

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Kommissarischer Direktor: Privatdozent Dr. med. G. Heinz

Beurteilung von psychiatrischen Notfällen
aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern
Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf
sowie deren Zusammenhänge mit Persönlichkeitsprofilen

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2008

vorgelegt von: Ulf Gärtner
geboren am: 10.03.1974 in Hamburg

Für Renate und Friedhelm

Inhaltsverzeichnis

<u>1.</u>	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	<u>5</u>
1.1	Zusammenfassung	5
1.2.	Summary	6
<u>2.</u>	<u>EINLEITUNG</u>	<u>8</u>
<u>3.</u>	<u>MATERIAL UND METHODEN</u>	<u>10</u>
3.1.	Untersuchungsdesign	10
3.2.	Untersuchungsart und Zeitraum	10
3.3.	Fragebogen und Datenerfassung	11
3.3.1	Hamburger Persönlichkeitsinventar	13
3.4	Codierung und Datenauswertung	15
3.5	Statistische Auswertung	16
<u>4.</u>	<u>ERGEBNISSE</u>	<u>17</u>
4.1	Demographische Daten und Compliance	17
4.2	Einschätzungen zu Häufigkeiten psychiatrischer Notfälle	19
4.3	Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse, der Wichtigkeit solcher Kenntnisse sowie der Wichtigkeit von Fortbildungen über solche Themen	23
4.4	Persönliche Einschätzung der Häufigkeit und der Belastung durch verschiedene Notfallsituationen	29
4.5	Angaben zu eigenen psychiatrischen Störungen bzw. zu Störungen im eigenen Umfeld	31
4.6	Hamburger Persönlichkeitsinventar	31
4.7	Korrelationen	33
<u>5.</u>	<u>DISKUSSION</u>	<u>39</u>
5.1	Literaturübersicht	39
5.2	Methodische Fragen	52
5.3	Bewertung der Ergebnisse	54
<u>6.</u>	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>60</u>
<u>7.</u>	<u>ANHANG</u>	<u>64</u>
7.1	Erhebungsbogen	64
7.2	Ergebnisübersicht-Erhebungsbogen	68

<u>8.</u>	<u>PUBLIKATIONEN/DANK</u>	<u>73</u>
8.1	Publikationen	73
8.3	Danksagungen	73
<u>9.</u>	<u>LEBENS LAUF</u>	<u>74</u>

1. Zusammenfassung

1.1 Zusammenfassung

Psychiatrische Notfälle bilden einen erheblichen Anteil der Einsätze im Rettungsdienst. Mit einer Häufigkeit von 12% stellen sie die zweit- bis dritthäufigste Ursache aller Notfalleinsätze dar.

Um die Belastungen, die sich aus dieser Tatsache für die Rettungsdienstmitarbeiter ergeben, sowie deren Kenntnisstand und Fortbildungsmotivation zu untersuchen, wurde ein vierseitiger Fragebogen entwickelt und über die Fachzeitschrift „Notfall & Rettungsmedizin“ in Umlauf gebracht, der neben demographischen Daten gezielt nach Einschätzungen zu psychiatrischen Notfällen und nach den durch sie verursachten Belastungen fragte. Ergänzt wurde diese Umfrage durch einen Persönlichkeitsfragebogen, um eventuelle Zusammenhänge zwischen Antwortverhalten und Persönlichkeitsstruktur herauszufinden.

Insgesamt nahmen 245 Rettungsdienstmitarbeiter an der Umfrage teil. Sie waren im Median 31 Jahre alt, und über 80% waren männlichen Geschlechts. 65% der Teilnehmer waren Rettungsassistenten, 30% Rettungssanitäter und 5% Rettungshelfer.

Nach Ansicht der Rettungskräfte betrug die Einsatzhäufigkeit psychiatrischer Notfälle im Median 20%. Über 70% waren der Meinung, dass die Häufigkeit solcher Einsätze in den letzten Jahren zugenommen habe. Den Abhängigkeits- und Suchterkrankungen wurde der größte Stellenwert beigemessen, gefolgt von Psychosen und Depressionen.

88% hielten psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst für wichtig bzw. sehr wichtig, die eigenen Kenntnisse diesbezüglich wurden von 73% als nur mäßig bis durchschnittlich bewertet. Dementsprechend fühlten sich 56% der Rettungsdienstmitarbeiter manchmal bis häufig bei psychiatrischen Einsätzen überfordert. Die Belastungen durch psychiatrische Notfälle wurden dabei auf einer Skala von 1-100 mit durchschnittlich 49 benannt, nur übertroffen von pädiatrischen Notfällen (67).

Die Einschätzung der Wichtigkeit von Fortbildungen zu diesem Thema war entsprechend hoch, 81% der Teilnehmer sahen Fortbildungen über psychiatrische Notfälle insgesamt als wichtig bzw. sehr wichtig an. Konsequenterweise war auch die Bereitschaft zu solchen Fortbildungen bei 77% hoch oder sehr hoch, wobei die angemessene Zeit im Median mit 10 Stunden pro Jahr angegeben wurde.

Insgesamt fand sich ein unauffälliges Persönlichkeitsmuster des Rettungsdienstfachpersonals. Die Persönlichkeitsprofile waren unabhängig von demographischen Variablen. Es zeigte sich jedoch, dass Mitarbeiter, die sich selbst als eher nervös und sensibel einschätzten, sich öfter bei psychiatrischen Einsätzen überfordert fühlten, ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse geringer einschätzten und auch eine höhere Belastung durch diese Einsätze angaben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei steigender Häufigkeit psychiatrischer Notfälle unverändert ein erheblicher Mangel an Kenntnissen hinsichtlich dieser Thematik seitens der Rettungsdienstmitarbeiter vorhanden ist. Somit besteht die Gefahr, dass Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen diagnostisch und therapeutisch falsch eingeschätzt werden. Dementsprechend hoch wurde die Belastung durch psychiatrische Notfälle sowie die Fortbildungsbereitschaft zu solchen Themen durch Rettungsdienstmitarbeiter angegeben.

1.2. Summary

Assessment of psychiatric emergencies from the paramedics' perspective.

Significance, state of knowledge and demand for further training as well as the relation to personality profiles.

Psychiatric emergencies play an important role in the German pre-hospital emergency medical service. With a frequency of approximately 12%, they are the second or third most frequent reason of all emergencies.

In order to study the stress arising from this fact for paramedics as well as their state of knowledge and their readiness for further training, a questionnaire comprising four pages was developed and distributed via the journal "Notfall & Rettungsmedizin" (German Interdisciplinary Journal of Emergency Medicine). This questionnaire included questions on demographic data, the assessment of psychiatric emergencies and the stress caused by them. It further incorporated a personality inventory to detect possible relationships between the personality and the given ratings on psychiatric emergencies.

A total of 245 paramedics participated in the survey. The median of age was 31 years, more than 80 % were males. 65% of the participants were so-called

“Rettungsassistenten” [equivalent to EMT paramedic and ACLS provider (EMT: emergency medical treatment, ACLS: advanced cardiac life support)], 30% were “Rettungssanitäter” [equivalent to EMT intermediate / paramedic] and 5% were “Rettungshelfer” [320h training program (equivalent to EMT basic)].

The frequency of psychiatric emergencies was assessed to be 20%. The majority of respondents consented that the frequency of psychiatric emergencies had increased in recent years. The greatest relevance was seen in substance abuse disorders followed by psychoses and depressions.

88% considered psychiatric knowledge to be important or very important for paramedics and 73% of them rated their own knowledge to be merely moderate to average. Accordingly, 56% stated to “sometimes” to “frequently” feel overstrained. The stress caused by psychiatric emergencies was rated to be of an average of 49 on a scale ranging from 1 to 100 which was only exceeded by paediatric emergencies (67).

Their assessment of the significance of further education was high. 81% considered further education on psychiatric emergencies to be “important” or “very important”. Accordingly, the participants’ readiness to take part in further training was “high” or “very high” in 77%, with an average of 10 hours to be spent for training per year.

The personality profile of the participants did not show deviations from a representative population and was independent of demographic variables.

Paramedics, however, who described themselves as being nervous and sensitive felt more often overstrained with psychiatric emergencies and stated to have less psychiatric knowledge whilst experiencing higher levels of stress caused by psychiatric emergencies.

In conclusion, the perceived increase of frequency of psychiatric emergencies by paramedics is accompanied by a serious lack of knowledge. Paramedics treating patients with psychiatric emergencies may inadequately assess diagnosis, risks and immediately required treatment. Accordingly, the level of stress caused by psychiatric emergencies and the willingness to participate in training programs was stated to be high.

2. Einleitung

Psychiatrische Notfälle bilden einen erheblichen Anteil der Einsätze im Rettungsdienst [15]. In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass sie die zweit- [12] oder dritthäufigste [31,50] Ursache aller Notfalleinsätze für den Notarzt darstellen. Die durchschnittlichen Häufigkeiten werden in diesen Untersuchungen bundesweit mit bis zu 12% angegeben. In Hamm wurden im Rahmen einer retrospektiven Studie 3812 Notarzteinsatzprotokolle ausgewertet. Dort wurden 561 Fälle ermittelt, denen eine psychiatrische Störung als Einsatzursache zugrunde lag, was einem Anteil von 14% entspricht [12] und somit als lokaler Spitzenwert noch über dem Bundesdurchschnitt liegt. Gründe für diese hohen Zahlen sind zum einen ein steigender Anteil alter Menschen an der Bevölkerung. Zwischen 10% und 25% aller über 65-jährigen leiden an einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung [3]. Zum anderen belegen Studien eine immer größer werdende psychosoziale Belastung der Bevölkerung. Die Anzahl der Singlehaushalte, die Scheidungs- und Trennungsrate sowie berufliche Stressfaktoren sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen [46].

Trotz der hohen Anzahl psychiatrischer Einsätze und einer steigenden psychosozialen Belastung der Bevölkerung verfügen Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter in der Regel über keine ausreichende Erfahrung in der Psychiatrie [15]. Sowohl in der Ausbildung zum Notarzt als auch zum Rettungsdienstmitarbeiter ist der Anteil, der dem Fach Psychiatrie eingeräumt wird, gering: Während der Ausbildung zum Erwerb der Fachkunde Rettungsdienst für Ärzte werden bei einer Kursdauer von 3600 Minuten lediglich 90 Minuten für die Lehre der Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen verwendet [31], bei den Rettungsdienstmitarbeitern erscheint die veranschlagte Ausbildungszeit für psychiatrische Notfälle mit insgesamt ca. 1,5 Stunden innerhalb eines vierwöchigen Grundlehrgangs (je nach Rettungsdienstschule unterschiedlich) ebenfalls als viel zu gering bemessen [31].

In einer früheren Untersuchung im Hamburger Raum bewerteten 90% aller befragten Rettungsdienstmitarbeiter dementsprechend ihre diesbezüglichen Kenntnisse mit nur durchschnittlich bis schlecht. Dieses Ergebnis ist umso erschreckender angesichts der Tatsache, dass psychiatrische Notfälle durchaus als vital bedrohlich anzusehen sind (z.B. Suizidankündigung oder -versuche) [15].

Eine spezifische Therapie psychiatrischer Erkrankungen findet daher im Notfalldienst so gut wie nie statt [31].

Oftmals ist es, z.B. bei psychosozialen Krisen im familiären Umfeld, sinnvoll, ein beruhigendes Gespräch zu führen. Solche Gesprächsangebote können und sollen auch durchaus von Rettungsdienstmitarbeitern übernommen werden [14]. Gerade für die Therapie akuter Psychosen in der Notfallsituation vor Ort ist das ruhige Gespräch mit dem Patienten von besonderer Bedeutung, da sich in der Akutsituation der Patient häufig verbal beruhigen lässt (70-80% der Situationen) [11].

Psychiatrische Notfallpatienten erfordern somit neben fundierten psychiatrischen Kenntnissen auch ein hohes Maß an Empathie und sensibler Gesprächsführung von Seiten des Rettungsdienstmitarbeiters [15].

Die hohe Anzahl der psychiatrischen Einsätze, die mangelnde Ausbildung des Rettungspersonals sowie die steigende psychosoziale Belastung der Bevölkerung werden in der Literatur als Gründe für ein hohes Maß an Überforderung der Rettungsdienstmitarbeiter durch psychiatrische Notfälle aufgeführt. So gaben bei der oben genannten Hamburger Befragung 58% der Teilnehmer an, sich manchmal, oft oder sogar immer überfordert zu fühlen. Entsprechend hoch wurde die Bedeutung psychiatrischer Kenntnisse und die Wichtigkeit von Fortbildungen bewertet sowie die Bereitschaft zu diesen bekundet [31]. Insgesamt erscheint also schon seit einiger Zeit eine Intensivierung der Aus- und Weiterbildung der Rettungsdienstmitarbeiter bezüglich psychiatrischer Notfälle sowohl dringend erwünscht als auch notwendig [31].

Unter Berücksichtigung dieser vorbekannten Defizite musste die heutige Ausbildung und der Kenntnisstand der Rettungsdienstmitarbeiter mit Ergebnissen früherer Erhebungen verglichen werden. Es stellte sich die Frage, ob die Erkenntnisse der vorangegangenen Untersuchungen zu einer Verbesserung der Ausbildung geführt haben oder ob die bestehenden Wissensdefizite hinsichtlich psychiatrischer Notfälle sogar noch größer geworden sind.

Eine erstmals bundesweit durchgeführte Untersuchung zu diesem Thema sollte neben dieser Frage auch eventuelle Unterschiede in der regionalen Verteilung psychiatrischer Notfälle erfassen sowie versuchen, den Einfluss der Persönlichkeitsstruktur des Rettungsdienstmitarbeiters auf das Antwortverhalten und die Beurteilung psychiatrischer Notfälle zu bestimmen. Zudem wurde ein zusätzliches Augenmerk auf

die Bewertung psychiatrischer Notfälle vor dem Hintergrund eigener oder in der Familie aufgetretener psychiatrischer Erkrankungen gelegt.

Weitere Fragestellungen dieser Arbeit waren die Beurteilung des Stellenwertes der Psychiatrie im Rettungsdienst, die Motivation zu Fortbildungen und die Bewertung psychiatrischer Notfälle im Vergleich zu anderen Notfällen.

3. Material und Methoden

3.1. Untersuchungsdesign

Es wurde eine freiwillige, anonyme, nicht repräsentative Fragebogenuntersuchung einer ausgesuchten Zielgruppe durchgeführt. Der Fragebogen basierte auf einem Modell einer bereits 1996 durchgeführten Befragung von Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern zu deren Kenntnisstand bezüglich psychiatrischer Notfälle. Der damalige Bogen wurde von einem Expertengremium, bestehend aus erfahrenen Notärzten, Psychiatern und Psychologen, verfasst, die mit der Erstellung und Auswertung von Fragebögen vertraut waren. Für die erneute Befragung wurde der Fragebogen in einigen Teilen abgeändert, einige Fragen wurden herausgenommen (z.B. die Bearbeitung von Fallbeispielen) und es wurden neue Bestandteile hinzugefügt, wie zum Beispiel ein Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsfaktoren, die Ultra-Kurz-Version des Hamburger Persönlichkeitsinventar. Dieses Inventar ist unter 3.3 beschrieben.

3.2. Untersuchungsart und Zeitraum

Im März 2002 erschien der Fragebogen bundesweit in Heft 03/02 der Fachzeitschrift „Notfall & Rettungsmedizin“. Zusätzlich wurden im April bis Mai 2002 verschiedene Rettungswachen im Hamburger Raum aufgesucht und dort direkt insgesamt ca. 300 Fragebögen hinterlegt. Da die Zustimmung des Amtsleiters der Feuerwehr nicht zu bekommen war, beschränkte sich die Verteilung der Fragebögen auf Wachen des privaten Rettungssystems (ASB, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter, Malteser Hilfswerk, G.A.R.D.) Die Rücksendung der freiwillig ausgefüllten Bögen erfolgte auf dem Postweg.

3.3. Fragebogen und Datenerfassung

Der vier Seiten umfassende Fragebogen war in eine Einleitung und vier verschiedene Befragungskategorien gegliedert. In der Einleitung wurde zunächst auf eine Untersuchung des Jahres 1996 hingewiesen, die die Beurteilung von psychiatrischen Notfällen durch Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter im Hinblick auf Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf zum Inhalt hatte. Es wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund neuer Entwicklungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse sich die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Rettungswesen“ (AGPR) und das Institut für Notfallmedizin des Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg entschlossen hatten, eine erneute Befragung in leicht veränderter Form durchzuführen. Besonders wurde der neu aufgenommene Persönlichkeitsfragebogen hervorgehoben sowie auf die Anonymität im Umgang mit den erhobenen Daten hingewiesen.

Im ersten Teil des Fragebogens wurde nach den Basisdaten des ausfüllenden Rettungsdienstmitarbeiters gefragt, nach Geschlecht, Alter, Familienstand, Berufsstatus, derzeitiger Qualifikation, seit wann man in dieser Qualifikation tätig sei, Anzahl der Notfalleinsätze pro Woche, dem vorwiegenden Notfalleinsatzgebiet, den ersten zwei Stellen der Postleitzahl sowie nach der Teilnahme an Fortbildungen pro Jahr in Stunden (Fragen 1.1-1.9).

Im zweiten Teil wurden speziell Fragen zum Thema Psychiatrie im Notfall- und Rettungsdienst gestellt. Es wurde gefragt, wie häufig der Betreffende Einsätze mit psychiatrischen Anteil erlebe (Frage 2.1), wie häufig der psychiatrische Anteil durch das Umfeld (Zuschauer, Angehörige) verursacht werde (Frage 2.2), wie häufig rein psychiatrische Einsätze erlebt würden (Frage 2.3), wie häufig (insgesamt von allen Einsätzen) Suizid(-versuch) der Grund des Einsatzes gewesen sei (Frage 2.4) und wie sich die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den letzten Jahren verändert habe. (Frage 2.5). Frage 2.1 bis 2.4 konnten dabei auf einer dreistufigen Skala („sehr selten“, „ab und zu“, „oft“) beantwortet werden, zusätzlich sollte eine eigene Einschätzung der Häufigkeiten in Prozent angegeben werden. Frage 2.5 konnte auf einer fünfstufigen Skala („stark abgenommen“, „abgenommen“, „gleich geblieben“, „zugenommen“, „stark zugenommen“) beantwortet werden.

Es folgten Fragen über die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse im Notarzt- und Rettungsdienst (Frage 2.6), wie die Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse für den Notarzt- und Rettungsdienst sei (Frage 2.7) und wie häufig sich die

Teilnehmer bei psychiatrischen Einsätzen überfordert fühlten (Frage 2.8). Frage 2.9 behandelte den Stellenwert von Abhängigkeit und Sucht (Frage 2.9.1), von Psychosen und Depressionen (Frage 2.9.2) und von Suizidalität (Frage 2.9.3) im Notarzt- und Rettungsdienst. Es wurde im Weiteren in Frage 2.10 danach gefragt, für wie wichtig der Teilnehmer Fortbildungsprogramme für Notärzte/Rettungsdienstmitarbeiter über psychiatrische Notfälle insgesamt (Frage 2.10.1), Krisenintervention (Frage 2.10.2), Drogen-/Suchtnotfälle (Frage 2.10.3), Suizidologie (Frage 2.10.4) und über Psychopharmakologie (Frage 2.10.5) halte. Entsprechend sollte in Frage 2.11 beantwortet werden, wie hoch die grundsätzliche Bereitschaft sei, an solchen Fortbildungen teilzunehmen, welcher Zeitaufwand dafür für angemessen gehalten werde (Frage 2.12), wie viel Zeit dafür einzurichten sei (Frage 2.13) und ob schon Fortbildungen zu den unter 2.10 genannten Themen besucht worden seien (Frage 2.14). Abschließend wurde gefragt, für wie wichtig Training im persönlichen Krisenmanagement und in der Stressbewältigung beim Notarztpersonal gehalten werde (Frage 2.15).

Frage 2.6 bis 2.11 sowie 2.14 und 2.15 konnten dabei auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden (Frage 2.6, 2.10, 2.15: „unwichtig“, „wenig wichtig“, „mittel wichtig“, „wichtig“, „sehr wichtig“, Frage 2.7: „schlecht“, „mäßig“, „durchschnittlich“, „gut“, „sehr gut“, Frage 2.8: „sehr selten“, „selten“, „manchmal“, „häufig“, „sehr oft“, Frage 2.9: „keinen“, „niedrigen“, „mittleren“, „hohen“, „sehr hohen“, Frage 2.11: „nicht vorhanden“, „gering“, „mittel“, „hoch“, „sehr hoch“, Frage 2.14: „noch nie“, „sehr selten“, „ab und zu“, „häufig“, „sehr oft“). Bei den Frage 2.12 und 2.13 musste direkt die Stundenanzahl eintragen werden.

Im dritten Teil des Fragebogens wurde nach der eigenen Beurteilung der verschiedenen Arten von Notfällen im Not- und Rettungsdienst gefragt. In Frage 3.1 sollten die Rettungsdienstmitarbeiter auf einer visuellen Analogskala von 0–100 mm ihrer persönlichen Einschätzung nach die jeweiligen Häufigkeiten für internistische, chirurgische, neurologische, psychiatrische, pädiatrische und gynäkologische Notfälle auftragen, die Skala reichte dabei von „gar nicht“ bis „immer“. In Frage 3.2 konnten bei Bedarf noch handschriftlich andere Notfälle eingefügt werden, die der eigenen Meinung nach in 3.1 nicht erfasst, aber dennoch relevant waren. Ebenfalls auf einer visuellen Analogskala sollte in Frage 3.3 die persönliche Belastung für die oben genannten Notfälle eingetragen werden, hier reichte die Skala von „gar nicht“ bis „extrem“. In

Frage 3.4 gab es wiederum die Möglichkeit, handschriftlich solche Notfälle einzutragen, die in 3.3 nicht erfasst, aber für relevant gehalten wurden.

Im vierten Teil des Fragebogen wurden die Teilnehmer nach Erfahrungen mit eigenen psychiatrischen Erkrankungen und Krisen gefragt. Dazu wurden drei Fragen gestellt, die jeweils mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten waren. In Frage 4.1 wurde gefragt, ob man an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung leide oder gelitten habe, in Frage 4.2 sollte beantwortet werden, ob ein nahestehender Mensch an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung leide oder gelitten habe und in Frage 4.3 wurde nach einer in den letzten 12 Monaten erlebten wesentlichen Trennungssituation gefragt.

In Frage 4.4 gab es in dem sog. Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI) (s. u.) 42 Fragen zur eigenen Persönlichkeit zu beantworten, für die Antworten standen die Zahlen 1-5 zu Verfügung (1 = sehr unzutreffend, 2 = eher unzutreffend, 3 = dazwischen/unsicher, 4 = eher zutreffend, 5 = sehr zutreffend). Gefragt wurde nach Eigenschaften, die die Persönlichkeit charakterisieren, wie z.B. nach Hilfsbereitschaft, Ehrgeiz, Prinzipien, Launen, Gemüt, Vertrauensfähigkeit etc..

3.3.1 Hamburger Persönlichkeitsinventar

Der Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI) basiert auf einem dimensionsanalytischen Ansatz in der Tradition des Fünf-Faktoren-Modells (FFM) der Persönlichkeit und bildet ein empirisch invariantes, auch interkulturell bestätigungsfähiges Ensemble aus Basisfaktoren der Persönlichkeit ab, das alle zentralen Persönlichkeitsmerkmale mit hohem und zugleich homogenem Erklärungsniveau erfasst. Er ergänzt die fünf etablierten Dimensionen – Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit für Erfahrungen (O), Kontrolliertheit / Normorientierung (C), Altruismus / Hilfsbereitschaft (A) – durch einen sechsten Faktor „Risiko und Kampfbereitschaft / Suche nach Wettbewerb“ (R). Diese sechs Dimensionen bilden drei Subsysteme mit je zwei sich gegenüberstehenden Dimensionen (siehe Tabelle 3.3.1).

