.

10.5. E-Mail- oder Chat-Beratung

Mit Einführung des Internets ist es auch zur Entstehung einer weiteren Kommunikationssparte gekommen. Anders als bei einem Telefonat oder einem persönlichen Gespräch ist die Kommunikation über das Internet durch Anonymität,

Mindestmaß an Informationen und keiner Notwendigkeit sozialer Kompetenzen gekennzeichnet. Gerade diese Eigenschaften machen sich jene Personen zu Nutze, „... welche Schwierigkeiten im direkten Kontakt und im Umgang mit anderen Menschen haben...“ (Knatz/Dodier 2003: 13).

Zudem merken Knatz und Dodier (2003: 13) weiters an, dass die Medien Internet und E-Mail für manche Menschen überhaupt erst einen Kontakt nach außen ermöglichen. Viele würden ohne diese Medien erst gar keine Beratung in Anspruch nehmen. Gerade die Anonymität und die Möglichkeit seine Probleme zu schildern, ohne jemandem gleichzeitig seine Emotionen zu zeigen, macht das Angebot interessant. Klapproth und Niemann (2000: 3) sehen dies ähnlich und meinen, dass aufgrund der textbasierten Kommunikation keine zufällige Übertragung von nonverbalem Verhalten von statten gehen kann. Ausgenommen ist hierbei die von Dürscheid (o.J.: o.P., zit. in: Schlobinski 2006: 107) angeführte Metaebene der Emoticons, welche durchaus im Schriftverkehr verwendet werden um Emotionen zu äußern.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass eine anfängliche E-Mail-Beratung vielleicht der Anstoß oder die notwendige Begleitung zu einer darauf folgenden Face-to-face-Beratung sein kann. (vgl. Knatz/Dodier 2003: 13-16)

„Alles hat seine eigene Berechtigung und Notwendigkeit, und im Zeitalter der Mobilität, der Flexibilität, der Kreativität kann sowohl E-Mail-Beratung selbstständig, als auch in paralleler Nutzung mit anderen Beratungsformen zum Erfolg führen“, so Knatz und Dodier (2003: 16)

Neben der Möglichkeit sich per E-Mail Hilfe zu suchen gibt es auch noch die Möglichkeit seine Probleme in einem Chatroom loszuwerden. Der Vorteil beim Chat ist die nahezu zeitsynchrone Kommunikation zwischen mehreren Personen gleichzeitig. Einen Nachteil sehen Knatz und Dodier (2003: 20) dabei im Versuch mittels Chat eine Verschriftlichung eines mündlichen Dialogs herbeizuführen.

Wenngleich auch Nachteile von E-Mail- oder Chat-Beratungen bekannt sind, sollte nicht vergessen werden, dass in der vorherrschenden medialen Gesellschaft diese Beratungsmethoden als eine Ergänzung zur Face-to-face- und Telefonberatung gesehen werden müssen. (vgl. Knatz/Dodier 2003: 35)

10.6. Internetforum

Als eine weitere, in der Literatur bisher vergebens gesuchte, Methode würde sich im Zusammenhang mit belastenden Einsätzen die Erstellung eines Internetforums anbieten. Ziel des Forums ist die Schaffung einer Online-Plattform, die SanitäterInnen die Möglichkeit bietet, sich zu einem bestimmten Thema schriftlich zu äußern und mit anderen zu diskutieren bzw. Gedanken zu Themen zu äußern.

Zur Betreuung des Forums und der Forumsmitglieder dienen ModeratorInnen, im Idealfall psychosoziale Fachkräfte oder Peers. Diese stellen zu Beginn Eingangsfragen oder veröffentlichen Artikel, Kommentare bzw. Unterlagen zu Themen wie Stress im Rettungsdienst oder belastende Einsätze und versuchen so SanitäterInnen zu Stellungnahmen zu motivieren. Die TeilnehmerInnen des Forums können dazu Kommentare abgeben oder auf die Stellungnahmen anderer reagieren. Wenn das Forum zu unübersichtlich wird, kann es notwendig sein, dass die ModeratorInnen die Diskussion in mehrere Diskussionsstränge bzw. Themenbereiche teilen, Zusammenfassungen schreiben oder aber fachlich qualifiziertes Stellungnahmen zu Themen abgeben.

Obwohl an Internetforen nur jene Personen teilnehmen können, die über die notwendigen Computerkenntnisse sowie einen Internetzugang verfügen, wäre dies eine relativ einfach durchzuführende Methode einen Teil der SanitäterInnen zumindest über das Peer-System zu informieren, für Belastungen im Rettungsdienst zu sensibilisieren und eine Möglichkeit zu geben anonym und kostenlos über belastende Ereignisse zu berichten und diese mit anderen zu reflektieren.

(vgl. Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa o.J.: o.P.)

11. Schlussfolgerungen

Die SanitäterInnen des Roten Kreuzes sind während ihrer Tätigkeitsausübung vielen Belastungen ausgesetzt. Dabei sind es oft nicht einmal die auf den ersten Blick tragisch erscheinenden Einsätze, sondern mitunter lediglich Schwierigkeiten in der Kommunikation mit KollegInnen, PatientInnen oder Angehörigen. Diese, auf die Einsatzkräfte einwirkenden Belastungen können psychische und physische, zum Teil sogar schwerwiegende Reaktionen hervorrufen. Diese reichen von posttraumatischen Belastungsreaktionen bis hin zum Burnout und der Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Personen.

