pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Köll, Alexander

Salutogenetische Orientierung und Supervision nach Balint bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Eine empirisch-gesundheitswissenschaftliche Studie mit qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse

Berlin : Logos Verlag Berlin 2026, 258 S.

Quellenangabe/ Reference:
Köll, Alexander: Salutogenetische Orientierung und Supervision nach Balint bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Eine empirisch-gesundheitswissenschaftliche Studie mit qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse. Berlin : Logos Verlag Berlin 2026, 258 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-363942 - DOI: 10.25656/01:36394; 10.30819/6053

https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-363942
https://doi.org/10.25656/01:36394

in Kooperation mit / in cooperation with:

https://www.logos-verlag.de

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

pedocs
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Alexander Köll

Salutogenetische Orientierung und Supervision nach Balint

bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern

λογος

Salutogenetische Orientierung und Supervision nach Balint bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern

Eine empirisch-gesundheitswissenschaftliche Studie mit qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse

Alexander Köll

Logos Verlag Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dissertation zur Erlangung des Grades Doktor der Philosophie in Gesundheitswissenschaften.

Gefördert im Rahmen der Exzellenzinitiative 2025 des Logos Verlags Berlin.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer CC-BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung – Nicht-kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 International).

Logos Verlag Berlin GmbH 2026

ISBN 978-3-8325-6053-9
DOI 10.30819/6053

Logos Verlag Berlin GmbH
Georg-Knorr-Str. 4, Geb. 10,
12681 Berlin

Tel.: +49 (0)30 / 42 85 10 90
Fax: +49 (0)30 / 42 85 10 92
https://www.logos-verlag.de

Danksagung

An erster Stelle danke ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Mag. Dr. Günter Dietrich, MEd, für seine fachkundige Begleitung, seine wohlwollende Unterstützung und das stets offene Ohr für meine Fragen. Seine klare Rückmeldung und sein Vertrauen in mein Forschungsvorhaben haben wesentlich dazu beigetragen, dass diese Arbeit entstehen konnte.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Ruperta Mattern, die bereit war, die Interviews mit den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in meinem Auftrag zu führen. Durch ihre Unterstützung konnte ein möglicher Testleitereffekt vermieden und die wissenschaftliche Qualität der Erhebung maßgeblich gestärkt werden.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an meine Kolleginnen und Kollegen an der Berufsfachschule für Notfallsanitäter in Bayreuth. Sie haben mir in vielerlei Hinsicht den Rücken freigehalten, mich ermutigt und dazu beigetragen, dass ich den Schritt gewagt habe, dieses Promotionsvorhaben überhaupt zu beginnen. Diese kollegiale Unterstützung war für mich ebenso wertvoll wie motivierend.

Schließlich danke ich meiner Ehefrau von ganzem Herzen – für ihr Verständnis, ihre Geduld und für all die Momente, in denen sie mir die nötige Zeit und Ruhe geschenkt hat, um mich auf diese Arbeit konzentrieren zu können. Ohne ihre Unterstützung wäre vieles nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 13

1 Einleitung 15

2 Theoretischer Hintergrund 25
2.1 Der Begriff der Gesundheit 26
2.1.1 Das Salutogenesemodell der Gesundheit 26
2.1.2 Das Kohärenzgefühl 28
2.1.3 Prävention 31
2.1.4 Wohlbefinden und das PERMA-Modell 33
2.2 Erholung und Erschöpfung aus motivationspsychologischer Sicht und die Rolle der Ressourcen 36
2.3 Stress und Stressmodelle 39
2.4 Das Burnout-Syndrom 46
2.5 Stressmodelle der Arbeits- und Organisationspsychologie 51
2.5.1 Das Yerkes-Dodson-Gesetz 52
2.5.2 Conservation-of-Resources-Theorie 53
2.5.3 Job-Demand-Control(-Support)-Modell 55
2.5.4 Die Job-Demands-Resources-Theorie 57
2.6 Der Beruf vor dem Hintergrund der Grundbedürfnisse des Menschen 59
2.6.1 Aspekte der beruflichen Tätigkeit 61
2.6.2 Work-Life-Balance und Grenzziehung 62
2.6.3 Teamarbeit 65
2.6.4 Resilienz 68
2.6.5 Self-Compassion 69
2.7 Aufgaben und Personenstruktur des Rettungsdienstes . . 73
2.8 Hierarchien im Arbeitskontext 76
2.9 Balint-Gruppen 80
2.9.1 Psychoanalyse und Psychodynamik 80
2.9.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie und der Balintgruppen 83

2.9.3 Historie der Balint-Methode 86
2.9.4 Die Methode der Balint-Arbeit 86
2.9.5 Aktueller Forschungsstand 89

3 Methodik 95
3.1 Fragestellungen und Hypothesen 95
3.2 Auswahl des Forschungsdesigns 96
3.3 Qualitative Erhebung 96
3.4 Quantitative Erhebung 99
3.5 Entwicklung des Interviewleitfadens 102
3.6 Durchführung der Datensammlung 103
3.7 Methodik der Datenanalyse 104

4 Ergebnisse 107
4.1 Auswertung der Interviews mit Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern 107
4.1.1 Kategorienbildung 107
4.1.2 Stichprobenbeschreibung 112
4.2 Auswertung der Fragebögen der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter 129
4.3 Ergebnisse der Befragung von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern vor der Fortbildung 132
4.3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite 133
4.3.2 Kommunikationsdefizite und Einbindung 134
4.3.3 Psychosoziale Belastung und Unterstützung 135
4.3.4 Pädagogische Unterstützung und Qualifizierung . . 135
4.3.5 Anerkennung und berufliche Identifikation 136
4.4 Auswertung der Interviews mit Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern nach der Fortbildung 136
4.4.1 Förderung von Kollegialität und Austausch 137
4.4.2 Persönliche Entwicklung und Motivation 138
4.4.3 Kritische Selbstreflexion und systemische Perspektive 139
4.4.4 Relevanz und Umsetzbarkeit für den Arbeitsalltag 139
4.4.5 Stärkung der professionellen Identität und Reflexionskompetenz 140

5 Diskussion 141
5.1 Ergebnisdiskussion 141
5.2 Beantwortung der Hypothesen 150
5.3 Limitationen 161

6 Fazit und Ausblick 163

7 Literaturverzeichnis 167

8 Anhang: Interviewtranskripte 195

Abbildungsverzeichnis

2.1 Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Quelle: Faltermaier, 2023, S. 80) 31
2.2 Adaptionsmodell (Quelle: Eingedeutscht in Anlehnung an Selye 1946, S. 123) 41
2.3 Transaktionales Stressmodell mit Bewertungs- und Coping-Prozess (Quelle: Lazarus & Launier, 1981, S. 215) 44
2.4 Phasenmodell des Burnouts (Quelle: Freudenberger und North 1992, S. 57) 48
2.5 Das Yerkes-Dodson-Gesetz (Quelle: Welford 1973, S. 570) 53
2.6 Job-Demand-Control(-Support) Modell (Quelle: Karasek, 1980, S. 110) 56
2.7 Das Job-Demands-Ressources-Modell (Quelle: Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 212) 58
2.8 Work-Life-Balance-Modell (Quelle: Peseschkian & Remmers, 2020, S. 92) 63

4.1 Verteilung der kodierten Segmente innerhalb der Subkategorie ‚Persönliche Ressourcen‘ 113
4.2 Verteilung der Globalen Zufriedenheit im Beruf 114
4.3 Verteilung der kodierten Segmente innerhalb des Kategoriensystems der Fragebögen von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern 133
4.4 Verteilung der kodierten Segmente innerhalb des Kategoriensystems der Fragebögen von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern nach der Fortbildung 137

Tabellenverzeichnis

4.1 Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter) 107
4.2 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten ‚Spezifische Zufriedenheit‘ 115
4.3 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten ‚Globale Resilienz‘ nach Subkategorie 117
4.4 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Gründe für die Suche nach emotionaler Unterstützung‘ 119
4.5 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen‘ 120
4.6 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Erleichternde / entlastende Kommunikation‘ 122
4.7 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Kollegiale Handlungsplanung‘ . 124
4.8 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Zukunftsaspekte im Beruf‘ . . . 126
4.9 Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Sonstiges‘ 128
4.10 Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 1) 130
4.11 Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 2) 131

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
HHNA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD-11	International Classification of Diseases 11th Revision
INM	Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SOC	sense of coherence

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen, insbesondere solche, die durch arbeitsbedingten Stress ausgelöst werden, stellen eine wachsende Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen dar. Aktuelle Daten zeigen, dass die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Belastungen kontinuierlich zunimmt und Beschäftigte im Gesundheitsbereich besonders stark betroffen sind. Laut dem DAK-Psychreport (2024) stieg die Anzahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2023 auf 323 Tage je 100 Versicherte, was einem Zuwachs von 52% im Vergleich zu 2013 entspricht. Besonders häufig wurden Depressionen, Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen diagnostiziert. Allein depressive Erkrankungen verursachten 122 Fehltage pro 100 Versicherte (DAK-Gesundheit, 2024).

Beschäftigte im Gesundheitswesen weisen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen überdurchschnittlich viele psychisch bedingte Fehlzeiten auf. Im Jahr 2023 verzeichnete der Gesundheitsbereich 472 Fehltage je 100 Versicherte. Besonders belastet sind Beschäftigte in der Kinderbetreuung mit 586 Tagen sowie in der Altenpflege mit 573 Tagen (DAK-Gesundheit, 2024). Diese Zahlen machen deutlich, dass Berufe mit hoher Verantwortung und emotionaler Nähe zu Menschen, beispielsweise in der Pflege und Betreuung, stark von psychischer Überlastung betroffen sind.

Zu den häufigsten Ursachen für die massiven Fehlzeiten zählen Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung und ein Mangel an personellen Ressourcen. Bereits im Jahr 2020 gaben laut einer Erhebung des Statistischen Bundesamts 25% der Erwerbstätigen an, sich psychisch belastet zu fühlen. 14% nannten konkret Zeitdruck und Überforderung als Hauptbelastung (Statistisches Bundesamt, 2020). Im Gesundheitswesen kommen zusätzlich emotionale Herausforderungen im Umgang mit Patientinnen / Patienten sowie strukturelle Defizite in der Organisation hinzu (DAK-Gesundheit, 2024).

Psychische Erkrankungen führen nicht nur zu persönlichem Leid, sondern verursachen auch hohe wirtschaftliche Schäden. Der Fehlzeiten-

Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt, dass psychisch bedingte Erkrankungen durchschnittlich 29,6 Fehltage je Betroffener / Betroffenem verursachen, dies entspricht fast dreimal so vielen Betroffenen wie dem Durchschnitt aller anderen Erkrankungen (11,3 Tage). Dies stellt eine erhebliche Belastung für das Gesundheitssystem und für Arbeitgeberinnen / Arbeitgebern dar (WIdO, 2023).

Einsatzkräfte im Rettungsdienst sind in ihrem beruflichen Alltag einer Vielzahl von Gefahren ausgesetzt. Um adäquat auf Notfälle reagieren zu können und ihre berufliche Tätigkeit ausüben zu können, ist es essenziell, dass sie möglichst schnell am Einsatzort eintreffen. Ihre Tätigkeit ist durch einen hohen Zeit- und Leistungsdruck geprägt, wobei sie eine erhebliche Verantwortung für das Wohlergehen und das Leben ihrer Patientinnen / Patienten tragen. Zudem stehen sie in kontinuierlichem Austausch mit Fachkräften aus der Pflege und anderem Gesundheitspersonal. Charakteristisch für den Rettungsdienst sind darüber hinaus unregelmäßige Arbeitszeiten, die Nacht- und Wochenendschichten beinhalten (Elmqvist et al., 2010).

Die hohen Anforderungen an Fachkräfte im Rettungsdienst führten im März 2025 zur Gründung des Bundesverbandes für Bildung im Rettungswesen in Fürth (BVBRW) (BVBRW, 2025). Die Definition des Begriffs Rettung verdeutlicht die Komplexität der Anforderungen, die an die in diesem Berufsfeld tätigen Personen gestellt werden:

> „Rettung kennzeichnet eine professionalisierte und institutionalisierte Tätigkeit mit dem Ziel, in der Anwendung medizinischen und organisatorischen Wissens und Könnens Personen in Notfällen (aus objektiv feststellbaren oder subjektiv empfundenen Notlagen) allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Professionen zu befreien. Rettung als berufliche Tätigkeit erfordert medizinische, organisatorische, psychosoziale und interpersonale Kompetenzen und ist auf die Lösung komplexer Situationen ausgerichtet.“ (Prescher et al., 2023, S. 51)

Die Komplexität der beruflichen Tätigkeit und die damit verbundenen hohen Anforderungen führen zu einem zunehmenden Interesse an der Bildung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern (BVBRW, 2025). Im Sinne der verstärkten Forschung auf diesem Gebiet und

der Fusion der eher praxisorientierten Tätigkeit der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters und dem empirischen Bereich wurde durch den neugegründeten ‚Bundesverband für Bildung' eine extra Sektion für hochschulische Bildung gegründet, deren Ziel es ist, Hochschulen, Lehrkräfte und Forscherinnen / Forscher zu vernetzen und damit die akademische Ausbildung im Bereich der Notfall- und Rettungswissenschaft sowie der Lehrerinnenbildung / Lehrerbildung weiterzuentwickeln (BVBRW, 2025).

Häufig werden Rettungseinsätze mit der notfallmedizinischen Versorgung gleichgesetzt. Jedoch stellt die Notfallmedizin einen Teilbereich der Medizin dar und implementiert, dass Patientinnen / Patienten sich in einer lebensbedrohlichen Notfalllage befinden, wenn sie durch den Rettungsdienst versorgt werden (Prescher et al., 2023). Bei genauer Betrachtung sind von allen Einsätzen im Rettungsdienst lediglich 19,4% Patientinnen / Patienten von einer lebensbedrohlichen Notfalllage betroffen (Sefrin, 2015). Bei den weiterhin zunehmenden Einsätzen des Rettungsdienstes muss jedoch immer häufiger auch darüber entschieden werden, ob und inwieweit es sich bei der Situation, in der eine rettungsdienstliche Versorgung stattfindet, um eine lebensbedrohliche Notfalllage der Betroffenen handelt oder ob dies nicht der Fall ist. Auch die notwendigen pharmakologischen Kompetenzen zu den entsprechenden medizinischen Vorfällen sind unabdingbar, um Patientinnen / Patienten ein höchstmögliches Maß an Sicherheit und Qualität der Versorgung bieten zu können (Gliwitzki et al., 2021).

Komplexe Verfahren, wie beispielsweise die kardiopulmonale Reanimation im Advanced Life Support (ALS)-Standard, stellen hohe Anforderungen an Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter. Die weiterhin zunehmende Technologisierung im Beruf bedingt zudem, dass Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter im Rettungsdienst eine hohe Bereitschaft zu Weiterbildung und Wissenserwerb zeigen, um die Patientensicherheit dauerhaft gewährleisten zu können (Häske et al., 2017).

Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter haben die Aufgabe, eigenverantwortliche und teamorientierte Maßnahmen zur Rettung von Patientinnen / Patienten in Notfalllagen durchzuführen und den Transport von Patientinnen / Patienten zu gewährleisten. Die berufsrechtliche Basis hierfür stellt § 4 NotSanG dar (Prescher et al., 2023).

> „Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt dann vor, wenn eine Person sich in einer vorher nicht absehbaren subjektiven oder objektiven Zwangslage mit medizinischen (gesundheitsbezogenen) Komponenten befindet, aus welcher sie sich nicht ohne außerplanmäßige Hilfe befreien kann oder glaubt, sich nicht ohne diese befreien zu können.“ (Prescher et al., 2023, S. 49)

Das oben aufgeführte Zitat verdeutlicht, dass die Wahrnehmung, sich in einer Notfalllage zu befinden, rein subjektiv ist und Patientinnen / Patienten, die den Rettungsdienst rufen, sich in der Regel in einer für sie bedrohlichen Notfalllage befinden. Die Anforderungen an Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter kann daher nicht ausschließlich auf medizinische Einschätzungen und Behandlungen reduziert werden. Vielmehr umfasst sie oft auch psychologische Kenntnisse und hohe empathische Kompetenzen (Mills et al., 2022). Nicht selten können zunächst als harmlos eingeschätzte Einsätze zudem eine drastische Wendung nehmen, die eine zu starre Betrachtung der Situation ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten zur Gefährdung der Patientinnen / Patienten führen kann. Zusammenfassend ist die Tätigkeit als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter von einer hohen Dynamik gekennzeichnet, die für viele Angehörige dieser Berufsklasse jedoch einen der besonderen Reize dieser Tätigkeit ausmachen (Mills et al., 2022).

Empirische Untersuchungen, wie die Studie ‚Psychische und körperliche Belastung im Rettungsdienst: Zusammenhang des arbeitsbezogenen Verhaltens und der Beanspruchungsfolgen‘, haben gezeigt, dass Einsatzkräfte des Feuerwehr- und Rettungsdienstes häufig unter erheblichem Stress leiden, der primär aus der hohen Arbeitsbelastung resultiert (Böckelmann et al., 2022). Weitere wissenschaftliche Untersuchungen haben die negativen Auswirkungen dokumentiert, die die berufliche Tätigkeit von Rettungskräften auf verschiedene Lebensbereiche haben kann. Diese umfassen unter anderem eine eingeschränkte psychische Gesundheit, erhöhte Belastungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, emotionale Herausforderungen, Identitätskonflikte sowie Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung alltäglicher Routinen (Murphy et al., 2017; McKeon et al., 2021).

Die hohen Anforderungen der Tätigkeit im Rettungsdienst begünstigen in vielen Fällen die Entstehung eines Burnout-Syndroms (Pluntke, 2013). Ständige Alarmbereitschaft, die Tätigkeit im Schichtdienst und die Arbeit unter dauerhafter Anspannung aufgrund der oft hohen Verantwortung, die Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter im Beruf tragen, führt dazu, dass 30% aller Rettungskräfte unter einem ausgeprägten Burnout-Syndrom leiden, während 16% an einem hochgradigen Burnout-Syndrom erkrankt sind (Reinhard & Maercker, 2004). In etwa 10 bis 15% aller Berufstätigen leiden einmal während des Berufslebens unter einem Burnout-Syndrom, wobei sich dieses Störungsbild durch eine starke emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung[1] und eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit äußert (Maslach et al., 1997). Dabei ist das Burnout-Syndrom nicht nur durch eine besonders hohe Prävalenz gekennzeichnet. Vielmehr stellt die ungewöhnlich lange Dauer der Erkrankung mit einer durchschnittlichen Dauer von 174,8 Tagen in der Arbeitsunfähigkeit je 1.000 Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) eine Herausforderung für die Betroffenen und die Gesellschaft dar (Destatis, 2025). Möglicherweise ist die Diskrepanz zwischen der ungewöhnlich hohen Zahl von Burnout-Erkrankungen bei Rettungskräften und Beschäftigten anderer Berufsgruppen auf die hohe emotionale Belastung im Rettungsdienst zurückzuführen.

Ein Verkehrsunfall oder eine andere bedrohliche Situation kann für die betroffenen Personen eine traumatische Erfahrung darstellen. Ebenso sind jedoch auch Rettungskräfte dem Risiko ausgesetzt, durch solche Einsätze traumatisiert zu werden (Harvey et al., 2016, Marung et al., 2025). Die wiederholte Konfrontation mit traumatischen Ereignissen kann sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen und in einigen Fällen auch zur Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beitragen (Syed et al., 2020). Insbesondere die Kombination aus herausfordernden Arbeitsbedingungen, Schichtdiensten und der wiederholten Exposition gegenüber potenziell traumatischen Erlebnissen stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Entstehung arbeitsbezogener Stress- und psychischer

[1] „Erfahrungen von Unwirklichkeit, Entferntsein, oder das Gefühl, ein außenstehender Beobachter gegenüber den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Körper oder Handlungen zu sein (z.B., Wahrnehmungsveränderungen, gestörtes Zeitempfinden, Empfindung des Selbst als unwirklich oder abwesend, emotionale und / oder körperliche Taubheit)“ (AWMF, 2014, S. 8).

Erkrankungen bei Rettungskräften dar (Berger et al., 2012). Marung et al. (2025) untersuchten das sogenannte Zweite-Opfer Phänomen, bei dem es sich um Auswirkungen im Kontext eines Rettungseinsatzes bei Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern handelt. Die Prävalenz des Zweite-Opfer Phänomens lag bei deutschen Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern bei 65,3%, wobei 53,3% der befragten 528 Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern angaben, das Phänomen in den zurückliegenden 12 Monaten ab dem Zeitpunkt der Befragung erlebt zu haben.

Ein zusätzliches Risiko für Rettungskräfte ergibt sich durch aggressive Verhaltensweisen, die Patientinnen / Patienten ihnen gegenüber zeigen. Eine im Jahr 2019 durchgeführte Befragung des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) unter 525 Rettungskräften ergab, dass jede befragte Person innerhalb des vergangenen Jahres mindestens einmal Gewalt durch Patientinnen / Patienten erlebt hatte (Sefrin et al., 2021). Solche Gewalterfahrungen können erhebliche negative Folgen für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Rettungskräfte haben. Darüber hinaus sind Rettungskräfte während ihrer Einsätze häufig der direkten Beobachtung durch Dritte, insbesondere durch Angehörige der betroffenen Personen, ausgesetzt. Diese externe Beobachtung kann den Handlungsdruck zusätzlich erhöhen und die psychische Belastung der Rettungskräfte noch verstärken (Burrell et al., 2013).

Für die von Erschöpfung und Burnout betroffenen Rettungskräfte stehen unterschiedliche Behandlungsformen zur Verfügung. Die psychotherapeutische Behandlung stellt eine dieser Behandlungsformen dar. Bis zum Jahr 2011 belegten über 500 Metaanalysen, dass eine psychotherapeutische Behandlung effektiver ist als das alleinige Warten auf Besserung der Symptome (Lambert, 2011). Es sind viele Theorien über die Funktionsweise von Psychotherapie entwickelt worden. Zu den von Karasu (1986) beschriebenen drei Change-Agents gehören das Affektive Erleben, die kognitive Bewältigung und die Korrektur dysfunktionaler Denk- und Handlungsstile. Psychotherapeutische Behandlungen können sich sowohl auf die Bewältigung von Traumata als auch auf die Bewältigung eines Burnout-Syndroms beziehen (Flatten et al., 2004).

Angesichts des demografischen Wandels und des daraus resultierenden Fachkräftemangels wird die Anzahl verfügbarer Rettungskräfte

in den kommenden Jahren weiter abnehmen. Weiterhin wird der Fachkräftemangel auch im Bereich der Psychotherapie spürbar werden.

Daher ist es essenziell, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um Rettungskräfte gezielt vor psychischen und physischen Belastungen, traumatischen Erlebnissen sowie gewalttätigen Übergriffen zu schützen, um der Entstehung von Erschöpfungsdepressionen und / oder Burnout-Erkrankungen vorzubeugen.

Bereits in der Ausbildung von Rettungskräften können Ereignisse eintreten, die eine Belastung für die angehenden Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter darstellen. In der Vorbereitung auf die Herausforderungen ihrer beruflichen Tätigkeit stellt sich die Frage, ob- und inwieweit Supervision und / oder Coaching bereits in der Ausbildung der Rettungskräfte sinnvoll sein kann, um die psychische Gesundheit der Rettungskräfte zu erhalten. Es ist von hoher Bedeutung, dass Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter ihrer psychischen Gesundheit mehr Achtung entgegenbringen. Eine frühzeitige und dauerhafte Sensibilisierung für die hohe Gefahr, die durch die Belastung der beruflichen Tätigkeit für die eigene psychische und physische Gesundheit besteht, könnte hilfreich sein, Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter zu motivieren, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um die mentale Stabilität zu erhalten.

Weiterhin besteht ein hoher Bedarf zu erforschen, welche Interventionen und welche Informationen / welches Wissen geeignet sind, die Belastungen von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern zu reduzieren, damit die psychische Gesundheit dieser Personengruppe trotz der hohen Anforderungen erhalten werden kann. Eine erste Studie von Groß et al. (2005) zeigte beispielsweise, dass das Kohärenzgefühl im Sinne des Salutogenesemodells und auch die Bewältigungsstile von Rettungsassistentinnen / Rettungsassistenten unzureichend waren. Weitere Studien zu Wissen über das Konzept der Salutogenese wurden jedoch nicht durchgeführt.

Eine der Interventionen, die ursprünglich für die Arbeit und Supervision von Ärztinnen/Ärzten entwickelt wurde, ist die Balint Supervision. Hierbei werden Fälle aus dem Patientenkontakt gemeinsam in einer Gruppe von Ärztinnen/Ärzten besprochen. Belastende Erlebnisse können so gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen aufgearbeitet werden, sodass alle Beteiligten gemeinsam von der Erkenntnis durch die Fälle profitieren. In der hier vorliegenden Dissertation soll eben-

falls das Themenfeld der Supervision in Form von Balint-Gruppen zur Anwendung kommen, wobei sich die Intervention an Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter im Rettungsdienst richtet. Nach der Teilnahme an der Intervention soll im Rahmen von Experteninterviews erfasst werden, inwieweit sich Balint-Gruppen im Rettungsdienst dazu eignen könnten, belastende Erlebnisse gemeinsam besser verarbeiten zu können. Zudem werden die Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter nach ihrer Ausbildung hinsichtlich ihrer persönlichen Erfahrungen im Berufsleben befragt.

Im Anschluss an diesen einleitenden Überblick finden sich zunächst Informationen über die theoretischen Hintergründe dieser Forschungsarbeit. Als Autor dieser Studie bin ich in der interdisziplinären Tradition der integrativen Gesundheitswissenschaften verankert. Wie Robin Haring (2019) formuliert, wird „Gesundheit in komplexen Systemen multifaktoriell vermittelt und in individuellen Lebenskontexten subjektiv erfahren“ (S. 6). In meiner Einschätzung bedarf es dazu, um den komplexen Gegenstand dieser Forschungsrichtung zu entsprechen, des Ansatzes der Mixed-Methods-Forschungsdesigns, in der sowohl qualitative Daten als auch quantitative Daten ausgewertet werden. Zentral, in einem auf die weiterführende Nutzung im Berufsfeld bezogenen Daten, erscheint mit zudem die Richtung der Prävention. So wird in der vorliegenden Arbeit zunächst das Modell der Salutogenese erläutert, welches insbesondere vor dem Hintergrund der Prävention wertvolle Inhalte bieten kann. Da Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter insbesondere von Stresserkrankungen und Burnout-Erkrankungen betroffen sein können, sollen diese beide Konzepte vorgestellt werden. Innerhalb eines weiteren Themenkomplexes werden Bedürfnistheorien im Kontext der beruflichen Tätigkeit thematisiert, da die Nicht-Erfüllung der Bedürfnisse zu Stress und Erkrankungen und insbesondere zu Unzufriedenheit im Beruf führen kann. Einen besonderen Schwerpunkt bilden hier soziale Beziehungen und das Sinnerleben im Beruf. Anschließend finden sich spezifische Aufgaben und Herausforderungen für Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter im Rettungsdienst. Den Abschluss des theoretischen Kapitels bilden die Psychotherapie und Balint-Gruppen im Speziellen.

Der theoretische Hintergrund dieser Forschungsarbeit schließt mit aktuellen Studien zu Belastungen im Rettungsdienst und psychotherapeutischen Methoden und deren Effektivität bei Rettungskräften. Aus dem aktuellen Forschungsstand erfolgt die Ableitung der Hypothesen.

Dem dritten Kapitel dieser Studie können Informationen zu den methodischen Vorgehensweisen im Rahmen dieser Untersuchung entnommen werden. So werden Informationen zum Studiendesign, zur Rekrutierung der Probandinnen / Probanden, zur Entwicklung der Interviewleitfäden und auch zu den Auswertungsmethoden zur Verfügung gestellt. Der Ergebnisteil beinhaltet die Ergebnisse der qualitativen Analysen. Die darauffolgende Diskussion beinhaltet zunächst eine Zusammenfassung der Ergebnisse, bevor die Ergebnisse unter Rückbezug und zum aktuellen wissenschaftlichen Diskurs kritisch diskutiert werden. Der Diskussion können zudem die limitierenden Faktoren dieser Untersuchung, ein Ausblick in zukünftige Forschungsarbeiten und ein abschließendes Fazit entnommen werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Gesundheit wird in den Gesundheitswissenschaften zunehmend als dynamischer Prozess verstanden, der aus der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit physischen, psychischen und sozialen Anforderungen entsteht. Dieser prozessorientierte Ansatz betont, dass Gesundheit nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern ein aktiver Zustand des Wohlbefindens, der durch individuelle und soziale Ressourcen gefördert wird (Antonovsky, 1997).

Das Konzept der Salutogenese, eingeführt von Aaron Antonovsky, fokussiert auf die Entstehung von Gesundheit und identifiziert das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence [SOC]) als zentralen Faktor. Dieses Gefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Ein starkes Kohärenzgefühl ermöglicht es Individuen, Stressoren effektiv zu bewältigen und ihre Gesundheit zu erhalten (Eriksson & Lindström, 2006).

Im Arbeitsumfeld, insbesondere in sozialen Gemeinschaften, ist die Gesundheit der Mitarbeitenden nicht nur ein individueller Wert, sondern auch eine Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit und das Funktionieren der Organisation. Ein salutogenetischer Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung betont daher die Bedeutung von Ressourcenstärkung und positiven Arbeitsbedingungen, um das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern (Beck et al., 2010).

Die Förderung von Gesundheit erfordert eine ganzheitliche Betrachtung, die körperliche, emotionale, mentale, soziale, ökonomische, ökologische und spirituelle Aspekte einbezieht. Diese interdisziplinäre Perspektive ermöglicht es, komplexe Wechselwirkungen zu verstehen und effektive Interventionen zu entwickeln (Keupp, 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gesundheit im Arbeitskontext als ein dynamischer, prozessorientierter Zustand zu verstehen ist, der durch individuelle Ressourcen und unterstützende Arbeitsbedingungen gefördert wird. Ein salutogenetischer Ansatz bietet hierbei einen wertvollen Rahmen, um Gesundheit nicht nur zu erhalten, sondern aktiv zu fördern.

Im Folgenden finden sich die theoretischen Hintergründe dieser Untersuchung. So werden das Salutogenesemodell der Gesundheit beschrieben, es werden die Begriffe und Inhalte der Resilienz beschrieben und Hierarchien am Arbeitsplatz thematisiert. Zudem erfolgt ein kurzer Einblick in das Wesen des Rettungsdienstes. Abschließend erfolgt eine Erläuterung der Balint-Methode in der Supervision im Rettungsdienst.

2.1 Der Begriff der Gesundheit

Die WHO-Definition (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) von Gesundheit beschränkt sich nicht nur auf die körperliche Ebene und bindet psychische und soziale Faktoren mit ein:

> „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members.“ (WHO, 1986, S. 3)

Gesundheit wird demnach nicht lediglich als das Fehlen körperlicher Beschwerden und Symptome definiert, sondern umfasst gleichermaßen psychisches und soziales Wohlbefinden. Darüber hinaus schließt sie die Fähigkeit ein, persönliche Potenziale auszuschöpfen und mit den Anforderungen des Alltags angemessen umzugehen (Antonovsky, 1997).

2.1.1 Das Salutogenesemodell der Gesundheit

Der Begriff *Salutogenese* stellt eine Wortneuschöpfung dar, die sich aus den lateinischen und griechischen Begriffen *salus* (Gesundheit) und *genesis* (Entstehung) zusammensetzt. Dieses Konzept wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt, um einen Gegenentwurf zur bis dahin vorherrschenden pathogenetischen Sichtweise in der Medizin zu schaffen (Grabert, 2011). Es befasst sich mit der Frage, welche Bedingungen zur Entstehung von Gesundheit beitragen, wie Individuen trotz gesundheitlicher Risikofaktoren gesund bleiben und welche Maßnahmen in der Praxis zur Gesundheitsförderung eingesetzt

werden können (Faltermaier, 2020). Antonovsky zielte mit diesem Ansatz auf einen Paradigmenwechsel ab, indem er sich von der klassischen medizinischen Orientierung an der Entstehung und Behandlung von Krankheiten abwandte und stattdessen den Fokus auf gesundheitsfördernde Faktoren richtete (Antonovsky, 1997).

Im Vergleich zu pathogenetischen Modellen unterscheidet sich die Salutogenese durch drei wesentliche Prinzipien. Erstens betrachtet sie Gesundheit und Krankheit nicht als gegensätzliche Zustände, sondern als Kontinuum, auf dem sich Individuen in unterschiedlichem Maße bewegen. Vollständige Gesundheit oder Krankheit sind dabei für lebende Organismen nicht erreichbar; entscheidend ist vielmehr die jeweilige Annäherung an oder Entfernung von diesen beiden Polen (Grabert, 2011). Zweitens liegt der Schwerpunkt der salutogenetischen Perspektive nicht auf Risikofaktoren, sondern auf gesundheitsförderlichen Einflussgrößen, wodurch eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise in den Vordergrund rückt. Drittens wird Antonovskys Konzept durch systemtheoretische Überlegungen geprägt: Er geht davon aus, dass Gesundheit nicht als Normalzustand anzusehen ist, sondern dass ein Großteil der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf chronische Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden eher in Richtung Krankheit tendiert (Grabert, 2011).

Antonovsky (1997) hebt hervor, dass zahlreiche Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht allein durch pathogenetische Paradigmen bewältigt werden können. Obwohl er eine komplementäre Beziehung zwischen Salutogenese und Pathogenese anerkennt, betont er, dass pathogenetische Modelle häufig an ihre Grenzen stoßen und durch salutogenetische Perspektiven sinnvoll ergänzt werden sollten. Die salutogenetische Perspektive erweitert dabei den Blickwinkel, indem sie nicht nur biologische Aspekte, sondern auch historische, soziokulturelle und physikalische Rahmenbedingungen sowie individuelle Ressourcen berücksichtigt. Insbesondere im Kontext der Behandlung von psychischen Erkrankungen wird eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Konzept der Salutogenese beobachtet. Diese Entwicklung spiegelt sich in einer verstärkten Orientierung an Selbstbestimmung und der Förderung der Lebensqualität sowohl in stationären als auch in ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen wider (Grabert, 2011).

Das salutogenetische Modell lässt sich zudem mit verschiedenen stresstheoretischen Ansätzen in Verbindung bringen, darunter die Kon-

zepte von Lazarus und Folkman (1984). Eine weiterführende Auseinandersetzung mit diesen Theorien erfolgt im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht. In Übereinstimmung mit der Stressforschung betont Antonovsky (1997), dass anhaltender oder wiederkehrender Stress – insbesondere im Zusammenhang mit sekundärer Traumatisierung – eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit darstellt (Grabert, 2011). Seine Definition von Stress umfasst verschiedene Einflussfaktoren, darunter Stressoren sowie Spannungs- und Stresszustände. Stressoren werden dabei als Reize beschrieben, „für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (Antonovsky, 1997, S. 43). Die Konfrontation mit Stressoren in der inneren und äußeren Umwelt ist ein grundlegendes Merkmal menschlichen Lebens. Entscheidend ist jedoch die individuelle Verarbeitung dieser Stressoren: Ein Stressor führt zu einem Spannungszustand, der entweder erfolgreich aufgelöst oder langfristig aufrechterhalten werden kann. Aus einer salutogenetischen Perspektive trägt die erfolgreiche Bewältigung dieses Spannungszustandes zur Stärkung des Organismus bei, während ein unzureichendes Stressmanagement pathogene Prozesse begünstigen kann (Grabert, 2011). Antonovsky (1997) bezeichnet Faktoren, die einer solch negativen Entwicklung entgegenwirken, als „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Antonovsky, 1997, S. 16).

2.1.2 Das Kohärenzgefühl

Nach seiner Einwanderung nach Israel hat der amerikanische Medizinsoziologe Antonovsky (1997) Frauen erlebt, die den Holocaust überstanden haben. Anders als gedacht, hatten nicht alle diese Frauen dieselben Probleme. Einige waren fit und schienen kräftiger als andere Frauen, die angeschlagen wirkten. Nach Antonovsky (1997) war dies auf das Kohärenzgefühl zurückzuführen, welches drei Elemente beinhaltet: Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit und Verstehbarkeit (Gleide, 2004). Dies sind die drei Hauptvariablen des Salutogenese-Modells. Sie leisten demnach einen wichtigen Beitrag zur Bewahrung der Gesundheit.

Der Aspekt der Nachvollziehbarkeit beschreibt die Tatsache, dass die Lebensereignisse einer Person für sie selbst verständlich und sinnvoll strukturiert sind. Demnach würde eine geringe Verständlichkeit darauf schließen lassen, dass eine Person ihr Leben als chaotisch und willkürlich empfindet. Antonovsky (1997) beschreibt Bedeutsamkeit als das Maß,

in dem eine Person überzeugt ist, dass ihr Leben einen Sinn hat. Handhabbarkeit bedeutet stattdessen, dass eine Person in der Lage ist, Herausforderungen zu bewältigen und Vertrauen in sich selbst zu haben bzw. aufbauen zu können (Antonovsky, 1997).

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, durch die ausgedrückt wird, in welchem Ausmaß eine Person ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“ (Gleide, 2004, S. 7), welches Einfluss darauf nimmt, ob und in welchem Maß eine Person seinem Leben einen Sinn zuschreibt und ob sie annehmen kann, den Herausforderungen gewachsen zu sein. Das Empfinden, das Leben und seine Erlebnisse nachvollziehen zu können, vervollständigt das Gefühl der Kohärenz.

Ein ausgeprägtes Gefühl von Kohärenz kann dabei helfen, Lebensstressoren mit Widerstandsfähigkeit zu begegnen und dadurch psychisch gesund zu bleiben oder zu werden. Im Gegensatz dazu kann ein Fehlen von Kohärenz Erschöpfung und die Entwicklung von Krankheiten fördern. Ein ausgeprägter Kohärenzsinn SOC, wird gemäß Antonovsky (1997) als eine Ressource betrachtet.

Das Salutogenese-Modell betrachtet Gesundheit nicht als etwas Statisches. Das Modell geht vielmehr davon aus, dass es Herausforderungen oder Belastungen gibt. Es soll verdeutlichen, dass Menschen lernen müssen, Herausforderungen zu meistern und diese erfolgreich zu bewältigen. Dieser Ansatz sieht Gesundheit folglich als einen ständigen Prozess und nicht als einen festen Zustand an. Das Modell betont demnach die große Wichtigkeit der Fähigkeit eines Menschen, die gesunden Facetten seiner Persönlichkeit so zu stärken und selbst zu fördern, dass Gesundheit erhalten bleibt, selbst wenn die Person älter wird oder anderen Stressfaktoren ausgesetzt ist (Dresen, 2009).

Die SOC-Elemente werden von Antonovsky (1997) ebenfalls als Bewältigungsstrategien beschrieben, die als Gegengewicht zu Stressoren fungieren können. Antonovsky (1997) nahm dabei an, dass bei erfolgreicher Bewältigung Stressoren in Ressourcen transformiert werden können. Antonovsky, der als Soziologe ebenfalls Fragebögen entwarf, kreierte einen Fragebogen, um das Maß des Kohärenzgefühls bei einem Menschen zu erfassen. Dies erlaubt die Feststellung von bereits bestehenden Stärken und Schwächen. Diese Informationen können dann genutzt werden, um eine wirkungsvolle Strategie zur Förderung der zu

stärkenden Anteile eines Individuums zu entwickeln (Jiménez-Iglesias, 2012; Moksnes & Espnes, 2012).

Der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit wurde bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen (Bengel et al., 2001). Es gilt als gesichert, dass ein ausgeprägter Kohärenzsinn gesundheitsförderliche Bewältigungsstrategien begünstigt (Noack, 1997). Speziell im Kontext von Traumatisierungen konnte gezeigt werden, dass ein starkes Kohärenzgefühl in erheblichem Maße negativ mit posttraumatischer Stresssymptomatik korreliert (Eriksson & Lundin, 1996; Frommberger et al., 1999; Fuglsang et al., 2002; Jonsson et al., 2003; Ortlepp & Friedman, 2002; Schnyder et al., 2008; Tagay et al., 2005). Ähnlich wie psychische Störungen lässt sich jedoch auch das Kohärenzgefühl durch psychotherapeutische Interventionen beeinflussen, wobei besonders intensive psychoanalytische Langzeittherapien die stärksten Veränderungen bewirken können (Fäh, 2010).

