

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des  
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber

**Beurteilung von psychiatrischen Notfällen  
aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern**  
Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf

**Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Ranim Fischer  
aus Kassel

September 2002

Angenommen von dem Fachbereich Medizin  
der Universität Hamburg am: 7. Januar 2003

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs  
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Wagener

Referent: Priv. Doz. Dr. F.-G. Pajonk

Koreferent: Prof. Dr. D. Naber

Meinen Töchtern Laila und Livia,  
die während des Entstehens dieser Arbeit geboren wurden



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>9</b>
<b>2. MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>10</b>
2.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN	10
2.2 UNTERSUCHUNGSART UND -ZEITRAUM	10
2.3 FRAGEBOGEN UND DATENERFASSUNG	10
2.4 CODIERUNG UND DATENAUSWERTUNG	14
2.5 STATISTISCHE AUSWERTUNG	15
<b>3. ERGEBNISSE</b>	<b>16</b>
3.1 DEMOGRAPHISCHE DATEN UND COMPLIANCE	16
3.2 EINSCHÄTZUNGEN ZUR RELEVANZ PSYCHIATRISCHER NOTFÄLLE	18
3.3 FORTBILDUNGSBEREITSCHAFT	25
3.4 FALLBEISPIELE	30
3.6 KORRELATIONEN	33
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>37</b>
4.1 LITERATURÜBERSICHT	37
4.2 METHODISCHE FRAGEN	44
4.3 BEWERTUNG DER ERGEBNISSE	47
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>55</b>
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>57</b>
<b>7. ANHANG</b>	<b>61</b>
7.1 ANSCHREIBEN DES LANDESFEUERWEHRARZTES	61
7.2 ANSCHREIBEN DER ARBEITSGRUPPE PSYCHIATRIE UND RETTUNGSWESEN	62
7.3 ERHEBUNGSBOGEN	63
7.4 ERHEBUNGSBOGEN – ERGEBNISÜBERSICHT	67
<b>8. DANKSAGUNG</b>	<b>73</b>







## 1. Einleitung

Die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (BERZEWSKI, 1992; STEUBER, 1994; BURKHARDT u. HERMLE, 1999). Nach verschiedenen Untersuchungen gehören psychiatrische Notfälle mittlerweile zu den drei häufigsten Einsatzgründen des Notarztdienstes. Nach internistischen und chirurgischen Einsatzursachen sind psychiatrische Notfälle mit einer Häufigkeit von 9–12 % Grund für den Notarzteinsatz (PETERSON, 1985; KÖNIG et al., LUIZ et al., 2000; PAJONK et al., 2001c, 2001d). Da Rettungsdienstsanitäter und -assistenten in der Regel allein oder noch vor dem Notarzt am Einsatzort eintreffen und häufig als erste in das Geschehen eingreifen müssen, liegt es nahe, daß der psychiatrische Notfall auch im Rettungsdienst eine wesentliche Rolle spielt. Werden Mitarbeiter des Rettungsdienstes mit Notfallsituationen aus dem psychiatrischen Bereich konfrontiert, befinden sie sich häufig in einer Extremsituation: Das Rettungsdienstpersonal muß sich in kürzester Zeit einen Überblick über den psychischen Zustand des Patienten verschaffen, Verdachtsdiagnosen erheben, eine eventuelle Gefährdung des Patienten inklusive einer Eigengefährdung und seiner Umgebung einschätzen und entscheiden, ob der Notarzt nachalarmiert wird. Dieser erste Kontakt mit dem Patienten bestimmt daher entscheidend das weitere Verhalten des Erkrankten und den Behandlungsverlauf (KATSCHNIG u. KONIECZA, 1987). Die Situation und die Tragweite eines psychiatrischen Notfalls darf daher nicht unterschätzt werden. Es ist wichtig, daß Rettungsdienstmitarbeiter auf solche Einsätze vorbereitet sind und die richtigen Entscheidungen und Maßnahmen treffen.

Auf diesem Hintergrund ist es Ziel dieser Arbeit, den Kenntnisstand sowie Erfahrungswerte von Rettungsdienstmitarbeitern zu psychiatrischen Notfällen zu erheben. Hierzu wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt, den die Rettungsdienstmitarbeiter der Feuer- und Rettungswachen der Stadt Hamburg beantworten sollten, um deren Ausbildungsstand, die Einschätzung der eigenen Kenntnisse sowie den Bedarf an Fortbildungen für psychiatrische Notfallsituationen und deren Behandlungsrichtlinien zu ermitteln.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Untersuchungsdesign**

Der Fragebogen wurde von einem Expertengremium, bestehend aus erfahrenen Notärzten, Psychiatern und Psychologen verfaßt, die mit der Erstellung und Auswertung von Fragebögen vertraut sind.

### **2.2 Untersuchungsart und -zeitraum**

Nach der Zustimmung des Amtsleiters der Feuerwehr und des Personalrats erfolgte im Januar 1997 die zentrale Verschickung von 1200 Fragebögen über die Behördenpost der Feuerwehr zu den jeweiligen Feuer- und Rettungswachen der Hansestadt Hamburg. Um die Anonymität der ca. 1200 Mitarbeiter zu wahren, war eine Einzelverschickung nicht möglich. Es ist daher unklar, wie viele Fragebögen die Rettungsdienstmitarbeiter tatsächlich erreichten. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig.

### **2.3 Fragebogen und Datenerfassung**

Der Fragebogen umfaßte vier Seiten und war in drei verschiedene Befragungskategorien gegliedert. Nach einer kurzen Erläuterung zur Handhabung des Fragebogens, in der u. a. darum gebeten wurde, beim Beantworten der Fragen ausschließlich auf das Jahr 1995 Bezug zu nehmen, wurden im ersten Abschnitt Basisdaten der Rettungsdienstmitarbeiter wie Geschlecht, Geburtsjahr, Qualifikation, Tätigkeitsdauer, Anzahl von Notfalleinsätzen, Teilnahme an Fortbildungen und Einstellung zum Beruf erfragt (Fragen 1.1–1.8). Außerdem wurde noch nach dem Bekanntheitsgrad einer speziellen Einrichtung, des Einsatznachsorgeteams (ENT), gefragt und inwieweit diese Einrichtung für sinnvoll gehalten und in Anspruch genommen wurde (Fragen 1.9–1.9.3).

Im zweiten Abschnitt folgten spezielle Fragen zum Thema Psychiatrie im Rettungsdienst. Es sollte beantwortet werden, wie häufig die Rettungsdienstmitarbeiter schon Einsätze mit psychischem Anteil erlebt hatten (Frage 2.1), wie häufig dieser psychische Anteil durch das Umfeld ausgelöst wurde (Frage 2.2) bzw. wie häufig die Mitarbeiter schon rein psychiatrische Einsätze (Frage 2.3) und Einsätze aufgrund eines Suizids bzw. Suizidversuchs (Frage 2.4) erlebt hatten. In weiteren Fragen sollten die psychiatrischen Kenntnisse im Rettungsdienst näher untersucht werden. Die Teilnehmer sollten einschätzen, für wie wichtig sie psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst halten (Frage 2.5), wie gut sie die eigenen psychiatrischen Kenntnisse einschätzen (Frage 2.6) und wie häufig diese angewendet wurden (Frage 2.7). Es wurde speziell gefragt, welche Berechtigung ein Rettungstransportwagen-/Notarztrettungswagen (RTW-/NRW)-Einsatz bei einem akuten psychiatrischen Notfall generell hat (Frage 2.8), wie häufig sich das Rettungsdienstpersonal darüber geärgert hat, zu solch einem Einsatz gerufen worden zu sein (Frage 2.9), und wie häufig sich die Rettungsdienstmitarbeiter bei psychiatrischen Einsätzen überfordert fühlten (Frage 2.10).

Eine Beantwortung der Fragen wurde durch das Ankreuzen vorgegebener Antworten ermöglicht, und zwar auf einer dreistufigen Skala („nie“, „sehr selten“, „öfter“) mit möglicher quantitativer Beurteilung durch Prozentangabe für die Fragen 2.1 bis 2.4 und Frage 2.7 bzw. für die Fragen 2.5, 2.6, 2.8–2.10 auf einer fünfstufigen Skala (z.B. „schlecht“, „mäßig“, „durchschnittlich“, „gut“, „sehr gut“, oder „keine“, „geringe“, „mittlere“, „hoch“, „sehr hoch“).

Anschließend sollte der Stellenwert der vier psychiatrischen Störungen „Sucht“, „Psychosen“, „Depression“ und „Suizidalität“ auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt werden. Zusätzlich konnten als eigener Vorschlag psychiatrische Störungen genannt und ebenso beurteilt werden.

Weitere Fragen beschäftigten sich mit dem Thema Fortbildung im Rettungsdienst. Hierzu sollte die Wichtigkeit von Fortbildungsprogrammen über bestimmte Themen wie Krisenintervention, Drogen-/Suchtnotfälle, Suizidologie, psychiatrische Notfälle insgesamt (Frage 2.12) und zusätzlich die Wichtigkeit des Trainings in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarzt- und Rettungsdienstpersonal eingeschätzt werden (Frage 2.17). Als Antwort konnte zwischen „unwichtig“, „wenig wichtig“, „mittel wichtig“, „wichtig“ und „sehr wichtig“ gewählt werden. Außerdem

wurde gefragt, ob bei den Teilnehmern eine grundsätzlich „geringe“, „mittlere“, „hohe“, „sehr hohe“ Bereitschaft vorhanden sei, an Fortbildungen teilzunehmen, oder ob diese „gar nicht“ bestehe (Frage 2.13). Es sollte eine Anzahl von Stunden pro Jahr angegeben werden, die der Zeit entspricht, die die Teilnehmer für Fortbildungen angemessen finden und die sie selber aufbringen könnten (Fragen 2.14 und 2.15). Schließlich wurde gefragt, ob schon Fortbildungen zu psychiatrischen Themen besucht wurden (Frage 2.16). Hier konnte ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala gewählt werden. Abschließend sollten in diesem Abschnitt, in einer offenen Frage, alle rettungsdienstrelevanten psychiatrischen Notfälle aufgezählt werden, die den Teilnehmern bekannt waren (Frage 2.18).

Der dritte Abschnitt enthielt fünf Fallbeispiele, die typische und praxisrelevante psychiatrische Notfallsituationen darstellten. Diese Beispiele sollten von den Rettungsdienstmitarbeitern hinsichtlich Diagnose und Therapie in offener Frage und bezüglich einer Einweisung ins Krankenhaus und der Einschätzung als Notarztindikation in geschlossener Frage beantwortet werden.

Im Fallbeispiel 3.1 wurde eine 33jährige Patientin mit starker krampfartiger Haltungs- und Bewegungsstörung beschrieben. Laut Fremdanamnese höre sie seit einigen Wochen Stimmen und erzähle unglaubwürdige Geschichten. Vor zwei Stunden habe sie zwei Tabletten Haloperidol eingenommen. Die richtige Verdachtsdiagnose lautete in diesem Fall „Frühdyskinesie nach Neuroleptikaeinnahme“. Dementsprechend war als richtige Maßnahme die „Gabe von Biperidin (Akineton®) intravenös“ notwendig. Die Notarztindikation war gegeben, eine Einweisung ins Krankenhaus nicht notwendig.

Im Fallbeispiel 3.2 ging es um eine 55jährige ständig schreiende und nicht zu beruhigende Patientin, mit der (auch aufgrund der Sprachbarriere) kein Gespräch möglich war. Die Patientin wehrte sich massiv, laut Fremdanamnese sei möglicherweise ein Sturz vorausgegangen. Bei der vorher völlig unauffälligen Patientin sei eine plötzliche Wesensveränderung eingetreten. Als richtig gewertet wurden die Diagnosen „akuter Erregungszustand“, „hysterischer Anfall“, „Hysterie“ und „epileptischer Anfall“. Die korrekten Therapievorschläge waren die „Gabe von Haloperidol“ bei den ersten drei aufgezählten Diagnosen und die „Gabe von Diazepam“ oder eines anderen verfügbaren Benzodiazepins bei der letzten. Eine Notarztindikation war gegeben, die Einweisung ins Krankenhaus erforderlich.

Im dritten Fallbeispiel beschrieb ein Ehemann über das Telefon folgende Situation: Er habe seine 39jährige Frau völlig verängstigt und zitternd in der Zimmerecke hockend

angetroffen. Sie spreche von Teufeln, die gekommen seien, und sie wolle aus dem Fenster springen. Angstvoll umklammere sie ihren Ehemann, von dem sie nicht mehr zu lösen sei. Ein Transport wäre aber möglich. Als Verdachtsdiagnosen waren hier „akute Psychose“ und „Schizophrenie“ zu stellen. Der richtige Therapievorschlag mußte „Haloperidol“ lauten. Eine Notarztindikation war bei dieser geschilderten Situation gegeben, eine Einweisung ins Krankenhaus notwendig.

Das vierte Beispiel schilderte den Fall eines 28jährigen erregten, angespannten und verbal aggressiven Mannes. Laut Fremdanamnese sei er so schon seit einigen Tagen verändert. Er sei vorher über Wochen depressiv gewesen und tätige nun größere Geldausgaben, schlafe kaum und zerstöre Gegenstände. Vorher sei nichts dieser Art bekannt gewesen. Der Patient verweigere die Untersuchung. Damit wurde die klassische Symptomatik einer „manischen Phase im Rahmen einer bipolaren affektiven Psychose“ dargestellt. Die richtige therapeutische Maßnahme war die „Gabe von Haloperidol“. Eine Notarztindikation sowie die Notwendigkeit einer Einweisung ins Krankenhaus waren auch in diesem Fall gegeben.

Im letzten Fallbeispiel wurde schließlich folgende Situation dargestellt: Ein 76jähriger etwas verwahrloster Mann mit leichter Alkoholfahne wurde von den Hausbewohnern in der hintersten Ecke des Kellers gefunden. Er starre nur vor sich hin und zeige ansonsten keinerlei Reaktionen oder Kommunikation. Gegenüber Behandlung und Transport sei er völlig widerstandslos. Der Fremdanamnese nach sei er alleinstehend, versorge sich selbst und habe keine Angehörigen. Verdachtsdiagnosen, die als korrekt gewertet wurden, waren in diesem Beispiel: „Verwirrtheitszustand“, „Demenz“ oder „Depression“. Außer einem Transport ins Krankenhaus waren keine weiteren Therapiemaßnahmen notwendig. Eine Notarztindikation bestand nicht.

In einer letzten Frage des dritten Abschnitts sollten die Teilnehmer die Mühe einschätzen, die sie beim Beantworten der Fragen hatten. Dabei waren die zur Auswahl vorgegebenen Antworten „keine“, „geringe“, „mittlere“, „große“ und „sehr große“ Mühe.

## 2.4 Codierung und Datenauswertung

Um den Erhebungsbogen auswerten zu können, 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 „Rettungsanitäter“ mit einer „1“ versehen und die Antwort „Rettungsassistent“ mit einer „2“. Zur besseren Übersicht und Auswertung wurden wegen der großen Spanne von Altersangaben drei Gruppen gebildet („bis 30 Jahre“, „31 bis 40 Jahre“ und „über 40 Jahre“). Ähnliche Überlegungen führten zu einer Einteilung der Dauer der Diensttätigkeit in drei Gruppen („bis 2 Jahre“, „3 bis 7 Jahre“ und „8 oder mehr Dienstjahre“). Die Gruppen wurden mit Ziffern von 1–3 codiert.

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. In den Fallbeispielen des dritten Abschnitts im Fragebogen wurde den als richtig gewerteten Verdachtsdiagnosen, den als richtig gewerteten Therapiemaßnahmen sowie den korrekten Einschätzungen der Notarztindikation und der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme die Zahl „2“ zugewiesen, und falsche Antworten erhielten die Ziffer „1“. Zusätzlich wurde eine Gesamtpunktzahl für die Fallbeispiele ermittelt, indem je ein Punkt für die richtige Diagnose und für die korrekte Therapie vergeben wurde. Die Teilnehmer konnten in den fünf Fallbeispielen damit maximal zehn Punkte erreichen.

## 2.5 Statistische Auswertung

Zur deskriptiven und analytischen Statistik wurden Häufigkeiten und Kreuztabellen angefertigt, die mit einem Computerprogramm (Superior Performing Software Systems [SPSS]) berechnet wurden. Die statistische Analyse unverbundener Gruppen (nichtparametrische Tests) wurde durch den Chi-Quadrat-Test, welcher Hypothesen bezüglich des relativen Anteils an Fällen prüft, die in mehrere sich ausschließende Gruppen fallen, und den Kruskal-Wallis-Test, einen Test zum Vergleich der Verteilung einer Variablen in zwei oder mehr Gruppen, als k-unabhängige Stichprobe durchgeführt. Außerdem wurden bivariate Korrelationsanalysen mit Pearsonschen Produkt-Moment-Korrelationen und Spearmanschen nichtparametrischen Korrelationen durchgeführt, wobei das Signifikanzniveau bei mindestens 5 % ( $p < 0,05$ ) festgelegt wurde.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Demographische Daten und Compliance

Von den 1200 per Behördenpost versendeten Fragebogenunterlagen wurden 151 ausgefüllte Bögen zurückgeschickt. Das entspricht einem Rücklauf von 13 %. Die 151 Teilnehmer waren ausnahmslos männlichen Geschlechts. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer betrug  $35 \pm 8$  Jahre (min.:24–max.:57). Die meisten Antwortenden waren zwischen 31 und 40 Jahren alt (45 %). 32 % waren jünger als 31 Jahre und 24 % älter als 40 Jahre. Zwei Teilnehmer machten keine Altersangabe.

Die Antwortenden waren zu 73 % (n=110) Rettungsassistenten und zu 27 % (n=40) Rettungssanitäter. Ein Teilnehmer war zudem gelernter Krankenpfleger (Frage 1.3.1). Die Dauer der Tätigkeit als Rettungsdienstmitarbeiter betrug im Durchschnitt  $7 \pm 7$  Jahre (min.:1–max.:31). Die durchschnittliche Arbeitszeit im Rettungsdienst wurde mit  $83 \pm 54$  Stunden im Monat (min.:10–max.:400) angegeben. Während dieser Arbeitszeit gab es im Durchschnitt  $52 \pm 32$  Einsätze pro Monat (min.:1–max.:100).  $29 \pm 27$  Stunden im Jahr (min.:1–max.:180) wurde an Fortbildungen teilgenommen. Auf die Frage nach der Zufriedenheit im Beruf gaben insgesamt 89 % der Teilnehmer an, daß sie zufrieden seien. Kein Teilnehmer war „gar nicht“ zufrieden. [Abb. 3.1]

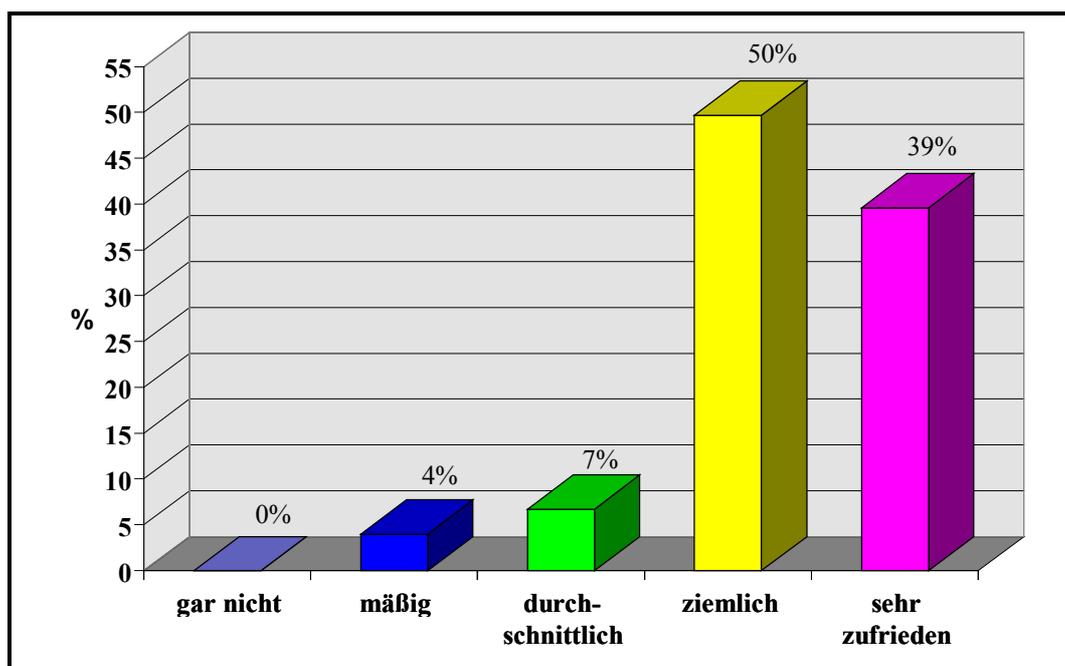


Abbildung 3.1: Zufriedenheit im Beruf (Frage 1.8)

Das Einsatznachsorgeteam (Frage 1.9) war den meisten Rettungsdienstmitarbeitern nicht bekannt (66 %). 34 % hatten schon einmal etwas davon gehört, jedoch nur zwei Teilnehmer hatten diese Institution bereits in Anspruch genommen. Trotz der Tatsache, daß den wenigsten das Einsatznachsorgeteam ein Begriff war, konnten sich 82 % vorstellen, daß solch eine Einrichtung insgesamt sinnvoll sei. Nur 3 % waren anderer Ansicht und fanden diese Einrichtung „wenig sinnvoll“. [Abb. 3.2]

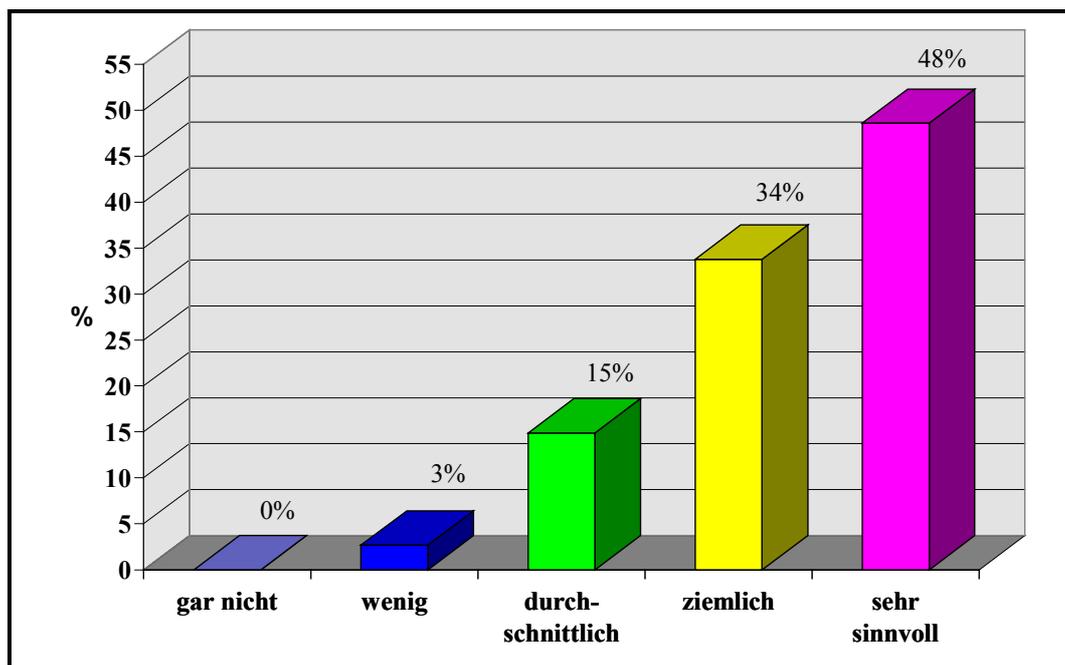


Abbildung 3.2: Einschätzung der Befragten über den Sinn der Einrichtung des Einsatznachsorgeteams (ENT) (Frage 1.9.1)

### 3.2 Einschätzungen zur Relevanz psychiatrischer Notfälle

In der Frage 2.1 sollten die Teilnehmer einschätzen, wie häufig sie Einsätze mit einer psychischen Komponente erlebt hatten. Eine Hälfte der Befragten fand, daß solche Einsätze eher „selten“ vorkommen. Beinahe genauso viele Rettungsdienstmitarbeiter, 49 %, waren jedoch anderer Meinung und fanden, Einsätze mit psychischem Anteil seien „häufig“. Die geschätzte Häufigkeit wurde mit durchschnittlich  $26 \pm 20$  % angegeben. [Abb. 3.3]

Ähnlich gespalten antworteten die Rettungsdienstmitarbeiter auf die Frage 2.2: 54 % der Befragten gaben an, daß der psychische Anteil eines Einsatzes „sehr selten“ durch das Umfeld (wie z.B. Zuschauer oder Angehörige) ausgelöst wurde. Dagegen fanden 45 %, daß das Umfeld „öfter“ Ursache der psychischen Komponente eines Einsatzes sei, und zwar schätzungsweise in über einem Drittel der Fälle ( $38 \pm 28$  % aller Einsätze). Nur ein Teilnehmer beurteilte das Umfeld als „niemals“ ausschlaggebend für den psychischen Anteil eines Einsatzes.