Um den aufgebauten Stress verarbeiten und ungesunde Reaktionen vermeiden zu können wurden beim Roten Kreuz sogenannte Peers, KollegInnen mit einer Zusatzausbildung im Bereich der psychosozialen Betreuung, ins Leben gerufen. Diese sollen die Einsatzkräfte nach belastenden Ereignissen über eventuelle Folgen der Belastungen aufklären und sie bei der Stressbewältigung unterstützen. Die Angebote der Peers werden jedoch von den SanitäterInnen nur spärlich wahrgenommen und das, obwohl die Bereitschaft für gemeinsame Einsatznachbesprechungen und Reflexionen durchaus gegeben wäre.

Aus diesem Grund ist es seitens der Organisation notwendig, den MitarbeiterInnen jene Maßnahmenpakete zur Stressverarbeitung anzubieten, für welche auch eine Nachfrage besteht.

Da die Ressourcen von Peers und ArbeitspsychologInnen in diesem Feld begrenzt sind, scheint es sinnvoll, SozialarbeiterInnen mit der Entwicklung und der Durchführung spezieller Stressverarbeitungsmaßnahmen (Bsp.: Supervision, Intervision, Balintarbeit, Telefon-Hotline, E-Mail oder Chat-Beratung, Internetforum etc.) zu betrauen.

Der Nutzen sozialarbeiterischer Interventionsangebote ist gleichermaßen für die einzelnen MitarbeiterInnen, als auch für die gesamte Organisation von Bedeutung. Neben der Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergibt sich die Möglichkeit einer Burnout- und Belastungsstörungen-Prävention bzw. -Früherkennung. Letztere könnte zudem positive Auswirkungen auf die Fluktuation von Personal sowie auch positive Veränderungen im Bereich der Teamarbeit mit sich bringen.

Mit Hilfe der Gruppenarbeiten kommt es neben der Schaffung gemeinsamer Strategien zur Stressverarbeitung auch zu einer Sensibilisierung der Menschen auf die Pflege der eigenen Psychohygiene. Zudem erlernen die SanitäterInnen im Zusammenspiel mit den SozialarbeiterInnen spezielle Kommunikationstechniken, welche nicht alleine für die Tätigkeit im Rettungsdienst von Relevanz sein können. Darunter fallen Gesprächsführungsmethoden für Krisensituationen, zur wertschätzenden Übermittlung von Feedback, sowie einfache Methoden und Techniken zur Entspannung und zur Förderung der inneren Balance.

(vgl. Schuller-Schreib 2008: 68-73)

Neben der Entwicklung und Durchführung solcher Maßnahmen soll eine Implementierung von Betriebssozialarbeit in die Organisationsstruktur des Roten Kreuzes angedacht werden. Es wäre dies eine zu begrüßende und wichtige Erweiterung bestehender Ressourcen und ein weiterer wichtiger Schritt im Bereich der Organisationsentwicklung.

Literatur

Aitken, Robert (1988): Zen als Lebenspraxis. In: Stepan, Thomas (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin, 2. Auflage, Edeweicht und Wien.

Bäuerle, Dietrich (1969): Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. In: Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien.

Beerlage, Irmtraud / Hering, Thomas (2004): Retten als Arbeit zwischen Routine und Katastrophe. Gesundheit, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst, Band 10, München und Wien.

Binder-Krieglstein, Cornel (1997): Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Burisch, Matthias (1989): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung In: Krampfl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Butollo, Willi / Krüsmann, Marion / Hagl, Maria (2002): Leben nach dem Trauma. In: Krampfl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Cofer, Charles / Appley, Mortimer (1964): Motivation: Theory and research. In: Binder-Krieglstein, Cornel (1997): Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Das Oxford Schulwörterbuch (1996): Peer. Berlin.

Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern.

Duffy, John (1979): The role of CMHCs in airport disasters. In: Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Everly, George / Mitchell, Jeffrey (1999): Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention. In: Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Freeman, K. (1979): CMHC responses to the Chicago and San Diego airplane disasters. In: Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Freudenberger, Herbert / North, Gail. (1992): Burnout bei Frauen. In: Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien.

Fried, Erich (1996): Was es ist. In: Stepan, Thomas (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Golembiewski, Robert / **Munzenrieder**, Robert / **Carter**, Diane (1983): Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. In: Beerlage, Irmtraud / **Hering**, Thomas (2004): Retten als Arbeit zwischen Routine und Katastrophe. Gesundheit, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst, Band 10, München und Wien.

Gorgaß, Bodo (2005): Rettungsassistent und Rettungssanitäter. 7. Auflage, Heidelberg.

Graham, Nancy (1981a): Done in, fed up, burned out: too much attrition in EMS. In: Everly, George / **Mitchell**, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Graham, Nancy (1981b): Part 2: How to avoid a short career. In: Everly, George / **Mitchell**, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Häfner, Steffen (2007): Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer, Im Auftrag der Deutschen Balint-Gesellschaft, 3. Auflage, Köln.

Henseler, Heinz (1990): Narzistische Krisen. In: **Krampl**, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Hermanutz et al. (2001): Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen. In: **Krampl**, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Karutz, Harald / **Lasogga**, Frank (2005): Hilfen für Helfer. Belastungen – Folgen – Unterstützung, 1. Auflage, Edewecht und Wien.