<u>SUBSYSTEM</u>	<u>OPPONIERENDE HPI-SKALEN</u>	<u>SYSTEM-SPEZIFIKATION</u>
I Emotion, Befindlichkeit, Stimmung	E „Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude“	Positiv-valente Emotionalität (habituelle Befindlichkeit und Stimmung), dispositionelle „Freude“
	N „Nervosität, Sensibilität und emotionale Labilität“	Negativ-valente Emotionalität (habituelle Befindlichkeit und Stimmung), dispositionelles „Leid“
II Kognition, Weltanschauung, Denkwesen	C „Kontrolliertheit und Normorientierung“	Normative Orientierung; Konventionalität, Realitätsbezogenheit, Objektorientierung, Rigidität, Closed-Mindedness, Zwanghaftigkeit
	O „Offenheit und Erfahrungen“	Alternative Orientierung, Individualität, Fantasiebezogenheit, Subjektivität, Originalität, Open-Mindedness, Dissoziation/Absorption
III Motivation, Verhalten, Bereitschaften	R „Risiko- und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb“	Offensiv-dominante Moral, „Maskuline“ Rollen und Interessen, Konkurrenzprinzip, Suche nach Abenteuer, mutiger Lebenswille (aber auch Selbstgefährdungstendenzen), Tough-mindedness
	A „Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft“	Defensiv-submissive Moral, „Feminine“ Rollen und Interessen, Kooperationsprinzip, Suche nach Geborgenheit, helfende Lebensbewahrung (aber auch Selbstschädigungstendenzen), Tender-mindedness

Tabelle 3.3.1: Hamburger Persönlichkeitsinventar

Der HPI erscheint vor allem wegen des letzten Faktors geeignet, Persönlichkeitsmerkmale von Rettungsdienstmitarbeitern abzubilden, da besonders in dieser Berufsgruppe ein hohes Maß an Toleranz gegenüber Gefahren und furchterregenden Reizen sowie an Kompetitionsbereitschaft (z.B. Kampf gegen die Zeit, gegen den Tod) angenommen werden darf. Anders als die Fünf-Faktoren-Theorie basiert die HPI-Entwicklung von vorneherein auf der Fragebogenmethode mit Aussagen in ganzen Sätzen und nicht auf Adjektiven, die eine notwendige Feindifferenzierung von Selbstaussagen vermissen lassen.

Zur Erfassung der Persönlichkeitsfaktoren wurde eine Ultra-Kurzform des validierten HPI verwendet. Die ursprünglich 84 Items der Kurzform konnten ohne deutlichen Verlust an Reliabilität auf 42 Items reduziert werden (Korrelationen der Dimensionen zwischen Kurz- und Ultra-Kurzform alle über 0,90). Die Ultra-Kurzversion ist damit praktisch äquivalent zur Kurzform und die Ergebnisse sind uneingeschränkt übertragbar, auch hinsichtlich ihrer Validitäten.

Für die Weiterverrechnung der Skalenwerte in einem einheitlichen Wertebereich wurden Stanine-Werte (1-9) auf der Basis der hier erhobenen Gesamtdaten mehrerer Teilstichproben berechnet.

Um den Fragebogen sinnvoll auszuwerten, mussten einige Antworten in ihrer Wertigkeit „umgedreht“ werden, d.h., aus einer 1 wurde eine 5, aus einer 2 eine 4, eine 3 blieb eine 3, eine 4 wurde zu einer 2 und eine 5 zu einer 1. Dies betraf pro Persönlichkeitseigenschaft jeweils 2 Fragen, konkret mussten die Antworten der Fragen 5,6,7,8,10,13,15,18,20,27,28 und 29 so verändert dargestellt werden.

Anhand der Antwortwerte wurden für die 6 verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale die Summe der Werte der jeweiligen Antworten (jeweils sieben Fragen pro Merkmal), die sogenannten Subscores (Minimum 0, Maximum 35) gebildet, anhand derer die Teilnehmer miteinander verglichen wurden.

Der genaue Fragebogen ist im Anhang mit aufgeführt.

3.4 Codierung und Datenauswertung

Zur Auswertung des Erhebungsbogens wurden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten mit einer aufsteigenden Zahlenreihe codiert. Bei den Basisdaten wurde beispielsweise in der Frage 1 nach dem Geschlecht die Antwort „männlich“ mit der Ziffer „1“ versehen, „weiblich“ mit der Ziffer „2“. Bei der Frage nach der Qualifikation wurde die Angabe „Rettungsassistent“ mit einer „1“ versehen, die Antwort „Rettungsassistent“ mit einer „2“ und die Antwort „Rettungshelfer“ mit einer „3“.

Im zweiten Abschnitt des Fragebogens, in dem drei oder fünfstufige Antwortskalierungen vorgegeben waren, wurde die negativste Antwort mit der Zahl „1“ versehen, ansteigend bis zur Ziffer „5“. Bei Fragen, in denen eigene Vorschläge angegeben wurden, erhielten gleiche Vorschläge gleiche Ziffern. Direkt einzugebende

Zahlenwerte wurden entweder direkt übernommen (z.B. 25 Fortbildungen pro Jahr) oder von einem Datum in Jahreszahlen umgewandelt (z.B. Geburt 1977 = Alter 25).

3.5 Statistische Auswertung

Zur deskriptiven und analytischen Statistik wurden Häufigkeiten und Kreuztabellen mit einem Computerprogramm (Superior Performing Software Systems [SPSS]) berechnet. Zur statistischen Analyse kamen nicht parametrische Testverfahren zur Anwendung, da sich im Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte, dass die Antworten nicht normal verteilt waren.

Unverbundene Gruppen, d.h. Gruppen ohne Wertigkeit (z.B. Familienstand, Geschlecht) mit 2 Variablen wurden mittels Mann-Whitney-U-Test und Wilcoxon-W Test auf Unterschiede untersucht und diese mittels des T-Test' differenziert.

Unverbundene Gruppen mit 3 oder mehr Variablen wurden über den Kruskal-Wallis-Test und Chi-Quadrat-Test auf Unterschiede geprüft und diese durch die Oneway-Anover-Auswertung differenziert.

Bei verbundenen Gruppen d.h. Gruppen mit Wertigkeit (z.B. wie häufig wurden Fortbildungen besucht von Teilnehmern, die diese auch als wichtig einstufen) sind die Korrelationsanalysen mittels der Funktion nach Spearman (Rangkorrelation) durchgeführt worden.

Das Signifikanzniveau wurde bei mindestens 5 % ($p < 0,05$) festgelegt.

4. Ergebnisse

4.1 Demographische Daten und Compliance

Insgesamt wurden 245 ausgefüllte Fragebögen zurückgeschickt. Von den 245 einsendenden Rettungsdienstmitarbeitern waren 201 männlich (82%) und 43 weiblich (17,6%), eine Person hatte keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Das Alter betrug im Median 31 Jahre (Minimum (Min.): 18, Maximum (Max.): 59). 14 Teilnehmer machten keine Altersangabe. 103 (42%) der Personen waren ledig, 123 (50,2%) waren verheiratet oder lebten in einer festen Partnerschaft, 14 (5,7%) Personen waren getrennt oder geschieden. 5 Personen machten keine Angaben zum Familienstand.

Von den Teilnehmern waren 160 (65,3%) Rettungsassistenten, 73 (29,8%) Rettungssanitäter und 11 (4,5%) Rettungshelfer; eine Angabe fehlte. (Siehe Abbildung 4.1) Unter den Antwortenden waren 169 (69%) hauptamtliche Mitarbeiter, 2 (0,8%) Zivildienstleistende und 65 (26,5%) aushilfsweise tätige Mitarbeiter. In ihrer jeweiligen Qualifikation waren die betreffenden Personen im Median seit 6 Jahren tätig (Min.: 1, Max.: 26). Die Anzahl der Einsätze pro Woche gaben die Teilnehmer im Median mit 24 an (Min.: 1, Max.: 150). Fortbildungen wurden im Median 6 Stunden im Jahr besucht (Min.: 0, Max.: 500). Die Antwortenden kamen zu 20,4 % (n = 50) aus dem ländlichen Raum, zu 29,8 % (n = 73) aus einem suburbanen Raum und zu 48,2 % (n = 118) aus der Stadt (siehe Abbildung 4.2).

Aus den angegebenen ersten zwei Zahlen der Postleitzahlen konnten Rückschlüsse auf die Herkunft des Einsender geschlossen werden. Es ergab sich eine relativ breite Verteilung über das gesamte Bundesgebiet, mit Häufung in einigen Regionen: 10,6% der Einsendungen kamen aus dem Raum Dresden, 15,5% aus dem Raum Cottbus, 7,8% aus dem Kreis Freiburg/Breisgau, 6,1% aus dem Kreis Regensburg/Oberpfalz, 4,5% aus dem Großraum Hamburg und Lüneburg und 4,5% aus dem Raum Mönchengladbach, Dormagen und Neuss. Die restlichen 51% verteilten sich auf das gesamte Bundesgebiet mit leichtem Schwerpunkt auf dem südlichen Raum.

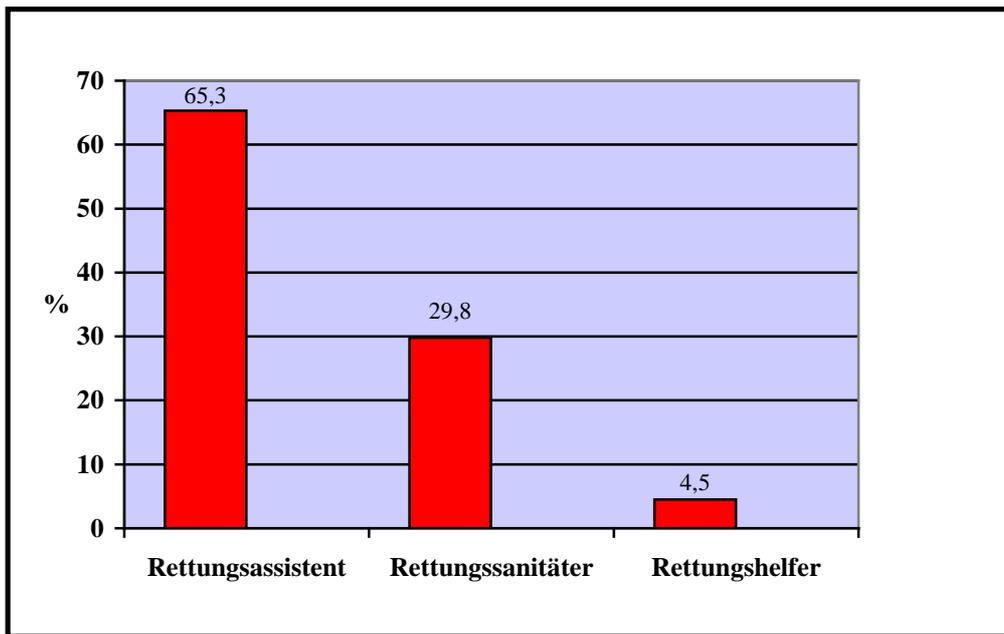


Abbildung 4.1: Qualifikation der Rettungsdienstmitarbeiter

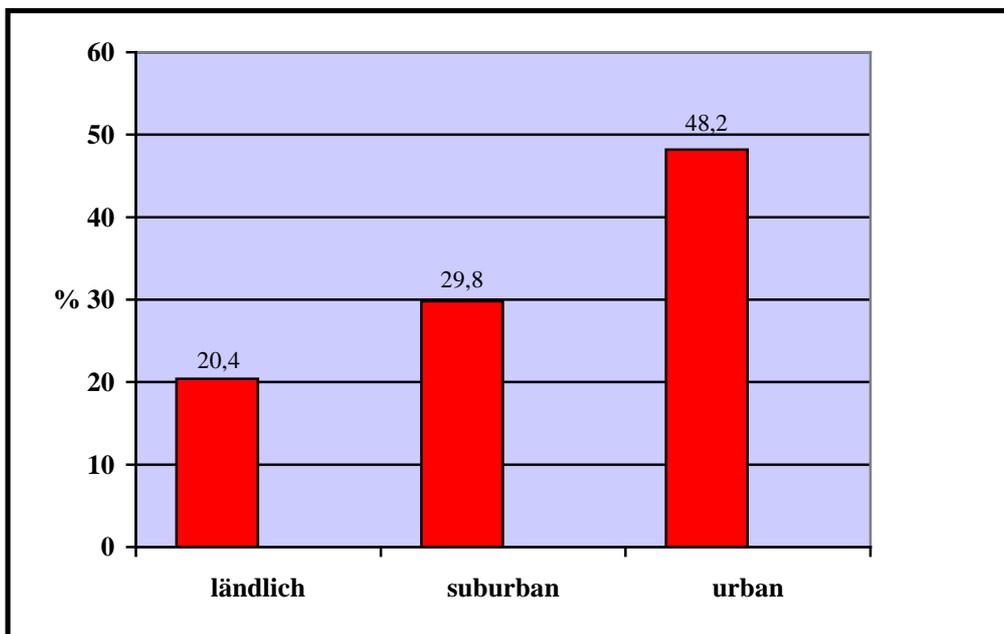


Abbildung 4.2: Gebietsverteilung

4.2 Einschätzungen zu Häufigkeiten psychiatrischer Notfälle

Frage 2.1 bis 2.5 befasste sich mit der Einschätzung von Häufigkeiten des psychiatrischen Notfalls durch die Rettungsdienstmitarbeiter.

Einsätze mit psychiatrischem Anteil sahen die Teilnehmer in der Mehrzahl „ab und zu“ bis „oft“ (siehe Abbildung 4.3). Im Median machten laut Einschätzung der Teilnehmer Einsätze mit psychiatrischem Anteil 20% (Min.: 1, Max.: 98%) aller Einsätze aus.

Auf die Frage, wie häufig der psychiatrische Anteil durch das Umfeld verursacht werde, antworteten die Teilnehmer überwiegend mit „ab und zu“ und zu jeweils gleichen Teilen mit „sehr selten“ bzw. „oft“ (siehe Abbildung 4.4). Im Median waren nach Ansicht der Rettungsdienstmitarbeiter 10% (Min.: 0%, Max.: 90%) aller psychiatrischen Anteile durch das Umfeld verursacht.

Im Vergleich zu den recht häufigen Einsätzen mit psychiatrischem Anteil erlebten die Antwortenden rein psychiatrische Einsätze eher selten; hier kreuzten die meisten der Teilnehmer „sehr selten“ und „ab und zu“ an (siehe Abbildung 4.5). Im Median sahen die Rettungsdienstmitarbeiter rein psychiatrische Notfälle in 5% (Min.: 1%, Max.: 35%) aller Fälle.

Suizid(-versuch) war ebenfalls für die Mehrzahl der Antwortenden selten Grund des Einsatzes, überwiegend wurde hier „sehr selten“ und „ab und zu“ angekreuzt (siehe Abbildung 4.6). Dabei wurde die relative Häufigkeit des Suizidversuches als Grund des Einsatzes im Median mit 5% (Min.: 1%, Max.: 87%) angegeben.

Auf die Frage, wie sich die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den letzten Jahren verändert habe, war der mehrheitliche Teil der Befragten (62,7%) der Meinung, die Häufigkeit habe „zugenommen“ oder „stark zugenommen“ (siehe Abbildung 4.7).

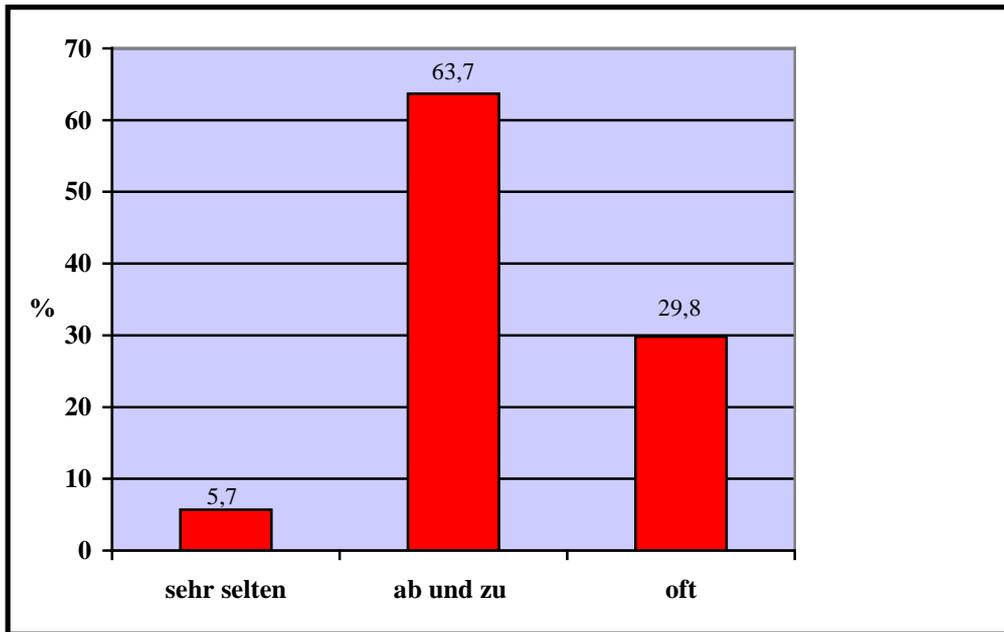


Abbildung 4.3: Einsätze mit psychiatrischem Anteil

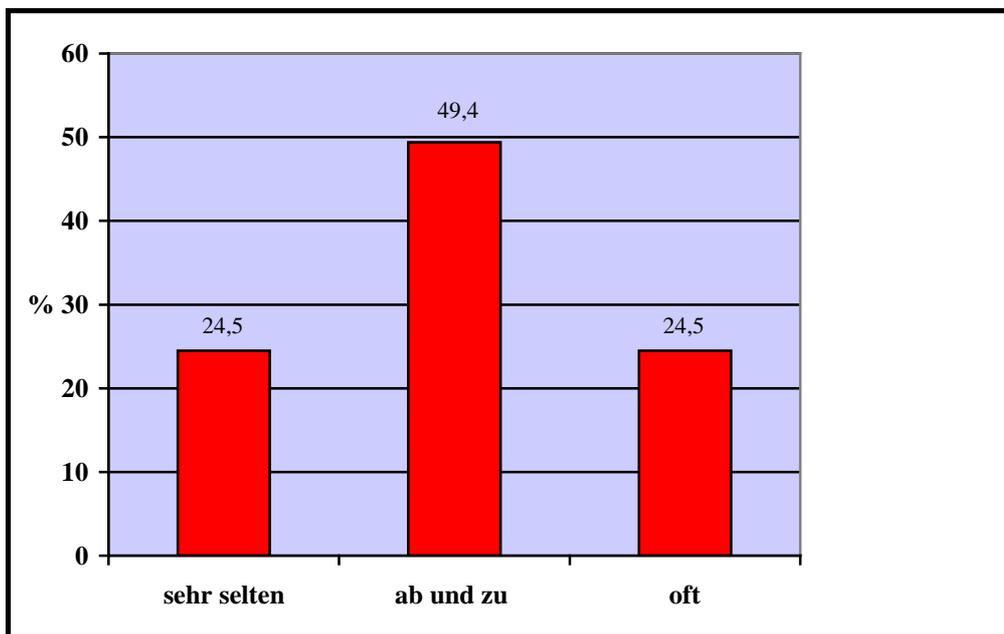


Abbildung 4.4: Umfeld als Verursacher psychiatrischer Notfälle

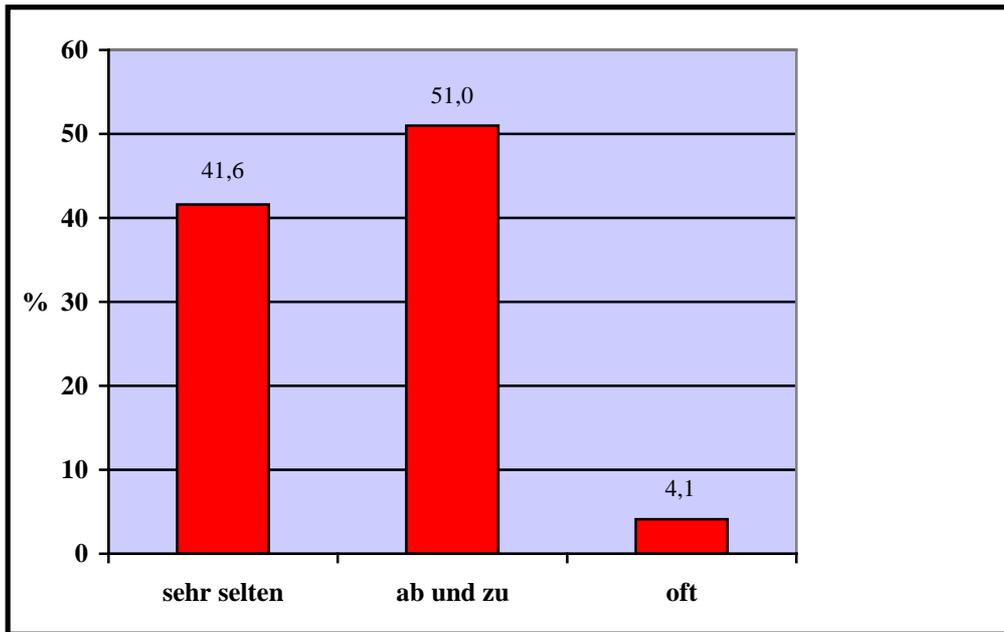


Abbildung 4.5: Anteil rein psychiatrischer Einsätze

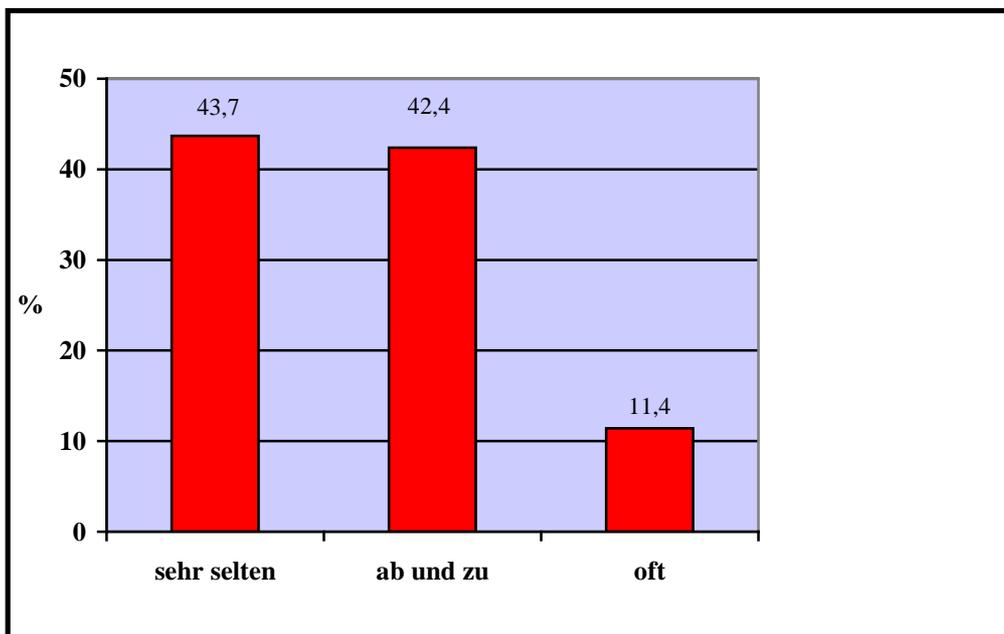


Abbildung 4.6: Häufigkeit Suizidversuch

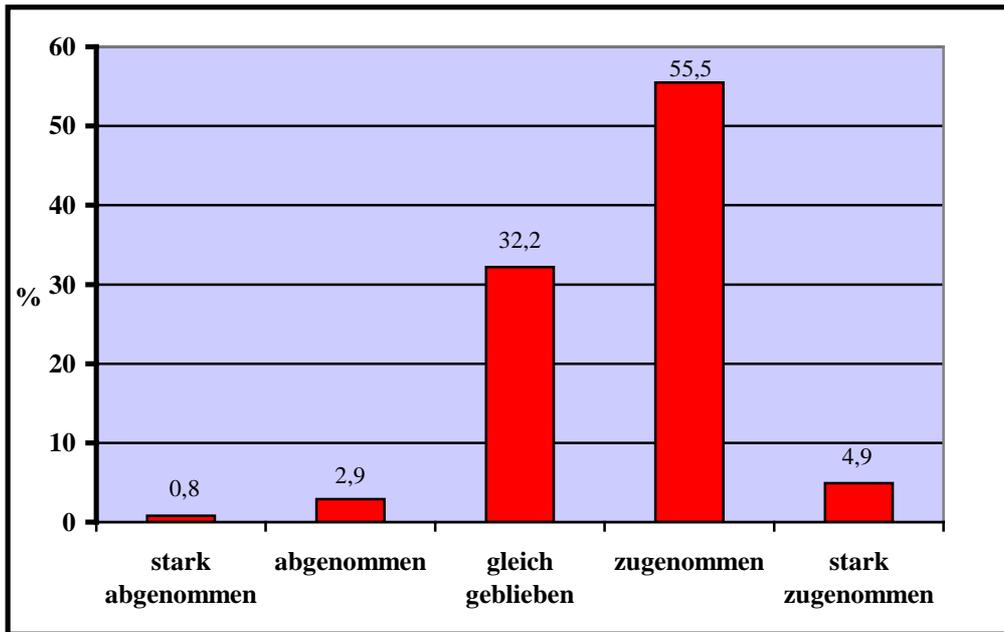


Abbildung 4.7: Veränderung der Häufigkeit psychiatrischer Notfälle

4.3 Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse, der Wichtigkeit solcher Kenntnisse sowie der Wichtigkeit von Fortbildungen über solche Themen

Auf die Frage, wie wichtig psychiatrische Kenntnisse im Notarzt- und Rettungsdienst der eigenen Ansicht nach seien, antworteten 216 (88,1%) der Personen mit „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“. Kein einziger der Antwortenden hielt psychiatrische Kenntnisse für „unwichtig“ (siehe Abbildung 4.8).