Bei der Frage nach der Häufigkeit von rein psychiatrischen Einsätzen waren sich die Teilnehmer dagegen größtenteils einig: Die überwiegende Mehrheit von 85 % fand, daß solche Einsätze „sehr selten“ vorkommen, während ein geringer Anteil von 14 % der Meinung war, rein psychiatrische Einsätze kämen „öfter“ vor. Die von den Rettungsdienstmitarbeitern eingeschätzte Häufigkeit lag bei  $8 \pm 6$  % aller Einsätze. [Abb. 3.4]

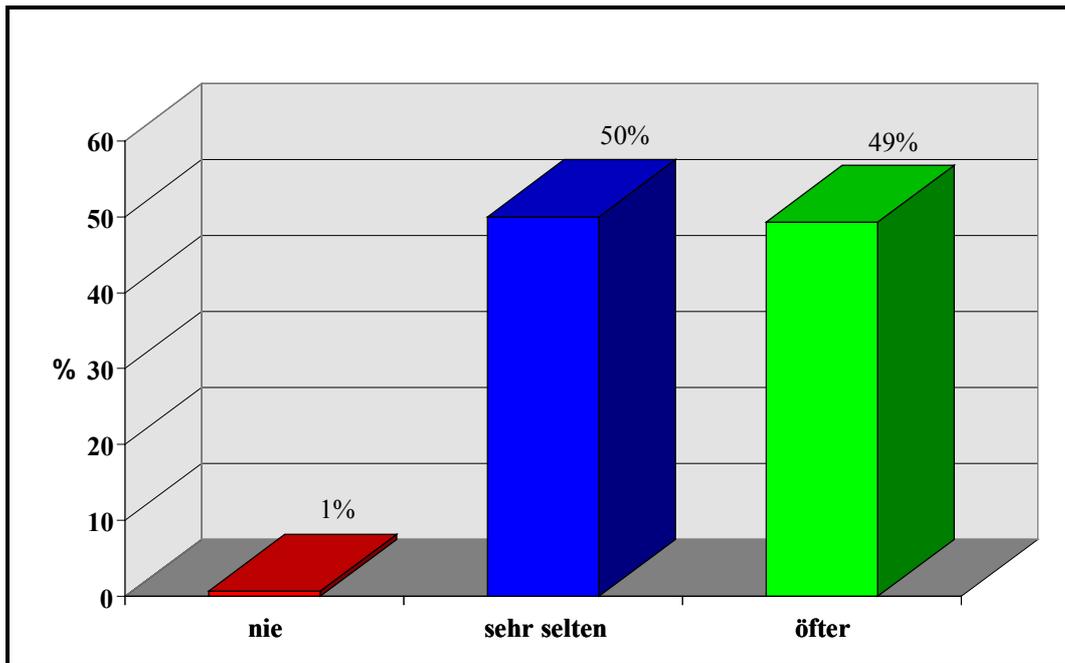


Abbildung 3.3: Psychischer Anteil bei Einsätzen (Frage 2.1)

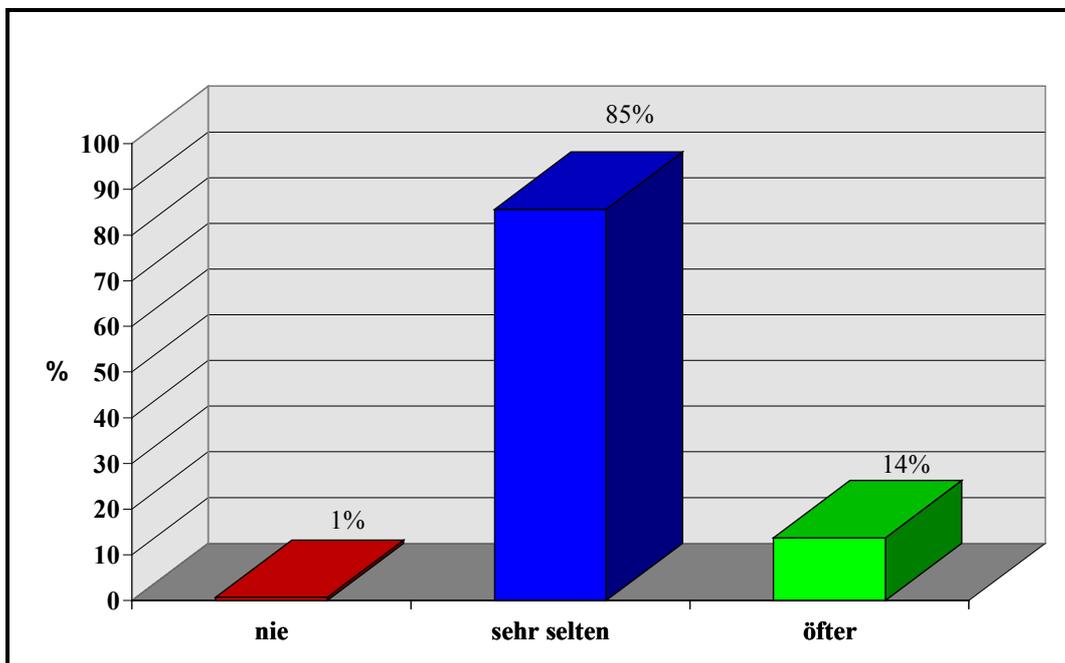


Abbildung 3.4: Anteil rein psychiatrischer Einsätze (Frage 2.3)

Für knapp 40 % der Teilnehmer zählte Suizid(-versuch) „öfter“ zu den Einsatzgründen, und zwar nach eigener Einschätzung bei  $17 \pm 21$  % aller Einsätze. Nur bei einem Teilnehmer war Suizid noch „nie“ der Grund des Einsatzes gewesen. [Abb. 3.5]

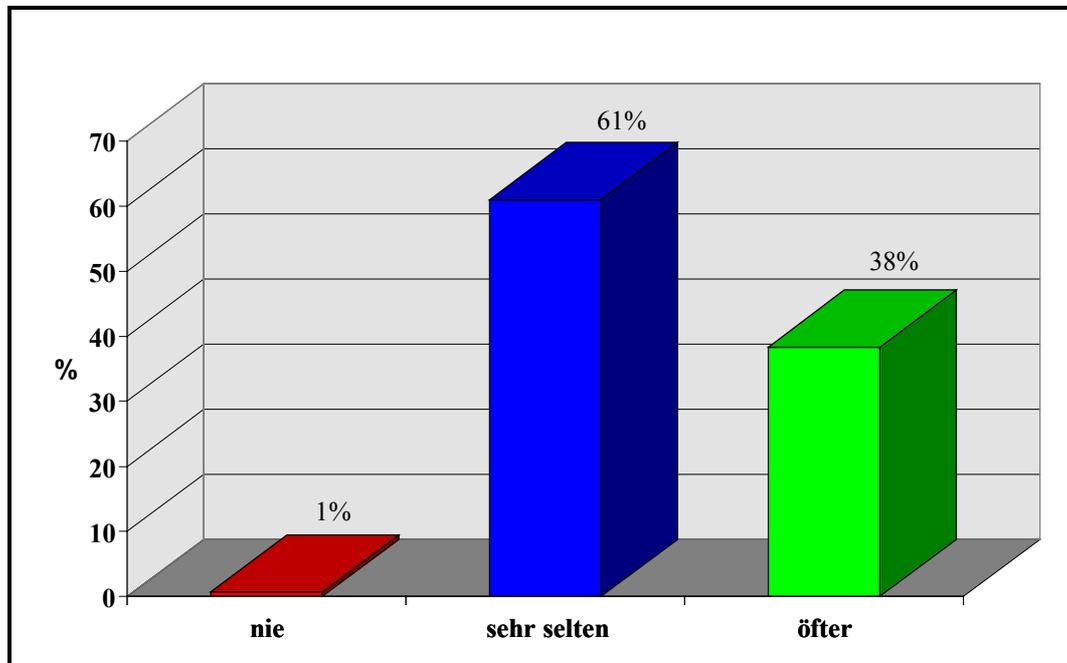


Abbildung 3.5: Anteil der Notfälle, bei denen Suizid(-versuch) Grund des Einsatzes war (Frage 2.4)

Nach der Wichtigkeit von psychiatrischen Kenntnissen befragt, antwortete die Mehrzahl der Rettungsdienstmitarbeiter (57 %) mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Lediglich vier Teilnehmer (3 %) hielten psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst für „wenig wichtig“ bzw. für „unwichtig“. [Abb. 3.6]

Obwohl die Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse als so bedeutend angesehen wurde, schätzten die Rettungsdienstmitarbeiter ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse eher niedrig ein. Nur wenige, 10 %, schätzten ihre Kenntnisse als „gut“ ein. Keiner der Teilnehmer gab sich selbst den höchsten Wert. Dagegen schätzten 38 % ihren Kenntnisstand als „mäßig“ ein, und immerhin 11 % fanden ihre psychiatrischen Kenntnisse „schlecht“. Die Mehrzahl von 41 % bezeichnete die fachlichen Kenntnisse als „durchschnittlich“. [Abb. 3.7]

Auf die Frage, wie häufig diese eingeschätzten Kenntnisse in einem Einsatz angewendet würden, antworteten 68 % mit „sehr selten“. Immerhin 30 % fanden, daß ihre psychiatrischen Kenntnisse „öfter“ zum Einsatz kamen, und zwar bei  $33 \pm 24$  % aller Einsätze. Nur von 2 % der Teilnehmer wurden im Einsatz „nie“ psychiatrische Kenntnisse angewendet.

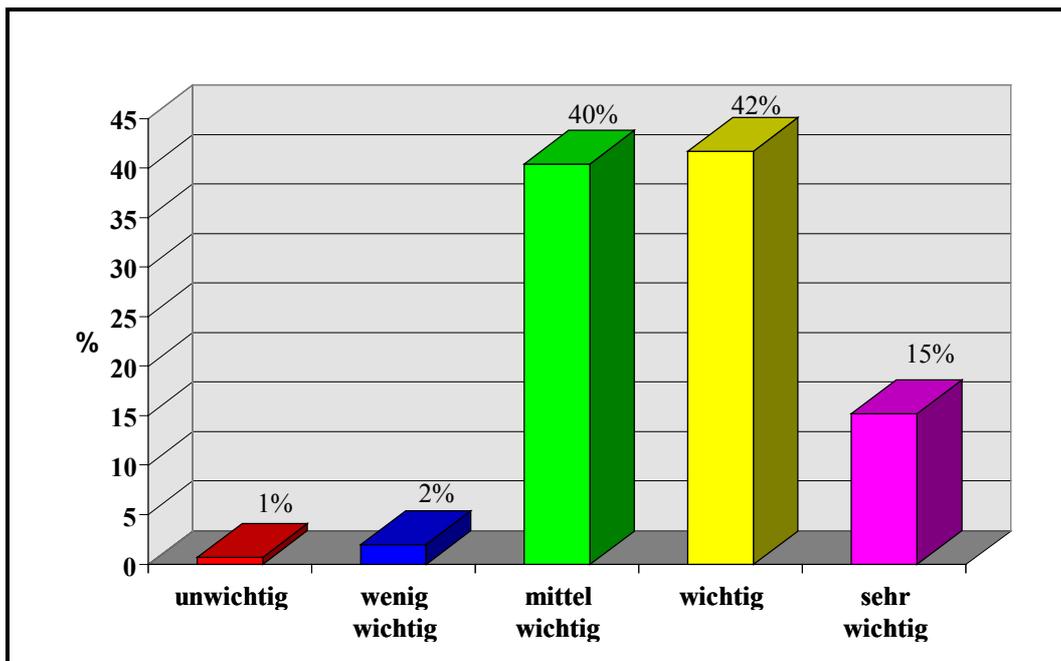


Abbildung 3.6: Wichtigkeit psychiatrischer Kenntnisse im Rettungs-/Notarztdienst (Frage 2.5)

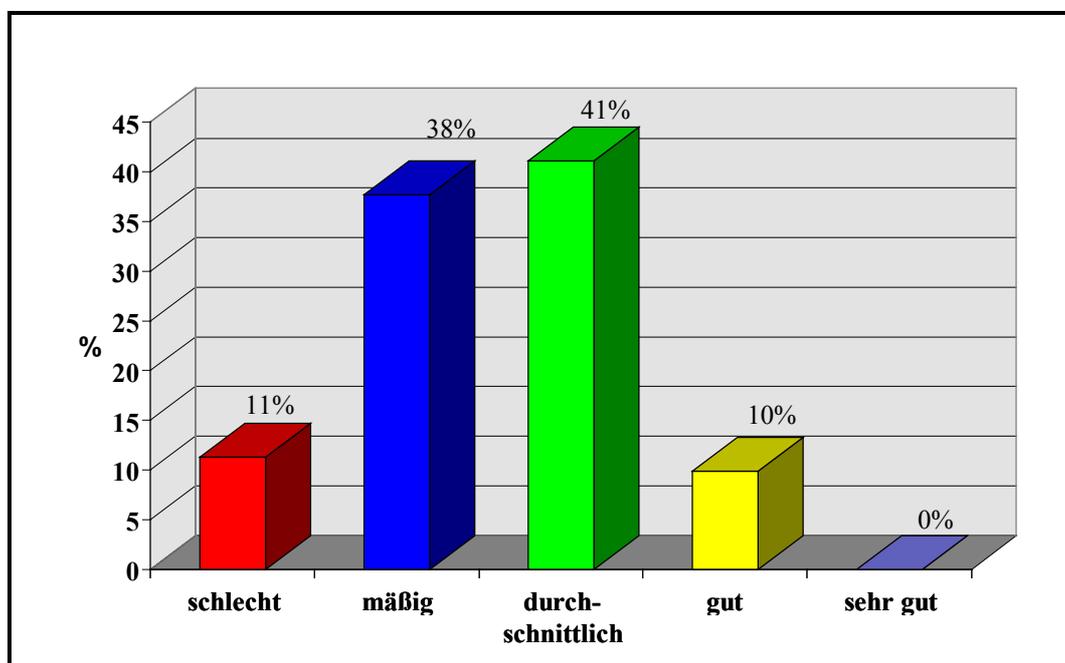


Abbildung 3.7: Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse (Frage 2.6)

20 % der befragten Rettungsdienstmitarbeiter fühlten sich bei psychiatrischen Notfallsituationen „oft“ überfordert. Doppelt so viele Teilnehmer beantworteten die Frage nach der Überforderung mit „manchmal“. Nur 9 % haben sich bei psychiatrischen Notfällen noch „nie“ überfordert gefühlt. [Abb. 3.8]

Gut die Hälfte der Teilnehmer wiesen dem RTW-/NAW-Einsatz bei einem akuten psychiatrischen Notfall eine „hohe“ bis „sehr hohe“ Berechtigung zu, während nur ein sehr geringer Anteil der Rettungsdienstmitarbeiter von 3 % der Meinung waren, daß solch ein Einsatz „gar nicht“ berechtigt sei [Abb. 3.9]. Dementsprechend haben auch über die Hälfte der Teilnehmer auf Frage 2.9 geantwortet, daß sie sich „selten“ oder noch „nie“ darüber geärgert haben, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein. Nur 5 % der Teilnehmer antworteten mit „oft“ bzw. 1 % mit „immer“. [Abb. 3.10]

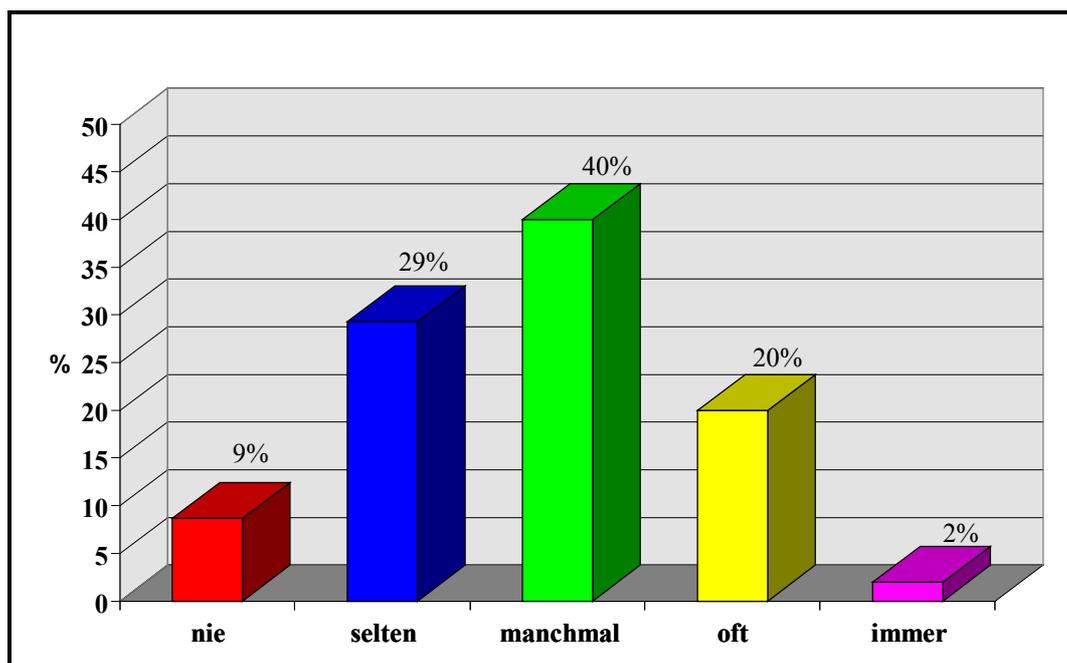


Abbildung 3.8: Häufigkeit der Überforderung bei psychiatrischen Einsätzen (Frage 2.10)

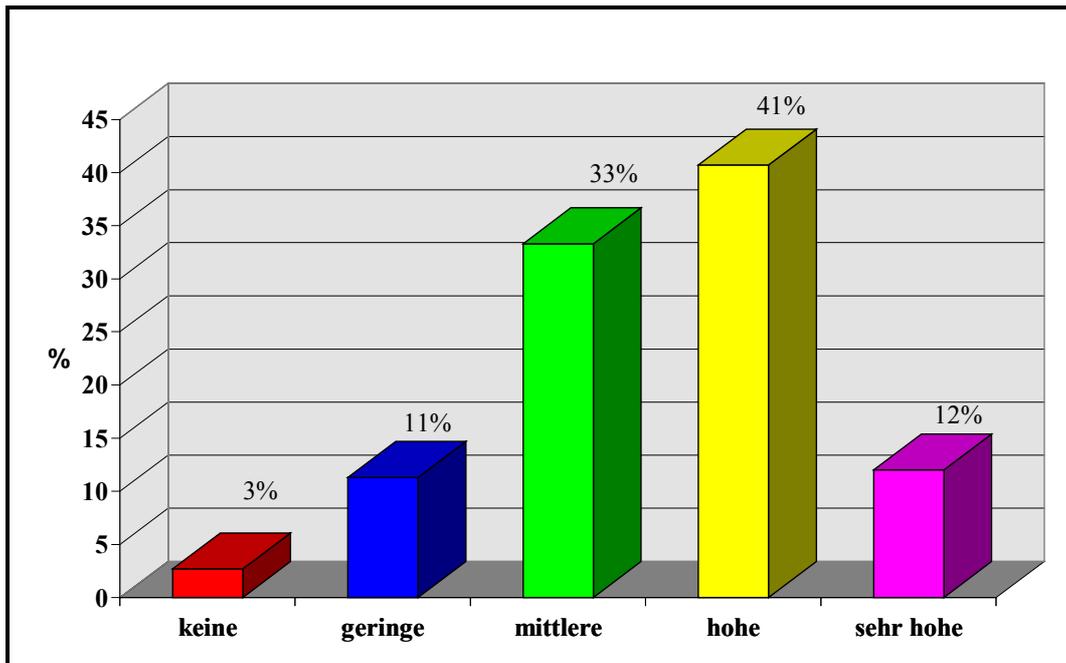


Abbildung 3.9: Berechtigung eines RTW-/NAW-Einsatzes bei einem akuten psychiatrischen Notfall (Frage 2.8)

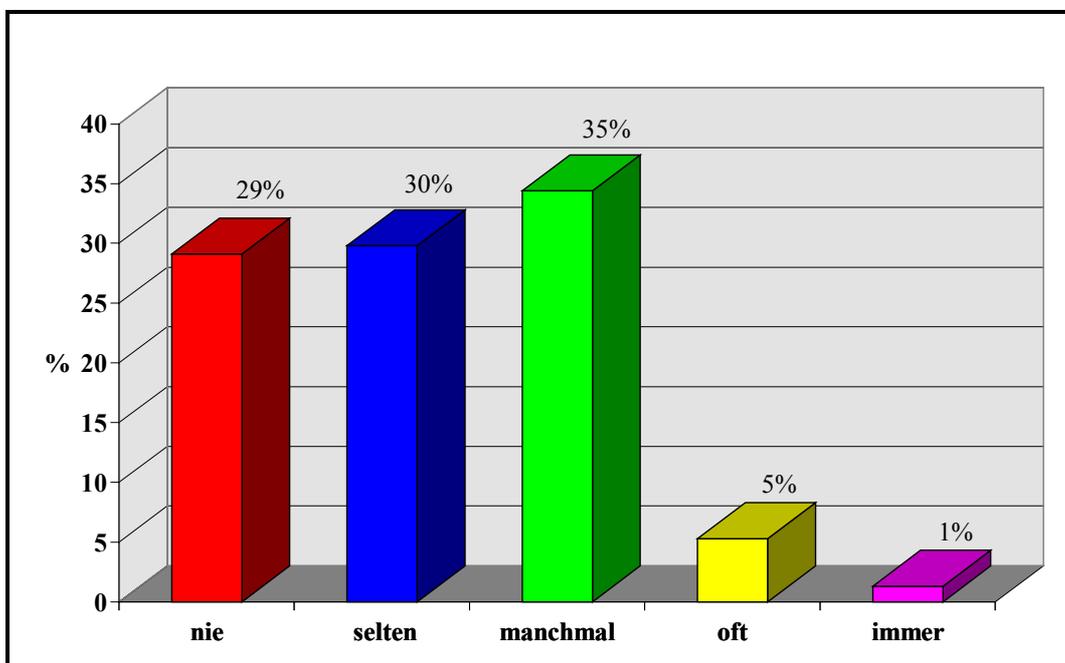


Abbildung 3.10: Häufigkeit der Verärgerung, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein (Frage 2.9)

In der Frage 2.11 wurden drei psychiatrische Erkrankungen genannt, deren Stellenwert im Rettungsdienst von den Teilnehmern auf einer Skala von 1 („keinen“) bis 5 („sehr hohen“) eingeschätzt werden sollte. Dem Thema Sucht ordnete der größte Teil der Befragten, 43 %, einen „hohen“ Stellenwert zu. Ein Viertel der Teilnehmer beurteilte den Stellenwert dieses Themas sogar als „sehr hoch“. Nur 8 % gaben einen „niedrigen“ bzw. „keinen“ Stellenwert an.