Antonovsky (1997) führt fehlende soziale Unterstützung als einen belastenden Lebensfaktor an, der die Entwicklung des Kohärenzgefühls (SOC) negativ beeinflussen kann. Bislang existieren jedoch nur wenige Untersuchungen, die sich gezielt mit dem Einfluss sozialer Unterstützung auf das Kohärenzgefühl auseinandergesetzt haben. Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten auf einen positiven Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und SOC hin (Bengel et al., 2001). Auch andere Arbeiten von Wagner (2009) und Weber (2012) legen nahe, dass soziale Unterstützung das Kohärenzgefühl stärken kann.

In der klinischen Psychologie sowie der Gesundheitspsychologie wird vor allem Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls (SOC) herangezogen. Ein zentrales Problem des ursprünglichen Modells liegt jedoch in dessen faktorieller Struktur: Die von Antonovsky theoretisch postulierte Dreiteilung in die Komponenten Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit konnte in den meisten empirischen Studien – einschließlich Antonovskys eigener Untersuchung – nicht bestätigt werden. Daher plädieren viele Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler für ein eindimensionales Modell (Antonovsky, 1997; Gruszczynska, 2006), während andere Studien eine zweifaktorielle Struktur als passender ansehen (Feldt et al., 2007; Zimprich et al., 2006).

Die bereits angedeutete Frage nach der Stabilität des Kohärenzgefühls im Lebensverlauf wurde in der Fachliteratur mehrfach aufgegriffen (Geyer, 1997). Einige Studien bestätigen die Konstanz des SOC

über die Lebenszeit hinweg (Richardson et al., 2007), während andere Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter tendenziell zunimmt (Callahan & Pincus, 1995; Larsson, 1996). Darüber hinaus zeigen verschiedene Untersuchungen, dass das SOC durch den Einfluss von Stressfaktoren beeinträchtigt werden kann, was sich in niedrigeren SOC-Werten äußert (Feldt et al., 2003; Volanen et al., 2007).

Eine grafische Darstellung des Modells kann Abbildung 2.1 entnommen werden:

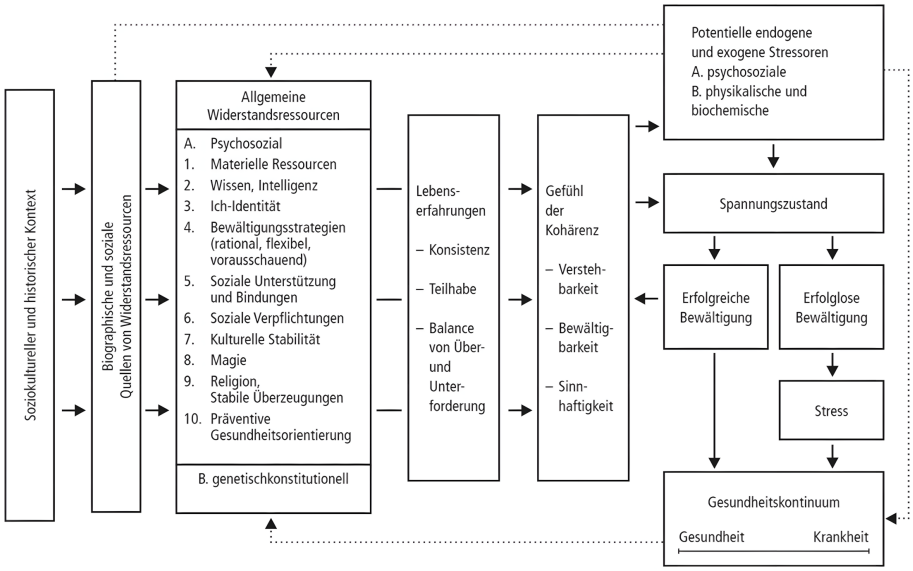

Abbildung 2.1: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Quelle: Faltermaier, 2023, S. 80)

2.1.3 Prävention

Prävention bezeichnet alle Maßnahmen, die darauf abzielen, das Auftreten von Erkrankungen oder unerwünschten gesundheitlichen Zuständen – einschließlich psychischer Belastungen – zu verhindern oder hinauszuzögern. Sie stellt eine zentrale Säule der öffentlichen Gesundheit dar und gewinnt angesichts demografischer und epidemiologischer Entwicklungen zunehmend an Bedeutung (Hurrelmann & Klotz, 2022).

Nach Caplan (1964) wird Prävention in drei grundlegende Kategorien unterteilt, die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention zielt auf gesunde Personen ab und soll verhindern, dass Erkrankungen entstehen. Maßnahmen, wie Impfungen oder gesundheitsfördernde Lebensstilinterventionen, werden der Primärprävention zugeschrieben (Rosenbrock & Schaefer, 2019). Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Erkrankungen ab, beispielsweise durch Vorsorgeuntersuchungen. Die Tertiärprävention befasst sich schließlich mit der Verhinderung von Krankheitsfolgen und Rückfällen bei bereits manifesten Erkrankungen. So zählen Rehabilitationsmaßnahmen zur Tertiärprävention (Robert Koch-Institut, 2021).

Zudem wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Universelle Präventionsansätze richten sich an die gesamte Bevölkerung, während selektive Maßnahmen für definierte Risikogruppen vorgesehen sind (Mrazek & Haggerty, 1994). Indizierte Prävention wendet sich wiederum an Personen, die bereits erste Symptome zeigen.

Effektive Präventionsstrategien benötigen in der Regel ein interdisziplinäres Vorgehen. Neben medizinischen Interventionen spielen soziale, psychologische und verhaltensbezogene Faktoren eine entscheidende Rolle (Hurrelmann, 2018). Die Gesundheitsförderung als komplementärer Ansatz hebt die Stärkung individueller Ressourcen und die Verbesserung gesundheitlicher Rahmenbedingungen hervor (World Health Organization, 1986).

Die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen wird durch die Basierung auf Evidenz und Evaluation gesichert. So zeigen Studien beispielsweise, dass Programme zur Tabakprävention in Schulen langfristig das Rauchverhalten reduzieren können (Thomas et al., 2015). Ebenso können Bewegungsprogramme das Risiko chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 signifikant senken (Uusitupa et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund ist Prävention nicht nur als Aufgabe des Gesundheitswesens zu verstehen, sondern erfordert gesamtgesellschaftliches Engagement. Die Gesundheitsziele des Bundes sowie internationale Initiativen wie die Sustainable Development Goals unterstreichen die Relevanz präventiver Ansätze für die Zukunft der öffentlichen Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit, 2020; United Nations, 2015).

2.1.4 Wohlbefinden und das PERMA-Modell

Was unter einem ‚guten Leben' oder einem Zustand des Wohlbefindens verstanden wird, hängt stark vom jeweiligen Individuum ab. Die Suche nach einer allgemein gültigen Definition dieses Zustands ist jedoch nicht neu. Schon in der Antike beschäftigten sich Philosophen mit der Frage, wie Menschen erfüllter und glücklicher leben können. Zwei bis heute einflussreiche theoretische Ansätze zur Bestimmung von Wohlbefinden entwickelten sich aus diesen Überlegungen: Hedonismus und Eudämonie (Ryan & Deci, 2001; Ryff et al., 2021).

Die hedonistische Sichtweise definiert Wohlbefinden primär über das Erleben positiver Gefühle und das Vermeiden von Schmerz. Ziel ist es, Freude zu maximieren und Leid zu minimieren. Bereits Aristipp, ein griechischer Philosoph und Begründer einer frühen Form des Hedonismus, postulierte, dass die Bedürfnisbefriedigung ein zentrales Mittel zur Erreichung individueller Glückszustände darstelle. Im Laufe der Zeit entwickelten sich verschiedene Strömungen des Hedonismus – von körperlich ausgerichteter Lustorientierung bis hin zu Formen, die stärker auf Interessen und Zufriedenheit ausgerichtet sind (Ryan & Deci, 2001).

In der modernen Psychologie findet sich diese Perspektive in Konzepten des subjektiven Wohlbefindens wieder, das durch drei zentrale Elemente beschrieben wird: allgemeine Lebenszufriedenheit, die Häufigkeit positiver Affekte und die relative Abwesenheit negativer Emotionen (Cole, 2021; Ryff et al., 2021). Subjektives Wohlbefinden beruht auf persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen, weshalb die Messung individueller Zufriedenheit und emotionaler Zustände als zentrales diagnostisches Instrument dient.

Im Gegensatz dazu kritisierte Aristoteles den Hedonismus als zu oberflächlich. Aus seiner Sicht ist Glück nicht nur das Resultat kurzfristiger Lust, sondern Ausdruck eines sinnerfüllten, tugendhaften Lebens. Die eudämonistische Perspektive geht davon aus, dass Wohlbefinden eng mit Selbstverwirklichung, persönlichem Wachstum und der Entfaltung innerer Potenziale verbunden ist (Ryan & Deci, 2001).

Moderne psychologische Theorien bezeichnen eudämonisches Wohlbefinden häufig als psychologisches Wohlbefinden (Ryff et al., 2021; Hannah et al., 2020). Es umfasst Dimensionen wie Selbstakzeptanz, Autonomie, Zielorientierung, persönliche Entwicklung sowie die Qualität

sozialer Beziehungen. Dieser Ansatz betrachtet nicht nur das Erleben positiver Emotionen, sondern integriert auch Lebenssinn und Resilienz gegenüber Herausforderungen (Lelkes, 2018).

Wichtige Aspekte zur Förderung eudämonischen Wohlbefindens sind unter anderem: die Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, die Akzeptanz eigener Schwächen, der Aufbau tragfähiger Beziehungen sowie die aktive Gestaltung des persönlichen Umfelds im Einklang mit individuellen Werten und Zielen (Ryff et al., 2021). Somit ist Eudämonie ein dynamischer Prozess, bei dem die aktive Auseinandersetzung mit Herausforderungen als zentraler Bestandteil zur Entwicklung innerer Stärke gilt (Cole, 2021).

Die Bestimmung und Erfassung des psychologischen Wohlbefindens ist eine herausfordernde Aufgabe, da es sich um ein facettenreiches und dynamisches Konzept handelt. In der wissenschaftlichen Diskussion werden hauptsächlich zwei Betrachtungsweisen unterschieden: die hedonistische Perspektive, die Wohlbefinden mit der Erfahrung von Freude, positiven Emotionen, geringen negativen Affekten und allgemeiner Lebenszufriedenheit gleichsetzt (Diener et al., 2009), und die eudaimonische Perspektive, die stärker auf die psychologische Funktionsfähigkeit, Selbsterkenntnis und persönliche Entwicklung fokussiert ist (Ryan & Deci, 2001).

Wohlbefinden lässt sich nicht auf einen einzelnen Aspekt reduzieren, sondern umfasst laut Staudinger (2000) sowohl affektive als auch kognitive Dimensionen. Während der affektive Teil kurzfristige emotionale Reaktionen beschreibt, bezieht sich die kognitive Komponente auf eine umfassendere Lebensbewertung, also die Lebenszufriedenheit (Lischetzke & Eid, 2005). Mayring (2019) ergänzt diese Sicht durch ein praxisnahes Modell, das vier Einflussfaktoren beschreibt: emotionale Ausgeglichenheit (Belastungsfreiheit), erlebte Freude, ein subjektives Glücksempfinden sowie die Bewertung der eigenen Lebenssituation. Diese Perspektive stellt das subjektive Erleben in den Mittelpunkt, ohne biologische oder körperliche Aspekte einzubeziehen.

Da Menschen täglich mit Entscheidungen, Herausforderungen und sozialen Erwartungen konfrontiert sind, ist das Erleben von Wohlbefinden stets wechselhaft. Der Anspruch auf Selbstverwirklichung und sozial eingebettetes Leben kollidiert mit strukturellen Notwendigkeiten wie Erwerbsarbeit oder Verantwortung gegenüber anderen (Mayring, 2019). Lischetzke und Eid (2005) argumentieren daher, dass subjekti-

ves Wohlbefinden als dynamisches, situationsabhängiges Phänomen zu begreifen ist.

Ein bedeutender theoretischer Zugang zur Strukturierung von Wohlbefinden wurde von Seligman et al. (2005) im Rahmen der Well-Being Theory entwickelt. Sie erweiterten ihr ursprüngliches Konzept des „authentischen Glücks“ zu einem Modell, das fünf zentrale Lebensbereiche integriert: Positive Emotionen (*Positive Emotions*), Engagement (*Engagement*), Beziehungen (*Relationships*), Sinn (*Meaning*) und Zielerreichung (*Accomplishment*), zusammengefasst als PERMA-Modell (Seligman, 2011). Die zentralen Lebensbereiche werden von Seligman (2011) wie folgt beschrieben:

1. Positive Emotionen: Erleben von Freude, Dankbarkeit, Hoffnung oder Vergnügen.
2. Engagement: Intensive Vertiefung in Aktivitäten, die das „Flow“-Erleben fördern.
3. Beziehungen: Qualität und Tiefe sozialer Interaktionen und Bindungen.
4. Sinn: Wahrnehmung eines höheren Zwecks oder Beitrags zum Gemeinwohl.
5. Errungenschaften: Das Streben nach Zielen und die Zufriedenheit mit dem Erreichten.

In der Literatur besteht keine einheitliche Definition von Wohlbefinden, da es sowohl objektive als auch subjektive und kulturelle Aspekte umfasst (Camfield et al., 2010). Ein pragmatischer und anwendungsnaher Definitionsvorschlag stammt von Dodge et al. (2012), die Wohlbefinden als Gleichgewicht zwischen den verfügbaren Ressourcen und den Anforderungen des Lebens beschreiben. Diese Balance ist dynamisch und kontextabhängig, wobei Individuen durch Selbstwirksamkeit und Resilienz aktiv Einfluss auf ihr Wohlbefinden nehmen können.

Die Förderung von Wohlbefinden lässt sich demnach gezielt durch Interventionen unterstützen, die auf die Komponenten des PERMA(H)-Modells ausgerichtet sind – etwa durch Programme zur Stärkung von Stärken, zur Förderung sozialer Beziehungen oder zur Entwicklung von Lebenssinn und Zielorientierung (Seligman, 2011).

Zusammenfassung der Salutogenese und des Wohlbefindens

Gesundheit wird zunehmend als dynamischer Prozess verstanden, der über die bloße Abwesenheit von Krankheit hinausgeht. Das Modell der Salutogenese betont, dass Gesundheit durch individuelle und soziale Ressourcen entsteht und vor allem durch ein starkes Kohärenzgefühl, welches aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit besteht, gefördert wird. Das Kohärenzgefühl hilft Menschen, Stressoren zu bewältigen und ihre psychische Stabilität aufrechtzuerhalten.

Im Arbeitskontext spielt Gesundheit nicht nur für das individuelle Wohlbefinden, sondern auch für das Funktionieren von Organisationen eine bedeutsame Rolle. Die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz erfordert eine umfassende, interdisziplinäre Perspektive, die zudem auch emotionale und soziale Aspekte einbezieht. In diesem Zusammenhang kommt der Prävention eine wichtige Aufgabe zu. Sie beinhaltet primäre, sekundäre und tertiäre Maßnahmen und kann universal, selektiv oder indiziert erfolgen.

Darüber hinaus ist das Wohlbefinden des Menschen ein weiterer wichtiger Aspekt im Gesundheitsverständnis. Es umfasst sowohl hedonistische Elemente (wie positive Emotionen und Lebenszufriedenheit) als auch eudämonische Aspekte (wie Sinn, Selbstverwirklichung und persönliche Entwicklung). Das PERMA-Modell beschreibt Wohlbefinden als Zusammenspiel von positiven Emotionen, Engagement, Beziehungen, Sinn und Zielerreichung.

2.2 Erholung und Erschöpfung aus motivationspsychologischer Sicht und die Rolle der Ressourcen

In der Psychologie wird mit dem Begriff der ‚Ressourcen' die Gesamtheit an Schutz- und Förderkompetenzen sowie Handlungsmöglichkeiten bezeichnet, die einer Person zur Verfügung stehen, von ihr genutzt oder beeinflusst werden können. Ressourcen erlauben es Menschen, Gegebenheiten zu gestalten oder unerwünschte Einflüsse zu minimieren. Unterschieden werden innere (interne, individuelle, subjektive und personale) physische und psychische Ressourcen sowie äußere (externe, objektive) physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle und organisationale Ressourcen. Ressourcen sind demnach alle Fähigkeiten, die ein Individuum im Umgang mit

alltäglichen Herausforderungen und Stressoren sowie bei der Arbeit an der eigenen Identität mobilisieren kann (Wirtz, 2025).

Traditionelle Modelle erläutern die Prozesse von Erholung und Erschöpfung basierend auf begrenzten menschlichen Ressourcen und nehmen an, dass die bestehenden eingeschränkten Ressourcen durch anstrengende Aktivitäten reduziert werden. Im Umkehrschluss führt Erholung zu einem Anstieg der Ressourcen. Auch das Ausschöpfen von Ressourcen führt zu Einbußen in der Leistungsfähigkeit, was schließlich zur Erschöpfung führt. Zwei bedeutende Modelle bezüglich dieser Zusammenhänge sind z. B. das Strength-Modell der Selbstkontrolle und die Theorie der Aufmerksamkeitswiederherstellung (Baumeister et al., 1998; Kaplan, 1995; 2001). In den vergangenen Jahren sind diese Modelle jedoch zunehmend kritisch betrachtet worden (Carter & McCullough, 2013; Job et al., 2010).

Cardini und Freund (2019) führen an, dass in der Forschung zu Erholung und Erschöpfung häufig der Verbrauch sowie das Auffüllen von Ressourcen als wesentliche Mechanismen für Erholung und Erschöpfung betrachtet werden, wobei die Ressourcen jedoch häufig nicht ausreichend definiert sind und ihre Bedeutung im Kontext von Erholung und Erschöpfung noch unklar ist (Zijlstra et al., 2014). Laut Navon (1984) sind eingeschränkte Ressourcen, wie Zeit, finanzielle Mittel oder auch Energie, von allgemeinen temperamentsabhängigen Faktoren wie Stimmung, Emotionen und Kognitionen des Individuums abzugrenzen. Temperamentsbezogene Faktoren bestimmen, wie Individuen ihre begrenzten Ressourcen verwenden und handhaben. Diese Unterscheidung ist aus der Perspektive der Motivationspsychologie besonders hilfreich, da sowohl Erholung als auch Erschöpfung die subjektive Verfügbarkeit und die Art der Nutzung der begrenzten Ressourcen beeinflussen können (Cardini & Freund, 2019). Laut Cardini und Freund (2019) können begrenzte Ressourcen nicht nur bei einer anstrengenden Aktivität verbraucht oder durch eine erholsame Tätigkeit regeneriert werden, sondern Erholung und Erschöpfung sind auch motivationale Konzepte, die beeinflussen, wie die begrenzten Ressourcen verwendet werden.

Zunächst ist im Zusammenhang mit Erschöpfung und Erholung zu beachten, dass Personen die Motivation, die sie aufbringen, um eine Aufgabe zu bewältigen, durch eine Kosten-Nutzen-Analyse hinsichtlich der Ergebnisse einer Handlung bestimmen (Kool & Botvinick, 2012). Ergibt die Kosten-Nutzen-Analyse, dass eine Aufgabe vorteilhaft ist

(der Nutzen überwiegt), verbessert sich die Stimmung. Das subjektive Zeitempfinden ist zu diesem Zeitpunkt neutral bis hoch, und die Einschätzung des versäumten Profits durch alternative Aktivitäten ist gering (Cardini & Freund, 2019). Die Person ist folglich bereit, eine Aufgabe zu erledigen, wenn die Motivation stark ausgeprägt ist (Kurzban et al., 2013; Zakay, 2014).

Laut dem theoretischen Prozessmodell von Schüttengruber und Freund (2022) existieren zusätzliche Faktoren, die die Regeneration und Ermüdung beeinflussen. Im Prozessmodell sind die Kontextinformationen einer Handlung entscheidend dafür, dass Handlungen in verschiedene Lebensbereiche eingeordnet werden. Je nachdem, in welcher Lebenssphäre eine Aktivität klassifiziert wird, wird die Aufmerksamkeit individuell auf Zeichen von Erholung oder Erschöpfung gelenkt. Bei einer Beschäftigung, die der Freizeit zugeordnet ist, konzentriert sich die Wahrnehmung auf Anzeichen der Erholung, während sie bei einer Arbeitstätigkeit auf Anzeichen der Erschöpfung fokussiert ist.

Darüber hinaus wirken sich der persönliche Energieverbrauch und der Wert einer Handlung auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis aus, was wiederum die Wahrnehmung von Müdigkeit oder Regeneration beeinflusst. Bei einem positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis empfinden Personen Erholung und bleiben der Tätigkeit treu, während bei einem negativen Kosten-Nutzen-Verhältnis Personen Ermüdung verspüren und sich letztlich von der Aktivität abwenden, wie auch von Cardini und Freund (2019) dargelegt.

Der Prozess der Erholung umfasst die Verringerung oder Beseitigung von körperlichen und psychischen Belastungssymptomen, die durch hohe Arbeitsanforderungen oder stressige Ereignisse hervorgerufen wurden (Craig & Cooper, 1992; Meijman & Mulder, 1998).

Bedeutende Erholungserlebnisse sind geistiges Abschalten, Entspannung, das Gefühl, etwas erreicht zu haben und das Empfinden von Kontrolle. Die bedeutendste Erholungserfahrung ist das mentale Abschalten. Mentales Abschalten bedeutet, nach dem physischen Verlassen des Arbeitsplatzes oder der ermüdenden Tätigkeit auch mental zu einem Schluss zu kommen, somit z. B. nicht länger über belastende berufliche Themen nachzudenken, nachdem der Arbeitstag beendet ist. Mentales Abschalten wird vor allem als das Fehlen von gedanklichen Inhalten, die mit arbeitsbezogenen (und anstrengenden Tätigkeiten

verbundenen) Aspekten zu tun haben, definiert. Eine erschöpfende Tätigkeit kann jedoch ebenso durch die gedankliche Konzentration auf (oder das Eintauchen in) einen Bereich (einer Aktivität) definiert sein, der nicht zur (ausführlichen Tätigkeit) Arbeit oder Familie zählt (Sonnentag & Fritz, 2015). Entspannung bezeichnet das Erleben einer niedrigen Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Das Empfinden von Kompetenz entsteht in schwierigen Situationen, die erfolgreich gemeistert werden können (z. B. beim Erlernen einer Fremdsprache oder bei der Ausübung eines herausfordernden Hobbys). Kontrolle beinhaltet letztlich die Erfahrung, eigenständig zu wählen, was in der arbeitsfreien Zeit gemacht werden soll und auf welche Weise dies geschehen soll (Sonnentag & Fritz, 2007).

2.3 Stress und Stressmodelle

Stress kann als physiologische Reaktion des Organismus auf ein Ungleichgewicht zwischen externen Anforderungen und den verfügbaren Bewältigungsressourcen verstanden werden. Eine zentrale Rolle in diesem Prozess spielen das Hormon Cortisol sowie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), die maßgeblich an der Aktivierung des sympathischen Nervensystems beteiligt ist. Dies soll im Folgenden näher erläutert werden (de Kloet et al., 2005).

Der menschliche Körper verfügt über zwei unterschiedliche Reaktionsmechanismen, um auf als bedrohlich wahrgenommene Situationen zu reagieren: eine vergleichsweise langsame physiologische Reaktion über die HHNA sowie eine schnelle Reaktion durch die Aktivierung des Sympathikus (de Kloet et al., 2005). Um auf herausfordernde Bedingungen adaptiv zu reagieren, passt der Organismus physiologische Prozesse an, indem er etwa die Produktion von Hormonen und Katecholaminen reguliert. Diese Anpassung, als Allostase bezeichnet, ermöglicht es, die Balance zwischen Individuum und Umwelt aufrechtzuerhalten und somit die Homöostase zu bewahren (Selye, 1956).

Die rasche Reaktion des Körpers auf Stress durch die Aktivierung des Sympathikus im Rahmen der Allostase lässt sich auf evolutionäre Faktoren zurückführen. In der frühen Geschichte der Menschheit war es oft erforderlich, sich rasch in Sicherheit zu bringen. Die Ursachen dafür waren Tierangriffe, aber auch Übergriffe anderer Gruppen oder die

Flucht vor Naturkatastrophen. Dies erforderte eine rasche Aktivierung des sympathischen Nervensystems mit einer zügigen Ausschüttung der Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin (de Kloet et al., 2005). Zudem bewirkt die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin einen Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdruckes und der Muskelaktivität, die Hemmung des Hungergefühls und eine gesteigerte Sauerstoffaufnahme, um eine effiziente Flucht zu ermöglichen (Birbaumer & Schmidt, 2010).

Eine verzögerte Reaktion auf Stress geschieht zudem auch auf hormoneller Ebene. Die Aktivierung der HHNA bewirkt somit einen Anstieg der Glucocorticoid-Konzentration im Blut, welche dem Körper die notwendige Energie zur Bewältigung von Stresssituationen liefert. Der Anstieg des Glucocorticoid-Spiegels, bekannt als Cortisol, erreicht etwa 15–30 Minuten nach der Gefahrenexposition seinen Höhepunkt und sinkt dann innerhalb der nächsten 60–90 Minuten wieder auf das Ausgangsniveau. Dabei führt das Zusammenspiel von Hormonen, Neurotransmittern und Katecholaminen zur Aktivierung des sympathischen Nervensystems (de Kloet et al., 2005).

Eine sogenannte Sollwertverschiebung von Hormonen, Neurotransmittern und Katecholaminen bewirkt in einer schnell vermittelten Stressreaktion die Freisetzung von Energie, die es dem Menschen in Notsituationen erlaubt, zügig vor Bedrohungen zu fliehen. Nach einer erfolgreichen Flucht bzw. der Bewältigung der herausfordernden Situation folgt zunächst eine Phase der Regeneration, ehe die Homöostase des Stresssystems wiederhergestellt wird (de Kloet et al., 2005). Eine grafische Darstellung des Adaptionsmodells nach Selye (1956) kann Abbildung 2.2 entnommen werden.

Bevor eine solche Stressreaktion auf zwei Ebenen ausgelöst wird, erfolgt zunächst die Einschätzung der Reaktion auf das Ereignis. Dieser Vorgang wird von der Amygdala, einem kleinen, mandelförmigen Gebiet aus bestimmten Nervenzellen im unteren Teil des inneren Gehirns, ausgelöst. Die Amygdala gehört zum limbischen System und hat eine bedeutende Funktion bei der Verarbeitung von Emotionen. Die Amygdala steht in enger Verbindung mit dem Bereich des Gehirns, der für die Verarbeitung von Kognitionen zuständig ist. Durch die Analyse der Situation ermöglicht der präfrontale Kortex, die Emotionen zu beeinflussen. Der präfrontale Kortex gilt als der Abschnitt des Gehirnes, der es ermöglicht, mithilfe von logischem Denken auf die emotionalen Reaktionen der Amygdala Einfluss zu nehmen (Olpe & Seifritz, 2014).

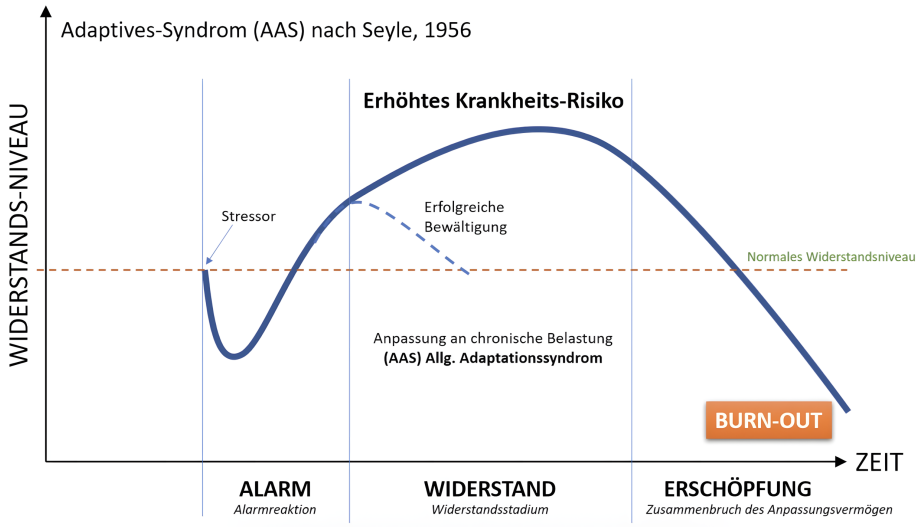

Abbildung 2.2: Adaptionsmodell (Quelle: Eingedeutscht in Anlehnung an Selye 1946, S. 123)

Die akute Stressreaktion hat einen großen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Menschen. So wurde festgestellt, dass akuter Stress bei Menschen Netzwerke aktiviert, die sich auf die Amygdala, den cingulären Kortex, den Hypothalamus, die Insula, das Striatum und den Locus coeruleus konzentrieren (Girotti et al., 2018). Dies resultiert anfänglich in einer intensiveren Wahrnehmung der Umgebung, wodurch der Eindruck entsteht, dass Stress die Leistungsfähigkeit steigert (Cousijn et al., 2010; Oei et al., 2012; van Marle et al., 2009). Prozesse, welche dem Arbeitsgedächtnis, der Problemlösung und der kognitiven Flexibilität zugrunde liegen, werden unter akutem Stress hingegen negativ beeinträchtigt (Oei et al., 2006; Plessow et al., 2011).

Zusammenfassend werden die kurzfristigen Ressourcen, die durch eine akute Stressreaktion entstehen, genutzt, um die sensorische Hypervigilanz zu steigern und die Aufmerksamkeit auf die Umwelt zu erhöhen. Allerdings führen sie auch zu starren und voreiligen Verhaltensreaktionen, welche die höheren kognitiven Funktionen, wie z. B. die hemmenden Funktionen, reduzieren (Plessow et al., 2011). Gerade dann, wenn Stress und die Aktivierung der physiologischen Stresssysteme über längere Zeit bestehen, führt dies zur Erschöpfung dieses Systems, was zur Folge hat, dass das System dauerhaft aktiviert sein kann.

Eine Rückkehr zur Homöostase ist dann normalerweise nicht mehr oder nur begrenzt möglich (Kaluza, 2014). Dies erklärt beispielsweise fortdauernde Schlafprobleme, durch konstant hohe Konzentrationen des Katecholamins Adrenalin verursachte Panikattacken, Bluthochdruck und / oder eine gesteigerte Herzfrequenz sowie zahlreiche weitere körperliche Reaktionen (Olpe & Seifritz, 2014).

Während biologische Stressmodelle sich auf die somatischen Reaktionen und biophysiologischen Abläufe einer Stressreaktion konzentrieren, fokussieren psychologische Modelle die kognitiven Bewertungsprozesse. Im Mittelpunkt stehen hierbei die persönlichen Bedeutungen, die Menschen einem Reiz oder einer Herausforderung zuschreiben. Ein Reiz, der von einer Person als angenehm empfunden wird, kann eine andere Person negativ beeinflussen. Stress ist als Beziehung zwischen einem Individuum und seiner Umwelt zu verstehen. Stress wird zwar stets als Herausforderung empfunden, doch erst die eigene negative Einschätzung eines Reizes als nicht mehr zu bewältigende Herausforderung oder Anforderung der Umwelt an den Menschen führt zu negativem Stress. Bei zahlreichen negativen Bewertungsprozessen können die Bewältigungsressourcen eines Menschen erschöpft sein (Kaluza, 2014).

Im Rahmen des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984) spielen Personen somit eine aktive Rolle bei der Entstehung und Bewältigung von Stress. Eine Reaktion auf Stress in Form einer physiologischen Stressreaktion erfolgt erst, wenn ein Reiz als bedrohlich oder ganz besonders herausfordernd wahrgenommen wird. Ein Bewertungsprozess nach Lazarus und Folkman (1984) durchläuft drei Phasen: In der ersten Phase (1) kommt es zum Eingang eines Reizes (z. B. Termindruck), der nach einer ersten Bewertung analysiert wird (2). Nur wenn der Reiz als möglicher Stressfaktor eingeschätzt wird, zeigt sich überhaupt eine Reaktion in Form eines Bewältigungsversuches. Ein Reiz kann dabei entweder als Bedrohung oder als Chance wahrgenommen werden, was entsprechende Bewältigungsmechanismen zur Folge hat (Kaluza, 2014).

Die Theorie der Bewertung nimmt an, dass es zwei Bewertungsarten gibt: die primäre und die sekundäre Bewertung (Lazarus & Folkman, 1984). Die primäre Bewertung beschreibt die Einschätzung eines Ereignisses oder einer Situation durch die Einzelperson als mögliche Bedrohung für ihr oder sein Wohlbefinden. Die sekundäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung einer Person hinsichtlich ihrer Fähigkeit, mit

dem herausfordernden Ereignis oder der Situation umzugehen. Diese Einschätzung der Bewältigungsfähigkeiten eines Individuums wird in Bezug auf eine primäre Bewertung einer Situation vorgenommen, nicht zwingend danach (Lazarus, 1999). Somit basiert die Bewertung auf der persönlichen Einschätzung, ob das Ereignis eine Gefahr für die Person bedeutet (d. h. primäre Einschätzung) und ob die Person glaubt, dass sie die notwendigen Ressourcen (innere und äußere) hat, um damit umzugehen (Regehr & Bober, 2005).

Laut Lazarus und Folkman (1984) existieren außerdem drei Arten der primären Bewertung: (a) irrelevant, wenn die Person kein persönliches Interesse an den Ereignissen zeigt, (b) positiv, wenn die Person annimmt, dass die Situation vorteilhaft ist und keine möglichen negativen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden hat, und (c) stressig, wenn die Person lediglich negative Ergebnisse wahrnimmt oder das Gefühl hat, dass das Ereignis nicht zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Je nach Art der primären Bewertung kann die sekundäre Bewertung durch kontextuelle Faktoren wie Anforderungen, Einschränkungen und Möglichkeiten beeinflusst werden (Lazarus, 1999). Die daraus resultierende Einschätzung führt dann zu einer Emotion oder einer Bedeutung, die dem jeweiligen Ereignis oder der Situation zugeordnet wird. Das Individuum kann somit jetzt vom Denken zum Handeln wechseln (Lazarus, 1999).

Im Rahmen des Modells werden zudem problembezogene Bewältigungsmechanismen (instrumentelle Bewältigungsansätze) und emotionsbezogene Bewältigungsmechanismen (Veränderung von Emotionen im Zusammenhang mit dem Stressor) unterschieden (Lazarus & Folkman, 1984).

Eine Zusammenfassung des transaktionalen Stressmodells in einer grafischen Form kann Abbildung 2.3 entnommen werden.

Instrumentelle Bewältigungsversuche lassen sich in drei verschiedene Arten des Copings unterteilen: Zunächst sind hier die Informationssuche sowie die Suche nach sozialer Unterstützung zu erwähnen. Außerdem können Methoden der kognitiven Umstrukturierung als strategische Bewältigungsinstrumente verwendet werden. Dazu gehören u. a. die Ablenkung sowie die kognitive Distanzierung vom Problem (Ignorieren). Eine zusätzliche Form, die aktive Entspannung, Erholung oder den Einsatz von Entspannungstechniken beinhaltet, aber auch sportliche Betätigung zur Spannungsreduktion und Erholung (für

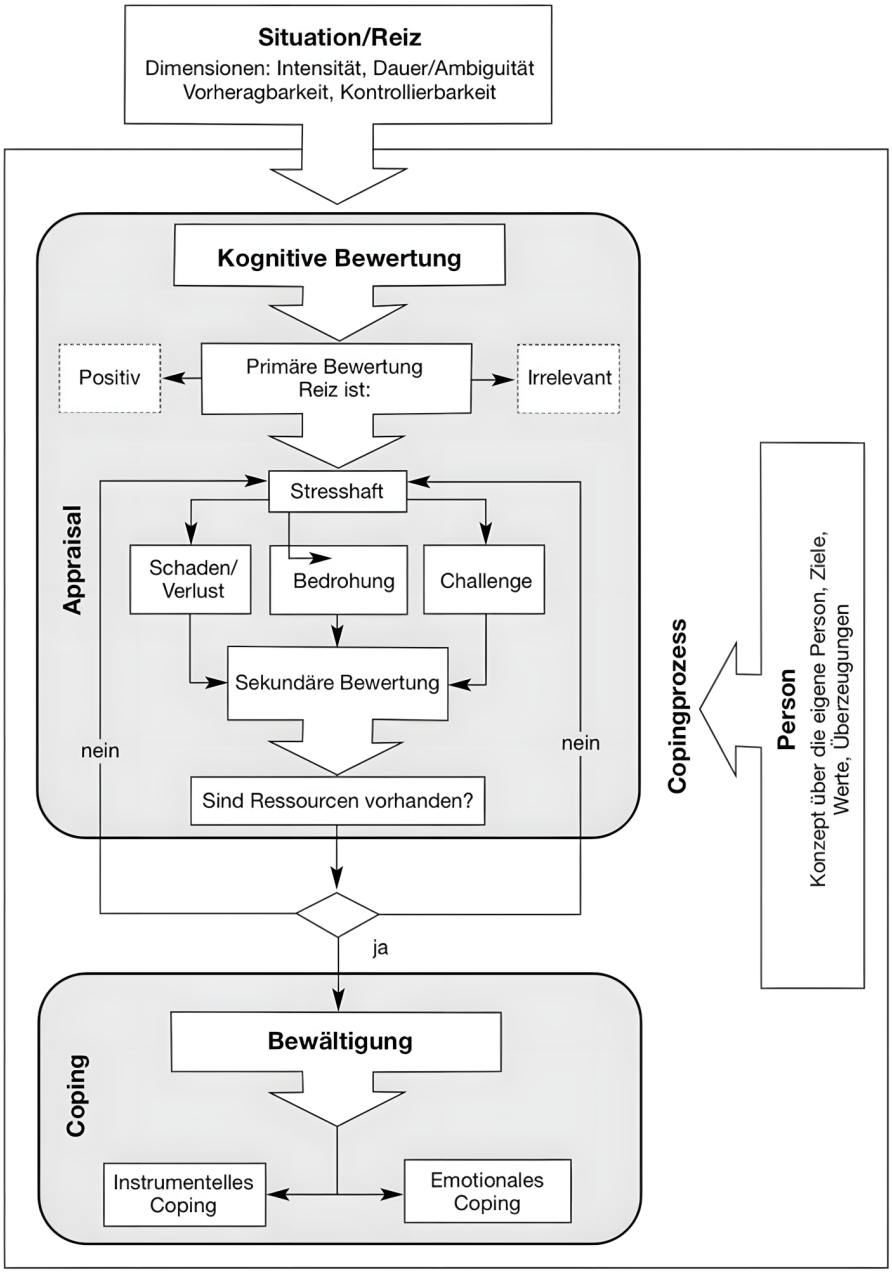

Abbildung 2.3: Transaktionales Stressmodell mit Bewertungs- und Coping-Prozess (Quelle: Lazarus & Launier, 1981, S. 215)

künftige Herausforderungen), kann als dritte Form des Copings angesehen werden. Die emotionalen Bewältigungsversuche können ebenso positive Gedanken und Einstellungen umfassen. Dazu gehören alle kognitiven Elemente, welche das Bewältigen von Herausforderungen ermöglichen (sich selbst ermutigen, sich durch Anreize motivieren usw.). Die regenerative Stresskompetenz beinhaltet jede Handlung zur aktiven Stressbewältigung, wie z. B. ruhen oder einen Film im Kino ansehen usw. (Kaluza, 2014).

Neben den bereits dargestellten emotions- und problemorientierten Bewältigungsstrategien wird dysfunktionales Coping als mögliche dritte Bewältigungsstrategie diskutiert (Carver et al., 1989). Diese dysfunktionalen Bewältigungsstrategien werden nicht als Teil der beiden anderen zuvor erwähnten primären Coping-Mechanismen betrachtet, sondern beschreiben eine Art von Bewältigungsmechanismen, die als weniger effektiv bei der Bewältigung von Stresssituationen angesehen werden können. Diese Strategien können beispielsweise verhaltensbezogener Rück-zug bei der Lösung des Problems, Verleugnung des Problems und Ignorieren des Problems umfassen (Coolidge et al., 2000).