Die eigenen psychiatrischen Kenntnisse schätzten dagegen 178 (72,7%) Teilnehmer als nur „mäßig“ bis „durchschnittlich“ ein (siehe Abbildung 4.9).

In der folgenden Frage sollten die antwortenden Rettungsdienstmitarbeiter angeben, wie häufig sie sich bei psychiatrischen Einsätzen überfordert fühlten. 136 Personen (55,5%) taten dies „manchmal“ bis „häufig“ (siehe Abbildung 4.10).

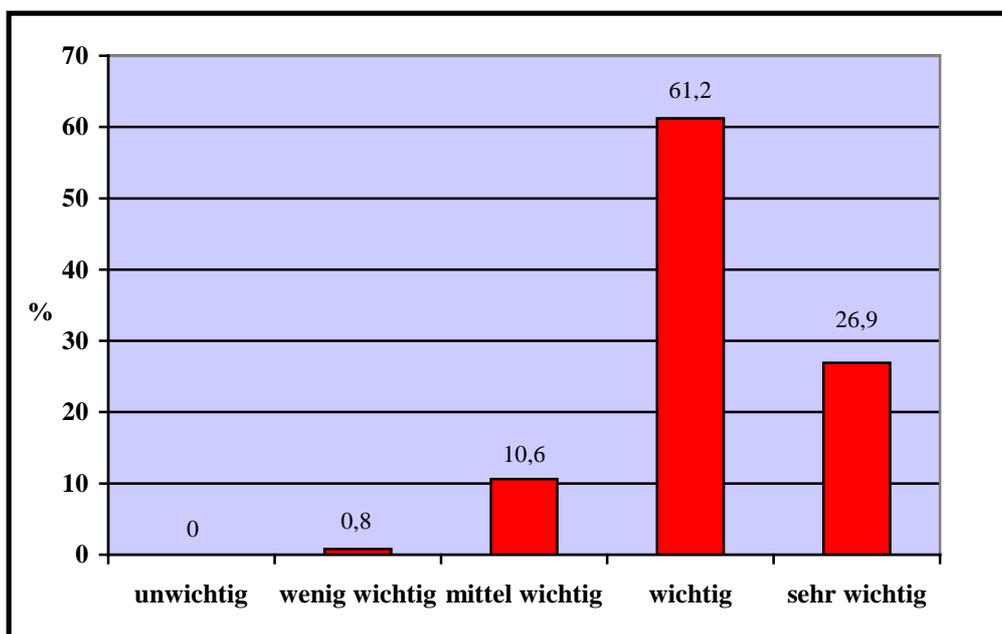


Abbildung 4.8: Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse

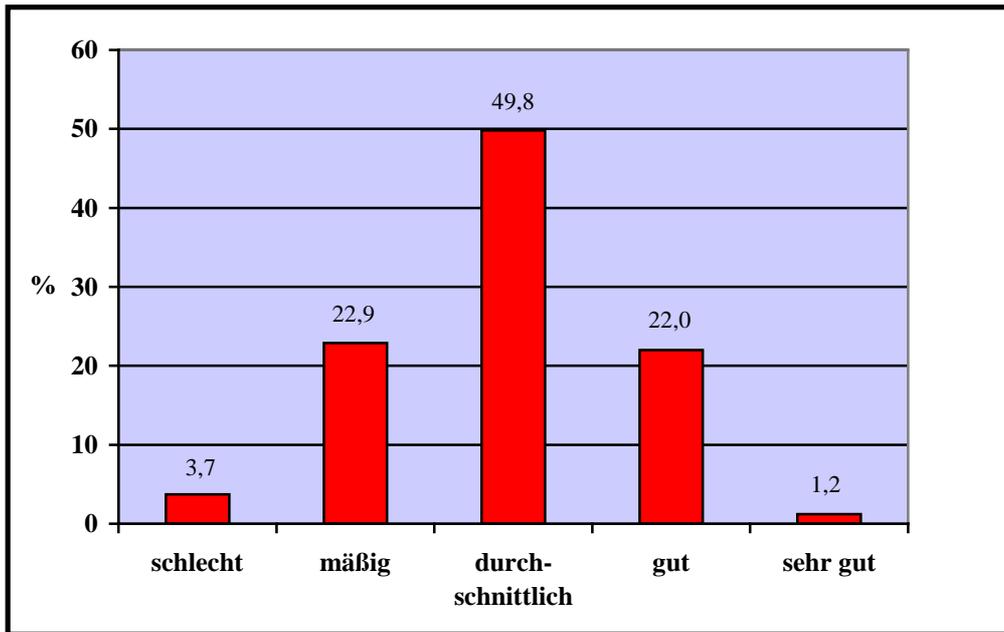


Abbildung 4.9: Eigene psychiatrische Kenntnisse

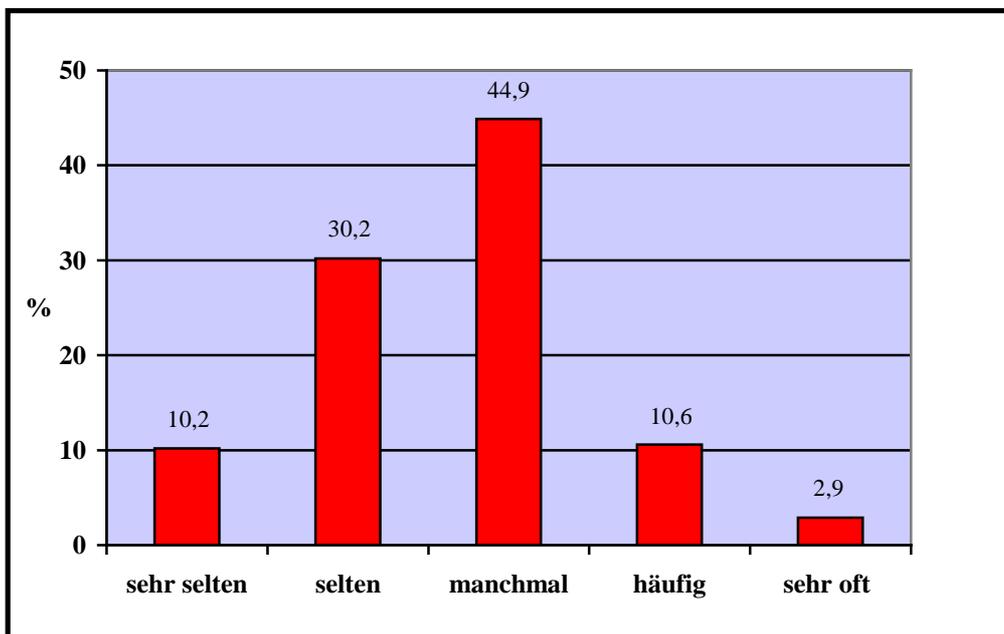


Abbildung 4.10: Gefühl der Überforderung bei psychiatrischen Notfällen

Im Folgenden bewerteten die Teilnehmer den Stellenwert verschiedener psychiatrischer Störungen. Dabei wurde dem Bereich Abhängigkeit/Sucht der größte Wert beigemessen, hier gaben 179 (73,1%) Teilnehmer einen „hohen“ bzw. „sehr hohen“ Stellenwert an.

Für Psychosen/Depressionen wurde dieser nicht ganz so hoch angesehen, hier gaben 183 (74,7%) Teilnehmer einen „mittleren“ bis „hohen“ Stellenwert an.

Der Stellenwert der Suizidalität wurde vergleichsweise niedrig beurteilt, 101 (41,2%) Teilnehmer gaben einen „mittleren“ Stellenwert an, der Rest beurteilte diesen zu etwa gleichen Teilen mit „hoch“ bzw. „niedrig“ (siehe Abbildung 4.11).

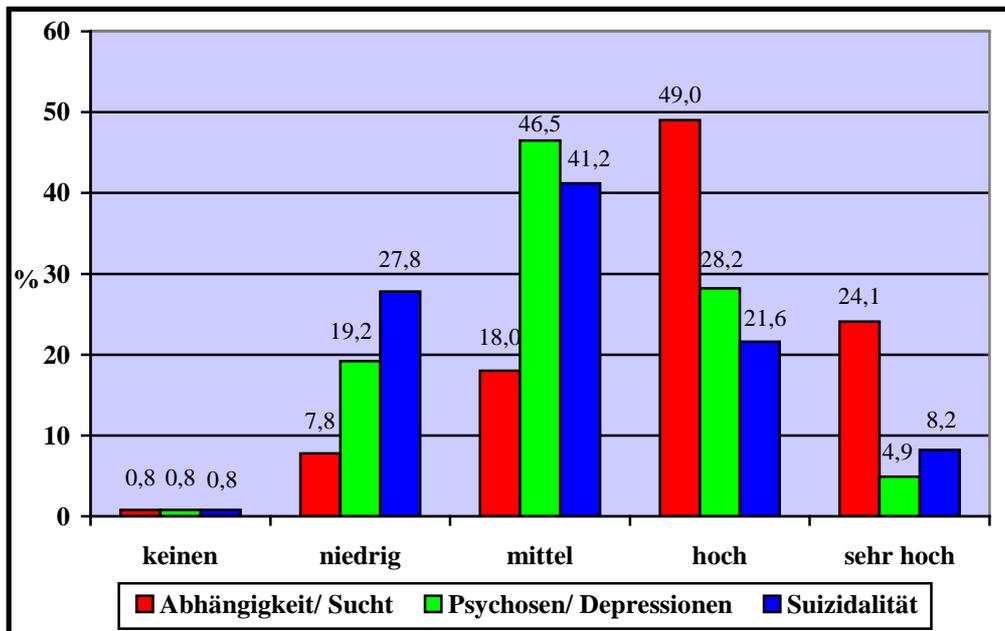


Abbildung 4.11: Stellenwert verschiedener psychiatrischer Störungen im Rettungsdienst

Im nächsten Teil wurde die Wichtigkeit von Fortbildungsprogrammen über verschiedene psychiatrische Themen bewertet. Zusammenfassend kann man sagen, dass alle Themen in der großen Mehrzahl mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“ beurteilt wurden. So wurden Fortbildungen über psychiatrische Notfälle gesamt von 199 (81,3%) Teilnehmern als „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“ angesehen. Fortbildungen über Kriseninterventionen fanden 174 (71%) Rettungsdienstmitarbeiter „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“, zu Fortbildungen über Drogen- und Suchtnotfälle teilten 199 (81,2%) Teilnehmer diese Einschätzung. Auch zu dem Thema Suizidologie wurden Fortbildungen von 180 (73,4%) Personen als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ eingestuft, ebenso wie Fortbildungen über Psychopharmakologie von 155 (63,2%) Teilnehmern gleichermaßen eingeschätzt wurden (siehe Abbildung 4.12).

Auf die Frage, wie hoch die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Fortbildungen sei, antworteten zwar 189 (77,1%) Teilnehmer mit „hoch“ oder „sehr hoch“, jedoch hatten 189 (77,1%) der Antwortenden nur „sehr selten“ oder „ab und zu“ solche Fortbildungen besucht, nur 4 Personen (1,6%) hatten dies schon „sehr oft“ getan (siehe Abbildung 4.13).

Die angemessene Zeit für solche Fortbildungen gaben die Teilnehmer im Median mit 10 Stunden (Min.: 1 St., Max.: 80 St.) pro Jahr an, einrichten könnten die Rettungsdienstmitarbeiter im Median 24 Stunden (Min.: 1 St., Max.: 100 St.) pro Jahr. Abschließend für diesen Themenblock wurde beantwortet, für wie wichtig Training im persönlichen Krisenmanagement und in der Stressbewältigung beim Personal gehalten werde. 188 (76,8%) Personen hielten solches Training für „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“, nur 2 (0,8%) für „unwichtig“ (siehe Abbildung 4.14).

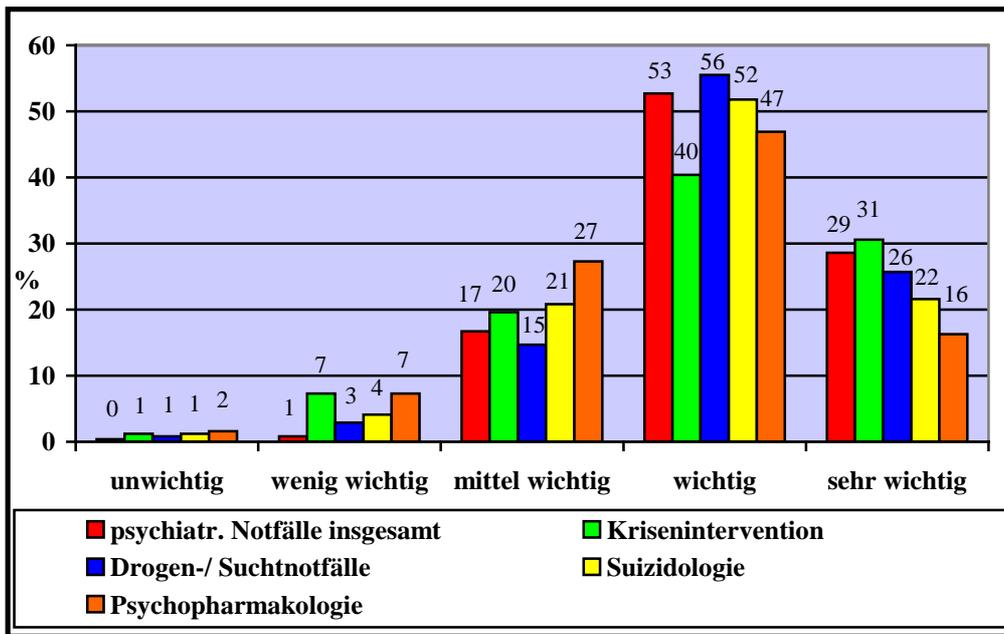


Abbildung 4.12: Zugemessene Wichtigkeit verschiedener Fortbildungsthemen (psychiatr. Notfälle: psychiatrische Notfälle)

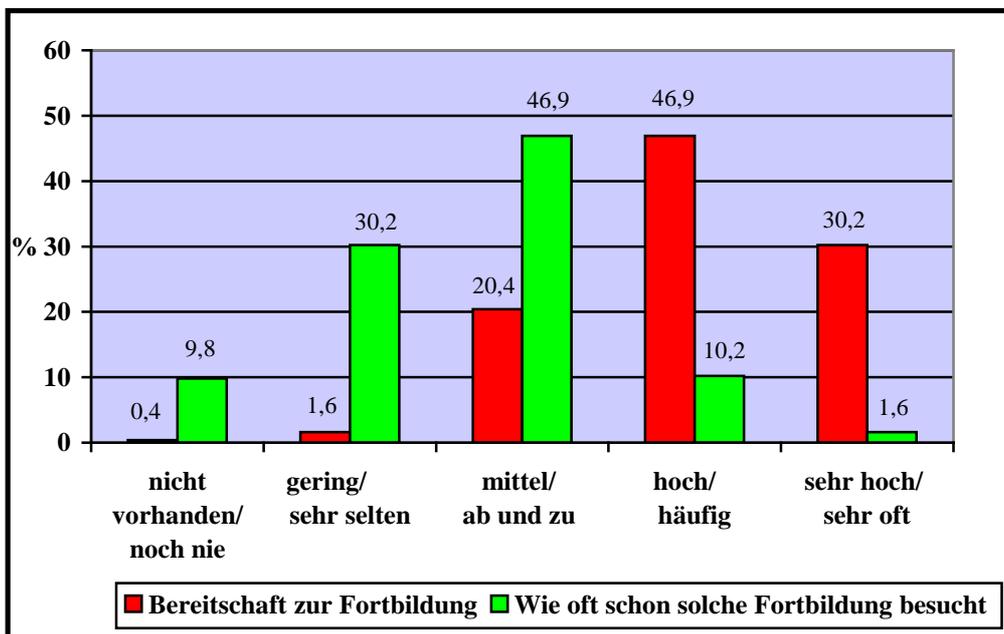


Abbildung 4.13: Fortbildungsbereitschaft und Teilnahmehäufigkeit an Fortbildungen

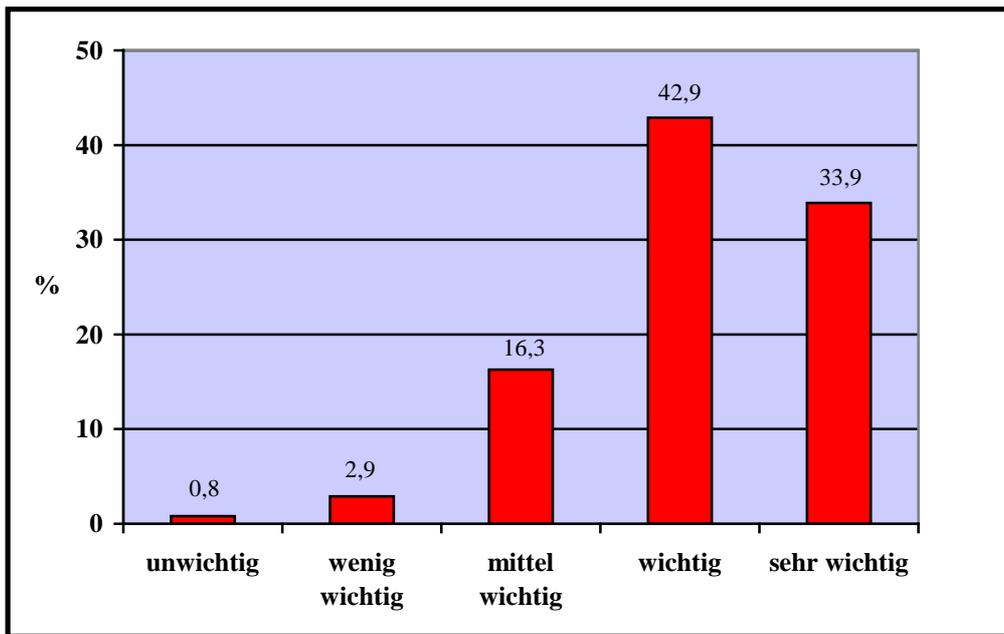


Abbildung 4.14: Für wie wichtig wurde Training in persönlichem Krisenmanagement und Stressbewältigung gehalten

4.4 Persönliche Einschätzung der Häufigkeit und der Belastung durch verschiedene Notfallsituationen

Auf einer visuellen Analogskala von 100 mm, die von „gar nicht“ bis „immer“ reichte, konnten die Antwortenden die persönliche Einschätzung der Häufigkeiten verschiedener Notfallsituationen ankreuzen. Am häufigsten wurden dabei innere Notfälle mit einem durchschnittlichen Zahlenwert von 82 ± 12 angegeben, gefolgt von chirurgischen Notfällen mit einem durchschnittlichen Wert von 59 ± 21 . An dritter Stelle lagen neurologische Notfälle mit 55 ± 19 , an vierter psychiatrische Notfälle mit 40 ± 18 . An fünfthäufigster Stelle fanden sich pädiatrische Notfälle (34 ± 19) und an sechster Stelle die gynäkologischen Notfälle (28 ± 16) (siehe Abbildung 4.15).

Im Weiteren konnten in eigenen Worten sonstige Notfälle angegeben werden, die in ihrer Häufigkeit als relevant empfunden wurden: Hierbei wurden zehnmal die (Alkohol-) Intoxikation genannt und je dreimal die Intensivverlegung, kriminelle Delikte bzw. Gewalt, die Großschadensereignisse sowie das Polytrauma. Zudem wurden noch diverse andere Notfallsituationen ein- bis zweimal genannt. Offensichtlich kam es hier auch zu begrifflichen Überschneidungen bzw. zu Schwierigkeiten bei der Abgrenzung. So wurden mehrfach die Begriffe (Alkohol-) Intoxikation (zehnmal), hilflose Personen, psychosomatische, psychosoziale und hypochondrische Notfälle, Suizid, Drogenunfälle, Angehörigenumgang bei Todesfällen, Sucht, Aggression, Verlust des sozialen Netzes (alle jeweils einmal) und soziale Notfälle (zweimal) genannt, alles Notfälle, die auch unter dem Überbegriff psychiatrische Notfälle in der Frage zuvor hätten mit einfließen können.

In der nächsten Frage sollten die Teilnehmer auf einer gleichartigen Skala die persönliche Belastung durch die entsprechenden Notfälle angeben. Hier wurden an erster Stelle die pädiatrischen Notfälle mit einem Durchschnittswert von 67 ± 26 genannt, gefolgt von den psychiatrischen Notfällen mit einem Durchschnitt von 49 ± 23 . An dritter Stelle lagen die gynäkologischen (42 ± 22), an vierter die chirurgischen (38 ± 19) und an fünfter die neurologischen Notfälle (36 ± 18). Am geringsten wurde die Belastung durch internistische Notfälle empfunden mit einem Durchschnittswert von 35 ± 19 (siehe Abbildung 4.15). Auch hier hatten die Rettungsdienstmitarbeiter wieder die Möglichkeit, in eigenen Worten andere belastende Notfälle, die als relevant empfunden wurden, anzugeben: Hier wurden achtmal Großschadensereignisse genannt und je

viermal kriminelle Delikte bzw. Gewalt und (Alkohol-) Intoxikationen. Dreimal wurde das Polytrauma genannt. Diverse andere Notfälle wurden ein- bis zweimal angegeben. Auch in dieser Frage kam es zu schon oben erwähnten begrifflichen Überschneidungen. Es wurden folgende Begriffe aufgeführt: (Alkohol-) Intoxikation (viermal), Angehörigenumgang bei Todesfällen (zweimal), Suizid, Sucht, Aggression, Verlust des sozialen Netzes und Notfälle, die im Umfeld des Patienten zu Problemen führen (alle jeweils einmal). Wie oben handelt es sich auch hier um Notfälle, die unter dem Überbegriff psychiatrische Notfälle in der Frage zuvor hätten zusammengefasst werden können.

