

Auswirkungen von psychischen Belastungen auf die Gesundheit von Rettungsdienstmitarbeitern



www.uni-greifswald.de

Gabriele Niehörster
Institut für Medizinische Psychologie
Universität Greifswald

Rettungsdienstmitarbeiter sind täglich Notfallsituationen ausgesetzt

- Berufsaufgabe und berufliche Identität
- Häufiger Einsatz in ähnlichen „Extremsituationen“ z.B. Anblick und Umgang mit (Schwer-)verletzten

⇒ **Immunisierungseffekt**

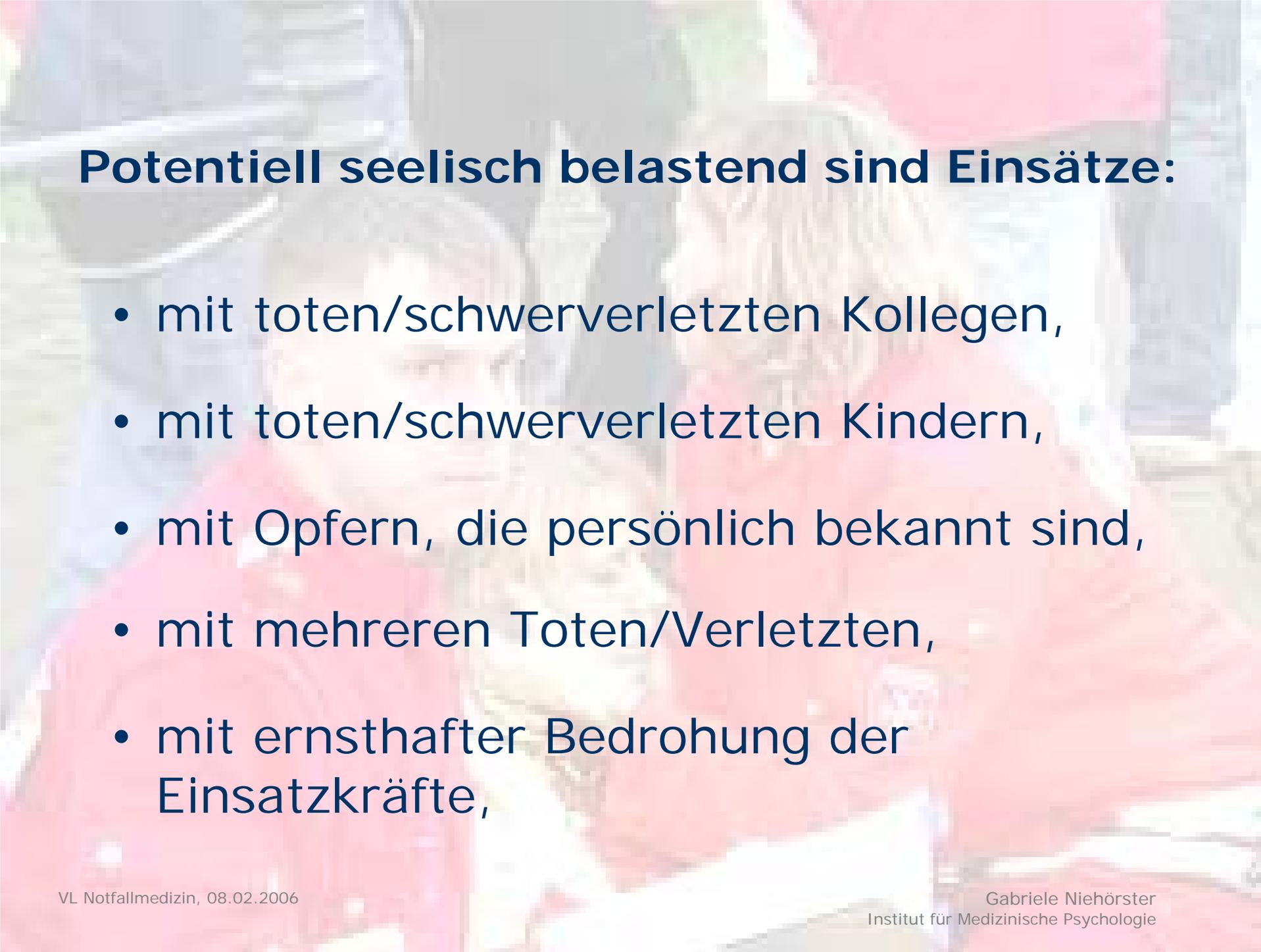
Einsatzkräfte sind Profis im Umgang mit Verletzten, mit Leid und Tod

Persönliche Gegenstände oder Eindrücke an der Einsatzstelle können die schützende Distanz einer Einsatzkraft zum Geschehen durchbrechen:

- Ein Kinderfahrrad,
- ein Spielzeug,
- ein Kleidungsstück ...