Ein weiterer theoretischer Ansatz für das Transaktionsmodell beschreibt, dass es besser ist, die Anpassungsgüte der Bewältigungsstrategien zudem danach zu beurteilen, inwieweit Individuen im Fall von Umweltbeschränkungen Mechanismen zur Stressbewältigung einsetzen (Lazarus & Folkman, 1984). Die Goodness-of-Fit-Theorie besagt beispielsweise, dass, wenn ein bestimmter Stressor veränderbar oder kontrollierbar ist, das effektivste Mittel zur Stressbewältigung darin besteht, eine problemorientierte Bewältigungsstrategie anzuwenden. Umgekehrt ist das effektivste Mittel zur Stressbewältigung, wenn ein bestimmter Stressor unkontrollierbar ist, eine emotionsorientierte Bewältigung (Cheng, 2003).

Besteht die Allostase im Sinne des Adaptionsmodells nach Selye (1956) zu lange oder zu stark, kann eine allostatische Last entstehen, was die Homöostase des Organismus stört. In diesem Fall kann eine Rückkehr des hormonellen Systems zu den ursprünglichen Werten des Stresssystems, wie beispielsweise dem Ursprungs-Cortisol-Wert nicht mehr möglich sein, was auf eine chronische Stressreaktion hinweist, die mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit einhergeht. Chronischer Stress kann zur Entstehung eines Burnout-Syndroms beitragen (Koch et al., 2015).

2.4 Das Burnout-Syndrom

Burnout ist „der zur Erschöpfung und Auszehrung führende Prozess, bzw. der Endzustand eines solchen“ (Hillert & Marwitz 2006, S. 14). Diese Definition setzt bereits voraus, dass ein Burnout kein plötzliches Ereignis ist, sondern vielmehr als ein Prozess betrachtet werden muss (Hillert & Marwitz, 2006). Bei einem Burnout sind in der Regel die Lebensqualität, die Fähigkeit zur Konzentration und Aufmerksamkeit sowie die allgemeine Leistungsfähigkeit betroffen. Außerdem treten im Zuge eines Burnouts nicht nur psychische, sondern auch körperliche Symptome auf (Hillert & Marwitz, 2014). Betroffene berichten häufig von allgemeinen Schmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen (Hillert & Marwitz, 2006). Auch das Immunsystem ist in der Regel bei einem Burnout geschwächt, sodass die Betroffenen eine deutlich reduzierte Infektabwehr und damit häufigere Erkrankungen aufweisen.

Herbert Freudenberger beschrieb den Burnout erstmals im Zusammenhang mit psychischer Erschöpfung am Arbeitsplatz und in der Arbeits- sowie Organisationspsychologie (Freudenberger, 1974). Laut Freudenberger (1974) lassen sich im Kontext eines Burnouts drei zentrale Aspekte unterscheiden: (1) emotionale Erschöpfung, (2) Depersonalisierung und (3) Sinnlosigkeit bzw. unzureichende Erfüllung einer Aufgabe.

Eine umfassende Definition sowie die passenden Klassifikationskriterien für den Burnout wurden bisher noch nicht festgelegt (Kaschka et al., 2001). Allerdings wurde Burnout im International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) als Faktor erfasst, der zu Erschöpfung führen kann, wobei diese Erschöpfung im Kontext der Arbeit und des Berufs entstanden sein muss (WHO, 2019).

In den vergangenen Jahren hat sich der Burnout von einer Erkrankung mit vergleichsweise niedrigen Prävalenzzahlen zu einer deutlich wachsenden Erkrankung gewandelt, die sowohl die Betroffenen als auch die Gesellschaft und Wirtschaft erheblich negativ beeinflusst (Weimer & Pöll, 2012).

Die Anzeichen eines Burnouts sind zahlreich und lassen sich nur schwer einheitlich darstellen. In der Regel treten jedoch sowohl körperliche als auch psychische Symptome auf. Die Vielzahl der Symptome, die bei einem Burnout beschrieben werden, kann als einer der Gründe angeführt werden, weshalb die Diagnose des Burnouts bislang nicht bzw.

nicht umfassend in die gängigen Klassifikationssysteme integriert wurde (Hillert & Marwitz, 2006). Auf der emotionalen und psychologischen Ebene traten beim Burnout Symptome auf, wie eine schwache Konzentrationsfähigkeit, unzureichende Erholung durch Schlaf, reduzierte Entscheidungsfähigkeit und Antriebslosigkeit mit Bezug zu fehlenden Zielen (Ratheiser et al., 2011). Zahlreiche Betroffene schildern eine belastende Unruhe und Nervosität. Oft ziehen sich die Betroffenen von anderen Menschen zurück und isolieren sich immer mehr. Darüber hinaus entsteht ein Gefühl der inneren Leere, das Selbstwertgefühl leidet erheblich und die Betroffenen entwickeln eine zynische Einstellung (Ratheiser et al., 2011). Oft versuchen die Betroffenen, die belastenden Symptome durch den Konsum von Alkohol, Arzneimitteln oder Drogen zu lindern, was zur Folge haben kann, dass sich zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt (Ratheiser et al., 2011).

Auch wegen der eingeschränkten Möglichkeiten der Klassifikation sind die Angaben zu den Prävalenzzahlen ungenau. Oft stellen die Betroffenen selbst eine Diagnose oder erhalten eine wie die der Neurasthenie, um überhaupt eine offizielle Diagnose zu erhalten (Schulz, 2017). Umfragen von Krankenkassen, in denen zusätzliche Details zu den Diagnosen untersucht wurden, verdeutlichten, dass das Burnout-Syndrom eine häufige Feststellung ist (Korcak et al., 2010). Eine Statistik aus dem Jahr 2021 ergab, dass ungefähr 194.000 Menschen in Deutschland innerhalb eines Jahres an einem Burnout-Syndrom erkranken. Im Jahr 2005 erkrankten 0,6% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres an Burnout, während dieser Anteil bis zum Jahr 2021 auf 6% anstieg.

Der Burnout-Prozess wurde von Freudenberger und North (1972) als Modell mit 12 Phasen dargestellt. Dieses Modell wird oft als Diagnosetool eingesetzt, um die Intensität des Burnouts zu evaluieren und den Betroffenen die Chance zu bieten, selbst einzuschätzen, ob und in welchem Umfang sie sich bereits in diesem Prozess befinden. Burisch (2010) weist jedoch darauf hin, dass die Phasen des Burnouts nicht immer in der festgelegten Reihenfolge verlaufen, sondern teilweise abweichen können. Eine grafische Darstellung des Phasenmodells des Burnouts kann Abbildung 2.4 entnommen werden.

Die anfängliche Phase eines Burnouts zeichnet sich durch den Drang aus, sich zu beweisen. Typisch ist dabei jedoch ein starkes Anspruchsdenken an die eigene Person sowie ein ausgeprägter Perfektionismus.

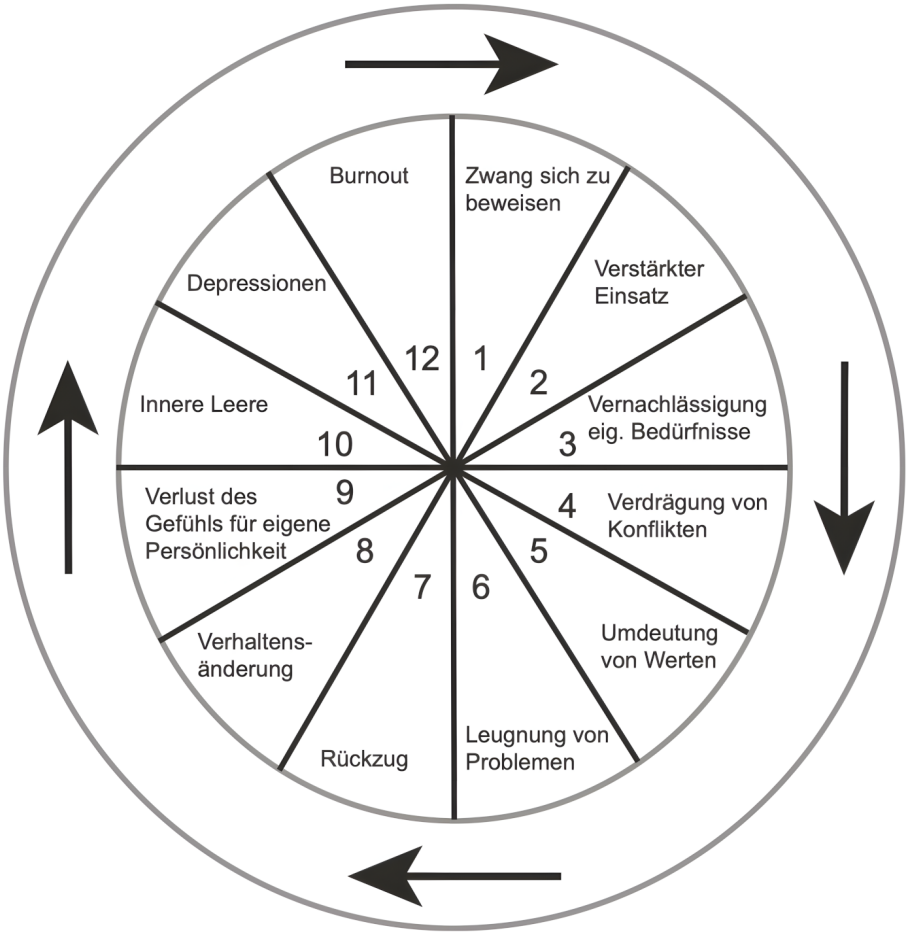

Abbildung 2.4: Phasenmodell des Burnouts (Quelle: Freudenberger und North 1992, S. 57)

Die zweite Phase des Burnouts ist gekennzeichnet durch eine Intensivierung der Bemühungen. So intensivieren die Betroffenen ihren Einsatz und zeigen noch mehr Ehrgeiz bei der Verwirklichung ihrer Ziele. In der dritten Phase des Burnouts ignorieren die Betroffenen zunehmend ihre eigenen Bedürfnisse. Nun werden die Betroffenen häufig nachlässig in ihrem persönlichen Leben. Auf diese Weise bleiben Rechnungen unbezahlt, Abmachungen werden übersehen oder annulliert, und auch Freizeitaktivitäten werden zugunsten der Arbeit ignoriert. In der vierten Phase werden aufkommende Konflikte im zwischenmenschlichen

Bereich am Arbeitsplatz zunehmend verdrängt. Jetzt treten auch vermehrt körperliche Beschwerden auf, wie Schlafstörungen, Schmerzen oder Müdigkeit. Des Weiteren steigen die Fehlleistungen infolge der unzureichenden Konzentrationsfähigkeit und der Beeinträchtigung dieser Fähigkeit. Diese werden allerdings übersehen, und in der Regel wird auch externe Kritik zunächst nicht beachtet und / oder ernstgenommen. Gegen Ende der vierten Phase des Burnouts verringert sich jedoch zunehmend die Fähigkeit, Kritik zu ertragen, und die Betroffenen werden zunehmend sensibler und dünnhäutig. Die fünfte Phase ist durch eine Verschiebung persönlicher Werte und Prioritäten gekennzeichnet. Arbeit und Leistung gewinnen eine übergeordnete Bedeutung, während soziale Beziehungen, Erholung und persönliche Bedürfnisse zunehmend an Relevanz verlieren. Die sechste Phase ist durch eine weiterhin wachsende Gefühllosigkeit und Verbitterung geprägt. Die Betroffenen erscheinen ungeduldig, oft impulsiv und gefühllos. Immer häufiger ziehen sich die Betroffenen innerlich zurück und meiden soziale Kontakte. Die körperlichen Beschwerden aufgrund von Burnout nehmen weiterhin zu, und auch Fehler im Kontext der beruflichen Tätigkeit nehmen zu. Immer häufiger ziehen sich die Betroffenen in der siebten Phase des Burnouts aus dem sozialen Leben zurück. Dafür ist nicht nur die fehlende Motivation zur sozialen Interaktion, sondern auch die steigende Wahrnehmung der Umwelt als ‚feindlich' verantwortlich. Oft schildern Betroffene dann auch ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit. In der achten Phase intensiviert sich das Empfinden von Hoffnungslosigkeit und Unklarheit im Leben. Die Veränderungen im Verhalten sind jetzt für die Umgebung deutlich sichtbar, und die Betroffenen fangen an, Ausgleichsmechanismen zu nutzen, um ihre Symptome und Fehlleistungen auszugleichen. In dieser Phase ist die Arbeit nur noch mit großer Anstrengung zu bewältigen, was dazu führt, dass oft Ausreden erfunden werden oder die Aufgaben einfach nicht mehr ausgeführt werden. Die neunte Phase ist durch Depersonalisierung gekennzeichnet. Die Betroffenen erleben sich selbst zunehmend als fremd, fühlen sich innerlich distanziert und empfinden ihr eigenes Leben als sinnentleert oder automatisiert. In der zehnten Phase tritt jetzt eine vollständige Sinnlosigkeit und ein Gefühl der Leere ein. Immer häufiger treten neben körperlicher Vernachlässigung auch erhebliche Ängste auf, etwa in Form von Panikattacken. Die Anzeichen der elften Phase des Burnouts gleichen denjenigen einer klinischen Depression. Es tritt

vollständige Antriebslosigkeit und ein starkes emotionales Unbehagen auf. Einige Betroffene sind in dieser Phase bereits so niedergeschlagen, dass sie einen Suizid in Betracht ziehen. Die zwölfte und letzte Phase des Burnout-Prozesses ist durch totale Erschöpfung sowie einen körperlichen und / oder seelischen Zusammenbruch gekennzeichnet. Diese Phase kann ebenso in einen vollständigen Zusammenbruch münden und einen medizinischen Notfall darstellen (Ratheiser et al., 2011). Aus der wissenschaftlichen Literatur lassen sich noch zusätzliche Modelle des Burnouts ableiten. Es wurde über die Phasentheorie nach Burisch (2010) berichtet (7-Phasen-Modell), oder es wurden Modelle mit vier Phasen beschrieben (Edelwich & Brodsky, 1984). Die Modelle weisen Ähnlichkeiten auf, wobei die Phasen enger zusammengefasst sind oder in ihrer Reihenfolge variieren können.

Zusammenfassung zum Burnout-Syndrom

Ressourcen stellen zentrale Schutzfaktoren dar, die Menschen im Umgang mit alltäglichen Herausforderungen und Stressoren unterstützen. Sie ermöglichen es Individuen, Belastungen zu bewältigen, ihre Umwelt aktiv zu gestalten und ihr Verhalten und ihre Emotionen besser selbst regulieren zu können. Dabei wird zwischen inneren (z. B. psychischen und physischen) und äußeren (z. B. sozialen oder institutionellen) Ressourcen unterschieden. Diese bilden die Grundlage für resilientes Verhalten und tragen maßgeblich zur Erhaltung der psychischen Gesundheit bei.

Im Kontext von Erholung und Erschöpfung kommt Ressourcen eine wichtige Rolle zu. Klassische Modelle betrachten sie als begrenzt, sie werden durch Belastungen und Anforderungen verbraucht und müssen durch Erholungsphasen wieder aufgefüllt werden. Neuere theoretische Ansätze ergänzen dieses Verständnis um motivationale Aspekte, denn ob und inwieweit eine Person ihre Tätigkeit als erholsam oder belastend empfindet, hängt nicht nur vom Energieaufwand im Kontext der Tätigkeit, sondern auch von der subjektiven Bewertung der Tätigkeit durch die Person ab.

Diese Einschätzung beeinflusst maßgeblich das Erleben von Erholung. Besonders bedeutsam sind Erholungsaspekte, wie mentales Abschalten, Entspannung, das Gefühl von Kompetenz und das Erleben von Kontrolle über die eigene Freizeitgestaltung. Ob eine Aktivität

Erholungseffekte erzeugt, hängt wiederum davon ab, ob eine Person sie dem Lebensbereich ‚Freizeit' oder ‚Arbeit' zuschreibt.

Eng verknüpft mit der Ressourcentheorie ist das Stresserleben. Stress entsteht immer dann, wenn die Anforderungen der Umwelt die individuell verfügbaren Ressourcen übersteigen. Neben den physiologischen Reaktionen rücken hier auch psychologische Bewertungsprozesse in den Vordergrund. Subjektive Einschätzungen darüber, ob eine Situation als bedrohlich und gleichzeitig als bewältigbar empfunden wird, sind ausschlaggebend für das Ausmaß des empfundenen Stresses.

Hier wiederum setzen psychologische Stressmodelle an, die die individuelle Bedeutung und Bewertung von Stressoren betonen. Diese Sichtweise bildet auch die Grundlage für unterschiedliche Bewältigungsstrategien. So zielen problemorientierte Coping-Strategien auf die aktive Lösung der Belastungssituation, während emotionsorientierte Strategien die emotionale Reaktion regulieren. Ergänzend wurden dysfunktionale Bewältigungsmuster beschrieben, die sich langfristig jedoch negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können.

Ein besonders gravierendes Ergebnis chronischer Stressbelastung stellt das Burnout-Syndrom dar. Dieses entwickelt sich nicht plötzlich, sondern es entsteht im Rahmen eines fortschreitenden Prozesses, der sich über verschiedene Phasen erstreckt. Burnout betrifft dabei nicht nur die psychische, sondern auch die körperliche Gesundheit und kann zu tiefgreifenden Beeinträchtigungen im Berufs- und Privatleben führen. Die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen sind dabei fließend, und die Symptome sind oft unspezifisch, was die Diagnostik zusätzlich erschwert.

2.5 Stressmodelle der Arbeits- und Organisationspsychologie

Im Folgenden sollen Ressourcen in das Verhältnis zu den Anforderungen im Arbeitskontext gesetzt werden, indem klassische Modelle der Arbeits- und Organisationsmodelle hinsichtlich der Stressbelastung vorgestellt werden.

2.5.1 Das Yerkes-Dodson-Gesetz

Beim Yerkes-Dodson-Gesetz handelt es sich bei genauer Betrachtung zwar nicht um ein Stressmodell. Es kann jedoch als Basis für Stressmodelle dienen und zeigt, dass die Leistungsfähigkeit des Menschen nicht linear verläuft.

Das Yerkes-Dodson-Gesetz beschreibt demnach eine nichtlineare Beziehung zwischen dem Erregungsniveau (Arousal) eines Individuums und seiner Leistungsfähigkeit bei einer Aufgabe. Es wurde erstmalig von Robert M. Yerkes und John D. Dodson im Jahr 1908 erwähnt und gehört bis heute zu den grundlegenden Konzepten der Leistungspsychologie. Das Gesetz besagt, dass es für jede Aufgabe ein optimales Erregungsniveau gibt, bei dem die Leistung am höchsten ist. Ist die Erregung demnach zu gering oder zu hoch, sinkt die Leistungsfähigkeit (Yerkes & Dodson, 1908).

In der klassischen Darstellung des Gesetzes wird die Leistungsfähigkeit in Form einer umgekehrten U-förmigen Kurve beschrieben (siehe auch Abbildung 2.5). Diese U-förmige Kurve zeigt, dass bei moderater Erregung (z. B. moderate Anspannung oder Wachsamkeit) die Leistung am besten ist, während sowohl Unterforderung (Langeweile, Müdigkeit) als auch Überforderung (Stress, Angst) zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit führen. Besonders bei komplexen oder kognitiv anspruchsvollen Aufgaben sinkt die Leistungsfähigkeit schneller mit zunehmender Erregung, während bei einfachen, gut geübten Aufgaben längerfristig hohes Arousal gut gehalten werden kann (Müller & Ratajczak, 2023).

Das Yerkes-Dodson-Gesetz findet breite Anwendung in verschiedenen Bereichen der Psychologie, insbesondere in der Arbeitspsychologie, der Pädagogik und der Klinischen Psychologie. In der Arbeitswelt hilft es dabei, Stressniveaus zu bewerten und optimale Arbeitsbedingungen zu gestalten. In der Pädagogik kann es für die Erklärung von Leistungsabfällen, beispielsweise bei Prüfungsangst oder Unterforderung genutzt werden. Auch in der Notfallpsychologie wird das Modell genutzt, um die Leistungsfähigkeit unter hohem Stress (z. B. bei Einsatzkräften) zu analysieren (Arnsten, 2009).

Trotz seiner Bekanntheit wurde das Yerkes-Dodson-Gesetz auch kritisch diskutiert. So betonen moderne Theorien, dass die Wirkung von Erregung auf Leistung nicht nur von der Aufgabenkomplexität,

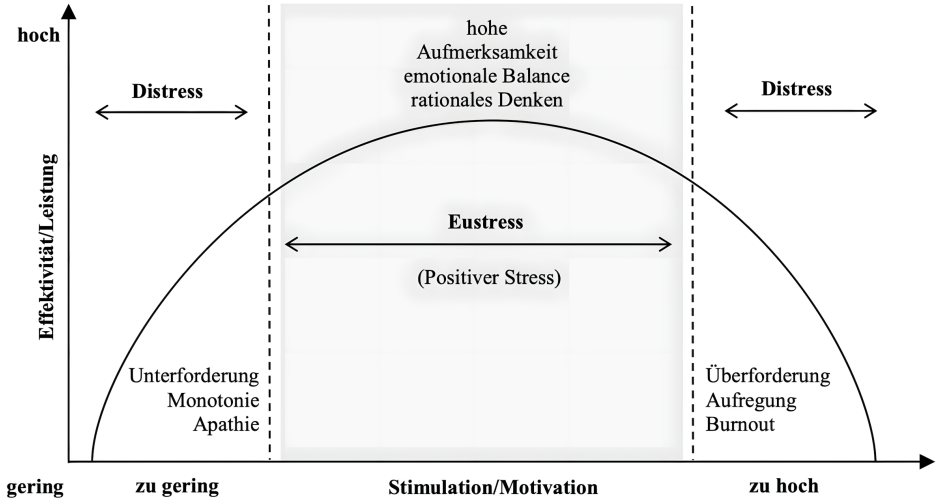

Abbildung 2.5: Das Yerkes-Dodson-Gesetz (Quelle: Welford 1973, S. 570)

sondern auch von individuellen Unterschieden, wie beispielsweise Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Neurotizismus oder Extraversion) und auch motivationalen Faktoren beeinflusst wird (Teigen, 1994).

2.5.2 Conservation-of-Resources-Theorie

Die Conservation-of-Resources(COR)-Theorie, entwickelt von Stevan E. Hobfoll (1988, 1989), stellt ein bedeutendes Rahmenwerk zur Erklärung von Stressreaktionen dar, insbesondere im Umgang mit langfristigen Belastungen. Die Theorie entstand auf Basis empirischer Forschung, die sich insbesondere mit der Entstehung des Burnout-Syndroms auseinandersetzte (Blaze & Shwalb, 2009; Gorgievski & Hobfoll, 2008). Zentrales Element der COR-Theorie ist die Annahme, dass Stress entsteht, wenn bestehende Ressourcen bedroht sind oder verloren gehen (Hobfoll, 2001).

Im Kern postuliert die COR-Theorie, dass Menschen bestrebt sind, ihre Ressourcen zu erhalten, auszubauen und gegen Verlust abzusichern. Ressourcen umfassen dabei sowohl materielle als auch immaterielle Güter, wie z. B. Status, Wissen, soziale Beziehungen oder finanzielle Mittel. Dieser Ansatz unterscheidet sich wesentlich von der klassischen

Bedürfnistheorie nach Maslow (1943), die menschliches Verhalten primär als Streben nach Bedürfnisbefriedigung interpretiert.

In der COR-Theorie wird zwischen bereits vorhandenen (‚Ego-Ressourcen') und potenziell erwerbbaren (‚Handlungsressourcen') unterschieden (Hobfoll, 1989). Eine Ressource kann dabei je nach individueller Situation als aktuell vorhanden oder als angestrebtes Ziel definiert sein – etwa ein Studienabschluss als bestehender Wert oder als Zielvorstellung.

Hobfolls Theorie erweitert die Sichtweise auf menschliche Motivation, indem sie Stress als Folge von Ressourcenverlusten oder Bedrohungen dieser versteht. Dabei spielen individuelle Bewertungen eine zentrale Rolle, eine Sichtweise, die an das bereits vorgestellte transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) anknüpft. Stress entsteht demnach nicht allein durch objektive Belastungen, sondern durch die subjektive Einschätzung, ob vorhandene Ressourcen ausreichen, um eine Herausforderung zu bewältigen.

Zudem betont Hobfoll (2001) die kulturelle Bedingtheit von Ressourcenbewertung: Was in einer Kultur als essenziell gilt, kann in einer anderen von geringerer Bedeutung sein. In seiner erweiterten Systematik unterteilen Hobfoll und Lilly (1993) Ressourcen in drei Kategorien:

- Primäre Ressourcen wie Nahrung, Unterkunft und physische Sicherheit stehen im direkten Zusammenhang mit dem Überleben.
- Sekundäre Ressourcen wie soziale Unterstützung oder berufliche Stabilität erhalten ihren Wert durch ihre Beziehung zu primären Ressourcen.
- Tertiäre Ressourcen – z. B. gesellschaftliches Ansehen oder finanzielle Leistungsfähigkeit – sind sozial konstruiert und ermöglichen Zugang zu grundlegenderen Ressourcen.

Ein zentrales Prinzip der Theorie ist, dass der Verlust von Ressourcen schwerer wiegt als deren Gewinn (Hubuntu, 2011). Menschen sind demnach eher motiviert, Ressourcenverlust zu vermeiden, als zusätzliche Ressourcen zu erlangen. Daraus ergibt sich ein weiterer Kernmechanismus: Menschen investieren vorhandene Ressourcen, um sich gegen künftige Verluste abzusichern oder neue Ressourcen zu gewinnen (Hobfoll, 1998).

Darüber hinaus macht die Theorie deutlich, dass Menschen mit geringen Ausgangsressourcen besonders vulnerabel gegenüber weiteren Verlusten sind. Dies kann zu einer sogenannten Verlustspirale führen, in der ein erster Ressourcenverlust weitere Verluste begünstigt. Umgekehrt spricht die Theorie auch von Gewinnspiralen, in denen eine erste Ressourcenerweiterung künftige Zugewinne wahrscheinlicher macht (Hobfoll, 1998).

2.5.3 Job-Demand-Control(-Support)-Modell

Das Job-Demand-Control(-Support)-Modell (JDC(S)-Modell) von Karasek und Theorell (1990) zählt zu den bedeutendsten arbeitspsychologischen Theorien zur Erklärung von arbeitsbezogenem Stress und dessen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Es verbindet Anforderungen am Arbeitsplatz (Job Demands) mit dem Ausmaß an Kontrolle (Decision Latitude), das Beschäftigte über ihre Arbeit haben, und erweitert diesen Rahmen durch die Dimension der sozialen Unterstützung (Social Support).

Zentrale Annahme des Modells ist, dass nicht allein hohe Anforderungen zu Stress führen, sondern vielmehr das Zusammenspiel von Anforderungen und Kontrolle entscheidend ist (Karasek, 1979). Hohe psychologische Anforderungen in Kombination mit geringem Entscheidungsspielraum gelten demnach als besonders belastend und können zu chronischem Stress, psychosomatischen Beschwerden und letztlich zur Entstehung eines Burnout-Syndroms führen (Van der Doef & Maes, 1999). Diese Konstellation wird im Modell als ‚high-strain job' bezeichnet.

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei sogenannten ‚active jobs', bei denen hohe Anforderungen mit hohem Entscheidungsspielraum einhergehen. In diesen Situationen kann arbeitsbezogene Anspannung zu positiven Lerneffekten und einer Erweiterung von Kompetenzen führen, da die Autonomie die Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der Arbeitnehmenden stärkt (Karasek & Theorell, 1990). Damit weist das Modell auch auf die entwicklungsförderlichen Potenziale von Arbeit hin.

Die Erweiterung des ursprünglichen Job-Demand-Control-Modells um die Dimension der sozialen Unterstützung (durch Kolleginnen / Kollegen und Vorgesetzte) führte zum Job-Demand-Control-

Support-Modell. Soziale Unterstützung kann dabei als Puffer gegen die negativen Auswirkungen hoher Belastungen wirken, insbesondere in Konstellationen mit geringer Kontrolle (Johnson & Hall, 1988). Empirische Studien belegen, dass soziale Unterstützung die wahrgenommene Belastung reduziert und das Risiko für stressbedingte Erkrankungen mindert (Hausser et al., 2010).

Das JDC(S)-Modell wurde vielfach validiert und findet breite Anwendung in der Arbeitspsychologie, insbesondere in der Gesundheitsförderung, Arbeitsgestaltung und betrieblichen Prävention (de Lange et al., 2003). Kritisch angemerkt wird jedoch, dass das Modell individuelle Unterschiede, etwa in der Stressverarbeitung oder Resilienz, nur unzureichend berücksichtigt. Zudem erfährt die Relevanz des Modells im Kontext digitalisierter und flexibilisierter Arbeitsbedingungen eine neue Dynamik, da Arbeitszeitautonomie nicht immer mit Entscheidungsfreiheit gleichzusetzen ist (Pongratz, 2018). Eine grafische Darstellung des JDC(S)-Modells kann Abbildung 2.6 entnommen werden:

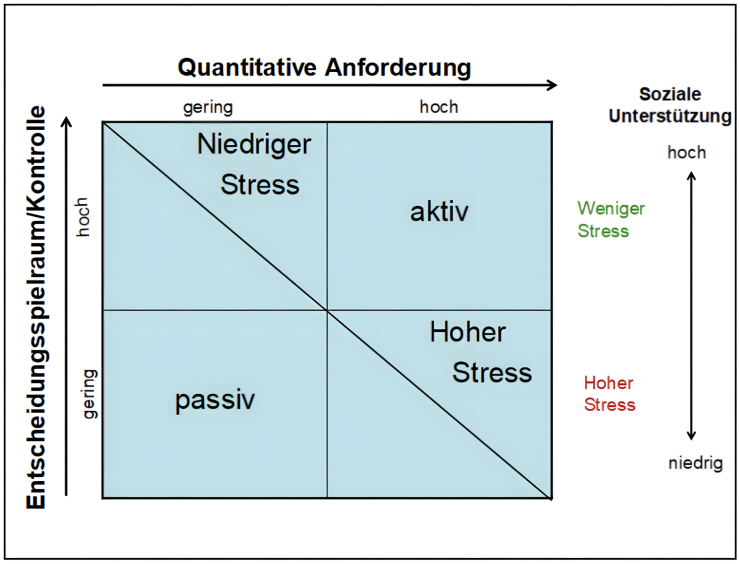

Abbildung 2.6: Job-Demand-Control(-Support) Modell (Quelle: Karasek, 1980, S. 110)

2.5.4 Die Job-Demands-Resources-Theorie

Die Job-Demands-Resources-Theorie (JD-R-Theorie) von Bakker und Demerouti (2007) bietet ein flexibles Modell zur Analyse arbeitsbezogener Beanspruchung und Motivation. Der zentrale Gedanke des Modells besteht darin, dass sich sämtliche Arbeitsplätze – unabhängig von Branche oder Tätigkeit – anhand zweier grundlegender Kategorien beschreiben lassen: Arbeitsanforderungen (Job Demands) und Arbeitsressourcen (Job Resources).

Arbeitsanforderungen umfassen jene physischen, psychischen oder sozialen Aspekte des Arbeitskontextes, die von Beschäftigten einen konstanten Einsatz von Energie verlangen. Dazu zählen beispielsweise Zeitdruck, hohe Verantwortung, widersprüchliche Anforderungen oder auch soziale Belastungsfaktoren wie Mobbing. Solche Anforderungen gehen häufig mit gesundheitlichen und psychischen Kosten einher (Bakker et al., 2003; Bakker & Demerouti, 2017).

Arbeitsressourcen hingegen sind Merkmale der Arbeit, die es Beschäftigten erleichtern, ihre Ziele zu erreichen, Belastungen zu bewältigen und sich persönlich weiterzuentwickeln. Dazu zählen etwa soziale Unterstützung durch Kolleginnen / Kollegen, Autonomie bei der Arbeitsausführung oder berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (Bakker et al., 2003). Diese Ressourcen fördern nicht nur die Motivation, sondern haben auch einen protektiven Effekt im Umgang mit belastenden Anforderungen.

Im Laufe der Weiterentwicklung der Theorie wurde das Modell um die Dimension der persönlichen Ressourcen erweitert. Diese umfassen subjektive Überzeugungen über die eigene Kompetenz und Einflussnahme, wie etwa Selbstwirksamkeit, Resilienz oder Optimismus (Bakker & Demerouti, 2007, 2017). Auch sie tragen zur Mobilisierung von Energie bei und wirken sich positiv auf das Arbeitsengagement aus. Die JD-R-Theorie beschreibt zwei grundlegende psychologische Prozesse: Erstens den gesundheitlichen Beeinträchtigungsprozess, bei dem hohe Anforderungen ohne ausreichende Ressourcen zu chronischer Erschöpfung und Burnout führen können. Zweitens den Motivationsprozess, in dem ein Überfluss an Ressourcen zu verstärktem Arbeitsengagement führt, das sich in Vitalität, Hingabe und Absorption äußert (Bakker & Demerouti, 2017).

Dieser Rahmenansatz stimmt konzeptionell mit der Job-Characteristics-Theory von Hackman und Oldham (1980) überein, die das Motivationspotenzial bestimmter Aufgabenmerkmale, insbesondere Autonomie, Feedback und Bedeutsamkeit der Arbeit, betont. Besonders relevant ist die Interaktion zwischen Anforderungen und Ressourcen. Eine hohe Arbeitsautonomie kann beispielsweise die negativen Effekte übermäßiger Arbeitsbelastung abpuffern und auf diese Weise die psychische Gesundheit stabilisieren (Bakker & Demerouti, 2017). Das Modell eignet sich deshalb gut, um sowohl Risiken als auch förderliche Bedingungen im Arbeitskontext zu analysieren und konkrete Gestaltungsmaßnahmen abzuleiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das JD-R-Modell eine dynamische Perspektive auf Arbeitsprozesse eröffnet, in der sowohl Belastungs- als auch Motivationsfaktoren integriert betrachtet werden. Es erlaubt differenzierte Aussagen über arbeitsbezogene Beanspruchungsfolgen sowie die Entwicklung arbeitsbezogener Motivation und Leistung. Ein Schaubild als grafische Darstellung der JD-R-Theorie kann Abbildung 2.7 entnommen werden:

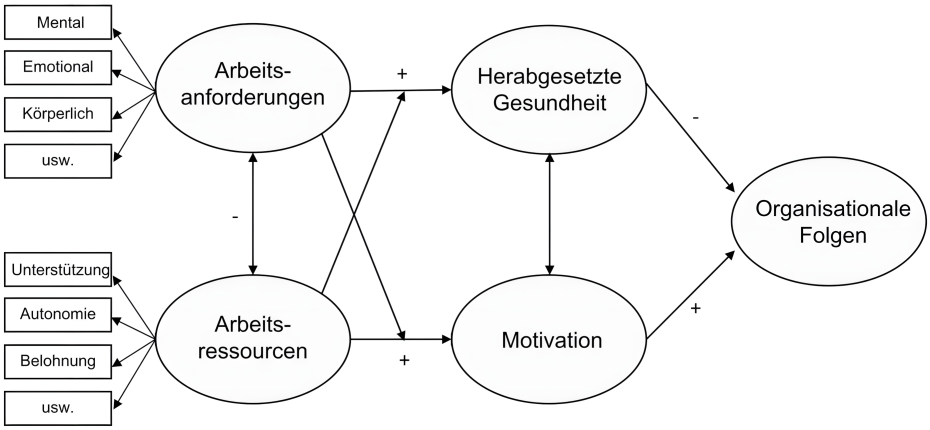

Abbildung 2.7: Das Job-Demands-Ressources-Modell (Quelle: Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 212)

2.6 Der Beruf vor dem Hintergrund der Grundbedürfnisse des Menschen

Menschen sammeln im Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit viele verschiedene Erfahrungen, die mehr oder weniger bedeutsam sein können. Ob und in welchem Maß eine Person den einzelnen Aspekten ihrer beruflichen Tätigkeit Bedeutung zuschreibt, lässt sich daran erkennen, ob diese Aspekte sinnvoll sind, um die eigene Existenz und die grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen (Allan et al., 2019; Schnell, 2020). Die Autorinnen und Autoren Allan et al. (2019) und Schnell (2020) widmen sich ganz besonders der Wirkung des Sinns, den Menschen in ihrer beruflichen Tätigkeit empfinden, und wie der Sinn, den eine Person ihrer beruflichen Tätigkeit zuschreibt, dazu beitragen kann, das Wohlbefinden zu fördern und die psychische Gesundheit zu erhalten. Die nachstehenden bedeutenden Aspekte einer Tätigkeit lassen sich differenzieren:

Arbeit für die Befriedigung der Grundbedürfnisse

Viele Menschen sehen ihren Job als eine Chance, ihre grundlegenden Bedürfnisse nach Nahrung, Wohnraum und finanzieller Sicherheit abzudecken. Die berufliche Tätigkeit hilft somit, die persönlichen und familiären Bedürfnisse zu erfüllen und zielt dabei auf die Erreichung eines bestimmten (individuellen) Lebensniveaus ab (Maslow, 1943).

Arbeit für die persönliche Entwicklung und Wachstum

Manche Menschen entdecken in ihrem Beruf einen Sinn, da Arbeit die individuelle Zufriedenheit steigert und das persönliche Wachstum unterstützt. Die berufliche Tätigkeit kann ein Gefühl von Erfolg, Sinn und Erfüllung bringen, da sie erlaubt, eigene Talente zu nutzen, den eigenen Leidenschaften zu folgen und positiv auf die Umwelt und die Gesellschaft einzuwirken (Maslow, 1943).

Arbeit als Beitrag zur Gemeinschaft (Bedeutsamkeit und Sinn)

Arbeit kann als Gelegenheit betrachtet werden, zur Funktionsfähigkeit der Gesellschaft beizutragen und das Leben anderer Menschen zu bereichern. Auch ehrenamtliche Aktivitäten können als Wunsch

angesehen werden, einen Beitrag zur Gesellschaft zu schaffen. Menschen können durch ihre Tätigkeiten wachsen, indem sie beispielsweise andere Menschen dabei unterstützen, Probleme zu lösen, und dadurch zur Gesellschaft beitragen (Schnell, 2020).

Identität und Selbstwertgefühl (Kohärenz)

Im Rahmen der Bedürfnisbefriedigung übt die Aktivität, die eine Person verrichtet, einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Identität und ihres Selbstbildes aus. Menschen entdecken einen Sinn in ihrer beruflichen Tätigkeit, da diese ihnen mehr Wertschätzung bringt und sie ein Bewusstsein für ihre Fähigkeiten entwickeln. Dieser Anstieg der Kompetenz hat einen sehr positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl, das wiederum ein grundlegendes Bedürfnis des Menschen darstellt (Schnell, 2020).

Verbindung und soziale Interaktion (Zugehörigkeit)

Im Zuge der beruflichen Tätigkeit könnte sich die Chance bieten, soziale Kontakte zu bilden und gemeinsam mit anderen zu arbeiten. In Bezug auf die Grundbedürfnisse und die sozialen Bedürfnisse des Menschen kann Arbeit Menschen einen Sinn verleihen, da sie die Chance bietet, soziale Grundbedürfnisse zu erfüllen. So kann Arbeit ein Gefühl der Gemeinschaft fördern und die Verfolgung eines gemeinsamen Ziels gibt Sinn, Bedeutung und ein Gefühl der Zugehörigkeit (Maslow, 1943; Schnell, 2020).

Die Relevanz der beruflichen Tätigkeit kann sich stark zwischen den Individuen unterscheiden (Schnell, 2020). Nach Schnell kann ein Unternehmensgegenstand oder ein Unternehmensziel, das nicht mit den persönlichen Werten einer Person übereinstimmt, zu einem Verlust des Sinns in der Arbeit führen (Schnell, 2020). Zusätzlich ist die Bedeutsamkeit der beruflichen Tätigkeit mit einer gesteigerten Lebenszufriedenheit, höherer Motivation und Optimismus verknüpft (Längle, 2003). Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Einschätzung der eigenen Tätigkeit als sinnvoll mit einem positiven Wohlbefinden der Angestellten verknüpft ist (Allan et al., 2018; Steger et al., 2012). Die Ausübung von sinnvollen Aktivitäten im Beruf bedingt ein niedrigeres Stresslevel und ein intensiveres Bewusstsein für die Relevanz des eigenen Lebens (Allan et al., 2015, 2016). Zusätzlich ist

die Relevanz, die Personen ihren beruflichen Tätigkeiten zuschreiben, ein wesentlicher Anreiz, der hilft, das Risiko eines berufsbedingten Stress-Burnouts zu senken (Correia & Almeida 2020; Bayer et al., 2021).