Kliman, Ann (1975): The Corning flood project: Psychological first-aid following a natural disaster. In: Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Knatz, Birgit / Dodier, Bernard (2003): Hilfe aus dem Netz. Theorie und Praxis der Beratung per E-Mail, Stuttgart.

Knoepfel, H. (1984): Wirkungen der Balint-Gruppe auf Teilnehmer und Gruppenleiter. in: Häfner, Steffen (2007): Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer, Im Auftrag der Deutschen Balint-Gesellschaft, 3. Auflage, Köln.

Konrad-Vöhringer, Gisela (o.J.): „Telefonseelsorge“-eine Standortbestimmung im Kontext anderer telefonischer Beratungsdienste. In: Lange, Ulrich (Hrsg.) (1990): Telefon und Gesellschaft. Band 2, Berlin.

König, Werner (2004): Die Leitung von Balintgruppen. Ein Leitfaden begründet durch Werner Stucke, Im Auftrag der Deutschen Balintgesellschaft, 2. Auflage, Köln.

Krampl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Lange, Ulrich (Hrsg.) (1990): Telefon und Gesellschaft. Band 2, Berlin.

Leitner, Andrea / Wroblewski, Angela (2002): Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizientansprüchen. ExpertInneninterviews in der Praxis der Arbeitsmarktevaluation. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Lippmann, Eric (2004): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten, Heidelberg.

Maslach, Christina / Jackson, Susan (1984): Burnout in organizational Settings. In: Beerlage, Irmtraud / Hering, Thomas (2004): Retten als Arbeit zwischen Routine und Katastrophe. Gesundheit, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst, Band 10, München und Wien.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2002): Vom Nutzen der Expertise. ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Mitchell, Jeffrey (1982): The psychological impact of the Air Florida 90 disaster on fire-rescue, paramedic and police personnel. In: Everly, George / Mitchell, Jeffrey (2005): Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge, Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode, 2. Auflage, Edewecht und Wien.

Mietzel, Gerd (1998): Wege in die Psychologie. In: Karutz, Harald / Lasogga, Frank (2005): Hilfen für Helfer. Belastungen – Folgen – Unterstützung, 1. Auflage, Edewecht und Wien.

Nitsch, Jürgen (1981): Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. In: Binder-Krieglstein, Cornel (1997): Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Pfadenhauer, Michaela (2005): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Raitel, Jürgen (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxisbuch, Wiesbaden.

Rappe-Giesecke, Kornelia (2003): Supervision für Gruppen und Teams. 3. Auflage, Berlin.

Redelsteiner, Christoph et al. (2005): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen, 1. Auflage, Wien.

Redelsteiner, Christoph et al. (2005): Stress und Burnout. In: Redelsteiner, Christoph et al. (2005): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen, 1. Auflage, Wien.

Roth, Jörg (1985): Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen. 2. Auflage, München.

Saß, Henning et al. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM IV-TR, In: Karutz, Harald / Lasogga, Frank (2005): Hilfen für Helfer. Belastungen – Folgen – Unterstützung, 1. Auflage, Edewecht und Wien.

Scobel, Walter (1988): Was ist Supervision? Göttingen.

Schuller-Schreib, Ulrike (2008): Stressverarbeitungsstrategien des Pflegepersonals in Pflegeheimen. Master-Thesis am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems.

Schwarzer, Ralf (1987): Streß, Angst und Hilflosigkeit. In: Binder-Krieglstein, Cornel (1997): Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Seyle, Hans (1936): A syndrome produced by diverse nocuous agents. In: Binder-Krieglstein, Cornel (1997): Stressinterventionsprogramm für den Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien.

Stauß, Hans (o.J.): Das Telefon in der Krisenhilfe am Beispiel der Telefonseelsorgedienste. In: Lange, Ulrich (Hrsg.) (1990): Telefon und Gesellschaft. Band 2, Berlin.

Stepan, Thomas (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin, 2. Auflage, Edeweicht und Wien.

Tausch, Reinard (1993): Hilfen bei Streß und Belastung. In: Stepan, Thomas (2001): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin, 2. Auflage, Edeweicht und Wien.

Teegen, F. / Domnick, A. / Heerdegen, M. (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr. In: Krampfl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Teegen, F. (1999): Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. In: Krampfl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Van der Kolk, Bessel (2000): Traumatic Stress. In: Krampfl, Manfred (2007): Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst, Kröning.

Internetquellen

Bildungsnetzwerk Niederösterreich (2008): Kursprogramm 2009. Tulln, 20.12.2008.

<<http://intranet.n.rotekreuz.at/filedl.php?file=m55kn2esmpzG12fSx56WwmmYlcabpWTGIZ6Wx8nTmWDDdpSmYqvHmZnOadCVnZ3YaaKczJtdZKOTmpXZmpuo5WXZmCSg8esxtdn15OpmNVto8jMm6OUwmmiYs%2BaynFgk3dif2KPw5bGs5qzmp6Wkml2ybOeiGTAaYNisZbKaZDFgGWmlqqTqsbVmNabqMrKnabJxmqaM5qIGeUlpWaYZpuYI9iqJmbw8tn>>.

Bundesgesetzblatt (2002): Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz – SanG), Wien, 03.07.2008.

<http://ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2002_30_1/2002_30_1.pdf>.