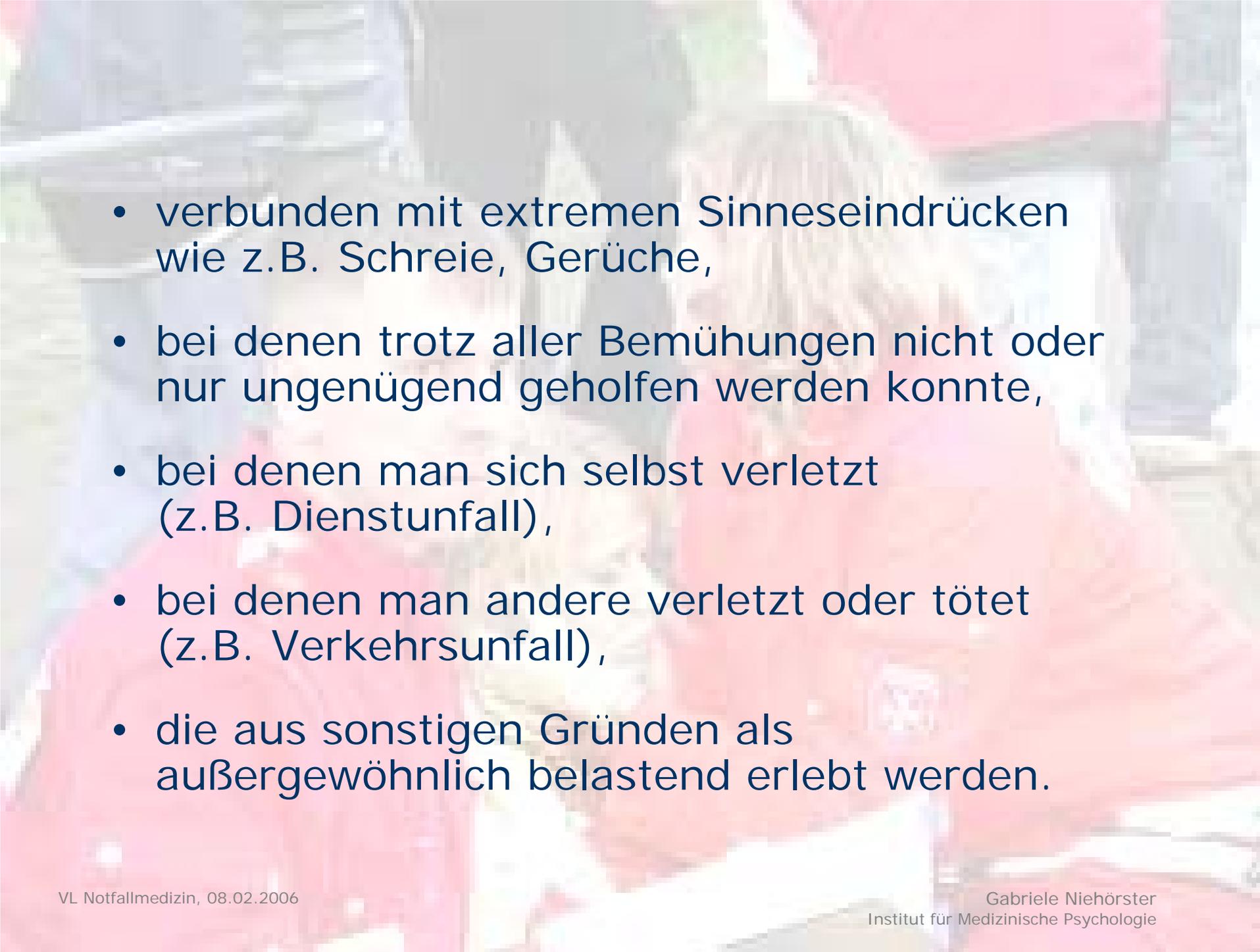
Rettungsdienstmitarbeiter sind Profis, aber ...

- Starkes Betroffenheitserleben durch übermäßiges Mitfühlen
 - ⇒ Identifizierung mit den Patienten bzw. Angehörigen
- Distanzierte Anteilnahme schützt vor emotionaler Überforderung
 - Meint nicht emotionale Abstumpfung!



Potentiell seelisch belastend sind Einsätze:

- mit toten/schwerverletzten Kollegen,
- mit toten/schwerverletzten Kindern,
- mit Opfern, die persönlich bekannt sind,
- mit mehreren Toten/Verletzten,
- mit ernsthafter Bedrohung der Einsatzkräfte,

- 
- verbunden mit extremen Sinneseindrücken wie z.B. Schreie, Gerüche,
 - bei denen trotz aller Bemühungen nicht oder nur ungenügend geholfen werden konnte,
 - bei denen man sich selbst verletzt (z.B. Dienstunfall),
 - bei denen man andere verletzt oder tötet (z.B. Verkehrsunfall),
 - die aus sonstigen Gründen als außergewöhnlich belastend erlebt werden.