2.6.1 Aspekte der beruflichen Tätigkeit

Nach Schaufeli et al. (2002) wird das Arbeitsengagement wie folgt definiert:

> „[engagement is] a positive, fulfilling, work related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption, whereby vigor refers to high levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one's work, and persistence even in the face of difficulties; dedication refers to being strongly involved in one's work, and experiencing a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge; and absorption refers to being fully concentrated and happily engrossed in one's work, whereby time passes quickly and one has difficulties with detaching oneself from work.“ (S. 74)

Wie dem obigen Zitat zu entnehmen ist, kennzeichnet sich das Konzept der Vitalität und des Engagements durch ein hohes Energieniveau und eine starke mentale Belastbarkeit der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter am Arbeitsplatz, die Bereitschaft, zusätzliche Kraft und Energie in ihre Arbeit zu investieren, sowie ein hohes Maß an Durchhaltevermögen, selbst wenn Schwierigkeiten auftreten. Auch dann bleiben Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter mit starkem Arbeitsengagement beharrlich, energiegeladen und daran interessiert, die Probleme zügig zu lösen, die sich im beruflichen Alltag stellen. Engagement beschreibt, dass Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter intensiv in ihre Tätigkeit involviert sind und dabei ein Gefühl von Wichtigkeit, Begeisterung, Inspiration, Stolz und Herausforderung erleben (Taris et al., 2017).

Mitarbeiterzufriedenheit und -loyalität sind seit jeher bedeutende Aspekte für Unternehmen / Organisationen weltweit. Letztendlich können hohe Abwesenheitsraten und Mitarbeiterwechsel den Geschäftserfolg ungünstig beeinflussen (Griffeth et al., 2000). Aus dem wissenschaftlichen Diskurs lässt sich ableiten, dass zufriedene Mitarbeite-

rinnen / Mitarbeiter im Allgemeinen produktiver, kreativer und motivierter gegenüber ihren Arbeitgeberinnen / Arbeitgebern agieren. Arbeitszufriedenheit wird hier als die Gesamteinschätzung einer Person hinsichtlich ihrer Tätigkeit verstanden, unabhängig davon, ob sie positiv oder negativ ist. Arbeitszufriedenheit reflektiert demnach die persönliche Haltung zur Arbeit und beinhaltet die Emotionen, Wahrnehmungen sowie Verhaltensweisen, die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter während ihrer Tätigkeit zeigen und empfinden (Griffeth et al. 2000).

Generell werden drei Perspektiven als potenzielle Indikatoren für die Arbeitszufriedenheit unterschieden: Es handelt sich um den qualitativen Ansatz (einzelne Persönlichkeit), den situativen Ansatz (Umwelt) und den interaktionistischen Ansatz (Mensch-Umwelt-Interaktion-Passung). Der erste Ansatz besagt, dass einige Menschen von Natur aus zufriedener sind als andere. Diese Zufriedenheit speist sich aus individuellen Eigenschaften der Persönlichkeit.

Untersuchungen haben ergeben, dass bis zu 30% der Arbeitszufriedenheit auf temperamentsbedingte Unterschiede zurückzuführen sind (Ilies & Judge, 2003). Die Resultate einer Metaanalyse deuteten darauf hin, dass die Arbeitszufriedenheit konstanter bleibt, wenn Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter weniger häufig den Arbeitsplatz wechseln. Deshalb sollten die Arbeitsbedingungen als Einflussfaktor berücksichtigt werden, der die Arbeitszufriedenheit beeinflussen kann (Dormann & Zapf, 2001).

Studien über Burnout und die psychische Gesundheit heben die Bedeutsamkeit von Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit hervor. Der Bereich der Entlohnung beinhaltet immaterielle Werte, wie beispielsweise die kollegiale oder die übergeordnete Wertschätzung der Person, aber auch materielle Werte, wie die finanzielle Entlohnung. Personen erleiden eher ein Burnout-Syndrom, wenn sie nicht ausreichend gewürdigt und wertgeschätzt werden (Maslach & Leiter, 2008).

2.6.2 Work-Life-Balance und Grenzziehung

Die Work-Life-Balance bezeichnet das ausgewogene Verhältnis zwischen beruflichen Verpflichtungen und privaten Lebensbereichen wie Familie, Freizeit und Erholung. Sie ist ein zentraler Aspekt des modernen Arbeitslebens und beeinflusst maßgeblich die Gesundheit, Zufriedenheit und Produktivität von Beschäftigten (Bode, 2012). In der wissenschaft-

lichen Literatur wird Work-Life-Balance als das Ausmaß verstanden, in dem Individuen ihre beruflichen und privaten Rollen erfolgreich miteinander vereinbaren können, ohne dass es zu Konflikten zwischen diesen Bereichen kommt (Greenhaus & Allen, 2011). Dabei wird betont, dass eine gute WLB nicht zwangsläufig eine gleichmäßige Verteilung von Zeit und Energie zwischen Arbeit und Privatleben bedeutet, sondern vielmehr die subjektive Wahrnehmung eines zufriedenstellenden Gleichgewichts (Kalliath & Brough, 2008).

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Work-Life-Balance von Beschäftigten. Dazu zählen unter anderem die Arbeitszeitgestaltung, die Flexibilität des Arbeitsplatzes, die Unternehmenskultur sowie individuelle Bewältigungsstrategien (Kossek & Ozeki, 1998). Flexible Arbeitsmodelle, wie Gleitzeit oder Homeoffice, können die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erleichtern und somit die Work-Life-Balance verbessern (Allen et al., 2013).

Nach Peseschkian und Remmers (2020) wird die Work-Life-Balance von acht Einflussfaktoren beeinflusst, die wiederum in vier Säulen gruppiert werden. Das folgende Modell zeigt die vier Säulen, die das Gleichgewicht beeinflussen können (siehe auch Abbildung 2.8):

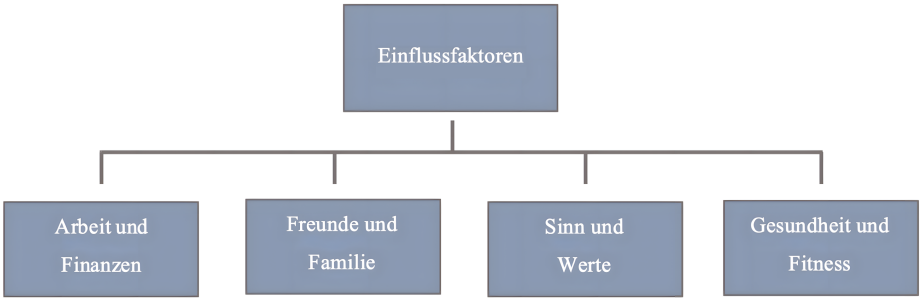

Abbildung 2.8: Work-Life-Balance-Modell (Quelle: Peseschkian & Remmers, 2020, S. 92)

Eine gestörte Work-Life-Balance kann negative Konsequenzen für die psychische und physische Gesundheit von Beschäftigten haben. Studien zeigen, dass eine schlechte Work-Life-Balance mit erhöhtem Stress, Burnout-Symptomen und einer geringeren Lebenszufriedenheit einhergeht (Frone, 2003). Zudem kann eine unausgewogene Work-Life-Balance

die Arbeitsleistung und die Bindung an das Unternehmen negativ beeinflussen (Beauregard & Henry, 2009).

Forschungsarbeiten legen nahe, dass zwischen der Fähigkeit zur Empathie und individuellen Stressreaktionen ein Zusammenhang besteht. Fairchild et al. (2019) zeigen, dass Personen mit ausgeprägt antisozialen oder gefühlskalten Persönlichkeitsmerkmalen oft eine verminderte affektive Empathie und gleichzeitig abgeschwächte Stressreaktionen aufweisen. Ähnliche Befunde liefern von Polier et al. (2013), die einen reduzierten Stresszugang bei Personen mit Verhaltensauffälligkeiten feststellen konnten.

Auf der anderen Seite kann eine übermäßige empathische Orientierung, insbesondere im Sinne sozialer Anpassung und Selbstaufgabe, zu chronischem Stress führen, wenn die Bedürfnisse anderer systematisch über die eigenen gestellt werden. Dies betrifft vor allem Personen mit stark ausgeprägtem Pflichtgefühl oder hohem Bestreben, sozialen Erwartungen zu entsprechen.

Die Grenztheorie von Clark (2000) geht davon aus, dass eine klare Trennung zwischen beruflichen und persönlichen Rollen für das emotionale Gleichgewicht entscheidend ist. In Anlehnung daran betonen Bouziri et al. (2020) und Kim und Cho (2020), dass die Vermischung von Arbeits- und Familienzeit durch Homeoffice, digitale Kommunikation und permanente Erreichbarkeit zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Unterbrechungen und Work-Family-Konflikten führt. Dieser Prozess der sogenannten Entgrenzung kann das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen, da die Möglichkeit zur mentalen Erholung verloren geht. Studien zeigen, dass fehlende Trennlinien zwischen Arbeits- und Freizeit zu einer erhöhten Stressbelastung führen und das Erleben von Lebenszufriedenheit sowie Glück negativ beeinflussen (Sirgy & Lee, 2018; Tang et al., 2020).

Sonnentag und Fritz (2007) beschreiben, dass konstante Konfrontation mit beruflichen Inhalten, sowohl durch Anforderungen als auch durch soziale Erwartungen, in einer zunehmenden emotionalen und kognitiven Erschöpfung münden kann. Der Druck, stets erreichbar und produktiv zu sein, wird durch digitale Technologien verstärkt und betrifft insbesondere jene Personen, die Schwierigkeiten haben, sich psychologisch von ihrer Arbeit zu lösen. Galinsky et al. (2015) warnen in diesem Zusammenhang vor einer potenziellen Überlastung durch permanente Verfügbarkeit und zunehmende Anforderungen. Auch Fa-

raj und Sproull (2000) sowie Ventura (1995) thematisieren die Risiken digitaler Isolation, sozialer Vereinsamung und die Reduktion des familiären Engagements durch ständige Unterbrechungen und mediale Reizüberflutung.

Erholung vom Arbeitsalltag ist ein zentrales Mittel zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Dabei ist insbesondere die mentale Distanzierung von arbeitsbezogenen Gedanken entscheidend. Erst wenn es gelingt, psychisch Abstand zur Arbeit zu gewinnen, beispielsweise durch bewusste arbeitsfreie Zeit, kann das Stressniveau wieder auf ein Ausgangsniveau gesenkt werden (Sonnentag & Fritz, 2007).

Unternehmen können durch verschiedene Maßnahmen die Work-Life-Balance ihrer Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter unterstützen. Dazu gehören flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten, Angebote zur Kinderbetreuung sowie Programme zur Gesundheitsförderung (Kelly et al., 2008). Eine Unternehmenskultur, die die Bedeutung der Work-Life-Balance anerkennt und fördert, trägt ebenfalls zur Verbesserung des Gleichgewichts zwischen Arbeit und Privatleben bei (Hammer et al., 2005).

2.6.3 Teamarbeit

> „Great things in business are never done by one person. They are done by a team of people." (Steve Jobs)

Im Zuge steigender Komplexität moderner Arbeitsanforderungen gewinnt die Zusammenarbeit in Teams zunehmend an Bedeutung. Organisationen setzen verstärkt auf kollektive Problemlösungsstrategien, da sie davon ausgehen, dass Gruppenarbeit zu besseren Ergebnissen führt als individuelle Arbeitsleistungen (Nerdinger, 2011). Dieser Glaube an den Mehrwert von Teamarbeit spiegelt sich auch in gängigen Redewendungen wie ‚Vier Augen sehen mehr als zwei' oder Ken Blanchards Aussage ‚None of us is as smart as all of us' wider.

Nach Becker (2016) handelt es sich bei einem Team um eine gezielt gebildete Gruppe von Personen, die gemeinsam eine definierte Aufgabe verfolgen, wie etwa die Entwicklung eines Produkts oder die Umsetzung eines Projekts. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung werden Teams und Arbeitsgruppen häufig unterschieden. So beschreiben Spielberger (2015) und Hintz (2016) Teams als Zusammenschlüsse

mit höherer Leistungsfähigkeit, wohingegen Gruppen eher als lose Verbände mit unterschiedlichen Zielen und Interessen gelten. Trotz dieser theoretischen Differenzierung erfolgt in der Praxis, insbesondere im internationalen Kontext, häufig keine klare begriffliche Trennung.

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe Team und Arbeitsgruppe synonym verwendet, wobei sich die Definition inhaltlich eher an den Merkmalen einer Arbeitsgruppe orientiert. Rohn (2006) beschreibt Arbeitsgruppen als soziale Einheiten mit mindestens zwei Mitgliedern, die gemeinsam an Aufgaben arbeiten, dabei voneinander abhängig sind, sich als Einheit wahrnehmen und in einem organisationalen Rahmen handeln.

Die zentrale Annahme, dass Gruppen bessere Ergebnisse erzielen als Einzelpersonen, basiert auf der Erwartung, dass kollektive Wissensbestände umfangreicher und differenzierter sind. Diese Leistungsfähigkeit ist allerdings stark abhängig von der Zusammensetzung der Gruppe. Während ein hohes Maß an Diversität im Hinblick auf Qualifikationen, Erfahrung und Perspektiven die Effektivität fördern kann, kann eine zu große Heterogenität in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale oder soziale Kompetenzen zu Konflikten und Kommunikationsproblemen führen (Scholl, 2005).

Ein besonderer Fokus in der aktuellen Teamforschung liegt auf der zunehmenden kulturellen Vielfalt innerhalb von Teams, ein Phänomen, das durch Globalisierung, Digitalisierung und Arbeitsmodelle wie Homeoffice zusätzlich befördert wird (Becker, 2016). Diese Entwicklung stellt Teams vor neue Herausforderungen, da interkulturelle Unterschiede potenzielle Reibungspunkte, aber auch große Innovationspotenziale mit sich bringen. Cramer (2015) hebt daher hervor, dass interkulturelle Teamfähigkeit mittlerweile ein zentrales Kriterium bei der Personalauswahl ist.

Teamfähigkeit gilt in der modernen Arbeitswelt als zentrale Schlüsselqualifikation, ist jedoch nicht bei allen Menschen gleichermaßen stark ausgeprägt. Verschiedene Studien zeigen, dass das Arbeiten im Team spezifische personale und soziale Kompetenzen voraussetzt, die individuell unterschiedlich entwickelt sind (Opie, 2001; Steijn, 2002). Teamfähigkeit lässt sich als ein Bündel verschiedener Verhaltens- und Einstellungskomponenten verstehen, die im Zusammenspiel den konstruktiven Beitrag einer Person zur Teamarbeit bestimmen.

Die Fähigkeit, stabile und funktionale Beziehungen zu Kolleginnen / Kollegen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, bildet eine Grundvoraussetzung teamorientierten Handelns. Dazu gehört sowohl die Kompetenz zur Kontaktaufnahme als auch der professionelle Umgang mit interpersonellen Konflikten und die Anwendung kommunikativer Techniken im Arbeitskontext (Steijn, 2002). Ein weiteres zentrales Merkmal ist die kommunikative Fähigkeit, die sich in der situationsangemessenen Weitergabe und Aufnahme von Informationen sowie im prosozialen Verhalten gegenüber anderen Teammitgliedern äußert. Kommunikationskompetenz beeinflusst maßgeblich die Koordination gemeinsamer Aufgaben und die Effizienz interner Absprachen (Opie, 2001).

Die psychische Belastbarkeit einer Person hat unmittelbare Auswirkungen auf ihre Teamfähigkeit. Dazu zählen sowohl individuelle Stressbewältigungsstrategien als auch die Fähigkeit, in belastenden Situationen arbeitsfähig zu bleiben und sich nach emotionalen Belastungen zu regenerieren. Personen mit einer aktiven Grundhaltung gegenüber Herausforderungen zeigen meist eine höhere Resilienz im Teamkontext (Steijn, 2002). Teamarbeit erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative und Durchhaltevermögen. Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und ein stabiles Selbstwertgefühl sind entscheidende Faktoren für die Zielstrebigkeit einer Person. Diese zeigt sich unter anderem daran, wie engagiert eine Person auch bei komplexen oder unerwarteten Aufgaben bleibt (Opie, 2001).

Selbst unter unvorhersehbaren Bedingungen oder unvollständiger Planung handlungsfähig zu bleiben, kennzeichnet eine weitere wichtige Facette von Teamkompetenz. Dazu gehört auch die Fähigkeit, trotz Unsicherheiten arbeitsmotiviert und lösungsorientiert zu agieren (Steijn, 2002). Nicht nur das individuelle Engagement, sondern auch die Fähigkeit, andere zu motivieren und zur Mitarbeit zu animieren, spielt eine entscheidende Rolle für den Teamerfolg. Motivation zeigt sich zudem in der Bereitschaft, gemeinsam Verantwortung zu tragen und individuelle Leistungen in den Dienst des Gruppenziels zu stellen (Opie, 2001). Schließlich ist auch die Fähigkeit zur Kooperation essenziell. Dazu gehört unter anderem, konstruktives Feedback zu geben und anzunehmen, Aufgaben mit anderen zu koordinieren sowie das gemeinsame Ziel über individuelle Interessen zu stellen (Steijn, 2002).

2.6.4 Resilienz

Die psychische Resilienz beschreibt die Fähigkeit, Herausforderungen zu bewältigen und sich an belastende Lebensereignisse anzupassen. Sie variiert individuell und wird sowohl durch persönliche als auch durch Umweltfaktoren beeinflusst (Babić et al., 2020). Sie umfasst die positive Anpassungsfähigkeit sowie die Kompetenz, trotz Stresssituationen die mentale und physische Gesundheit aufrechtzuerhalten (Labrague, 2021). Allerdings geht psychische Gesundheit über die bloße Abwesenheit psychischer Erkrankungen hinaus (Antonovsky, 1997). Während Resilienz in der Psychologie häufig als stabiles Persönlichkeitsmerkmal betrachtet wird, kann sie sich je nach Lebensbereich, Zeitabschnitt und Umweltkontext in unterschiedlichem Ausmaß manifestieren (Babić et al., 2020).

Theoretische Modelle zur psychologischen Resilienz heben hervor, dass eine Kombination aus physiologischen, neurobehavioralen und psychologischen Faktoren einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Resilienz leistet. Insbesondere psychologische Merkmale wie Optimismus (Soucek et al., 2015), Selbstwirksamkeit (Soucek et al., 2016), hohe kognitive Fähigkeiten (Arici-Ozcan et al., 2019) sowie die Anwendung adaptiver Strategien zur Emotionsregulation (Holl et al., 2016) sind nachweislich förderlich für die Entwicklung von Resilienz.

Aktuelle Modelle betonen verstärkt die Bedeutung übergeordneter exekutiver Funktionen sowie der Fähigkeit zur Selbstregulation als zentrale Faktoren für die Entwicklung und auch Erhaltung der Resilienz (Masten & Reed, 2005). Besonders die inhibitorische Kontrolle, eine zentrale Komponente der Exekutivfunktionen, die es ermöglicht, zielgerichtetes Verhalten aufrechtzuerhalten und gleichzeitig irrelevante Informationen auszublenden, wird als essenzielles Element psychischer Widerstandsfähigkeit betrachtet (Masten & Reed, 2005). Defizite in der Fähigkeit zur Handlungsinhibition können die Verfolgung motorischer, kognitiver sowie sozial-emotionaler Ziele beeinträchtigen (Masten & Reed, 2005). In diesem Zusammenhang steht die inhibitorische Kontrolle in direktem Zusammenhang mit individuellen Verhaltensmustern und ist für eine effektive Anpassung an unterschiedliche Anforderungen im Alltag von entscheidender Bedeutung. Eine erhöhte Fähigkeit zur inhibitorischen Kontrolle wird mit einer gesteigerten Widerstandsfähigkeit gegenüber potenziellen Störungen und Stressoren assoziiert. Auch

das Selbstmitgefühl kann als Ressource verstanden werden und soll im Folgenden näher erläutert werden.

2.6.5 Self-Compassion

Das Konzept des Selbstmitgefühls (Self-Compassion) ist eng mit dem des Mitgefühls verwandt. Letzteres beschreibt die emotionale Reaktion auf das Leiden anderer sowie die bewusste Wahrnehmung ihres Leides. Häufig geht damit der Wunsch einher, dem betroffenen Menschen zu helfen, um das Leiden zu lindern (Neff, 2003). Nach Jazaieri et al. (2014) lässt sich Mitgefühl als ein mehrdimensionales Konstrukt mit vier verschiedenen Komponenten verstehen.

- Eine kognitive Dimension, die das bewusste Erkennen und Verstehen von bestehendem Leid umfasst,
- eine emotionale Komponente, die sich im Empfinden von Anteilnahme oder Besorgnis äußert,
- eine intentionale Ebene, die den Wunsch beinhaltet, das Leiden zu lindern,
- und eine motivationale Komponente, die sich in der konkreten Absicht widerspiegelt, aktiv etwas zur Minderung des Leids zu unternehmen.

Die menschliche Fähigkeit, herausfordernde Lebensereignisse angemessen zu bewältigen, gilt als ein zentraler Einflussfaktor für das subjektive Wohlbefinden. Zahlreiche Studien haben sich bereits mit verschiedenen Coping-Strategien und deren Wirksamkeit in belastenden Situationen auseinandergesetzt (Allen & Leary, 2010). Neff (2003) betrachtet Selbstmitgefühl (Self-Compassion) als eine hilfreiche und konstruktive Form des Copings. Ihrer Auffassung nach lässt sich Self-Compassion wie folgt beschreiben: „[...] being open to and moved by one's own suffering, experiencing feelings of caring and kindness toward oneself, taking an understanding, nonjudgmental attitude toward one's inadequacies and failures, and recognizing that one's experience is part of the common human experience“ (Neff, 2003, S. 224).

Obwohl viele Menschen problemlos Mitgefühl für andere empfinden können, fällt es ihnen oft schwer, sich selbst mit demselben Mitgefühl

zu begegnen. Im Vergleich zum allgemeinen Mitgefühl ist das Konzept des Selbstmitgefühls (Self-Compassion) spezifischer definiert. Im buddhistischen Denken nimmt Self-Compassion eine zentrale Rolle ein – es gilt dort als grundlegendes und eigenständiges Prinzip, das sowohl den Ausgangspunkt als auch das Herzstück der buddhistischen Lehre bildet (Neff, 2003).

Nach Neff (2003) setzt sich Self-Compassion aus drei zentralen Elementen zusammen:

Selbstfreundlichkeit beschreibt die Fähigkeit, sich selbst mit Wärme, Nachsicht und Verständnis zu begegnen – insbesondere in Zeiten von Misserfolgen, schwierigen Lebensphasen oder beim Erleben eigener Schwächen und Fehler (Neff, 2003). Anstatt sich selbst zu verurteilen oder stark zu kritisieren, gelingt es Menschen mit ausgeprägter Selbstfreundlichkeit, ihre Unzulänglichkeiten anzunehmen, ohne sie als persönliches Scheitern zu interpretieren. Laut Neff (2003) neigen diese Personen weniger zu destruktiven Selbstvorwürfen, die oft mit negativen Gefühlen wie Wut, Trauer oder Scham einhergehen. Solche Emotionen können psychischen Stress auslösen, das Gefühl von Selbstwirksamkeit schwächen und das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigen (Greenglass, 2002). Neff (2003) betont außerdem, dass es zum Leben gehört, nicht alle Ziele zu erreichen – wird diese Tatsache jedoch verdrängt, können Frustration, Stress und Selbstkritik entstehen, die durch eine gesteigerte Selbstfreundlichkeit gemildert werden können.

Verbindende Menschlichkeit bezeichnet nach Neff (2003) die Fähigkeit, sich selbst als Teil der menschlichen Gemeinschaft zu begreifen und sich bewusst zu machen, dass Fehler und das Gefühl von Unzulänglichkeit zum Menschsein dazugehören. Wenn Menschen in schwierigen Lebenssituationen, bei Einschränkungen oder Fehlentscheidungen erkennen, dass auch andere ähnliche Erfahrungen machen, entsteht ein Gefühl von Verbundenheit mit anderen. Neff (2003) hebt hervor, dass es eine weit verbreitete Tendenz gibt, sich in Momenten des Scheiterns als besonders mangelhaft wahrzunehmen – als sei man schlechter oder unfähiger als andere. Diese Haltung kann das psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigen. Wer jedoch in der Lage ist, sich selbst als gleichwertigen Teil einer Gemeinschaft zu sehen, in der alle Menschen Schwächen und Herausforderungen erleben, stärkt dadurch sein Selbstmitgefühl.

Achtsamkeit (Mindfulness) wird als eine bewusste, offene und nicht urteilende Wahrnehmung der eigenen momentanen Erfahrung verstanden (Brown & Ryan, 2003). Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit gezielt auf gegenwärtige Empfindungen, Gedanken und Gefühle, ohne sie zu bewerten. Dieses Verständnis von Achtsamkeit, das unter anderem auf buddhistischen Traditionen beruht, unterscheidet sich deutlich von der Auffassung von Langer et al. (1985). Diese sehen Achtsamkeit vielmehr als einen aktiven mentalen Prozess, der auf die bewusste Suche nach Neuem und die kreative Interpretation aktueller Erfahrungen abzielt. In dieser westlich geprägten Sichtweise steht also das aktive kognitive Gestalten im Vordergrund – ein Aspekt, der in der buddhistischen Achtsamkeitstradition so nicht enthalten ist (Chiesa, 2013; Siegling & Petrides, 2014).

Achtsamkeit kann auch als die Entwicklung einer Haltung beschrieben werden, die sich durch konzentrierte Aufmerksamkeit und Akzeptanz gegenüber dem gegenwärtigen Erleben auszeichnet – und das, ohne sich gedanklich in die Situation einzumischen (Arch & Craske, 2006). Der Begriff verweist somit auf eine reine, unvoreingenommene Form der Wahrnehmung, die frei von Bewertungen oder Interpretationen ist. Dieses bewusste Gewahrsein kann durch regelmäßige Übung kultiviert, gestärkt und weiterentwickelt werden (Blugeot et al., 2011; Epstein, 1995).

Im Folgenden werden die Aufgaben, die Funktionen und allgemeine Besonderheiten der Arbeit im Rettungsdienst beschrieben.

Zusammenfassung der Arbeit vor dem Hintergrund der Grundbedürfnisse

Im Zentrum moderner arbeitspsychologischer Betrachtungen steht das Zusammenspiel zwischen Anforderungen und verfügbaren Ressourcen am Arbeitsplatz. Die Theorie der Ressourcenerhaltung beschreibt Stress als Folge eines tatsächlichen oder drohenden Ressourcenverlusts. Menschen versuchen, materielle wie immaterielle Ressourcen zu schützen oder zu vermehren. Besonders betont wird, dass ein Ressourcenverlust als schwerwiegender empfunden wird als ein Zugewinn, was auch die Entstehung des Burnout-Syndroms erklärt. Dieses Modell macht deutlich, dass bereits kleine Verluste eine Spirale an weiteren Belastungen

nach sich ziehen können, insbesondere dann, wenn Menschen bereits über nur geringe Ressourcen verfügen.

Daran anschließend veranschaulicht das JDC-Modell, dass Stress nicht allein durch hohe Anforderungen entsteht, sondern durch ein Missverhältnis zwischen Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten. Der Einfluss der sozialen Unterstützung kann einen Schutzfaktor darstellen. Insbesondere wenn hohe Anforderungen mit einer nur geringen Möglichkeit zur Kontrolle zusammentreffen und nur wenig soziale Unterstützung zur Verfügung steht, ist das Risiko hoch, dass es zu Überlastung und entsprechenden gesundheitlichen Problemen kommt. Ergänzend erweitert die JDR-Theorie diesen Ansatz, indem sie auch die Anforderungen und Ressourcen einbezieht. Diese können beispielsweise eine körperliche Belastung, Zeitdruck, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten im Unternehmen und den organisationalen Rückhalt darstellen. Das Modell zeigt, wie durch gezielte Förderung von Ressourcen nicht nur Stress reduziert, sondern auch Arbeitsmotivation und Engagement gesteigert werden können.

Darüber hinaus rückt die Bedeutung des subjektiv erlebten Sinns in der Arbeit zunehmend in den Fokus. Berufliche Tätigkeiten erfüllen zentrale menschliche Bedürfnisse. Diese können von der Sicherung der physischen Existenz bis zur persönlichen Entwicklung reichen. Umso stärker ein Mensch die eigene Arbeit als bedeutungsvoll empfindet, desto stabiler ist in der Regel auch das psychische Wohlbefinden, was wiederum mit positiven Effekten auf Motivation, Resilienz und Gesundheit assoziiert ist.

In diesem Zusammenhang wird auch das Konzept der Work-Life-Balance relevant. Ein Gleichgewicht zwischen beruflichen Anforderungen und privaten Bedürfnissen ist entscheidend, um langfristiger Erschöpfung entgegenzuwirken. Teamarbeit stellt eine weitere Ressource im Arbeitskontext dar. Funktionierende Teams zeichnen sich durch Kooperation, eine gute Kommunikation und emotionale Belastbarkeit aus. Gleichzeitig stellen sie hohe Anforderungen an persönliche und soziale Kompetenzen.

All diese Faktoren münden schließlich im Konzept der Resilienz, mit dem die Fähigkeit, trotz widriger Umstände psychisch gesund zu bleiben, bezeichnet wird. Insgesamt zeigen die vorgestellten Modelle und Konstrukte auf, wie eng psychische Gesundheit, beruflicher Kontext und individuelle Ressourcen miteinander verbunden sind. Sie

verdeutlichen, dass nachhaltige Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit nicht nur eine Frage der Anforderungen sind, sondern vor allem durch Zugang zu Ressourcen, Sinn im Beruf, soziale Unterstützung und Selbstfürsorge beeinflusst werden.

2.7 Aufgaben und Personenstruktur des Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst in Deutschland stellt eine essenzielle Säule des Gesundheitssystems dar und übernimmt eine zentrale Funktion in der Akutversorgung von Patientinnen / Patienten. Sein breites Aufgabenspektrum, das von der Notfallrettung über präventive Maßnahmen bis hin zur wissenschaftlichen Forschung reicht, gewährleistet eine adäquate Anpassung an die Anforderungen einer modernen Gesellschaft (Deutsches Rotes Kreuz, 2023). Dabei leistet der Rettungsdienst einen entscheidenden Beitrag zur Lebensrettung und zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst sind in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen festgelegt (Deutscher Bundestag, 2020b, 2020a), darunter das Rettungsdienstgesetz sowie die jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze. Aufgrund föderaler Strukturen variieren die konkreten Organisationsformen des Rettungsdienstes zwischen den Bundesländern, da spezifische Regelungen durch landesspezifische Gesetzgebungen und Verordnungen bestimmt werden (Bürgerservice Saarland, 2020; Land Schleswig-Holstein, 2023).

Die vorrangige Aufgabe des Rettungsdienstes besteht in der zeitnahen und fachgerechten Versorgung von Personen in akuten Notfallsituationen. Dazu zählen die schnelle Anfahrt zum Einsatzort, die Beurteilung des Gesundheitszustands der betroffenen Person sowie die Einleitung erster medizinischer Maßnahmen. Im Jahr 2020 wurden in Deutschland etwa 2,3 Millionen Rettungseinsätze durchgeführt, um Menschen in lebensbedrohlichen Situationen adäquat zu versorgen (Statista, 2021). Der Rettungsdienst wird von speziell ausgebildetem Fachpersonal, darunter Rettungssanitäterinnen / Rettungssanitäter mit einer Ausbildungszeit von 520 Stunden und Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter mit einer Ausbildungszeit von 3 Jahren besetzt, die je nach Ausbildungsstand in der Lage sind, lebensrettende Inter-

ventionen wie kardiopulmonale Reanimation, Blutstillung, Beatmung und das Legen von Infusionen durchzuführen (Deutsches Rotes Kreuz, 2023).

Neben der Notfallrettung umfasst das Aufgabenspektrum des Rettungsdienstes auch den Patiententransport. Dabei geht es nicht nur um die Beförderung akut erkrankter oder verletzter Personen in medizinische Einrichtungen, sondern auch um die Verlegung von Patientinnen / Patienten zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen, um eine optimale medizinische Betreuung gewährleisten zu können. Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) hebt die Bedeutung dieser Tätigkeit hervor, da sie zur Entlastung von Krankenhäusern beiträgt und die Effizienz der medizinischen Versorgung steigert (Statista, 2021).

Ein weiterer zentraler Aufgabenbereich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Rettungs- und Sicherheitskräften, insbesondere mit der Feuerwehr und der Polizei. Dies ist vor allem bei Verkehrsunfällen oder in großflächigen Katastrophenszenarien von essenzieller Bedeutung. Zudem spielt die kontinuierliche Forschung und Weiterentwicklung von Rettungstechniken eine wichtige Rolle im Rettungswesen. Die fortlaufende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit neuen Methoden dient der stetigen Optimierung der Notfallversorgung. Institutionen wie das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) an der Universität München widmen sich dieser Aufgabe und tragen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rettungsdienst bei (Deutsches Rotes Kreuz, 2023).

Mehrere Studien zeigen, dass Gewalt eine zentrale Ursache für Stress bei Rettungskräften darstellt (Pozzi, 1998) und dass Stress insgesamt die am häufigsten genannte Belastung in diesem Berufsfeld ist (Schwartz et al., 1993). Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und einer erhöhten Prävalenz psychosomatischer Symptome, Angstzuständen sowie erhöhter Furcht bei Einsatzkräften hervorgehoben (Gómez-Gutiérrez et al., 2016).

Belastungen lassen sich in tätigkeitsbezogene Belastungen (Tätigkeiten des beruflichen Alltags), betriebliche Belastungen (Rahmenbedingungen, unter denen Rettungskräfte beruflich tätig sind), Belastungen durch die Gestaltung des Arbeitsplatzes, Belastungen durch soziale Aspekte (Beziehungen zu Kolleginnen / Kollegen und Vorgesetzten) und überbetriebliche Belastungen (rechtliche Vorgaben, Ansehen des Berufsstandes etc.) unterscheiden (Karutz et al., 2013).

Ein wichtiger Aspekt der tätigkeitsspezifischen Belastungen bei Rettungskräften sind die Anforderungen, die die Tätigkeit an den Menschen stellen. Wie auch bereits durch Pluntke (2013) dargestellt, können zu hohe Anforderungen im Kontext des Rettungsdienstes die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigen. Jedoch kann auch die Unterforderung im Wachalltag eine Belastung darstellen, wie Bengel und Heinrichs (2004) feststellen konnten. Obwohl Rettungskräfte für Extremsituationen ausgebildet wurden, verbringen sie einen großen Teil ihres Arbeitstages mit Reinigungs- oder Sortierarbeiten, beispielsweise indem sie den Rettungswagen reinigen und die Vollständigkeit des Equipments prüfen (Gorißen, 2009). Umso seltener tatsächlich anspruchsvolle Tätigkeiten sind, desto wichtiger sind regelmäßige Übungseinheiten für Rettungskräfte, um die anspruchsvollen Einsätze sicher absolvieren zu können (Lasogga & Karutz, 2012).

Eine Studie aus dem Jahr 2015 untersuchte die psychischen und physischen Belastungen im Rettungsdienst. Dabei wurden 276 Einsatzkräfte mittels standardisierter Fragebögen zu berufsbezogenen Themen sowie zur subjektiven Wahrnehmung von Belastungen am Arbeitsplatz befragt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass die Mehrheit der Teilnehmerinnen / Teilnehmer Schichtarbeit als belastend empfand. Zudem wies etwa ein Drittel der Befragten ein arbeitsbezogenes Risikoverhalten auf, das mit erhöhten Beanspruchungsfolgen in Verbindung gebracht werden kann (Böckelmann et al., 2022).

Stress entsteht dabei häufig als Reaktion auf die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen während des Rettungseinsatzes. Eine systematische Übersichtsarbeit zu beruflichen Risikofaktoren im Rettungsdienst ergab, dass zwischen 82% und 100% der befragten Rettungskräfte angaben, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben (Donnelly & Siebert, 2009). Zudem schätzen zahlreiche Studien die Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) unter Rettungskräften auf über 20% (Donnelly & Siebert, 2009). Auch einer aktuellen Studie von Marung et al. (2025) kann entnommen werden, dass Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter ein besonders hohes Risiko für Traumatisierungen durch ihre berufliche Tätigkeit aufwiesen. So gaben 53.3% der befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter an, innerhalb der letzten 12 Monate Opfer eines traumatischen Ereignisses geworden sind, welches als psychische Belastung empfunden wurde. Zudem zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, ein sogenanntes Zweites

Opfer zu werden mit zunehmender Berufserfahrung zunahm, während bestimmte Persönlichkeitseigenschaften – wie eine hohe Ausprägung der Persönlichkeitsdimension ‚Gewissenhaftigkeit' – mit einem geringeren Risiko für Traumatisierungen einhergingen.

2.8 Hierarchien im Arbeitskontext

Die Arbeit im Rettungsdienst erfolgt in der Regel in Teams, wobei es sich hierbei nicht um feste Teams handelt (Katzenbach & Smith, 1993). Teams, deren Mitglieder wechseln, werden als Arbeitsgruppen bezeichnet (Katzenbach & Smith, 2005).

> „Arbeitsgruppen zeichnen sich durch eine fehlende kollektive Leistung aus. Mitarbeiter interagieren primär nur, um Informationen auszutauschen, damit die Leistung innerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs verbessert werden kann. Hierbei fehlt es eindeutig an der gemeinsamen Sache, den gemeinsamen Leistungszielen oder der gegenseitigen Verantwortung. Die Leistung der Arbeitsgruppe ist die Summe der Individualleistungen." (Mistele, 2007, S. 17)

Organisationen wie der Rettungsdienst werden auch als Hochrisikoumwelten bezeichnet. Innerhalb dieser Organisation sind die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter mit unvorhergesehenen Situationen konfrontiert, in denen sie Entscheidungen treffen müssen (Kerfoot, 2004). Häufig sind Problemstellungen in Hochrisikoumwelten intransparent und müssen erst identifiziert, bewertet und im Anschluss priorisiert werden (Klein, 2003).

Fehler während eines Einsatzes können auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt werden. Einer dieser Gründe sind personenbezogene Faktoren, oft auch als Human Factors bezeichnet. Personenbezogene Faktoren können beispielsweise eine mangelhafte oder zu geringe Kommunikation zwischen Teammitgliedern, eine zu geringe Entscheidungsfähigkeit oder auch eine ungenügende oder inadäquate Führung sein (Thomas, 2004).

Im Rahmen der Trainingsentwicklung für Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter in Hochrisikoumwelten wurden unterschiedliche Konzepte entwickelt, wobei dem Training und Lernen und dem Aufbau von

Kompetenzen eine hohe Bedeutung zugesprochen wird (Carroll, 2004). Dennoch besteht noch immer ein erhöhtes Potenzial auf allen Gebieten in Hochrisikoumwelten. Dies betrifft sowohl die Fehlerkultur als auch den Kompetenzaufbau nach Außen, aber auch innerhalb der Organisation (Bourrier, 2005).