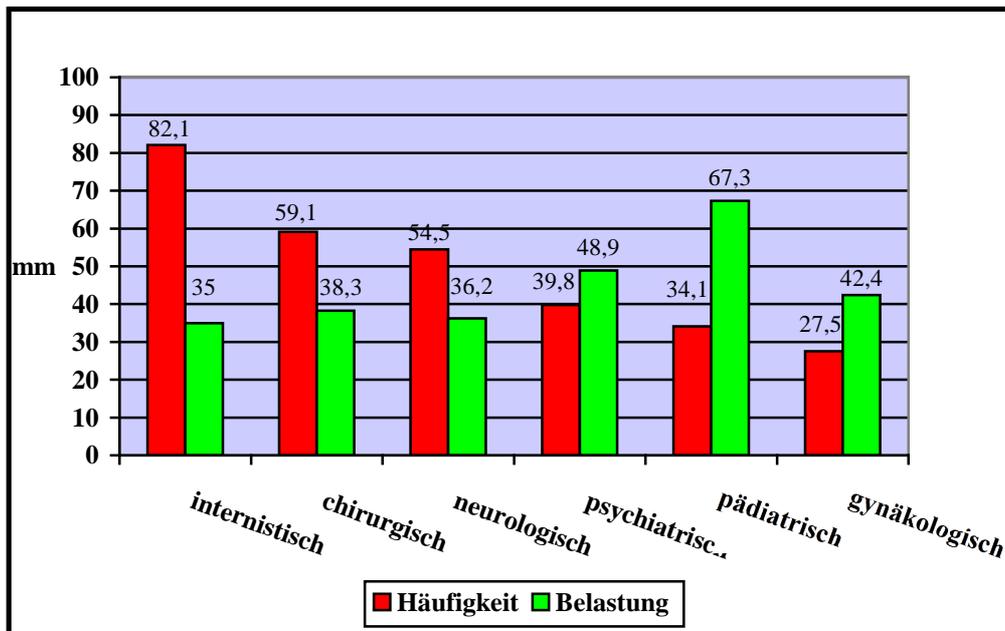


Abbildung 4.15 Häufigkeit und Belastung durch die verschiedenen Notfallarten

4.5 Angaben zu eigenen psychiatrischen Störungen bzw. zu Störungen im eigenen Umfeld

Auf die Frage, ob der Teilnehmer an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung leide oder gelitten habe, antworteten 4,1% der Befragten mit „ja“, bei der Frage, ob ein dem Teilnehmer nahestehender Mensch an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung leide oder gelitten habe, kreuzten 19,2% der Mitarbeiter „ja“ an. 15,5% aller teilnehmenden Personen hatten in den letzten 12 Monaten eine für sich selbst wesentliche Trennungssituation erlebt.

4.6 Hamburger Persönlichkeitsinventar

Den letzten Teil des Fragebogens stellte der Persönlichkeitsfragebogen dar, in dem die Teilnehmer 42 Fragen zu der eigenen Persönlichkeit beantworten mussten.

Im Durchschnitt kam es zu folgenden Subscores für die einzelnen Persönlichkeitsmerkmale:

N: Nervosität, Sensibilität, emotionale Labilität:	17,5 (± 4,1)
E: Extraversion, Lebhaftigkeit, Kontaktfreude:	26,1 (± 4,3)
O: Offenheit und Erfahrung:	23,5 (± 3,9)
C: Kontrolliertheit und Normorientierung:	26,3 (± 3,8)
A: Altruismus, Fürsorglichkeit, Hilfsbereitschaft:	25,5 (± 3,6)
R: Risiko- und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb:	23,3 (± 4,7)

Innerhalb der Eigenschaften konnte kein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen hauptamtlichen Mitarbeitern, Zivildienstleistenden und aushilfsweise tätigen Mitarbeitern festgestellt wurden. So kamen Zivildienstleistende bei der Eigenschaft „Nervosität“ auf einen durchschnittlichen Subscore von 13,5 (± 2,1), aushilfsweise tätige Mitarbeiter auf einen von 18,1 (± 4,2) und hauptamtliche Mitarbeiter auf 17,3 (± 4,1). Bei der Eigenschaft „Extraversion“ kamen hauptamtliche Mitarbeiter auf einen Subscore von 26,0 (± 4,2), Zivildienstleistende auf einen von 29,5 (± 0,7) und aushilfsweise tätige Mitarbeiter auf 26,0 (± 4,8). Auch bei den anderen Eigenschaften lagen die durchschnittlichen Subscores ähnlich dicht beieinander (siehe Tabelle 4.16).

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Auswertung der Antworten hinsichtlich der Qualifikation des Teilnehmers. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Rettungsassistent, Rettungsanitäter und Rettungshelfer. Beispielsweise erreichten bei der Risikobereitschaft Rettungsassistenten einen mittleren Subscore von 23,1 ($\pm 4,7$), Rettungsanitäter einen von 23,6 ($\pm 5,1$) und Rettungshelfer einen von 24,3 ($\pm 3,0$) bei einem Gesamtdurchschnitt von 23,3 ($\pm 4,7$).

Auch in den übrigen Persönlichkeitsmerkmalen ließ sich kein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten der drei Gruppen feststellen (siehe Tabelle 4.17).

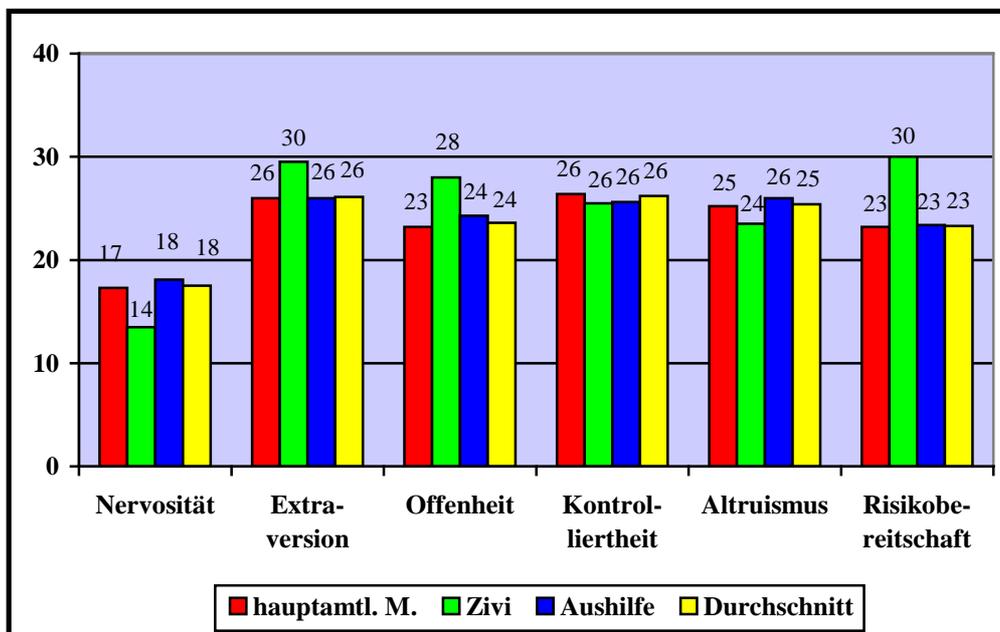


Abbildung 4.16: durchschnittliche Subscores für die einzelnen Persönlichkeitseigenschaften der jeweiligen Mitarbeiter, unterschieden nach Art der Beschäftigung (hauptamtl. M.: hauptamtlicher Mitarbeiter; Zivi: Zivildienstleistender)

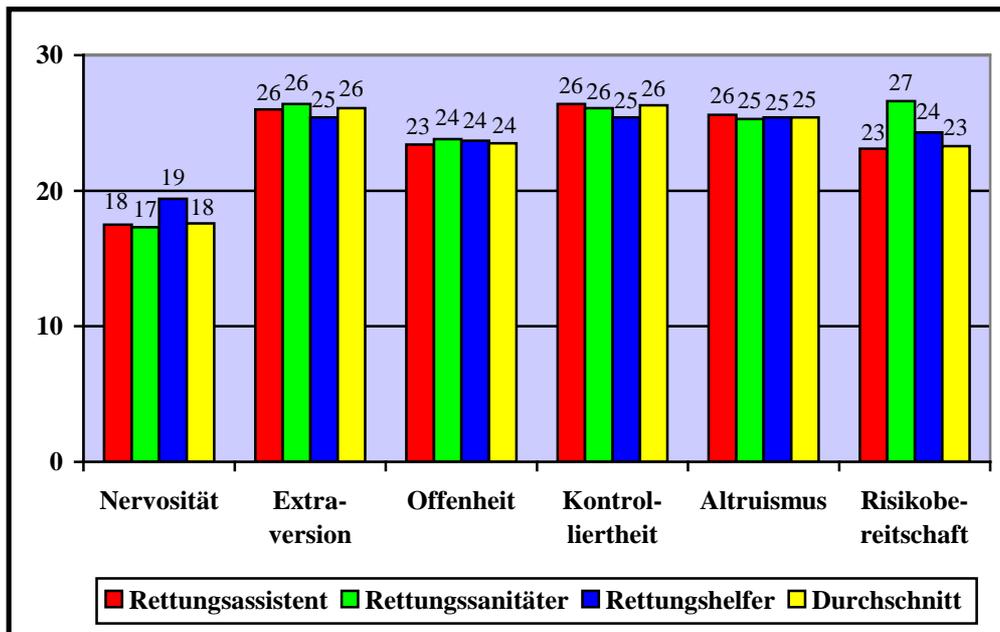


Abbildung 4.17: durchschnittliche Subscores für die einzelnen Persönlichkeitseigenschaften der jeweiligen Mitarbeiter, unterschieden nach Qualifikation

4.7 Korrelationen

Die Korrelationsanalyse der demographischen Daten des ersten Teils des Fragebogens mit den folgenden Teilen ergab folgende Ergebnisse (exemplarisch wurde die Art der Korrelationsanalyse in Klammern hinzugefügt):

Zwischen Männern und Frauen gab es kaum nennenswerte Unterschiede in der Beantwortung des Fragebogens. Lediglich die Wichtigkeit von Fortbildungen über Drogen- und Suchtnotfälle wurde von weiblichen Mitarbeitern höher bewertet ($p < 0,05$). Männliche Teilnehmer gaben eine höhere persönliche Belastung durch gynäkologische Notfälle an ($p < 0,01$) (Mann-Whitney-Test).

Getrennt lebend oder geschiedene Teilnehmer gaben eine signifikant höhere persönliche Belastung durch psychiatrische Notfälle an als verheiratete oder in fester Partnerschaft lebende ($p < 0,05$) (Kruskal-Wallis-Test).

Im Vergleich zu Rettungsassistenten bewerteten Rettungshelfer den prozentualen Anteil rein psychiatrischer Einsätze höher, hielten psychiatrische Kenntnisse für wichtiger und fühlten sich selbst bei psychiatrischen Notfällen häufiger überfordert (p jeweils $< 0,05$).

Rettungsdienstmitarbeiter aus städtischen Gebieten schätzten die Häufigkeit von Einsätzen mit psychiatrischem Anteil höher ein als die Kollegen aus suburbanen oder

ländlichen Räumen ($p < 0,01$), ebenso die von Suizidversuchen ($p < 0,05$). Auch waren städtische Teilnehmer stärker als ihre suburban oder auf dem Land eingesetzten Kollegen der Ansicht, dass die psychiatrischen Notfälle zugenommen hätten ($p < 0,01$). Zudem zeigten städtische Rettungsdienstmitarbeiter eine höhere Bereitschaft zu Fortbildungen ($p < 0,05$) (Kruskal-Wallis-Test).

Eine sinnvolle Untersuchung, ob bundesweit unterschiedlich geantwortet wurde, konnte nicht durchgeführt werden, da aus vielen Gebieten nur ein oder wenige Fragebögen zurückkamen und eine repräsentative Auswertung daher nicht möglich war.

Teilnehmer, die den Anteil der Einsätze mit psychiatrischem Anteil hoch einschätzten, beurteilten auch den Anteil der rein psychiatrischen Einsätze höher ($p = 0,000$) und sahen auch häufiger das Umfeld als Verursacher der psychiatrischen Notfälle ($p = 0,000$). Zudem wurde von diesen Teilnehmern auch die Häufigkeit des Suizidversuchs höher eingeschätzt ($p < 0,05$). Rettungsdienstmitarbeiter, die den Anteil der Einsätze mit psychiatrischem Anteil hoch einschätzten, waren auch der Meinung, dass psychiatrische Notfälle in den letzten Jahren mehr zugenommen hätten ($p < 0,01$), hielten psychiatrische Kenntnisse für signifikant wichtiger ($p < 0,05$) und schätzten Fortbildungen über psychiatrische Notfälle insgesamt wichtiger ein ($p < 0,05$), wie auch ihre Bereitschaft zu Fortbildungen zu diesem Thema signifikant höher war ($p < 0,01$). Auch der Stellenwert von Abhängigkeit und Sucht wurde von diesen Mitarbeitern höher eingestuft ($p < 0,01$). Teilnehmer, die schon oft Fortbildungen zu diesem Thema besucht hatten, schätzten den Anteil der Einsätze mit psychiatrischem Anteil höher ein ($p < 0,05$) (Korrelationen nach Spearman).

Auch Mitarbeiter, die die Häufigkeit rein psychiatrischer Einsätze höher einschätzten sowie die, die Suizidversuche öfter sahen, waren der Meinung, dass psychiatrische Notfälle in den letzten Jahren zugenommen hätten (p jeweils $< 0,01$).

Teilnehmer, die die Häufigkeit von Suizidversuchen höher beurteilten, maßen der Suizidalität einen höheren Stellenwert zu ($p < 0,01$). Auch hielten diese Teilnehmer, genau wie diejenigen, die die Häufigkeit rein psychiatrischer Einsätze höher beurteilten, eine größere Zeit für Fortbildungen für angemessen (p jeweils $< 0,01$) (Korrelationen nach Spearman).

Im Bereich der eigenen psychiatrischen Kenntnisse und der Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse gab es relativ deutliche und z.T. auch erwartungsgemäße Korrelationen:

So wurde die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse von Mitarbeitern die sich selbst häufiger bei psychiatrischen Notfällen überfordert und sich mehr durch diese belastet fühlten, höher eingestuft (p jeweils $<0,05$). Erwartungsgemäß fühlten sich solche Teilnehmer häufiger überfordert, die ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse als niedrig einstufen ($p=0,000$). Diejenigen, die die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse hoch einschätzten, maßen auch Psychosen/Depressionen ($p=0,000$) und Suizidalität ($p<0,01$) einen höheren Stellenwert bei, keine Korrelation war hier jedoch zu dem Stellenwert Abhängigkeit/Sucht festzustellen. Ebenso erwartungsgemäß maßen Rettungsdienstmitarbeiter, die die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse hoch einschätzten, auch der jeweiligen Wichtigkeit von Fortbildungen über psychiatrische Notfälle insgesamt, über Krisenintervention, über Drogen- und Suchtnotfälle, über Suizidologie und über Psychopharmakologie eine größere Bedeutung zu (p jeweils $=0,000$). Diese Teilnehmer berichteten auch über eine höhere Bereitschaft zu solchen Fortbildungen ($p=0,000$), hielten eine größere Zeit dafür für angemessen ($p<0,01$) und könnten auch mehr Zeit dafür aufbringen ($p<0,01$).

Teilnehmer, die sich selbst öfter bei psychiatrischen Notfällen überfordert fühlten, sahen eine größere Wichtigkeit der Fortbildungen über Suizidologie ($p<0,01$) und Psychopharmakologie ($p<0,05$), nicht jedoch über psychiatrische Notfälle insgesamt und über Kriseninterventionen und Drogen- und Suchtnotfälle. Auch die Wichtigkeit des Trainings von Krisenmanagement und Stressbewältigung wurde von ihnen höher eingestuft ($p<0,05$). Diese Teilnehmer hielten auch die angemessene Zeit für Fortbildungen über solche Themen für höher ($p<0,05$), ihre Bereitschaft dafür war jedoch nicht höher als die anderer Teilnehmer (Korrelationen jeweils nach Spearman).

Diejenigen, die dem Thema Abhängigkeit und Sucht einen größeren Stellenwert beimaßen, hielten auch die Wichtigkeit von Fortbildungen über Drogen- und Suchtnotfälle für größer ($p=0,000$), die Teilnehmer, die den Stellenwert von Psychosen und Depressionen höher einschätzten, hielten Fortbildungen über Psychopharmakologie für wichtiger ($p<0,01$) und die Mitarbeiter, die der Suizidalität einen höheren Stellenwert zuwiesen, schätzten erwartungsgemäß die Wichtigkeit von Fortbildungen über Suizidologie größer ein ($p=0,000$).

Teilnehmer, die die verschiedenen Fortbildungen für wichtiger hielten, hatten auch eine höhere Bereitschaft zu Fortbildungen. Dies galt für alle Fortbildungen (p jeweils

=0,000). Ebenfalls hielten diese Teilnehmer mehr Zeit für Fortbildungen für angemessen, auch dies galt für alle Fortbildungen (p jeweils =0,000, außer Wichtigkeit von Fortbildungen über Drogen- und Suchtnotfälle: $p<0,01$). Die gleiche Gruppe hielt auch das Training von Krisenmanagement und Stressbewältigung für wichtiger ($p=0,000$). Rettungsdienstmitarbeiter, die eine höhere Häufigkeit von psychiatrischen Notfällen sahen, hielten Fortbildungen über psychiatrische Notfälle insgesamt ($p<0,05$), über Drogen- und Suchtnotfälle ($p<0,05$) und über Psychopharmakologie ($p<0,01$) für wichtiger und hielten mehr Zeit für solche Fortbildungen für angemessen ($p<0,01$); Mitarbeiter, die sich durch solche Notfälle verstärkt belastet fühlten, hielten ebenfalls Fortbildungen über psychiatrische Notfälle sowie über Suizidologie für wichtiger (p jeweils $<0,05$), hatten eine größere Bereitschaft zu Fortbildungen ($p<0,05$) und hielten mehr Zeit dafür für angemessen ($p<0,05$).

Der Teil der Antwortenden, der eine höhere Bereitschaft zu Fortbildungen über psychiatrische Themen zeigte, hielt auch mehr Zeit dafür für angemessen ($p=0,000$) und auch für möglich ($p<0,01$) und hatte schon häufiger solche Fortbildungen besucht ($p<0,01$). Solche Mitarbeiter, die mehr Zeit für Fortbildungen für angemessen hielten, könnten auch mehr Zeit dafür einrichten ($p=0,000$).

Des Weiteren fühlten sich solche Teilnehmer signifikant mehr durch psychiatrische Notfälle belastet, die auch deren Häufigkeit höher einschätzten ($p<0,01$) (Korrelationen nach Spearman).

Als dritter Abschnitt wurde der Block mit eigenen psychiatrischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen nahestehender Menschen auf Korrelationen zu dem restlichen Fragebogen untersucht:

Teilnehmer, die an einer psychiatrischen Störung oder Erkrankung litten oder gelitten hatten, hielten die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse für höher ($p<0,05$), fanden Fortbildungen über psychiatrische Notfälle ($p<0,01$) und solche über Suizidologie ($p<0,05$) wichtiger und maßen der Abhängigkeit/Sucht einen höheren Stellenwert zu ($p<0,05$). Rettungsdienstmitarbeiter, von denen ein nahestehender Mensch an einer psychiatrischen Störung oder Erkrankung litt oder gelitten hat, schätzten ebenfalls die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse höher ein ($p<0,01$) und maßen den Psychosen und Depressionen einen höheren Stellenwert zu ($p<0,05$). Die Bereitschaft zu Fortbildungen über psychiatrische Themen war sowohl bei Teilnehmern mit eigenen psychiatrischen Erkrankungen, als auch bei solchen mit psychiatrischen Erkrankungen

nahestehender Menschen und bei denjenigen, die in den letzten 12 Monaten eine wesentliche Trennungssituation erlebt hatten, signifikant höher (p jeweils $<0,01$). Die Gruppe mit einer psychiatrischen Störung nahestehender Personen ($p<0,05$) und diejenige, welche eine Trennungssituation erlebt hatte ($p<0,01$), fühlten sich zudem durch psychiatrische Notfälle mehr belastet (Mann-Whitney-Test).

Im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale fanden sich folgende Korrelationen:

Teilnehmer, die sich eher als nervös und emotional labil einschätzten, bewerteten im Gegensatz dazu ihre Extraversion und Kontaktfreude ($p=0,000$) sowie ihre Risikobereitschaft und Suche nach Wettbewerb ($p<0,01$) geringer. Rettungsdienstmitarbeiter, die sich selbst eher als extrovertiert und lebhaft und solche, die sich als offen und bereit für neue Erfahrungen sahen, schätzten auch ihre Risikobereitschaft sowie ihre Hilfsbereitschaft und Fürsorglichkeit höher ein (p jeweils $=0,000$ bzw. $<0,01$ für Korrelation Offenheit und Hilfsbereitschaft). Ebenso sahen diejenigen, die einen hohen Wert bei Kontrolliertheit und Normorientiertheit erreichten, sich selbst auch als hilfsbereiter an ($p=0,000$) (Korrelationen nach Spearman).

Hinsichtlich der Geschlechter fiel auf, dass sich Frauen eher extrovertierter und lebhafter ($p=0,000$) sowie fürsorglicher und hilfsbereiter ($p<0,05$) als Männer einschätzten (Mann-Whitney-Test).

Erwartungsgemäß sahen sich jüngere Teilnehmer extrovertierter und kontaktfreudiger als ältere ($p<0,01$) und stuften sowohl ihre Risikobereitschaft ($p=0,00$) als auch Offenheit und Bereitschaft für neue Erfahrungen höher ein ($p<0,05$).

Personen, die ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse als gering einstufen ($p<0,05$) und solche, die sich häufiger bei psychiatrischen Notfällen überfordert sahen ($p<0,01$), erreichten auch höhere Scores in der Subskala Nervosität und Sensibilität. Dagegen schätzten Teilnehmer, die höhere Werte für Offenheit und Erfahrungsbereitschaft erreichten, ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse höher ein ($p<0,05$) und fanden diese signifikant wichtiger ($p=0,000$) als Teilnehmer mit niedrigen Werten. Auch stuften diese Personen die Wichtigkeit der verschiedenen Fortbildungen höher ein (Fortbildungen über psychiatrische Notfälle insgesamt ($p<0,01$), Fortbildungen über Drogen- und Suchtnotfälle ($p=0,000$), Fortbildungen über Suizidologie ($p<0,01$) und Training von Krisenmanagement und Stressbewältigung ($p<0,01$)).

Rettungsdienstmitarbeiter mit einer höheren Risikobereitschaft sahen sich selbst weniger oft überfordert ($p < 0,05$), Korrelationen zu den Einschätzungen über Fortbildungen ließen sich hier nicht finden.

Diejenigen, die einen höheren Wert bei Kontrolliertheit und Normorientiertheit erreichten, sahen entgegen der Erwartung keine signifikant höhere Wichtigkeit für die verschiedenen Fortbildungen, mit Ausnahme von Fortbildungen über Psychopharmakologie ($p < 0,05$).