Traumadefinition nach DSM IV

(American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1994)

- Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten. (A1)
- Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. (A2)

Folgen traumatischer Ereignisse

- **Akute Belastungsreaktion**
 - ⇒ während des Einsatzes und bis zu 48 Stunden danach
- **Akute Belastungsstörung**
 - ⇒ zwischen 24 Stunden und 4 Wochen nach dem Einsatz
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
 - ⇒ mehr als 4 Wochen nach dem Einsatz

Akute Belastungsreaktion (ICD-10:43.0)

- Vegetative Symptome (Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit) (Symptomgruppe 1)
 - Rückzug
 - Bewusstseinsengung und eingeschränkte Aufmerksamkeit
 - Desorientiertheit, Angst
 - Ärger, verbale Aggression
 - Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit
 - Unruhe und Überaktivität (Symptomgruppe 2)
- ⇒ Die Symptome treten **unmittelbar nach** dem **Ereignis** (innerhalb einer Stunde) auf und bilden sich innerhalb von wenigen Stunden, in der Regel längstens nach zwei bis drei Tagen zurück.

Akute Belastungsstörung (DSM-IV- 308.3)

A. Traumakriterium

B. Dissoziative Symptome:

- Emotionale Taubheit
- Depersonalisationserleben
- Derealisationserleben
- Dissoziative Amnesie
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt

C. Intrusionen

D. Vermeidung/Numbing

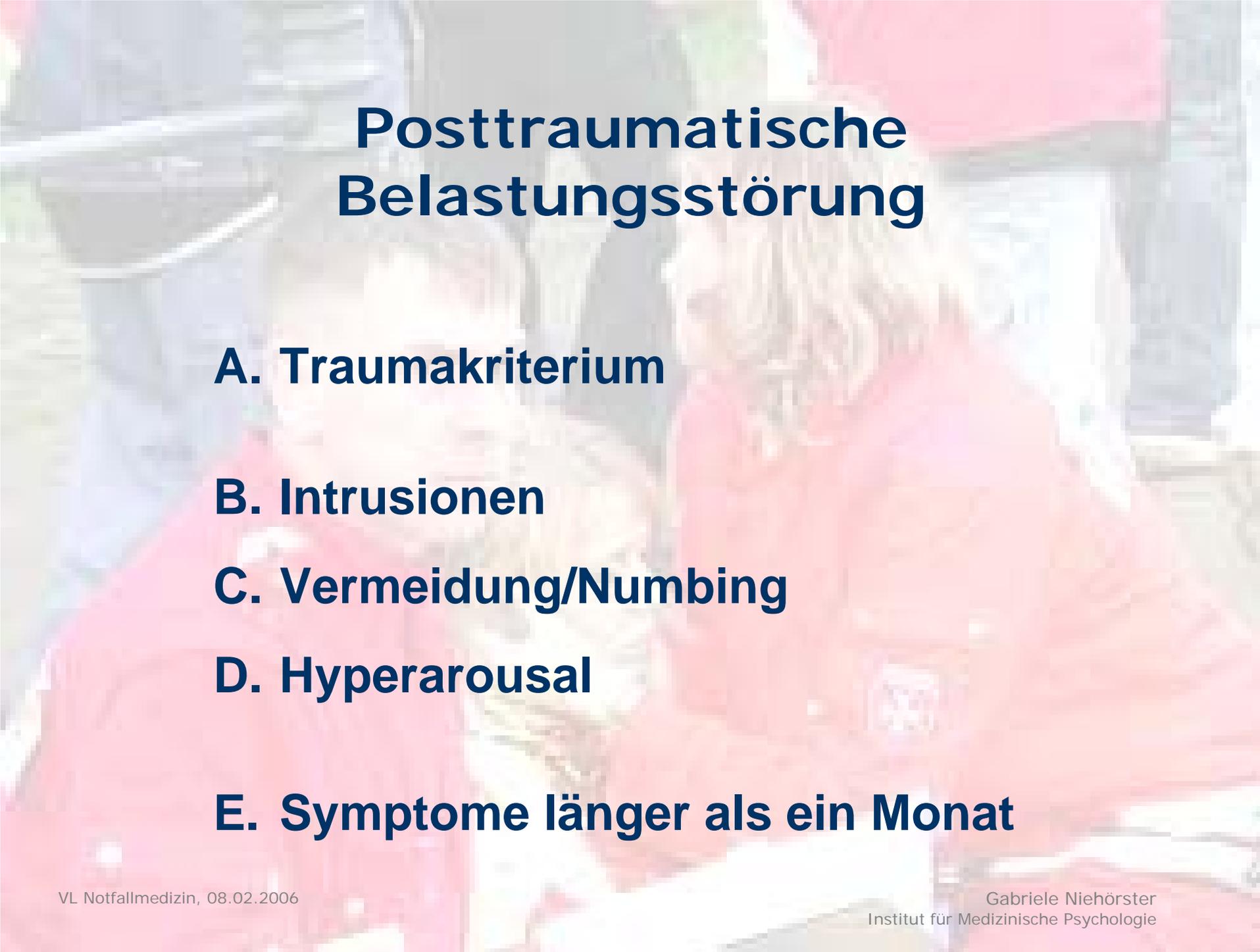
E. Angst/Hyperarousal

G. Dauer: Mindestens 2 Tage/ höchstens 4 Wochen

Äußerungen Betroffener

Über das Erleben einer peritraumatischen Situation

- *"Ich wusste nicht mehr, was vor sich ging und war an den Ereignissen nicht mehr beteiligt."*
- *"Ich handelte automatisch und bemerkte erst später, dass ich Dinge tat, zu denen ich mich gar nicht bewusst entschlossen hatte."*
- *"Alles schien im Zeitlupentempo zu passieren."*
- *"Es schien mir unwirklich, als ob ich träume, oder einen Film, ein Theaterstück sehe."*
- *"Ich fühlte mich wie ein Zuschauer, als ob ich das Geschehen wie ein Außenstehender betrachten und darüber schweben würde."*
- *"Ich fühlte mich abgetrennt von meinem Körper oder so, als ob mein Körper außergewöhnlich groß oder klein wäre."*
- *"Ich war desorientiert."*



Posttraumatische Belastungsstörung

A. Traumakriterium

B. Intrusionen

C. Vermeidung/Numbing

D. Hyperarousal

E. Symptome länger als ein Monat

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Intrusionen

Ungewolltes Wiedererleben
der traumatischen Situation
(sich aufdrängende Bilder,
Flashbacks, Alpträume)

Vermeidung/ Emotionale Taubheit

Vermeiden von
Gedanken, Orten,
Situationen, die an
das Ereignis erinnern.
**Interessensverlust,
Abstumpfung, Isolation.**

Hyperarousal

Erhöhtes Erregungsniveau
(Schlafstörungen,
Konzentrationsprobleme,
Reizbarkeit)

Erscheinungsformen der Posttraumatischen Belastungsstörung

➤ Akute PTB

⇒ Diagnose ist einen Monat nach dem Trauma zu stellen

➤ Chronische PTB

⇒ Diagnose ist sechs Monate nach dem Trauma (immer noch) zu stellen

➤ Verzögerter Beginn

⇒ Möglicherweise nach Trauma einzelne Symptome vorhanden,

⇒ Diagnose erst nach einem oder mehreren Jahren zu stellen, z.B. nach kritischen Lebensereignissen: Berentung, Tod des Lebenspartners o.ä.

Folgen von Traumatisierungen

(nach ICD-10)

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung

Andere Störungsbilder

- Angststörungen
- Depression
- Suizidalität
- Sexuelle Störungen
- Somatisierungsstörungen
- Alkoholmissbrauch
- Missbrauch anderer Substanzen

Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren für die Entstehung einer PTB