Im Rahmen einer Untersuchung von Mistele (2007) wurden Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter unterschiedlicher Hochrisiko-Berufsumwelten über ihre Einsätze befragt. Die Aussagen der befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter vermitteln einen Einblick in die Herausforderungen der beruflichen Tätigkeit. Beispielsweise ist es von hoher Bedeutung, trotz der manchmal chaotischen Einsatzlage ruhig zu bleiben: „an auch in einer totalen Chaoslage noch einen ruhigen Eindruck macht“ (Mistele, 2007, S. 122). Dies muss auch dann noch gelten, wenn Notärztinnen / Notärzte hektisch werden: „Es ist auch wichtig, sich als Rettungsassistent nicht durch die Hektik eines Notarztes in einer zügigen und ruhigen Arbeitsweise stören zu lassen, denn es ist ja auch die große Kunst, sich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen“ (Mistele, 2007, S. 122). Weiterhin beschreiben die befragten Rettungskräfte, dass häufig wechselnde Situationen in den Hierarchien verarbeitet werden müssen, da Entscheidungen notwendig sind und häufig nicht warten können:

> „[Es]besteht ja auch die Möglichkeit, dass die Rettungssanitäter mal alleine an einen Einsatz kommen, dass der Notarzt zu einem anderen Einsatz unterwegs und gar nicht verfügbar ist. Da können sie auch nicht sagen 'Wir machen nichts' oder 'Wir machen nur Basismaßnahmen'. Das ist ja dann für die der größere Stress: Erstens ist eine Person weniger, zweitens ist die bestausgebildete Person nicht dabei. Das sind natürlich zusätzliche Stresskomponenten für das Team.“ [Schweizer Rettungsdienst] (Mistele, 2007, S. 124)

Auf die hohe Notwendigkeit einer klaren Kommunikation während der Einsätze wurde ebenfalls hingewiesen:

> „Ja, wenn man die [Einsatzziele] nicht definiert, dann habe ich für mich eine Zielsetzung. Weiß aber nicht, ob die korreliert mit dem des Kollegen und wenn ich das nicht

> abspreche, dann arbeite ich blindlings etwas vor. D. h. ich mache die Trage mit der Vakuummatratze bereit und er sagt ‚Nein, ich will das Brett.‘“ [Schweizer Rettungsdienst] (Mistele, 2007, S. 132)

Auch die Offenheit in der Kommunikation mit anderen Rettungskräften, über eigene Fehler sprechen zu können bzw. der Mangel an Offenheit, wurde durch einen der befragten Rettungssanitäter beschrieben: „Ich habe den Eindruck, dass eher selten richtig offen damit umgegangen wird. Unter den Kollegen, mit denen man ganz gut auskommt, haben wir das hier schon so geregelt, dass man auch drüber reden kann. Allerdings ist es ganz unterschiedlich, wie sie darauf reagieren“ (Mistele, 2007, S. 143). Eine Beschwerde eines befragten Rettungssanitäters an die Einsatzzentrale, resultierte in einer Bedrohung des befragten Rettungssanitäters:

> „Nein, bringt nichts! Nein, um Gottes Willen, das können Sie nicht machen. Das ist die [Rettungsorganisation XY]. Das können Sie nicht machen. Das kriegen sie postwendend irgendwann zurück. Das ist leider so. [...] Die sitzen am längeren Hebel. Der Hebel ist lang. Und wenn die wollen, können die das einen auch spüren lassen.“ [Schweizer Rettungsdienst] (Mistele, 2007, S. 243)

Schließlich wurde auch der mangelnde Wunsch, Missstände zu besprechen, und die Tendenz, die Kommunikation zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen, angesprochen: „Ich würde das auf jeden Fall verbessern oder verändern, aber ohne den Hinweis warum, weshalb. Da können wir später darüber reden. Wenn die Sache vorbei ist, dann reden wir darüber“ (Mistele, 2007, S. 144). Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass eine Nachbesprechung von Einsätzen grundsätzlich erwünscht ist, insbesondere gemeinsam mit den Notärztinnen / Notärzten, diese Nachbesprechungen aber häufig nur selten stattfinden (Mistele, 2007).

Hinsichtlich der Hierarchien unterscheiden sich berufliche Hochrisikoumwelten von anderen beruflichen Kontexten, da es aufgrund der hohen Dringlichkeit einer schnellen Entscheidung und Problemlösung weniger um Hierarchien, sondern vielmehr darum geht, dass Hierarchien der Kompetenz untergeordnet sind: „Interessant ist auch, dass

auf dem Rettungswagen ein Rettungssanitäter sein kann, der mein Abteilungsleiter ist. Das ist eigentlich mein Chef. Der ist mir allerdings im Einsatz medizinisch unterstellt“ (Mistele, 2007, S. 154).

Es wurde ersichtlich, dass Hochrisikoumwelten, in denen auch Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter tätig sind, auch im zwischenmenschlichen Bereich mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. Ein besserer Umgang kann durch entsprechende Trainingsmaßnahmen erzielt werden. Im Folgenden soll eine weitere Möglichkeit vorgestellt werden, die für medizinisches Personal entwickelt wurde, jedoch im Rettungsdienst wissenschaftlich noch nicht erforscht wurde.

Zusammenfassung Aufgaben und Hierarchien im Rettungsdienst

Der Rettungsdienst in Deutschland ist ein zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems. Er übernimmt Aufgaben in der Notfallversorgung, wobei neben der Akutversorgung auch Patiententransporte in das Aufgabenfeld des Rettungsdienstes fallen. Die Arbeit im Rettungsdienst ist nicht nur durch die hohe physische Belastung, sondern auch durch psychische Anforderungen geprägt. Schichtarbeit, traumatische Einsätze sowie Gewalt durch Patientinnen / Patienten gehören zum Alltag vieler Rettungskräfte. Die damit verbundenen Erfahrungen stellen eine erhebliche Belastung dar und sind häufig Ursache für langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Ein besonderes Merkmal des Arbeitskontextes im Rettungsdienst ist die Zusammenarbeit in wechselnden Teams. Die Rollenverteilung ist hierbei durch Hierarchien geprägt, die im Einsatzfall jedoch häufig zugunsten funktionaler Kompetenz aufgelöst werden. Entscheidungen müssen häufig unter Zeitdruck getroffen werden, was die Bedeutung von klarer Kommunikation und Vertrauen hervorhebt. Kommunikationsdefizite stellen dabei jedoch eine häufige Fehlerquelle dar. Die fehlende Abstimmung über Einsatzziele, mangelnde Nachbesprechungen oder eine unzureichende Fehlerkultur erschweren die Reflexion und Verbesserung der Zusammenarbeit im Team. Zudem bleibt Kritik häufig unausgesprochen, da ein offener Austausch nicht immer erwünscht ist.

Trotz der komplexen Anforderungen fehlt es vielerorts an systematischer Unterstützung, etwa in Form von Supervision, Kommunikationstrainings oder strukturierten Nachbesprechungen. Insbesondere in

Hochrisikoumwelten wie dem Rettungsdienst sind jedoch genau diese Instrumente entscheidend, um psychische Gesundheit, Teamfähigkeit und langfristige Einsatzfähigkeit sicherzustellen.

2.9 Balint-Gruppen

Die nachfolgenden Kapitel über Balint-Gruppen können nicht nur Hintergründe über Balint-Gruppen, sondern auch über die theoretische Fundierung im Sinne der Psychoanalyse bzw. der Psychodynamik entnommen werden.

2.9.1 Psychoanalyse und Psychodynamik

Laut Sigmund Freud kann die Psychoanalyse als ‚Lehre des Unbewussten' charakterisiert werden (Freud, 1916–1917). In seiner frühen Hauptschrift ‚Die Traumdeutung' (1900) gliedert Sigmund Freud den psychischen Apparat erstmals in drei ‚Systeme' – das Bewusste, das Vorbewusste und das Unbewusste. Diese Einteilung – später als erstes topographisches Modell bezeichnet – ordnet psychische Inhalte nach ihrem jeweils möglichen Grad der Bewusstseinszugänglichkeit und schafft damit eine räumlich-deskriptive Karte innerseelischer Prozesse (Freud, 1900).

Rund zwei Jahrzehnte später erweitert Freud seine Theorie um ein ausdrückliches dynamisches, funktionelles Raster. In das ‚Ich' und das ‚Es' (1923) unterscheidet er die Instanzen ‚Es', ‚Ich' und das ‚Über-Ich'. Das ‚Es' versammelt triebhafte Wünsche und folgt dem Lustprinzip; das ‚Ich' vermittelt zwischen Triebdruck, moralischen Forderungen und der äußeren Realität; das ‚Über-Ich' internalisiert kulturelle Normen und wirkt als kritische, zum Teil unbewusste Instanz (Freud, 1923).

Freud versteht dieses Strukturmodell nicht als Ablösung, sondern als Überlagerungen des ersten Schemas: Während das topographische Modell Bewusstseinsqualitäten beschreibt, modelliert das Strukturmodell die konfliktdynamische Organisation der Person. Beide Perspektiven sind – so Freuds ausdrückliche Selbsteinschätzung – komplementär und bleiben in der klinischen Argumentation unverzichtbar (Laplanche & Pontalis, 1973).

Wesentliche Methoden der Psychoanalyse sind die Übertragung und die Gegenübertragung (Barwinski, 2010). Das menschliche Erleben

lässt sich als Gesamtmenge aller bisherigen Erfahrungen charakterisieren. Dies umfasst sowohl das innere Erleben des Individuums als auch die Erfahrungen in der Wechselwirkung mit seiner Umgebung (Barwinski, 2010). Alle vergangenen Erfahrungen einer Person fließen während der Therapiesitzungen in die dyadische Beziehung zur Therapeutin / zum Therapeuten ein und werden auf den diese / diesen projiziert (Damasio, 2011). Die Übertragung ist ein gewöhnliches und alle Menschen betreffendes Phänomen. Im Verlauf der Entwicklung wurden Konfliktlösungen und Bewältigungsstrategien erlernt bzw. sind Interaktionsschemata die Grundlage für die Art und Weise, wie eine Person ihrer sozialen Umgebung begegnet. Dabei können ungünstige Interaktionsmuster zu negativen Rückmeldungen und einer schlechten Wahrnehmung der Umwelt führen, was soziale Beziehungen gefährden kann und im schlimmsten Fall zu Beziehungsabbrüchen führt. Das therapeutische Setting lässt sich somit ebenfalls als Neuinterpretation von Erinnerungen unter veränderten äußeren Bedingungen beschreiben (Barwinski, 2010). Der Übertragungsprozess kann daher als zunächst unbewusster Vorgang beschrieben werden, der im Sinne eines Wiederholungszwangs nicht unterbrochen werden kann (Barwinski, 2010).

In Bezug auf die Qualität der Übertragung kann zwischen positiver Übertragung, die ‚positive' Beziehungsaspekte wie Liebe, Vertrauen, Zärtlichkeit usw. umfasst, und negativer Übertragung mit überwiegend ‚negativen' Beziehungsaspekten wie z. B. Hass, mangelndes Vertrauen oder Abneigung unterschieden werden (Thomä & Kächele, 2006). Die Idee der Gegenübertragung wurde von Freud erstmals 1909 in einem Brief an seinen Kollegen C. G. Jung angesprochen (Benetka, 2017). Da Freud an der neutralen Rolle der Analytikerin / des Analytikers zunächst festhielt, hatte die Analytikerin / der Analytiker die Aufgabe, Gegenübertragungsprozesse zu vermeiden (Benetka, 2017). Die sogenannten ‚Eigenübertragungen', die die Reaktionen der Analytikerin / des Analytikers auf die Übertragungen der Patientin / des Patienten betreffen, werden auch heute gelegentlich noch als ‚unangemessene' Triebwünsche und Ängste der Analytikerin / des Analytikers interpretiert, die durch Eigenanalyse oder Supervision bewältigt werden müssen (Thomä & Kächele, 2006). Es gibt verschiedene Arten von Gegenübertragungen, nämlich komplementäre und konkordante, die bei der Therapeutin / dem Therapeuten unterschieden werden. Während komplementäre Gegenübertragungen etwa die Größenphantasien der

Therapeutin / des Therapeuten als Antwort auf die Unterlegenheitsgefühle der Patientin / des Patienten darstellen (konträre Reaktionen), beschreiben konkordante Gegenübertragungen parallele Reaktionen der Therapeutin / des Therapeuten, wie etwa Wutgefühle als Reaktion auf die aggressiven Empfindungen der Patientin / des Patienten (Thomä & Kächele, 2006).

Das Ziel von Therapeutinnen / Therapeuten, die psychoanalytisch arbeiten, ist es, einen Regressionsprozess in Gang zu setzen oder eine Regressionsübertragungsneurose hervorzurufen, die anschließend durch interpretative Therapietechniken analysiert wird. Durch die ungehinderte Assoziation werden die typischen Denk- und Beziehungsmuster der Patientinnen / Patienten während der Therapiestunde deutlich. Durch das gezielte Erkennen früher verzerrter Denk- und Beziehungsmuster erfolgt eine schrittweise Auflösung der konfliktverursachenden Symptome, was zu mehr oder weniger klaren Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur der Patientinnen und Patienten führt (Wöller & Kruse, 2018).

Das psychodynamische Modell ist ein Störungsmodell, das die inneren psychischen Prozesse ebenfalls im Spannungsfeld zwischen den drei von Sigmund Freud postulierten Instanzen in den Fokus rückt. Demnach beruht auch das psychodynamische Modell auf Sigmund Freuds Psychoanalyse (Wöller & Kruse, 2018). Zu den psychodynamischen Therapieansätzen gehören die Psychoanalyse sowie die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Durch jede dieser Therapien lassen sich Symptome im Sinne der ‚Psychodynamik' besser nachvollziehen, welche darauf abzielt, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer gegenwärtigen und früheren zwischenmenschlichen Beziehungen besser verstehen zu können (Wöller & Kruse, 2018).

Die Balint-Methode nutzt insbesondere das freie Assoziieren, welches Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung von Emotionen fördert und im therapeutischen Bereich von psychischen Störungen im Sinne einer psychoanalytischen interaktionellen Psychotherapie effektiv zur Behandlung von psychischen Störungen zu Anwendung kommt (Streeck, 2024).

2.9.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie und der Balintgruppen

Die Frage, warum Psychotherapie wirkt, beschäftigt Psychologinnen / Psychologen und Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten seit den Anfängen der Psychotherapieforschung. Klaus Grawe (2004) formulierte in seinem Werk ‚Psychologische Therapie ein integratives Modell' zentraler Wirkfaktoren, die sich nicht auf spezifische Schulen oder Methoden beschränken, sondern allgemeine, empirisch belegbare Prozesse beschreiben, die den Erfolg von Psychotherapie erklären. Das Modell basiert auf einer umfassenden Metaanalyse von über 900 Studien und ist in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung weit anerkannt. Grawe (2004) identifizierte fünf zentrale Wirkfaktoren, die psychotherapeutische Veränderungen und damit eine Symptomreduktion bei Patientinnen / Patienten begünstigen:

Ressourcenaktivierung

Ressourcenaktivierung bedeutet, dass in der Therapie vorhandene positive Fähigkeiten, Erfahrungen und Stärken der Patientin / des Patienten gezielt genutzt werden. Die therapeutische Arbeit wird effektiver, wenn sie die individuellen Potenziale der Patientinnen / Patienten aufgreift und ausschöpft (Grawe, 2004). Dabei spielt auch die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Aktivierung positiver emotionaler Erfahrungen eine Rolle.

Problemaktualisierung

Ein weiterer zentraler Wirkfaktor ist die direkte Konfrontation mit dem Problemverhalten bzw. den problematischen Erlebensweisen in der therapeutischen Situation. Dadurch werden maladaptive Schemata aktiviert, damit diese einer Veränderung zugänglich gemacht werden können (Grawe, 2004). Ziel der Problemaktualisierung ist es, diese Schemata im Hier-und-Jetzt erlebbar und damit im psychotherapeutischen Prozess bearbeitbar zu machen.

Motivationale Klärung

Dieser Wirkfaktor beschreibt das Ziel, den Patientinnen / Patienten ein tieferes Verständnis ihrer eigenen Bedürfnisse, Motive und innerpsychischen Konflikte zu ermöglichen. Die therapeutische Beziehung dient

dabei als Raum zur Exploration von Zielen, Werten und motivationalen Hintergründen des problematischen Verhaltens (Grawe, 1998). Eine gelungene Klärung kann zur Integration widersprüchlicher Anteile und zur Neuorientierung bei den Patientinnen / Patienten führen.

Therapiebezogene Problembewältigung

Bei diesem Wirkfaktor handelt es sich um die Entwicklung neuer Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster, die in der Therapie gemeinsam mit den Patientinnen / Patienten erarbeitet und eingeübt werden. Dieser Wirkfaktor bezieht sich auf die konkrete Bewältigungskompetenz in Bezug auf die spezifischen psychischen Probleme (Grawe, 2004).

Therapeutische Beziehung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung bildet einen übergreifenden Wirkfaktor, der alle anderen Prozesse beeinflusst. Sie ist geprägt durch Empathie, Wertschätzung, Authentizität und Vertrauen (Rogers, 1957). Grawe (2004) betont, dass die therapeutische Allianz die Basis für die Wirksamkeit der übrigen Wirkfaktoren darstellt.

Integration der Wirkfaktoren

Grawe (2004) plädiert für eine integrative Sichtweise, bei der Therapeutinnen / Therapeuten nicht ausschließlich einer bestimmten Schule folgen, sondern sich interventionsübergreifend an den empirisch belegten Wirkfaktoren orientieren. Dies wird auch durch die sogenannte Allgemeine Psychotherapie unterstützt, die die verschiedenen therapeutischen Schulen auf einer gemeinsamen wissenschaftlichen Grundlage vereint (Grawe, 1998).

Empirische Studien bestätigen die Relevanz dieser Wirkfaktoren. So zeigen z. B. Wampold und Imel (2015), dass die von Grawe (2004) als allgemeine Wirkfaktoren bezeichneten Aspekte, wie sie bei Grawe beschrieben sind, einen größeren Anteil an der Wirksamkeit von Psychotherapie haben als spezifische Techniken einzelner Therapierichtungen.

Die Wirkfaktoren der Balint-Arbeit unterscheiden sich in einigen Punkten von den Wirkfaktoren der Psychotherapie. Sie ähneln sich

jedoch auch in einigen Punkten. Die wichtigsten Wirkfaktoren der Balint-Gruppe werden im Folgenden vorgestellt:

Reflexion der Ärztinnen / Arzt-Patientinnen / Patienten-Beziehung

Zentral im Kontext der Balint-Arbeit ist die bewusste Auseinandersetzung mit Beziehungsmustern, Projektionen und Gegenübertragungen. Ärztinnen / Ärzte erkennen unbewusste Dynamiken, die das Verhalten ihrer Patientinnen / Patienten (und schließlich auch ihr eigenes durch die Gegenübertragung) beeinflussen. Dies fördert ein tieferes Verständnis für schwierige Interaktionen und psychosomatische Beschwerden von Patientinnen / Patienten (Balint, 1969).

Kollektive Perspektiverweiterung

Die Gruppenstruktur innerhalb der Balintgruppen ermöglicht es, dass viele Perspektiven auf eine Patientengeschichte zusammenkommen. Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer bieten alternative Deutungen an, was kognitive und emotionale Reframing-Prozesse anstößt und ermöglicht. Das kann bei den teilnehmenden Ärztinnen / Ärzten zu einer veränderten Haltung gegenüber der Patientin / dem Patienten und zu neuen Handlungsmöglichkeiten führen (Fischer, 2006).

Emotionales Verstehen und Empathie

Balintgruppen fördern die Empathiefähigkeit, indem sie Raum für emotionalen Ausdruck und Resonanz bieten. Die Gruppe hilft der Person, die ihren Fall vorstellt, Zugang zu eigenen Gefühlen zu finden, die durch ihre Patientinnen / Patienten ausgelöst wurden, und hilft dabei diese zu verstehen, ohne sie abwehren zu müssen.

Entlastung und Psychohygiene

Die Balint-Arbeit bietet Supervision, die die Teilnehmerinnen / Teilnehmer emotional entlastet. Ärztinnen / Ärzte erleben, dass sie mit belastenden Situationen nicht allein sind. Dies soll der Entstehung eines Burnout-Syndroms vorbeugen und die berufliche Resilienz stärken (Heller, 2012).

Gruppendynamische Prozesse

Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung und das Erleben einer professionellen und zugewandten Gemeinschaft stärken das Lernen. Die Balint-Gruppe wird selbst zum Wirkfaktor, etwa durch Identifikation, Spiegelung oder Unterstützung für ihre Teilnehmerinnen / Teilnehmer (Balint et al., 1969).

2.9.3 Historie der Balint-Methode

Michael Balint studierte ab dem Jahr 1914 Medizin in Budapest, wobei er bereits seinen Vater, der ebenfalls praktischer Arzt war, bei Hausbesuchen begleitete. Dort erhielt er häufig die Möglichkeit, die Beziehung zwischen den Patientinnen / Patienten und seinem Vater als Arzt zu beobachten (Dankwart & Otten, 2020). Balint kehrte in den 1920er Jahren nach Berlin zurück und absolvierte dort eine psychoanalytische Ausbildung bei Hans Sachs, die er nach der Rückkehr nach Budapest bei Sandor Ferenczi abschloss. Im Anschluss fasste er den Entschluss, den Einfluss der Person des Arztes auf die Genesung der Patientin / des Patienten zu erforschen (Dankwart & Otten, 2020).

Balint war der Meinung, dass die Beobachtung einer anderen Person, das Verhalten von Ärztinnen / Ärzten, aber auch der Patientinnen / Patienten beeinflusst, sodass er praktische Ärztinnen / Ärzte einlud, um über ihre Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten zu berichten. Während der Gruppenarbeit nutzte er das freie Assoziieren aus der Psychoanalyse sowie Bilder und eigene Ideen, um die Emotionen der Ärztinnen / Ärzte erfassen zu können.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist die Balint-Arbeit Teil der Facharztausbildung in Deutschland. Die Internationale Balint-Föderation (IBF) wurde im Jahr 1975 gegründet und zum aktuellen Zeitpunkt sind 22 Balint-Gesellschaften Mitglied im IBF (Dankwart & Otten, 2020).

2.9.4 Die Methode der Balint-Arbeit

Balint verfolgte mit seiner Arbeit einerseits das Ziel, Ärztinnen / Ärzten ein ganzheitliches Bild von Medizin zu vermitteln. Andererseits sollten Ärztinnen und Ärzte seiner Meinung nach ihre eigene Person stärker in den Genesungsprozess von Patientinnen und Patienten einbringen (Dankwart & Otten, 2020). In der Regel bringen Ärztinnen / Ärzte,

Therapeutinnen / Therapeuten und anderes Gesundheitsfachpersonal persönliche Patientinnen / Patienten-Fälle in die Balint-Gruppen mit. Dabei geht es in der Fallbesprechung weniger um korrekte Diagnosen oder Behandlungen, sondern vielmehr um eine Beziehungsdiagnostik. Während des Berichts über den Fall entstehen bei den Teilnehmerinnen / Teilnehmern Bilder, Emotionen und Stimmungen, die mit den anderen Teilnehmerinnen / Teilnehmern geteilt werden (Dankwart & Otten, 2020).

Im Jahr 1990 erfolgte eine Beschreibung der notwendigen Standards der gruppendynamischen Supervision nach Balint. Demnach konzentriert sich die Supervision (1) auf die Person, die die Supervision erfährt, (2) die Gruppe, in der eine Supervision durchgeführt wurde, und (3) das soziale System, in dem die Supervision durchgeführt wird (Dankwart & Otten, 2020). Im vorliegenden Fall handelt es sich dabei um die Fortbildung für Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter.

Innerhalb der Facharztausbildung für Ärztinnen / Ärzte in einigen Fachgebieten der Medizin verfolgt die Balint-Arbeit laut dem Curriculum der Bundesärztekammer zur Psychosomatischen Grundversorgung die folgenden Ziele: (1) Förderung der Fähigkeit zur Introspektion bei Ärztinnen / Ärzten, (2) das Erkennen der Bedeutung der Beziehungsarbeit für die Patientinnen / Patienten, (3) das Erlernen von Fähigkeiten zur sozialen Interaktion innerhalb von Beziehungen und die (4) Beobachtung und Wahrnehmung von Interaktionen zwischen Ärztinnen / Ärzten und Patientinnen / Patienten (Dankwart & Otten, 2020). Obliers et al. (1996) konnten darstellen, dass Ärztinnen / Ärzte, die ein Jahr regelmäßig an einer Balint-Gruppe teilgenommen hatten, sich in der Kommunikation mit ihren Patientinnen / Patienten verändert hatten. So räumten sie ihren Patientinnen / Patienten mehr Zeit ein, um ihre Probleme zu schildern, sie hörten besser und empathischer zu und stellten mehr offene Fragen. Im Resultat konnten die Ärztinnen / Ärzte das Wissen über die Patientinnen / Patienten durch ihre offenere Kommunikation erfolgreich in der Diagnostik anwenden (Obliers et al., 1996).

Für Gruppenleiterinnen / Gruppenleiter von Balint-Gruppen ergeben sich laut Dankwart und Otten (2020) die folgenden Aufgaben:

- Verstehen, wie seelische, soziale und familiäre Faktoren im Krankheitsverlauf innerhalb der Gruppendynamik wirken

- Widerspiegelung zwischenmenschlicher Konflikte und Beziehungsmuster durch die Fallbesprechungen in der Balintgruppe
- Einordnen der Erkrankung im Zusammenhang mit der gesamten Lebenssituation der Patientin / des Patienten
- Nachvollziehen der Erlebenswelt der Patientin / des Patienten sowie bewusstes Erkennen und Besprechen der emotionalen Reaktionen innerhalb der Gruppe, einschließlich der Leitung (Dankwart & Otten, 2020).

Die Teilnahme an Balintgruppen ermöglicht es damit den Teilnehmerinnen / Teilnehmern, einen Einblick in das unbewusste, eigene Verhalten zu erlangen, was die Selbsterkenntnis fördert und eine Veränderung des Verhaltens zur Folge haben kann (Stelcer, 2011).

Zusammenfassung von Psychotherapie und der Balint-Methode

Balint-Gruppen basieren auf der psychoanalytischen und psychodynamischen Theorie, insbesondere auf Freuds Konzept des Unbewussten sowie seinem Strukturmodell (Es, Ich, Über-Ich). Zentrale Begriffe wie Übertragung und Gegenübertragung spielen eine entscheidende Rolle. So werden Erfahrungen und Beziehungsmuster aus der Vergangenheit in neue und aktuelle Interaktionen eingebracht, was in therapeutischen Prozessen reflektiert und bearbeitet werden kann. Die Balint-Arbeit nutzt diese Dynamiken gezielt, um die Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patientinnen / Patienten zu verstehen und zu verbessern.

Psychodynamische Therapieformen und die Balint-Methode zielen darauf ab, unbewusste Prozesse in der Beziehungsgestaltung sichtbar zu machen. In den Gruppen können Teilnehmerinnen / Teilnehmer emotionale Reaktionen und Konflikte reflektieren, was sowohl der Selbsterkenntnis als auch der beruflichen Weiterentwicklung dienen kann.

Zudem orientieren sich Balint-Gruppen an den allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren der Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationaler Klärung, Problembewältigung und der Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese Faktoren finden auch in Balint-Gruppen Anwendung, insbesondere durch das gemeinsame Nachdenken über komplexe Beziehungen zu Patientinnen / Patienten.

Gruppenleiterinnen / Gruppenleiter von Balint-Gruppen haben die Aufgabe, gruppendynamische Prozesse zu begleiten, Konflikte sichtbar zu machen und die Reflexion zu fördern. Die Teilnahme an Balint-Gruppen kann langfristig die Kommunikationsfähigkeit, Empathie und Selbstreflexion stärken, welche insbesondere für die Arbeit in medizinischen Berufen eine hohe Bedeutung haben. Die Methode bietet damit nicht nur einen Zugang zu tieferem Verständnis zwischenmenschlicher Prozesse, sondern leistet auch einen Beitrag zur emotionalen Gesundheit und professionellen Identitätsentwicklung.

2.9.5 Aktueller Forschungsstand

Koerfer et al. (1996) erforschten die Veränderungen des ärztlichen Gesprächsverhaltens nach der Teilnahme an Balint-Gruppen. So konnte nach einem Jahr Teilnahme an der Balint-Gruppe festgestellt werden, dass Ärztinnen / Ärzte in Erstgesprächen mit ihren Patientinnen / Patienten 27% Wortanteil hatten (vorher: 43%). Zudem unterbrachen Ärztinnen / Ärzte ihre Patientinnen / Patienten weniger häufig und ließen ihnen mehr Zeit für die Ausführungen ihrer Beschwerden bzw. Anliegen. Zudem stellten die Ärztinnen / Ärzte weniger Suggestivfragen und zeigten eine bessere Perspektivübernahme für die Anliegen und die Patientinnen / Patienten. Zudem konzentrierten sich die Ärztinnen / Ärzte nicht weniger auf die körperlichen Aspekte der Beschwerden, aber sie bezogen psychologische und soziale Faktoren / Fragen in ihre Unterhaltungen mit ein. Schließlich zeigte sich eine effektivere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen / Ärzten und Patientinnen / Patienten.

Im Rahmen einer Metaanalyse von Gong et al. (2024), in die 11 Studien eingingen, innerhalb derer die Effektivität einer Balint-Gruppe zur Verbesserung der Empathie im Patientenkontakt erforscht wurde, zeigte, dass Balint-Gruppen für Gesundheitspersonal effektiv in der Verbesserung des Patientenkontakts waren. Eine Studie von Mao et al. (2024) erforschte nicht nur die Effektivität der Verbesserung der Empathiefähigkeit von Gesundheitspersonal durch Balint-Gruppen, sondern erforschte zusätzlich auch die Wirkung der Intervention auf das Wohlbefinden von Gesundheitsfachkräften. Die Interventionsgruppe nahm dreimal für jeweils 60 Minuten an einer Balint-Gruppe teil, während die Probandinnen / Probanden der Kontrollgruppe keine Intervention erhielten. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich die Empathiefähigkeit im

Patientenkontakt bei den Teilnehmerinnen / Teilnehmern der Interventionsgruppe verbessert hatte. Zudem waren die Werte der Depression und Angst sowie die Ausprägung von Stress gesunken in der Interventionsgruppe (nicht aber in der Kontrollgruppe).

Im Rahmen einer qualitativen Studie von Ryding et al. (2021) wurden Gruppenleiterinnen / Gruppenleiter darum gebeten, Ärztinnen / Ärzte aus ihren Balint-Gruppen als Expertinnen / Experten befragen zu können. Es konnten 20 Ärztinnen / Ärzte dafür gewonnen werden, über ihre Erfahrungen mit Balint-Gruppen im Rahmen eines 90-minütigen Interviews zu berichten. Die Auswertung der Interviews zeigte, dass die meisten teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte durch den Ausdruck ihrer Emotionen bei der Fallbeschreibung eine Verringerung ihrer Ängste erzielen konnten.

Stellte eine andere Ärztin / ein anderer Arzt einen Fall vor, dann erinnerte dies die meisten an eigene Erfahrungen, sodass sie ihre Gedanken und Emotionen in ähnlichen Situationen erkennen konnten und sich selbst mit der gleichen Thematik einbringen konnten. Die befragten Ärztinnen / Ärzte berichteten, dass sie auch negative Gefühle über ihre Patientinnen / Patienten ausdrücken konnten (beispielsweise Ärger über die Patientin / den Patienten), was dazu führte, dass sie einer erneuten Begegnung mit den Patientinnen / Patienten gelassener entgegensehen konnten (Ryding et al., 2021). Alle teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte berichteten über Erleichterung und eine Steigerung des Wohlbefindens durch die Teilnahme an Balint-Gruppen.

Einige Ärztinnen / Ärzte erwarben bzw. verbesserten durch die Teilnahme an Balint-Gruppen die Fähigkeit, ihre eigenen emotionalen Reaktionen zu reflektieren, was dazu führte, dass sie das Verhalten der Patientinnen / Patienten besser verstehen konnten und mehr Toleranz und Akzeptanz gegenüber ihren Patientinnen / Patienten entwickeln konnten. Fast alle Teilnehmerinnen / Teilnehmer berichteten, dass sie ein größeres Bewusstsein dafür entwickelten, dass Menschen Situationen ganz unterschiedlich erleben und damit auch unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen. In der Folge erlangten die Ärztinnen / Ärzte mehr Sicherheit in ihrem Verhalten und in Bezug auf ihre Kompetenzen. Als Gründe für diese Entwicklungen benannten die befragten Ärztinnen / Ärzte, dass sie mehr mentale Energie für die allgemeine Behandlung ihrer Patientinnen / Patienten hatten. Die Unsicherheiten, die vor der Teilnahme an den Balint-Gruppen bestanden, hatten viel Ener-

gie absorbiert, die nun effektiver und für die Patientinnen / Patienten genutzt werden konnte (Ryding et al., 2021).

Insgesamt gaben die teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte an, dass sie durch die Teilnahme an den Balint-Gruppen zu jener Ärztin / jenem Arzt geworden waren, der sie sein wollten und sich hierdurch mehr stolz für ihren Berufsstand entwickelt hat. Zudem überlegten die Teilnehmerinnen / Teilnehmer, wie sie ihre Vorgesetzten von der Implementierung einer Balint-Gruppe in der Einrichtung, in der sie beschäftigt waren, überzeugen könnten (Ryding et al., 2021).

Hinsichtlich der Gruppe berichteten die teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte, dass der strukturierte Rahmen der Balint-Gruppen zunächst irritierend gewesen sei, dieser Rahmen aber den Schutz geboten habe, um die eigenen Emotionen auszudrücken (Ryding et al., 2021).

Im Rahmen einer Studie von Kannai et al. (2024), nahmen 142 Gesundheitsfachkräfte an Balint-Gruppen zur Besprechung von Fällen über Patientinnen / Patienten teil. Hinsichtlich der Burnout-Prävention zeigte sich, dass die Teilnahme an Balint-Gruppen zu einer Reduktion von Burnout-Symptomen, einer zunehmenden Empathie und einer Verbesserung der Beziehungen zu Kolleginnen / Kollegen und Patientinnen / Patienten führte. Kannai et al. (2024) kamen zu dem Schluss, dass Balint-Gruppen routinemäßig und regelmäßig stattfinden sollten, um das Risiko für die Entstehung eines Burnout-Syndroms bei Gesundheitsfachkräften zu verringern. Stelcer (2011) erforschte Balint-Gruppen für Hospiz-Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter, wobei Gesundheitsfachkräfte, die in Hospizen tätig sind, mit besonders viel negativen Emotionen konfrontiert sind. In der Regel sind Hospiz-Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter zudem in regem Austausch mit Angehörigen, sodass die Arbeit nicht nur Beziehungsarbeit mit den Patientinnen / Patienten umfasst, sondern auch Beziehungsarbeit mit den Angehörigen. Die Teilnahme an den Balint-Gruppen führte bei den teilnehmenden Hospizmitarbeiterinnen / Hospizmitarbeitern zu einer Verbesserung der Beziehung zu den Patientinnen / Patienten aber auch zu den Angehörigen.

Auch in der Lehre wurden Balint-Gruppen erfolgreich implementiert. So erforschten Torppa et al. (2008) die Effektivität von Balint-Gruppen an Studentinnen / Studenten der Medizin. Von den Studentinnen / Studenten wurden fünf Auslöser für die Vorstellung eines Falls erwähnt: (1) Zeugin / Zeuge von Ungerechtigkeit geworden zu sein, (2) Wertekonflikte, (3) schwierige zwischenmenschliche Beziehungen,

(4) unheilbare Erkrankung einer Patientin / eines Patienten und (5) Rollenkonflikte. Zudem stammten die Fallerzählungen aus den folgenden Kontexten: (1) Begegnungen mit Patientinnen / Patienten, (2) verwirrende Erfahrungen in der medizinischen Ausbildung und (3) Spannungen zwischen Beruf und Privatleben. Weiterhin wurden die folgenden vier Hauptdiskussionspunkte durch die Datenanalyse identifiziert: (1) Emotionen in Bezug auf Patientinnen / Patienten, (2) Aufbau der eigenen beruflichen Identität, (3) negative Rollenmodelle und (4) Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachkräften. Insgesamt kamen Torppa et al. (2008) zu dem Schluss, dass Balint-Gruppen in der medizinischen Ausbildung von Ärztinnen / Ärzten dabei helfen können, dass es den zukünftigen Ärztinnen / Ärzten leichter fällt, eine berufliche Identität zu entwickeln.

Eine Studie erforschte mögliche Problemfelder in Balint-Gruppen aus der Perspektive der Gruppenleiterinnen / Gruppenleiter. Insgesamt wurden acht Gruppenleiterinnen / Gruppenleiter aus fünf Ländern in die Studie einbezogen. Im Ergebnis zeigte sich, dass professionell angeleitete Balintgruppen eine effektive und sensitive Form der begleitenden Ausbildung von Ärztinnen / Ärzten sind. Jedoch müssen die folgenden Voraussetzungen dafür gegeben sein: (1) Die Teilnahme der Gruppenmitglieder erfordert psychische Stabilität und eine gewisse Aufgeschlossenheit für das Verfahren. Zudem wurde angemerkt, dass Balintgruppen Unterstützung von entsprechenden Gesundheitseinrichtungen benötigen, um dauerhaft existieren zu können (Kjeldmand & Holmström, 2010).

Auch Ros et al. (2022) erforschten die Effektivität von Balint-Gruppen in der Ausbildung von Gesundheitspersonal für Psychiatrien. Die Probandinnen / Probanden nahmen ein Jahr lang in regelmäßigen Abständen an Balintgruppen teil. Hierbei zeigte das Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse, dass alle Probandinnen / Probanden der Meinung waren, dass ihnen die Teilnahme an den Gruppen dabei geholfen hat, Interaktionen zwischen sich selbst und Patientinnen / Patienten und Kolleginnen / Kollegen besser reflektieren zu können. Zudem gaben die Probandinnen / Probanden an, dass sie ihre Fähigkeit verbessert hatten, sich in die Denk- und Gefühlswelt anderer Menschen einfühlen zu können. 94% der Teilnehmerinnen / Teilnehmer gaben an, dass die Teilnahme ihnen Spaß gemacht hatte und sie erneut teilnehmen würden, wenn die Balint-Gruppen weitergeführt werden. 72% der Teil-

nehmerinnen / Teilnehmer bewerteten ihre Gesamterfahrung mit den Balint-Gruppen als ‚ausgezeichnet‘, 17% als ‚gut‘ und 11% als ‚mittelmäßig‘ (Ros et al., 2022).

3 Methodik

Das nun folgende Kapitel beinhaltet Informationen über das methodische Vorgehen bei der Datensammlung und der Datenanalyse. Zudem werden das Studiendesign mit der Erstellung der entsprechenden Interviewleitfäden und die Auswertungsmethode vorgestellt. Das Kapitel beginnt mit der Beschreibung der Fragestellungen und Hypothesen.

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, psychische Belastungen, emotionale Ressourcen sowie den Bedarf an professioneller Unterstützung im Berufsalltag von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern zu erfassen und vertiefend zu analysieren. Im Fokus steht dabei insbesondere die Rolle kommunikativer Prozesse, die emotionale Dimension beruflicher Belastung sowie die Bedeutung von Reflexionsangeboten, speziell in Form von Balint-Gruppen. Hierbei wird das Ziel verfolgt, hierdurch die Entwicklung professioneller Resilienz und Identität zu unterstützen. Aufbauend auf theoretischen Modellen aus der Stress-, Resilienz- und Kommunikationsforschung wurden vier zentrale Fragestellungen und zugehörige Hypothesen formuliert, die im Rahmen dieser empirischen Untersuchung geprüft werden. Diese sollen dabei helfen, individuelle, strukturelle und organisationale Einflussfaktoren sichtbar zu machen, die im Alltag des Rettungsdienstes relevant sind:

FF1 Inwieweit beschreiben Notfallsanitäterinnen /Notfallsanitäter Probleme in der Kommunikation im Rettungsdienst?

H1 Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter führen viele Schwierigkeiten im Beruf auf die Kommunikation zurück und / oder wünschen sich mehr Supervision hinsichtlich der Kommunikation.

FF2 Besteht Unterstützungsbedarf und welche Art von Unterstützungsbedarf beschreiben Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter?

H2 Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter wünschen sich mehr emotionale Unterstützung im Beruf.

FF3 Welche Faktoren fördern laut Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern die Resilienz im Beruf?

H3 Kommunikation wird von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern als die Resilienz förderlich beschrieben.

FF4 Wie bewerten Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter Balint-Gruppen als Interventionsmethode zur Lösung innerbetrieblicher Konflikte und Probleme?

H4 Balint-Gruppen werden von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern als geeignete Interventionsmethode zur Lösung von Konflikten und Problemen bewertet.

3.2 Auswahl des Forschungsdesigns

Am Anfang jeder wissenschaftlichen Untersuchung steht die grundlegende Entscheidung für ein bestimmtes Forschungsdesign. Dabei kann zwischen quantitativen, qualitativen oder kombinierten Ansätzen (Mixed Methods) gewählt werden. Diese Entscheidung hängt oft davon ab, wie umfangreich die bisherige Forschung zu einem Thema ist. Außerdem spielt es eine Rolle, ob das Ziel eher in einer tiefgehenden und flexiblen Analyse eines Phänomens liegt oder darin, möglichst allgemeingültige Aussagen über eine breite Bevölkerungsgruppe zu treffen (Stein, 2014).