Ebenso erhielt Suizidalität als psychiatrische Störung von 36 % der Teilnehmer einen „hohen“ Stellenwert und von 19 % sogar einen „sehr hohen“ Stellenwert. Eine etwas geringere Anzahl von 16 % der Rettungsdienstmitarbeiter fand, daß das Thema lediglich einen „niedrigen“ Stellenwert besitzt.

Für das Krankheitsbild der Psychosen und Neurosen gaben die meisten Teilnehmer (48 %) nur einen „mittleren“ Stellenwert in der Rettungsmedizin an. 36 % befanden den Stellenwert als „hoch“ bis „sehr hoch“ und 16 % fanden, daß das Thema Psychosen, Depressionen einen „niedrigen“ Stellenwert hat.

Zusätzlich zu den drei genannten Themen konnten die Befragten eine psychiatrische Störung nennen, die sie als relevant einschätzten. Auf das Thema „Psychische Krisensituation“ entfielen 39 % aller Nennungen (n=12). Es wurde mit einem hohen Stellenwert am häufigsten genannt, gefolgt von „Demenz, Verwirrtheit“ und „Angstzuständen“, die je 10 % aller Nennungen ausmachten (n=3).

Der Aufforderung, alle rettungsdienstrelevanten Notfälle aufzuzählen, die bekannt sind, kamen 59 % der Befragten (n=89) nach. Daraus resultierte eine Summe von 298 Nennungen. Die häufigsten Nennungen erhielt der Vorschlag „Suizid“ mit 26 %, gefolgt von „Drogen, Sucht, Alkoholintoxikation, Entzugserscheinungen“ mit 24 % und „Depression, Manie“ mit 17 % aller Nennungen.

### **3.3 Fortbildungsbereitschaft**

Die meisten Rettungsdienstmitarbeiter, 43 %, hielten Fortbildungen über psychiatrische Notfälle für „wichtig“. 13 % waren sogar der Meinung, daß diese „sehr wichtig“ für die Arbeit im Rettungsdienst seien. Etwa ein Drittel der Teilnehmer fand psychiatrische Fortbildungen für den Notfall noch immer „mittel wichtig“. Der Mittelwert auf der fünfstufigen Antwortskala betrug  $3,6 \pm 0,9$ .

Nach der Wichtigkeit von Fortbildungsprogrammen speziell über die Themenbereiche „Krisenintervention, Drogen-/Suchtnotfälle und Suizidologie“ gefragt, erhielt das Thema „Suizidologie“ auf der Skala von 1–5 mit  $3,8 \pm 0,9$  den höchsten Wert. 68 % der Rettungsdienstmitarbeiter hielten dieses Thema für „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“.

Ein Mittelwert von  $3,7 \pm 0,9$  ergab sich jeweils für die Themen „Drogen-/Suchtnotfälle“ und „Krisenintervention“. 67 % der Teilnehmer entschieden, daß der Themenbereich „Drogen-/Suchtnotfälle“ „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“ sei. Fortbildungsprogramme über „Krisenintervention“ fanden 59 % „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“. Nur durchschnittlich 10 % der Teilnehmer fanden, daß Fortbildungen zu den drei genannten Themenbereichen „unwichtig“ oder „wenig wichtig“ seien. [Abb. 3.11a und 3.11b]

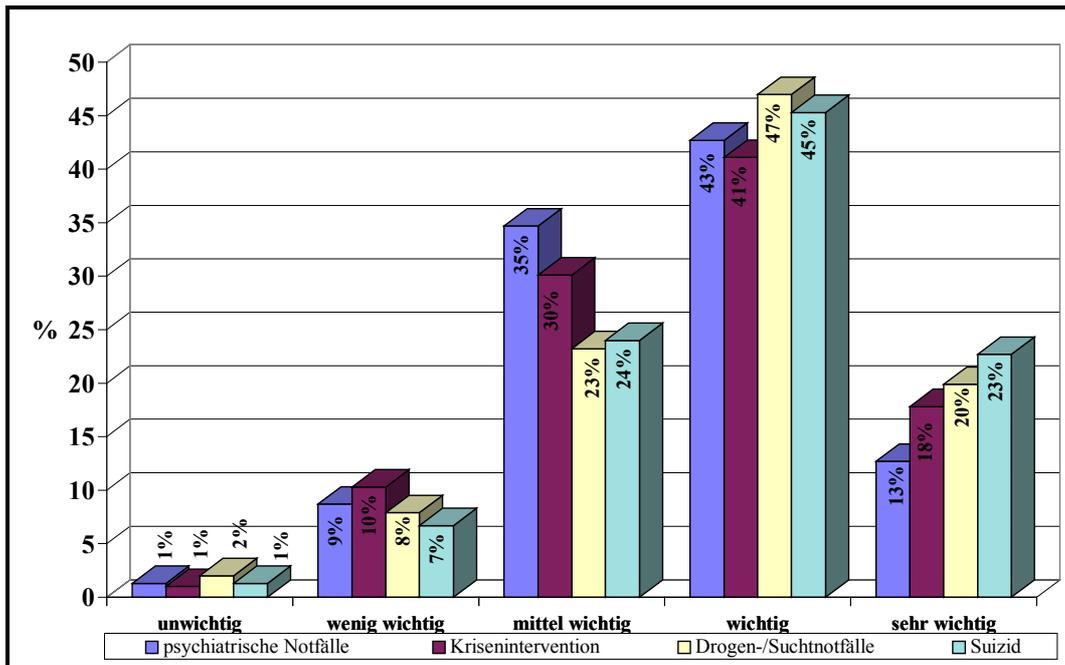


Abbildung 3.11a: Wichtigkeit von bestimmten Fortbildungsprogrammen (Frage 2.12)

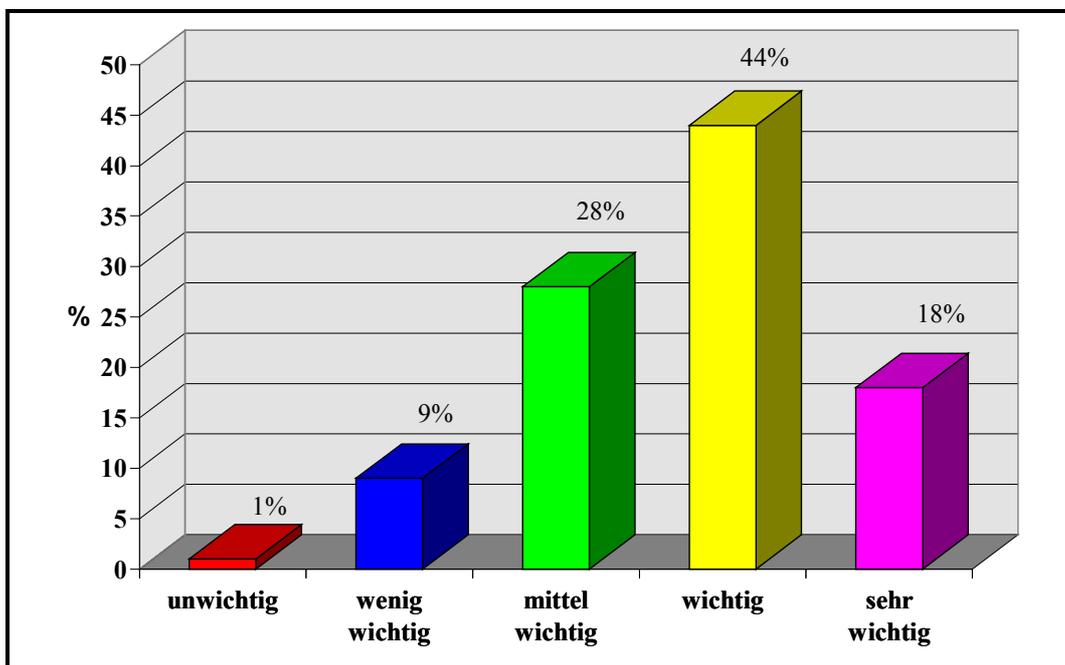


Abbildung 3.11b: Mittelwerte der Wichtigkeit von bestimmten Fortbildungsprogrammen

Die grundsätzliche Bereitschaft, an Fortbildungen zu obengenannten Themen teilzunehmen, wurde von über der Hälfte der Befragten (61 %) als „hoch“ oder „sehr hoch“ eingestuft. 33 % der Rettungsdienstmitarbeiter zeigten eine „mittlere“ Bereitschaft. Lediglich ein Teilnehmer wäre nicht bereit, an Fortbildungen teilzunehmen. Neun Teilnehmer gaben die Bereitschaft mit „gering“ an.

Die Frage nach dem Zeitaufwand, den die Rettungsdienstmitarbeiter grundsätzlich für Fortbildungen angemessen finden, wurde mit durchschnittlich  $18 \pm 11$  Stunden pro Jahr beantwortet. Persönlich wären die Befragten bereit,  $20 \pm 14$  Stunden im Jahr an Fortbildungen teilzunehmen.

Gefragt nach der Wichtigkeit des Trainings in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarzt- und Rettungsdienstpersonal, antworteten zusammen 75 % mit „wichtig“ und „sehr wichtig“. Weniger als zehn Prozent waren der Meinung, ein solches Training sei „unwichtig“ oder „wenig wichtig“. [Abb. 3.12]

Während die Bereitschaft, an Fortbildungen teilzunehmen, als „hoch“ angegeben wurde, war die bisherige Teilnahme an Fortbildungen gering: 84 % der Rettungsdienstmitarbeiter hatten noch „nie“ Fortbildungen zu psychiatrischen Themen besucht. 15 % der Teilnehmer hatten zwar schon Fortbildungen besucht, jedoch nur „selten“ (9 %) oder „ab und zu“ (6 %). Nur von zwei der 151 Befragten wurden psychiatrische Fortbildungsveranstaltungen „oft“ besucht. [Abb. 3.13 u. 3.14]

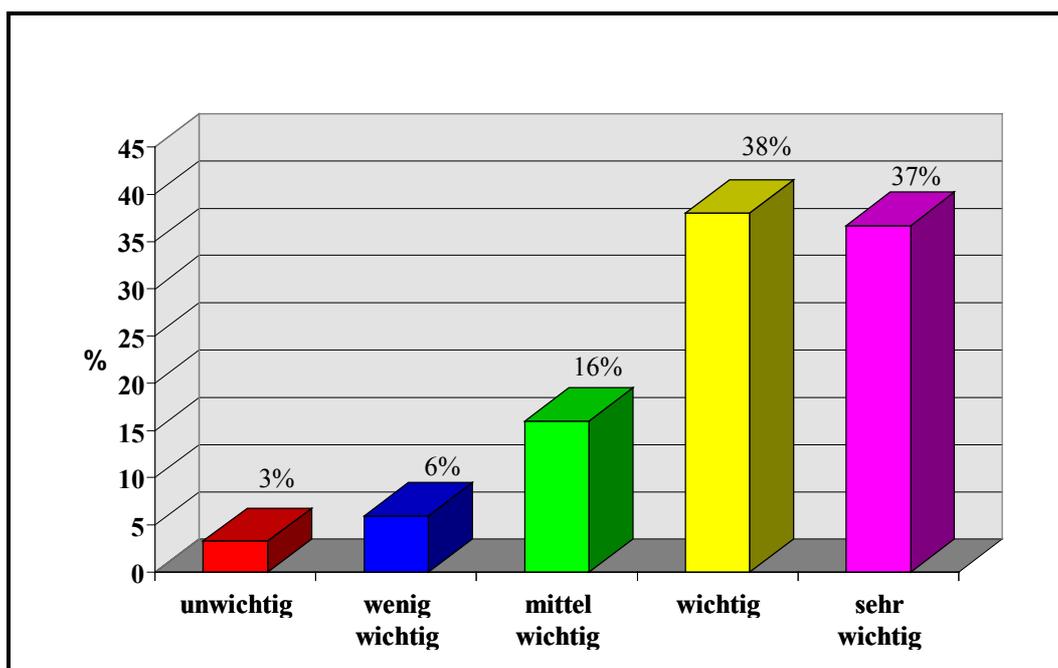


Abbildung 3.12: Wichtigkeit von Krisenmanagement und Streßbewältigung (Frage 2.17)

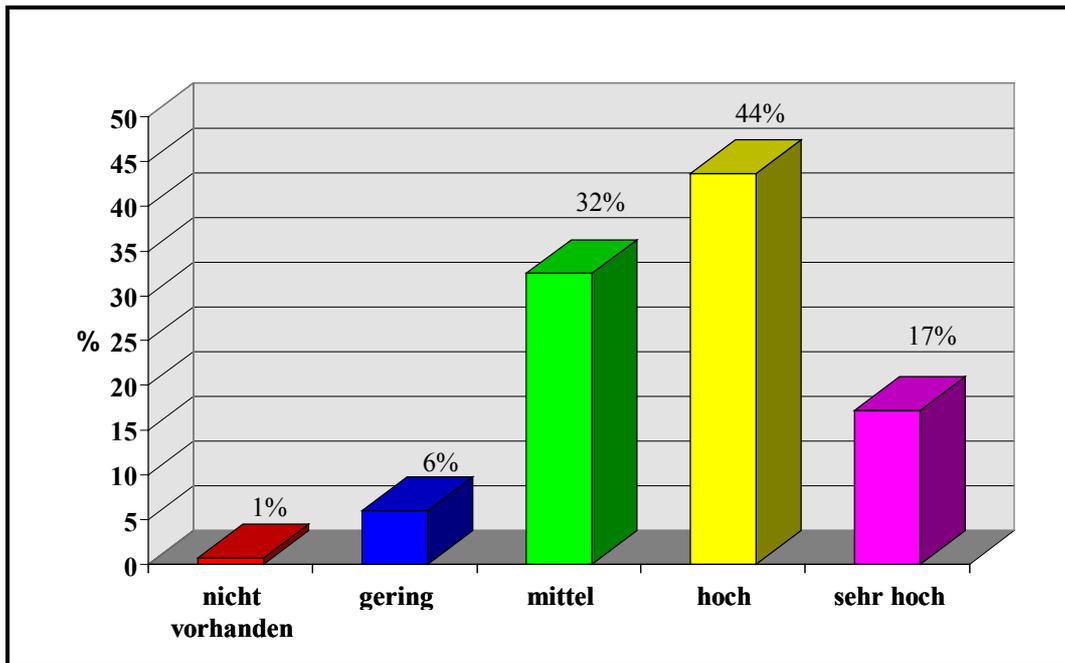


Abbildung 3.13: Bereitschaft, an Fortbildungen zu psychiatrischen Themen teilzunehmen (Frage 2.13)

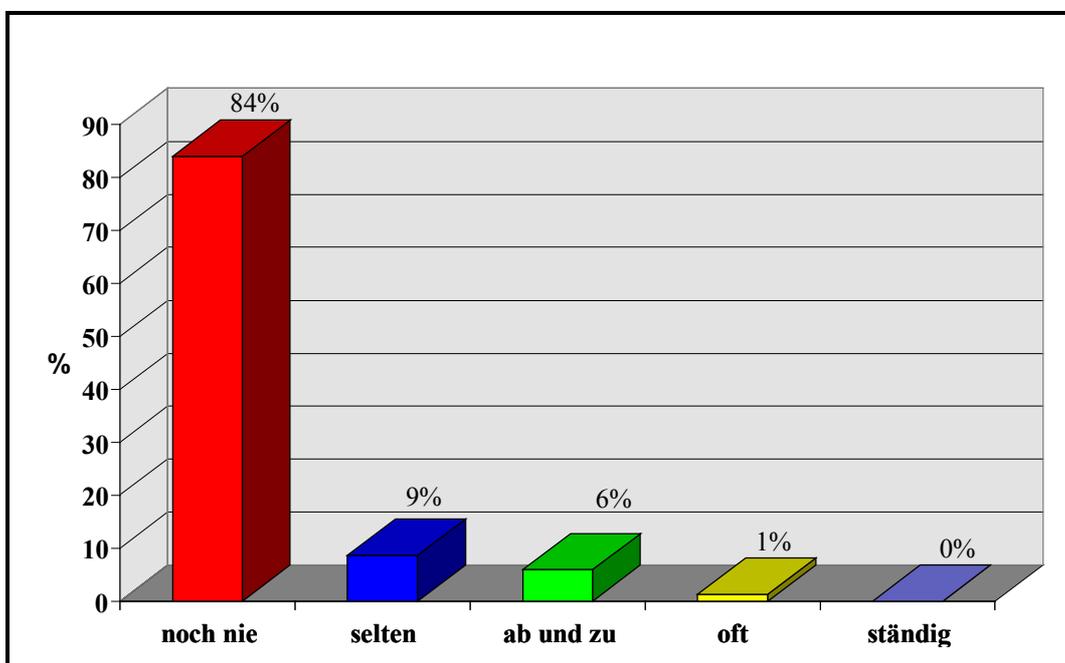


Abbildung 3.14: Häufigkeit besuchter Fortbildungen zu psychiatrischen Themen (Frage 2.16)

### 3.4 Fallbeispiele

Wie Abbildung 3.15 zeigt, wurden die Fallbeispiele nicht nur seltener beantwortet als alle anderen Fragen des Erhebungsbogens, sondern auch nicht immer vollständig. Bezüglich aller Kategorien (Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag, Einweisung und Notarztindikation) war das Antwortverhalten sehr unterschiedlich: Die Frage nach der Notarztindikation wurde mit 87 % im Durchschnitt am häufigsten bearbeitet, die Frage nach einem Therapievorschlag bzw. nach der Notwendigkeit einer Einweisung wurde gleich häufig beantwortet (80 %) und die Frage nach der Verdachtsdiagnose mit durchschnittlich 50 % am seltensten.

Zum ersten Fallbeispiel, (Frühdyskinesie mit Haldol-Überdosierung) bei einer 33jährigen Patientin, wurde nur von 88 Teilnehmern eine Verdachtsdiagnose geäußert. 19 % (n=17) der angegebenen Diagnosen waren richtig. 81 % der Teilnehmer (n=71) gaben falsche Verdachtsdiagnosen an. Den richtigen Therapievorschlag hatte lediglich ein Teilnehmer von 123 Antwortenden. Alle anderen lagen mit ihrem Therapievorschlag falsch. Für eine Einweisung in die Klinik, die in diesem Fall nicht notwendig gewesen wäre, waren 53 der 122 Befragten (43 %), die hierzu eine Antwort gaben. 69 von 122 der Antwortenden (57 %) entschieden sich dafür, die Patientin nicht einzuweisen. Nur 39 % (n=51 von 132) hielten diesen Fall richtigerweise für eine Notarztindikation.