Bei der Beurteilung der eigenen Belastung durch die verschiedenen Arten von Notfällen fiel lediglich die Gruppe derjenigen Mitarbeiter auf, die sich selbst eher als nervös, labil und sensibel einschätzten. Diese fühlten sich signifikant mehr durch chirurgische, neurologische und gynäkologische (p jeweils $< 0,05$) sowie durch psychiatrische ($p = 0,000$) Notfälle belastet, als diejenigen, die hier einen niedrigen Subscore erreichten (Korrelationen nach Spearman). Es fanden sich fast keine Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen und eigenen psychiatrischen Erlebnissen. Lediglich diejenigen, die angaben, dass ein ihnen nahestehender Mensch an einer psychiatrischen Störungen erkrankt sei, wiesen auch einen höheren Subscore für den Bereich Nervosität und Sensibilität auf ($p < 0,01$) (Mann-Whitney-Test).

5. Diskussion

5.1 Literaturübersicht

Ein psychiatrischer Notfall, der sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf, liegt vor, wenn das akute Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt. Als Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls können dabei Störungen des Bewusstseins, des Antriebs und der Stimmung gewertet werden [39]. In vielen Fällen ist eine endogene, exogene oder organische Psychose zu diagnostizieren. Psychiatrische Notfälle können sich aus Krisen entwickeln, die nicht durchgestanden werden, sogenannte abnorme Krisen. Abnorme Krisen können zu verschiedenartigen psychischen Störungen wie depressiven Reaktionen, Suizidversuchen, akuten Erregungszuständen, somatoformen Störungen u.ä. führen. Der Übergang von abnormen Krisen zu psychiatrischen Notfällen ist fließend. Die relative Häufigkeit dieser Krankheitsbilder und ihre nicht seltene Kombination mit ernsthaften somatischen Problemen lässt ausreichende diagnostisch-therapeutische Grundkenntnisse bei allen notfallmedizinisch tätigen Ärzten und Rettungsdienstmitarbeitern wünschenswert erscheinen.

Wie ein psychiatrischer Notfall entstehen kann, soll im Folgenden kurz beschrieben werden: Die allgemeine Krisentheorie geht vereinfacht davon aus, dass jeder Mensch ständig vor neue Lebensprobleme gestellt wird, die er mit erlernten Problemlösungsstrategien (coping behavior) bewältigen soll. Entwickelt sich dabei ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen der subjektiven Bedeutung des Problems und verfügbaren Bewältigungsstrategien, kann es zu einer Krise kommen, die sofortiges therapeutisches oder präventives Handeln erforderlich macht. Die abnehmende individuelle Bereitschaft und Fähigkeit zum Bearbeiten und Durchstehen von Krisen gemeinsam mit dem Verlust sozialer Ressourcen in Form familiärer oder kommunaler Einbindung des Einzelnen führt häufiger zu Entgleisung kritischer Lebenssituationen bis hin zur Auslösung psychiatrischer Erkrankungen und/oder Suizid(-versuchen) [29].

Weber, Laux, Luiz und Pajonk beschrieben 2005 vier typische Populationen, die akuter psychiatrischer und oft auch somatomedizinischer Hilfe im Sinne der Notfallmedizin bedürfen:

- Personen mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern
- Personen in akuten psychosozialen Krisensituationen im Gefolge von schwer belastenden, lebensverändernden Ereignissen, vorwiegend Verlustereignissen
- chronisch psychisch Kranke, bei denen es durch psychosoziale Belastungsfaktoren zu Exazerbationen oder Rezidiven kommt
- somatisch Kranke mit sekundärer psychiatrischer Störung

[39,48,49]

Die Durchführung lebensrettender Maßnahmen, das Herstellen der Transportfähigkeit sowie die Transportbegleitung bei Notfallpatienten stellen noch heute die gesetzlich verankerten Kernaufgaben der Notfallmedizin dar. Diese Aufgabenstellung bestimmt bis heute weitestgehend Ausbildung, Vorgehensweise, Kompetenz und folglich auch das Selbstverständnis der im Rettungsdienst tätigen Notärzte [19]. Dabei vermittelt die Indikationsliste für den Einsatz des Notarztes im Rettungsdienst den Eindruck, als kämen psychiatrische Notfälle praktisch nicht vor [7].

Die Notfallmedizin hat sich jedoch in den letzten Jahren grundlegend gewandelt.

Nach Einschätzung von Notärzten und Rettungsdienstpersonal ist (zusätzlich zu den eigentlichen psychiatrischen Notfällen) auch bei der primär somatischen Versorgung in ca. 30-40% aller Einsätze psychologisches Wissen und Vorgehen erforderlich, etwa bei „schwierigen“, wenig oder gar nicht kooperierenden Patienten oder bei der unmittelbaren Betreuung von Notfallpatienten und deren Angehörigen in einer psychischen Krise [6].

Psychiatrische Notfälle und psychosoziale Krisen gehören somit zum Alltag im Notarzt- und Rettungsdienst. Dabei ist der psychiatrische Notfallpatient jedoch der wahrscheinlich am meisten missachtete Notfallpatient. Er ist meist nicht direkt vital bedroht durch eine Funktionsstörung von Kreislauf, Atmung oder Bewusstsein. Aber auch er braucht sofort fachkundige medizinische Hilfe, die von kompetenter Medizin und angemessener Empathie geleitet wird [36]. Denn psychiatrische Erkrankungen sind auch unter dem Aspekt der körperlichen Unversehrtheit oder unter der Annahme einer Lebensbedrohung nicht unkritisch. Nicht selten werden von Patienten mit psychiatrischen Störungen unter den Eindruck einer psychosozialen Krise oder bei Verdichtung der Symptomatik selbstverletzende oder suizidale Handlungen vorgenommen. Daher sind die körperlichen, ja vitalen Bedrohungen beim psychisch

erkrankten Menschen nicht weniger real; ganz abgesehen von den vielfältigen Interaktionen im Sinne psychosomatischer Symptome, die gerade bei chronisch Kranken mit internistischen Diagnosen vorkommen [47].

Zur Relevanz psychiatrischer Notfälle im Rettungsdienst und deren Belastung für medizinisches Rettungspersonal existieren für Deutschland wenig Daten. Vorausgegangene Untersuchungen und Befragungen aus dem deutschsprachigen Raum zeigen ein uneinheitliches Bild. 1996 untersuchte König et al 4548 DIVI - Notarztprotokollen aus den Jahren 1989-93 im Raum Lindau auf Häufigkeitsverteilung mit folgendem Ergebnis: Innere Medizin: 62,6%, Chirurgie: 25,4% und an dritter Stelle Psychiatrie mit 8,9% Einsatzhäufigkeit. Eine Studie aus dem mitteldeutschen Raum von 1985 zeigte eine Einsatzhäufigkeit von 16% neurologisch-psychiatrischer Notfälle ohne nähere Differenzierung.

Ergänzend zu den objektiven Ergebnissen einer Analyse von Einsatzprotokollen ergab die 1998 von Pajonk et al durchgeführte Auswertung von 222 Fragebögen, die von Notärzten der „Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN)“ ausgefüllt worden waren, eine von den Teilnehmern subjektiv geschätzte Einsatzhäufigkeit für psychiatrische Notfälle von 9,4% [26].

In einer 2003 durchgeführten bundesweiten Fragebogenauswertung von Pajonk, Lubda et al schätzten die antwortenden Notärzte die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle dagegen nur auf 5%, 44% waren jedoch der Meinung, diese hätten in den letzten Jahren zugenommen [38].

Eine Auswertung von 2691 Notarzteinsatzprotokollen der Stadt Kaiserslautern aus dem Jahre 1999 ergab, dass der Anteil psychiatrisch und psychosozial bedingter Einsätze hier sogar bei 11,5% lag und diese somit gemeinsam mit neurologischen Notfällen die zweithäufigste Ursache nach den internistischen Einsätzen stellten [44]. Bei einer ebenfalls in Kaiserslautern durchgeführten retrospektiven Analyse des Jahres 1997 von 2954 Notarzteinsätzen stellten psychiatrisch und psychosozial begründete Einsätze mit 12,3% die alleinige zweithäufigste Einsatzursache nach internistischen Krankheitsbildern dar, gefolgt von neurologischen Notfällen mit 12,3% an dritter Stelle [19].

Dabei ergab eine 2002 von Pajonk et al durchgeführte retrospektive, anonymisierte Auswertung aller Notarztprotokolle einer großstädtischen (Hamburg) und einer

ländlichen Region (Landkreis Schaumburg), dass in beiden Regionen die Häufigkeiten und Versorgung von psychiatrischen Notfällen mit jeweils ca. 10% vergleichbar waren [34].

Aus dem Rettungsdienst ohne notärztliche Beteiligung lagen bislang noch keine Daten vor. In diesem Bereich der rettungsdienstlichen Versorgung muss aber eher ein noch höherer Anteil psychiatrischer Notfälle angenommen werden, wie Befragungen des Rettungsdienstpersonals und vielen persönlichen Berichten entnommen werden kann [34].

Wenn von einem zusätzlichen Defizit in der Dokumentation ausgegangen wird, das sich durch die gängige Praxis erklären lässt, psychische Erkrankungen erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn eine internistische oder chirurgische Erkrankung ausgeschlossen werden kann [28,31], so ist zu vermuten, dass der tatsächliche Anteil sogar noch höher liegt.

Dazu kam bis 1997 ein erheblicher Dokumentationsmangel, da im DIVI - Notarzteinsatzprotokoll bis dahin keine psychiatrischen Notfälle als eigenständige Erstdiagnose aufgeführt waren. Erst 1997 hat die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) den Auftrag erteilt, das Notarzteinsatzprotokoll zu ändern. In der Version 4.0 wurde in der Rubrik „Erstdiagnose“ Psychiatrie als eigenständiger Hauptpunkt hinzugenommen und die häufigsten psychiatrischen Notfälle aufgeführt. Hier können neben psychiatrischen Erkrankungen wie Psychosen und Manie auch Intoxikationen, Entzüge, Erregungszustände und Suizidversuche kodiert und somit direkt den psychiatrischen Notfällen zugeordnet werden [23,24].

Aktiv tätige Notärzte verfügen in der Regel über geringe psychiatrische Vorerfahrung, da sie sich hauptsächlich aus anderen Fachgruppen wie Chirurgie, Anästhesie oder Innere Medizin rekrutieren. Diese Konstellation steht in Diskrepanz zu den hohen Anforderungen in Erstdiagnostik und Therapie der psychiatrischen Notfallsituation [26,28].

Psychologische Ausbildung und Betreuung sind in der Notfallmedizin unterrepräsentiert. Schon Lasogga und Gasch stellten 2002 fest, dass die Ausbildung für psychologische Aufgaben bei den Berufsgruppen Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und Notärzte sehr unterschiedlich, größtenteils völlig unzureichend und zum Teil sehr chaotisch organisiert ist [18]. In der Notfalleausbildung sieht das Curriculum der

Bundesärztekammer für psychiatrische Notfälle und Drogennotfälle nur 90 Minuten und damit 2,5% der gesamten Ausbildungszeit von 3600 Minuten vor [26,43]. Während sich die medizinischen Maßnahmen des Notarztes auf verifizierte wissenschaftliche Standards beziehen können, bleibt die psychologische Vorgehensweise im Bereich der wohlmeinenden, methodischen, unreflektierten Intuition und beruht auf persönlichen Erfahrungen [43].

Auch in der Ausbildung zum Rettungssanitäter oder –assistenten ist die psychiatrische Ausbildung mit durchschnittlich 1,5 Stunden innerhalb eines vierwöchigen Grundlehrgangs deutlich unterrepräsentiert [31,41]. Sicherlich werden zudem die wenigsten Rettungsassistenten während ihrer Ausbildung in der Akutpsychiatrie eingesetzt [36].

Jedoch werden laut Müller-Cyran Rettungsdienstmitarbeiter im Rahmen ihrer allgemeinen Ausbildung immer häufiger und gründlicher psychotraumatologisch geschult, während dies bei Notärzten nicht der Fall ist. Damit geht seiner Ansicht nach die humanitäre Kompetenz tendenziell vom Notarzt auf des Rettungsdienstpersonal über. Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass die psychosoziale Notfallversorgung nicht zum Bestand derjenigen Maßnahmen zählt, die ausschließlich dem Arzt vorbehalten bleiben (Notkompetenz). Besonders Rettungsassistenten betrachten eine psychotraumatologische Basiskompetenz als Bestandteil ihrer beruflichen Identität und ihres Profils [25].

Die notfallmedizinische Fortbildung ist in den vergangenen 10 Jahren zunehmend standardisiert worden. In der somatischen Medizin wurden nicht nur spezielle Fortbildungsprogramme und Behandlungsleitlinien entwickelt, wissenschaftlich überprüft und verbessert, sondern auch Trainingsprogramme zur praktischen Einübung des Erlernten erstellt. Für psychiatrische Notfälle, obwohl relevant, ist dies bislang nicht erfolgt. Die Erkenntnis, dass Notfallmedizin interdisziplinär ist, dass ein großer Teil der Einsätze ein psychosoziales Grundverständnis erfordert, dass einer Vielzahl von „somatischen“ Einsätzen eine psychiatrische Störung zugrunde liegt und nicht zuletzt die Tatsache, dass psychiatrische Störungen mit ca. 10-14% die dritthäufigste Einsatzursache stellen, hat zu einer verstärkten Beforschung psychiatrischer Notfälle geführt [33].

Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen ergeben ein der mangelhaften Ausbildung entsprechendes Bild:

In einer Studie von Pajonk, Cordes et al 1998 wurde 952 Notärztinnen und Notärzten der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. ein vierseitiger, anonymisierter Fragebogen zu dem Thema psychiatrische Notfälle zugeschickt, 255 ausgefüllte und zurückgesandte Bögen gelangten zur Auswertung. In dieser Studie schätzten 3,6% der Notärzte ihre eigenen Kenntnisse über psychiatrische Notfälle als nicht vorhanden ein und 34,4% gaben sie als gering an. 13,7% fühlten sich oft und 0,5% immer überfordert und mehr als 65% maßen Fortbildungen über Krisenintervention, Drogennotfälle und Suizidologie eine große oder sehr große Bedeutung zu und gaben eine hohe Bereitschaft zu Fortbildungsveranstaltungen an. Kenntnisse über Suizidalität nahmen dabei die höchste Wichtigkeit ein [26,28,32]. In einer 1997 an Rettungssanitätern durchgeführten Befragung kam Fischer zu einem ähnlichen Bild: Hier schätzten 90% der Teilnehmer ihre psychiatrischen Kenntnisse als schlecht bis maximal durchschnittlich ein, sahen diese jedoch als wichtig oder sehr wichtig an (47% der Befragten) und gaben an, manchmal bis immer bei psychiatrischen Notfällen überfordert zu sein (62% der Teilnehmer).

Die mangelhafte Ausbildung im Bereich der psychiatrischen Notfälle fällt umso schwerer ins Gewicht, wenn man sich die Vielfältigkeit der Aufgaben und Probleme vor Augen führt, vor die ein Notarzt oder Rettungssanitäter in entsprechender Situation gestellt ist:

Es kommt der Basiskrisenintervention durch den Rettungsdienst eine entscheidende Rolle zu, sie beinhaltet mehrere Aufgaben: Zum einen Stellung der Diagnose einer therapie- und betreuungsbedürftigen psychischen Traumatisierung, zum anderen sollte durch Sachkenntnis und Empathie entscheidend dazu beigetragen werden, den Patienten von der Notwendigkeit einer psychosozialen oder auch psychiatrischen Behandlung zu überzeugen. Die dazu erforderlichen Methoden müssen erlernt werden, dies muss in die Aus- und Weiterbildung von Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern integriert werden. Schließlich ist die Aufgabe von Rettungsdienstmitarbeitern die Organisation der weiteren Betreuung des Patienten [41].

Die Krisenintervention ist eine zeitlich limitierte Intervention, mit einem spezifischen, auf die unmittelbare Stabilisierung des Patienten ausgerichteten therapeutischen Vorgehen: Der Patient soll emotional entlastet und seine Handlungs- und

Entscheidungsfähigkeit wiederhergestellt werden. Prinzipiell ist hier aber zu betonen, dass eine psychologische Krisenintervention keine Kurzzeitpsychotherapie sein kann, sondern das alleinige Ziel verfolgt, den Patienten unmittelbar psychophysiologisch zu entlasten und dessen Sicherheit und die seines sozialen Umfeldes zu gewährleisten. Dabei tragen ärztliches und nichtärztliches Personal des Rettungsdienstes die Verantwortung für die Entscheidung, ob die psychologische Krisenintervention vor Ort zu einer ausreichenden Stabilisierung geführt hat oder ob eine Weiterbetreuung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes indiziert ist [6].

Allgemein geht es bei psychischen Krisen um die Beurteilung einer aktuell gegebenen Gefährdung und Behandlungsnotwendigkeit und ggf. um die Einleitung von Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung des Patienten. Dies setzt bei allen Mitarbeitern im Rettungsdienst Wissen über psychiatrische Symptome und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Krisen sowie bei Notärzten über psychopharmakologische Akutbehandlung voraus [6].

Dabei ist der Gebrauch von Psychopharmaka in der psychiatrischen Akutsituation unvermeidbar, wenn ein Patient schnell beruhigt oder die Situation entschärft werden muss. Während für die meisten somatischen Notfälle Therapiestandards etabliert sind, existieren für psychiatrische Notfälle weder evidenzbasierte Therapierichtlinien noch Untersuchungen zur Prüfung empirischer Vorschläge, die über kasuistische Betrachtung hinausgehen. Eine spezifische Pharmakotherapie wird im Rettungsdienst praktisch nie durchgeführt und wenn doch, dann beruht sie eher auf dem Wunsch, „Ruhe zu haben“, als auf differentialdiagnostischen Überlegungen zur angemessenen Beruhigung des Patienten. Idealerweise ist anzustreben, dass ein Patient so therapiert wird, dass er rasch ausreichend stabilisiert und für einen weiterbehandelnden Psychiater noch gut zu explorieren ist. Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung sind Hyperaktivität, Erregung, Anspannung, Angst, Unkooperativität und psychotisches Erleben. Es wird primär eine Beruhigung und keine Sedierung angestrebt [37,40].

Da das Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls keineswegs eine organische Erkrankung oder exogene Störung ausschließt, sind psychiatrische Patienten in der Notfallsituation zudem auch in jedem Fall körperlich zu untersuchen und ggf. somatisch zu therapieren [39].

Relativ häufig kommt es bei psychiatrischen Notfällen zu einer Konfrontation mit aggressiven Patienten, die an den Notarzt bzw. das Rettungsteam besondere

Anforderungen stellen. Die Entscheidungen, die getroffen werden müssen, sind umfangreich und vielschichtig und müssen oft in kürzester Zeit flexibel getroffen werden. Im Gegensatz dazu ist die psychiatrische Ausbildung aber nicht ausreichend, die psychiatrische Vorerfahrung bei einem Großteil der Notärzte gering. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Notärzte nicht selten angeben, sich durch psychiatrische Patienten überfordert zu fühlen, der Anteil dürfte bei aggressiven Patienten noch höher liegen [30].

In einer Notfallsituation besteht für einen Arzt oder einen Rettungsdienstmitarbeiter grundsätzlich eine Behandlungspflicht. Der behandelnde Arzt steht in der Regel unter Zeitdruck und muss nicht selten in kürzester Zeit diagnostizieren und therapeutische Maßnahmen durchführen, um zum Beispiel eine vitale Bedrohung abzuwenden. Eine Verletzung der Sorgfaltspflicht ist gegeben, wenn etablierte Untersuchungsschritte aus Zeitgründen nicht eingehalten werden und hierdurch eine Fehldiagnose gestellt wird. Der besondere Aspekt psychiatrischer Notfälle wird deutlich, wenn zum Beispiel eine unmittelbar einsetzende suizidale Handlung oder eine im Rahmen einer schweren Erregung sich entwickelnde Gewalttätigkeit den Behandelnden in einen Konflikt zwischen ärztlicher Hilfeleistungspflicht und ärztlicher Sorgfaltspflicht bringt. Die Gefahr ist groß, dass in einer hektischen Umgebung und unter dem Zwang, unmittelbar therapeutisch einzugreifen, die Rechtsgrundlage einer Behandlung vernachlässigt wird. Obwohl der behandelnde Arzt in einer Notfallsituation oft unter Zeitdruck steht und umgehend handeln muss, ist eine Klärung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten erforderlich. Diese muss von Fall zu Fall geprüft werden und ist nicht abhängig von einer bestimmten Diagnose (z.B. Psychose) oder Behinderung (z.B. Aphasie). Einwilligungsfähigkeit ist so lange gegeben, bis der Beweis des Gegenteils vorliegt.

In der Notfallsituation kann es hier zu einer Interessenkollision kommen zwischen dem Anliegen des Arztes, unmittelbar Hilfe zu leisten und den rechtlichen Ansprüchen des Patienten [4].

Angesichts der Komplexität psychiatrischer Notfälle sollte eine umfassende und spezialisierte Versorgung der Patienten gewährleistet sein. Diese ist bislang jedoch nur in geringem Maße gegeben, da in vielen Fällen weder medizinische Kompetenz noch entsprechende Versorgungsstrukturen bestehen. Psychiatrische Patienten werden wie andere Notfälle üblicherweise in die Notaufnahme der Krankenhäuser transportiert. Während in Großstädten wegen der Nähe einer psychiatrischen Klinik oft eine

zumindest konsiliarische Versorgung zeitnah gewährleistet werden kann, ist in ländlichen Regionen eine solche Möglichkeit wegen der räumlichen Distanz zur nächsten Klinik oder zu einem niedergelassenen Psychiater nicht gegeben. Gleichwohl ist eine rasche und fachkompetente Untersuchung schwerer psychiatrischer Störungen, insbesondere von Suizidalität, erforderlich. Ergebnisse aus Studien in Notaufnahmen belegen, dass psychiatrische Notfälle von dortigem, nicht psychiatrisch geschultem Personal in der Regel unterschätzt werden. Das akute Behandlungsergebnis verbessert sich nur durch das Hinzuziehen eines Psychiaters. Wenn die notärztliche Kompetenz zur Versorgung psychiatrischer Patienten begrenzt ist, sollten jedoch zumindest die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf die angemessene Versorgung solcher Patienten eingestellt sein [34]. Auf diese Weise kann ein entscheidender Schritt gegen die Chronifizierung und Somatisierung unerkannter psychiatrischer Störungen unternommen werden [48].

Auch die Literatur aus dem angelsächsischen Raum bietet wenig Anhaltspunkte über psychiatrische Notfälle, da der Rettungsdienst dort grundlegend anders strukturiert ist. Allerdings wird auch dort von einem Ansteigen des Auftretens psychiatrischer Notfälle berichtet [16]. Die Erstversorgung und der Transport von Notfallpatienten wird dort von „paramedics“ abgewickelt, deren Ausbildungsstand in etwa dem eines Rettungsassistenten entspricht [22,42]. Die Sichtung durch einen Arzt erfolgt erst in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder in entsprechend ausgerüsteten Praxen. Zusätzlich haben sich im amerikanischen Raum in den letzten 10 Jahren eine Vielzahl von „psychiatry emergency services (PES)“ etabliert, deren Patienten etwa zur Hälfte selbst kommen und zur Hälfte durch professionelle Dienste eingewiesen werden [45]. Auch dort galt lange die Praxis, eine psychiatrische Diagnose erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die internistische oder chirurgische Untersuchung keine fassbare Diagnose erbracht hatte. Dies führte 1995 zu einer Arbeit über psychiatrische Konsultationen in einer Notfallambulanz einer nordamerikanischen Uni-Klinik. Nachdem die meist aus dem Bereich der inneren Medizin kommenden Notaufnahmeärzte durch Fortbildungen sensibilisiert worden waren, verkürzten sich die Zeiträume bis zum Hinzuziehen eines psychiatrischen Konsiliariums deutlich, was zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung durch frühzeitige korrekte Diagnose und Therapie führte [26].