Das Rote Kreuz (2000): Hilfe für die Helfer. Der Begründer des Stress-Managements bei Großunfällen kam nach Österreich, März 2000, Tulln, 15, 15.10.2008. <http://www.wrk.at/cn/ich_brauche_hilfe/200003_das_rote_kreuz.pdf>.

Besenthal-Falta, Ulrike (2000): Supervision im Bereich der Notfallhilfe. Konzeptionelle Überlegungen, Abschlussarbeit an der Akademie Münster, 08.11.2007. <<http://www.notfallseelsorge.de/Materialien/dipl060.pdf>>.

Dörner, Christian et al. (o.J.): Ein Kollege steht dir zur Seite: SBE Peer. In: Vorrang Intern 1/2000, o.O., 10-13, 15.10.2008.

<http://www.wrk.at/cn/ich_brauche_hilfe/200001_vorrang_intern.pdf>.

Dörner, Christian / Kouril, Peter / Redelsteiner, Christoph (2003): Kollegen stehen Dir zur Seite. Mitarbeiterbetreuung nach besonders belastenden Ereignissen, In: Procure. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe, Mai 2003, o.O., 18-20, 15.10.2008.

<http://www.wrk.at/cn/ich_brauche_hilfe/Kollegen_stehen_dir_zur_Seite.pdf>.

Dörner, Christian / Malina, Christine / Hamp, Peter (2001): Peers – Einsatzbegleiter bei der Love-Parade 2001. In: Vorrang intern, Ausgabe 3/2001, o.O., 36-37.
<http://www.wrk.at/cn/ich_brauche_hilfe/200005_vorrang_intern.pdf>.

Dürscheid, Christa (o.J.): Merkmale der E-Mail-Kommunikation. In: Schlobinski, Peter (Hrsg.) (2006): Duden-Thema Deutsch Band 7. Von *hdl* bis *cul8r*, 12.02.2009.
<http://www.duden.de/downloads/produkte/thema_deutsch_bd7/thema_deutsch_duerscheid.pdf>.

Flatten, Guido (2003): Der hilflose Helfer. Zum Umgang mit traumatischen Belastungen im Rettungsdienst, In: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 6, Mai 2003, Freiburg, 265-270, 15.10.2008.
<<http://www.springerlink.com/content/fjctlr18e929ccv0/fulltext.pdf>>.

Info aktuell-Die Mitarbeiterzeitung des Österreichischen Roten Kreuzes. Thema: Erste Hilfe für die Seele, Wien, 1-2, 11.11.2008.
<<http://209.85.129.132/search?q=cache:yYFkF-P9TLQJ:alo.uibk.ac.at:8180/filestore/servlet/GetFile%3Fid%3DVVWJTJTDMJUWWYBQUZGX+rotes+kreuz+info+aktuell+erste+hilfe+seele&hl=de&ct=clnk&cd=4&gl=at>>.

Klapproth, Florian / Niemann, Jens (2000): Psychologie und Internet: Eine Untersuchung zur Wirksamkeit von psychologischer E-Mail-Beratung. 12.02.2009.
<<http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2005/570/pdf/Artikel1.pdf>>.

Mansmann, Vinzenz (o.J.): Burnout-Spirale. 24.01.2009.
<http://www.cziuk.adwords-manager.de/fileadmin/img_cz/burnout/12-stufen-burnout-02.jpg>.

Nusch, Joachim (2004): Coaching und Kompetenzberatung, 15.10.2008.
<<http://www.nusch.com/vedacoaching/stress.htm>>.

Österreichisches Rotes Kreuz (2004a): Rahmenvorschriften Psychosoziale Betreuung. Wien, 20.12.2008.

<<http://www.rotekreuz.at/nocache/organisieren/organisation/wer-wir-sind/rechtliche-grundlagen/vorschriften/psychosoziale-betreuung/do/download/uid/504>>.

Österreichisches Rotes Kreuz (2004b): Ausbildungsrichtlinien Psychosozialen Betreuung. Wien, 20.12.2008.

<<http://www.rotekreuz.at/nocache/organisieren/organisation/wer-wir-sind/rechtliche-grundlagen/vorschriften/psychosoziale-betreuung/do/download/uid/505>>.

Österreichisches Rotes Kreuz Tirol (o.J.): Einzelgespräch (nach dem SAFE-R-Modell). Tirol, 10.02.2009. <<http://www.sve-psd.at/einzelgespraech.html>>.

Perner, Rotraud (2008): Wer ausbrennt, muss vorher gebrannt haben... Interview, In: Upgrade-Das Magazin für Wissen und Weiterbildung der Donau-Universität Krems, Ausgabe 4-07/08, Krems, 33-35, 15.01.2009.

<<http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/upgrade/burn-out.pdf>>.

Redelsteiner, Christoph (2003): Kampf dem Superman-Virus. In: Procure. Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe, Heft 4, April 2003, o.O., o.P., 15.10.2008. <http://www.wrk.at/cn/ich_brauche_hilfe/Kampf_dem_Superman_Virus.pdf>.

Schlobinski, Peter (Hrsg.) (2006): Duden-Thema Deutsch Band 7. Von *hdl* bis *cul8r*, 12.02.2009.

<http://www.duden.de/downloads/produkte/thema_deutsch_bd7/thema_deutsch_due rscheid.pdf>.