Im hier vorliegenden Fall handelt es sich um einen Mixed-Methods-Ansatz, in dem qualitative mit quantitativen Forschungsmethoden kombiniert wurden. Dabei handelte es sich zunächst um qualitative Forschung im Sinne von Interviews mit Expertinnen / Experten, wobei die Expertinnen / Experten im vorliegenden Fall die Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter waren. Zunächst soll begründet werden, wodurch Interviews mit Expertinnen / Experten gekennzeichnet sind und warum die Entscheidung auf diese Methodik fiel.

3.3 Qualitative Erhebung

> „Ein psychologisches Interview ist ein Gespräch zwischen einem oder mehreren Interviewern auf der einen und einem

> oder mehreren Interviewten auf der anderen Seite, das nach impliziten und expliziten Regeln abläuft und dazu dient, Informationen zur Beschreibung, Erklärung oder Vorhersage individuellen Verhaltens oder der Beziehung zwischen Personen zu erheben oder Informationen zu den Bedingungen zu gewinnen, die individuelles Verhalten oder die Beziehung zwischen Personen ändern oder aufrecht halten.“ (Westhoff, 2000, S. 18)

Im Gegensatz zu gewöhnlichen Unterhaltungen wird das Forschungsinterview in der Regeldurchgeführt, um den Zielen der Forscherinnen / Forscher zu entsprechen, die über ein normales Gespräch hinausgehen (z.B. um Erkenntnisse über ein bestimmtes Thema zu gewinnen) (Given, 2008). Das qualitative Forschungsinterview hat sich in den Sozialwissenschaften zu einer der am häufigsten genutzten wissensgenerierenden Methoden entwickelt (Given, 2008). Es existieren zahlreiche unterschiedliche Arten von Interviews. Interviews können sowohl formal in Umfragen, online, telefonisch aber auch persönlich und informell durchgeführt werden (Given, 2008). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Interviews persönlich durchgeführt.

Es existieren eine Vielzahl von Interviewmethoden, von vollkommen unstrukturierten, bei denen die Probandinnen / Probanden ungehindert über alle sprechen können, was ihnen beliebt, bis zu den stark strukturierten Interviews, bei denen die Antworten der Probandinnen / Probanden sich auf die Beantwortung der spezifischen Fragen beschränken.

Das hier vorliegende Thema der Untersuchung strebt insgesamt einen eher tiefergehenden Erkenntnisgewinn an. Aus diesem Grund wurden zunächst halbstrukturierte Interviews mit Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern durchgeführt.

Das semistrukturierte Interview wird oft auch als halbstrukturiertes, teilstandardisiertes oder Leitfadeninterview bezeichnet (Bortz & Döring, 2006). Laut Westhoff (2000) gehört das semistrukturierte Interview zu den häufigsten angewandten Interviewmethoden. In einem semistrukturierten Interview kommt normalerweise ein Leitfaden zum Einsatz, der dem Gespräch eine bestimmte Struktur gibt. Ein Charakteristikum des Leitfadeninterviews, das auch als leitfadengestütztes Interview bekannt ist, ist zuerst die Erstellung eines Leitfadens, der sich

an den theoretischen Grundlagen des zu untersuchenden Forschungsgegenstandes orientiert. Der Einsatz eines Leitfadens hat den Vorteil, dass gewährleistet werden kann, dass sämtliche wichtigen Aspekte des gewünschten Themenbereichs abgedeckt werden und der Verlauf des Interviews optimal gesteuert werden kann. So besteht bei semistrukturierten Interviews beispielsweise die Möglichkeit, das Interview im Vorfeld zu üben, um mehr Sicherheit zu erlangen (Bortz & Döring, 2006)

Das Ziel des Leitfaden- oder halbstrukturierten Interviews besteht nach wie vor darin, eine Vielzahl von Informationen zu sammeln. Daher wird auch hier darauf geachtet, offene Fragen zu stellen und der / dem Befragten genügend Zeit zu geben, um diese ausführlich beantworten zu können (Bohnsack et al., 2006). Der Leitfaden fungiert dabei allerdings lediglich als Wegweiser und Stütze für die Person, die das Interview leitet. Die Fragen sollten nach Möglichkeit nicht direkt vom Leitfaden abgelesen werden, da der Schwerpunkt weiterhin auf dem Dialog und den ausführlichen Informationen der / des Befragten liegt. Es ist auch nicht unbedingt erforderlich, eine festgelegte Reihenfolge der Fragen beizubehalten (Bortz & Döring, 2006).

Das Interview mit Expertinnen / Experten wird dann als Forschungsmethode gewählt, wenn die Sichtweise von Fachpersonen zu spezifischen Themen erhoben werden soll bzw. wenn Informationen über ein spezifisches Themenfeld gesammelt werden sollen.

Semistrukturierte Interviews besitzen eine Struktur, die zwischen den unstrukturierten und den strukturierten Interviews angesiedelt ist, wodurch sich hier die Nachteile und Vorteile dieser Interviewverfahren vermischen. Bei den semistrukturierten Interviews ist ebenfalls eine gewisse Spontaneität erforderlich, wobei zumindest eine gewisse Expertise unabdingbar ist, da die Vorgaben für die Fragen nur minimal sind. Daher sollte einer Befragung durch ein semistrukturiertes Interview stets ein gezieltes Training vorausgehen. Auch diese Fassung des Interviews beinhaltet ‚soziale Prozesse', was bedeutet, dass durch diese Gegebenheit Einflüsse entstehen, wie zum Beispiel Sympathien zwischen Befragten und der Person, die das Interview führt (Bohnsack et al., 2006). Auch situative Auswirkungen oder Auswirkungen durch die Art und Weise, wie die Fragen gestellt werden, oder durch Änderungen der Reihenfolge von Fragen können nicht vollständig ausgeschlossen werden (Bohnsack et al., 2006). In der Regel bewirkt dies, dass die

Daten nicht ohne Verzerrungen sind. Außerdem lassen sich Einflüsse der ‚sozialen Erwünschtheit' seitens der Befragten hinsichtlich von Antwortverzerrungen, nicht vollständig verhindern (Bortz & Döring, 2006).

Die gesammelten Daten lassen sich bei semi-strukturierten Interviews besser miteinander vergleichen (Meuser & Nagel, 2002), als dies bei unstrukturierten Interviews der Fall ist. dennoch gibt es auch hierbei einen großen Interpretationsspielraum, was als Nachteil dieser Forschungsmethodik angesehen werden muss (Bohnsack et al., 2006). Für die Auswertung von semistrukturierten Interviews existieren verschiedene Transkriptionsmodelle und passende Software, wie etwa MAXQDA. Dennoch bleibt die Analyse von Interviews selbst mit diesen Hilfsmitteln nach wie vor mit erheblichem Aufwand verbunden, und der Spielraum für Interpretationen während der Auswertung ist ebenfalls groß. Dies führt, ähnlich wie beim unstrukturierten Interview, zu Verzerrungen durch die auswertende Person und erlaubt zudem nur eine eingeschränkte (aber bereits bessere) Vergleichbarkeit von Daten.

Daher zählen die semistrukturierten Interviewmethoden, beispielsweise wegen unzureichender Durchführungsobjektivität, zu den Verfahren mit durchschnittlicher wissenschaftlicher Güte (Bortz & Döring, 2006).

3.4 Quantitative Erhebung

Im Gegensatz zu der eher flexiblen Methode in den qualitativen Forschungsansätzen, die besonders für die Hypothesenbildung geeignet sind, ist die Validierung von Hypothesen das Ziel der quantitativen Forschungsmethode (Jonkisz et al., 2012).

Quantitativ ausgerichtete Forschungsarbeiten zielen darauf ab, Kausalzusammenhänge möglichst verallgemeinerbar darzustellen. Dafür werden Stichproben so ausgewählt, dass sie hinsichtlich ihrer Merkmale möglichst repräsentativ für die gesamte Zielpopulation sind (Bortz & Döring, 2006). Auf diese Weise können die ermittelten Kausalbeziehungen auf eine breite Bevölkerung übertragen werden. Zu den Methoden der quantitativen Forschung zählen unter anderem standardisierte Befragungen, quantitative Inhaltsanalysen, systematische Beobachtungen und Experimente (Bortz & Döring, 2006).

Abhängig von der Art der Datenerhebung lässt sich die Befragungsforschung in zwei Hauptformen unterteilen: schriftliche Fragebogenerhebungen – etwa per Post, online oder in Gruppen durchgeführt – sowie Interviewbefragungen, die persönlich, telefonisch oder in Form von Fokusgruppen stattfinden können (Jonkisz et al., 2012). Während Fragebögen von den Studienteilnehmerinnen / Studienteilnehmern selbst schriftlich ausgefüllt werden, erfassen Interviewerinnen / Interviewer bei Interviews die mündlich gegebenen Antworten der Befragten.

Der besonders für die Fachrichtung der Psychologie auf Impulse von Sir Francis Galton zurückreichende Fragebogen ist ein methodisches Instrument der Forschung, das aus mehreren Fragen (Items) besteht und dazu dient, Antworten der Befragten in standardisierter Form zu erfassen (Tücke, 2003). Die Fragen können entweder offen (unstrukturiert) oder geschlossen (strukturiert) gestaltet sein. Es werden unterschiedliche Item Formate unterschieden. So können den Probandinnen / Probanden beispielsweise Einfach- oder Mehrfachantworten zur Verfügung gestellt werden. Auch hinsichtlich der Art der Skalenniveaus kann unterschieden werden, wobei in der Psychologie häufig die sogenannten Likert-Skalen-Formate vorzufinden sind (Döring & Bortz, 2023). Offene Fragen hingegen erlauben es den Befragten, ihre Antworten frei in eigenen Worten zu formulieren, während bei geschlossenen Fragen aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gewählt wird. Die Antworten auf die einzelnen Items eines strukturierten Fragebogens lassen sich zu einer Skala oder einem Index zusammenfassen, der dann statistisch ausgewertet werden kann (Bortz & Döring, 2006).

Die Fragen eines Fragebogens müssen so formuliert sein, dass sie von den Befragten gelesen, verstanden und sinnvoll beantwortet werden können. Daher ist diese Methode für bestimmte Bevölkerungsgruppen – etwa Kinder oder Personen, die nicht lesen und schreiben können – nur eingeschränkt oder gar nicht geeignet (Bortz & Döring, 2006).

Im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Methoden bietet die Umfrageforschung mehrere Vorteile. Sie eignet sich besonders gut zur Erhebung von Informationen, die nicht direkt beobachtbar sind – etwa bestimmte Verhaltensmuster wie Rauch- oder Alkoholkonsum oder persönliche Angaben wie das Bildungsniveau von Probandinnen / Probanden. Außerdem ermöglicht sie unter bestimmten Bedingungen die Datenerhebung über große Bevölkerungsgruppen hinweg, was bei direkter Beobachtung kaum umsetzbar wäre. Viele Menschen

bevorzugen Fragebögen, da sie anonym und ohne Zeitdruck ausgefüllt werden können, was als weniger aufdringlich empfunden wird. Aus statistischer Sicht bieten groß angelegte Umfragen zudem den Vorteil, auch geringe Effekte zuverlässig erfassen zu können (Bortz & Döring, 2006).

Ein wesentlicher Vorteil der Umfrageforschung liegt darin, dass sie im Vergleich zu aufwendigeren Methoden wie Experimenten oder Fallstudien mit einem relativ geringen Zeit- und Kostenaufwand durchgeführt werden kann. Dennoch bringt die Befragung per Fragebogen auch einige Nachteile mit sich. So lassen sich bestimmte Verzerrungen – etwa durch fehlende Rückmeldungen (Non-Response-Bias), eine unausgewogene Stichprobe (Sampling-Bias), die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten oder fehlerhafte Erinnerungen (Recall-Bias) – häufig nur begrenzt vermeiden (Bortz & Döring, 2006). Innerhalb von Querschnittsuntersuchungen kann generell und unabhängig vom Forschungsdesign keine Aussage zu Kausalitäten gemacht werden. Dies ist ausschließlich im Rahmen von Interventionsstudien im Längsschnitt und im Rahmen wissenschaftlicher Experimente möglich.

Es werden auch in Bezug auf den Fragebogen unterschiedliche Antwortformate unterschieden. Insbesondere offene können geschlossenen Antwortformaten gegenübergestellt werden (Bortz & Döring, 2006). Während geschlossene Antwortformate lediglich eine Zustimmung oder Ablehnung (in unterschiedlichen Abstufungen) zulassen, können die Probandinnen / Probanden die Antworten in offenen Antwortformaten eigenständig bestimmen. Im vorliegenden Fall wurde bei der zweiten Befragung der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter eine Satzergänzungsform als Antwortformat gewählt. Hierbei wird den Probandinnen / Probanden der erste Teil des Satzes vorgegeben, während die Probandinnen / Probanden darum gebeten wurden, den Satz zu vervollständigen. Bei der ersten Befragung der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter handelte es sich um eine Befragung mit vollständig offenen Antwortformaten.

Der exakte Wortlaut der Fragen bzw. die Anweisungen vor Beantwortung der Fragen können dem Kapitel der Operationalisierung entnommen werden.

3.5 Entwicklung des Interviewleitfadens

Zunächst wurden die Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter über die Anonymität der Teilnahme und den Datenschutz aufgeklärt. Zudem wurde den Teilnehmerinnen / Teilnehmern versichert, dass spontane Antworten erwünscht sind und es keine falschen Antworten gibt. Weiterhin wurden die Probandinnen / Probanden daran erinnert, dass es sich um eine Befragung zur Salutogenese und zu Kommunikationsstrukturen und Kommunikationsformen im Rettungsdienst handelt. Das Interview umfasste 11 Fragen, die im Folgenden wiedergegeben werden:

- Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden in Ihrem Beruf einordnen?
- Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden?
- Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind?
- Wann suchen Sie sich im Berufsalltag, im Beruf emotionale Unterstützung?
- Wann suchen Sie einen Ratschlag?
- Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation?
- Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?
- Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?
- Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter?
- Frage nach soziodemografischen Daten

Themen, die aktuell beschäftigen

Bei der ersten Befragung handelte es sich um eine offene Frage, die die Probandinnen / Probanden nach Belieben und in freier Wortwahl beantworten konnten. In der Anweisung zur Beantwortung der Frage wurden die teilnehmenden Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter aufgefordert,

anzugeben, welche Themen sie als Praxisanleiterin / Praxisanleiter persönlich sehr beschäftigen (berufliche Anliegen, Teamdynamik, psychosoziale Aspekte, Kommunikation der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter).

Kursinhalte, die besonders gut gefallen haben

Die Befragung der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter umfasste eine offene Frage, wobei der erste Teil der Frage vorgegeben war. Die Probandinnen / Probanden erhielten die Aufgabe, den folgenden Satz zu ergänzen: „Heute hat mir besonders gefallen ...“

3.6 Durchführung der Datensammlung

Die teilnehmenden Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter der qualitativen Forschung wurden über entsprechende Berufsschulen rekrutiert. In die Studie wurden ausschließlich Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter inkludiert, die eine entsprechende Ausbildung von 3 Jahren absolviert hatten und zum Interviewzeitpunkt mindestens 2 Jahre im Beruf als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter tätig waren. Die Interviews wurden von der Sozialpädagogin Frau Dr. Ruperta Mattern durchgeführt, um einen Testleitereffekt zu vermeiden. Die Interviews wurden zwischen dem 25.06. und dem 14.08.2024 via Zoom durchgeführt. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmerinnen / Teilnehmer über die Anonymität und den Datenschutz aufgeklärt und es wurde die Zustimmung zum Einverständnis eingeholt.

Die Sammlung der Daten für die quantitative Datenanalyse fand im Rahmen von Fortbildungen für Praxisanleiterin / für Praxisanleiter statt, die in den Jahren 2024 und 2025 stattfanden. Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter unterliegen einer fortdauernden Verpflichtung zur Fortbildung, welche für die Erfassung der Daten genutzt wurde. Jeweils vor der Fortbildung als auch nach der Fortbildung nahmen die teilnehmenden Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter an der Befragung teil. Diese nahm lediglich 3 Minuten Zeit in Anspruch. Auch im Rahmen dieser Befragung wurden die Teilnehmerinnen / Teilnehmer über die Anonymität der Befragung und den Datenschutz aufgeklärt und deren Zustimmung eingeholt.

3.7 Methodik der Datenanalyse

Die qualitativen Daten wurden zunächst mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse: „[...] will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring, 2016, S. 114). Im Rahmen der Inhaltsanalyse werden, insbesondere bei unstrukturierten und halbstrukturierten Interviews, zunächst Kategorien definiert, die es ermöglichen, die Ergebnisse nach der Datenanalyse miteinander zu vergleichen, sie übersichtlich zu strukturieren und aufzuarbeiten (Mayring & Fenzl, 2019).

Für die vorliegende Untersuchung wurde die semantisch-inhaltliche Transkriptionsmethode nach Dresing und Pehl (2018) gewählt, welche speziell für den Einsatz im wissenschaftlichen Kontext entwickelt wurde. Die Transkription stellt hierbei den methodisch strukturierten Vorgang dar, mündliche Kommunikation – in der Regel basierend auf Tonaufnahmen oder vergleichbaren medialen Aufzeichnungen – schriftlich festzuhalten (Ilmes, 2023). Ziel dieses Vorgehens ist es, die gesprochene Sprache in eine schriftlich analysierbare Form zu überführen, ohne den inhaltlichen Kern der Aussagen zu verfälschen.

Um sowohl die Vergleichbarkeit als auch die methodische Nachvollziehbarkeit der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurde ein standardisiertes Transkriptionsregelwerk herangezogen. Dieses Regelwerk sorgt für eine konsistente Verschriftlichung der verbalen Äußerungen und ermöglicht so eine systematische Weiterverarbeitung im Rahmen der qualitativen Analyse (Ilmes, 2023). Da die Grundlage der Analyse auf gesprochener Sprache basiert, wurden die Transkripte nachträglich sprachlich geglättet, ohne jedoch den semantischen Gehalt zu verändern.

Die Entscheidung für die semantisch-inhaltliche Transkription erscheint insbesondere deshalb sinnvoll, weil hier der Bedeutungsgehalt der Aussagen im Zentrum steht und somit der Erkenntnisgewinn aus den Interviews maximiert werden kann (Dresing & Pehl, 2018). Zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der befragten Personen wurde zudem eine formale Anonymisierung vorgenommen: Namen und personenbezogene Angaben wurden durch Pseudonyme ersetzt, um eine

Rückverfolgung zu den tatsächlichen Personen sicher ausschließen zu können (Meyermann & Porzelt, 2014).

Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung lassen sich grundsätzlich zwei Verfahren zur Bildung von Kategorien unterscheiden: die deduktive und die induktive Herangehensweise. Bei der deduktiven Kategorienbildung werden die Kategorien vor Beginn der Analyse festgelegt – in der Regel auf Grundlage theoretischer Vorüberlegungen oder in Anlehnung an den Interviewleitfaden. Sie dient dazu, das Datenmaterial gezielt nach bestimmten inhaltlichen Aspekten zu strukturieren. Im Gegensatz dazu erfolgt die induktive Kategorienbildung erst während der Auswertung der Interviews. Dabei werden die Kategorien direkt aus dem empirischen Material heraus entwickelt, sodass sie eng an die Aussagen der Befragten und deren Bedeutungsgehalt gebunden sind (Mayring, 2002).

Im Rahmen der Auswertung der Interviews mit den Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern wurde hauptsächlich die deduktive Kategorienbildung angewendet, wobei hierbei eine Anlehnung an den Interviewleitfaden stattfand. Die Bezeichnung der Kategorien orientierte sich jedoch nicht zwangsweise an dem wörtlichen Kontext der Interviewfragen.

Die induktive Kategorienbildung bildete die Grundlage für die anschließende Kodierung, also die Zuordnung relevanter Textstellen aus den Interviews in Bezug auf die Forschungsfrage. Diese Zuordnung erfolgte durch Paraphrasierung: Aus umfangreicheren Interviewpassagen wurden die zentralen Aussagen in verdichteter Form zusammengefasst. Dabei ist zu beachten, dass dieser Prozess interpretativ erfolgt – es wird demnach durch die auswertende Person entschieden, welche Inhalte als relevant gelten. Entsprechend besteht das Risiko, dass nicht alle relevanten Informationen vollständig erfasst werden (Kuckartz, 2010). Ziel dieses Verfahrens ist eine Reduktion des Datenmaterials auf diejenigen Aussagen und Gedankengänge, die für das Forschungsthema und die Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind (Kuckartz, 2010).

Im nächsten Arbeitsschritt wurden Hauptkategorien gebildet, die sowohl der Ergebnisdarstellung als auch der Identifikation von Beziehungen, Unterschieden und Besonderheiten dienen (Kuckartz, 2010).

Für die Auswertung der Interviews kam die Datenanalysesoftware MAXQDA Analytics Pro (Version 24.0.0) zum Einsatz. Da es sich bei beiden Befragungen der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter

um offene Fragen handelte, wurde auch bei dieser Datenanalyse eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) angewendet. Im Unterschied zu den Fragen der Interviews, die mit den Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern geführt wurden, beinhalteten die Fragen an die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter keine spezifische Themenvorgabe. Daher wurden die Kategorien der beiden Auswertungen der Fragebögen für die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter mithilfe der induktiven Kategorienbildung ausgewertet.

Auch für die Auswertung der Fragebögen der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter im Sinne der quantitativen Datenanalyse wurde die Datenanalysesoftware MAXQDA Analytics Pro (Version 24.0.0) genutzt. Das Vorgehen bei der Analyse entsprach dabei der quantitativen Inhaltsanalyse, bei der die gebildeten Kategorien und Codes in ihrer Häufigkeit gezählt und prozentual dargestellt wurden.

4 Ergebnisse

Das nun folgende Kapitel beinhaltet die Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse. Das Kapitel orientiert sich an den Kategorien, die im Rahmen der Auswertung ermittelt wurden.

4.1 Auswertung der Interviews mit Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews mit Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern vorgestellt.

4.1.1 Kategorienbildung

Der nachfolgenden Tabelle 4.1 können die Kategorienbezeichnung, die Kodierregeln sowie jeweils ein Ankerbeispiel je Kategorie entnommen werden:

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Persönliche Ressourcen		Siehe Subkategorie	
	Familiäre Ressourcen	Lebensweise	„. . .ich bin mit meinem Freund oder wohne auch hier mit meinem Freund zusammen“ (Interview 6, Pos. 30)

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
	Berufserfahrung	Berufserfahrung als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter incl. Ausbildungszeit	„. . .jetzt vier Jahre ausgelernt und davor eben drei Jahre Ausbildung. Vier oder 7 Jahre, je nachdem“ (Interview 2, Pos. 33)
	Hobbys	Freizeitbeschäftigung, regelmäßige und unregelmäßige	„. . .Fußball, Fahrradfahren, generell viel Sport. In die Berge gehen“ (Interview 10, Pos. 28)
Globale Zufriedenheit		Zufriedenheit aktuell im Beruf als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter	„Aktuell eher in die Rubrik unzufrieden“ (Interview 4, Pos. 8)
Spezifische Zufriedenheit		Persönliche Gründe, Ideelle Gründe	„Ja, die Arbeitsumgebung, der Job an sich, die Kollegen und einfach ja, die Arbeit, die Tätigkeit, damit man etwas Sinnvolles macht. Damit am Ende vom Tag auch sieht, was man gemacht hat“ (Interview 7, Pos. 6)

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Globale Resilienz		Siehe Subkategorie	
	Resilienzfördernde Aspekte im Beruf	Resilienzfördernde Aspekte im Beruf	„. . .auf jeden Fall immer zu reden, immer alles offen kund zu tragen“ (Interview 3, Pos. 12)
	Resilienzfördernde Aspekte im Privatleben	Resilienzfördernde Aspekte in der Freizeit	„. . .oder halt auch privater Ausgleich, den man in der Freizeit findet, durch Sport oder Hobbys“ (Interview 7, Pos. 8)
Gründe für das Einholen von emotionaler Unterstützung		Art der emotionalen Unterstützung Kontext, in dem emotionale Unterstützung gesucht wird Person, die um emotionale Unterstützung gebeten wird	„Also, die hauptsächliche Unterstützung ist eigentlich direkt nach dem Einsatz, wenn man es nachbespricht mit dem Notarzt und auch zum Beispiel einfach mal auf der Rückfahrt zur Wache den Einsatz noch mal nachspricht und einfach mal sich fragt, ‚War es gut, war es vielleicht nicht so gut?‘ ‚Was hätte man anders machen können oder was auch einfach mal guter Einsatz ist?“ (Interview 9, Pos. 14)

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen		Gründe für das Einholen von Ratschlägen im Beruf	„. . .wenn ich selbst nicht zu einer, (..) einer festen Entscheidung kommen konnte und für meine Entscheidungsbildung noch zusätzlichen Input bräuchte, was mich dann zu einer Entscheidungsfindung führen kann“ (Interview 5, Pos. 14)
Erleichternde oder entlastende Kommunikation		Siehe Subkategorie	
	Unzufriedenheit mit kollegialer Kommunikation	Allgemeine Aspekte, die zu Unzufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation führen	„. . .dass Kollegen häufig konstruktive Kritik nicht als sachlichen Input verstehen, sondern häufig dann eher als persönlichen Angriff. . .“ (Interview 5, Pos. 16)
	Zufriedenheit mit kollegialer Kommunikation	Allgemeine Aspekte, die zu Zufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation führen	„. . .gerade in der Zusammenarbeit jetzt mit auch den jüngeren, examinierten Notfallsanitäter funktioniert die Kommunikation eigentlich wirklich gut“ (Interview 10, Pos. 19)

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Kollegiale Handlungsplanung		Siehe Subkategorie	
	Gelungenes Beispiel		„. . .ich übernehme den Atemweg, die Atemwegsicherung, dass er am Kopf kniet und dann einfach immer wieder das ‚Ten for ten‘ gemacht und das war schon gut kommuniziert“ (Interview 9, Pos. 24)
	Nicht gelungenes Beispiel	Konkretes nicht gelungenes Beispiel für Kommunikation auf der Praxis	„. . .du machst das jetzt, das ist jetzt deine Aufgabe, wir klären das später und dann haben wir danach quasi auch ein Debriefing nach dem Einsatz gemacht, um das Ganze zu klären“ (Interview 5, Pos. 22)
Zukunftsaspekte im Beruf		Wünsche an die berufliche Zukunft als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter Voraussetzungen für die berufliche Zukunft	„. . .dass man gut ausgebildete Kollegen hat, mit denen man vernünftig arbeiten kann und vor allem qualitativ hochwertig arbeiten kann, weil alles, was weniger ist, ja letztendlich die Patientenversorgung reduziert“ (Interview 1, Pos. 25)

Tabelle 4.1: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Sonstiges		Spontanbericht	„. . .dass Auszubildende schon ganz häufig ihre Stunden auf dem RTW so nicht bringen, weil sie entweder als Fahrer eingesetzt werden, auf dem KTW eingesetzt werden. . .“ (Interview 10, Pos. 34)

4.1.2 Stichprobenbeschreibung

An der Interviewbefragung beteiligten sich insgesamt 10 Probandinnen / Probanden. Hiervon waren 5 (50%) Frauen und 5 (50%) Männer. Das mittlere Alter der Interviewstichprobe lag bei $M = 27.90$ ($SD = 4.77$) Jahren. Das Altersminimum lag bei 22 Jahren und das Altersmaximum lag bei 36 Jahren. Die Spannweite des Alters umfasste daher 14 Jahre. Insgesamt 6 (60,0%) Interviewpartnerinnen / Interviewpartnerpartner waren in ihrem Erstberuf tätig, während 4 (40,0%) den Zweitberuf ausübten.

Alleinstehend waren 4 (40,0%) der Befragten, während 6 (60,0%) der Interviewpartnerinnen / Interviewpartner in einer Partnerschaft lebten.

4.1.2.1 Persönliche Ressourcen

Die persönlichen Daten können, mit Ausnahme der Hobbys, die innerhalb dieses Kapitels ausgewertet werden, dem entsprechendem Gliederungspunkt der Methodik entnommen werden. Wie ersichtlich, wurden mit 29 (56,0%) aller kodierten Segmente, die meisten Segmente in der Subkategorie ‚Hobbys‘ generiert.

Die Verteilung der kodierten Segmente innerhalb der übergeordneten Kategorie der persönlichen Ressourcen kann Abbildung 4.1 ent-

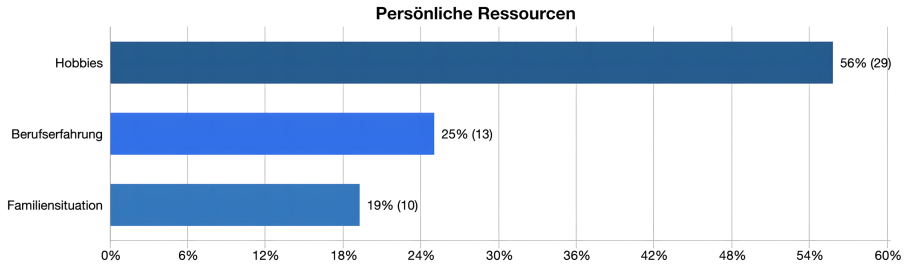

Abbildung 4.1: Verteilung der kodierten Segmente innerhalb der Subkategorie ‚Persönliche Ressourcen'

nommen werden. Die Kategorie ‚Persönliche Angaben' beinhaltet 3 Subkategorien: (1) Hobbys, (2) Berufserfahrung und (3) Familiensituation.

Einige Probandinnen / Probanden trieben Ausgleichssport in ihrer Freizeit („... ich gehe joggen oder ins Fitnessstudio ...“ [Interview 2, Pos. 31]). Es gab auch einen Probanden, der Sport innerhalb des DRK ausübte („... Fußball, auch tatsächlich im dienstlichen Rahmen. Wir haben Hobby- Freizeit-Mannschaft vom Roten Kreuz bei uns gegründet.“ [Interview 4, Pos. 32]). Nicht alle Probandinnen / Probanden, die Sport trieben, taten das jedoch regelmäßig („Sport. Nix regelmäßig [...] mal Kanufahren. Ich gehe mal in Kletterwald, aber nicht so, dass ich regelmäßig joggen gehe oder ins Fitnessstudio gehe.“ [Interview 9, Pos. 37]). Einige Probandinnen / Probanden waren kreativ, so bauten die Probandinnen / Probanden beispielsweise Regale, nähten Sachen oder malten in ihrer Freizeit („Ich baue kleine Dinge aus Holz.“ [Interview 5, Pos. 29]). Zwei Probandinnen / Probanden gaben an, dass ihr Beruf auch ihr Hobby sei („Letztendlich ist mein Hobby irgendwo auch mein Job.“ [Interview 3, Pos. 32]). Ein Proband war ehrenamtlich bei der Feuerwehr engagiert („Und ehrenamtlich. Rettungsdienst. Feuerwehr.“ [Interview 8, Pos. 33]). Einige Probandinnen / Probanden kümmerten sich in ihrer Freizeit um ihre Haustiere („Meine zwei Hunde [...] Ich gehe ausgiebig spazieren. [Interview 1, Pos. 30]). Auch Gartenarbeiten, Musik bzw. Konzertbesuche und Lesen waren Freizeitbeschäftigungen, die die Probandinnen / Probanden ausübten („Bei meiner früheren Nachbarin mache ich Gartenarbeit, Hecke schneiden, Büsche schneiden

Gartenpflege im Sinne von Unkraut zupfen, Rasenmähen.“ [Interview 5, Pos. 29]).

4.1.2.2 Globale Zufriedenheit

Wie im Balkendiagramm in Abbildung 4.2 ersichtlich, waren 6 (60,0%) der 10 Interviewpartnerinnen / Interviewpartner in ihrem Beruf als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter zufrieden, 3 (30,0%) waren eher zufrieden und 1 (10,0%) Interviewpartnerin war unzufrieden im Beruf.

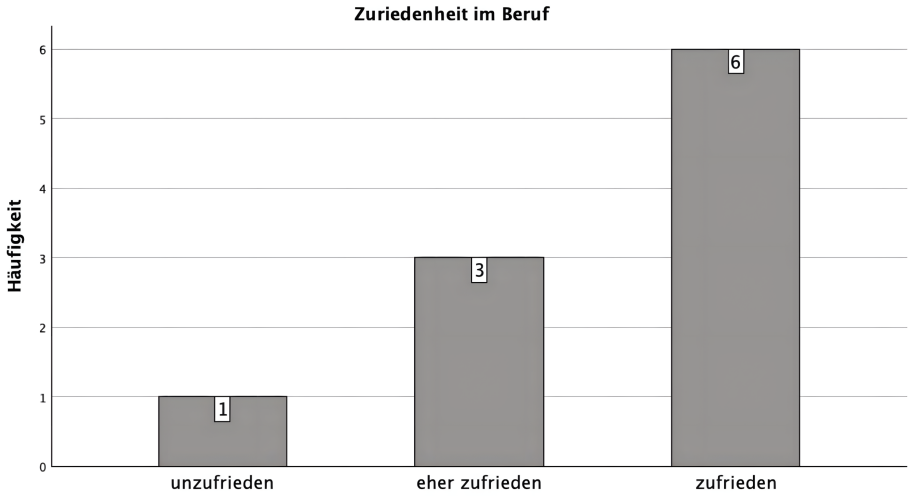

Abbildung 4.2: Verteilung der Globalen Zufriedenheit im Beruf

4.1.2.3 Spezifische Zufriedenheit

Der nachfolgenden Tabelle 4.2 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden:
Der Kategorie ‚Spezifische Zufriedenheit‘ lassen sich folgende Themenbereiche zuordnen: (1) Erfüllende Patientenarbeit, (2) Kollegiale Arbeitsbeziehungen, (3) Sinnstiftende Tätigkeit, (4) Selbstbestimmtes Arbeiten, (5) Abwechslungsreiche Aufgaben und (6) Herausfordernde Rahmenbedingungen.

Ein Proband hatte angegeben, dass er zum Zeitpunkt der Befragung unzufrieden war. Aus diesem Grund gab er keine Gründe für die

Tabelle 4.2: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten ‚Spezifische Zufriedenheit'

Dokumentname	Kodierte Segmente Gesamt	Gründe für Zufriedenheit im Beruf
Interview 1	52	7
Interview 9	45	6
Interview 8	30	2
Interview 6	31	2
Interview 5	49	7
Interview 4	32	4
Interview 2	28	3
Interview 10	28	4
Interview 7	23	3
Interview 3	37	4

Zufriedenheit im Beruf an. Die Unzufriedenheit speiste sich aus einer Umstrukturierung der Rettungswachen durch einen Führungswechsel mit einer nachfolgenden Unzufriedenheit bei den Kolleginnen / Kollegen und dem Probanden selbst („Durch einen Führungswechsel vor circa einem halben Jahr und dadurch eine Umstrukturierung der Rettungswachen ist aktuell so das allgemeine Klima am Fallen." [Interview 4, Pos. 10]).

Ein Themenkomplex betraf die Arbeit an den Patientinnen / Patienten und den Wunsch, den Menschen helfen zu können und sie glücklich machen zu können, der die Zufriedenheit im Beruf ausmachte („wenn man da irgendjemandem so ein Lächeln ins Gesicht zaubern kann und jemand helfen kann [...] das macht mich sehr zufrieden." [Interview 1, Pos. 9]). Spaß im Team und ein gutes Kollegium, ein fast schon familiäres Verhältnis zum Team war ein weiterer Grund für Zufriedenheit im Job („der Umgang untereinander, also die Arbeitskollegen, wir haben ein sehr, sehr familiäres Verhältnis." [Interview 1, Pos. 9]). Auch die Bewertung der Tätigkeit als Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter als sinnstiftende Tätigkeit wurde als Grund für Zufriedenheit im Job

genannt („die Arbeit, die Tätigkeit, damit man etwas Sinnvolles macht. Damit am Ende vom Tag auch sieht, was man gemacht hat. [Interview 7, Pos. 6]).

Einer Probandin war es wichtig, im Beruf viel Abwechslung zu erleben, wobei die Probandin zusätzlich in der Luftrettung tätig war („... ich bin jetzt in der Luftrettung, was auch nochmal eine ganz andere Abwechslung, Tatsächlich auch ein anderer Anspruch ist.“ [Interview 5, Pos. 8]). Zudem wurde die Tätigkeit als fordernd empfunden („dass ich gefordert bin in einem ausreichenden Maß.“ [Interview 5, Pos. 8]). Die Probandin war zusätzlich als Praxisanleiterin tätig. Auch die Tatsache, eine Tätigkeit an der frischen Luft (und nicht am Schreibtisch) auszuführen, wurde als Zufriedenheitsfaktor genannt („... dass ich draußen bin, draußen arbeite [...] (Interview 9, Pos. 7) sondern ich habe immer ein wechselndes Umfeld und neue Gegebenheiten, wo ich mich einstellen muss. [(Interview 9, Pos. 7]).

4.1.2.4 Globale Resilienz

Der nachfolgenden Tabelle 4.3 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden. Hierbei wurde zwischen den beiden Subkategorie ‚Resilienzfördernde Aspekte im Beruf‘ und ‚Resilienzfördernde Aspekte im Privatleben‘ unterschieden:

Resilienzfördernde Aspekte im Beruf

Im Rahmen der Subkategorie der resilienzfördernden Aspekte im Rettungsdienst wurden die folgenden Aspekte erwähnt: (1) Offener Umgang mit Emotionen, (2) Kollegiale Unterstützung, (3) Fachliche Kompetenz, (4) Soziales Netzwerk, (5) Offene Kommunikation, (6) Abgrenzung und Erholung sowie (7) Sinnstiftung und Motivation.

Ein resilienzfördernder Aspekt im Rettungsdienst war die offene Kommunikation mit Kolleginnen / Kollegen („so belastende Sachen, da hilft es mir, darüber zu reden.“ [Interview 1, Pos. 11]). Sowohl der Austausch mit Freundinnen / Freunden, die keine Kompetenzen im Rettungsdienst haben als auch der fachliche Austausch mit Kolleginnen / Kollegen wurde geschätzt („... natürlich auch Kollegen, die mittlerweile auch zum Teil Freunde sind, wo man dann halt auch über das Fachliche noch mal diskutieren kann.“ [Interview 1, Pos. 11]). Wichtig war den Probandinnen / Probanden auch der direkte Austausch

Tabelle 4.3: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten ‚Globale Resilienz' nach Subkategorie

Dokumentname	Codierte Segmente	Resilienzfördernde Aspekte im Privatleben	Resilienzfördernde Aspekte im Beruf
Interview 4	32	0	2
Interview 3	37	0	3
Interview 2	28	1	2
Interview 1	52	0	6
Interview 7	23	1	2
Interview 9	45	2	3
Interview 8	30	4	0
Interview 6	31	0	2
Interview 5	49	1	3
Interview 10	28	1	1

nach dem Einsatz, um Belastendes nicht verdrängen zu müssen („... dass man potenziell schwierige Einsätze gleich nach bespricht, dass man schon mal grob seine eigenen Gefühle äußern kann ...“ [Interview 5, Pos. 10]). Erfahrungen und auch fachliche Kompetenz geben den Probandinnen / Probanden Sicherheit, die ebenfalls als resilienzfördernder Aspekt benannt wurde („... damit man da ein fundiertes Wissen hat, wie man mit Situationen umgeht.“ [Interview 7, Pos. 8]). Resilienzfördernd war auch das mentale Abschalten vom Beruf („ab und zu mal das absolute Abschalten und mal von der ganzen Geschichte nichts hören und sehen ...“ [Interview 1, Pos. 11]). Erneut wurde auch der Sinn der beruflichen Tätigkeit benannt, der die Resilienz in den Augen der Probandinnen / Probanden ebenfalls erhöht („... aus der Erfahrung heraus und dadurch, dass es mir immer noch sehr, sehr viel Spaß macht.“ [Interview 6, Pos. 11]). Insgesamt wurde das kollegiale Team am häufigsten genannt („Gerade dass ein großer Teil aus meinem Freundeskreis und aus meinem engen Freundeskreis auch Arbeitskollegen sind, die quasi dieselben Eindrücke sammeln, dass man sich da

recht offen und eigentlich über alles auch größtenteils auch schon in der Arbeit unterhalten kann.“ [Interview 4, Pos. 12]).
Resilienzfördernde Aspekte im Privatleben

Der private Ausgleich wurde von fast allen Probandinnen / Probanden als resilienzfördernder Aspekt genannt („... oder halt auch privater Ausgleich, den man in der Freizeit findet, durch Sport oder Hobbys.“ [Interview 7, Pos. 8]). Sport und auch Haustiere gaben den Probandinnen / Probanden Kraft für die berufliche Tätigkeit („... dass ich mit Sport auch mich ablenken kann, dass ich da vielleicht nicht zu viel mit nach Hause nehme.“ [Interview 5, Pos. 10]). Auch ausreichend Schlaf und Selbstmitgefühl waren Aspekte, die im Rahmen dieser Subkategorie beschrieben wurden („Sport oder ausreichend schlafen, sich was Gutes tun.“ [Interview 2, Pos. 10]).