Ein weiteres schwerwiegendes Problem stellt der Umgang mit Suizidpatienten dar:

Die Einschätzung der Suizidgefährdung gehört bei einer jährlichen Inzidenz erfolgreicher Suizide von ca. 11.000 in der BRD (Prävalenz Frauen 8,1 auf 100.000; Männer 22,1 auf 100.000) und einer mindestens 10fachen Zahl an Suizidversuchen zu einer der wichtigsten Aufgaben der Notfallmediziner. Häufigste Ursache des Suizid (-versuches) ist dabei eine kurzfristige reaktive Störung in Zusammenhang mit Lebenskrisen [27,29,35].

Suizide und Suizidversuche stellen eine große Herausforderung für den Rettungsdienstmitarbeiter und den Notarzt dar, sowohl hinsichtlich somatischer als auch psychiatrischer Diagnostik und Therapie [35].

Die Abschätzung der Suizidgefährdung eines Patienten bzw. bereits das Erkennen suizidaler Tendenzen oder Gedanken gehört mit zum Schwierigsten, was ein Notarzt bzw. Rettungsdienstmitarbeiter leisten muss [27]. Suizidalität ist in der weit überwiegenden Mehrzahl (über 80%) mit dem Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung oder einer akuten Krise verknüpft. In den USA denken laut Lamberg mindestens 1/3 aller Patienten, die in den psychiatric emergency services (PES) gesehen werden, über Suizid nach oder haben einen Suizidversuch hinter sich [16]. Auch Hughes und Kleespies haben über ein gehäuftes Auftreten von Suizid oder Gewalt gegenüber sich und Anderen bei Patienten mit schizophrenen oder bipolaren Störungen berichtet [10]. Bei Über-40jährigen liegen suizidalen Handlungen fast immer psychiatrische Erkrankungen, vor allem Depressionen, Alkoholismus, Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen zugrunde [34]. Hier besteht seitens der Notärzte eine ausgeprägte diagnostische und therapeutische Unsicherheit [28]. Wie wichtig jedoch nach einem Suizidversuch eine Therapie ist, belegt die Tatsache, dass ein Suizidversuch in der Vergangenheit die Gefahr für einen folgenden vollzogenen Suizid mehr als jeder andere Risikofaktor erhöht [16].

In der Ausbildung zum Notarzt wird zwar die Notwendigkeit des Erlernens von Kriseninterventionsstrategien erwähnt, eine tatsächliche praktische Ausbildung findet jedoch nicht statt. Hinzu kommt noch eine erhebliche rechtliche Unsicherheit, was mit Patienten geschehen soll und darf, die einen Suizidversuch unternommen haben oder ankündigen, ihn zu unternehmen, aber nicht bereit sind, sich stationär behandeln zu lassen. Aggraviert wird die Situation, wenn der eintreffende Notarzt versucht hat, den Patienten von seinem Vorhaben abzubringen und dieser dennoch einen Suizidversuch

durchführt. Die negativen Auswirkungen solcher Extremsituationen auf Angehörige der Rettungsdienste sind in der Literatur ausführlich beschrieben. Weiter hat sich gezeigt, dass sich durch die Kenntnisse von Kriseninterventionsstrategien sowohl das Outcome des betroffenen Patienten als auch die Auswirkungen der Extrembelastung auf den Behandelnden selbst deutlich verbessern lassen [28].

Auch das DIVI-Notarzteinsatzprotokoll trägt der Bedeutung von Suizid(-versuchen) Rechnung, indem es in der neuen Fassung von 1997 konkret nach dem Vorliegen eines Suizidversuches fragt. Die Feststellung und Dokumentation dessen hat gravierende Auswirkungen auf die weitere Patientenversorgung [24].

Zwei retrospektive Studien von Luiz et al 1997 und Schmitt et al 1999 untersuchten in der Stadt Kaiserslautern die Einflüsse sozialer Faktoren auf psychiatrische Notfälle. Mit absteigenden sozioökonomischen Ressourcen nahmen die psychiatrischen und psychosozial bedingten Notfalleinsätze zu. Es bestand eine enge Korrelation zwischen der Rate an Personen, die nach dem Bundessozialhilfegesetz Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt bezogen und der lokalen Einsatzinzidenz. Bei Patienten, die über das Sozialamt versichert waren, stellten psychiatrische und psychosoziale Notfälle die häufigste Indikation dar und traten hier im Vergleich zu Versicherten gesetzlicher oder privater Krankenversicherungen vermehrt auf. Auch nahmen solche Personen signifikant häufiger aufgrund eines psychiatrischen Notfalls oder einer psychosozialen Notlage den Notarzt in Anspruch als aufgrund eines internistischen Geschehens. Bei diesen Einsätzen waren vermehrt die mittlere Altersgruppe (30-50 Jahre) betroffen (48%). Die Verbesserung der sozioökonomischen Situation von 1997 nach 1999 (Verringerung der Arbeitslosenquote von 16,1 auf 14,2% und der Rate der Personen mit dauerhafter Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt von 4,9 auf 3,9%) ging mit einer Abnahme der psychiatrisch - psychosozial bedingten Einsätze einher (3,4% auf 2,6% pro 1000 Einwohner).

Demographische und gesellschaftliche Prognosen deuten auf eine weitere Zunahme identifizierter Risikopopulationen wie kinderreiche Familien, Alleinerziehende, alte Menschen und Migranten sowie Langzeitarbeitslose und Sozialhilfeempfänger hin. Dazu kommen alternative Lebensformen wie Singlehaushalte, die mit einem Rückgang an verbindlichen Primärkontakten und mit einem Verlust sozialer Sicherheit einhergehen. Dies wird zu einem weiteren Anwachsen psychiatrischer und psychosozialer Notfälle führen. Eine Vielzahl neuerer epidemiologischer und

soziologischer Befunde lassen keinen Zweifel an der Relevanz des sozialen Kontextes für Inzidenz, Verlauf und Prognose vieler für die Notfallmedizin relevanter Krankheitsbilder. Davon wird der Notarzt im besonderen Maße betroffen sein, praktiziert er doch - im wahrsten Sinne des Wortes - Akutmedizin inmitten unserer Gesellschaft. Es entspricht der täglichen Erfahrung, dass der Notarzt besonders in Ballungsräumen und Großstädten, als unmittelbar und überall verfügbare ärztliche Institution, zunehmend mit den psychischen und somatischen Konsequenzen von Notfällen konfrontiert wird, die durch das Versagen sozialer Ressourcen in Familien, privatem oder beruflichem Umfeld oder der Gesellschaft entstanden sind.

Soziale Ungleichheit ist ein wesentlicher Prädispositionsfaktor für akute Erkrankungen und Verletzungen. Dessen ungeachtet verstehen sich Notärzte bis heute vor allem als Exponenten einer naturwissenschaftlich geprägten Individualmedizin [19,44].

Nach dem Einsatz kommt auf die Rettungskräfte das Problem der eigenen psychischen Belastung durch das Erlebte zu. Jede Einsatzkraft kann durch entsprechende Erlebnisse psychisch traumatisiert werden und selbst psychologische Hilfe benötigen [18]. Bengel et al gehen davon aus, dass 3-7% der Mitarbeiter des Rettungsdienstes an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden und Teegen et al stellten bei einer Untersuchung an 198 Feuerwehrleuten und 155 Polizisten bei 5-9% eine explizite und bei 13-15% eine teilweise ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung fest [18]. Dabei fällt es Einsatzkräften oft schwer, Hilfe anzunehmen oder um Hilfe zu bitten. Sie wollen, auch nach gravierenden Einsätzen, keinesfalls als krank oder behandlungsbedürftig abgestempelt werden. Viele Helfer wagen es nicht, ihren Vorgesetzten gegenüber ihren Bedarf an Einsatznachsorge auszudrücken [17]. Steht den einzelnen Rettungsdienstmitarbeitern keine Möglichkeit zu Verarbeitung der Belastung zu Verfügung, droht die Gefahr eines Ausbrennens, d.h. eines Motivationsverlustes an der Arbeit. Der Gefahr kann u.a. durch Training des Personals vorgebeugt werden, indem das Handeln solange geübt wird, bis es in ein automatisches Handeln übergeht und somit „entemotionalisiert“ wird. Dies belegen Vergleiche zwischen trainierten Rettungssanitätern und ambulanten Helfern. Während bei den professionellen Helfern nur 3% über psychische Folgeprobleme berichten, geben dies 20% der ambulanten Helfer an [20,21].

Lange vertrat 1998 die Auffassung, dass eine Betreuung von Helfern nach für sie kritischen Einsätzen eine so anspruchsvolle Aufgabe ist, dass sie einer Spezialisierung bedarf [17].

Die psychosoziale Notfallversorgung trauernder und akut psychisch traumatisierter Menschen ist integraler Bestandteil des Rettungsdienstes in Deutschland geworden [25]. Notärzte und Rettungspersonal sind gesetzlich verpflichtet, psychisch kranke Menschen und Menschen in psychischen Krisen nach den Regeln der medizinischen Heilkunst und entsprechend dem Stand der Erkenntnisse zu behandeln [6]. Psychiatrische Krankheitsbilder stellen sich dabei immer komplex dar und sind damit der klassischen, auf Algorithmen beruhenden Systematik der Notfallmedizin weniger zugänglich, als somatische Störungen dies sind. Psychiatrische Notfälle zählen aufgrund der durch das Rettungspersonal subjektiv als hoch bewerteten Belastung sicher zu den herausfordernden Einsätzen in der Notfallmedizin [49]. Daraus lässt sich folgern, dass es dringend erforderlich ist, Schulungsmaßnahmen für die speziellen Anforderungen an Mitarbeiter der Notfallmedizin zu entwickeln und anzubieten, die helfen, Situationen mit psychisch auffälligen Patienten richtig einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren [6].

Angesichts der Häufigkeit psychiatrischer Notfälle erscheint eine verstärkte Wahrnehmung und Berücksichtigung psychiatrischer Krankheitsbilder in der Akutmedizin und die Integration psychiatrischer Kompetenz in die Konzeption einer flächendeckenden akutmedizinischen Versorgung wünschenswert und notwendig [34].

Das Bewusstsein für psychiatrische Notfälle hat sich aber auch schon gewandelt: Während noch vor 7 Jahren diese Einsätze kaum dokumentiert wurden, in den Kategorien „Fehleinsätze“ oder „Sonstige“ untergingen oder bei gleichzeitiger Verletzung oder Intoxikation den chirurgischen oder internistischen Notfällen zugerechnet wurden, so setzt sich heute zunehmend die Erkenntnis durch, dass bei Vorliegen einer psychiatrischen oder psychosozialen Einsatzursache, besonders bei Vorliegen von Suizidalität, ebenso wie bei allen anderen Notfällen, eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie inklusive Frühintervention durchgeführt werden sollte [36].

Die Betreuung eines psychisch traumatisierten, aber somatisch nicht akut versorgungspflichtigen Menschen darf nicht als verzichtbarer Luxus betrachtet werden. Vielmehr ist sie als wesentlicher Bestandteil moderner notfallmedizinischer Betreuung aufzufassen [43].

5.2 Methodische Fragen

Die vorliegende Untersuchung stellte eine anonyme Befragung von Rettungsdienstmitarbeitern dar, die die Häufigkeit von psychiatrischen Notfällen, die Belastung durch diese und die eigenen Kenntnisse auf diesem Gebiet einschätzen sollte. Die daraus gewonnenen Ergebnisse unterliegen in ihrer Aussagefähigkeit den typischen Einschränkungen von Erhebungen dieser Art. Durch das Verteilen des Fragebogens mit der Fachzeitschrift „Notfall und Rettungsmedizin“ wurden nur diejenigen Rettungsdienstmitarbeiter erreicht, die Zugang zu dieser Zeitschrift hatten oder von Kollegen auf diesen Fragebogen aufmerksam gemacht wurden. Auf die Möglichkeit, diesen Fragebogen im Internet herunterzuladen, wurden ebenso hauptsächlich diejenigen aufmerksam, die über die oben genannte Zeitschrift schon von dem Thema gehört hatten. Die Problematik, dass oft erst auf Umwegen an diesen Fragebogen heranzukommen war, zeigte sich auch an der Tatsache, dass der genannte Einsendeschluss vom 15. Mai 2002 aufgrund des zunächst langsamen Rücklaufs auf letztendlich Mitte Juli 2002 verschoben wurde. Somit stammten die Teilnehmer aus einer willkürlich ausgesuchten und nicht selektierten Gruppe innerhalb eines Erhebungszeitraumes von ca. 5 Monaten, die möglicherweise nicht als repräsentativ anzusehen war.

Da viele Antwortbogen gesammelt in einem gemeinsamen Umschlag zurückgesendet wurden, konnte auch von einem gemeinsamen Ausfüllen der Bögen ausgegangen und somit eine gegenseitige Beeinflussung nicht ausgeschlossen werden.

Hinzu kommt, dass ein Fragebogen eher von solchen Mitarbeitern ausgefüllt wird, die für dieses Thema schon ein gewisses Interesse und eventuell auch Vorkenntnisse mitbringen. Der Faktor, dass die Portokosten für den Rückversand von den Antwortenden selber zu tragen waren, dürfte die Teilnahme derer, die diese Thematik nicht interessiert, noch gesenkt haben. Aufgrund dieser Faktoren können die Ergebnisse möglicherweise ein ungenaues oder verzerrtes Bild der Realität wiedergegeben haben.

Weiterhin musste bei einer solchen Untersuchung, z.B. bei den Fragen nach der persönlichen Einschätzung des Stellenwertes psychiatrischer Notfälle im Rettungsdienst oder der Fortbildungsbereitschaft, mit Verzerrungen im Sinne der Erwünschtheit gerechnet werden, die auch durch Anonymität nicht auszuschließen waren.

Es fehlten zudem Möglichkeiten, z.B. die Wichtigkeit von chirurgischen oder internistischen Fortbildungen anzugeben, um im Vergleich zu diesen Bereichen die Bedürfnisse der Rettungsdienstmitarbeiter hinsichtlich psychiatrischer Notfälle besser einschätzen zu können. Darauf wurde jedoch, angesichts der notwendigen Kürze des Fragebogens, bewusst verzichtet.

Sicherlich unterliegen auch die Wertungen wie z.B. „gut“ und „schlecht“ oder die Differenz zwischen „schlecht“ und „mäßig“ individuellen Unterschieden. Hilfreich und bewährt ist hier eine Unterteilung in gestaffelte Antwortmöglichkeiten in Anlehnung an eine Art Schulnotensystem, wie auch in diesem Fragebogen vollzogen, so dass hier im Verhältnis zum Aufwand eine recht zuverlässige Methode der Bewertung gewählt wurde. Die Korrelationsanalysen bei den Fragen mit diesen Antwortvorgaben ergaben eine hohe Übereinstimmung der erwarteten mit den tatsächlich eingetretenen Ergebnissen. Somit wies die Mehrzahl der Antwortenden ein übereinstimmendes Verständnis für die klassifizierenden Adjektive auf.

Im ersten Teil des Fragebogens sollte in den Fragen 1.6 – 1.9 die Anzahl der Notfalleinsätze und die der Fortbildungen in verschiedenen Zeiträumen genannt werden (pro Woche, pro Jahr). Die große Streubreite der Antworten, ersichtlich aus Minimum und Maximum der Werte, lässt vermuten, dass nicht alle Teilnehmer auf die richtige Bezugsgröße geachtet haben.

Bei der Auswertung des Fragebogens fiel auf, dass es besonders bei den Fragen eine niedrige Beteiligung gab, die nicht durch einfaches Ankreuzen vorgegebener Antworten zu lösen waren. Bei den Fragen 2.1 – 2.4 sollte zusätzlich zu der Einschätzung verschiedener Häufigkeiten auf einer Skala (von „sehr selten“ bis „oft“) diese Einschätzung auch in Prozent angegeben werden. Hier gab es zwischen 23,7% und 30,2% fehlende Antworten im Gegensatz zu einer Fehlquote von unter 3,5% bei der Beantwortung durch Ankreuzen auf einer Skala. Auch zeigte die zusätzliche Angabe der direkten Prozentzahlen, wie unterschiedlich die Begriffe „sehr selten“, „ab und zu“ und „oft“ bewertet wurden. So gaben Teilnehmer, die eine Häufigkeit bestimmter Einsätze mit „oft“ bewertet hatten, den prozentualen Anteil solcher Einsätze mit 5 - 90% an und bei Einsätzen, die in ihrer Häufigkeit mit „ab und zu“ bewertet wurden, fanden sich

Prozentangaben von 0,5 – 70%. Lediglich die als „sehr selten“ bewerteten Einsätze wurden ziemlich einheitlich in ihrem Anteil mit 0,5 – 10% bewertet (ein Ausreißer mit 25%).

Auch in Frage 3.2 und 3.4 sollte man mit eigenen Worten sonstige relevante Notfälle bzw. sonstige belastende Notfälle eintragen, hier machten 77,1% bzw. 80% der Befragten keine Angaben, was jedoch dadurch erklärt werden kann, dass die Teilnehmer die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten als ausreichend betrachteten.

Auffallend war, dass es bei der Beantwortung der persönlichen Fragen zu eigenen psychiatrischen Störungen eine sehr geringe Quote fehlender Antworten gab, nämlich lediglich 0,8%, und auch die Ausfüllung des Persönlichkeitsfragebogens hatte mit 97,1% eine sehr hohe Antwortquote.

Letztlich birgt jeder Persönlichkeitsfragebogen die Gefahr in sich, dass die Teilnehmer sich positiver darstellen, als dies der Wirklichkeit entspricht. Auch die Anonymisierung dürfte letztendlich nicht endgültig vor dieser Fehlerquelle, die zudem nur sehr schwer, wenn überhaupt, zu kontrollieren ist, schützen.

Trotz methodenimmanenter und geringer inhaltlicher Schwäche bleibt jedoch festzustellen, dass sich der Erhebungsbogen als verwertbares Instrument erwiesen hat, der gemessen hat, was er messen sollte, wie er es in etwas anderer Form in ähnlichen vorangegangenen Untersuchungen schon unter Beweis gestellt hat. Der hohe Anteil der vorausgesagten und tatsächlich eingetroffenen Korrelationen steht für das praxistaugliche Konzept des Fragebogens.

5.3 Bewertung der Ergebnisse

Die teilnehmenden Rettungssanitäter gaben die Häufigkeit rein psychiatrischer Notfälle im Median mit 5% an, Einsätze mit psychiatrischem Anteil machten nach Einschätzung der Antwortenden etwa 20% aus. Damit wurden sie nach internistischen, chirurgischen und neurologischen Notfällen als am vierthäufigsten gewertet. Diese Werte sind niedriger als die vorangegangener Untersuchungen, in denen die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle mit 2,3-12,3% angegeben wurde [13,31,50] obwohl die subjektive Einschätzung seitens der Teilnehmer bestand, dass psychiatrische Notfälle zugenommen hätten.

Schon Fischer kam in einer 1997 an Rettungssanitätern durchgeführten Befragung zu dem Ergebnis, dass psychiatrische Kenntnisse zwar als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ erachtet (47% der Teilnehmer), die eigenen Kenntnisse diesbezüglich jedoch von 90% der Teilnehmer mit „schlecht“ bis maximal „durchschnittlich“ beurteilt wurden. Dementsprechend gaben damals 62% der Teilnehmer an, „manchmal“ bis „immer“ bei psychiatrischen Notfällen überfordert zu sein [8].

Daher zielt die neue Erhebung auch auf die Fragestellung ab, ob die damals aufgedeckten Missverhältnisse zwischen benötigten und vorhandenen Kenntnissen inzwischen zu einer Verbesserung der Ausbildung und somit zu einer Verbesserung der Kenntnisse und Verringerung der Überforderung geführt haben:

Auch in der aktuellen Untersuchung beurteilten 88,1% der Teilnehmer psychiatrische Kenntnisse mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“ und 76,4% hielten ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse für „schlecht“ bis maximal „durchschnittlich“. Dabei fühlten sich 58,4% der Antwortenden „manchmal“ bis „sehr oft“ überfordert. Allerdings betrug der Anteil derjenigen, die 1997 „oft“ oder „immer“ überfordert waren, noch 22%, aktuell gaben nur noch 13,5% eine „häufige“ oder „sehr häufige“ Überforderung an. Dabei hielten Rettungsdienstmitarbeiter, die die Anzahl der Einsätze mit psychiatrischem Anteil hoch einschätzten, psychiatrische Kenntnisse und Fortbildungen über psychiatrische Notfälle für wichtiger und zeigten eine höhere Bereitschaft zu Fortbildungen. Zudem wurde die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse von Mitarbeitern, die sich selbst häufiger bei psychiatrischen Notfällen überfordert fühlten, höher eingestuft. Erwartungsgemäß fühlten sich auch solche Teilnehmer häufiger überfordert, die ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse als niedrig einstufen. Insgesamt ist also zwar eine leichte Tendenz der Besserung erkennbar, sowohl was die eigenen Kenntnisse als auch die eigene Überforderung angeht, dies kann jedoch zum einen durch normale Streuung der Antworten zu erklären sein, zum anderen sind die erhobenen Werte immer noch weit von dem entfernt, was diesbezüglich als wünschenswert anzusehen ist.

Dafür spricht auch die nach wie vor hohe Einschätzung der Wichtigkeit von Fortbildungen über psychiatrische Notfälle, die von 81,3% der Teilnehmer mit „wichtig“ bis „sehr wichtig“ gewertet wurde. Bei Fischer hatten 1997 56% eine so hohe Wichtigkeit für diese Fortbildungen angegeben [8]. Die Wichtigkeit von Fortbildungen und somit vermutlich auch die Unsicherheit war bei allen Unterthemen im Übrigen ziemlich gleich; sowohl bei Fortbildungen über Kriseninterventionen, Drogen- und

Suchtnotfällen und Suizidologie als auch über Psychopharmakologie wurde sie von 63,2 – 81,2% mit „wichtig“ bis „sehr wichtig“ angegeben. Ebenso war wie 1997 auch die Bereitschaft, an solchen Fortbildungen teilzunehmen, groß. War diese 1997 noch bei 61% der Antwortenden „hoch“ oder „sehr hoch“, so waren es diesmal 77,1%, die eine so hohe Bereitschaft angaben. Die angemessene Zeit für solche Fortbildungen wurde dabei im Median mit 10 Stunden pro Jahr angegeben. Es zeigte sich somit eine ausgeprägte Nachfrage für Fortbildungen aus dem Bereich der psychiatrischen Notfälle, wie auch schon von anderen Autoren vermutet wurde [8,13]. Dass das Angebot an entsprechenden Fortbildungen nicht dem vorhandenen Bedarf entspricht, zeigt die Tatsache, dass 40% der Teilnehmer nur „sehr selten“ oder „noch nie“ und nur 11,8% „häufig“ oder „sehr häufig“ eine entsprechende Veranstaltung besucht hatten. Diese Situation wird verschärft durch die Tatsache, dass auch in der Ausbildung zum Rettungssanitäter oder –assistenten die psychiatrische Ausbildung deutlich unterrepräsentiert ist: Die „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“ (520-Stundenprogramm) sehen zum Erreichen des Lernzielkataloges 120 Stunden theoretische Ausbildung vor. Davon sind ca. 3-4 Stunden Unterricht für den Fachbereich Psychiatrie veranschlagt [5,41].

Somit bleiben Fortbildungsveranstaltungen die einzige Möglichkeit, Kenntnisse über Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Notfallpatienten zu gewinnen.

Dass psychiatrische Notfälle keine untergeordnete Rolle im Rettungsdienst spielen, sondern im Alltag eines Rettungssanitäters eine wichtige Position einnehmen, zeigt auch die Bewertung der Stellenwerte für die psychiatrischen Störungen Abhängigkeit/Sucht, Psychosen/Depressionen und Suizidalität: Abhängigkeit/Sucht maßen dabei immerhin 73,1% einen „hohen“ bis „sehr hohen“ Stellenwert zu, für Psychosen/Depressionen gaben 74,7%“ und für Suizidalität 62,8% einen „mittleren“ bis „hohen“ Stellenwert an.