Schmidt, Petra (2003): Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE) für Einsatzkräfte. Peers beim Roten Kreuz, Diplomarbeit an der Bundesakademie für Sozialarbeit Wien, 15.10.2008.

<http://www.sve-psd.at/dl_dipldiss.html?&no_cache=1&tx_abdownloads_pi1%5Baction%5D=getview clickedownload&tx_abdownloads_pi1%5Buid%5D=12>.

Schwabegger, Irina (2008): SvE im ÖRK – Landesverband NÖ: Eine Erfolgsstory?, Offiziersarbeit beim Österreichischen Roten Kreuz Landesverband Niederösterreich, 03.01.2009.

<<http://intranet.n.rotekreuz.at/filedl.php?file=mp6Wn2KsxJyV12%2FSx56dwnCYmsZwpZfGYp6Tx8fTnWDEdmKmlqvEmZLOa9CanZ7YmqLizHFdbKNpmpPZlsqco8SXaGBqgJaYxtqY18aantVrlpXKapqY1WiaYtDGIGuExqtidpWXk6DD0pvDmoXGuZ2CxrRqdmvAZJqTy5rTnJaXIJZ2ZqqTnZnUZ9CWoJ7WmqfJ2WygmnNirmKQndVulZubZQ%3D%3D>>.

Swissphone (o.J.): DE900 Leistungsmerkmale, 20.12.2008.

<http://www.swissphone.com/portal/alias__swissphone_com/lang__de/tabid__3407/DesktopDefault.aspx>.

Tätigkeitsbericht des ÖRK (2007): Psychosoziale Betreuung. 02.03.2009.

<<http://www.wortbild.net/TB-Online/PSYCHOSOZ.php>>.

Tätigkeitsbericht des ÖRK (2007): Rettungs- und Krankentransportdienst.

02.03.2009. <<http://www.wortbild.net/TB-Online/RKT.php>>.

Wirtschaftskammer Tirol (o.J.): Handbuch zur Notfallkarte für Unternehmen. Tirol,

10.02.2009. <<http://wko.at/tirol/notfall/pdf/handbuch.pdf>>.

Weitere Quellen

Beck, Thomas (2004): Debriefing nach belastenden Einsätzen, Abstrakt, 04.11.2008.

<<http://www.notfallsymposium.at/pdf/abstrakts2004.pdf>>.

Haefliger, Jürg (2007): Frühe Reaktionen nach schwer belastenden Ereignissen. Foliensatz, 21.05.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Haefliger_-_Fruehe_Reaktionen_nach_schwer_belastenden_Ereignissen.pdf>.

Holzhauser, Franz (2007): Was leisten KIT und SBE? Eine kritische Analyse am Beispiel der Rettungsorganisation Samariterbund (ASBÖ), Foliensatz, 21.05.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Holzhauser_-_Was_leisten_KIT_und_SBE.pdf>.

Hötzendorfer, Christian et al. (2003): SvE Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen. Foliensatz, 20.12.2008. <[http://www.sve-psd.at/dl_sve.html?&Fsize=0&no_cache=1&tx_abdownloads_pi1\[action\]=getviewclikcedownload&tx_abdownloads_pi1\[uid\]=28](http://www.sve-psd.at/dl_sve.html?&Fsize=0&no_cache=1&tx_abdownloads_pi1[action]=getviewclikcedownload&tx_abdownloads_pi1[uid]=28)>.

Interview Nr.1 mit Mag. Dr. Binder-Krieglstein vom 20.11.2008, Wien.

Interview Nr. 2 mit DSA Franz Ledermüller vom 09.12.2008, St. Pölten.

Kaul, Gerlinde et al. (2007): Subjektives Erleben und physiologische Reaktionen auf Belastungen im Rettungsdienst. Foliensatz, 20.11.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Kaul_-_Subj._Erleben_und_phys._Reaktionen_auf_Belastungen_im_Rettungsdienst.pdf>.

Klussmann, André (2007): Physische und psychische Belastungen bei Rettungsdienstmitarbeitern – eine Vergleichsstudie zwischen Österreich, Schweden und Deutschland. Foliensatz, 20.11.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Klussmann_-_Physische_und_psychische_Belastungen_von_Rettungsdienstmitarbeitern.pdf>.

Manz, Rolf (2007): Psychische Belastungen im Rettungsdienst. Auswirkungen berufsbezogener alltäglicher und traumatischer Belastungen im Feuerwehr- und Rettungsdienst, Foliensatz, 20.11.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Manz_-_Psychische_Belastungen_im_Rettungsdienst.pdf>.

Maßbeck, Peter (2007): Psychische und physische Belastungen im Rettungsdienst. Foliensatz, 21.05.2008. <[http://tagung.rotekreuz-](http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Massbeck_-_psychische_und_physische_Belastungen_im_Rettungsdienst.pdf)

[innsbruck.at/uploads/media/Massbeck_-_psychische_und_physische_Belastungen_im_Rettungsdienst.pdf](http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Massbeck_-_psychische_und_physische_Belastungen_im_Rettungsdienst.pdf)>.

Mitmansgruber, Horst / Beck, Thomas (2007): Hart (gegen sich selbst) aber herzlich. Emotionsregulation bei erfahrenen Sanitätern, Foliensatz, 20.11.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Mitmansgruber_-_Hart_aber_herzlich_Emotionsregulation_bei_erfahrenen_Sanitaetern.pdf>.