Ereignisfaktoren

- Unerwartet
- Dauer, Schweregrad
- Unkontrollierbar
- Interpersonale Brutalität

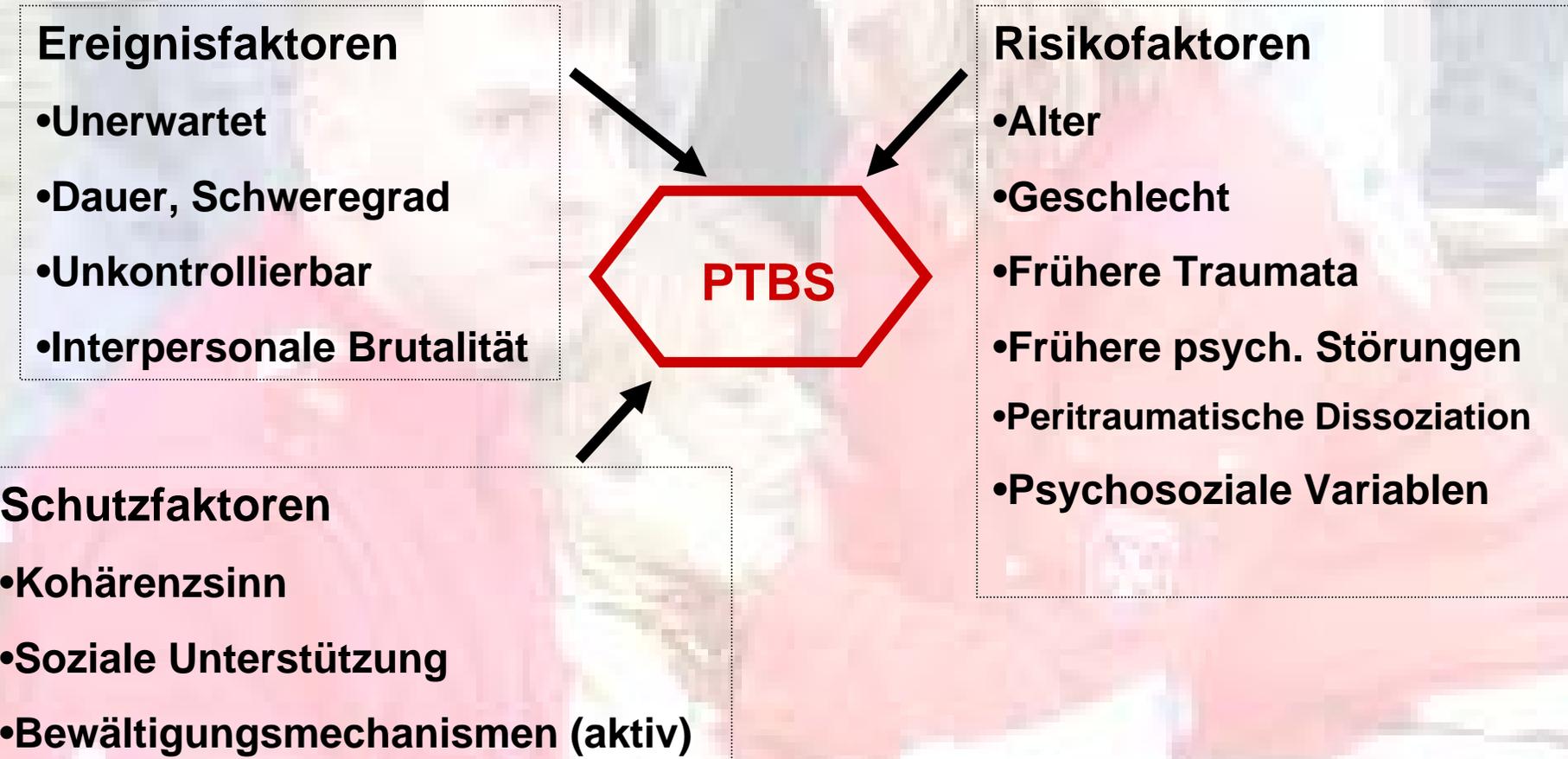
Risikofaktoren

- Alter
- Geschlecht
- Frühere Traumata
- Frühere psych. Störungen
- Peritraumatische Dissoziation
- Psychosoziale Variablen

Schutzfaktoren

- Kohärenzsinn
- Soziale Unterstützung
- Bewältigungsmechanismen (aktiv)