Auch die Belastung der Rettungskräfte durch psychiatrische Notfälle, die hinter den pädiatrischen Notfällen im Median mit einem Wert von 50 (auf einer Skala von 1-100) den zweiten Rang einnahmen, belegt, dass hier noch erheblicher Ausbildungsbedarf besteht, da schon Meyer und Balck 1998 feststellten, dass kontinuierliches Training einer Situation und somit deren Automatisierung und Entemotionalisierung die Belastungen und Folgeprobleme der Helfer wesentlich verringern kann [20].

Die ausgeprägte Nachfrage nach Fortbildungsveranstaltungen, auch aus den Bereichen Krisenintervention und Suizidologie, lässt darauf schließen, dass sich viele Rettungskräfte, gerade auch bei möglicherweise erfolglosen Kontakten mit Suizidpatienten, überfordert fühlen und im Nachhinein mit dem Gefühl des Versagens konfrontiert werden. Die negativen Auswirkungen solcher Extremsituationen auf Angehörige der Rettungsdienste sind in der Literatur als „Posttraumatische Belastungsstörungen“ ausführlich beschrieben [1,2]. Dabei fällt es Einsatzkräften oft schwer, um Hilfe zu bitten oder Hilfe anzunehmen. Sie wollen keinesfalls als krank oder behandlungsbedürftig abgestempelt werden. Viele Helfer wagen es nicht, ihren Vorgesetzten gegenüber ihren Bedarf an Einsatznachsorge auszudrücken [17]. Steht den einzelnen Rettungsdienstmitarbeitern jedoch keine Möglichkeit zu Verarbeitung des Erlebten zu Verfügung, droht die Gefahr des Ausbrennens, d.h. eines Motivationsverlustes an der Arbeit [20,21].

Es hat sich aber gezeigt, dass sich durch die Kenntnisse von Kriseninterventionsstrategien sowohl das Outcome des betroffenen Patienten als auch die Auswirkungen der Extrembelastung auf den Behandelnden selbst deutlich verbessern ließen [28].

Dass die eigene Stressbewältigung für die Rettungssanitäter eine wichtige Rolle spielt und somit ein weiterer Hinweis auf die starke emotionale Belastung der Rettungskräfte gegeben ist, zeigen auch die Angaben zur Wichtigkeit des Trainings von Krisenmanagement und Stressbewältigung: Hier gaben 76,8% der Teilnehmer an, ein solches Training für „wichtig“ oder „sehr wichtig“ zu halten, was sich mit den von Fischer erhobenen Werten deckt [8].

Wie wichtig das Thema Suizid im Rettungsdienst ist, wird dadurch deutlich, dass 53,8% der Teilnehmer angaben, Suizidversuch sei „ab und zu“ bis „oft“ Grund ihrer Einsätze, im Median wurde die Häufigkeit mit 5% angegeben. In Deutschland werden nach Literaturangaben jährlich ca. 12.000 – 13.000 Suizide und mindestens 10 mal so viele Versuche unternommen [27,29]. Die Abschätzung der Suizidgefährdung eines Patienten bzw. bereits das Erkennen suizidaler Tendenzen oder Gedanken gehört mit zum schwierigsten, was ein Notarzt bzw. Rettungsdienstmitarbeiter leisten muss. Häufig tritt ein Suizidversuch im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit auf [27]. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, psychiatrische Krankheitsbilder im

Rettungsdienst zu kennen. Werden solche Störungen bei einem Rettungseinsatz übersehen oder ein Suizidversuch nicht erkannt, kann das für den Patienten gravierende Folgen haben. Er bekommt nicht die adäquate Therapie und wird möglicherweise nicht in die bestmögliche weiterführende Klinik (mit integrierter psychiatrischer Betreuung) eingewiesen und die Suizidgefahr bleibt bestehen. Da die Behandlung der Folgen eines Suizidversuchs meist somatischer Natur sind, wird die psychiatrische Ursache oft vergessen oder in den Hintergrund gedrängt. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass ein Suizidversuch stets ein kombinierter somatisch-psychiatrischer Notfall ist, der auch als solcher behandelt werden muss [28].

Eine Unterscheidung muss man bei Betrachtung des städtischen und ländlichen Raumes machen. Wie schon in der Literatur beschrieben, stellt die Stadt mit ihren sozialen Brennpunkten und dem Verlust sozialer Bindungen einen besonderen Nährboden für psychiatrische Notfälle dar [44]. Dies konnte durch ein Vergleich der Antworten aus dem urbanen, suburbanen sowie dem ländlichen Raum bestätigt werden: In der Stadt sahen die Rettungsdienstmitarbeiter mehr Einsätze mit psychiatrischem Anteil als die Kollegen aus dem suburbanen oder ländlichen Raum, ebenso sahen sie häufiger einen Suizidversuch. Auch haben nach Einschätzung der städtischen Teilnehmer die psychiatrischen Notfälle mehr zugenommen als aus Sicht der suburban oder auf dem Land tätigen. Zudem zeigten städtische Rettungsdienstmitarbeiter eine höhere Bereitschaft zu entsprechenden Fortbildungen, was die dortige Relevanz des Themas unterstreicht.

Neu bei dieser Umfrage war die Integration eines Persönlichkeitsfragebogens, anhand dessen die Teilnehmer bezüglich der Eigenschaften Nervosität, Extraversion, Offenheit, Kontrolliertheit, Altruismus und Risikobereitschaft beurteilt wurden. Während es hinsichtlich der Qualifikation und des Status' der Rettungsdienstmitarbeiter keinerlei Unterschiede im Antwortverhalten gab, zeigten sich einige interessante Korrelationen im Hinblick auf die übrigen Antworten des Fragebogens:

Fast erwartungsgemäß zeigten die jüngeren Teilnehmer eine höhere Risikobereitschaft und Offenheit und schätzten sich selber als extrovertierter ein. Dies ist jedoch umso auffälliger, als es im Hinblick auf den restlichen Fragebogen kein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten bezüglich des Alters und der Berufserfahrung gab.

Ebenfalls erwartungsgemäß hielten diejenigen, die sich selbst als nervös und emotional labil einstufen, die verschiedenen Fortbildungen für wichtiger und gaben an, sich selber häufiger überfordert sowie durch die verschiedenen Notfallarten höher belastet zu fühlen.

Dies legt die Vermutung nahe, dass bei diesen Mitarbeitern auch ein höherer Bedarf an Einsatznachsorge besteht, auch wenn in diesem Fragebogen nicht explizit danach gefragt wurde. Letztendlich bestätigt diese Untersuchung, dass es innerhalb der Rettungsdienstmitarbeiter individuell sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Belastungen gibt, denen es durch ein entsprechendes Angebot von Fortbildungen und Einsatznachsorgemöglichkeiten zu begegnen gilt, um Demotivation und ein frühzeitiges „Ausbrennen“ der Mitarbeiter zu verhindern.

Die übrigen Korrelationen brachten keine nennenswerten Überraschungen, so fanden sich bei denjenigen, die sich selbst als risikobereit ansahen, entsprechend geringere Werte für Nervosität und höhere für Extraversion und Offenheit. Jedoch ausgerechnet die extrovertierten und offenen Teilnehmer erreichten auch ein signifikant höheres Ergebnis im Bereich der Hilfsbereitschaft und Fürsorglichkeit, nicht jedoch die, die sich selbst als nervös und sensibel einstufen und von denen evtl. aufgrund der eigenen Bedürfnisse eine ebenfalls höhere Hilfsbereitschaft zu erwarten gewesen wäre.

Des Weiteren verwundert es auch nicht, dass diejenigen Teilnehmer mit einem hohen Wert für Offenheit und Erfahrungsbereitschaft die Wichtigkeit der einzelnen Fortbildungen und die von psychiatrischen Kenntnissen höher einstufen.

Dagegen überrascht es, dass sich keine nennenswerten Korrelationen zwischen eigenen psychiatrischen Störungen/Trennung innerhalb der letzten 12 Monate und den verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften fanden. Dies mag zum einem darin begründet gewesen sein, dass besonders solche Personen den Eindruck verhindern wollten, bei ihnen führe die bestehende Situation zu entsprechenden Veränderungen oder gar Einschränkungen, zum anderen hatte auch nur ein sehr geringer Anteil überhaupt angegeben, eine solche psychiatrische Störung gehabt bzw. eine Trennung erlebt zu haben, so dass eine seriöse statistische Auswertung aufgrund der Fallzahl hier mit Sicherheit nicht gegeben war.

6. Literaturverzeichnis

1. Appel-Schumacher, T. (1997) **Stressmanagement nach traumatischen Ereignissen.** In J. Bengel (Hrsg.), Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 255-268.
2. Bengel, J. (1997) **Posttraumatische Belastungsstörungen.** In J. Bengel (Hrsg.), Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 57-64
3. Berzewski, H. (1999) **Psychiatrische Notfälle.** Notfallmedizin, 12:521
4. Berzewski, H. (1999) **Juristische Aspekte des psychiatrischen Notfalls.** Notfallmedizin 25 (1999) 546-554
5. Bund-Länderausschuss „Rettungswesen“ (1977) **Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst.** Bundesgesetzblatt Jahrgang 1989, 1384-1386
6. D’Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Pajonk, FG. (2006) **Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin.** Notfall und Rettungsmedizin, 9:194-204
7. Ellinger, K. (1998) **Psychiatrische Notfälle im Notarztdienst.** In W. Hewer und W. Rössler (Hrsg.), Das Notfall Psychiatrie Buch. Urban & Schwarzenberg, 535-536
8. Fischer, R. (2002) **Beurteilung von psychiatrischen Notfällen aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern.** Dissertationsarbeit
9. Herden, H.-N., Moecke, Hp. (1992) **Bundeseinheitliches Notarzteinsatzprotokoll.** Anästhesiologie und Intensivmedizin, 33:166-169
10. Hughes, DH., Kleespies, PM. (2003) **Treating aggression in the psychiatric emergency service.** Journal of Clinical Psychiatry 2003 ; 64 Suppl. 4 :10-5
11. Jüptner, M., Paulus, H.J., Castpar, M. (1999) **Akute Psychose – dringender psychiatrischer Notfall.** Notfallmedizin 25 (1999) 533-537
12. Kardels, B., Beine, K.-H., Wenning, F. (2003) **Psychiatrische Notfälle in Hamm/Westfalen.** Fortschreibende Neurologie & Psychiatrie, 71:129-134
13. König, F., König, E., Wolfersdorf, M. (1996) **Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarztdienst.** Notarzt. 12:12-17
14. König, F., Wolfersdorf, M. (1996) **Zur Beurteilung von Suizidalität im Notarztdienst.** Anaesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, 31:615-620

15. König, F., Petersdorff, T., V. Hippel, Ch., Kaschka, W.P. (1999) **Zur Erstversorgung psychiatrischer Notfallpatienten.** Anaesthesist, 48:542-548
16. Lamberg, L. (2002) **Psychiatric Emergencies Call for Comprehensive Assessment and Treatment.** The Journal of the American Medical Association, 2002, Aug.14; 288 (6), 686-87
17. Langer, J. (1998) **Hilfe für Helfer – Einsatznachsorge nach dem ICE-Unglück in Eschede.** Notfallmedizin 24 (1998) 355-357
18. Lasogga, F., Gasch, B. (2002) **Der Notfall; Die Opfer; Die Helfer.** In F. Lasogga und B. Gasch (Hrsg.), Notfallpsychologie. Stumpf und Kossendey, 20-69
19. Luiz, Th., Huber, T., Schieth, B., Madler, C. (2000) **Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung.** Anästhesiologie & Intensivmedizin, 41:765-773
20. Meyer, W., Balck, F. (1998) **Bewältigungsstrategien im Rettungsdienst.** Notfallmedizin 24 (1998) 150-154
21. Meyer, W., Balck, F. (2002) **Notärzte im Umgang mit psychisch belastenden Einsatzsituationen.** Notfall & Rettungsmedizin, 5: 89-95
22. Moecke, HP (1998) **Emergency medicine in Germany.** Ann Emerg Med 31:111-115
23. Moecke, H., Dirks, D., Friedrich, H.-J., Hennes, H.-J., Lackner, C., Messelken, M., Neumann, C., Pajonk, F.-G., Reng, M., Schächinger, U., Viola, Th., Arbeitsgruppe Dokumentation der Sektion Rettungsdienst der DIVI (1999) **DIVI-Notarzteinsatzprotokoll.** Notfallmedizin 25 (1999) 563-565
24. Moecke, H., Dirks, D., Friedrich, H.-J., Hennes, H.-J., Lackner, C., Messelken, M., Neumann, C., Pajonk, F.-G., Reng, M., Schächinger, U., Viola, Th., Arbeitsgruppe Dokumentation der Sektion Rettungsdienst der DIVI (2000) **DIVI-Notarzteinsatzprotokoll, Version 4.0** Anaesthesist, 49:211-213
25. Müller-Cyran, A. (2005) **Die psychosoziale Notfallversorgung im Notarzteinsatz.** In: Madler, C., Jauch, KW., Werdan, K., Siegrist, J., Pajonk, FG. (Hrsg) Das NAW-Buch, 3. Aufl. Elsevier, München, S. 209-214
26. Pajonk, F.-G., Biberthaler, P., Cordes, O., Moecke, H.P. (1998) **Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten.** Anaesthesist, 47:588-594
27. Pajonk, F.-G. (2000) **Der Umgang mit suizidalen Patienten im Notarzt- und Rettungsdienst.** Anästhesiologie & Intensivmedizin, 41:783-788

28. Pajonk, F.-G., Cordes, O., Bartels, H.H., Biberthaler, P., Moecke, H.P. (2000) **Krisenintervention bei suizidalen Patienten – Ergebnisse einer Befragung zum Ausbildungsstand von Notärzten.** Suizidprophylaxe 27 Heft 1,24-30
29. Pajonk, F.G., Poloczek, S., Schmitt, T.K. (2000) **Der psychiatrische Notfall.** Notfall & Rettungsmedizin, 3:363-370
30. Pajonk, F.-G., (2001) **Der aggressive Patient im Rettungsdienst und seine Herausforderungen.** Notfall & Rettungsmedizin, 4:206-216
31. Pajonk, F.-G., Bartels, H.H., Biberthaler, P., Bregenzer, T., Moecke, H. (2001) **Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst.** Nervenarzt, 72:685-692
32. Pajonk, F.-G., Grünberg, K.A.S., Paschen, H.-R., Moecke, H., Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen (2001) **Psychiatrische Notfälle im Notarzteinsatz einer deutschen Großstadt.** Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie, 69:170-174
33. Pajonk, F.-G., Riemenschneider, O., Moecke, H., Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen (2001) **Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie für Notfallmediziner“.** Anästhesiologie/Intensivmedizin/Notfallmedizin/ Schmerztherapie, 36:105-109
34. Pajonk, F.G., Bartels, H.H., Grünberg, K.A.S., Moecke, Hp. (2002) **Psychiatrische Notfälle.** Notfall & Rettungsmedizin 5:110-115
35. Pajonk, FG., Gruenberg, K., Moecke, H., Naber, D. (2002) **Suicides and Suicide Attempts in Emergency Medicine.** Crisis, Volume 23 (2): 68-73
36. Pajonk, F.-G., Moecke, Hp., (2002) **Psychiatrie im Rettungsdienst.** Notfall & Rettungsmedizin, 5:87-88
37. Pajonk, FG., Fleiter, B. (2003) **Psychopharmakotherapie im Notarzteinsatz.** Anaesthesist, 52:577-585
38. Pajonk, FG., Lubda, J., Sittinger, H., Moecke, H., Andresen, B., von Knobelsdorff, G. (2004) **Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten.** Anaesthesist, 53: 709-716
39. Pajonk, FG., Moecke, H. (2005) **Psychiatrische Notfälle in der Notfallmedizin – Definition, Häufigkeit, Epidemiologie.** In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG (Hrsg) Das NAW-Buch, 3. Aufl. Elsevier, München, S. 751-756

40. Pajonk, FG., Stoewer, S., Kinn, M., Fleiter, B. (2006) **Psychopharmakotherapie in der Notfallmedizin.** Notfall & Rettungsmedizin, 9: 393-402
41. Poloczek, S., Schmitt, T.K., Pajonk, F.G. (2001) **Psychiatrische Notfälle und psychosoziale Krisen.** Notfall & Rettungsmedizin, 4:352, 358
42. Schmidt, U., Frame, SB., Nerlich, ML. (1992) **On-scene helicopter transport of patients with multiple injuries - comparison of a german and an american system.** J. Trauma 33:548-555
43. Schmitt, T.K., Pajonk, F.-G., Poloczek, S. (2000) **Psychiatrische Notfälle und Krisen.** Notfall & Rettungsmedizin, 3:531-538
44. Schmitt, T.K., Luiz, T., Poloczek, S., Huber, T., Kumpch, M., Madler, C. (2002) **Sozialepidemiologie einer neuen Einsatzkategorie.** Notfall & Rettungsmedizin 5:102-109
45. Schuster, JM. (1995) **Psychiatric consultation in the general hospital emergency department.** Psychiatric Services 46:555-557
46. Seiger, K., Brommundt, J. (2002) **Krisenintervention im Rettungsdienst – eine Herausforderung an den Notarzt.** Notfall & Rettungsmedizin, 5:116-118
47. Tonn, P., Reuter, S. (2005) **Hilflose Patienten – hilflose Retter? Psychiatrische Notfälle im Rettungsdienst.** Rettungsdienst, 11: 1094-1099
48. Weber, M., Laux, T., Luiz, T., Pajonk, FG. (2005) **Psychiatrische Erkrankungen – eine Notarztindikation? Ein Vergleich mit anderen Einsatzkategorien.** Deutscher Anästhesie Congress (DAC), München
49. Weber, M., Madler, C., Pajonk, FG. (2005) **Zur Problematik psychiatrischer Notarzteinsätze.** Notfall und Rettungsmedizin, 8:489-492
50. Wilhelm, W. (2003) **Psychiatrische Notfälle, „Notfall“ für den Notarzt?** Anaesthesist, 52:575-576

7. Anhang

7.1 Erhebungsbogen

Fragebogen neu.qxd 12.03.2002 13:28 Uhr Seite 1

Dr. F.-G. Rajonk
Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Dr. Hp. Moede
Institut für Notfallmedizin des LBK,
Röbenkamp 148, Haus 10, 22291 Hamburg

Notfall & Rettungsmedizin

Sehr geehrte Kolleg(inn)en im Notarzt- und Rettungsdienst,

Im Jahr 1996 hat die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Rettungswesen“ (AGPR) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN), der Feuerwehr Hamburg und einer Bezirksgruppe des Deutschen Roten Kreuzes im Landkreis Schaumburg eine Untersuchung zur Beurteilung von psychiatrischen Notfällen aus der Sicht von Notärzten und Rettungsdienstpersonal unter besonderer Berücksichtigung von Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung sind auf große Resonanz gestoßen und haben neben Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung auch zur näheren Spezifizierung psychiatrischer Notfälle im DIVI-Notarztprotokoll geführt.

Angesichts der Entwicklungen in der Notfallmedizin in den letzten sechs Jahren und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse haben sich die AGPR und das Institut für Notfallmedizin des LBK Hamburg entschlossen, diese Befragung in etwas veränderter Form erneut durchzuführen. Die Stärken und Schwächen der vorangegangenen Untersuchung berücksichtigend, haben wir den Fragebogen modifiziert, der nun dieser Ausgabe von **NOTFALL & RETTUNGSMEDIZIN** beigelegt ist. Neben einer generellen Einschätzung der Relevanz psychiatrischer Notfälle und des Fortbildungsbedarfs zu diesem Thema bitten wir Sie auch um die Beantwortung einiger sehr persönlicher Fragen. Wir garantieren Ihnen vollständige Anonymität und einen hoch sensiblen Umgang mit den Daten. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten wollen, bitten wir Sie, dennoch den Fragebogen soweit wie möglich ausgefüllt an uns zurückzuschicken. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass gerade die persönlichen Fragen zur Beurteilung der Daten besonders wichtig sind.

Dieser Fragebogen ist ein Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung im Notarzt- und Rettungsdienst. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen in **NOTFALL & RETTUNGSMEDIZIN** zeitnah publiziert werden und werden Einfluss auf Ihre Aus- und Weiterbildung haben. Wir wünschen uns deshalb eine rege Teilnahme und einen hohen Rücklauf.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen (nach Möglichkeit) bis zum 15. Mai 2002 an das Institut für Notfallmedizin des LBK, Röbenkamp 148, Haus 10, 22291 Hamburg.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!


F.-G. Rajonk


Hp. Moede

FRAGEBOGEN


Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf


INSTITUT FÜR
NOTFALLMEDIZIN **IFN**

1



Psychiatrische Notfälle im Notarzt- und Rettungsdienst

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten, indem Sie die Ihrer Meinung nach am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen. ☒

1. Basisdaten

- 1.1 Geschlecht: m w 1.2 Geburtsjahr:
- 1.3 Familienstand: ledig verheiratet/
 feste Partnerschaft getrennt/
 geschieden verwitwet

	RD-Personal	Ärztliches Personal
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Hauptamtl. Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender <input type="checkbox"/> Aushilfsweise tätiger Mitarbeiter	Ärztliche Approbation seit
1.5. Derzeitige Qualifikation	<input type="checkbox"/> Rettungsassistent <input type="checkbox"/> Rettungsanleiter <input type="checkbox"/> Rettungshelfer	<input type="checkbox"/> AIP Fachrichtung
1.6.	In dieser Qualifikation tätig seit	Als Notarzt tätig seit
1.7. Einsatzzahlen	Anzahl der Notfalleinsätze pro Woche ca.	Anzahl der Notfalleinsätze pro Jahr ca.
		1.6.1. Zusatzqualifikation „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann

- 1.8 Notfalleinsatzgebiet vorwiegend ländlich suburban Stadt
- 1.8.1 Bitte geben Sie die ersten zwei Stellen der Postleitzahl an:
- 1.9 Teilnahme an Fortbildungen pro Jahr: ca. Std.