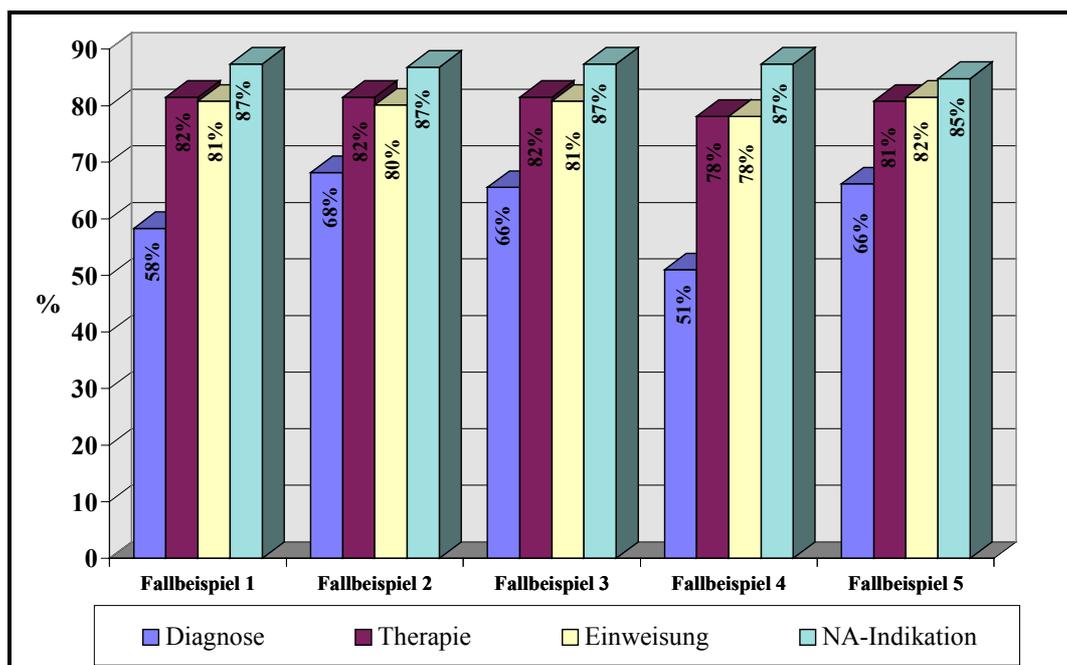


Abbildung 3.15: Prozentuale Anzahl der Teilnehmer, die die einzelnen Kategorien beantwortet haben

Im zweiten Fallbeispiel wurde mit 68 % Beteiligung am häufigsten von allen Fallbeispielen eine Verdachtsdiagnose vorgeschlagen. Es nannten jedoch nur zwei von 103 Teilnehmern die richtige Verdachtsdiagnose „akuter Erregungszustand, hysterischer Anfall, differentialdiagnostisch epileptischer Anfall“. 98 % (n=101) kamen zu einer falschen Diagnose. Davon waren 56 % (n=58) der Meinung, im vorliegenden Fall handele es sich um ein Schädelhirntrauma. Von 123 Teilnehmern, die eine Therapie vorschlugen, entschieden sich 115 (94 %) für eine Maßnahme, die als falsch gewertet wurde. Für die tatsächlich notwendige Einweisung waren 67 % der Teilnehmer (n=81 von 121). Die Notarztindikation erkannten 94 der 131 Antwortenden (72 %).

Im Fallbeispiel 3.3 wurde die Frage nach der Diagnose von 99 Mitarbeitern beantwortet. Die Hälfte konnte die richtige Diagnose „akute Psychose, Schizophrenie und Selbstgefährdung“ angeben. Trotzdem waren nur 4 von 123 (3 %) aller Therapievorschlüsse richtig. 78 % hielten eine Einweisung für erforderlich, womit 95 der 122 Teilnehmer richtig lagen. Dennoch hielten 107 von 132 Antwortenden (81 %) diesen Fall fälschlicherweise nicht für eine Notarztindikation.

Die Beteiligung zur Äußerung einer Verdachtsdiagnose war mit 77 Antwortenden (51 %) im Fallbeispiel 4 am geringsten. Nur ein geringer Anteil von 12 % (n=9) erkannte das Krankheitsbild. 112 der 118 Teilnehmer (95 %) würden hier auch eine falsche Therapie anwenden. Eine Einweisung hielten etwas mehr als die Hälfte der 118 antwortenden Rettungsdienstmitarbeiter für nicht erforderlich. Ein hoher Anteil von 73 % (n=96 von 132) fand, daß hier ein Notarzteinsatz nicht notwendig sei, was in diesem Fall angesichts der Fremdaggressivität und der möglichen Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen falsch war.

Die meisten richtigen Antworten erhielt das fünfte Fallbeispiel: Im Fall des 76jährigen verwahrlosten Patienten im Hauskeller hatten die Diagnose „Verwirrheitszustand, Demenz bei bestehender chronischer Alkoholkrankheit“ 96 von 100 Teilnehmern (96 %), die eine Antwort gaben, richtig gestellt. Daß in diesem Beispiel primär keine Therapie notwendig war, wußten 89 % (n=109 von 122). 76 % (n=93 von 123) entschieden sich korrekterweise für eine Einweisung. Ein sehr hoher Anteil von 97 % hatte richtig erkannt, daß es sich in diesem Fall nicht um eine Notarztindikation handelte. Nur vier der 128 Teilnehmer lagen bei dieser Frage falsch.

In der Einzelauswertung für richtige Diagnose und Therapie zeigte sich, daß im besten Fall vier richtige von zehn Antworten gegeben wurden. Von allen 151 Teilnehmern an der Befragung erreichten 7 % (n=11) diese Punktzahl. 23 % der Befragten (n=35) erzielten drei Punkte, 30 % (n=46) erreichten eine Punktzahl von zwei und 5 % der Teilnehmer (n=7) konnten nur einen Punkt erzielen. Ein sehr hoher Anteil der Befragten, 34 % (n=52), konnte beim Beantworten der Fallbeispiele keinen Punkt erreichen. [Abb. 3.16]

Abschließend wurde gefragt, wieviel Mühe die Rettungsdienstmitarbeiter das Ausfüllen des Fragebogens gekostet hat. 40 % der Befragten antworteten, daß ihnen das Ausfüllen „mittlere“ Mühe bereitet hätte. 31 % gaben „geringe“ Mühe und 11 % „keine“ Mühe an. Dagegen hatten 17 % „große“ und 2 % „sehr große“ Mühe beim Beantworten der Fragen.

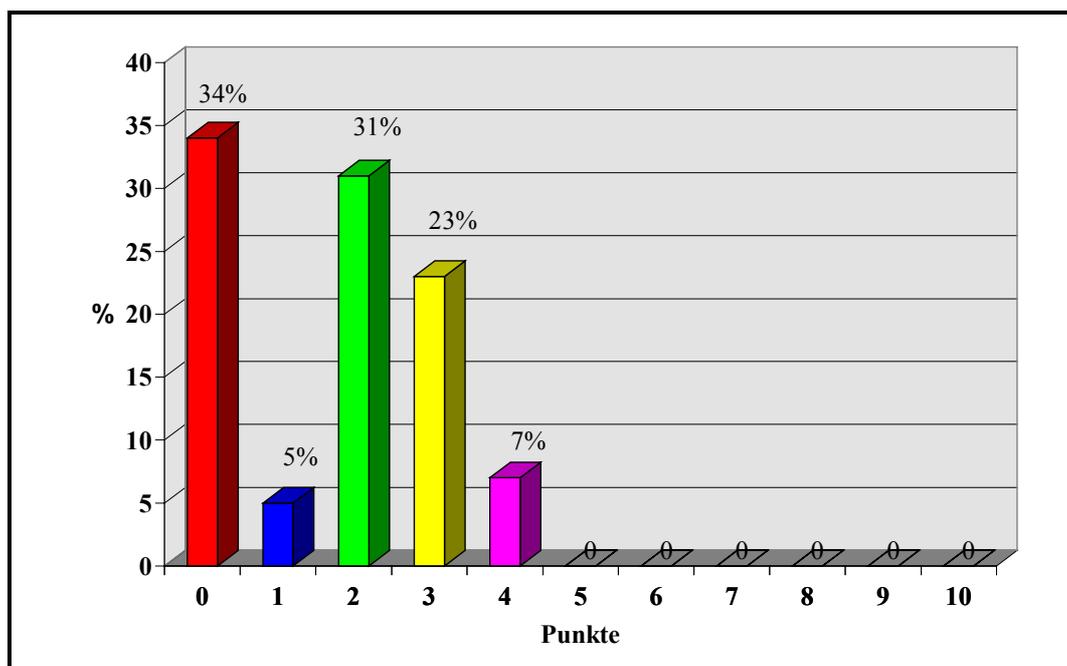


Abbildung 3.16: Erreichte Punktzahl in der Einzelauswertung der Fallbeispiele

### 3.6 Korrelationen

Die genaue statistische Analyse legte offen, daß ältere Teilnehmer signifikant unzufriedener in ihrem Beruf waren als jüngere Teilnehmer ( $p < 0,05$ ). Je länger die Rettungsdienstmitarbeiter tätig waren, desto unzufriedener waren sie in ihrem Beruf ( $p < 0,05$ ).

Der Stellenwert von psychiatrischen Störungen im Rettungsdienst nahm mit der Anzahl der Arbeitsstunden im Monat zu ( $p < 0,05$ ). Eigene psychiatrische Kenntnisse wurden von älteren ( $p = 0,005$ ) und von länger im Rettungsdienst tätigen ( $p < 0,05$ ) Teilnehmern häufiger im Notfalleinsatz angewendet.

Ältere Mitarbeiter und solche, die länger im Rettungsdienst tätig waren, hatten eine geringere Bereitschaft, an Fortbildungen teilzunehmen ( $p < 0,05$ ).

Des weiteren räumten ältere Teilnehmer dem Themengebiet Suizidalität im Rettungsdienst einen geringeren Stellenwert ein ( $p < 0,01$ ) und fanden Fortbildungsprogramme über Suizid weniger wichtig ( $p < 0,05$ ).

Es ließ sich außerdem feststellen, daß mit zunehmender Anzahl von Berufsjahren Fortbildungen über Krisenintervention im Rettungsdienst wichtiger wurden ( $p < 0,01$ ), das Interesse an Fortbildungen über Suizid jedoch nachließ ( $p < 0,005$ ). Der Bekanntheitsgrad der Einrichtung des Einsatznachsorgeteams stieg mit zunehmender Anzahl an Berufsjahren ( $p < 0,05$ ).

Rettungssanitäter gaben an, allgemeinen Fortbildungen über psychiatrische Notfälle größere Bedeutung beizumessen, als dies von den in der Qualifikation höherstehenden Rettungsassistenten getan wurde ( $p < 0,005$ ). Bei der Beurteilung des Trainings in Krisenmanagement und Streßbewältigung verhielt es sich jedoch genau umgekehrt, dieses Training fanden die Rettungsassistenten besonders wichtig ( $p < 0,05$ ). Außer bei der Bearbeitung der Fallbeispiele (s. u.) ergaben sich keine weiteren signifikanten Korrelationen bezüglich der Qualifikation.

Ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung psychiatrischer Notfälle schien die Zufriedenheit mit dem Beruf zu sein. Zufriedenere Teilnehmer fanden Fortbildungsprogramme über psychiatrische Störungen wichtiger ( $p < 0,05$ ), speziell über Suizid ( $p < 0,05$ ), besaßen eine größere Fortbildungsbereitschaft ( $p < 0,05$ ) und hielten

mehr Zeitaufwand für Fortbildungen für angemessen ( $p < 0,05$ ). Außerdem waren diesen Teilnehmern psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst hoch signifikant wichtiger ( $p < 0,005$ ), und die eigenen psychiatrischen Kenntnisse wurden auch höher eingeschätzt ( $p < 0,01$ ). Der in seinem Beruf zufriedene Rettungsdienstmitarbeiter maß dem RTW-Einsatz bei psychiatrischen Notfällen eine größere Berechtigung bei ( $p < 0,05$ ) und hatte sich signifikant seltener darüber geärgert, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein ( $p < 0,05$ ).

Einen höheren Zeitaufwand für Fortbildungen hielten die Teilnehmer für angemessen, die eine höhere Anzahl von Notfalleinsätzen im Monat angaben ( $p < 0,05$ ) und die bereits öfter an Fortbildungen teilgenommen hatten ( $p < 0,05$ ). Konsequenterweise hielten Rettungsdienstmitarbeiter, die Fortbildungen über psychiatrische Notfälle wichtig fanden, auch das Einsatznachsorgeteam für eine sinnvolle Einrichtung ( $p = 0,065$ ). Diejenigen, die schon öfter Fortbildungen besucht hatten, wußten auch häufiger vom Einsatznachsorgeteam als Mitarbeiter, die seltener Fortbildungen besuchten ( $p < 0,05$ ).

Bei den Korrelationen der Aussagen des zweiten Abschnittes untereinander fiel besonders auf, daß bei Teilnehmern, die sich häufiger bei psychiatrischen Einsätzen überfordert gefühlt hatten, eine größere Fortbildungsbereitschaft vorhanden war ( $p < 0,05$ ). Folglich hielten diese Mitarbeiter auch einen größeren Zeitaufwand für Fortbildungen für angemessen ( $p < 0,01$ ) und würden selber mehr Zeit für Fortbildungen aufbringen ( $p < 0,05$ ) als Kollegen, die angaben, sich seltener bei psychiatrischen Notfällen überfordert gefühlt zu haben. Es fiel außerdem auf, daß Rettungsdienstangestellte, die schon häufiger ein Gefühl der Überforderung erlebt hatten, die eigenen Kenntnisse schlechter einschätzten ( $p < 0,005$ ) und psychiatrische Kenntnisse wichtiger fanden ( $p < 0,005$ ) als Mitarbeiter, bei denen dies seltener der Fall war. Bei den Einsätzen, in denen sich die Rettungsdienstmitarbeiter überfordert gefühlt hatten, wurde der psychiatrische Anteil des Einsatzes signifikant häufiger durch das Umfeld ausgelöst ( $p < 0,05$ ).

Je wichtiger die befragten Rettungsdienstmitarbeiter die Fortbildungsprogramme fanden, desto wichtiger fanden sie auch psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst ( $p < 0,001$ ), und das Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung ( $p = 0,001$ ), und um so höher war die Stundenzahl, die sie für Fortbildungen für angemessen hielten ( $p < 0,05$ ) und die sie auch selber einrichten könnten ( $p = 0,001$ ). Die Teilnehmer, die besonders häufig Einsätze aufgrund eines Suizid(-versuchs) hatten,

stuften Fortbildungsprogramme nicht nur generell über psychiatrische Notfälle als wichtiger ein ( $p < 0,05$ ), sondern auch speziell zu den Themen Krisenintervention ( $p < 0,05$ ), Drogen-/Suchtnotfälle ( $p < 0,005$ ) und Suizidologie ( $p < 0,05$ ). Rettungsdienstmitarbeiter, die sich seltener über psychiatrische Einsätze geärgert hatten, hielten Fortbildungen ebenfalls für wichtiger ( $p < 0,01$ ) als Kollegen, die öfter verärgert waren, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein.

Teilnehmer, die Fortbildungsprogramme über Suizid ( $p < 0,01$ ) und über Krisenintervention ( $p < 0,05$ ) besonders wichtig fanden, hatten besonders häufig Einsätze mit einem durch das Umfeld verursachten psychischen Anteil.

Die Befragten, die angaben, daß sie Training in Krisenmanagement und Streßbewältigung im Rettungsdienst besonders wichtig fanden, räumten auch Fortbildungen über Suizidologie einen besonderen Stellenwert ein ( $p < 0,01$ ). Sie hielten psychiatrische Kenntnisse für wichtiger ( $p = 0,01$ ) und schätzten ihre eigenen Kenntnisse der Psychiatrie auch höher ein ( $p < 0,05$ ).

Bei Teilnehmern, die häufig rein psychiatrische Einsätze im Rettungsdienst erlebten, war der Anteil von Suizidfällen signifikant höher ( $p < 0,05$ ), der Anteil der Einsätze, deren psychiatrische Komponente durch das Umfeld ausgelöst wurde, war ebenfalls erhöht ( $p < 0,005$ ).

Rettungsdienstmitarbeiter, die „öfter“ rein psychiatrische Einsätze erlebt hatten, räumten einem RTW-Einsatz bei einem akuten psychiatrischen Notfall eine höhere Berechtigung ein ( $p < 0,005$ ). Diejenigen, die ihre psychiatrischen Kenntnisse schon öfter bei Einsätzen angewendet hatten, fanden psychiatrische Kenntnisse für den Rettungsdienst signifikant wichtiger ( $p < 0,05$ ).

Teilnehmer, die im Fragebogen angaben, sich schon häufiger darüber geärgert zu haben, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein, benannten in Frage 2.18 besonders häufig Drogen, Sucht und Alkoholabusus als rettungsdienstrelevante Notfälle ( $p = 0,05$ ). Teilnehmer, die sich hingegen seltener über psychiatrische Notfalleinsätze geärgert hatten, gaben überdurchschnittlich häufig die Erkrankungen Manie, Depression und Epilepsie als rettungsdienstrelevante Notfälle an ( $p = 0,05$ ). Als zu erwartender Zusammenhang zeigte sich, daß die Teilnehmer, die sich schon häufiger darüber geärgert hatten, zu einem psychiatrischen Notfall gerufen worden zu sein, auch dem RTW-Einsatz bei einem solchen Notfall geringere Berechtigung zuwies ( $p < 0,05$ ).

Teilnehmer mit mehr rettungsdienstbezogenen Fortbildungen im Jahr erreichten eine höhere Punktzahl in den Fallbeispielen als Kollegen, die weniger Fortbildungen im Jahr besuchten ( $p < 0,01$ ).

Diejenigen, die eine höhere Anzahl von Punkten erreichten, fühlten sich bei psychiatrischen Einsätzen in der Vergangenheit schon öfter überfordert ( $p < 0,05$ ), hatten ihre psychiatrischen Kenntnisse häufiger im Einsatz angewendet ( $p < 0,05$ ) und hielten Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarzt- und Rettungsdienstpersonal sowie Fortbildungsprogramme über Suizidologie ( $p < 0,05$ ) für wichtiger.

Zwischen der in den Fallbeispielen erreichten Punktzahl und der Selbsteinschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

Ältere Teilnehmer hatten im Fallbeispiel 3.5 (76jähriger verwahrloster Patient mit Verwirrheitszustand, Demenz bei Alkoholkrankheit) häufiger die richtigen Maßnahmen getroffen als ihre jüngeren Kollegen ( $p < 0,05$ ).

Rettungsassistenten hielten das Fallbeispiel 3.4 (28jähriger Patient zu Hause mit Erstmanifestation einer affektiven Psychose) häufiger für eine Notarztindikation als die in der Qualifikation niedriger stehenden Rettungssanitäter ( $p < 0,05$ ).

Wurden häufiger Notfalleinsätze mit einer psychischen Komponente erlebt, entschieden sich mehr Teilnehmer gegen eine Notarztindikation in den Fallbeispielen 3.3 (39jährige Patientin zu Hause mit akuter Psychose, Schizophrenie, Selbstgefährdung;  $p < 0,05$ ) und 3.4 (28jähriger Patient zu Hause mit Erstmanifestation einer affektiven Psychose;  $p < 0,05$ ). Bei Mitarbeitern, die dem Thema Psychiatrie im Rettungsdienst einen hohen Stellenwert zuordneten, verhielt es sich umgekehrt: Sie entschieden sich im Fallbeispiel 3.1 für eine Notarztindikation ( $p < 0,05$ ). Teilnehmer, die einen höheren Zeitaufwand für Fortbildungen für angemessen hielten, gaben im Fallbeispiel 3.1 (33jährige Patientin mit Frühdiskinesie nach Haloperidol-Einnahme) signifikant häufiger den korrekten Therapieverschlagn an ( $p < 0,05$ ).

## 4. Diskussion

### 4.1 Literaturübersicht

Der psychiatrische Notfall ist definiert als ein akutes Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung, die zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt. Er bedarf einer sofortigen Diagnostik mit entsprechender Therapie. Oft basiert der psychiatrische Notfall auf nicht durchgestandenen Krisen, die zu verschiedenen psychiatrischen Störungen wie Depressionen, Suizidversuchen und akuten Erregungszuständen führen können (PAJONK et al., 2000a). Der psychiatrische Notfall hebt sich auch deshalb von anderen Notfallsituationen ab, weil er sein Umfeld (Angehörige, Zuschauer, Helfer) unmittelbar mit in den Kreis der möglichen Auswirkungen des Notfalls einbezieht (GULLENKAMP, 1981). Konkrete Daten über die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle im Rettungsdienst sind in der Literatur selten zu finden, übereinstimmend wird allerdings von einer Zunahme der psychiatrischen Notfälle in den letzten zwei Jahrzehnten gesprochen (STEUBER, 1994; BERZEWSKI, 1992; BURKHARDT u. HERMLE, 1999; PAJONK et al., 2001b).

In Kaiserslautern wurden in einer Studie 2576 Notarzteinsätze des Jahres 1997 untersucht. Der häufigste Einsatzgrund waren internistische Krankheitsbilder mit 56 %, gefolgt von psychiatrischen und psychosozialen Erkrankungen, die 12 % ausmachten. Darunter fielen z.B.: Substanzmißbrauch, Panikstörungen, Psychosen, Suizidalität, familiäre Gewalt, antisoziales Verhalten, Delinquenz sowie Notlagen, die aus Vereinsamung und Verelendung resultierten. Die Einteilung in die Kategorie „psychiatrischer/psychosozialer Notfall“ erfolgte, wenn in den Einsatzprotokollen ein psychiatrisch/psychosozialer Hintergrund vermerkt war, der letztendlich Ursache des Notfalls war. Dies wurde auch dann so beibehalten, wenn internistische oder chirurgische Maßnahmen notwendig wurden. Beispielsweise wurden Schnittverletzungen am Arm dann zu den psychiatrischen Notfällen gezählt, wenn der Grund der Verletzung in antisozialem Verhalten oder häuslicher Gewalt lag. Außerdem wurde das Einsatzspektrum auch auf den Versichertenstatus des Patienten hin

untersucht. Es wurde festgestellt, daß unter den durch das Sozialamt Versicherten psychiatrische und psychosoziale Notfälle mit einem Anteil von 40 % den häufigsten Einsatzgrund ausmachten und im Vergleich zu Patienten mit gesetzlicher oder privater Krankenversicherung signifikant häufiger ( $p < 0,01$ ) auftraten (LUIZ et al., 2000). In einer früheren Studie aus Bonn von 1985 fielen 16 % aller Einsätze in den neurologisch-psychiatrischen Bereich. Es wurden hier jedoch keine Kriterien für die Zuordnung zu diesem Bereich genannt (PETERSON, 1985). Eine weitere Studie aus Lindau untersuchte 4548 Notarzteinsatzprotokolle von 1989–1993: 63 % der Einsätze wurden dem Fachbereich Innere Medizin zugeordnet, 25 % dem Fachbereich Chirurgie und 9 % der Einsätze fielen in das Fachgebiet der Psychiatrie. Es ist hier jedoch zu bemerken, daß im Gegensatz zu der Studie aus Kaiserslautern nur Patienten mit psychiatrischen Einsatzursachen, die keine Maßnahmen zur Sicherung der Vitalfunktionen benötigten, als psychiatrischer Notfall benannt wurden. Erhielten sie eine Infusion, so wurde der Einsatz dem Fachgebiet der Inneren Medizin zugeordnet. 55 Patienten mit Intoxikationen in suizidaler Intention, die eine Infusion erhielten, wurden deshalb nicht als psychiatrische Notfälle betrachtet (KÖNIG et al., 1996).