Österreichisches Rotes Kreuz, Protokoll zum 2. EU-Workshop am 1./2.12.1998.

Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa, Internet-Forum.

18.03.2009. <<http://www.partizipation.at/internet-forum.html>>.

Stippl, Peter (2007): Wie ist das Risiko von Burn Out für MitarbeiterInnen von Blaulichtorganisationen verringerbare? Foliensatz, 21.05.2008.

<http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Stippl_-_Wie_ist_das_Risiko_von_Burn_Out_fuer_Mitarbeiterinnen_von_Blaulichorganisationen_zu_verringern.pdf>.

Stippl, Peter (2007): Welche Maßnahmen, für Mitarbeiter von
Blaulichtorganisationen, sind vor den Einsätzen geeignet, um das Risiko von PTBS
zu verringern? Foliensatz, 20.11.2008.
<[http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Stippl_-
_Welche_Massnahmen_sind_vor_den_Einsaetzen_geeignet_um_das_Risiko_fuer_
PTBS_zu_verringern.pdf](http://tagung.rotekreuz-innsbruck.at/uploads/media/Stippl_-_Welche_Massnahmen_sind_vor_den_Einsaetzen_geeignet_um_das_Risiko_fuer_PTBS_zu_verringern.pdf)>.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	.....	Abbildung
Bsp.	.....	Beispiel
bzw.	.....	beziehungsweise
ca.	.....	zirka
CISD	.....	Critical Incident Stress Disease
CISM	.....	Critical Incident Stress Management
DSM	.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
et al.	.....	et altere, und andere
etc.	.....	et cetera, und weitere
FBI	.....	Federal Bureau of Investigation
ICD	.....	International Classification of Diseases
o.ä.	.....	oder ähnliche/s
od.	.....	oder
o.J.	.....	ohne Jahresangabe
o.O.	.....	ohne Ortsangabe
o.P.	.....	ohne Seitenangabe
ÖRK	.....	Österreichisches Rotes Kreuz
PTBR	.....	Posttraumatische Belastungsreaktion
PTBS	.....	Posttraumatische Belastungsstörung
SbE / SvE	.....	Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen
u.a.	.....	und andere/s
u.ä.	.....	und ähnlich
U.S.	.....	United States
vgl.	.....	vergleiche
zit.	.....	zitieren, zitiert

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Stress und Leistungsfähigkeit	8
Abb. 2: Belastende Einsätze für SanitäterInnen.....	10
Abb. 3: Psychologisches Beziehungsgeflecht im Rettungsdienst	13
Abb. 4: Integration von Anforderungen/Belastungen und habituellem (körperlichem) Wohlbefinden im Kontext umweltzentrierter Erklärungsansätze von Wohlbefinden und Ressourcen	17
Abb. 5: Einteilung von Belastungen in emotionale, kognitive und situative Aspekte ...	19
Abb. 6: Hormonauswirkungen	30
Abb. 7: Modell zu posttraumatischen Belastungen	33
Abb. 8: Der Burnout-Zyklus nach Freudenberger/North.....	36
Abb. 9: Verlaufsüberblick: Demobilization	48
Abb. 10: Verlaufsüberblick: Defusing	49
Abb. 11: Die sieben Phasen der CISM-Nachbesprechung	50
Abb. 12: Verlaufsüberblick: Debriefing	51
Abb. 13: CISM-Zeitliste	52
Abb. 14: Kreuztabelle: Anzahl der belastenden Ereignisse im jeweiligen Tätigkeitsbereich.....	58
Abb. 15: Wissen um das Tätigkeitsfeld „Peer/SvE“	60
Abb. 16: Gründe gegen eine Kontaktaufnahme mit einem Peer	61
Abb. 17: Verfügbarkeit von Fortbildungsangeboten zu den Themen „Peer-System“, „Umgang mit Stress“ und „Belastenden Einsätzen“	63
Abb. 18: Teilnahme an Demobilization und/oder Defusing und/oder Debriefing	64
Abb. 19: Verfügbarkeit von Peers auf den Mutterdienststellen/Hauptzentralen	65
Abb. 20: Wünsche der SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen.....	66
Abb. 21: Bereitschaft der SanitäterInnen zu Gruppengesprächen mit Einbringung eigener Gedanken und Erlebnisse	68
Abb. 22: Bereitschaft der SanitäterInnen zu Gruppengesprächen mit Einbringung eigener Gedanken zu fremden Gedanken und Erlebnissen.....	69
Abb. 23: Bereitschaft E-Mail- und/oder Chat-Besprechung nach belastenden Ereignissen	70
Abb. 24: Ideal-Aufteilung der jeweiligen Zuständigkeiten nach Berufsgruppen.....	73

Anhang

Informationsschreiben an die SanitäterInnen



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

NIEDERÖSTERREICH



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

WIEN

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Christoph Holzhacker und ich absolviere derzeit den Diplomstudiengang Sozialarbeit an der Fachhochschule St. Pölten.

Aufgrund meiner ehrenamtlichen Tätigkeit als Notfallsanitäter und Lehrbeauftragter beim Roten Kreuz liegt es nahe, mich im Rahmen meiner Diplomarbeit einem Thema zu widmen, welches sowohl sozialarbeiterische als auch rettungsdienstliche Erkenntnisse bringen kann: den Reflexionsmöglichkeiten für SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen und der Bedarf sozialarbeiterischer Interventionen.