2. Psychiatrie im Notarzt- und Rettungsdienst

- 2.1 Wie häufig erleben Sie Einsätze mit *psychischem Anteil* (Patienten + Umfeld)?
- sehr selten ab und zu oft ca. % aller Einsätze
- 2.2 Wie häufig wird der *psychische Anteil* durch das Umfeld (z.B. Zuschauer, Angehörige) verursacht?
- sehr selten ab und zu oft ca. % aller Einsätze
- 2.3 Wie häufig erleben Sie rein *psychiatrische* Einsätze?
- sehr selten ab und zu oft ca. % aller Einsätze
- 2.4 Wie häufig war (insgesamt von allen Einsätzen) Suizid(-versuch) der Grund des Einsatzes?
- sehr selten ab und zu oft ca. % aller Einsätze
- 2.5 Wie hat sich die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den letzten Jahren verändert?
- stark abgenommen abgenommen gleichgeblieben zugenommen stark zugenommen





2.6 Für wie wichtig halten Sie *psychiatrische* Kenntnisse im Notarzt- und Rettungsdienst?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.7 Wie schätzen Sie Ihre *psychiatrischen* Kenntnisse für den Notarzt- und Rettungsdienst ein?

schlecht mäßig durchschnittlich gut sehr gut

2.8 Wie häufig fühlen Sie sich bei psychiatrischen Einsätzen im Notarzt- und Rettungsdienst überfordert?

sehr selten selten manchmal häufig sehr oft

2.9 Welchen Stellenwert haben die folgenden psychiatrischen Störungen im Notarzt- und Rettungsdienst?

2.9.1 Abhängigkeit/Sucht

keinen niedrigen mittleren hohen sehr hohen

2.9.2 Psychosen, Depression

keinen niedrigen mittleren hohen sehr hohen

2.9.3 Suizidalität

keinen niedrigen mittleren hohen sehr hohen

2.10 Für wie wichtig halten Sie Fortbildungsprogramme für Notärzte/Rettungsdienstmitarbeiter über

2.10.1 Psychiatrische Notfälle gesamt?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.10.2 Krisenintervention?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.10.3 Drogen-/Suchtnotfälle?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.10.4 Suizidologie?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.10.5 Psychopharmakologie?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

2.11 Wie hoch ist grundsätzlich Ihre Bereitschaft, an solchen Fortbildungen teilzunehmen?

nicht vorhanden gering mittel hoch sehr hoch

2.12 Welchen Zeitaufwand halten Sie für angemessen? Std. pro Jahr

2.13 Wie viel Zeit könnten Sie für Fortbildungen einrichten? Std. pro Jahr

2.14 Haben Sie schon Fortbildungen zu den unter 2.10 genannten Themen besucht?

noch nie sehr selten ab und zu häufig sehr oft

2.15 Für wie wichtig halten Sie Training in persönlichem Krisenmanagement und Stressbewältigung beim Notarztpersonal?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wichtig sehr wichtig

3.1 Bitte markieren Sie nach Ihrer persönlichen Einschätzung die *Häufigkeit* der genannten Notfallsituationen auf einer visuellen Analogskala mit einem Kreuz.

	gar nicht	immer
internistische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
chirurgische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
neurologische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
psychiatrische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pädiatrische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gynäkologische Notfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>





3.2 andere Notfälle, die Sie aufgrund ihrer Häufigkeit für relevant halten:

3.3 Bitte markieren Sie Ihre persönliche Belastung durch die genannten Notfallsituationen auf einer visuellen Analogskala mit einem Kreuz.

	ger nicht	extrem
internistische Notfälle	_____	_____
chirurgische Notfälle	_____	_____
neurologische Notfälle	_____	_____
psychiatrische Notfälle	_____	_____
pädiatrische Notfälle	_____	_____
gynäkologische Notfälle	_____	_____

3.4 andere Notfälle, die Sie aufgrund der persönlichen Belastung für relevant halten:

Um die Daten besser auswerten zu können, sind wir für weitere Angaben dankbar

4.1 Leiden oder litt Sie an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung?

- ja nein

4.2 Leidet oder litt ein Ihnen nahestehender Mensch an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung?

- ja nein

4.3 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine für Sie wesentliche Trennungssituation erlebt?

- ja nein

4.4 Persönlichkeit

Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich in den letzten Jahren normalerweise in Ihrem Verhalten und Erleben beurteilen. Bitte entscheiden Sie mit den Zahlenwerten von 1-5, wie zutreffend jede der folgenden Aussagen für Sie persönlich ist, und schreiben Sie diese Zahl rechts vom Satz in das dafür vorgesehene Kästchen. Bitte bearbeiten Sie den Bogen allein und ohne fremde Hilfe. Denken Sie nicht zu lange über die einzelnen Sätze nach, und lassen Sie keinen Satz aus. Antworten Sie ehrlich, da ohne Bereitschaft zu einer unverfälschten Beurteilung dieser Test keinen Sinn macht. Außerdem gibt es keine richtigen und falschen Antworten. Bitte fangen Sie an!

	1	2	3	4	5
	sehr unzutreffend	eher unzutreffend	dazwischen/unsicher	eher zutreffend	sehr zutreffend

<p>leh... 1. ... bin deprimiert, niedergeschlagen. 2. ... bin gesprächig, unterhalte mich gern. 3. ... bin erfindereich und einfallsreich. 4. ... erledige Aufgaben gründlich. 5. ... denke zuerst an mich selbst. 6. ... vermeide besonders schwere Aufgaben. 7. ... bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen. 8. ... neige dazu, zurückhaltend und reserviert zu sein. 9. ... bin tiefgründig, denke gern über Sachen nach. 10. ... bin manchmal unsorgfältig und schludrig. 11. ... bin hilfsbereit und selbstlos gegenüber anderen. 12. ... suche den harten, aber fairen Wettkampf. 13. ... bin emotional ausgeglichen, nicht leicht aus der Ruhe zu bringen. 14. ... bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen. 15. ... habe kaum aktive Vorstellungskraft, bin wenig phantastevoll. 16. ... arbeite zuverlässig und gewissenhaft. 17. ... bin rücksichtsvoll zu anderen, einfühlbar. 18. ... habe keine Lust zu anstrengenden und riskanten Abenteuerreisen. 19. ... kann launisch sein, habe schwankende Stimmungen. 20. ... bin eher der „stille Typ“, wortkarg. 21. ... stelle gern Überlegungen an, spiele mit abstrakten Ideen.</p>	<p>leh... 22. ... bin tüchtig und arbeite zügig. 23. ... schenke anderen Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen. 24. ... greife kraftvoll an, wenn es viel zu gewinnen gibt. 25. ... reagiere leicht angespannt. 26. ... habe ein fröhliches Gemüt. 27. ... habe nur wenig künstlerisches Interesse. 28. ... neige zu Unordnung. 29. ... kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten. 30. ... habe starken Sieges- und Erfolgswillen. 31. ... mache mir viele Sorgen. 32. ... liebe Menschen um mich, brauche die Wärme der Gemeinschaft. 33. ... suche nach dem tieferen Sinn des Daseins. 34. ... habe feste Prinzipien, von denen ich nicht abweiche. 35. ... liebe Kinder über alles. 36. ... bin ehrgeizig, will der/die Erste sein. 37. ... bin sensibel, reagiere empfindlich auf Vorwürfe. 38. ... gehe aus mir heraus, bin gesellig. 39. ... beschäftige mich mit ungelösten Rätseln der Wissenschaft. 40. ... mag es nicht, wenn man mich bei meinen Pflichten stört. 41. ... bin bereit, für Notleidende große Opfer zu bringen. 42. ... brauche den harten Wettbewerb, bin Unternehmertyp.</p>
---	--

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft und Mühe!



7.2 Ergebnisübersicht-Erhebungsbogen

Psychiatrische Notfälle im Notarzt- und Rettungsdienst

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

- bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten, indem Sie die Ihrer Meinung nach am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen.
- Wir garantieren Ihnen vollständige Anonymität und eine gewissenhafte Einhaltung der Richtlinien des Datenschutzes. Ihre Angaben werden nur vorübergehend und nur zum Zweck dieser Untersuchung gespeichert und anschließend gelöscht.

1. Basisdaten (für Rettungsdienstmitarbeiter)

1.1 Geschlecht:	201 (82%) m	43 (17,6%) w		
1.2 Alter	im Median: 31 Jahre			
1.3 Familienstand:	103 (42%)	123 (50,2%)	14 (5,7%)	0 (0%)
	ledig	verheiratet/feste Partnerschaft	getrennt/geschieden	verwitwet
1.4 Berufsstatus:	169 (69%)	2 (0,8%)	65 (26,5%)	
	Hauptamtl. Mitarbeiter	Zivildienstleistender	Aushilfsweise tätiger Mitarbeiter	
1.5 Qualifikation:	160 (65,3%)	73 (29,8%)	11 (4,5%)	
	Rettungsassistent	Rettungsassistent	Rettungshelfer	
1.6 In dieser Qualifikation tätig seit:	im Median 6 Jahren			
1.7 Notarzteinsatzgebiet vorwiegend:	50 (20,4%) ländlich	73 (29,8%) suburban	118 (48,2%) Stadt	
1.7.1 bitte geben Sie die ersten zwei Stellen der Postleitzahl an:	siehe Text			
1.8 Anzahl der Notfalleinsätze pro Jahr:	im Median	ca. 15	Einsätze	
1.9 Teilnahme an Fortbildungen pro Jahr:	im Median	ca. 35	Std.	

2. Psychiatrie im Notarzteinsatz

2.1 Wie häufig erleben Sie Einsätze mit psychischem Anteil (Patienten + Umfeld) ?	14 (5,7%)	156 (63,7%)	73 (29,8%)	
	sehr selten	ab und zu	oft	Median ca. 20 % aller Einsätze
2.2 Wie häufig wird der psychische Anteil durch das Umfeld (z.B. Zuschauer, Angehörige) verursacht?	60(24,4%)	121 (49,4%)	60 (24,5)	
	sehr selten	ab und zu	oft	Median ca. 10 % aller Einsätze
2.3 Wie häufig erleben Sie rein psychiatrische Einsätze ?	102 (41,6%)	125 (51%)	10 (4,1%)	
	sehr selten	ab und zu	oft	Median ca. 5 % aller Einsätze
2.4 Wie häufig war (insgesamt von allen Einsätzen) Suizid(-versuch) der Grund des Einsatzes?	107 (43,7%)	104 (42,4%)	28 (11,4%)	
	sehr selten	ab und zu	oft	Median ca. 5 % aller Einsätze

2.5 Wie hat sich die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in den letzten Jahren verändert ?	2 (0,8%) stark abgenommen	7 (2,9%) abgenommen	79 (32,2%) gleichgeblieben	136 (55,5%) zugenommen	12 (4,9%) stark zugenommen
---	-------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

2.6 Für wie wichtig halten Sie <i>psychiatrische</i> Kenntnisse im Notarzt- und Rettungsdienst?	0 (0%) unwichtig	2 (0,8%) wenig wichtig	26 (10,6%) mittel wichtig	150 (61,2%) wichtig	66 (26,9%) sehr wichtig
--	----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

2.7 Wie schätzen Sie Ihre <i>psychiatrischen</i> Kenntnisse für den Notarzt- und Rettungsdienst ein?	9 (3,7%) schlecht	56 (22,9%) mäßig	122 (49,8%) durchschnittlich	54 (22%) gut	3 (1,2%) sehr gut
---	-----------------------------	----------------------------	--	------------------------	-----------------------------

2.8 Wie häufig fühlen Sie sich bei <i>psychiatrischen</i> Einsätzen im Notarzt- und Rettungsdienst überfordert?	25 (10,2%) sehr selten	74 (30,2%) selten	110 (44,9%) manchmal	26 (10,6%) häufig	7 (2,9%) sehr oft
--	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

2.9 Welchen Stellenwert haben die folgenden <i>psychiatrischen</i> Störungen im Notarzt- und Rettungsdienst?					
2.9.1 Abhängigkeit/Sucht	2 (0,8%) keinen	19 (7,8%) niedrigen	44 (18%) mittleren	120 (49%) hohen	59 (24,1%) sehr hohen
2.9.2 Psychosen, Depression	2 (0,8 %) keinen	47 (19,2%) niedrigen	114 (46,5%) mittleren	69 (28,2%) hohen	12 (4,9%) sehr hohen
2.9.3 Suizidalität	2 (0,8%) keinen	68 (27,8%) niedrigen	101 (41,2 %) mittleren	53 (21,6%) hohen	20 (8,2%) sehr hohen

2.10 Für wie wichtig halten Sie Fortbildungsprogramme für Notärzte/Rettungsdienstmitarbeiter über					
2.10.1 Psychiatrische Notfälle gesamt?	1 (0,4%) unwichtig	2 (0,8%) wenig wichtig	41 (16,7%) mittel wichtig	129 (52,7%) wichtig	70 (28,6%) sehr wichtig
2.10.2 Krisenintervention?	3 (1,2%) unwichtig	18 (7,3%) wenig wichtig	48 (19,6%) mittel wichtig	99 (40,4%) wichtig	75 (30,6%) sehr wichtig
2.10.3 Drogen-/Suchtnotfälle?	2 (0,8%) unwichtig	7 (2,9%) wenig wichtig	36 (14,7%) mittel wichtig	136 (55,5 %) wichtig	63 (25,7%) sehr wichtig
2.10.4 Suizidologie?	3 (1,2%) unwichtig	10 (4,1%) wenig wichtig	51 (20,8%) mittel wichtig	127 (51,8%) wichtig	23 (21,6%) sehr wichtig
2.10.5 Psychopharmakologie?	4 (1,6%) unwichtig	18 (7,3%) wenig wichtig	67 (27,3%) mittel wichtig	115 (46,96%) wichtig	40 (16,3%) sehr wichtig

2.11 Wie hoch ist grundsätzlich Ihre Bereitschaft, an solchen Fortbildungen teilzunehmen?	1 (0,4%) nicht vorhanden	4 (1,6%) gering	50 (20,4%) mittel	115 (46,9%) hoch	74 (30,4%) sehr hoch
--	------------------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------

2.12 Welchen Zeitaufwand halten Sie für angemessen?	Median 10 Std. pro Jahr
--	--------------------------------

2.13 Wie viel Zeit könnten Sie für Fortbildungen einrichten?	Median 24 Std. pro Jahr
---	--------------------------------

2.14 Haben Sie schon Fortbildungen zu den unter 2.11 genannten Themen besucht?	24 (9,8%) noch nie	74 (30,2%) sehr selten	115 (46,9%) ab und zu	25 (10,2%) häufig	4 (1,6%) sehr oft
---	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

2.15 Für wie wichtig halten Sie Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarztpersonal?	2 (0,8%) unwichtig	7 (2,9%) wenig wichtig	40 (16,3%) mittel wichtig	105 (42,9%) wichtig	83 (33,9%) sehr wichtig
---	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

3.1 Bitte markieren Sie nach Ihrer persönlichen Einschätzung die **Häufigkeit** verschiedener Notfallsituationen auf einer visuellen Analogskala mit einem Kreuz.

	gar nicht	immer
internistische Notfälle	Median: 80	
chirurgische Notfälle	Median: 60	
neurologische Notfälle	Median: 60	
psychiatrische Notfälle	Median: 40	
pädiatrische Notfälle	Median: 30	
gynäkologische Notfälle	Median: 20	

3.2 andere Notfälle, die Sie aufgrund ihrer **Häufigkeit** für relevant halten:
 Intensivverlegung (3), HNO (1) Vergewaltigung (1) sexueller Missbrauch von Kindern (1), Kriminelle Delikte/Gewalt (3), Großschadensereignisse (3), Schmerzbekämpfung (1), Herz-Kreislauf-Notfälle (2), Neurologische Notfälle (1), Hausbesuche (1), hilflose Personen (1), psychosomatische, psychosoziale und hypochondrische Notfälle (1), Suizid (1), Badeunfälle (1), Intoxikationen (10), Pflegeprobleme (1), mangelnde Versorgung am 1. Tag nach Krankenhausaufenthalt (1), Drogenunfälle (1), Angehörigenumgang (1), Verkehrsunfälle (2), Verbrennungen (1), Sucht (1), Familie (1), Aggression (1), Verlust des sozialen Netzes (1), urologische Notfälle (2), Fehleinsätze (1), geriatrische, gerontopsychiatrische Einsätze (2), Polytrauma (3), orthopädische Notfälle (1), soziale Notfälle (2), Notfall aufgrund inkompetenter Not-Hausärzte (1), Wasserrettungsdienst (2)

3.3 Bitte markieren Sie Ihre **persönliche Belastung** durch verschiedene Notfallsituationen auf einer visuellen Analogskala mit einem Kreuz.

	gar nicht	extrem
internistische Notfälle	Median: 30	
chirurgische Notfälle	Median: 30	
neurologische Notfälle	Median: 30	
psychiatrische Notfälle	Median: 50	
pädiatrische Notfälle	Median: 80	
gynäkologische Notfälle	Median: 40	

3.4 andere Notfälle, die Sie aufgrund der **persönlichen Belastung** für relevant halten:
 Vergewaltigung (2), Sexueller Missbrauch von Kindern (2), Kriminelle Delikte/Gewalt (4), Großschadensereignisse (8), Neurologische Notfälle (1), Suizid (1), Intoxikationen (4), Angehörigenumgang (2), Verkehrsunfälle (1), Sucht (1), Familie (2), Aggression (1), mangelnde Teamarbeit (1), Verlust des sozialen Netzes (1), Polytrauma (3), Autobahnnotfälle (1), Notfälle, die im Umfeld des Pat. zu Problemen führen (1), plötzlicher Kindstod (1), Ertrinkungsnotfälle (1), zufälliger Ersthelfer ohne Material (1), Schusswaffenverletzung (1), Sterbefälle (1), Verwahrlosung (1), seltene Notfälle (1), Mitbeteiligung von Kollegen und Angehörigen (2), mangelndes Feedback über weiteren Verlauf (1), Gefahrgutnotfälle (1), Reanimation (1), multimorbider Patient (1)

Um die Daten besser auswerten zu können, sind wir für weitere Angaben dankbar

4.1 Leiden oder litten Sie an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung?
 10 (4,1%) ja 234 (95,5%) nein

4.2 Leidet oder litt ein Ihnen nahestehender Mensch an einer psychischen Störung oder psychiatrischen Erkrankung ?
 47 (19,2%) ja 196 (80%) nein

4.3 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine für Sie wesentliche Trennungssituation erlebt?
 38 (15,5) ja 205 (83,7%) nein

4.4 Persönlichkeit

Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich in den letzten Jahren normalerweise in Ihrem Verhalten und Erleben beurteilen. Bitte entscheiden Sie mit den Zahlenwerten von 1-5, wie zutreffend jede der folgenden Aussagen für Sie persönlich ist, und schreiben Sie diese Zahl rechts von dem Satz auf die dafür vorgesehene Linie. Bitte bearbeiten Sie den Bogen allein und ohne fremde Hilfe. Denken Sie nicht zu lange über die einzelnen Sätze nach, und lassen Sie keinen Satz aus. Antworten Sie ehrlich, da ohne Bereitschaft zu einer unverfälschten Beurteilung dieser Test keinen Sinn macht. Außerdem gibt es keine richtigen und falschen Antworten. Bitte fangen Sie an! (SBSI: © B. Andresen)

1	2	3	4	5
sehr unzutreffend	eher unzutreffend	dazwischen/unsicher	eher zutreffend	sehr zutreffend

Ich...

1.	... bin deprimiert, niedergeschlagen.	
2.	... bin gesprächig, unterhalte mich gern.	
3.	... bin erfinderisch und einfallsreich.	
4.	... erledige Aufgaben gründlich.	
5.	... denke zuerst an mich selbst.	
6.	... vermeide besonders schwere Aufgaben.	
7.	... bin entspannt, lasse mich durch Streß nicht aus der Ruhe bringen.	
8.	... neige dazu, zurückhaltend und reserviert zu sein.	
9.	... bin tief sinnig, denke gern über Sachen nach.	
10.	... bin manchmal unsorgfältig und schludrig.	
11.	... bin hilfsbereit und selbstlos gegenüber anderen.	
12.	... suche den harten, aber fairen Wettkampf.	
13.	... bin emotional ausgeglichen, nicht leicht aus der Ruhe zu bringen.	
14.	... bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	
15.	... habe kaum aktive Vorstellungskraft, bin wenig phantasievoll.	
16.	... arbeite zuverlässig und gewissenhaft.	
17.	... bin rücksichtsvoll zu anderen, einfühlsam.	
18.	... habe keine Lust zu anstrengenden und riskanten Abenteuerreisen.	
19.	... kann launisch sein, habe schwankende Stimmungen.	
20.	... bin eher der „stille Typ“, wortkarg.	
21.	... stelle gern Überlegungen an, spiele mit abstrakten Ideen.	

22.	... bin tüchtig und arbeite zügig.	
23.	... schenke anderen Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	
24.	... greife kraftvoll an, wenn es viel zu gewinnen gibt.	
25.	... reagiere leicht angespannt.	
26.	... habe ein fröhliches Gemüt.	
27.	... habe nur wenig künstlerisches Interesse.	
28.	... neige zu Unordnung.	
29.	... kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	
30.	... habe starken Sieges- und Erfolgswillen.	
31.	... mache mir viele Sorgen.	
32.	... liebe Menschen um mich herum, brauche die Wärme der Gemeinschaft.	
33.	... suche nach dem tieferen Sinn des Daseins.	
34.	... habe feste Prinzipien, von denen ich nicht abweiche.	
35.	... liebe Kinder über alles.	
36.	... bin ehrgeizig, will der/die Erste sein.	
37.	... bin sensibel, reagiere empfindlich auf Vorwürfe.	
38.	... gehe aus mir heraus, bin gesellig.	
39.	... beschäftige mich mit ungelösten Rätseln der Wissenschaft.	
40.	... mag es nicht, wenn man mich bei meinen Pflichten stört.	
41.	... bin bereit, für Notleidende große Opfer zu bringen.	
42.	... brauche den harten Wettbewerb, bin Unternehmertyp.	

N = Nervosität, Sensibilität, emotionale Labilität: Mittelwert: 17,5 (±4,12)	Frage 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37
E = Extraversion, Lebhaftigkeit, Kontaktfreude: Mittelwert: 26,09 (±4,3)	Frage 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38
O = Offenheit, Erfahrung Mittelwert: 23,5 (±3,86)	Frage 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39
C = Kontrolliertheit, Normorientierung Mittelwert: 26,27 (±3,81)	Frage 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40
A = Altruismus, Fürsorglichkeit, Hilfsbereitschaft Mittelwert: 25,46 (±3,61)	Frage 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41
R = Risikobereitschaft, Suche nach Wettbewerb Mittelwert: 23,29 (±4,73)	Frage 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft und Mühe!

8. Publikationen/Dank

8.1 Publikationen

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden in Auszügen bereits wie folgt veröffentlicht:

„Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern“

Artikel in der Zeitschrift „Notfall & Rettungsmedizin“, Mai 2004

Notfall & Rettungsmedizin 2004 • 7:161-167, Online publiziert: 4. Mai 2004

© Springer-Verlag 2004

„Einschätzung psychiatrischer Notfälle durch Rettungsdienstpersonal“, 1. Aachener
Notfallsymposium, Aachen, 27.-28.06.2003

8.3 Danksagungen

Ich möchte folgenden Personen, die zum Gelingen dieser Arbeit zum Teil erheblich beigetragen haben, meinen herzlichen Dank aussprechen:

Herrn Prof. Dr. med. Frank Gerald Pajonk gilt mein besonderer Dank für die Überlassung dieses Dissertationsthemas und vor allem für die jederzeit geduldige und freundliche Unterstützung, ohne die diese Arbeit nicht zu dem geworden wäre, was sie jetzt ist.

Herrn Priv. - Doz. Dr. med. Burkhard Andresen für die freundliche Hilfe bei der Auswertung des Persönlichkeitsfragebogens und der Transformation der Daten in SPSS.

Meiner Freundin Susanne Mengel, die mich während der gesamten Arbeit unterstützt und motiviert hat.

Ganz besonders meinen Eltern Renate und Friedhelm Gärtner sowie meinem Bruder Ralph Gärtner, ohne deren familiären und finanziellen Rückhalt mein Studium und auch diese Doktorarbeit nicht möglich gewesen wäre und die mir jederzeit alle Entscheidungsfreiheit bei aller Unterstützung gelassen haben.

9. Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum/-ort: 10. März 1974 in Hamburg
Nationalität: deutsch
Familienstand: ledig, keine Kinder

SCHULBILDUNG

Schulbesuche: **1980 – 1984** Grundschule Islandstraße,
Hamburg Meiendorf
1984 – 1993 Gymnasium Meiendorf,
Hamburg; Abschluss mit Abitur

ZIVILDIENTST

08/1993 – 10/1994 Richard - Reme –
Haus, Klinik für Geriatrie und
Rehabilitation in Hamburg

BERUFLICHE BILDUNG

Berufsausbildung: **02/1995 – 01/1997**
Ausbildung zum Bankkaufmann bei der
Deutschen Bank AG in Hamburg

Studium: Ab **03/1997** Studium der Medizin in dem
Universitätskrankenhaus Hamburg
Eppendorf

09/1999 Physikum

04/2001 Erstes Staatsexamen

04/2003 Zweites Staatsexamen

05/2004 Drittes Staatsexamen

ärztliche Tätigkeiten: **seit 12/2004** Assistenzarzt im
St. Johannes Hospital in Varel,
Abteilung für innere Medizin