PTBS



Epidemiologie/ Häufigkeit der PTBS

⇒ **Die Häufigkeit der PTBS ist abhängig von der Art des Traumas:**

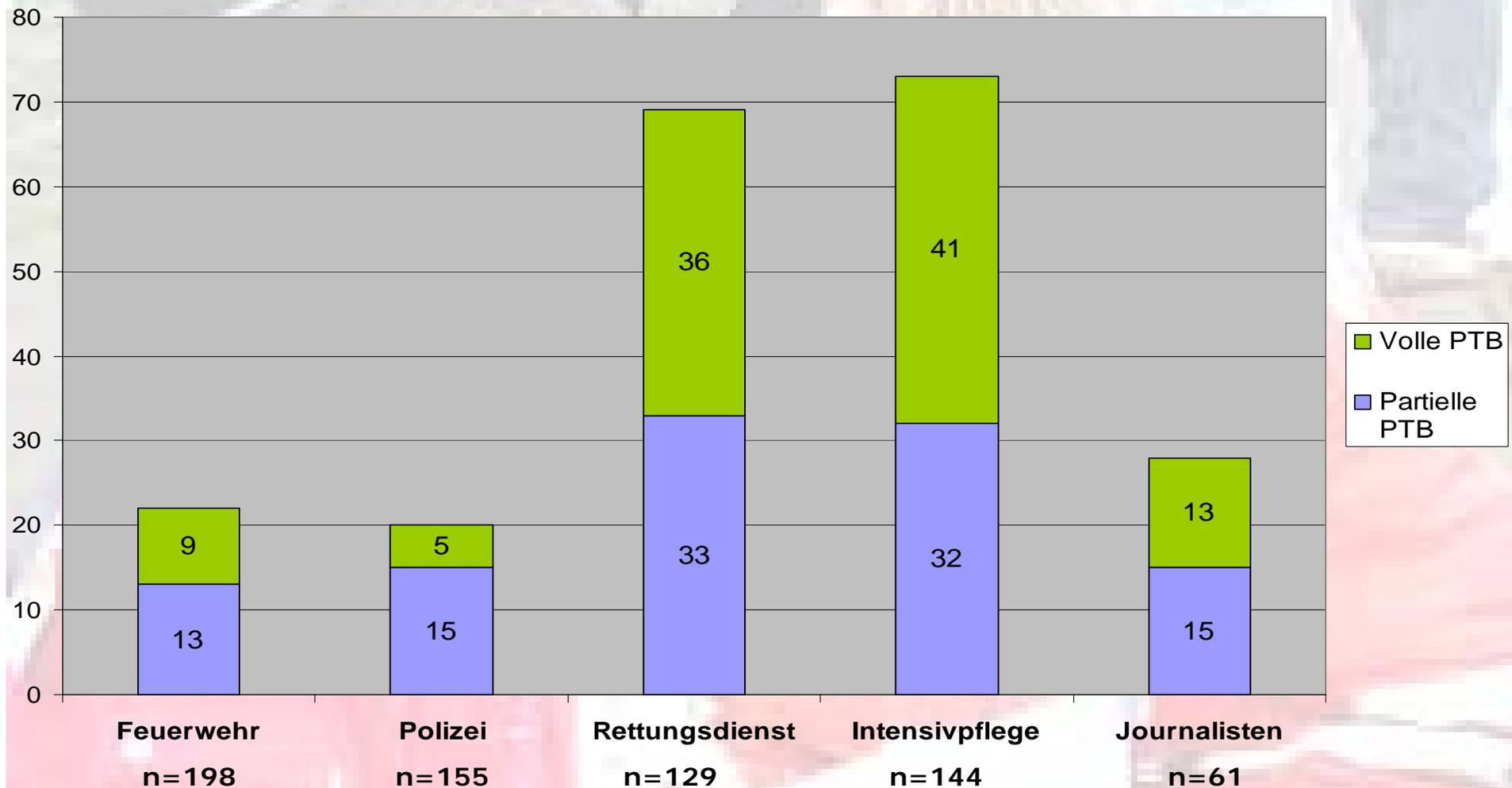
- ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigungen
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 20% Prävalenz bei Kriegsopfern
- ca. 15% Prävalenz bei Verkehrsunfallopfern

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1% und 7%.

Bei Frauen ist die Prävalenz etwa doppelt so hoch als bei Männern.

Es besteht eine hohe Chronifizierungsrate.

Traumaexposition und PTBS-Symptomatik bei fünf Berufsgruppen (in % nach Teegen, 2003)



Prävalenz von PTBS bei Rettungsdienstmitarbeitern

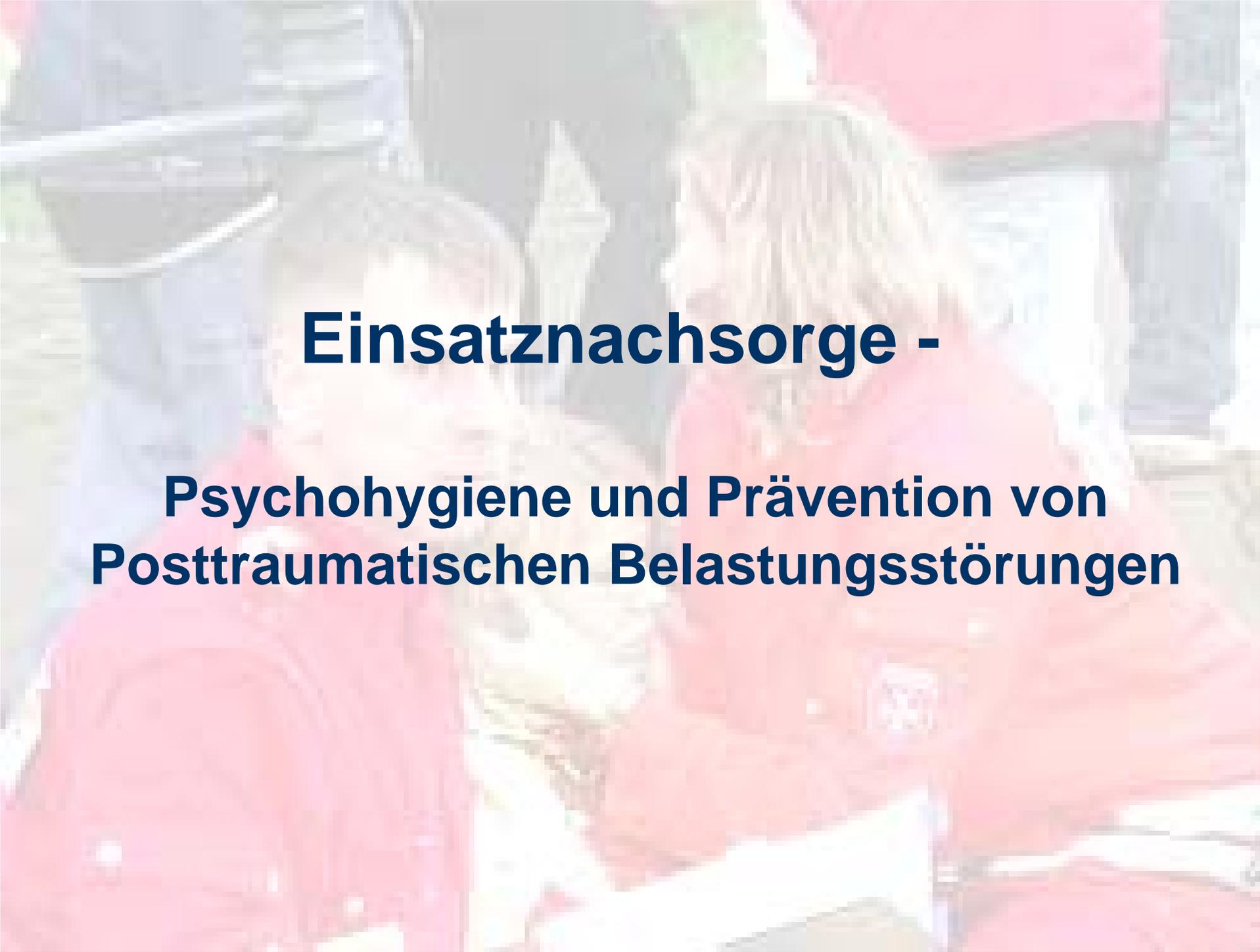
- **7% bei Rettungsassistenten (USA)**
- **7% bei Rettungsassistenten in Deutschland enge Diagnostik (n=497, 14% bei weiterer Operationalisierung)**
- **Studien mit höheren Prävalenzen bis zu 36%**