In einer retrospektiven Untersuchung wurden alle Notarztprotokolle des Jahres 1995 in der Stadt Hamburg mit dem Ziel ausgewertet, Häufigkeit, Art und Therapie psychiatrischer Notfälle bestimmen zu können. Unter den 26347 Einsätzen befanden sich 10 % mit psychiatrischer Beteiligung. Besonders häufig waren Einsätze aufgrund von Alkoholintoxikationen, Erregungszuständen und Suizidversuchen. Die Notarztprotokolle wurden neben dem Erstbefund und der Erstdiagnose auch auf Therapiemaßnahmen, Medikamentenverabreichung und handschriftliche Vermerke hin untersucht. Es wurde festgestellt, daß psychiatrische Störungen zu selten dokumentiert, diagnostiziert und therapiert wurden, was ebenfalls auf die Notwendigkeit von speziellen Aus- und Fortbildungsprogrammen für Rettungsdienstpersonal hindeutet (PAJONK et al., 2001b).

Ein ähnliches Ergebnis brachte die Auswertung von 3278 Notarzteinsatzprotokollen des Landkreises Schaumburg: Neben 37 % der Einsatzursachen, die aus dem internistischen Bereich stammten, gefolgt von 18 % aus dem chirurgischen Bereich, bildeten psychiatrische Notfälle mit 9 % die dritthäufigste Einsatzursache. Unter den häufigsten Verdachtsdiagnosen wurden auch in dieser Untersuchung Alkoholintoxikation und Suizidalität genannt.

Gleichzeitig, aber unabhängig von der Auswertung der Notarzteinsatzprotokolle, erfolgte eine weitere Untersuchung im Landkreis Schaumburg: Mit einem nahezu identischen Fragebogen, wie er in unserer Untersuchung benutzt wurde, sind sowohl 22 Notärzte als auch 44 Rettungsdienstmitarbeiter hinsichtlich Häufigkeit, Wertigkeit und des Umganges mit psychiatrischen Notfallsituationen befragt worden. Die Rettungsdienstmitarbeiter schätzten den Anteil rein psychiatrischer Notfälle auf 9 % aller Einsatzursachen und bestätigten damit das Ergebnis der Einsatzprotokolle. Die Einschätzung der Notärzte lag etwas niedriger: Die Häufigkeit rein psychiatrischer Einsätze wurde durchschnittlich mit einem Anteil von 2 % aller Einsatzgründe angegeben (PAJONK et al., 2001c).

Mit gleichem Fragebogen erfolgte eine Studie in Hamburg, bei der 222 Notärzte Angaben zu ihren demographischen Daten, der Häufigkeit von psychiatrischen Notfällen, Streßsituationen, psychiatrischen Fachkenntnissen und ihrem Interesse an Fortbildungen machten. Die Auswertung ergab, daß auch die Notärzte aus Hamburg psychiatrische Notfälle an dritter Stelle der Einsatzgründe für den Notarzt einschätzen. Die eigenen psychiatrischen Kenntnisse wurden als ungenügend eingestuft. Das Interesse an Fortbildungen war groß (PAJONK et al., 1998).

Ob ein Einsatz auch als psychiatrischer Notfall dokumentiert wird, hängt (wie besonders die Studien aus Kaiserslautern und Lindau zeigen) nicht nur von der ursächlichen Erkrankung des Patienten und der verwendeten Definition des psychiatrischen Notfalls ab, sondern auch von der Methodik der Untersuchung und der notfallmedizinischen Versorgung (HÄFNER u. RÖSSLER, 1986). In der Literatur werden häufig Probleme hinsichtlich der Einordnung eines Patienten in das richtige Fachgebiet beschrieben, zumal psychiatrische Erkrankungen häufig komorbide mit somatischen Störungen vorliegen (WINOKUR, 1994; KORANYI, 1979; SUMMERS et al., 1979). So beschreibt eine amerikanische Untersuchung die Fälle von 64 Patienten, die der Psychiatrie zugewiesen wurden, denen jedoch internistische Ursachen zugrunde lagen. Vergiftungssymptome wurden in 34 % fälschlicherweise Alkoholproblemen zugeschrieben, in 13 % einem Delirium tremens und in 13 % dem Drogenmißbrauch. In keinem dieser Fälle wurde eine psychiatrische Untersuchung durchgeführt. Andere Gründe, die zu einer Falschdiagnose führten, waren eine unzureichende körperliche Untersuchung, zu wenige Laboruntersuchungen und mangelnde Kenntnisse der Krankengeschichte (REEVES et al., 2000).

In einer Arbeit über psychiatrische Konsultationen einer amerikanischen Notfallambulanz wurde die Wichtigkeit des Hinzuziehens eines psychiatrischen Konsiliarius betont. Dort wurden die Patienten primär von einem Notarzt zumeist aus dem internistischen oder chirurgischen Bereich untersucht, der sein Augenmerk besonders auf die körperlichen Beschwerden des Patienten richtete. Eine psychiatrische Diagnose wurde erst in Erwägung gezogen, wenn die klinische Erstuntersuchung keine Diagnose erbrachte. Durch psychiatrische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Pflegepersonal der Notfallambulanz und wöchentliche Fallbesprechungen mit einem Psychiater konnte die Anzahl der psychiatrischen Konsile erhöht werden. Dies führte zu frühzeitigem Erkennen von psychiatrischen Erkrankungen sowie dem raschen Einleiten von adäquaten Behandlungsmöglichkeiten, was die medizinische Versorgung optimierte. Bei Patienten, die gezögert hätten, sich in einer psychiatrischen Einrichtung vorzustellen, konnte so überhaupt erst die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung gestellt werden (SCHUSTER, 1995).

Aufgrund der Tatsache, daß psychiatrische Fortbildungen in der Notfallmedizin bislang vernachlässigt wurden, entstand folgende Studie aus Hamburg: 42 Ärzten, die an einem Kurs zum Erlangen des Fachkundenachweises Rettungsdienst teilnahmen, erhielten eine einstündige Fortbildung über „die psychopathologische Notfallehre, deren Grundbegriffe, das Beherrschen der Grundsätze im Umgang mit psychisch Kranken im Notfalldienst sowie das Erkennen häufiger psychiatrischer Notfallsituationen“. Vor Beginn und nach der Veranstaltung wurden die Kenntnisse der Teilnehmer über psychiatrische Notfälle und ihre Einstellung zu diesem Thema anhand zweier Fragebögen in Erfahrung gebracht. Daß eine große Notwendigkeit besteht, psychiatrische Fortbildungen durchzuführen, zeigte die Auswertung der Fragebögen: Die Ärzte, die größtenteils auf dem Gebiet der Inneren Medizin und der Chirurgie tätig waren, gaben ihre eigenen psychiatrischen Kenntnisse als „mäßig“ an. Die Häufigkeit von Einsätzen mit psychischem Anteil wurde auf  $42 \pm 26$  % geschätzt. 76 % hielten psychiatrische Kenntnisse für „wichtig“ und „sehr wichtig“. Fortbildungen wurde eine hohe Bedeutung beigemessen und der Unterricht von der Mehrheit als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichnet. 69 % der Teilnehmer konnten durch den Unterricht ihre psychiatrischen Kenntnisse deutlich erweitern. Von der Hälfte der Teilnehmer wurde ein noch höherer Praxisanteil gewünscht (PAJONK et al., 2001a). Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Relevanz des Themas Psychiatrie in der Rettungsmedizin und zeigen,

daß sowohl Interesse als auch Bereitschaft von Ärzten zur intensiveren Auseinandersetzung mit psychiatrischen Informationen vorhanden sind.

Die Erkenntnis, daß psychiatrische Notfälle einen hohen Anteil der Rettungsdiensteinsätze in der Notfallmedizin ausmachen, führte zur Überarbeitung des bundeseinheitlichen DIVI-Notarzteinsatzprotokolls: Es enthält nun unter der Rubrik „Erstdiagnosen“ psychiatrische Notfälle als eigenständigen Hauptpunkt. War zuvor nur die Dokumentation somatischer Parameter möglich, finden sich nun in der Neuauflage des Protokolls die häufigsten psychiatrischen Notfälle codiert. Durch diese frühzeitige Dokumentation von Diagnosen, wie zum Beispiel Suizidversuch, Drogenintoxikation oder Psychosen, profitieren die Patienten in ihrer Weiterversorgung (MOECKE et al., 2000).

Im Rettungswesen des amerikanischen Raums werden die Erstversorgung und der Transport des Notfallpatienten von Rettungsdienstangestellten („*paramedics*“) durchgeführt, die vom Ausbildungsstand mit den in Deutschland tätigen Rettungsassistenten vergleichbar sind. Eine Untersuchung durch einen Arzt erfolgt erst in der Notaufnahme des Krankenhauses oder in sogenannten Notfallpraxen (SCHMIDT et al., 1992; MOECKE, 1998). Für psychiatrische Notfälle entstanden im amerikanischen Raum zusätzlich eine Vielzahl von psychiatrischen Notdienensteinrichtungen („*psychiatry emergency services*“). Diese Einrichtungen stehen sowohl für Patienten offen, die aus eigenem Interesse psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen wollen, als auch für Patienten, die eingewiesen werden (KASKEY et al., 1984). Auch im europäischen Raum stehen den Patienten mehr und mehr ähnliche spezielle psychiatrische Einrichtungen zur Verfügung. So entstanden in Mannheim im Laufe der Gründung des Zentralinstituts für seelische Gesundheit 1970 auch zwei ambulante Notfallpraxen, eine im Institut selbst, die andere im größten allgemeinen Krankenhaus von Mannheim. Damit sind beide Notfallambulanzen zentral gelegen und können gut erreicht werden. In beiden Niederlassungen gibt es zwar eine offizielle Sprechzeit, die Praxis kann aber auch außerhalb der Sprechstunden ohne vorherige Terminabsprache jederzeit besucht werden, was diese psychiatrische Notfallpraxis von den Praxen der niedergelassenen Psychiater unterscheidet. Außerhalb der regulären Sprechzeiten ist die Einrichtung somit für alle psychiatrischen Notfälle der Stadt Mannheim zuständig. In der Zeit von 1982–1993 suchten 6463 Patienten die Einrichtung auf, und es kam zu 14628 verschiedenen Patientenkontakten. Die häufigsten

Krankheitsbilder, die hier diagnostiziert wurden, waren der Mißbrauch von psychoaktiven Substanzen mit 25 %, gefolgt von Schizophrenien mit 23 %, Psychosen mit 19 %, Neurosen mit 13 %, affektiven Störungen mit 12 %, organisch-symptomatisch psychiatrischen Erkrankungen mit 6 % und nicht psychotischen Verwirrheitszuständen mit 2 %. Nur ein geringer Anteil von 1 % der Konsultationen konnte keiner psychiatrischen Erkrankung zugeschrieben werden. Bei der näheren Untersuchung der Patientenkontakte konnten unterschiedliche Belange der Patienten festgestellt werden. So ließen sich die Konsultationen in vier verschiedene Kategorien einteilen. Der ersten Gruppe sind die Patienten zugeordnet, die therapeutischer Hilfe bedürfen, diese aber nicht suchen. In der zweiten Kategorie verlangen Patienten psychiatrische Hilfe, ohne sie zu benötigen. Des weiteren gibt es eine dritte Gruppe von Patienten, die psychiatrische Hilfe benötigen und auch in Anspruch nehmen. Der vierten Gruppe sind alle die Patienten zugeordnet, die sich in den anderen drei Gruppen nicht wiederfinden (BÜRGY u. HÄFNER-RANABAUER, 2000). Daraus wird deutlich, wie vielfältig die Ansprüche der Patienten an psychiatrische Hilfe sind. Der Bedarf von verschiedenen psychiatrischen Institutionen, die den verschiedenen Ansprüchen gerecht werden können, ist damit gegeben. Daß akute psychiatrische Erkrankungen und seelische Notsituationen, die sofortiger Hilfe bedürfen, früher in gemeindefernen und zumeist abgelegenen psychiatrischen Großkrankenhäusern versorgt wurden und auffällig gewordene Patienten vom Rettungsdienst, der Polizei oder fachfremden Ärzten in eine psychiatrische Fachklinik eingewiesen wurden, kann heute durch spezielle psychiatrische Notdienste immer öfter vermieden werden (KATSCHNIG u. KONIECZA, 1987). Seit 1977 gibt es auch in Hamburg einen psychiatrischen Notdienst. Dieser ist außerhalb regelmäßiger Dienstzeiten verfügbar und wird von einem psychiatrisch erfahrenen Arzt, der eine mindestens einjährige psychiatrische Arbeitserfahrung hat, betreut. Die Besonderheit liegt in der Tatsache, daß es sich um einen mobilen Notdienst handelt, der direkt am Ort des Geschehens eingreifend tätig werden kann, noch bevor der Patient aus seinem normalen Umfeld in die Klinik gebracht wird. Eine retrospektive Betrachtung der Einrichtung zeigte, daß in einem zuvor notfallpsychiatrisch unterversorgten Gebiet der psychiatrische Notfalldienst zu einer frühzeitigen Klärung von Krisen und Notfallsituationen beitragen kann, indem Patienten eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erspart werden kann oder eine solche behutsam durch qualifizierte Begründungen weniger invasiv gestaltet wird. Im

Jahr 1985 konnten bei 51 % der Einsätze zwangsweise Unterbringungen und bei 38 % der Einsätze eine stationäre Behandlung vermieden werden (SPENGLER, 1984 u. 1987). Der psychiatrische Notdienst hilft somit nicht nur seinen Patienten, sondern erleichtert auch Polizei und Rettungsdienstmitarbeitern den Umgang mit schwierigen Situationen.

In einer Hamburger Studie wurde untersucht, welche allgemeinen Krankenhäuser geeignet wären für die Gründung von speziellen psychiatrischen Einrichtungen, da viele psychiatrische Patienten in den Krankenhäusern auf innere oder chirurgische Stationen aufgenommen wurden. Von 1988–1994 wurden alle Daten von nahezu 77 % aller psychiatrischen Patienten in 41 verschiedenen Krankenhäusern untersucht. Die Untersuchung ergab, daß eine besonders hohe Anzahl dieser Patienten aus sozial schwachen Gegenden auf internistische Abteilungen aufgenommen wurden. 70 % der männlichen Patienten litten unter Alkoholproblemen (weibliche Patienten: 67 %), 34 % an Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (weibliche Patienten: 40 %) und 24 % konsumierten illegale Drogen (weibliche Patienten: 35 %). Dies ergab, daß neue psychiatrische Institutionen sich auf Krankenhäuser mit internistischen Abteilungen konzentrieren sollten, die in Bezirken mit niedrigem Sozialstatus lokalisiert sind (MAYLATH et al. 2000).

## 4.2 Methodische Fragen

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine anonymisierte Befragung von Rettungsdienstmitarbeitern, die Häufigkeit, Art und Therapie psychiatrischer Notfälle einschätzen sollten. Die Aussagekraft der Ergebnisse unterliegt allerdings Einschränkungen, die auch bei anderen Erhebungen dieser Art vorhanden sind. Die Antworten des Fragebogens stellen einen Meinungsspiegel einer willkürlich ausgesuchten, nicht randomisierten Gruppe innerhalb eines Erhebungszeitraumes von ungefähr zwei Monaten dar. Damit können sie nicht unbedingt als repräsentativ angesehen werden. Aufgrund der Art der Befragung kann es möglicherweise zu Ungenauigkeiten wie auch zu Verzerrungen kommen.

Die Fragebögen wurden in verschlossenen Briefumschlägen, denen jeweils ein Rückantwortkuvert beilag, über die Behördenpost versendet. Trotzdem wurden die ausgefüllten Bögen häufig abteilungsweise gesammelt und in einem gemeinsamen Umschlag wieder über die Behördenpost zurückgeschickt. So kann eine gegenseitige Beeinflussung beim Ausfüllen des Fragebogens nicht ausgeschlossen werden. Außerdem ist zu beachten, daß jeder Teilnehmer an der Befragung eine andere subjektive Einschätzung besitzt, um beispielsweise die Wichtigkeit eines Themas auf einer Skala von „wenig wichtig“ bis „sehr wichtig“ anzugeben. Hinzu kommt, daß sich der Fragebogen speziell auf psychiatrische Themen im Notarzt- und Rettungsdienst bezieht und dieser Themenbereich somit isoliert betrachtet wurde und nicht in Relation zur Meinung über andere Bereiche der Notfallmedizin gesetzt werden kann. Eine vergleichende Untersuchung, beispielsweise zur Bereitschaft zu Fortbildungen über notfallpsychiatrische Themen und andere Themen aus dem Rettungsdienst wäre interessant, bleibt aber eine Aufgabe für die Zukunft.

Im ersten Abschnitt des Fragebogens sollten in den Fragen 1.5–1.7 die Arbeitszeit sowie die Anzahl der Notfalleinsätze und Fortbildungen in verschiedenen Zeiträumen genannt werden (pro Monat, pro Jahr). Die Antworten sollten in Stunden bzw. Anzahl von Einsätzen angegeben werden. Die große Streubreite der Antworten, ersichtlich aus den großen Standardabweichungen, läßt vermuten, daß nicht alle Teilnehmer auf die unterschiedlichen Bezugsgrößen geachtet haben.

Bei der Auswertung des Fragebogens fiel weiter auf, daß es besonders bei den Fragen eine niedrige Beteiligung gab, die nicht durch einfaches Ankreuzen vorgegebener Antworten zu lösen waren. Das galt besonders für die Bearbeitung der Fallbeispiele, bei denen eine Diagnose nur durchschnittlich von 62 % der Teilnehmer vorgeschlagen wurde und im Durchschnitt nur 78 % einen Therapievorschlag nannten. Durch die Vorlage identischer Fragebögen mit den gleichen Fallbeispielen ließen sich zwar einerseits besser direkte Vergleiche zu den Notärzten bezüglich Kenntnisstand, Fortbildungsbereitschaft und Stellenwert der Psychiatrie im Notfalldienst ziehen, andererseits hat die Bearbeitung von Falldarstellungen mit der Bitte um genaue Diagnosen und Therapiemaßnahmen offensichtlich viele Rettungsdienstmitarbeiter überfordert. Verschiedene Auswahlmöglichkeiten an Diagnosen und therapeutischem Vorgehen, unter denen die richtige Antwort auszuwählen gewesen wäre, hätten hier vielleicht zu einer größeren Beteiligung geführt. Die Frage nach der Notfallindikation, die lediglich mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden konnte, war dann wieder mit einer deutlich höheren Compliance verbunden. Eine weitere Schwierigkeit bei der Bearbeitung der Fallbeispiele lag wohl auch in der Tatsache, daß Rettungsdienstsanitäter und -assistenten nicht denselben Behandlungsspielraum im therapeutischen Vorgehen besitzen wie Ärzte. So bleiben beispielsweise intravenöse Injektionen von Medikamenten Notärzten vorbehalten.

Als Therapievorschlag wurde jedoch in einigen Fallbeispielen die Angabe bestimmter Medikamentenverabreichungen erwartet. Diese Tatsache irritierte vielleicht einige Rettungsdienstmitarbeiter und führte dazu, daß sie hierzu keine Antwort gaben.

Bei den Fragen 2.1–2.4 und 2.7 im zweiten Abschnitt des Fragebogens fiel mit durchschnittlich 94 % ebenfalls eine etwas geringere Beteiligung auf als bei den anderen Fragen dieses Abschnitts. Auch diese Fragen ließen sich nicht nur durch Ankreuzen beantworten, vielmehr sollten zusätzlich prozentuale Angaben von Häufigkeiten gemacht werden. In Frage 2.2 bezogen sich diese Häufigkeiten auf die Einsätze mit psychischem Anteil. Bei den restlichen Fragen sollten sich die Häufigkeitsangaben auf die Gesamtzahl aller Einsätze beziehen. Auch hier könnten die unterschiedlichen Bezugsgrößen trotz eines Hinweises auf dem Deckblatt des Fragebogens nicht richtig verstanden worden sein. Dafür können auch die hohen Standardabweichungen sprechen. Mit einer Rücklaufquote von 13 % war die Teilnahme an der Befragung eher niedrig. Auf eine Nachfrage diesbezüglich wurde auf die freiwillige Teilnahme verwiesen. Aus

den bereits oben erwähnten Gründen könnte der Fragebogen mit seinen Ansprüchen auch in einigen Rettungsdienstmitarbeitern das Gefühl hervorgerufen haben, der Beantwortung der Fallbeispiele nicht gerecht werden zu können. Dies ist jedoch eher unwahrscheinlich, da in diesem Fall auch nur die ersten beiden Abschnitte des Fragebogens beantwortet werden konnten, wie es auch einige der Teilnehmer getan haben. Wahrscheinlicher ist, daß mit den 151 Antwortenden schon eine Selektion derer vorgenommen wurde, die besonders an fachübergreifenden Themen interessiert sind. Zu beachten ist außerdem, daß in dem Fragebogen betont wurde, ausschließlich auf das Jahr 1995 Bezug zu nehmen. Die Befragung wurde jedoch 1997 durchgeführt, so daß einige Teilnehmer noch nicht oder nicht mehr im Rettungsdienst tätig waren.

### 4.3 Bewertung der Ergebnisse

Parallel zu der hier vorliegenden Studie erfolgten noch andere Untersuchungen, bei denen mit einem nahezu identischen Fragebogen und vergleichbarer Methodik Notärzte der Stadt Hamburg und sowohl Rettungsdienstmitarbeiter als auch Notärzte des Landkreises Schaumburg, mit Bezug auf das Jahr 1995, befragt wurden. So wurde 222 Mitgliedern der „Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V.“ (AGNN) (PAJONK et al., 2001d) sowie 48 im Landkreis Schaumburg tätigen und im NEF bzw. NAW eingesetzten Ärzten und 82 Rettungsdienstmitarbeitern des „Deutschen Roten Kreuzes (DRK) – Rettungsdienst/Krankentransport im Landkreis Schaumburg e.V.“ (PAJONK et al., 2001c) der Fragebogen vorgelegt. Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Studien zeigte, daß Unsicherheiten im Umgang mit psychiatrischen Notfällen nicht nur bei den in dieser Studie untersuchten Angaben der Rettungsdienstmitarbeiter in einer Großstadt wie Hamburg vorhanden waren, sondern auch bei den Notärzten dieser Großstadt und bei Rettungsdienstmitarbeitern und Notärzten, die in ländlichen Gebieten tätig waren. Diese Erkenntnis ist alarmierend, da nach Literaturangaben psychiatrische Notfälle mit mindestens 9 % die dritthäufigste Einsatzursache im Notarzt- bzw. Rettungsdienst waren (KÖNIG et al., 1996; PAJONK et al., 2001b; PAJONK et al., 2001c). Die Parallelstudien bestätigten diese Angaben, denn auch die Rettungsdienstmitarbeiter aus dem Landkreis Schaumburg sowie die Notärzte aus Hamburg gaben die Häufigkeit rein psychiatrischer Notfälle mit 9% aller Einsätze an. Die Auswertung der Ergebnisbögen zeigte, daß auch die Rettungsdienstmitarbeiter dieser Untersuchung bei einem Anteil von 8 % der Einsätze mit rein psychiatrischen Notfällen konfrontiert werden.