4.1.2.5 Gründe für die Suche nach emotionaler Unterstützung

Der nachfolgenden Tabelle 4.4 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden.

In der Kategorie der Gründe für die Suche nach emotionaler Unterstützung wurden die folgenden Aspekte thematisiert: (1) Kollegiale Nachbesprechung, (2) Peer-Unterstützung, (3), Partnerschaftliche Unterstützung, (4) Intuitive Unterstützung, (5) Anhaltende Belastung, (6) Soziales Netzwerk, (7) Ungerechte Behandlung und (8) Selbstzweifel.

In der Regel suchten die Probandinnen / Probanden dann emotionale Unterstützung, wenn Einsätze als Belastung erlebt wurden („... die hauptsächliche Unterstützung ist eigentlich direkt nach dem Einsatz, wenn man es nachbespricht mit dem Notarzt und auch zum Beispiel einfach mal auf der Rückfahrt zur Wache den Einsatz noch mal nachspricht.“ [Interview 9, Pos. 14]). Einsätze, in denen es Schwierigkeiten mit Angehörigen oder auch Patientinnen / Patienten gab, waren ebenfalls ein Grund für die Suche nach emotionaler Unterstützung („... so Einsätze, wo die Angehörigen oder auch die Patienten unverschämt sind und man sich dann halt hinterher einfach mit dem Kollegen nochmal drüber aufregt ...“ [Interview 2, Pos. 14]). Die bevorzugten Ansprechpartnerinnen/-partner hierfür waren unterschiedlich: Partnerinnen / Partner, Kolleginnen / Kollegen, aber auch die psychosoziale Notfallversorgung („..dass es eben diese diese PSNV [psychosoziale

Tabelle 4.4: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Gründe für die Suche nach emotionaler Unterstützung'

Dokumentname	Codierte Segmente	Gründe für die Suche nach emotionaler Unterstützung
Interview 8	30	3
Interview 10	28	1
Interview 6	31	4
Interview 4	32	5
Interview 7	23	2
Interview 2	28	4
Interview 3	37	4
Interview 5	49	4
Interview 9	45	2
Interview 1	52	3

Notfallversorgung] Möglichkeit gibt für Peers. Das habe ich tatsächlich selbst noch nicht in Anspruch nehmen müssen." [Interview 5, Pos. 12]). Entweder ergab sich der Zeitpunkt, sich emotionale Unterstützung zu suchen aus einem Bauchgefühl heraus oder es waren belastende Ereignisse aus dem Rettungsdienst, die auch nach mehreren Tagen noch als Belastung erlebt wurden („weil ich merke, mir geht das jetzt seit einer Woche nicht aus dem Kopf, dann würde ich mir auch immer noch eine Woche später Hilfe suchen." [Interview 3, Pos. 14]).

Weiterhin fühlten sich die Probandinnen / Probanden durch Meinungsverschiedenheit im Dienst oft so belastet, dass es notwendig wurde, emotionale Unterstützung anzunehmen („Meinungsverschiedenheiten, wo man sich vielleicht auch mal ungerecht behandelt fühlt. Wenn es dann [...], wenn ich wirklich merke [...], mich stört es sehr und ich möchte darüber reden bzw. von alleine runterkommen funktioniert nicht." [Interview 4, Pos. 14]). Dispute mit Führungskräften wurden ebenfalls als Belastung erlebt („... sondern vielleicht Disput mit anderen Kollegen oder gerade mit Führungskräften." [Interview 4, Pos. 14]).

4.1.2.6 Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen

Der nachfolgenden Tabelle 4.5 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden.

Tabelle 4.5: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen'

Dokumentname	Codierte Segmente	Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen
Interview 10	28	1
Interview 7	23	2
Interview 9	45	4
Interview 8	30	3
Interview 1	52	6
Interview 6	31	3
Interview 2	28	2
Interview 5	49	1
Interview 3	37	4
Interview 4	32	2

Im Rahmen der Kategorie ‚Dimensionen für das Einholen von Ratschlägen' wurden die folgenden übergeordneten Themen angesprochen: (1) Unsicherheit und Zweifel, (2) Grenzerfahrungen, (3) Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen / Kollegen, (4) Eigene Unzufriedenheit und (5) Professionelle Entwicklung.

Am häufigsten wurden eigene Unsicherheiten genannt, als Situation, in der die Probandinnen / Probanden Wert auf einen Ratschlag legten („... vielleicht auch mal bei Situationen, wo ich jetzt nicht so erfahren bin und nicht weiterweiß." [Interview 6, Pos. 15]). Auch ein unangenehmes Bauchgefühl oder Notfallsituationen, die nicht häufig vorkommen, wurden als Hinweis gewertet, dass ein Ratschlag sinnvoll wäre („... wenn man das Gefühl hat, wenn so das eigene Bauchgefühl

...“ [Interview 1, Pos. 17]). In der Regel wurden Ratschläge von erfahreneren und / oder älteren Kolleginnen / Kollegen gerne angenommen („... noch mal bei erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen, von denen ich denke, dass sie mir ganz gut weiterhelfen könnten ...“ [Interview 6, Pos. 15]). Andere Probandinnen / Probanden holten sich quasi bei jedem Einsatz irgendeinen Ratschlag („... bei jedem Einsatz sucht man sich irgendwo einen kleinen Ratschlag. Wie hätte der andere Kollege das gemacht oder wie beziehungsweise in welcher Reihenfolge hätte es der Kollege gemacht.“ [Interview 3, Pos. 16]), ... wobei mit zunehmendem Alter die Frequenz abnahm, in der sich die Probandinnen / Probanden Ratschläge einholten (tatsächlich, ist das nach zehn Jahren jetzt eigentlich in dem Beruf weniger geworden, weil man an sich schon weiß, wie alles funktioniert.“ [Interview 10, Pos. 15]).

4.1.2.7 Erleichternde / entlastende Kommunikation

Der nachfolgenden Tabelle 4.6 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden. Hierbei wurde zwischen den beiden Subkategorien ‚Zufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation‘ und ‚Unzufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation‘ unterschieden:

Zufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation

Zunächst wurden drei größere Themenkomplexe in der Subkategorie ‚Zufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation‘ definiert: (1) Wertschätzende Abstimmung, (2) Offene Kommunikation und (3) Effektive Koordination.

Zufrieden mit der Kommunikation waren die Probandinnen / Probanden, wenn die Entscheidungsfindung bei komplizierten Einsätzen in enger Abstimmung und übereinstimmend erfolgt („Bei solchen Einsätzen, wo die Entscheidung am Notfallsanitäter liegt, ist es immer sehr wertvoll einen Partner dabei zu haben mit dem man gut abstimmen kann. Das ist dann viel Wert.“ [Interview 6, Pos. 22]). Auch eine leitlinienkonforme Entscheidung wurde positiv hervorgehoben („... dass wirklich nach Leitlinie gearbeitet wird erstmal und dann halt auch so kommuniziert wird.“ [Interview 10, Pos. 19]). Schließlich wurde betont, dass insbesondere die Kommunikation mit jüngeren

Tabelle 4.6: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Erleichternde / entlastende Kommunikation‘

Dokumentname	Codierte Segmente	Unzufriedenheit	Zufriedenheit
Interview 10	28	5	2
Interview 4	32	0	0
Interview 3	37	0	0
Interview 2	28	0	0
Interview 1	52	0	0
Interview 6	31	2	1
Interview 7	23	2	0
Interview 9	45	2	0
Interview 5	49	5	0
Interview 8	30	2	0

Kolleginnen / Kollegen besser funktioniert, als dies bei den älteren Kolleginnen / Kollegen der Fall ist („... gerade in der Zusammenarbeit jetzt mit auch den jüngeren, examinierten Notfallsanitäter funktioniert die Kommunikation eigentlich wirklich gut.“ [Interview 10, Pos. 19]).

Unzufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation

Insgesamt wurden innerhalb der Subkategorie ‚Unzufriedenheit mit der kollegialen Kommunikation‘ 7 zentrale Themenkomplexe gefunden: (1) Herunterspielen von Problemen, (2) Demotivation und Zynismus, (3) Fehlendes gegenseitiges Verständnis, (4) Scheu vor konstruktiver Kritik, (5) Mangelnde Offenheit gegenüber Rückmeldungen, (6) Fehlende Ernsthaftigkeit in der Kommunikation und (7) Zeitknappheit.

Als negative Kommunikationsform wurde das Herunterspielen von Problemen und der Kommunikation benannt („... dass bei manchen Kollegen immer so das vorherrscht, das braucht es alles nicht, also Kommunikation, das wird überbewertet.“ [Interview 7, Pos. 14]). Ein weiteres zentrales Thema war die Schwierigkeit, mit konstruktiver Kri-

tik umzugehen, was in der Regel dazu führte, dass Kritik nicht mehr geäußert wird oder lange darüber nachgedacht wird, ob und wie Kritik geäußert werden kann („... dass Kollegen häufig konstruktive Kritik nicht als sachlichen Input verstehen, sondern häufig dann eher als persönlichen Angriff [...] aber das stimmt mich unzufrieden, dass man sich sehr lang überlegen muss, was man äußert und wie“ (Interview 5, Pos. 16). Ein Proband erzählte, dass die mangelnde Fähigkeit mit Kritik umzugehen, auch schon dazu geführt hat, dass man ihn auf Fehler nicht angesprochen hatte, was zu Nachteilen für die Patientin / den Patienten geführt hat („wenn jemand zum Beispiel Teampartner die ganze Zeit denkt, ich würde es jetzt anders machen, aber mir im Einsatz nichts sagt. Zum Beispiel hatte ich einen Patienten, wo ich zum Beispiel einen Fixierungsfehler habe und mein Kollege sagt mir den ganzen Einsatz nicht.“ [Interview 9, Pos. 18]). Zudem wurde berichtet, dass die Kommunikation mit älteren Kolleginnen / Kollegen häufig besonders schwierig ist („Gerade bei älteren Kollegen, die halt einfach keinen Bock mehr haben. Da ist es dann in der Kommunikation tatsächlich schwierig.“ [Interview 10, Pos. 17]). Auch eine weitere Probandin berichtete, dass die Kommunikationsschwierigkeiten bereits zu Behandlungsfehlern geführt haben („... wenn man danach den Team-Ressource-Grundsätzen gearbeitet hätte und es das widergespiegelt hätte, dann wäre der Fehler halt auch vorher schon aufgefallen.“ [Interview 10, Pos. 21]).

4.1.2.8 Kollegiale Handlungsplanung

Der nachfolgenden Tabelle 4.7 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden. Hierbei wurde zwischen den beiden Subkategorien ‚Gelungene Kommunikation‘ und ‚Nicht-gelungene Kommunikation‘ unterschieden:

Gelungenes Beispiel für Kommunikation

Es wurden die folgenden Themenkomplexe innerhalb der positiven Erlebnisse mit kollegialer Kommunikation hervorgehoben: (1) Teamorientierte Kommunikation, (2) Empathische Kommunikation, (3) Strukturierte Kommunikation, (4) Ausbildungsbezogene Kommunikation und (5) Situationsangepasste Kommunikation.

Tabelle 4.7: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Kollegiale Handlungsplanung‘

Dokumentname	Codierte Segmente	Gelungen	Nicht gelungen
Interview 4	32	0	0
Interview 3	37	0	0
Interview 2	28	0	0
Interview 1	52	0	0
Interview 10	28	0	0
Interview 6	31	0	1
Interview 7	23	1	1
Interview 9	45	2	3
Interview 5	49	3	3
Interview 8	30	4	1

Ein gelungenes Beispiel für kollegiale Kommunikation wurde von einer Probandin benannt, die in der Luftrettung arbeitet. Die leitliniengestützte Kommunikation mit der Notwendigkeit der Bestätigung wurde hier als sicheres und effektives Beispiel für Kommunikation beschrieben („... das muss ich sagen, finde ich sehr gelungen, weil man in der Cockpitarbeit sehr fokussiert kommuniziert und da auch (..) sehr auf Kommunikation achtet.“ [Interview 5, Pos. 20]). Von hoher Bedeutung war auch, dass es die Möglichkeit gibt, nach belastenden Einsätzen eine Pause machen zu können oder den Arbeitstag beenden zu können („Ja, wenn du das psychisch nicht verkraftest, dass du dann auch tatsächlich aus dem Dienst herausgelöst wirst.“ [Interview 8, Pos. 20]).

Zudem wurde erwähnt, dass es einfacher ist, mit jüngeren Kolleginnen / Kollegen zu kommunizieren, die die 3-jährige Ausbildung absolviert haben („Ja, wenn du das psychisch nicht verkraftest, dass du dann auch tatsächlich aus dem Dienst herausgelöst wirst.“ [Interview 8, Pos. 20]).

Nicht-gelungenes Beispiel für Kommunikation

In der Subkategorie des nicht-gelungenen Beispiels für Kommunikation wurden die folgenden Themengebiete erwähnt: (1) Mangelnde Kommunikation und Informationsaustausch, (2) Fehlende Wertschätzung und Offenheit, (3) Voreingenommenheit und Stigmatisierung, (4) Unklare Rollenverteilung und Verantwortlichkeiten und (5) Mangelnde Reflexion und Fehlerkultur.

Häufig wurde in den Beispielen die allgemein ungenügende Kommunikation beklagt („... dass einfach ich an einen Ratschlag bei einem älteren Kollegen gesucht habe und der das einfach runtergespielt hat.“ [Interview 8, Pos. 22]). Schwierig waren zudem Kommunikationsschwierigkeiten, die aufgrund der herrschenden Hierarchien entstanden sind. So hatte eine Probandin die Aufgabe der Einsatzleitung, deren Aufgabe es ist, die Aufgaben zu verteilen, was nicht alle Kolleginnen / Kollegen befürworteten („Folglich hatte ich die Einsatzführung und er war damit nicht zufrieden. Hat mit den Augen gerollt, verbal geäußert, dass er das nicht gut findet, und das fand ich nicht gelungen.“ [Interview 5, Pos. 22]). In diesem Fall hat die Befragte während des Einsatzes darauf hingewiesen, die Schwierigkeiten nach dem Einsatz besprechen zu wollen („... das ist jetzt deine Aufgabe, wir klären das später und dann haben wir danach quasi auch ein Debriefing nach dem Einsatz gemacht, um das Ganze zu klären.“ [Interview 5, Pos. 22]).

Auch hier wurde auf die Problematik möglicher Behandlungsfehler aufmerksam gemacht, wobei dies in dem berichteten Beispiel abgewendet werden konnte. Es handelte sich um die fehlende Kommunikation einer Medikation zwischen Notarzt und Rettungskräften („Und erst, wo ich dann gefragt habe, Was hast du da gegeben? Hat er gesagt, Ja, ich habe noch fünf Milligramm Midazolam gegeben, um den zu beruhigen. Aber das hätten wir nicht gewusst, hätten wir nicht aktiv nachgefragt.“ [Interview 9, Pos. 26]).

4.1.2.9 Zukunftsaspekte im Beruf

Der nachfolgenden Tabelle 4.8 können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden.

Tabelle 4.8: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Zukunftsaspekte im Beruf‘

Dokumentname	Codierte Segmente	Zukunftsaspekte im Beruf
Interview 8	30	4
Interview 10	28	4
Interview 4	32	3
Interview 6	31	7
Interview 2	28	1
Interview 7	23	2
Interview 3	37	3
Interview 5	49	9
Interview 9	45	10
Interview 1	52	10

Innerhalb der Kategorie ‚Zukunftsaspekte im Beruf‘ wurden von den Probandinnen / Probanden die folgenden Aspekte innerhalb der Kategorien geäußert: (1) Wertschätzung und Anerkennung, (2) Rechtssicherheit und Transparenz, (3) Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen, (4) Persönliche Entwicklung und Herausforderung, (5) Kollegiale Zusammenarbeit und Kommunikation sowie Sinnhaftigkeit und Motivation.

Ein wichtiger Faktor für die Probandinnen / Probanden hinsichtlich ihrer Zukunft im Rettungsdienst waren die Rahmenbedingungen. So wurden das technische Equipment und der Kompetenzzuwachs durch die Ausbildung erwähnt („... dass man gut ausgebildete Kollegen hat, mit denen man vernünftig arbeiten kann, und vor allem qualitativ hochwertig arbeiten kann. [Interview 1, Pos. 25]). Zudem wurde die Planungssicherheit im Sinne der Planung von Dienstplänen als wichtiger Faktor für die zufriedene Arbeit in der Zukunft des Rettungsdienstes benannt („... also grundsätzlich mal alles Organisatorische stimmt, das planungssicher der Dienstplan vorhanden ist, dass man nicht in einer Tour permanent einspringen muss.“ [Interview 1, Pos. 25]). In

diesem Zusammenhang wurde zudem gewünscht, dass auch ältere Kolleginnen / Kollegen sich fortbilden und intrinsisch motiviert sein müssen, damit der Job allen Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern Spaß macht („Aus wenig intrinsischer Motivation sich da vielleicht nichts mehr aneignen oder aneignen wollen.“ [Interview 1, Pos. 25]). Eine Probandin bildete sich als Konsequenz zur Ausbilderin weiter („Deswegen gehe ich auch in die Ausbildung und mache den Schritt, dass ich das selber mit ausbilden will. Weil man kann nicht schimpfen und dann aber nichts dagegen machen.“ [Interview 1, Pos. 25]).

Zudem wurden eine Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit und Benefits genannt („... dass man Benefits bekommt, tatsächlich. Ja, und dass man irgendwann auch von diesen 45 Stunden runter geht.“ [Interview 8, Pos. 27]). Wertschätzung, sowohl von Kolleginnen / Kollegen als auch von Führungskräften war den Befragten sehr wichtig („... Wertschätzung vom Vorgesetzten.“ [Interview 9, Pos. 28]). In zwei Fällen wurde die Thematik der Häufigkeit von nicht notwendigen Einsätzen berichtet, für die die Befragten eine Lösung wünschten („... dass ich mich durch so Bagatelleinsätze, dass mir dadurch die Lust nicht genommen wird ...“ [Interview 3, Pos. 25]). Weniger Hierarchien und weniger Bürokratie war den Probandinnen / Probanden ebenfalls wichtig, um in Zukunft auch weiterhin Spaß am Beruf haben zu können („... dass nicht immer alles einen hundertprozentig vorgeschriebenen strengen Dienstweg geht ...“ [Interview 4, Pos. 26]). Zudem wurde erneut und mehrfach erwähnt, wie bedeutsam Kollegialität, Kommunikation und die Arbeit in einem sympathischen Team für die Probandinnen / Probanden auch in Zukunft ist („das Kollegiale, die Kollegen, dass man sich aufeinander verlassen kann [...] wenn die Materialien passen und die Kommunikation im Team passt.“ [Interview 10, Pos. 23]).

4.1.2.10 Sonstiges

Diese Kategorie beinhaltet Informationen aus einer offenen Frage. Die Antworten deuten darauf hin, dass es sich um Wünsche und Anmerkungen der Probandinnen / Probanden handelt, die ganz besondere Berücksichtigung finden sollen, die jedoch in den vorab gestellten Fragen keine Berücksichtigung fanden. Der nachfolgenden Tabelle 4.9

können die kodierten Segmente dieser Kategorie in Abhängigkeit von der Anzahl der Gesamtcodes je Interview entnommen werden.

Tabelle 4.9: Kodierte Segmente im Verhältnis zu den Gesamtsegmenten der Kategorie ‚Sonstiges‘

Dokumentname	Codierte Segmente	Sonstiges
Interview 2	28	1
Interview 7	23	1
Interview 4	32	0
Interview 3	37	2
Interview 8	30	0
Interview 10	28	3
Interview 6	31	0
Interview 5	49	2
Interview 9	45	0
Interview 1	52	0

In der Kategorie ‚Sonstiges‘ wurden die folgenden Themenkomplexe ermittelt: (1) Kommunikationsmängel, (2) Arbeitszufriedenheit, (3) Rechtliche Aspekte, (4) Ausbildungsqualität und (5) Arbeitsmotivation.

Mehrere Probandinnen / Probanden wiesen auf die hohe Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Rettungsdienst hin („... wie wichtig das Zwischenmenschliche ist, um das auch im Job, gerne hinzugehen, das länger auszuhalten oder dem länger standzuhalten, der Belastung ...“ [Interview 2, Pos. 39]). Zudem wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass der Job im Rettungsdienst viel Spaß macht und eine sinnvolle Tätigkeit ist („... ein sehr schöner Arbeitsplatz ist und dass ich mir zum aktuellen Zeitpunkt nicht vorstellen kann, etwas anderes zu machen.“ [Interview 5, Pos. 34]). Die Zufriedenheit mit dem Job wäre besser, wenn Hierarchien eine weniger bedeutsame Rolle spielen würden („... da das von der Führung zum Mitarbeiter runter halt auch wesentlich schlechter gelaufen ist, weil es nicht wahrgenommen worden.“ [Interview 7, Pos. 32]). Als besonders wichtig wurde auch benannt,

dass Auszubildende nicht dahingehend missbraucht werden sollten, um mangelnde Fachkräfte zu ersetzen. So war es dem Probanden wichtig, dass sich Auszubildende dem Kompetenzzuwachs widmen („... dass Auszubildende sind und nicht irgendwo auf einem KTW Einspringen, wenn keine Leute da sind ...“ [Interview 10, Pos. 34]).

4.2 Auswertung der Fragebögen der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter

Nachfolgend finden sich Informationen zur Kategorienbildung im Kontext der Befragung von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern.

Die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern stellt einen zentralen Pfeiler in der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen präklinischen Notfallversorgung dar. Ein wesentliches Bindeglied zwischen Theorie und Praxis bilden dabei die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, deren Perspektiven einen wertvollen Einblick in die strukturellen, kommunikativen und emotionalen Herausforderungen der Ausbildung im Rettungsdienst gewähren. Die vollständige Analyse basiert auf umfangreichen Rückmeldungen von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern und identifiziert zentrale Problembereiche sowie Entwicklungsbedarfe. Sie kann im Ergebnisteil dieser Untersuchung eingesehen werden. Die nachfolgenden Tabelle 4.10 und Tabelle 4.11 beinhalten die Kategorienbezeichnung, die Kodierregeln sowie ein Ankerbeispiel je Kategorie, getrennt nach den Befragungszeitpunkten 1 und 2:

Tabelle 4.10: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 1)

Hauptkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Anerkennung und berufliche Identifikation	Wertschätzung in Beruf und in der Tätigkeit als Praxisanleiterin / Praxisanleiter; Berufliche Identifikation, auch als Praxisanleiterin / Praxisanleiter	„Es fehlt an Verständnis für den Beruf des Notfallsanitäters.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 74)
Pädagogische Unterstützung und Qualifizierung	Pädagogische Unterstützung in der theoretischen Ausbildung und Praxis	„Die Problemlösung mit dem Azubi fällt mir sehr schwer wenn er zum Beispiel Lernschwächen oder Probleme mit der Kommunikation hat.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 23)
Kommunikationsdefizite und Einbindung	Allgemeine Schwierigkeiten in Kommunikations- und Informationsprozessen	„Ich hätte gerne mehr fachlichen Austausch mit anderen Fachdiensten wie Polizei und Feuerwehr.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 22)
Psychosoziale Belastung und Unterstützung	Freizeitbeschäftigung, regelmäßige und unregelmäßige	Wie gehe ich damit um wenn jemand sexuell belästigt wird. Es muss in dem Bereich mehr Aufklärung und Prävention betrieben werden.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 39)

Tabelle 4.10: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 1)

Hauptkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite	Probleme in der Organisation und / oder Struktur der Ausbildung / der beruflichen Tätigkeit	„Schüler müssen ihren LKW-Führerschein selbst bezahlen und machen, obwohl dieser in der Ausbildung nicht vorgeschrieben ist.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 9)

Tabelle 4.11: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 2)

Hauptkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Stärkung der professionellen Identität und Reflexionskompetenz	Auswirkungen des Kurses auf die Einstellung zur Kommunikation Wissenszuwachs hinsichtlich der Reflexion	„Es fehlt an Verständnis für den Beruf des Notfallsanitäters.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 74)
Kollegialität und Austausch	Bewertung des kollegialen Austausches	„Die Problemlösung mit dem Azubi fällt mir sehr schwer, wenn er zum Beispiel Lernschwächen oder Probleme mit der Kommunikation hat.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 23)
Relevanz und Umsetzbarkeit für den Arbeitsalltag	Bewertung des Kurses hinsichtlich der Praxis	„Ich hätte gerne mehr fachlichen Austausch mit anderen Fachdiensten wie Polizei und Feuerwehr.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 22)

Tabelle 4.11: Kategorienbezeichnung, Kodierregeln und Ankerbeispiel (Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, Befragungszeitpunkt 2)

Hauptkategorie	Kodierregeln	Ankerbeispiel
Persönliche Entwicklung und Motivation	Einflüsse des Kurses auf die persönliche Entwicklung und die Motivation	„Wie gehe ich damit um wenn jemand sexuell belästigt wird. Es muss in dem Bereich mehr Aufklärung und Prävention betrieben werden.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 39)
Kritische Selbstreflexion und systemische Perspektive	Allgemeine Wirkung des Kurses auf die Selbstreflexion und Einstellung zur beruflichen Tätigkeit	„Schüler müssen ihren LKW-Führerschein selbst bezahlen und machen, obwohl dieser in der Ausbildung nicht vorgeschrieben ist.“ (Fragebogen Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zu allgemeinen Themen, Pos. 9)

4.3 Ergebnisse der Befragung von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern vor der Fortbildung

An der Befragung vor der Fortbildung beteiligten sich 58 Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter. Im Rahmen der Datenanalyse der Fragebögen, die an die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter vor der Fortbildung ausgegeben wurden, konnten 5 Kategorien ermittelt werden: (1) Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite, (2) Kommunikationsdefizite und fehlende Einbindung, (3) Pädagogische Unterstützung und Qualifizierung, (4) Psychosoziale Belastung und Unterstützung und (5) Anerkennung und berufliche Identifikation. Wie in Abbildung 4.3 ersichtlich, wurden mit 27 (38,0%) die meisten kodierten Segmente in der Kategorie ‚Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite‘ ermittelt.
Die Rolle von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern in der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern ist zentral für die Qualität und Wirksamkeit der berufspraktischen Qualifizierung. Ihre Rückmeldungen geben einen tiefen Einblick in die gegenwärtigen Herausfor-

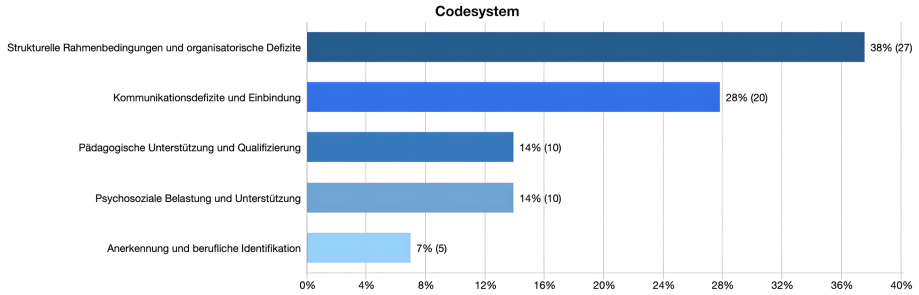

Abbildung 4.3: Verteilung der kodierten Segmente innerhalb des Kategoriensystems der Fragebögen von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern

derungen der Ausbildungspraxis im deutschen Rettungsdienst. Die nachfolgende Analyse systematisiert diese Rückmeldungen in fünf zentrale Problemfelder: strukturelle Defizite, mangelnde Kommunikation, pädagogische Herausforderungen, psychosoziale Belastungen sowie Fragen der beruflichen Identifikation und Kultur.

4.3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite

Ein zentrales Thema für die befragten Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter war die unzureichende strukturelle Einbettung der Praxisanleitung in den regulären Dienstbetrieb: „Ich fände es sinnvoll den Rettungssanitäter in die Ausbildung der Azubis mit einzubinden“ (Fragebogen 1, Pos. 30). Viele Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter berichteten, dass der Dienstplan keine verlässlichen Freiräume für Einweisungen, Reflexionsgespräche oder gezielte Schulungseinheiten lässt: „Die zeitliche Einplanung der Gespräche mit dem Schüler (Einführungs-, Abschluss- und Lernbedarfsgespräch) wird vom Dienstplaner immer als schwierig empfunden“ (Fragebogen 1, Pos. 34). Hinzu kommen Überstunden, mangelnde Pausenzeiten, wenig Zeit und unklare Zuständigkeiten bei der Diensteinteilung von Auszubildenden: „Es fehlt die Zeit bzw. es gibt nicht genug Praxisstunden um die Auszubildenden zufriedenstellend auszubilden“ (Fragebogen 1, Pos. 76)

Auch infrastrukturelle Mängel wurden deutlich benannt: Technische Ausfälle (z. B. fehlerhafte Geräte wie das Nidapad), schlechte

Fahrzeugzustände und eine überalterte Ausbildungsstruktur wirken sich negativ auf die Ausbildungsqualität aus: „Der Fahrzeugzustand im Rettungsdienst ist schlecht“ (Fragebogen 1, Pos. 67). Besonders kritisch wird die Praxis beurteilt, dass Auszubildende ihren LKW-Führerschein selbst finanzieren müssen, obwohl dies nicht verpflichtender Bestandteil der Ausbildung ist: „Schüler müssen ihren LKW-Führerschein selbst bezahlen und machen, obwohl dieser in der Ausbildung nicht vorgeschrieben ist“ (Fragebogen 1, Pos. 7).

4.3.2 Kommunikationsdefizite und Einbindung

Ein zentrales Problemfeld ist die mangelnde Kommunikation – sowohl innerhalb der Rettungswachen als auch zwischen den verschiedenen Ausbildungspartnern (Schule, Führung, Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter): „Ich würde mir eine bessere Kommunikation zwischen Schule, Klassenleiter und Praxisanleiter wünschen“ (Fragebogen 1, Pos. 33). Die Informationspolitik wird als intransparent beschrieben, wichtige Informationen zu fachlichen Neuerungen oder organisatorischen Änderungen erreichen die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter nur unzureichend oder verspätet: „Ich bin unzufrieden mit der Art wie im Rettungsdienst untereinander kommuniziert wird und hätte gerne mehr gute Gespräche“ (Fragebogen 1, Pos. 52). Die Rückmeldungen machen deutlich, dass viele Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter sich nicht als gleichwertige Partnerinnen / Partner im Ausbildungsprozess wahrgenommen fühlen und eine stärkere Einbindung in schulische und strukturelle Entscheidungen fordern: „Ich würde gerne mehr mit eingebunden werden von der Schule, wenn es um meine Auszubildenden geht“ (Fragebogen 1, Pos. 13).

Die interne Kommunikation wird ebenfalls als defizitär beschrieben: Wertschätzung im Team, klare Absprachen zur Schülerintegration und ein professioneller Umgang miteinander fehlen häufig: „Ich empfinde die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Rettungsdienst- und Wachleitung sehr asymmetrisch und unangepasst“ (Fragebogen 1, Pos. 44). Hierdurch entstehen Spannungen, die sich negativ auf das Lernklima und die Motivation aller Beteiligten auswirken: „Man fühlt sich oft von der Führung allein gelassen, wenn es um die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter geht“ (Fragebogen 1, Pos. 10).

4.3.3 Psychosoziale Belastung und Unterstützung

Viele Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter berichten von einer hohen emotionalen Belastung: „Man ist öfter demotiviert als motiviert im Beruf“ (Fragebogen 1, Pos. 2). Die Konfrontation mit belastenden Einsätzen, ein geringes Maß an Unterstützung durch die Führungskräfte sowie ein Mangel an Angeboten zur Supervision und Reflexion verstärken die psychische Beanspruchung: „Ich wünsche mir mehr Unterstützung bei belastenden Erlebnissen im Beruf für mich, meine Kollegen und meine Auszubildenden“ (Fragebogen 1, Pos. 16). Auch die ständige Erreichbarkeit – etwa durch Anrufe in der Freizeit – wird als Eingriff in die Work-Life-Balance wahrgenommen und führt zu Unzufriedenheit: „Anrufe in der Freizeit sind nicht wertschätzend, stressen mich unnötig und das nervt mich, weil dadurch meine Work-Life-Balance gestört wird“ (Fragebogen 1, Pos. 12).

Hinzu kommt die Schwierigkeit, mit Auszubildenden umzugehen, die Lernschwächen oder Kommunikationsprobleme aufweisen: „Es fällt mir schwer meinen Schülern zu helfen, wenn sie mit Problemen in der Schule auf mich zukommen“ (Fragebogen 1, Pos. 53). In solchen Fällen fühlen sich viele Praxisanleiter allein gelassen und wünschen sich konkrete Hilfestellungen, etwa in Form von Fortbildungen, Lehrmethoden oder dem Einsatz digitaler Medien: „Ich hätte gerne mehr digitale Medien wie Apps etc. für meine Schüler (Azubi) um ihren Lernprozess zu fördern“ (Fragebogen 2, Pos. 43).

4.3.4 Pädagogische Unterstützung und Qualifizierung

Die Anforderungen an Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter sind vielfältig, doch fehlt es häufig an entsprechender Qualifizierung und Begleitung: „Ich tue mir schwer Praxistage für die Auszubildenden aufzubauen und bräuchte dazu Tipps und Tricks“ (Fragebogen 2, Pos. 40). Viele Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter äußern Unsicherheiten im Hinblick auf die Gestaltung von Praxistrainings, Einsatznachbesprechungen oder die Vorbereitung auf Prüfungen (z. B. 2a-Kompetenzprüfung): „Ich hätte gerne eine Fortbildung zu 2a/2c Maßnahmen“ (Fragebogen 2, Pos. 45). Auch das Erkennen und Bearbeiten von Mobbing, sexueller Belästigung oder Generationskonflikten bereitet Schwierigkeiten: „Wie gehe ich damit um wenn jemand sexuell belästigt wird. Es muss

in dem Bereich mehr Aufklärung und Prävention betrieben werden“ (Fragebogen 1, Pos. 37).

Ein Wunsch nach innovativen Lehrmethoden, strukturierten Konzepten zur Beurteilung und einer besseren Ausbildung in Didaktik ist deutlich spürbar: „Ich würde mich freuen über neue Lehrmethoden und wie man diese am Auszubildenden anwendet“ (Fragebogen 1, Pos. 18). Gleichzeitig besteht der Wunsch nach mehr Austausch mit anderen Fachdiensten wie Feuerwehr oder Polizei sowie unter Kollegen im eigenen Dienst: „Ich hätte gerne mehr fachlichen Austausch mit anderen Fachdiensten wie Polizei und Feuerwehr“ (Fragebogen 1, Pos. 20).

4.3.5 Anerkennung und berufliche Identifikation

Viele Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter berichteten von einem allgemeinen Mangel an Wertschätzung – sowohl durch Vorgesetzte als auch im Kollegenkreis: „Es fehlt mir an Wertschätzung“ (Fragebogen 1, Pos. 49). Die zunehmende Ökonomisierung und Bürokratisierung des Rettungsdienstes, verbunden mit der Abnahme sinnvoller Einsätze und einem Zuwachs an Bagatellalarmierungen, führen zu einem schleichenden Verlust der beruflichen Identifikation und Motivation: „Ich finde die immer mehr werdenden Bagatelleinsätze im Rettungsdienst belastend“ (Fragebogen 1, Pos. 56). Die Zusammenarbeit zwischen Notfallsanitätern und Rettungssanitätern ist zudem oft durch Hierarchiedenken und mangelnde Teamkultur belastet: „Die Führung kann sich nicht in die Problematik der Mitarbeiter hineinversetzen“ (Fragebogen, Pos. 9). Zudem wurde eine Modernisierung der Ausbildung gewünscht: „Die Rettungssanitäter-Ausbildung gehört angepasst an die neuen Erfordernisse auf dem Rettungswagen“ (Fragebogen 1, Pos. 36).

4.4 Auswertung der Interviews mit Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern nach der Fortbildung

An der Befragung nach der Fortbildung beteiligten sich 58 Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter. Nach der Fortbildung erhielten die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter erneut einen Fragebogen mit einer offenen Frage. Im Rahmen der Datenanalyse dieses Fragebogens wurden 5 Kategorien ermittelt: (1) Kritische Selbstreflexion und systemische

Perspektive, (2) Persönliche Entwicklung und Motivation, (3) Relevanz und Umsetzbarkeit für den Arbeitsalltag, (4) Förderung von Kollegialität und Austausch und (5) Stärkung der professionellen Identität und Reflexionskompetenz. Abbildung 4.4 kann entnommen werden, dass mit 27 (38,0%) die meisten kodierten Segmente in der Kategorie ‚Strukturelle Rahmenbedingungen und organisatorische Defizite' ermittelt wurden.

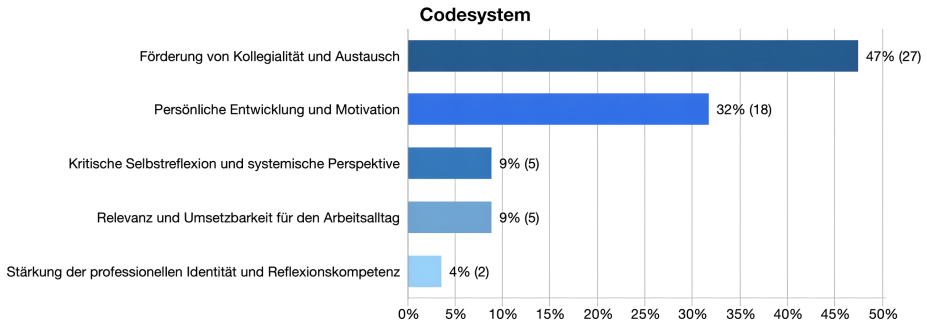

Abbildung 4.4: Verteilung der kodierten Segmente innerhalb des Kategoriensystems der Fragebögen von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern nach der Fortbildung

Die Integration psychodynamischer Reflexionsmethoden wie der Balint-Arbeit in die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern bietet neue Potenziale für eine tiefere Auseinandersetzung mit zwischenmenschlichen und institutionellen Herausforderungen im Rettungsdienst. Die Balint-Methode, ursprünglich zur Förderung ärztlicher Gesprächskompetenz entwickelt, ermöglicht es auch im Kontext des Rettungsdienstes, emotionale, kommunikative und strukturelle Dynamiken praxisnah zu reflektieren. Die vorliegende qualitative Auswertung von Rückmeldungen nach einer Fortbildung zur Balint-Methode verdeutlicht die hohe Relevanz dieses Ansatzes für die Ausbildungspraxis.

4.4.1 Förderung von Kollegialität und Austausch

Ein wiederkehrender Aspekt in den Rückmeldungen war der als sehr positiv empfundene kollegiale Austausch: „Heute hat mir besonders geholfen, dass die Diskussion konstruktiv und kollegial geführt wurde"

(Fragebogen 2, Pos. 9–10). Die offene und wertschätzende Gesprächsatmosphäre wurde hervorgehoben, ebenso wie die Erkenntnis, dass viele Herausforderungen in der Ausbildung – etwa im Umgang mit strukturellen Defiziten oder generationenbedingten Unterschieden – nicht isoliert, sondern systemisch bedingt sind: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mir einen Merksatz kreieren konnte, der da lautet: Kommunikation ist wichtig, Austausch muss mehr stattfinden, Situationen nicht einfach hinnehmen sondern versuchen zu lösen bzw. selbständig Lösungen finden“ (Fragebogen 2, Pos. 57). Diese Erkenntnis wirkte entlastend und motivierend: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich angeregt und erinnert wurde, mich in andere Sichtweisen hineinzuversetzen“ (Fragebogen 2, Pos. 58). Der Austausch mit Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern anderer Träger wurde als Bereicherung empfunden, da er neue Sichtweisen und Lösungsstrategien offenbarte: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mal wieder ehemalige Kollegen gesehen habe, um mich mit denen auszutauschen“ (Fragebogen 2, Pos. 37).