Verlauf und Prognose

- In der Regel treten die Symptome einer PTBS sofort nach dem Ereignis auf. Ein verzögerter Beginn findet sich bei bis zu 11% der Fälle.
- Im ersten Jahr nach dem traumatischen Erlebnis remittieren ca. 50% der Fälle ohne Behandlung.
- Bei einem Drittel der Personen, die eine PTBS entwickeln, ist mit einem chronischem Verlauf zu rechnen.
- Das Risiko für einen chronischen Verlauf ist umso höher, je schwerer die anfänglichen Symptome sind.

Komorbidity

- Die PTBS zeigt eine hohe Komorbidity mit affektiven Störungen, anderen Angststörungen, Substanzmissbrauch und Somatisierungsstörungen.
- In einer Studie von Kessler et al. (1995) hatten 88% der Männer und 78% der Frauen komorbide Störungen.
- Studien an Kriegsveteranen zeigen erhöhte Quoten von Ehe- und Familienproblemen, gewalttätigem Verhalten und starkem Rauchen.
- PTBS erhöht das Risiko von somatischen Beschwerden

A photograph of two firefighters in red uniforms. The firefighter on the left is seen from the back, looking towards the right. The firefighter on the right is seen from the side, looking towards the left. They appear to be in conversation. The background is slightly blurred, showing what looks like an outdoor setting with some structures.

Einsatznachsorge -

**Psychohygiene und Prävention von
Posttraumatischen Belastungsstörungen**

Prävention und Behandlung der PTBS

➤ Primärprävention

- Psychoedukation
- Stressimpfung, Stressmanagement, Entspannungsverfahren
- Realistische Einsatzvorbereitung und regelmäßige Nachbereitung im Team

➤ Sekundärprävention

- Akutinterventionen (Stabilisierung, Psychoedukation)
- Ansprechpartner

➤ Tertiärprävention

- Therapie
- Rehabilitationsmaßnahmen

Primärprävention - Methoden der Stressbewältigung:

1. Techniken der kurzfristigen Erleichterung

- **Spontane Entspannung**
 - Erlernen einer systematischen Entspannungstechnik, Atemtechnik (Betonung der Ausatmung!)
- **Wahrnehmungslenkung**
 - **Äußere** → Gezielte Aktivitäten die vorübergehend von der Belastung ablenken z.B. Vorübergehende Konzentration auf Gerät, Tätigkeit
 - **Innere** → Entwickeln positiver „innerer“ Vorstellungen z.B. Bild, Blumen, Urlaubsphoto, Stopp-den-Stress-Bild
- **Positive Selbstinstruktion**
 - Negative „innere Selbstgespräche“ stoppen und durch positive ersetzen durch
 - Umstrukturierungen, Selbstinstruktionen und Selbstermunterungen
- **Gedankenstopp**
 - Selbstinstruktion zur Unterbrechung belastender Gedanken
- **Ausdruck von Emotionen/ Abreaktion**
 - **Körperliche Abreaktion** → Sport treiben, Treppen hoch laufen u.ä.
 - **Emotionale Abreaktion** → Gefühlen Luft machen, sich aussprechen, Schimpfen u.ä.