Da wir Rettungs- und NotfallsanitäterInnen in unseren Rettungs- und Krankentransportdiensten neben Alltagsstress auch oft mit nicht alltäglichen Erlebnissen und teilweise belastenden Ereignissen konfrontiert sind und diese Erlebnisse und Ereignisse sich auf unser körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden auswirken können, ist eine gezielte Stressverarbeitung und Reflexion des Erlebten notwendig. In Akutfällen haben wir die Möglichkeit mit unseren Peers Kontakt aufzunehmen, doch eine regelmäßige, beispielsweise monatliche Möglichkeit der Einsatznachbesprechung ist bisher vielfach noch nicht gegeben. Solch eine regelmäßige Einsatznachbesprechung kann einerseits präventiv wirken und andererseits die SanitäterInnen in Bezug auf den sorgsamen Umgang mit deren Psychohygiene sensibilisieren.

Der folgende Fragebogen ist unter www.sanitaeterumfrage.at.tt erreichbar und soll mir und in weiterer Folge dem Roten Kreuz zeigen, wie sehr die SanitäterInnen mit belastenden Ereignissen im Rettungs- und Krankentransportdienst konfrontiert sind und ob neben dem bestehenden Peer-System das Interesse bzw. ein Bedarf an einer regelmäßigen Möglichkeit der Einsatzreflexion gegeben ist.

Ich bitte euch daher, euch ca. 15-20 Minuten Zeit zu nehmen und den Fragebogen in aller Ruhe auszufüllen. Es kommt weder auf „richtig“ oder „falsch“ an, sondern nur eure eigene Meinung und Erfahrung zählt. Der Fragebogen ist außerdem anonym und wird nicht an Dritte weitergegeben. Die Umfrage ist bis 05.10.2008 freigeschalten.

Jeder ausgefüllte Fragebogen ist für die Arbeit wertvoll!

Vielen Dank im Voraus für eure Mitarbeit. Die Ergebnisse dieser Befragung werde ich nach Abschluss meiner Diplomarbeit in geeigneter Form veröffentlichen, sodass ihr auch darüber informiert werdet.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Christoph Holzhacker
so051018@fh-stpoelten.ac.at

/fh/// Fachhochschule St. Pölten

Fragebogen



Sitz der Bezirksstelle oder Hauptzentrale:

(Bsp.: Wien, Allentsteig, etc.)

Ausbildungsstand:

- RettungssanitäterIn
- NotfallsanitäterIn

Zusatzbildungen:

Mehrfachnennungen möglich

- SichereR EinsatzfahrerIn
 - LehrbeauftragteR Erste Hilfe
 - LehrsanitäterIn
 - PraxisanleiterIn
 - Notfallkompetenz Arzneimittellehre
 - Notfallkompetenz Venenzugang
 - Notfallkompetenz Intubation
 - Berufsmo dul gemäß §43
 - SVE/Peer
 - Krisenintervention (KIT)
 - realistische Notfalldarstellung
 - Führungskraft (FK I, FK II, FK III)
 - RK SozialdiensthelferIn
 - RK BesuchsdiensthelferIn
 - Jugendrotkreuz GruppenleiterIn
 - andere Ausbildung
- _____

Das runde Symbol bedeutet 'Einzelauswahl'. Es ist nur eine Antwort zulässig.
Das quadratische Symbol bedeutet 'Mehrfachauswahl'. Eine oder mehr Antworten sind zulässig.

Seite 2/10

Mitarbeit beim Roten Kreuz:

- ehrenamtlich
 - hauptamtlich
 - Zivildienst
-

Beim Roten Kreuz seit ____ Jahren

Vorwiegend tätig in folgendem Bereich:

- Krankentransportdienst (Krankentransporte, Heimtransporte, Dialysen)
 - Rettungstransportdienst (akute Krankentransporte, Notfalleinsätze)
 - Notarztdienst (NAW, NEF, NAH)
-

Durchschnittliche Anzahl der Dienststunden pro Monat:

- <12 Stunden
 - 12 - 24 Stunden
 - 24 - 36 Stunden
 - >36 Stunden
-

Diese Aussage trifft auf mich zu:

- ich habe meist mit den gleichen KollegInnen gemeinsam Dienst
 - ich mache meist mit verschiedenen KollegInnen gemeinsam Dienst
 - ich kümmere mich nicht darum, mit wem ich Dienst habe
-

Diese Aussage trifft auf mich zu:

- ich mache mehr Tagdienste als Nachtdienste
 - ich mache mehr Nachtdienste als Tagdienste
 - ich mache ausschließlich Tagdienste
 - ich mache ausschließlich Nachtdienste
 - die Anzahl der Tagdienste und Nachtdienste ist in etwa gleich
-

Als "Peer" wird beim Roten Kreuz eine Person bezeichnet, welche:

- eine psychologische Berufsausbildung vorweisen kann.
- eine psychotherapeutische Ausbildung vorweisen kann.
- eine spezielle Schulung des Roten Kreuzes vorweisen kann.
- keine Ahnung.

Die Aufgaben eines Peers umfassen meines Wissens nach:

- Gespräche mit SanitäterInnen nach belastenden Ereignissen
- Gespräche mit Angehörigen von PatientInnen nach Todesfällen
- Gruppengespräche nach Großschadensereignissen
- Telefonhotline (Rat auf Draht, ÖG-Kummernummer)
- keine Ahnung

Meine Mutterdienststelle/Hauptzentrale verfügt über Peers?