Die Häufigkeit von Einsätzen mit psychischem Anteil, bei denen ebenso psychiatrisches Fachwissen erforderlich ist, wurde in dieser Untersuchung mit 26 % aller Einsätze noch höher angegeben. Wie aufgrund dieser Angaben zu erwarten war, wurden psychiatrische Grundkenntnisse im Rettungsdienst dann auch von über der Hälfte der Teilnehmer für „wichtig“ gehalten, was der Meinung der Ärzte und Rettungsdienstmitarbeiter der Parallelstudien entsprach. Es ist daher sehr bedenklich, daß die Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kenntnisse in allen Untersuchungen zu ähnlichen Ergebnissen führte: Zwischen 79 % und 84 % der Befragten gaben an, daß diese lediglich

„durchschnittlich“ bis „mäßig“ seien. Dies läßt schon eine wesentliche Problematik erkennen, denn auf die Frage, wie häufig diese zumeist ja als unzureichend beschriebenen Kenntnisse im Rettungsdienst angewendet wurden, antworteten 30 % der Rettungsdienstmitarbeiter mit „öfter“, und zwar bei  $33 \% \pm 24$  aller Einsätze. Diese Angaben wurden von den Notärzten aus Hamburg mit ähnlichen Zahlen bestätigt.

Die Unsicherheiten im Umgang mit psychiatrischen Notfällen spiegeln sich auch in den Lösungen der Fallbeispiele wider: Während bei den Notärzten aus Schaumburg noch durchschnittlich 71 % und von den AGNN-Mitgliedern 65 % eine korrekte Diagnose angeben konnten, waren die Ergebnisse der Rettungsdienstmitarbeiter, die häufig als erste am Einsatzort eintreffen und wichtige Entscheidungen bezüglich Diagnose und Therapie treffen müssen, doch erheblich schlechter. Die Rettungsdienstmitarbeiter aus dem Landkreis konnten durchschnittlich nur in 39 % der Fälle das Krankheitsbild richtig erkennen. Mit 36 % lag der Anteil der korrekt angegebenen Diagnosen in dieser Untersuchung noch etwas niedriger. Von den fünf dargestellten Situationen, die alle typische Notfallsituationen darstellen, wurde nur das Krankheitsbild des verwirrten Patienten von der überwiegenden Mehrheit (96 %) erkannt. Eine Frühdyskinesie nach Einnahme von Haloperidol, die in einem anderen Fallbeispiel dargestellt wurde, ist nur von 19 % der Rettungsdienstangestellten erkannt worden. Lediglich ein einziger Teilnehmer wußte, welches Medikament in diesem Fall verabreicht werden mußte. Bei einem anderen Beispiel, der Beschreibung der ständig schreienden und nicht zu beruhigenden Patientin mit plötzlich eingetretener Wesensveränderung, ließen sich die Befragten durch die Angabe verunsichern, daß ein vorheriger Sturz nicht ausgeschlossen werden könne. Dies unterstreicht die unter Kapitel 4.1 bereits erwähnte Schwierigkeit, zwischen Krankheitsbildern aus anderen Fachrichtungen und psychiatrischen Erkrankungen zu unterscheiden, wenn sich diese mit somatischen Symptomen präsentieren. Dadurch dachten 56 % irrtümlicherweise, im dargestellten Fall handele es sich um ein Schädelhirntrauma. Eine mögliche richtige Verdachtsdiagnose wurde nur von 2 % der Rettungsdienstangestellten angegeben. Auch die verschiedenen Erkrankungsbilder von Psychosen wurden von über 50 % der Teilnehmer nicht erkannt. Als besonders enttäuschend mußten in allen Untersuchungen, sowohl bei den Notärzten als auch bei den Rettungsdienstmitarbeitern, die vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen gewertet werden. Zwar lag die Anzahl der korrekten Vorschläge der Notärzte etwas höher als die der Rettungssanitäter, dennoch wären weitaus mehr als die Hälfte der für

den Rettungsdienst ausgebildeten Notärzte bei einem psychiatrischen Notfall nicht in der Lage gewesen, korrekt zu therapieren. Mit nur 14 % richtigen Vorschlägen der Rettungsdienstmitarbeiter aus Schaumburg zur Therapie und 21 % der Rettungsdienstmitarbeiter dieser Untersuchung zeigten sich noch größere Schwierigkeiten als bei den Notärzten, angemessene therapeutische Maßnahmen in die Wege leiten zu können. Das Rettungsdienstpersonal hat jedoch häufig allein zu entscheiden, wie der Patient zunächst behandelt werden muß. Rettungsdienstmitarbeiter müssen daher in der Lage sein, eine psychiatrische Komponente im Einsatz zu erkennen und dementsprechend therapeutische Maßnahmen einzuleiten, sei es durch sie selber, durch das Hinzurufen eines Notarztes oder durch die Einweisung in eine entsprechende Klinik. Daß die Rettungsdienstmitarbeiter aber Schwierigkeiten haben, solche Entscheidungen zu treffen, wird bei der Bearbeitung der Fallbeispiele bezüglich Notfallindikation und der Einweisung ins Krankenhaus deutlich, da sich die Unsicherheiten hier fortsetzen. So hätten im Fallbeispiel des 28jährigen Patienten, der sich in einer manischen Phase einer affektiven Psychose befand, 73 % keinen Notarzt hinzugerufen und 53 % hätten den Patienten nicht in ein Krankenhaus eingewiesen. Für den Patienten könnte eine derartige Fehlentscheidung schwerwiegende Konsequenzen haben: Ihm entginge dann nicht nur eine dringlich notwendige Akuttherapie, sondern auch die Möglichkeit einer Rezidivprophylaxe. Diese ist deshalb so wichtig, weil die Krankheit häufig in Phasen verläuft und ein erneutes Auftreten jederzeit wieder möglich ist, wobei betont werden muß, daß depressive Phasen auch immer eine Suizidgefährdung beinhalten. Dieses Beispiel verdeutlicht, daß es sehr wichtig ist psychiatrische Krankheitsbilder im Rettungsdienst zu kennen, da zwangsläufig die Einschätzung als Notarztindikation und die Entscheidung der Einweisung ins Krankenhaus davon abhängen.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß 1/5 der Rettungsdienstmitarbeiter angab, sich schon „oft“ bei psychiatrischen Einsätzen überfordert gefühlt zu haben. Bei den Notärzten war dies seltener der Fall.

Es war außerdem in dieser Untersuchung auffällig, daß die Bearbeitung der Fallbeispiele einer deutlich niedrigeren Compliance unterlagen als alle anderen Abschnitte des Fragebogens.

Auf die Frage nach dem therapeutischen Vorgehen sind von den Rettungsdienstmitarbeitern eher allgemeinere Therapiemaßnahmen angegeben worden,

wie zum Beispiel das Überprüfen von Vitalparametern, den Notarzt anfordern, beruhigend auf den Patienten einwirken, den Patienten bestmöglich vor Eigenverletzungen schützen usw. Für diese Antworten gab es keine Punkte, obwohl ein solches Vorgehen grundsätzlich richtig ist. Auch im Fallbeispiel der Patientin, die unter Frühdyskinesie nach Haloperidoleinnahme litt, wurden beispielsweise Therapievorschlüge wie „Beißkeil bereitlegen, Absicherung der Patientin, auf Eigenschutz achten, versuchen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, beruhigend auf die Patientin einreden sowie NAW anrücken lassen wegen Medikamentengabe“ angegeben. Auf das Beispiel der Patientin im akuten Erregungszustand, differentialdiagnostisch epileptischer Anfall, kamen häufig Vorschläge wie zum Beispiel „Puls- und Blutdruckkontrolle, Pupillengröße überprüfen, Kopfverletzung ausschließen, Sauerstoffsättigung messen“. Im Fallbeispiel des 76jährigen Patienten mit „Verwirrtheitszustand, Demenz bei bestehender Alkoholkrankheit“ wurden auf Vorschläge wie „Blutzuckerkontrolle, überprüfen der Motorik und Ordnungsamt benachrichtigen“ gemacht.

Daß die niedrige Beteiligung und die Schwierigkeiten beim Bearbeiten der Fallbeispiele auf einer Interesselosigkeit gegenüber dem Thema beruht, ist eher unwahrscheinlich, da die Beantwortung der anderen Fragen einen gegenteiligen Schluß zuläßt. So schätzten über die Hälfte der Rettungsdienstmitarbeiter die Berechtigung eines RTW-/NAW Einsatzes bei einem akuten psychiatrischen Notfall als „hoch“ bis „sehr hoch“ ein. Insgesamt zeigten die Rettungsdienstmitarbeiter viel Verständnis für psychiatrische Notfälle: Die meisten gaben an, noch nie oder wenn dann nur selten über solche Einsätze verärgert gewesen zu sein. Ein besonders wichtiger Punkt, der die Aufmerksamkeit der Rettungsdienstangestellten gegenüber dem Thema „psychiatrische Notfälle“ unterstreicht, ist die Fortbildungsbereitschaft: Sie wurde von 61 % und damit von der Mehrzahl als „hoch“ bis „sehr hoch“ angegeben. Durchschnittlich 18 Stunden pro Jahr fanden Rettungsdienstmitarbeiter für Fortbildungen angemessen, und sie wären auch bereit, diese Zeit in ihrem persönlichen Terminkalender einzurichten. Ein Vergleich der Teilnahme an Fortbildungen mit den Parallelstudien zeigt, daß die Rettungsdienstmitarbeiter beider Untersuchungen seltener an rettungsdienstrelevanten Fortbildungen teilgenommen haben als die Notärzte aus Hamburg und dem Landkreis Schaumburg, obwohl die Bereitschaft, an Fortbildungen zu psychiatrischen Themen teilzunehmen, in allen Untersuchungen ähnlich groß war.

So scheinen die Unsicherheiten, psychiatrische Krankheitsbilder zu erkennen und therapeutische Maßnahmen in die Wege zu leiten, eher auf mangelnden Fachkenntnissen zu beruhen.

Die Bereitschaft, sich die fehlenden Kenntnisse anzueignen, wird auch dadurch unterstrichen, daß die vorgeschlagenen Themen für Fortbildungsveranstaltungen von den Rettungsdienstmitarbeitern positiv aufgenommen wurden: Fortbildungen zu Themen wie Krisenintervention, Drogen-/Suchtnotfälle und Suizidologie wurden von der überwiegenden Zahl der Teilnehmer für „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“ gehalten. Dies entsprach in etwa den Ergebnissen der Parallelstudien. Auffällig war, daß der Großteil der Notärzte dem Thema „Drogen-/Suchtnotfälle“ besondere Beachtung schenkte, während die Rettungsdienstmitarbeiter beider Untersuchungen das Thema „Suizid“ am wichtigsten fanden.

Die Wichtigkeit des Themas Suizid für den Rettungsdienstmitarbeiter wird auch dadurch unterstrichen, daß 38 % in dem Fragebogen angaben, Suizid(-versuch) sei „öfter“ Grund des Einsatzes gewesen, und zwar nach eigenen Einschätzungen bei 17 % aller Einsätze. Laut Literaturangaben werden in Deutschland jährlich mindestens 75000 Suizidversuche unternommen, davon ca. 12000 erfolgreich. Daher sind die Einschätzung der Suizidgefahr und eine eventuell notwendige Intervention bei einem Suizidversuch sehr schwierige, aber unbedingt notwendige Aufgaben des Rettungsdienstes. Häufig tritt ein Suizid(-versuch) im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit auf (PAJONK, 2000). Dies sind Erkrankungsbilder, die größtenteils bei der Bearbeitung der Fallbeispiele von den Rettungsdienstmitarbeitern nicht erkannt wurden. Werden diese psychiatrischen Störungen auch bei einem Rettungseinsatz übersehen oder ein Suizidversuch nicht erkannt, hat das gravierende Folgen für den Patienten. Er bekommt keine Therapie, und die Suizidgefahr bleibt weiter bestehen. Wichtig ist auch das Dokumentieren einer Suizidgefährdung oder eines Suizidversuchs, das aufgrund der neuen DIVI-Notarzteinsatzprotokolle besser möglich ist. Häufig wird dies bei einem Einsatz vergessen, da die Behandlung der somatischen Ursachen zunächst vorrangig ist. Es darf aber nicht übersehen werden, daß ein Einsatz aufgrund eines Suizidversuchs immer ein kombiniert somatisch-psychiatrischer Einsatz ist und die psychiatrische Komponente danach mit gleicher Wichtigkeit verfolgt werden muß (PAJONK et al., 2000b).

Weiterführende Behandlungsmöglichkeiten in die Wege zu leiten könnte in vielen Fällen Aufgabe des Rettungsdienstes sein, wobei schon die Wahl der Klinik (z.B. mit integrierter psychiatrischer Betreuung) für einen Therapieerfolg entscheidend ist.

Rettungsdienstmitarbeiter können bei jedem Einsatz in Belastungs- und Streßsituationen gelangen. Dabei spielt auch die Angst des Versagens eine Rolle, die umso größer ist, je unsicherer der Rettungsdienstangestellte sich im Umgang mit solchen Situationen fühlt. Versagensängste werden noch dadurch verstärkt, daß der Rettungsdienstmitarbeiter beinahe immer kompetentes, korrektes und zügiges Handeln vor einem Publikum, wie z.B. Zuschauern oder Angehörigen, beweisen muß. Auch der korrekte Umgang mit dem Umfeld des Patienten wird oft als schwierig empfunden. So gab es in dem Fragebogen die Möglichkeit, eigene Vorschläge zum Thema Psychiatrie im Notarzt- bzw. Rettungsdienst anzugeben und deren Stellenwert zu beurteilen. Mit Abstand am häufigsten (39 % aller Nennungen) wurde hier das Thema „psychische Krisensituation, Patient und Umfeld, Angehörigenbetreuung“ genannt. Daß dieses Thema für die meisten einen „hohen“ bis „sehr hohen“ Stellenwert hatte, läßt vermuten, daß vielen Rettungsdienstmitarbeitern solche Situationen bekannt sind. Stirbt ein Patient, so ist das auch für den Rettungsdienstmitarbeiter belastend. Häufig hat er mit Schuldgefühlen zu kämpfen, oft muß er noch tröstende Worte für die Angehörigen des Opfers finden oder ihnen die Todesnachricht überbringen. Auch solche Aufgaben können das Rettungsdienstpersonal leicht überfordern.

Meist reicht es schon aus, wenn Patienten durch Übertragung Gefühle wie Aggressivität, Mitleid, Furcht, Ärger oder Zurückweisung bei den Rettungsdienstmitarbeitern auslösen und diese damit belasten (DUBIN u. WEISS, 1991). Steht den Mitarbeitern keine Möglichkeit zur Verarbeitung der Belastungen zur Verfügung, droht die Gefahr des „Ausbrennens“ („*burn out*“) (MEYER u. BALCK, 1998). Mit einer hohen Prozentzahl von 75 % wird die Wichtigkeit des Trainings in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung von den Rettungsdienstangestellten bestätigt. Ein „Durchspielen“ von kritischen Situationen kann diese für die Helfer abmildern und entemotionalisieren.

Wenn medizinisches Personal psychische erste Hilfe leistet, ist ein sachliches und kompetentes Auftreten wichtig, und dieses kann erlernt werden. Außerdem ist es für die Mitarbeiter des Rettungsdienstes wichtig zu erkennen, in welchen Fällen Krisenintervention durch sie selbst oder durch professionelle Hilfe durchgeführt werden kann oder sogar muß (SCHMITT et al., 2000).

In einer vergleichenden Studie über trainierte Rettungsdienstleister und solche, die eher unerfahren waren, wurden deren Folgeprobleme nach kritischen Einsätzen untersucht: Während es bei den durch spezielles Training geübten Rettungssanitätern nur in 3 % zu psychischen Folgeproblemen kam, klagten 20 % der Helfer mit geringer Erfahrung über psychische Beschwerden (THOMPSON, 1993). Dadurch wird deutlich, wie wichtig die Möglichkeit ist, an Fortbildungsprogrammen teilnehmen zu können. Dies ergab auch eine amerikanische Befragung von 90 Rettungsdienstangestellten („*paramedics*“) in den USA, aus der hervorging, daß die Zufriedenheit im Beruf beträchtlich von der Qualität des Trainings, der Interaktion mit den Ärzten und Möglichkeiten zur Weiterbildung abhängt (BOWRON u. TODD, 1999). In unserer Untersuchung gaben 90 % der Rettungsdienstmitarbeiter an, daß sie mit ihrem Beruf zufrieden seien. Dieses Ergebnis ist eine gute Basis für Verbesserungsmöglichkeiten in der Weiterbildung.

Trotz langjähriger Erfahrungen, Trainings und der Teilnahme an Fortbildungen können immer wieder kritische Situationen auftreten, die durch die Betroffenen nicht selber verarbeitet werden können. Gerade Helfern fällt es in der Regel schwer, sich selbst helfen zu lassen. Streßbewältigung setzt jedoch voraus, daß das Rettungspersonal selbst erkennen und sich eingestehen muß, wenn die Grenzen der eigenen Kräfte erreicht oder gar überschritten worden sind; nur dann kann es qualifizierte Hilfe in Anspruch nehmen (SINGER u. BENGEL, 1997).

Dazu wurden in Großbritannien Bewältigungsmechanismen nach einschneidenden Erlebnissen im Rettungsdienst näher untersucht. 56 Rettungsdienstangestellte wurden zu kritischen Situationen befragt, die ihnen am meisten in ihrem Gedächtnis haften geblieben sind. Zusätzlich sollte der General Health Questionnaire und die Post-traumatic Stress Symptom Scale, aus denen die Verarbeitung dieser Traumata ablesbar ist, ausgefüllt werden. Das Ergebnis dieser Untersuchung zeigte, daß ein nicht geringer Anteil professionelle Hilfe brauchte, um das Geschehene zu verarbeiten (CLOHESSY u. EHLERS, 1999).

Seit fünf Jahren gibt es im Malteser Hilfsdienst beispielsweise das Projekt „Hilfe für Helfer“, das bewußt interdisziplinär aus Seelsorgern, Psychologen und Ärzten zusammengesetzt ist und sich gezielt um den Bereich Einsatznachsorge kümmert. Die Grundlagen der Arbeit in diesem Projekt basieren auf dem aus den USA stammenden Streßbewältigungsmodell Critical Incident Stress Management (CISM) von Mitchell und Everly (MITCHELL u. EVERLY, 1997). Neben der bereits erwähnten

interdisziplinären Zusammenarbeit sieht dieses Konzept vor, sogenannte „Peers“ einzusetzen. Das sind Rettungssanitäter mit einer zusätzlichen psychosozialen Ausbildung, die in Einsatznachsorgegesprächen ihre Arbeitskollegen als Zielgruppe besser erreichen können, da sich diese oft scheuen als behandlungsbedürftig abgestempelt zu werden, oder nicht wagen, ihren Vorgesetzten gegenüber ihren Bedarf an Einsatznachsorge auszusprechen (LANGER, 1998).

Psychiatrische Notfälle zählen zu den häufigsten und aufgrund ihrer Besonderheit auch zu den schwierigsten Notfallsituationen (Bengel, 1997). Trotz dieser Tatsache ist das Thema Psychiatrie in der Aus- und Weiterbildung unterrepräsentiert. Die „Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst“ (520-Stundenprogramm), sehen zum Erreichen des Lernzielkataloges 120 Stunden theoretische Ausbildung vor. Für den Unterricht im Fachbereich Psychiatrie verbleiben davon nur ca. drei bis vier Stunden (BUND-LÄNDERAUSSCHUSS „RETTUNGSWESEN“, 1977).

Die befragten Rettungsdienstmitarbeiter nehmen durchschnittlich 28 Stunden im Jahr an Fortbildungen teil. 84 % der Befragten gaben jedoch an, noch nie an Fortbildungen teilgenommen zu haben, bei denen es um psychiatrische Themen geht. Dieses Ergebnis weist auch auf ein geringes Angebot psychiatrischer Fortbildungen hin, wenn man berücksichtigt, daß die Rettungsdienstangestellten größtenteils eine hohe Bereitschaft zeigten, an Fortbildungsprogrammen zu psychiatrischen Themen teilzunehmen, und bereit wären, durchschnittlich 20 Stunden im Jahr dafür einzurichten.

Wenn in hohem Maße die eigenen Kenntnisse als „mäßig“ bis „durchschnittlich“ eingestuft wurden und die Teilnehmer angaben, sich bei psychiatrischen Einsätzen „oft“ bis „manchmal“ überfordert zu fühlen, müssen besonders in Anbetracht der Häufigkeit von psychiatrischen Einsätzen die Kenntnisse verbessert werden. Es sollte schon in der Ausbildung damit angefangen werden, bis hin zu einem größeren Angebot an Fortbildungen, die vor allem praktisch orientiert sein sollten. Die Psychiatrie muß hierbei eine aktive Rolle spielen (PAJONK et al. 2001b). Diese Erkenntnisse wurden schon in anderen Studien bezüglich des Ausbildungsstandes für Notärzte gewonnen und gelten in besonderem Maße, wie in dieser Studie deutlich wurde, auch für die Mitarbeiter des Rettungsdienstes.

## 5. Zusammenfassung

Psychiatrische Notfälle unterliegen in den letzten Jahren einer deutlich zunehmenden Inzidenz (BERZEWSKI, 1992; STEUBER, 1994; BURKHARDT u. HERMLE, 1999). Dadurch geraten Rettungsdienstmitarbeiter häufig in die für sie nicht selten belastende Situation der Erstversorgung psychiatrischer Patienten im Rettungsdienst. In einem eigens für diese Befragung entwickelten Fragebogen sollte die Relevanz psychiatrischer Notfälle aus der Sicht der Rettungsdienstangestellten evaluiert werden. Der Fragebogen ließ sich in drei Abschnitte gliedern. Neben der Erhebung demographischer Daten beinhaltete der Fragebogen spezielle Fragen zum Thema Psychiatrie im Rettungsdienst sowie fünf Fallbeispiele, die psychiatrische Notfallsituationen darstellten und von den Rettungsdienstmitarbeitern bearbeitet werden sollten.