Primärprävention - Methoden der Stressbewältigung:

2. Techniken der langfristigen Belastungsreduktion

- **Aufbau und Pflege von sozialen Netzen**
 - Geborgenheit gibt Rückhalt: Partnerschaft, Angehörige, Freundschaften, Kollegen, Bekannte
- **Verbesserung der persönlichen Voraussetzungen**
 - Gezieltes Training fachlicher Fertigkeiten
 - Aufbau und Erhaltung körperlicher und psychischer Widerstandskraft (Fitness, Ernährung, Erholung, Schlaf- und Entspannungsgewohnheiten, Alkoholkonsum)
- **Selbstbeobachtung und Systematisches Problemlösen**
 - Beobachtung und Analyse von beruflichen Anforderungen ggfs. persönlichen Belastungen und eigener Reaktionen darauf
 - Entwicklung von Strategien zur Reduktion von Belastungen, Problemlösen nach „Plan“, Konfliktlösungen
- **Einstellungsänderung/Kognitive Umstrukturierung**
 - Krankmachende und krankheitserhaltende Einstellungen ändern: Schwarz-Weiß-Malerei, Hilflosigkeit, unrealistische Erwartungen/Ansprüche, Katastrophenvorstellungen

Sekundärprävention – Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE)/(CISM)

Sekundärpräventive Maßnahmen:

➤ Einzelinterventionen:

- SAFER-Modell

➤ Gruppeninterventionen:

- Einsatzabschluss/ Demobilization
- Kurzbesprechung/ Defusing
- Nachbesprechung/ Debriefing

➤ Nachfolgeangebote

SbE Gruppeninterventionen

- **Einsatzabschluss/ Demobilization**
 - Kurzbesprechung direkt nach Herauslösen aus dem Einsatz
Information über den Einsatz, Information über Stresssymptome und Stressmanagement, Ausblick
 - 10 min. Information, 20 min. Angebot von Imbiss und Getränken
- **Kurzbesprechung/ Defusing**
 - Strukturierter Austausch 12 Stunden nach dem Einsatz, nicht am Einsatzort. Dreistufiges Vorgehen. Einschätzung der Belastung, Überprüfung, ob Debriefing notwendig
 - 45 min.
- **Nachbesprechung/ Debriefing**
 - 7 Phasen - Einführung – Tatsachen - Gedanken – Reaktionen – Symptome - Information – Ausblick
 - Bis zu 3h

Sekundärprävention - Zusammensetzung von SbE-Teams

- Peers: Ausgebildete Einsatzkräfte
 - Kennen das berufliche Umfeld
 - Verfügen über Sachkenntnis der Einsatzwirklichkeit
 - Kennen eigene Belastungen und Coping-Strategien
- Psychosoziale Fachkräfte
 - Erfahrungen in Gesprächsführung und Gruppenleitung
 - Qualifizierte Einschätzung der Belastungen
 - Vermittlung weiterer Hilfsangebote

Zielrichtung von SbE-Interventionen

- Interventionen zielen auf die Milderung des Stresserlebens
- Zielgruppe: psychisch gesunde, belastbare Einsatzkräfte
- ⇒ die einen potentiell traumatisierenden Einsatz erlebt haben
- *Keine Einsatzkritik*
- *Keine Therapie*
- *Nicht für Routine-Einsätze*
- *Keine Supervision*

Tertiäre Prävention - Therapie von PTBS

1. Stabilisierung
2. Psychoedukation
3. Ressourcenarbeit (Herausarbeiten der Stärken des Patienten bzw. positiver prätraumatischer Erinnerungen)
4. Traumaexposition (bzw. „Traumaarbeit“)
5. Kognitive Restrukturierung (z.B. Schuldgefühle)
6. Symptomrückfallprophylaxe

Wirkmechanismen von SbE- Interventionen

- Entlastung und Stabilisierung
- Individuelle Rekonstruktion/
Kollektive Rekonstruktion
- Psychoedukation

Psychohygiene und Prävention im Rettungsdienst

- Entwicklung einer „Kultur der Prävention“ ⇒ Fürsorgepflicht
 - Fortbildung der Führungskräfte und Einsatzkräfte zu den Auswirkungen von Stress und Stressverarbeitung
 - Regelmäßige Einsatznachbereitung/ Supervision
 - Einsatznachsorge nach besonders belastenden Einsätzen
 - Verfügbarkeit von Ansprechpartnern ggfs. Vermittlung von Therapieangeboten

A photograph of two young girls with blonde hair, wearing red shirts, smiling and holding a large bouquet of yellow and white flowers. The background is slightly blurred, showing what appears to be an outdoor setting with a red structure. The text "Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!" is overlaid in the center in a bold, dark blue font.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**