- Ja
- Nein

Es gibt an unserer Dienststelle regelmäßige Fortbildungen zum Thema...

	Ja	Nein	keine Ahnung
Peer-System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umgang mit Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastende Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich war bereits mit belastenden Ereignissen im Rettungsdienst konfrontiert:

- Ja
- Nein

Folgende Anzahl an Ereignissen im Rettungsdienst empfand ich bisher als belastend:

- 0 Ereignisse
- ? 5 Ereignisse
- ? 10 Ereignisse
- mehr Ereignisse

Diese Ereignisse im Rettungsdienst empfinde ich als belastend:

(bitte auflisten)

Nach einem Einsatz wurde ich schon einmal von einem Peer kontaktiert:

- Ja
- Nein

Ich habe schon einmal von mir aus Kontakt mit einem Peer aufgenommen:

(Begründung für den jeweils gewählten Punkt bitte angeben)

	Hier Gründe anführen:
ja, weil...	
nein, weil...	

Anzahl der bisherigen Kontakte mit einem Peer :

- 0 Kontakte
- 25 Kontakte
- 710 Kontakte
- öfter

Ich habe schon einmal an Demobilization und/oder Defusing und/oder Debriefing teilgenommen:

- Ja
- Nein

Ich bin ein Mensch der gerne über Probleme spricht:

- trifft völlig zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

Mein Vorgehen nach Ereignissen die mich belasten, sieht folgendermaßen aus:

(bitte auflisten)

Nach einem belastenden Ereignis im Rettungsdienst wünsche ich mir:

(bitte auflisten)

Ich kann mir vorstellen meine Erlebnisse anderen KollegInnen in einer Gruppe mitzuteilen:

- Ja
- Nein

Ich kann mir vorstellen die Erlebnisse anderer KollegInnen zu hören und meine Gedanken dazu kund zu tun:

- Ja
- Nein

Das runde Symbol bedeutet *Einzelauswahl*. Es ist nur eine Antwort zulässig.
Das quadratische Symbol bedeutet *Mehrfachauswahl*. Eine oder mehr Antworten sind zulässig.

Seite 9/10

Ich kann mir vorstellen via E-Mail oder Chat über meine Erlebnisse und belastenden Ereignisse zu berichten:

- Ja
 - Nein
-

Das runde Symbol bedeutet "Einzelauswahl". Es ist nur eine Antwort zulässig.
Das quadratische Symbol bedeutet "Mehrfachauswahl". Eine oder mehr Antworten sind zulässig.

Seite 9/10

Geschlecht:

- männlich
 - weiblich
-

Alter:

Angabe in Jahren.

Familienstand:

(freiwillige Angabe)

- allein stehend
 - Lebensgemeinschaft/Partnerschaft
 - verheiratet
 - geschieden
 - verwitwet
-

Hauptwohnsitz:

Bitte den Bezirk angeben. (freiwillige Angabe)

Interviewleitfaden für ExpertInneninterview

Zu Beginn einmal vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, mir für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Für mich war es besonders wichtig, zu dieser Thematik auch ExpertInnen zu befragen, um auch deren langjährige Erfahrungen und Gedanken zu den Themen „Reflexionsmöglichkeiten im Rettungsdienst“ und „Peer-System“ in die Arbeit einfließen lassen zu können.

Das folgende Interview würde ich gerne mit einem Tonbandgerät aufnehmen, damit bei der anschließenden Zusammenfassung und schriftlichen Wiedergabe keine Fehler auftreten können. Sind Sie damit einverstanden?

Beginn des Interviews mit einer Erklärung der Forschungsmethodik

- 1) Sie sind ja mit dem Peer-System beim Roten Kreuz vertraut. Wie würden Sie das Peer-System in seiner Arbeitsweise beschreiben?
- 2) Wie sehen Sie das Peer-System in Bezug auf eine ständige Möglichkeit der Einsatzreflexion, also nicht nur in auftretenden Akutfällen?
- 3) Wo sehen Sie Möglichkeiten für die Sozialarbeit/für sozialarbeiterische Arbeitsweisen im Rettungsdienst?
- 4) Ich habe hier nun ein paar Grafiken. Ich würde Sie nun bitten diese in wenigen Worten zu interpretieren? Was sehen Sie? Was fällt besonders auf? Wie erklären Sie sich diese Grafik?
 - a. Gegenüberstellung von „Bereits Kontakt mit Peer gehabt“ und „Anzahl der belastenden Ereignisse“
 - b. Gegenüberstellung von „Wurde schon einmal von einem Peer kontaktiert“ und „Anzahl der belastenden Ereignisse“
 - c. Gründe für und gegen eine Kontaktaufnahme mit einem Peer
 - d. Was wünschen sich die MA nach belastenden Ereignissen?
 - e. Gruppengespräche/Einsatznachbesprechungen/E-Mail+Chat erwünscht oder nicht?
- 5) Vielen Dank für das Gespräch. Wollen Sie vl. noch etwas zu der Thematik sagen oder mir auf den Weg mitgeben?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Christoph Holz hacker, geboren am 03.05.1986 in Scheibbs, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 04.05.2009

Unterschrift