151 Teilnehmer, die ein mittleres Alter von  $35 \pm 8$  Jahren besaßen, beantworteten den Fragebogen. Davon waren 27 % Rettungssanitäter und 73 % Rettungsassistenten, die durchschnittlich  $7 \pm 7$  Jahre in dieser Qualifikation tätig waren.

Einsätze mit psychischem Anteil wurden von 49 % „öfter“ erlebt, die geschätzte Häufigkeit von rein psychiatrischen Einsätzen betrug  $8 \pm 6$  % aller Einsätze. Psychiatrische Kenntnisse im Rettungsdienst wurden von 42 % der Befragten als „wichtig“ eingestuft. Die eigenen psychiatrischen Fachkenntnisse wurden von 79 % als „mäßig“ bis „durchschnittlich“ angesehen. Das „Gefühl der Überforderung“ in psychiatrischen Notfallsituationen wurde von 60% der Teilnehmer „manchmal“ oder „oft“ erlebt. Die Bereitschaft, an psychiatrischen Fortbildungen teilzunehmen, war von 61 % der Teilnehmer als „hoch“ bis „sehr hoch“ angegeben worden. Ein besonderes Interesse galt dem Thema „Suizidologie“. Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung hielten 75 % für „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Die Rettungsdienstmitarbeiter wären bereit, durchschnittlich 20 Stunden pro Jahr für Fortbildungen einzurichten. In der Bearbeitung der Fallbeispiele wurde lediglich das Erkrankungsbild des Alkoholikers von der überwiegenden Mehrheit richtig erkannt und korrekt therapiert. In den übrigen Fallbeispielen waren die Diagnosen durchschnittlich mit 79 % falsch angegeben worden. Darunter fielen Erkrankungen wie Psychosen, Schizophrenien, Frühdyskinesien nach Einnahme von Haloperidol sowie der akute

Erregungszustand. Die Angaben zur therapeutischen Versorgung waren im Durchschnitt zu 96 % falsch.

In Anbetracht der Tatsache, daß psychiatrische Notfälle die dritthäufigste Ursache für den Notarzt sind, ist das Thema in der Aus- und Weiterbildung in der Rettungsmedizin deutlich unterrepräsentiert. Die Rettungsdienstmitarbeiter gaben Unsicherheiten im Umgang mit psychiatrischen Notfallsituationen an, die sich auch in den Ergebnissen der Fallbeispiele widerspiegelten. Diese Unsicherheiten können zu einer Belastung für den Rettungsdienstmitarbeiter und zu einer inadäquaten Erstversorgung des Patienten führen.

## 6. Literaturverzeichnis

BENGEL, J. (1997):

Posttraumatische Belastungsstörung.

In: Bengel (Hrsg.), Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst.

Springer Verlag, 57-64

BERZEWSKI, H. (1992):

Pharmakotherapie neuropsychiatrischer Notfall- und Akutsituationen.

In: RIEDERER, P., LAUX, G., PÖLDINGER, W. (Hrsg.),

Neuropsychopharmaka.

Springer Verlag, 6, 1-8

BOWRON, JS. u. KH. TODD (1999):

Job stressors and job satisfaction in a major metropolitan public EMS service.

Prehospital Disaster Medicine 14, 236-239

BÜRGY, R. u. W. HÄFNER-RANABAUER (2000):

Need and Demand in psychiatric emergency service utilization: explaining topographic differences of a utilization sample in Mannheim.

European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 250, 226-33

BUND-LÄNDERAUSSCHUSS „RETTUNGSWESEN“ (1977)

Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst

Bundesgesetzblatt Jahrgang 1989, 1384-1386

BURKHARDT, J. u. L. HERMLE (1999):

Delirante Syndrome in der psychiatrischen Notfalltherapie.

Psycho 25, 574-579

DUBIN, WR u. KJ WEISS (1991):

Handbook of psychiatric emergencies.

Springhouse Corporation Springhouse

GULLENKAMP, U. (1981):

Psychiatrische Notfälle.

In: SEFRIN, P. (Hrsg.), Notfalltherapie im Rettungsdienst

Urban und Schwarzenberg, 2. Aufl., 351

KASKEY, GB. u. BM. JANZITO (1984):

Development of an emergency psychiatric treatment unit.

Hospital and Community Psychiatry 35, 1220-1222

- KATSCHNIG, H. u. T. KONIECZNA (1987):  
 Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über Versorgungsprobleme.  
 In: KATSCHNIG, H. u. C. KULENKAMPFF (Hrsg.), Tagungsberichte,  
 Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Aktion psychisch Kranke.  
 Rheinland-Verlag Köln, 14, 9-31
- KÖNIG, F., E. KÖNIG. u. M. WOLFERSDORF (1996):  
 Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarztdienst.  
 Der Notarzt 12, 12-17
- KORANYI, EK. (1979):  
 Morbidity and rate of undiagnosed physical illness in a psychiatric population.  
 Archives of General Psychiatry 36, 414-419
- LANGER, J. (1998):  
 Hilfe für Helfer-Einsatznachsorge nach dem ICE-Unglück in Eschede.  
 Notfallmedizin 24, 335-357
- LUIZ, TH., T. HUBER, B.SCHIETH u. C.MADLER (2000):  
 Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: Medizinisches Spektrum und  
 lokale Einsatzverteilung.  
 Anästhesiologie und Intensivmedizin 41, 765-773
- MAYLATH, E., J. SEIDEL. u. P. SCHLATTMANN (2000):  
 Spatial Distribution of in-patient service use of psychiatric patients: somatic  
 departments versus psychiatric units.  
 Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 35, 408-417
- MEYER, W. u. F. BALCK (1998):  
 Bewältigungsstrategien im Rettungsdienst.  
 Notfallmedizin 24, 150-154
- MITCHELL, J. u. G. EVERLY (1997):  
 Fundamentals of critical incident stress debriefings.  
 In: Critical Incident Stress Debriefing (CISD). An operations manual for the  
 prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers.  
 Chevron Publishing Corporation, Ellicot City, 2<sup>nd</sup> ed.,1-16
- MOECKE, H., D. DIRKS, H-J. FRIEDRICH, H-J. HENNES, C. LACKNER, M.  
 MESSELKEN, C. NEUMANN, F-G. PAJONK, M. RENG, U.  
 SCHÄCHINGER u. TH. VIOLKA (2000):  
 DIVI-Notarzteinsatzprotokoll.  
 Notfallmedizin 26, 100-101
- PAJONK, F-G., P. BIBERTHALER, O. CORDES u. H. MOECKE (1998):  
 Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten  
 Der Anästhesist 47, 588-594

- PAJONK, F-G. (2000):  
Der Umgang mit suizidalen Patienten im Notarzt- und Rettungsdienst.  
Anästhesiologie und Intensivmedizin 41, 783-788
- PAJONK, F-G., S. POLOCZEK u. T. K. SCHMITT (2000a):  
Der psychiatrische Notfall.  
Notfall und Rettungsmedizin 3, 363-370
- PAJONK, F-G., O. CORDES, H. H. BARTELS, P. BIBERTHALER, H. MOECKE (2000b):  
Krisenintervention bei suizidalen Patienten – Ergebnisse einer Befragung zum Ausbildungsstand von Notärzten.  
Suizidprophylaxe 27, 24-30
- PAJONK, F-G., O. RIEMENSCHNEIDER u. H. MOECKE (2001a):  
Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie für Notfallmediziner“.  
Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie 36, 105-109
- PAJONK, F-G., K. A. S. GRÜNBERG, H.-R. PASCHEN u. H. MOECKE (2001b):  
Psychiatrische Notfälle im Notarztendienst einer deutschen Großstadt.  
Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 69, 170-174
- PAJONK, F-G., H.H. BARTELS, P. BIBERTHALER, T. BREGENZER u. H. MOECKE (2001c):  
Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst.  
Der Nervenarzt 72, 684-692
- PETERSON, TH. (1985):  
17 Jahre Rendezvous-System Bonn-Süd.  
Der Notarzt 5, 109-112
- REEVES, RR., EJ. PENDARVIS u. R. KIMBLE (2000):  
Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units.  
The American Journal of Emergency Medicine 18, 390-393
- SCHMIDT, U., SB. FRAME u. ML. NERLICH (1992):  
On-scene helicopter transport of patients with multiple injuries-comparison of a german and an american system.  
Journal of Trauma 33, 548-555
- SCHMITT, T.K., F.G. PAJONK u. S. POLOCZEK (2000)  
Psychiatrische Notfälle und Krisen. Psychiatrische Erste Hilfe, Krisenintervention und Notfallseelsorge.  
Notfall und Rettungsmedizin 3, 531-538
- SCHUSTER, JM. (1995):  
Psychiatric Consultation in the General Hospital Emergency Department.  
Psychiatric Services 46, 555-557

- SINGER, S. u. J. BENDEL (1997):  
Belastungsarbeit und Streßbewältigung.  
In: BENDEL, J. (Hrsg.), Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst.  
Springer Verlag, 240-241
- SPENGLER, A. (1984):  
Erfahrungen mit einem psychiatrischen Notdienst in Hamburg.  
Öffentliches Gesundheitswesen 46, 367-371
- SPENGLER, A. (1987):  
Der mobile psychiatrische Notfalldienst in Hamburg.  
In: KATSCHNIG, H. u. C. KULENKAMPFF (Hrsg.), Tagungsberichte,  
Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Aktion psychisch Kranke.  
Rheinland-Verlag Köln, 14, 74-84
- STEUBER, H. (1994):  
Psychiatrische Notfallsituationen im Rettungsdienst.  
In: KONTOKOLLIAS, J. S. u. D. REGENSBURGER (Hrsg.),  
Arzt im Rettungsdienst, Stumpf & Kossendy, Edewecht, 1.Auflage, 311-315
- SUMMERS, W.K., D.A. RUND u. M. LEVIN (1979):  
Psychiatric illness in a general urban emergency room:  
Daytime versus Nighttime Population.  
The Journal of Clinical Psychiatry 40, 340-343
- THOMPSON, J. (1993):  
Psychological impact of body recovery duties.  
Journal of the Royal Society of Medicine 86, 625-629
- WINOKUR, G. (1994):  
Unipolar depression.  
In: WINOKUR G u. P. CLAYTON (Hrsg.),  
The Medical Basis of Psychiatry.  
W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2<sup>nd</sup> ed., 69-85

## 7. ANHANG

### 7.1 Anschreiben des Landesfeuerwehrarztes

# FREIE UND HANSESTADT HAMBURG

## Behörde für Inneres

FEUERWEHR

Feuerwehr, Wendenstraße 261, 20537 Hamburg

Rettungsassistenten und Rettungsanitäter  
der Feuer- und Rettungswachen

Dok.: Frageb.  
TELEFON PN 28 82 - 4204  
BN 9.51 - 4204  
TELEFAX PN 28 82 - 4209  
BN 9.51 - 4209  
Auskunft erteilt:  
Herr Dr. Paschen

Ihr Schreiben vom/Ihre Zeichen

Akt.-Zeichen (bitte angeben)  
- F 020 - dr.pa-bk

Hamburg, den 13.01.1997

### **Fragebogenaktion der Universität Hamburg zu psychiatrischen Notfällen im Rettungsdienst**

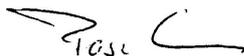
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anbei erhalten Sie einen Fragebogen der Psychiatrischen und Nervenklinik des UKE. Die Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie und Rettungswesen möchte psychiatrische Notfälle im Rettungsdienst eingehend untersuchen. Dazu ist es erforderlich, die Häufigkeit und den Umgang mit psychiatrischen Notfällen im Rettungsdienst zu erfragen. Da die Rettungswagen den größten Anteil der psychiatrischen Notfälle im Rettungsdienst betreuen, ist ihre Mitarbeit von größtem Wert.

Der Amtsleiter der Feuerwehr und der Personalrat haben dieser freiwilligen und anonymen Befragung zugestimmt. Ich möchte Sie sehr herzlich bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen. Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte im beiliegenden Umschlag an mich zurück. Ich leite diesen dann zur Auswertung an die Arbeitsgemeinschaft für Psychiatrie und Rettungswesen weiter.

Nach Abschluß der Untersuchung werden wir eine Informationsveranstaltung, in der die Ergebnisse präsentiert werden, anbieten. Ich danke Ihnen für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Hans-R. Paschen  
Landesfeuerwehrarzt

Anlage

## 7.2 Anschreiben der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Rettungswesen

UNIVERSITÄT HAMBURG

UNIVERSITÄTS-KRANKENHAUS  
EPPENDORF

Dr. med. F.-G. Pajonk, Psychiatrische und Nervenambulanz,  
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

An die  
im Rettungsdienst tätigen Mitarbeiter

der Feuerwehr Hamburg

**Psychiatrische und Nervenambulanz**

AG Psychiatrie und Rettungswesen

Dr. med. F.-G. Pajonk

Telephon: 040/ 4717-5441 oder -2231

Fax: 040/ 4717-5356

Hamburg, den 8.1.1997

Sehr geehrte Herren,

Das Spektrum möglicher Einsätze im Rettungsdienst ist groß und umfaßt auch die psychiatrischen Notfälle. Es hat sich herausgestellt, daß das Rettungspersonal damit häufig überfordert ist, u.a. weil die Ausbildung dafür als nicht ausreichend angesehen wird und kaum Fortbildungsmöglichkeiten existieren. Oft wird die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle unterschätzt oder ihnen eine geringere Bedeutung beigemessen als internistischen oder chirurgischen.

Die AG Psychiatrie und Rettungswesen am Universitätskrankenhaus Eppendorf hat es sich zum Ziel gesetzt, die Häufigkeit von und den Umgang mit psychiatrischen Notfällen zu erforschen.

Sie erhalten deshalb hiermit einen Fragebogen, mit dem wir gerade das Rettungsdienstpersonal befragen wollen, das häufig zuerst und häufig allein (ohne Notarzt) über die praeklinische Versorgung der Patienten entscheiden muß. Ziel ist es, Häufigkeit und Art psychiatrischer Notfälle aus Sicht des Rettungspersonals zu erheben und mögliche Verbesserungen in der Patientenversorgung und in der Fortbildung in diesem Bereich herauszuarbeiten.

Die Erhebung ist anonym. Sie findet in mehreren Regionen (multizentrisch) in Deutschland statt. Die abgefragten persönlichen Daten (Basisdaten, Seite 1) dienen lediglich dazu, Ihre Ausbildung und Erfahrung bei der Auswertung miteinzubeziehen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nach ersten Erfahrungen ca. 15 Minuten. Bitte beantworten Sie jede Frage und kreuzen Sie nur die für Sie zutreffende Antwort an. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie sie einfach aus. Beachten Sie bitte die Hinweise zum Ausfüllen auf der ersten Seite des Bogens.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag zurück. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Umfrage oder an Fortbildungen zu diesem Themengebiet haben, schicken Sie bitte auch die beiliegende Postkarte ausgefüllt (mit Absender) an uns zurück. Diese werden gesondert von den Fragebögen bearbeitet. Sollten Sie die Postkarte mit in den Rückumschlag stecken wollen, so versichern wir Ihnen, daß Postkarte und Fragebogen nicht miteinander in Verbindung gebracht werden.

Wir bedanken uns im voraus herzlich für Ihre Mithilfe und wünschen viel Spaß beim Ausfüllen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dr. med. F.-G. Pajonk  
Wissensch. Assistent

## 7.3 Erhebungsbogen

# ERHEBUNGSBOGEN

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

• bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden 4 Seiten, indem Sie die Ihrer Meinung nach am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen.

• Bei Fragen, bei denen nach %-Angaben gefragt wird, füllen Sie, falls zutreffend, bitte beides aus!

• Bitte beachten Sie, daß bei einigen Fragen die Bezeichnung „**psychisch**“, bei anderen die Bezeichnung „**psychiatrisch**“ verwendet werden und daß zwischen beiden inhaltliche Unterschiede bestehen!

• Bei den Fallbeispielen notieren Sie bitte kurz Ihre Verdachtsdiagnose und die Therapie/ Maßnahmen Ihrer Wahl (Sollte der vorgegebene Raum nicht ausreichen, so weichen Sie bitte mit einem kurzen Hinweis auf die Rückseite aus).

• **Nehmen Sie bei der Beantwortung aller Fragen bitte ausschließlich Bezug auf das Jahr 1995 !**

Vielen Dank für Ihre Mühe!

## 1. Basisdaten

1.1 Geschlecht:  m  w

1.2 Geburtsjahr: 

1	9		
---	---	--	--

1.3 Qualifikation:  Rettungssanitäter  
 Rettungsassistent

1.3.1 im erlernten Beruf Krankenpfleger:  ja  nein

1.4 In dieser Qualifikation tätig seit 

1	9		
---	---	--	--

1.5 Durchschnittl. Arbeitszeit pro Monat im Rettungsdienst:  
insges. .... Std. pro Monat (bezogen auf 1995)

1.6 Anzahl der Notfalleinsätze pro Monat: ca. .... Einsätze

1.7 Teilnahme an rettungsdienstbezogenen Fortbildungen pro Jahr: ca. .... Std.

1.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf?

gar nicht      mäßig      durchschnittlich      ziemlich      sehr zufrieden

1.9 Haben Sie schon etwas vom Einsatznachsorgeteam gehört?  ja  nein

1.9.1 Wenn ja: Für wie sinnvoll halten Sie diese Einrichtung ?

gar nicht      wenig      durchschnittlich      ziemlich      sehr sinnvoll

1.9.2 Haben Sie diese Einrichtung bereits in Anspruch genommen?  ja  nein

1.9.3 Wenn ja, wie oft ? .....



**2.12 Für wie wichtig halten Sie Fortbildungsprogramme über**

<b>2.12.1</b> Psychiatrische Notfälle insgesamt?	<input type="radio"/>				
	unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
<b>2.12.2</b> Krisenintervention?	<input type="radio"/>				
	unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
<b>2.12.3</b> Drogen-/ Suchtnotfälle?	<input type="radio"/>				
	unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
<b>2.12.4</b> Suizidologie?	<input type="radio"/>				
	unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig

**2.13 Wie hoch ist grundsätzlich Ihre Bereitschaft an solchen Fortbildungen teilzunehmen?**

                         
 nicht vorhanden      gering      mittel      hoch      sehr hoch

**2.14 Welchen Zeitaufwand halten Sie für angemessen? .....Std. pro Jahr**
**2.15 Wieviel Zeit könnten Sie für Fortbildungen einrichten? ..... Std. pro Jahr**
**2.16 Haben Sie schon Fortbildungen in den unter 2.12 genannten Themen besucht?**

                         
 noch nie      ja, selten      ab und zu      oft      ständig

**2.17 Für wie wichtig halten Sie Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarzt- und Rettungsdienstpersonal?**

                         
 unwichtig      wenig wichtig      mittel wichtig      wichtig      sehr wichtig

**2.18 Nennen Sie bitte alle Ihnen bekannten, rettungsdienstrelevanten *psychiatr.* Notfälle:**

.....

.....

.....

### 3. Fallbeispiele

**3.1** 33jährige Patientin mit starker krampfartiger Verspannung der Hals- und Gesichtsmuskulatur sowie krampfartiger Haltungs- und Bewegungsstörung. Fremdanamnese: seit einigen Wochen stimmenhörend, phantastische, unglaubliche Geschichten erzählend. Vor zwei Stunden zwei Tabletten Haloperidol eingenommen.

**3.1.1** Können Sie eine Verdachtsdiagnose äußern? Welche?

.....

**3.1.2** Welche Maßnahmen würden Sie treffen?

.....

**3.1.3** Halten Sie vorstehenden Fall für eine Notarztindikation? ja  nein

**3.2** 55jährige Inderin in einer Gaststätte, ständig schreiend, kein Gespräch möglich (auch aufgrund der Sprachbarriere), nicht zu beruhigen, Patientin wehrt sich massiv. Fremdanamnese: fraglich sei ein Sturz vorausgegangen, Wesensveränderung plötzlich eingetreten, Patientin vorher unauffällig.

**3.2.1** Können Sie eine Verdachtsdiagnose äußern? Welche?

.....

**3.2.2** Welche Maßnahmen würden Sie treffen?.....

.....

**3.2.3** Halten Sie vorstehenden Fall für eine Notarztindikation? ja  nein

**3.3** Anruf durch Ehemann: 39jährige Frau wolle aus Fenster springen. Bei Eintreffen völlig verängstigte, zitternde Frau in einer Zimmerecke hockend, will zum Fenster springen, spricht von Teufeln, die jetzt gekommen seien. Schließlich angstvolles Umklammern des Ehemannes, ist von diesem nicht mehr zu lösen. Pat. ließe sich so auch transportieren.

**3.3.1** Können Sie eine Verdachtsdiagnose äußern? Welche?

.....

**3.3.2** Welche Maßnahmen würden Sie treffen?

.....

.....

**3.3.3** Halten Sie vorstehenden Fall für eine Notarztindikation? ja  nein

**3.4** Erreger, angespannter, verbal aggressiver Mann (28) zu Hause. Fremdanamnese: seit einigen Tagen so verändert, größere Geldausgaben, vorher über Wochen depressiv, jetzt zu Hause nicht mehr zu halten, schlafe kaum, habe schon Gegenstände zerstört. Bisher nichts dieser Art bekannt. Patient verweigert Untersuchung, Behandlung und Transport.

**3.4.1** Können Sie eine Verdachtsdiagnose äußern? Welche?

.....

**3.4.2** Welche Maßnahmen würden Sie treffen?

.....

.....

**3.4.3** Halten Sie vorstehenden Fall für eine Notarztindikation? ja  nein

**3.5** 76jähriger Mann, etwas verwahrlost wirkend, wird von Hausbewohnern im hintersten Winkel des Kellers gefunden. Diskrete Alkoholfahne. Pat. starrt nur vor sich hin, sonst keine Reaktion, keine Kommunikation. Widerstandslos gegenüber Behandlung bzw. Transport. Fremdanamnese: alleinstehend, selbst versorgend, keine Verwandten.

**3.5.1** Können Sie eine Verdachtsdiagnose äußern? Welche?

.....

**3.5.2** Welche Maßnahmen würden Sie treffen?

.....

.....

**3.5.3** Halten Sie vorstehenden Fall für eine Notarztindikation? ja  nein

**Vielen Dank, Sie haben es fast geschafft! Nur noch eine letzte Frage:**

**3.6** Wieviel Mühe hat Sie das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens gekostet?



keine



geringe



mittlere



große



sehr große

## 7.4 Erhebungsbogen – Ergebnisübersicht

# Ergebnisse des ERHEBUNGSBOGENS -Rettungsdienstmitarbeiter-

## 1. Basisdaten

- 1.1 Geschlecht:** männl. Teilnehmer: **100%** (n=151)
- 
- 1.2 Lebensalter:** Beantwortet von **99%** der Befragten (n=149)  
Mittelwert: **35 ± 8 Jahre** (min.:24 Jahre / max.:57 Jahre)
- 
- 1.3 Qualifikation:** Beantwortet von **99%** der Befragten (n=150)  
**Rettungssanitäter: 27%** (n=40)      **Rettungsassistent: 73%** (n=110)
- 1.3.1 Krankenpfleger im erlernten Beruf:** Beantwortet von **70%** der Befragten (n=105)  
**ja: 1%** (n=1)      **nein: 99%** (n=104)
- 
- 1.4 Tätigkeitsdauer:** Beantwortet von **99%** der Befragten (n=149)  
Mittelwert: **7 ± 7 Jahre** (min.:1 Jahr / max.:31Jahre)
- 
- 1.5 Arbeitszeit pro Monat:** Beantwortet von **92%** der Befragten (n=139)  
Mittelwert: **83 ± 54 Stunden** (min.:10 Stunden / max.:400 Stunden)
- 
- 1.6 Notfalleinsätze pro Monat:** Beantwortet von **93%** der Befragten (n=141)  
Mittelwert: **52 ± 32 Einsätze** (min.:1 Einsatz / max.:200Einsätze)
- 
- 1.7 Rettungsdienstbezogene Fortbildungen pro Jahr:**  
 Beantwortet von **87%** der Befragten (n=131)  
Mittelwert: **29 ± 27 Stunden** (min.:1 Stunde / max.:180 Stunden)
- 
- 1.8 Zufriedenheit im Beruf:**  
 Beantwortet von **99%** der Befragten (n=131) von den Antworten entfielen auf:
- | <b>gar nicht</b> | <b>mäßig</b> | <b>durchschnittlich</b> | <b>ziemlich</b> | <b>sehr zufrieden</b> |
|------------------|--------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>0%</b>        | <b>4%</b>    | <b>7%</b>               | <b>50%</b>      | <b>40%</b>            |
| (n=0)            | (n=6)        | (n=10)                  | (n=74)          | (n=59)                |
- Mittelwert auf einer Skala von 1 (=gar nicht) bis 5 (=sehr zufrieden): **4 ± 1**
- 
- 1.9 Einsatznachsorgeteam bekannt:** Beantwortet von **100%** der Befragten (n=151)  
**ja: 34%** (n=51)      **nein:66%** (n=100)
- 
- 1.9.1 Einrichtung wird für sinnvoll gehalten:**  
 Beantwortet von **49%** der Befragten (n=74) von den Antworten entfielen auf:
- | <b>gar nicht</b> | <b>wenig</b> | <b>durchschnittlich</b> | <b>ziemlich</b> | <b>sehr sinnvoll</b> |
|------------------|--------------|-------------------------|-----------------|----------------------|
| <b>0%</b>        | <b>3%</b>    | <b>15%</b>              | <b>34%</b>      | <b>48%</b>           |
| (n=0)            | (n=2)        | (n=11)                  | (n=25)          | (n=36)               |
- Mittelwert auf einer Skala von 1 (=gar nicht) bis 5 (=sehr sinnvoll): **4 ± 1**
- 
- 1.9.2 Einrichtung bereits in Anspruch genommen:**  
 Beantwortet von **71%** der Befragten (n=107)  
**ja: 2%** (n=2)      **nein: 98%** (n=105)  
 (Häufigkeit: einmal und zweimal, Frage 1.9.3)

## 2. Psychiatrie im Rettungsdienst

### Die Fragen wurden wie folgt beantwortet:

#### 2.1 Wie häufig erleben Sie Einsätze mit psychischem Anteil (Patienten und Umfeld)?

Beantwortet von 93% der Befragten (n=140), von den Antworten entfielen auf:

nie	sehr selten	öfter	das heißt: (eigener Wert zu nennen)
1%	50%	49%	26 ± 20% aller Einsätze
n=1	n=70	n=69	n=89

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nie) bis 3 (=öfter): **3 ± 1**

#### 2.2 Wie häufig wird der psychische Anteil durch das Umfeld (z.B. Zuschauer, Angehörige) verursacht?

Beantwortet von 89% der Befragten (n=135), von den Antworten entfielen auf:

nie	sehr selten	öfter	das heißt: (eigener Wert zu nennen)
1%	54%	45%	38 ± 28% aller Einsätze
n=1	n=73	n=61	n=76

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nie) bis 3 (=öfter): **2 ± 1**

#### 2.3 Wie häufig erleben Sie rein psychiatrische Einsätze?

Beantwortet von 97% der Befragten (n=146), von den Antworten entfielen auf:

nie	sehr selten	öfter	das heißt: (eigener Wert zu nennen)
1%	85%	14%	8 ± 6% aller Einsätze
n=1	n=125	n=20	n=36

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nie) bis 3 (=öfter): **2 ± 0**

#### 2.4 Wie häufig war (insgesamt von allen Einsätzen) Suizid(-versuch) der Grund des Einsatzes?

Beantwortet von 93% der Befragten (n=141), von den Antworten entfielen auf:

nie	sehr selten	öfter	das heißt: (eigener Wert zu nennen)
1%	61%	38%	17 ± 21% aller Einsätze
n=1	n=86	n=54	n=71

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nie) bis 3 (=öfter): **2 ± 1**

#### 2.5 Für wie wichtig halten Sie psychiatrische Kenntnisse im Rettungs-/Notarztdienst?

Beantwortet von 100% der Befragten (n=151), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
1%	2%	40%	42%	15%
n=1	n=3	n=61	n=63	n=23

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **4 ± 1**

#### 2.6 Wie schätzen Sie Ihre psychiatrischen Kenntnisse ein?

Beantwortet von 100% der Befragten (n=151), von den Antworten entfielen auf:

schlecht	mäßig	durchschnittlichgut	sehr gut
11%	38%	41%	10%
n=17	n=57	n=62	n=15

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=schlecht) bis 5 (=sehr gut): **3 ± 1**

#### 2.7 Wie häufig werden diese Kenntnisse im Einsatz angewendet?

Beantwortet von 96% der Befragten (n=145), von den Antworten entfielen auf:

nie	sehr selten	öfter	das heißt: (eigener Wert zu nennen):
2%	68%	30%	33 ± 24% aller Einsätze
n=3	n=99	n=43	n=45

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nie) bis 3 (=öfter): **2 ± 1**

## 2.8 Welche Berechtigung hat nach Ihrer persönlichen Auffassung ein RTW-/NAW Einsatz bei einem akuten psychiatrischen Notfall?

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

keine	geringe	mittlere	hohe	sehr hohe
3%	11%	33%	41%	12%
n=4	n=17	n=50	n=40,7	n=18

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keine) bis 5 (=sehr hohe): **4 ± 1**

## 2.9 Wie häufig haben Sie sich schon darüber geärgert, zu einem psychiatrischen Einsatz gerufen worden zu sein?

Beantwortet von 100% der Befragten (n=151), von den Antworten entfielen auf:

nie	selten	manchmal	oft	immer
29%	30%	35%	5%	1%
n=44	n=45	n=52	n=8	n=2

Mittelwert auf einer Skala von 1(=nie) bis 5 (=immer): **2 ± 1**

## 2.10 Wie häufig fühlen Sie sich bei psychiatrischen Einsätzen überfordert?

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

nie	selten	manchmal	oft	immer
9%	29%	40%	20%	2%
n=13	n=44	n=60	n=30	n=3

Mittelwert auf einer Skala von 1(=nie) bis 5 (=immer): **3 ± 1**

## 2.11 Welchen Stellenwert haben die nachfolgenden psychiatrischen Störungen Ihrer Meinung nach im Rettungs-/Notarzdienst?

**2.11.1 Sucht:** Beantwortet von 98% der Befragten (n=148), von den Antworten entfielen auf:

keinen	niedrigen	mittleren	hohen	sehr hohen
1%	7%	24%	43%	25%
n=1	n=11	n=36	n=63	n=37

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keinen) bis 5 (=sehr hohen): **3 ± 1**

**2.11.2 Psychosen, Depressionen:**

Beantwortet von 99% der Befragten (n=149), von den Antworten entfielen auf:

keinen	niedrigen	mittleren	hohen	sehr hohen
0%	16%	48%	28%	8%
n=0	n=24	n=71	n=42	n=12

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keinen) bis 5 (=sehr hohen): **3 ± 1**

**2.11.3 Suizidalität:** Beantwortet von 99% der Befragten (n=149), von den Antworten entfielen auf:

keinen	niedrigen	mittleren	hohen	sehr hohen
0%	16%	29%	36%	19%
n=0	n=24	n=44	n=53	n=28

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keinen) bis 5 (=sehr hohen): **4 ± 1**

**2.11.4 Andere, nämlich (eigener Vorschlag, auf einer Skala von 1=keinen bis 5=sehr hohen zu bewerten):**

Beantwortet von 24% der Befragten (n=36), Nennungen insgesamt:  $\Sigma = 31$

- Vorschlag „**Psychische Krisensituation, (Patient und Umfeld, Angehörigenbetreuung)**“

**38,7% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Demenz, Verwirrtheit**“

**9,7% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Angstzustände**“

**9,7% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Sucht**“

**6,9% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Psychose**“

**6,5% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Hyperventilation**“

**6,5% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Geltungssucht, Sexsucht**“

**6,5% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Gewalttätigkeit, Aggression**“

**6,5% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Einweisung durch Ordnungsamt**“

**6,5% aller Nennungen**

- Vorschlag „**Schizophrenie**“

**3,2% aller Nennungen**

Die eigenen Antworten hatten insgesamt gesehen folgenden Stellenwert:

keinen	niedrigen	mittleren	hohen	sehr hohen
6%	22%	28%	30%	14%
n=2	n=8	n=10	n=11	n=5

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keinen) bis 5 (=sehr hohen): **3 ± 1**

**2.12 Für wie wichtig halten Sie Fortbildungsprogramme über:****2.12.1 Psychiatrische Notfälle insgesamt?**

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
1%	9%	35%	42%	13%
n=2	n=13	n=52	n=64	n=19

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **3,6 ± 0,9****2.12.2 Krisenintervention?**

Beantwortet von 97% der Befragten (n=146), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
1%	10%	30%	41%	18%
n=1	n=15	n=44	n=60	n=26

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **3,7 ± 0,9****2.12.3 Drogen-/Suchtnotfälle?**

Beantwortet von 100% der Befragten (n=151), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
2%	8%	23%	47%	20%
n=3	n=12	n=35	n=71	n=30

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **3,7 ± 0,9****2.12.4 Suizidologie?**

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
1%	7%	24%	45%	23%
n=2	n=10	n=36	n=68	n=34

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **3,8 ± 0,9****2.13 Wie hoch ist grundsätzlich Ihre Bereitschaft, an solchen Fortbildungen teilzunehmen?**

Beantwortet von 100% der Befragten (n=151), von den Antworten entfielen auf:

nicht vorhanden	gering	mittel	hoch	sehr hoch
1%	6%	32%	44%	17%
n=1	n=9	n=49	n=66	n=26

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=nicht vorhanden) bis 5 (=sehr hoch): **4 ± 1****2.14 Welchen Zeitaufwand halten Sie für angemessen?**Beantwortet von 91% der Befragten (n=137), Mittelwert: **18 ± 11** Std. pro Jahr**2.15 Wieviel Zeit könnten Sie für Fortbildungen einrichten?**Beantwortet von 76% der Befragten (n=114), Mittelwert: **20 ± 14** Std. pro Jahr**2.16 Haben Sie schon Fortbildungen in den unter 2.12 genannten Themen besucht?**

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

noch nie	ja, selten	ab und zu	oft	ständig
84%	9%	6%	1%	0%
n=126	n=13	n=9	n=2	n=0

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=noch nie) bis 5 (=ständig): **1 ± 1****2.17 Für wie wichtig halten Sie Training in persönlichem Krisenmanagement und Streßbewältigung beim Notarzt- und Rettungsdienstpersonal?**

Beantwortet von 99% der Befragten (n=150), von den Antworten entfielen auf:

unwichtig	wenig wichtig	mittel wichtig	wichtig	sehr wichtig
3%	6%	16%	38%	37%
n=5	n=9	n=24	n=57	n=55

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 5 (=sehr wichtig): **4 ± 1**

**2.18 Nennen Sie bitte alle Ihnen bekannten rettungsdienstrelevanten psychiatrischen Notfälle !**Beantwortet von 59% der Befragten (n=89), Nennungen insgesamt:  $\Sigma=298$ 

- „Suizid“	26,2% aller Nennungen (n=78), 88% der Antwortenden
- „Drogen, Sucht, C2-Intox, Delir“	23,5% aller Nennungen (n=70), 79% der Antwortenden
- „Depression, Manie“	16,8% aller Nennungen (n=50), 56% der Antwortenden
- „Psychose“	11,4% aller Nennungen (n=34), 38% der Antwortenden
- „psych. Krisensituation Patient u. Umfeld“	4,0% aller Nennungen (n=12), 14% der Antwortenden
- „Neurose“	2,4% aller Nennungen (n=7), 8% der Antwortenden
- „Verwirrtheit, Demenz“	2,0% aller Nennungen (n=6), 7% der Antwortenden
- „Schizophrenie“	1,7% aller Nennungen (n=5), 6% der Antwortenden
- „Wahnvorstellungen“	1,7% aller Nennungen (n=5), 6% der Antwortenden
- „Hyperventilation“	1,7% aller Nennungen (n=5), 6% der Antwortenden
- „Halluzinationen“	1,3% aller Nennungen (n=4), 5% der Antwortenden
- „Epilepsie“	1,3% aller Nennungen (n=4), 5% der Antwortenden
- „Auto- bzw. Fremdaggression“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Phobien“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Medikamenten-Nebenwirkungen“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Schock“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Sexualdelikte“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Erregungszustände“	0,7% aller Nennungen (n=2), 2% der Antwortenden
- „Verhalten u. Befinden des Rettungsdienstpersonals nach Unfällen“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden
- „Eßstörungen“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden
- „Amok, Waffen“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden
- „Psychosomatik“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden
- „Einweisung durch Amtsarzt“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden
- „Kindesmißhandlung“	0,3% aller Nennungen (n=1), 1% der Antwortenden

**3. Fallbeispiele****3.1 33jährige Patientin mit Frühdyskinesie nach Haldol-Überdosierung****3.1.1 Verdachtsdiagnose:** Beantwortet von 58% der Befragten (n=88)Verdachtsdiagnose richtig: **19%** (n=17)Verdachtsdiagnose falsch: **81%** (n=71)**3.1.2a Therapievorschlag:** Beantwortet von 82% der Befragten (n=123)Therapievorschlag falsch: **99%** (n=122)Therapievorschlag richtig (Akineton iv): **1%** (n=1)**3.1.2b Einweisung:** Beantwortet von 81% der Befragten (n=122)Einweisung: **43%** (n=53)keine Einweisung: **57%** (n=69)**3.1.3 Notarztindikation:** Beantwortet von 87% (n=132)nein: **61%** (n=81)ja: **39%** (n=51)**3.2. 55jährige Patientin in Gaststätte mit akutem Erregungszustand, hysterischem Anfall, differentialdiagnostisch Krampfanfall möglich****3.2.1 Verdachtsdiagnose:** Beantwortet von 68% (n=103)Verdachtsdiagnose falsch: **42%** (n=43)Verdachtsdiagnose richtig: **2%** (n=2)Verdacht auf Schädelhirntrauma: **56%** (n=58)**3.2.2a Therapievorschlag:** Beantwortet von 82% (n=123)Therapievorschlag falsch: **93%** (n=115)Therapievorschlag richtig (Haldol iv., Sedierung): **7%** (n=8)**3.2.2b Einweisung:** Beantwortet von 80% (n=121)keine Einweisung: **67%** (n=81)Einweisung: **33%** (n=40)**3.2.3 Notarztindikation:** Beantwortet von 87% der Befragten (n=131)nein: **28%** (n=37)ja: **72%** (n=94)

**3.3 39jährige Patientin zu Hause mit akuter Psychose, Schizophrenie, Selbstgefährdung****3.3.1 Verdachtsdiagnose:** Beantwortet von 66% der Befragten (n=99)Verdachtsdiagnose falsch: **51%** (n=50)Verdachtsdiagnose richtig: **49%** (n=49)**3.3.2a Therapievorschlag:** Beantwortet von 82% der Befragten (n=123)Therapievorschlag falsch: **97%** (n=119)Therapievorschlag richtig (Haldol i.v.): **3%** (n=4)**3.3.2b Einweisung:** Beantwortet von 81% der Befragten (n=122)keine Einweisung: **22%** (n=27)Einweisung: **78%** (n=95)**3.3.3 Notarztindikation:** Beantwortet von 87% der Befragten (n=132)nein: **81%** (n=107)ja: **19%** (n=25)**3.4 28jähriger Patient zu Hause mit Erstmanifestation einer affektiven Psychose, manischen Phase****3.4.1 Verdachtsdiagnose:** Beantwortet von 51% der Befragten (n=77)Verdachtsdiagnose falsch: **88%** (n=68)Verdachtsdiagnose richtig: **12%** (n=9)**3.4.2a Therapievorschlag:** Beantwortet von 78% der Befragten (n=118)Therapievorschlag falsch: **95%** (n=112)Therapievorschlag richtig (Haldol i.v.): **5%** (n=6)**3.4.2b Einweisung:** Beantwortet von 78% der Befragten (n=118)keine Einweisung: **53%** (n=62)Einweisung: **47%** (n=56)**3.4.3 Notarztindikation:** Beantwortet von 87% der Befragten (n=132)nein: **73%** (n=96)ja: **27%** (n=36)**3.5 76jähriger verwahrloster Patient im Hauskeller mit Verwirrheitszustand, Demenz bei bestehender chronischer Alkoholkrankheit****3.5.1 Verdachtsdiagnose:** Beantwortet von 66% der Befragten (n=100)Verdachtsdiagnose falsch: **4%** (n=4)Verdachtsdiagnose richtig: **96%** (n=96)**3.5.2a Therapievorschlag:** Beantwortet von 81% der Befragten (n=122)Therapievorschlag falsch: **11%** (n=13)Therapievorschlag richtig (primär keine Therapie notwendig): **89%** (n=109)**3.5.2b Einweisung:** Beantwortet von 82% der Befragten (n=123)keine Einweisung: **24%** (n=30)Einweisung: **76%** (n=93)**3.5.3 Notarztindikation:** Beantwortet von 85% der Befragten (n=128)nein: **97%** (n=124)ja: **3%** (n=4)**3.6 Wieviel Mühe hat Sie das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens gekostet?**

Beantwortet von 95% der Befragten (n=144)

keine	geringe	mittlere	große	sehr große
<b>11%</b>	<b>31%</b>	<b>39%</b>	<b>17%</b>	<b>2%</b>
n=16	n=44	n=57	n=24	n=3

Mittelwert auf einer Skala von 1 (=keine) bis 5 (=sehr große): **3 ± 1**

## 8. Danksagung

Folgenden Personen, die diese Arbeit ermöglicht und zu ihrem Gelingen beigetragen haben, möchte ich meinen Dank aussprechen:

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. F.-G. Pajonk, für die Überlassung dieses interessanten Dissertationsthemas und ganz besonders für seine jederzeit freundliche, geduldige und hilfsbereite Betreuung. Ohne sein Engagement wäre das Erstellen dieser Arbeit nicht möglich gewesen ;

Herrn Dr. med. H.-R. Paschen, Landesfeuerwehrarzt, für jede Form der Unterstützung. Er hat nicht nur durch sein engagiertes Anschreiben, das den Fragebögen beilag, sondern auch durch die tatkräftige Hilfe bei der Koordination der Befragung wesentlich zum Gelingen dieser Untersuchung beigetragen;

Herrn W. Zoher, aus dem Rechenzentrum Hannover, für die Beratung in statistischen Fragen sowie für seine Einführung in das Computerprogramm SPSS;

meiner Schwiegermutter Frau Monika Fischer, für das unermüdliche Lesen meiner Arbeit und ihre Korrekturvorschläge;

meinem Ehemann Dr. Sebastian Fischer, der mir während der gesamten Zeit motivierend mit Rat und Tat zur Seite stand.

Meinen Eltern Jutta und Dr. Omar Mahjoub gilt mein ganz besonderer Dank, der sich kaum in kurze Worte fassen läßt. Zum einen haben sie mir Studium und Doktorarbeit durch ihre seelische Unterstützung, finanzielle Hilfe und die häufige Betreuung ihrer Enkelkinder überhaupt erst ermöglicht. Zum anderen haben sie mir von klein auf alles geschenkt, was man zu einem glücklichen Leben braucht: grenzenlose Liebe, ihre hundertprozentige Zuwendung in allen Lebenslagen und obendrein noch zwei wunderbare Geschwister.

## 9. Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name: Fischer  
 Vorname: Ranim  
 Geburtsname: Mahjoub  
 Geburtstag und -ort: 20.08.1970 in Kassel  
 Anschrift: Redenstr.6  
 30171 Hannover

### Familie

Vater: Dr. Omar Mahjoub, Arzt  
 Mutter: Jutta Mahjoub geb. Hartmann,  
 Krankenschwester  
 Geschwister: Basil Mahjoub, geb. 1975, Student der  
 Architektur  
 Nadja Mahjoub, geb. 1978, Studentin des  
 Kommunikationsdesigns  
 Ehemann: Dr. Sebastian Fischer, Tierarzt  
 Kinder: Laila, geb. 1998  
 Livia, geb. 2001

### Schulbildung

1977-1981: Grundschule Uslar  
 1981-1983: Orientierungsstufe Uslar  
 1983-1984: Gymnasium Uslar  
 1984: Wechsel zum Schillergymnasium Hannover,  
 Abschluß: Allgemeine Hochschulreife

### Hochschulbildung

1991: Universität Hamburg, Studiengang  
 Humanmedizin  
 1999: Medizinische Hochschule Hannover,  
 Abschluß: 3. Staatsexamen

## 10. Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die hier vorliegende Arbeit „ Beurteilung von psychiatrischen Notfällen aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern - Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.