4.4.2 Persönliche Entwicklung und Motivation

Die Fortbildung förderte laut den Teilnehmerinnen / Teilnehmern nicht nur die fachliche, sondern auch die persönliche Weiterentwicklung: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich Lust bekommen habe mich zuhause nochmal mit dem heute erlernten zu beschäftigen“ (Fragebogen 2, Pos. 6). Viele berichteten, sich ernst genommen, gesehen und zur weiteren Auseinandersetzung mit den Inhalten motiviert zu fühlen: „Heute hat mir besonders geholfen, dass es einen regen Austausch gab von Praxisanleitern verschiedener Arbeitgeber und ich dabei neue Sichtweisen und Möglichkeiten kennen gelernt habe“ (Fragebogen 2, Pos. 38). Die Atmosphäre wurde als entspannt, offen und anregend beschrieben – ein entscheidender Faktor für Lernprozesse, die auf Selbsterkenntnis und Perspektivwechsel beruhen: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich durch diese lockere Atmosphäre gut mitmachen konnte und am Unterricht beteiligen konnte“ (Fragebogen 2, Pos. 12). Besonders wirksam war die Erfahrung, dass es kein ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ gibt, sondern ein Spektrum an Sichtweisen, das zur besseren Einordnung komplexer Situationen beiträgt: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich nun weiß dass es auch wichtig ist, die Umstände, Rahmenbe-

dingungen, Vorgeschichte und andere Details zu kennen“ (Fragebogen 2, Pos. 20).

4.4.3 Kritische Selbstreflexion und systemische Perspektive

Ein weiterer bedeutsamer Effekt der Fortbildung war das Infragestellen eigener Überzeugungen sowie das Bewusstwerden struktureller Rahmenbedingungen im Ausbildungsalltag: „Heute hat mir besonders geholfen, dass die Balint-Arbeit dazu einlädt andere Sichtweisen zu durchdenken und dadurch eine offene Sicht auf eine bestehende Problematik zu erhalten“ (Fragebogen 2, Pos. 24). Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer formulierten, dass die Balint-Arbeit dazu einlädt, voreingenommene oder engstirnige Sichtweisen zu hinterfragen: „Heute hat mir besonders geholfen, dass durch die heutige Fortbildung in Salutogenese und Balint-Arbeit, die mitgebrachte sehr voreingenommene, engstirnige Sichtweise anderer dazu führte, das eigene Denken und Handeln zu hinterfragen“ (Fragebogen 2, Pos. 23). In diesem Zusammenhang wurde auch betont, dass es nicht Aufgabe der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter sei, jedes Problem für Auszubildende zu lösen. Vielmehr gehe es darum, Orientierung zu geben, Reflexionsräume zu öffnen und Lernprozesse zu begleiten – ein Paradigmenwechsel im Selbstverständnis der Anleitenden: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich dem Auszubildenden nur die Richtung auf dem Weg zeige und zulasse, dass er diesen Weg selber gehen muss“ (Fragebogen 2, Pos. 40).

4.4.4 Relevanz und Umsetzbarkeit für den Arbeitsalltag

Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer betonten, dass die Inhalte der Fortbildung praxisnah, realitätsbezogen und leicht auf den Arbeitsalltag übertragbar waren: „Heute hat mir besonders geholfen, dass der Fortbildungsinhalt sinnvoll und leicht umsetzbar auf den Rettungswachen ist“ (Fragebogen 2, Pos. 5). Es wurde als hilfreich empfunden, dass die Balint-Arbeit nicht theoretisch-abstrakt, sondern anhand realer Fallbeispiele durchgeführt wurde: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich auf meinem mitgebrachten Fall eine neue Sichtweise bekommen habe. (Fragebogen 2, Pos. 25). Auch die Verbindung zur Salutogenese wurde als gewinnbringend wahrgenommen, da sie die Gesundheitsressourcen der Ausbilderinnen / Ausbilder und Auszubildenden gleichermaßen in

den Fokus rückte: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich entdeckt habe, dass Salutogenese und Balint-Arbeit durchaus praktikabel ist“ (Fragebogen 1. 17–18). Die Reflexion eigener Denk- und Handlungsmuster wurde durch die Methode angestoßen, was als Beitrag zur Professionalisierung erlebt wurde: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gelernt habe, dass es kein müssen oder sollen gibt, sondern man den Weg begleitet, ohne eine Meinung anzugreifen und damit den Auszubildenden permanent in eine Verteidigungsposition zu bringen“ (Fragebogen 2, Pos. 56).

4.4.5 Stärkung der professionellen Identität und Reflexionskompetenz

Zahlreiche Teilnehmerinnen / Teilnehmer berichteten, dass sie durch die Fortbildung ein neues Bewusstsein für die Bedeutung kommunikativer Prozesse in der Praxisanleitung entwickelt haben: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich durch die Methoden erfahren habe, dass es bei den anderen Arbeitgebern ähnliche Probleme gibt und man dadurch doch nicht nur Einzelkämpfer ist“ (Fragebogen 2, Pos. 16). Besonders hilfreich war die Erkenntnis, dass Kommunikation ein zentraler Schlüssel zu einer erfolgreichen Begleitung von Auszubildenden ist: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich dem Auszubildenden nur die Richtung auf dem Weg zeige und zulasse, dass er diesen Weg selber gehen muss“ (Fragebogen 2, Pos. 40). Die Balint-Methode wurde als geeignetes Handwerkszeug beschrieben, um komplexe oder konflikthafte Situationen besser zu verstehen und pädagogisch sinnvoll zu gestalten: „Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gelernt habe, dass man durch diese Methode im Kurs andere Sichtweisen zu hören bekommt, um damit Konflikte und Probleme zu lösen oder verstehen zu können“ (Fragebogen 2, Pos. 7). Insbesondere die Möglichkeit, eigene Fälle einzubringen und durch die Perspektiven anderer zu reflektieren, führte zu neuen Einsichten und Handlungsspielräumen: „Heute hat mir besonders geholfen, dass die Balint-Arbeit dazu einlädt, andere Sichtweisen zu durchdenken und dadurch eine offene Sicht auf eine bestehende Problematik zu erhalten“ (Fragebogen 2, Pos. 24).

5 Diskussion

Das folgende Kapitel 5 umfasst zunächst eine Diskussion, innerhalb derer die ermittelten empirischen Ergebnisse mit dem Forschungsstand verknüpft werden. Im zweiten Teil liegt der Fokus stärker auf der Arbeit in Balint-Gruppen und bietet damit einen eher praxisorientierten Ansatz. Das Kapitel beinhaltet zudem Hinweise zu den Limitationen dieser Untersuchung, einen Ausblick und ein abschließendes Fazit.

5.1 Ergebnisdiskussion

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass persönliche Ressourcen von Notfallsänitäterinnen / Notfallsanitätern eine zentrale Rolle bei der Verarbeitung beruflicher Belastungen spielen. So bezogen sich 56% der codierten Segmente im Bereich ‚Persönliche Ressourcen' auf außerberufliche Aktivitäten, insbesondere auf Hobbys und Freizeitaktivitäten. Die Befragten nannten Sport, kreative Tätigkeiten, die Zeit mit ihren Haustieren oder Gartenarbeit als primäre Formen des Ausgleichs zum Beruf. Diese Aussagen deuten darauf hin, dass persönliche Ressourcen einen Schutzmechanismus darstellen, der dazu beiträgt, arbeitsbedingte Anforderungen zu regulieren und emotionale Distanz zu den belastenden Situationen im Beruf herzustellen. Aus Sicht der Resilienzforschung bestätigen diese Ergebnisse zentrale Annahmen des Resilienz-Konzeptes. Resilienz ist nicht nur ein individueller Wesenszug, sondern ein dynamischer Anpassungsprozess, der durch Schutzfaktoren gestützt wird (Luthar et al., 2000). Zu diesen Schutzfaktoren zählen sowohl soziale Beziehungen als auch persönliche Ressourcen wie Hobbys, körperliche Aktivität oder kreative Ausdrucksformen. Wagnild und Young (1993) betonen in ihrem Resilience-Scale-Modell insbesondere die Rolle der Selbstwirksamkeit, Lebensfreude und Selbstakzeptanz als zentrale, die Resilienz fördernde Komponenten. Freizeitaktivitäten können dabei als konkrete Handlungsstrategien zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts verstanden werden. Die Aussage einer interviewten Person: *„Ich kann durch Sport abschalten und nehme weniger*

mit nach Hause“ verdeutlicht diesen Zusammenhang exemplarisch, denn hier wird sportliche Betätigung als Coping-Strategie genutzt, um die emotionale Dauerbelastung zu reduzieren und eine gesunde Abgrenzung zur Arbeit zu ermöglichen.

Diese Form der aktiven Emotionsregulation stärkt nicht nur die psychische Stabilität, sondern wirkt auch protektiv gegen chronische Erschöpfung und beugt dem Risiko sekundärer Traumatisierung vor, die beides Risikofaktoren im Rettungsdienst darstellen (Gayton & Lovell, 2012). Darüber hinaus können Freizeitaktivitäten zur Wiederherstellung des Kohärenzgefühls beitragen. Antonovsky (1997) beschreibt das Erleben von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit als zentrale Kriterien für die langfristige psychische Gesundheit in hochbelasteten Berufsgruppen. Die Ergebnisse unterstreichen somit, wie essenziell es ist, die Entwicklung und Pflege persönlicher Ressourcen in der präventiven Gesundheitsförderung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern aktiv zu unterstützen. Die Einbindung entsprechender Maßnahmen, beispielsweise von Supervision (Balint-Gruppen), Fortbildungen oder betrieblichen Gesundheitsprogrammen, sollte daher einen integrativen Bestandteil professioneller Praxis im Rettungsdienst darstellen und bereits innerhalb der Ausbildung behandelt und gefördert werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint insbesondere die Einbindung von Balint-Gruppen als reflexive Methode zur Förderung psychischer Gesundheit und Kommunikation im Rettungsdienst sinnvoll. Studien wie die von Koerfer et al. (1996) sowie Ryding et al. (2021) zeigen, dass die Teilnahme an Balint-Gruppen bei Ärztinnen / Ärzten zu einem verbesserten empathischen Gesprächsverhalten, größerer Perspektivübernahme und einer reduzierten emotionalen Belastung führt. Die hier erhobenen qualitativen Daten weisen ebenfalls darauf hin, dass Reflexionsmöglichkeiten, wie sie im Rahmen von Balint-Gruppen geboten werden, zur besseren Verarbeitung von belastenden Erlebnissen beitragen könnten. Besonders die offenen Gespräche nach Einsätzen, die im informellen Rahmen stattfinden, spiegeln das vorhandene Bedürfnis nach strukturierter emotionaler Verarbeitung wider.

Die hier ermittelten Ergebnisse zeigen weiterhin, dass der Großteil der befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter mit ihrem Beruf grundsätzlich zufrieden sind. Begründet wurde dies hauptsächlich mit dem Erleben von Sinnhaftigkeit, dem starken kollegialen Zusam-

menhalt, dem Gefühl von Selbstbestimmung sowie der Abwechslung im beruflichen Alltag. Nur eine der befragten Personen äußerte explizit Unzufriedenheit, wobei dies insbesondere auf die zunehmende Bürokratisierung sowie strukturelle Veränderungen durch einen Führungswechsel verursacht wurde.

Die Differenzierung zwischen globaler und bereichsspezifischer Zufriedenheit kann mit dem JD-R-Modell von Bakker und Demerouti (2007) erklärt werden. Das Modell geht davon aus, dass jede berufliche Tätigkeit durch zwei Dimensionen geprägt ist, den Arbeitsanforderungen (Zeitdruck, emotionale Belastung oder Verantwortung) sowie Arbeitsressourcen (Teamzusammenhalt, Autonomie, Rückmeldung und Entwicklungsmöglichkeiten). Arbeitsressourcen wirken dabei nicht nur als Puffer gegen Stress, sondern fördern aktiv Motivation und das berufliche Engagement (Bakker & Demerouti, 2017) (siehe hierzu auch Kapitel 2.5.3).

Die Aussagen der Teilnehmerinnen / Teilnehmer spiegeln diese Aspekte wider. Der kollegiale Zusammenhalt, die sinnvolle berufliche Tätigkeit und die Vielfalt der Einsatzsituationen stellen bedeutende Arbeitsressourcen dar, die zur positiven Bewertung des Berufs beitragen. Besonders hervorzuheben ist hier der Aspekt der Sinnstiftung. Studien belegen, dass Berufe mit hoher Sinnkomponente, beispielsweise der Rettungsdienst oder Pflegetätigkeiten, zwar mit hohen Belastungen verbunden sind, jedoch auch eine stark intrinsische Motivation und Bindung an den Beruf hervorrufen können, insofern die notwendigen strukturelle Ressourcen gegeben sind (Schaufeli & Taris, 2014; Weigl et al., 2016).

Diese strukturellen Ressourcen könnten, im Sinne der Ergebnisse von Mao et al. (2024) und Kannai et al. (2024), durch die regelmäßige Teilnahme an Balint-Gruppen ergänzt werden. So konnte in den genannten Studien gezeigt werden, dass sich nicht nur die Empathiefähigkeit, sondern auch psychische Belastungsindikatoren wie Angst, Depression und Stress durch Balint-Interventionen signifikant verringern ließen. Die in dieser Studie identifizierten Belastungsfaktoren wie chronische Überforderung, fehlende Rückmeldung, hierarchische Spannungen oder Rollenunklarheiten entsprechen den Belastungssymptomen, die in der Balint-Forschung beschrieben wurden. Die daraus ableitbare Forderung nach regelmäßigen, professionell moderierten Gesprächsformaten ist daher evidenzbasiert gut begründet.

Gleichzeitig beschreiben die Teilnehmerinnen / Teilnehmer strukturelle Probleme (z. B. schlechte Organisation, personelle Engpässe, oder mangelnde Wertschätzung durch Führungskräfte). Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, wie schnell das Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen ‚kippen' kann. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass nicht die objektive Belastung über die berufliche Zufriedenheit entscheiden, sondern die Relation zwischen der objektiven Belastung und den Ressourcen eine subjektive Belastungslage abbildet. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, personale und organisationale Ressourcen gezielt zu stärken, wie dies im Rahmen von Supervision, Team-Building, aber auch resilienzfördernden Angeboten, wie Balint-Gruppen geschehen könnte.

Insbesondere der Aspekt der professionellen Identität, der in der Balint-Forschung als zentraler Bestandteil der Wirkung dieser Interventionsformen identifiziert wird (Ros et al., 2022; Torppa et al., 2008), konnte auch in dieser Untersuchung nachvollzogen werden. Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter berichteten nach einer Fortbildung in der Balint-Arbeit von einer stärkeren Klarheit bezüglich ihrer Rolle, einem bewussteren Umgang mit den eigenen emotionalen Reaktionen und einer gestärkten Haltung gegenüber Auszubildenden. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass Balint-Gruppen nicht nur der emotionalen Entlastung, sondern auch der Entwicklung beruflicher Identität und Rollenklarheit genutzt werden können. Besonders der Perspektivwechsel, ein zentrales Prinzip der Balint-Arbeit, wurde dabei von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern als hilfreich beschrieben, um belastende Situationen besser einordnen und reflektieren zu können.

Insbesondere die zwischenmenschlichen Spannungen werden von den Teilnehmerinnen / Teilnehmen im Beruf der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters als Herausforderung erlebt. Insbesondere Konflikte mit Kolleginnen / Kollegen, starke Hierarchien, mangelnde Wertschätzung, sowie die Ignoranz gegenüber fachlicher Einschätzung wurden von den Befragten als emotionale Belastung empfunden. Zudem wurde Unsicherheit im Umgang mit Kritik, sowohl in der Ausübung als auch in der Annahme, mehrfach thematisiert in den Interviews.

Diese Aspekte korrespondieren direkt mit den theoretischen Überlegungen zu Balint-Gruppen. Balint (1957) betonte, dass gerade in helfenden Berufen die Qualität der Beziehung zum Gegenüber, beispielsweise zu Patientinnen / Patienten, Angehörigen aber auch Kol-

leginnen / Kollegen eine zentrale Quelle von Belastungen, aber auch von beruflicher Erfüllung sein kann. Balint-Gruppen können hier einen sicheren Reflexionsraum schaffen, in dem diese Beziehungsebene sichtbar und hörbar gemacht wird und anschließend verarbeitet werden kann. Das Ziel ist hierbei nicht die schnelle und sofortige Lösung des Problems. Vielmehr stehen das Verständnis der eigenen Anteile und die unbewussten Erwartungen in Bezug auf diese Konflikte im Vordergrund.

In der Studie wurden insbesondere Rollenkonflikte mehrfach thematisiert. So berichteten Teilnehmerinnen / Teilnehmer beispielsweise, dass sie als erfahrene Fachkräfte übergangen wurden oder sie sich durch in der Hierarchie über ihnen stehende Kolleginnen / Kollegen abgewertet fühlten. Wenn Einsatzkräfte das Gefühl haben, dass ihre Erfahrung oder Einschätzung nicht gehört wird, entsteht ein doppelter Stressor, denn einerseits besteht in der Regel Sorge um die Patientin / den Patienten, andererseits wird in dieser angespannten Situation die professionelle Identität verletzt. Dies ist nicht nur unter psychologischen Gesichtspunkten frustrierend, sondern kann auch zu einer Abnahme der Arbeitsmotivation führen. Studien aus dem Bereich der organisationalen Gesundheitsforschung zeigen, dass fehlende Anerkennung einer der stärksten Prädiktoren für Burnout und berufliche Abwendung, auch als ‚innere Kündigung' bezeichnet, ist (Siegrist, 2006; Maslach & Leiter, 2016).

Ein weiteres zentrales Thema ist der Umgang mit Kritik, wie die Aussagen der Befragten zeigten. Hier bestand einerseits Unsicherheit in der korrekten Formulierung von Kritik, da nicht der Wunsch bestand, eine Kollegin / einen Kollegen absichtlich zu verletzen. Andererseits wurde Kritik an der eigenen Person häufig als persönlicher Angriff verstanden. Dieses Spannungsfeld weist auf Defizite in der Kommunikationskultur, in der offenbar weder wertschätzende Kritik noch eine metakognitive Form der Kritik geübt wurde. Balint-Gruppen können hier eine strukturierte Möglichkeit bieten, Kritik als professionelle Intervention aufzufassen und das (konstruktive) Feedback von Kolleginnen / Kollegen als Lernimpuls zu verstehen. Wie Schulz von Thun (2013) betont, ist die Fähigkeit, auf der Beziehungsebene zu kommunizieren, essenziell für den konstruktiven Austausch, ganz besonders in belastenden Situationen.

Die Rolle von Kommunikation im Team und der Wunsch nach Supervision wurde in den Aussagen der Befragten deutlich. So beschrieben die befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter Kommunikation nicht nur als funktionales Mittel zur Koordination und Informationsvermittlung. Vielmehr betrachteten sie Kommunikation als entscheidenden Faktor für emotionale Entlastung, erfuhren durch Kommunikation Sicherheit in ihrem eigenen Handeln und beschrieben die Kommunikation als zentralen Faktor für die Arbeitszufriedenheit. Häufig wurde insbesondere die offene kollegiale Kommunikation nach belastenden Einsätzen hervorgehoben, beispielsweise auf der Rückfahrt von einem Einsatz oder auch nach belastenden Schichten. Es wurde aber auch deutlich, dass eine professionelle Form der kommunikativen Entlastung, beispielsweise in Form einer Supervision oder in Form der Teilnahme an Balint-Gruppen (außerhalb dieser Untersuchung) selten in Anspruch genommen wurde.

Diese Aussagen weisen auf ein Spannungsfeld hin, das in der Arbeits- und Organisationspsychologie bereits vielfach untersucht wurde. Kommunikation hat im Team nicht nur eine instrumentelle Rolle, sondern sie erfüllt auch einen sozial-emotionalen Zweck (Salas et al., 2005). Gerade in Hochrisikoberufen wie dem Rettungsdienst wirkt Kommunikation als Puffer gegenüber hohen Belastungen und Stress. Sie fördert Vertrauen, ermöglicht die verbale Korrektur von Fehlern und trägt zur Entwicklung von (psychologischer) Sicherheit bei. Wenn Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter wissen, dass sie auch in angespannten Situationen Rückmeldung geben und Kritik äußern dürfen, dann verfügen sie über psychologische Sicherheit, ohne dass sie negative Konsequenzen fürchten müssen (Edmondson, 1999). Es zeigte sich innerhalb dieser Untersuchung jedoch, dass die psychologische Sicherheit nicht durchgehend vorhanden war. Vielmehr wurde Kritik vielfach als Angriff gewertet oder beruhte auf Rollenkonflikten, beispielsweise mit Führungskräften. Diese Ergebnisse decken sich mit Beschreibungen von Manser (2009), wonach Defizite in der Kommunikation, insbesondere das Fehlen einer gemeinsamen Reflexionskultur, zu Spannungen, Ineffizienz und im schlimmsten Fall auch zu Behandlungsfehlern führen kann (Manser, 2009). Dies verdeutlicht die hohe Bedeutung der Supervision für Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter. Im Rahmen der Supervision eröffnet sich ein strukturierter Raum für das Erlernen von Kommunikation, für die Klärung von Rollen und

die Teamentwicklung. Insbesondere die Balint-Arbeit, wenn sie über die klassische Fallsupervision hinausgeht, ist hier wertvoll, da sie auf die Beziehungsebene zwischen Teammitgliedern und einem Gegenüber (Patientinnen / Patienten, Angehörigen aber auch Führungskräften) abzielt. In Balint-Gruppen können Kommunikationsstile reflektiert, wiederkehrende Konfliktmuster sichtbar gemacht und die Flexibilität im Kontext von Rollen gefördert werden (Gerdes et al., 2022).

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass Kommunikation im Team als soziale Ressource aufgefasst werden muss (Bakker & Demerouti, 2007). Die Qualität der Kommunikation schützt nicht nur die Sicherheit von Patientinnen / Patienten. Sie dient auch als wertvolle Ressource für die Gesundheit und Zufriedenheit von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern und kann eine wertvolle Ressource für die Weiterentwicklung darstellen. Die Funktion von Balint-Gruppen in der Förderung von psychologischer Sicherheit, Selbstreflexion und professionellem Wachstum, wurde auch international durch Metaanalysen gestützt (Gong et al., 2024). Die Tatsache, dass viele der in dieser Untersuchung beschriebenen Spannungsfelder (Rollenkonflikte, mangelnde Kritikfähigkeit, Beziehungsdynamiken) in Balint-Gruppen thematisiert und bearbeitet werden können, belegt die Relevanz dieser Formate für die Notfallmedizin. Es handelt sich dabei nicht nur um eine individuelle Entlastung, sondern um eine strukturierte Maßnahme mit systemischer Wirkung auf Teamkultur, Patientensicherheit und die Ausbildungsqualität.

Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter nehmen eine besondere Stellung ein, denn sie bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen pädagogischer Verantwortung, fachlicher Anleitung und struktureller Belastungen. In der ersten Erhebungsphase vor der Fortbildung dominierten Aussagen über strukturelle Defizite, eine hohe Arbeitsdichte, mangelnde Rückmeldung und auch hier das Gefühl von fehlender Wertschätzung. Nach der Fortbildung zeigten sich hier jedoch deutliche Veränderungen. Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer beschrieben nun ein erweitertes Reflexionsvermögen, eine gestärkte Haltung gegenüber Auszubildenden und eine klarere Vorstellung ihrer pädagogischen Rolle. Besonders auffällig war der häufige Bezug auf Selbstfürsorge, eigene Grenzen und ihre berufliche Haltung.

Diese Entwicklung lässt sich im Sinne einer theoretischen Herleitung mit dem Konzept der professionellen Identität erklären, welches

als dynamischer Prozess verstanden wird. Professionelle Identität entsteht hierbei nicht automatisch durch Berufserfahrung, sondern durch die kontinuierliche Selbstreflexion, das Aushandeln und die Reflexion von Rollenerwartungen und die Integration persönlicher und beruflicher Werte (Kelchtermans, 2009). Gerade in emotional belasteten Berufsfeldern wie dem des Rettungsdienstes stellt diese Identitätsarbeit eine wichtige Ressource dar, da sie sowohl zur Stabilisierung des Selbstbilds als auch zur Reduktion des Belastungsempfindens dienen kann (Vloet et al., 2010).

Balint-Gruppen bieten hier einen klar strukturierten Rahmen, in dem Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter ihre Rolle gegenüber Auszubildenden, Kolleginnen / Kollegen und Patientinnen / Patienten beleuchten und reflektieren können. Eine wichtige Komponente in diesem Rahmen ist der Perspektivwechsel. Die Frage: ‚*Was hat die Situation mit mir zu tun?*‘ kann dabei helfen nicht für jedes Problem eine Lösung suchen und finden zu wollen. Es kann auch eine Haltung der Reflexion bestehen bleiben, die wiederum im Einklang mit einem systemisch-professionellem Selbstverständnis steht. Hierdurch werden die Auszubildenden zwar auf ihrem Weg als Lernende begleitet, jedoch ohne die Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen zu müssen (Dewe & Otto, 2012).

Mehrere Teilnehmerinnen / Teilnehmer äußerten nach der Fortbildung explizit mehr Zufriedenheit mit der eigenen Rolle, einen bewussteren Umgang mit emotionalen Grenzen und das Bedürfnis, die erlernten Reflexionsmethoden regelmäßig anzuwenden. Dies kann darauf hindeuten, dass eine reaktive Belastungsverarbeitung eingesetzt hat und eine proaktive Klärung von Rollen beginnt. Gleichzeitig wurden das Schaffen von Lernatmosphäre, der Umgang mit unmotivierten Auszubildenden sowie die Bewertung beruflicher Professionalität als Teilbereiche benannt, in denen Balint-Gruppen konkrete Impulse lieferten. Zudem sind Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter eine wichtige Orientierungsfigur für Auszubildende, denn ihre Haltung, ihr Kommunikationsstil und ihr Umgang mit Konflikten wirken unmittelbar auf Auszubildende und prägen damit auch das professionelle Selbstverständnis von zukünftigen Kolleginnen / Kollegen. Supervision, wie sie im Rahmen von Balint-Gruppen stattfindet, ist somit nicht nur individuell unterstützend, sondern hat auch eine multiplikative Funktion für die Qualität

der Ausbildung und dem Beruf im Allgemeinen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011).

Die in dieser Studie identifizierten positiven Wirkungen von Supervision und Reflexion, insbesondere im Kontext der Balint-Arbeit, lassen sich inhaltlich mit den von Grawe (2004) definierten fünf allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse verbinden. Auch wenn Balint-Gruppen kein psychotherapeutisches Verfahren im engeren Sinne darstellen, so greifen sie dennoch zentrale psychologische Mechanismen auf, die Grawe als empirisch gesichert beschreibt. Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer berichteten wiederholt, dass sie durch die Balint-Arbeit neue Perspektiven auf sich selbst und ihren beruflichen Alltag gewinnen konnten. Diese Reinterpretation eigener Kompetenzen, das Wiederentdecken eigener Stärken (z. B. empathisches Zuhören, emotionale Selbstwahrnehmung) und der Austausch mit Kolleginnen / Kollegen führten zu einer Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens. Damit greifen Balint-Gruppen direkt den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung auf, indem sie bereits vorhandene Fähigkeiten ins Bewusstsein tragen und sie emotional zugänglich machen.

Ein zentrales Element der Balint-Arbeit ist die Vorstellung eines realen, emotional besetzten Falls aus der eigenen beruflichen Praxis. Dadurch wird das berufliche Erleben im aktuellen Moment aktualisiert, problematische Beziehungsmuster und Gegenübertragungen werden sichtbar und können emotional gespürt und bearbeitet werden. Wie Grawe (2004) beschreibt, ist diese Aktualisierung essenziell, damit maladaptive Schemata bearbeitet werden können. Die Gruppe bildet dabei ein sicheres Setting, in dem emotional belastende Inhalte offen angesprochen werden dürfen, wie sich in den hier vorliegenden Aussagen der Probandinnen / Probanden immer wieder darstellen ließ.

Zudem fördert die Balint-Arbeit die Auseinandersetzung mit eigenen Motiven, inneren Widersprüchen und Bedürfnissen. In der hier vorliegenden Untersuchung wurde dies insbesondere im Zusammenhang mit Rollenkonflikten, Unsicherheiten im Umgang mit Kritik oder fehlender Anerkennung deutlich. Die Gruppensituation unterstützt dabei die Klärung von inneren Spannungen, da alternative Sichtweisen durch Gruppenmitglieder angeboten werden, die zu einem integrativeren Selbstverständnis führen können.

Auch wenn Balint-Arbeit keine direkten Handlungsanweisungen bietet, eröffnet sie durch den angestrebten Perspektivwechsel und

kollektive Deutungen neue Interpretations- und Handlungsspielräume. In der hier untersuchten Fortbildung berichteten Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter beispielsweise von konkreten Veränderungen im Umgang mit Auszubildenden, einer veränderten Haltung zu kritischen Situationen sowie dem Wunsch, das Erlernte nachhaltig im Alltag einzusetzen. Dies entspricht Grawes Wirkfaktor der Problembewältigung im Sinne der Entwicklung neuer Denk- und Verhaltensmuster, hier übertragen auf den pädagogischen Kontext.

Während Grawe die therapeutische Allianz als Fundament aller Veränderungsprozesse beschreibt, wird in der Balint-Gruppe die Gruppenbeziehung zum zentralen Wirkfaktor. Vertrauen, Offenheit, Resonanz und das Erleben geteilter beruflicher Erlebnisse bilden hier das Fundament der Balint-Arbeit. Auch in den Rückmeldungen nach der Fortbildung wurde die kollegiale, wertschätzende und sichere Atmosphäre als besonders hilfreich beschrieben. Die Gruppe fungiert hierbei nicht nur als ‚Raum in dem alle Belastungen abgeladen werden können', sondern sie bietet durch die Interaktion auch neue Interpretationen und Wahrnehmungen des Erzählten.

5.2 Beantwortung der Hypothesen

Hypothese 1: Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter führen viele Schwierigkeiten im Beruf auf die Kommunikation zurück und / oder wünschen sich mehr Supervision hinsichtlich der Kommunikation.

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse bieten deutliche Anhaltspunkte dafür, dass kommunikative Belastungen und Reflexionsdefizite im Berufsalltag von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern eine zentrale Rolle spielen. Die Hypothese 1 kann auf Grundlage der erhobenen Daten daher deutlich gestützt werden.

Mehrere Teilnehmerinnen / Teilnehmer beschrieben explizit das Erleben, dass ihre fachliche Einschätzung im Einsatz von Kolleginnen / Kollegen oder ärztlichem Personal ignoriert oder übergangen wurde. Aussagen wie „Ich wurde nicht ernst genommen" oder „Ich musste meine Einschätzung zurückhalten" weisen auf eine Verletzung der professionellen Identität hin.

Diese Erfahrungen sind im Hinblick auf die sozialpsychologischen Rollentheorie (Kahn et al., 1964) als Ausdruck von Rollenkonflikten und

Unsicherheiten innerhalb von Hierarchien zu verstehen. Das Erlebnis, dass fachliche Expertise nicht zählt, kann das berufliche Selbstverständnis destabilisieren. Hier kann die Balint-Arbeit ansetzen, denn durch den Fokus auf Beziehungs- und Kommunikationsdynamiken wird ein Raum geschaffen, in dem solche Deutungsmuster erkannt, reflektiert und bearbeitet werden können (Balint, 1957; Fröhlich-Gildhoff et al., 2011).

Hypothesenbezug: Die Daten bestätigen, dass kommunikationsbezogene Spannungen im Kontext der beruflichen Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern als problematisch erlebt werden und Belastungen erzeugen bzw. verstärken. Für Hypothese 1 dieser Untersuchung kann demnach die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese angenommen werden.

Ein weiteres zentrales Thema war der Umgang mit Kritik. Die Befragten beschrieben, dass Kritik oft als Angriff aufgefasst wurde oder dass sie selbst Hemmungen haben, Kritik zu äußern. Auch das Erleben von Rückzug oder feindseligem Verhalten nach kritischen Situationen wurde von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern dieser Untersuchung geschildert.

Diese Problematik verweist auf ein nur geringes Ausmaß an psychologischer Sicherheit (Edmondson, 1999). Ohne den Aufbau von Vertrauen und einer verlässlichen Teamstruktur kann Kritik nicht als Lernimpuls aufgefasst werden. Vielmehr wird Kritik als Gefahr und einen persönlichen Angriff auf die Kompetenz wahrgenommen. Balint-orientierte Supervision kann hier durch strukturierte Reflexionen über reale Situationen kommunikative Resilienz und Rollenklarheit fördern (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011; Drexler, 2021).

Hypothesenbezug: Auch dieser Aspekt stützt Hypothese 1, denn Schwierigkeiten im beruflichen Alltag basieren viel auf gegenseitiger Kritik, und es besteht ein ausdrücklicher Wunsch nach Supervision, insbesondere zur Klärung von Feedbackprozessen.

Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass viele Konflikte auf implizite Rollenerwartungen zurückgeführt werden können, beispielsweise wenn erfahrene Kolleginnen / Kollegen auf Auszubildende treffen, die sich noch im Lernprozess befinden. Aussagen wie „Ich wusste nicht, ob ich eingreifen darf“ oder „Ich dachte, er übernimmt die Führung“ deuten auf fehlende Rollenklarheit hin.

Hier kann ein direkter Bezug zur Thematik dieser Arbeit hergestellt werden, denn die Balint-Methode ermöglicht, diese unsichtbaren Erwartungen sichtbar zu machen, sodass Handlungsspielräume zurückgewonnen werden können (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011). Insbesondere die Reflexion von Rollen und Rollerwartungen ist hierbei für Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter essenziell.

Hypothesenbezug: Die Hypothese 1 wird auch hier gestützt, da die Rollenunklarheit eindeutig kommunikative Probleme hervorruft, die von den hier Befragten auch als solche benannt wurden.

Zahlreiche Befragte beschrieben den Wunsch, schwierige Einsätze nachbesprechen zu können. Oft wurde dies auch spontan und unter Kolleginnen / Kollegen umgesetzt (auf der Rückfahrt von Einsätzen), jedoch wurden formelle Angebote, wie beispielsweise Supervision kaum in Eigeninitiative genutzt. Es wird deutlich, dass die Befragten belastende Einsätze emotional verarbeiten wollen und sich wünschen, dass sie dabei auf kollegiale Unterstützung hoffen und gerne zurückgreifen würden. Dies steht im Einklang mit dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) und Coping-Theorien (z. B. das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman, 1984), die beschreiben, dass Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit von Erfahrungen durch Austausch mit anderen Personen erhöht wird. Balint-Gruppen bieten hier eine strukturierte Erweiterung des ‚Rückfahrtgesprächs' und helfen, emotionale Auswirkungen schwieriger und belastender Einsätze direkt zu bearbeiten, ohne in Überidentifikation oder Zynismus verfallen zu müssen (Längle, 2020).

Hypothesenbezug: Hypothese 1 kann auch in diesem Teilbereich bestätigt werden, denn der Wunsch nach Supervision ist vorhanden, wenngleich bislang selten institutionell verankert und daher auch nur wenig in Anspruch genommen.

Ein besonders deutliches Ergebnis war der explizite Wunsch nach Supervision, sowohl zur emotionalen Entlastung als auch zur Reflexion von Kommunikationsprozessen. Aussagen wie „Wir brauchen eigentlich sowas wie Balint" oder „Wir sprechen zu wenig über das, was nicht läuft" belegen diesen Bedarf. Gleichzeitig wurde jedoch skeptisch geäußert, ob dies organisatorisch überhaupt möglich oder in der Kultur der Organisation überhaupt gewünscht sei.

Hier kann ein Rückbezug zu der Bedeutung der Organisationskultur vorgenommen werden, denn nur dann, wenn die Reflexion (und

Selbstreflexion), Emotionalität und Selbstfürsorge strukturell legitimiert sind und entsprechend gefördert werden, können Balint-Gruppen wirksam sein (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011; Siegrist, 2006).

Hypothesenbezug: Hier wird Hypothese 1 besonders deutlich bestätigt: Es besteht nicht nur ein hoher Bedarf, sondern auch ein konkreter Wunsch nach strukturierter Supervision zur Bearbeitung kommunikativer Belastungen und Schwierigkeiten.

Hypothese 2: Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter wünschen sich mehr emotionale Unterstützung im Beruf.

Die qualitative Auswertung zeigt deutlich, dass emotionale Belastung ein wiederkehrendes Thema in den Aussagen der Teilnehmerinnen / Teilnehmer war – insbesondere im Kontext schwieriger Einsätze, konflikthafter Teaminteraktionen und einer fehlenden Kultur der Fürsorge. Die Hypothese 2 kann auf Basis der Daten klar gestützt werden. Im Folgenden wird dies in fünf thematischen Abschnitten beschrieben.

Viele der hier befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter berichteten von den emotionalen Auswirkungen belastender Einsätze, insbesondere im Kontext von Todesfällen, dramatischen Unfällen oder Notfällen mit Kindern. In diesem Kontext wurden zwar häufig Gespräche erwähnt, die auf der Rückfahrt dieser Einsätze geführt wurden, jedoch fehlen strukturierte, professionelle Angebote für die emotionale Entlastung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern. Aussagen wie „Man nimmt das doch mit nach Hause“ oder „Es gibt niemanden, der mal fragt, wie es einem geht“ verdeutlichen diese Problematik.

Theoretisch kann auch hier wieder das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1997) herangezogen werden, denn die emotionale Unterstützung im Sinne von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit trägt wesentlich zur psychischen Stabilität und Kohärenz bei. Ist sie nicht vorhanden, dann steigt das Risiko für chronische Erschöpfung, Zynismus oder Resignation. Balint-Gruppen, wie im Kontext dieser empirischen Arbeit dargestellt, ermöglichen genau diese Form der emotionalen Nachbearbeitung, indem dort Gefühle nicht pathologisiert werden, sondern als Ressource der professionellen Auseinandersetzung genutzt werden (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011).

Hypothesenbezug: Die Ergebnisse bestätigen, dass emotionale Belastung vorhanden ist und auch so empfunden wird und strukturelle

emotionale Unterstützung weitgehend fehlt. Hypothese zwei kann daher gestützt werden.

Ein erheblicher Teil der Aussagen im Bereich des Copings bezog sich auf private Ressourcen wie Freizeitsport, die Zeit mit Haustieren oder kreative Tätigkeiten. Diese Formen der Selbstregulation werden von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern subjektiv als Entlastung erlebt und dienen dazu, beruflichen Stress abzubauen. Allerdings wurden sie teilweise auch als Kompensationsmechanismus beschrieben: „Ich kann da runterkommen, aber das Problem bleibt."

Dies zeigt, dass individuelle Copingstrategien zwar hilfreich sind (Lazarus & Folkman, 1984), aber keinen Ersatz für professionelle Unterstützung darstellen können. Vielmehr bleibt die Belastung in ihrer internalisierten Form bestehen, wenn keine Möglichkeit besteht, sie in einem sicheren Rahmen zu reflektieren. Im Kontext von Balint-Gruppen kann jedoch der Versuch der kollektiven emotionalen Verarbeitung unternommen werden. Hierbei handelt es sich um ein bedeutsames Element des Konzepts der Salutogenese (Wittmann & Wirtz, 2020).

Hypothesenbezug: Die Daten zeigen, dass Selbstfürsorge individuell stattfindet, aber der Wunsch nach ergänzender professioneller Unterstützung aktiv gefordert wird, sodass Hypothese 2 erneut gestützt werden kann.

Die Ergebnisse zeigen zudem ein recht ambivalentes Bild von Teamkultur, denn einerseits wurde Kollegialität als entlastend erlebt, andererseits gab es viele Hinweise auf zwischenmenschliche Spannungen, Mobbing oder das kollektive „Schweigen über das, was einen beschäftigt". Emotionale Unterstützung fand entweder zufällig oder gar nicht statt. Dies weist auf ein Defizit an emotional stützender Teamkultur hin.

Nach Edmondson (1999) stellt psychologische Sicherheit eine Voraussetzung für emotionale Offenheit im Team dar. Ohne die vielfach geforderten institutionalisierten Reflexionsformate erhalten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter nur aufgrund eines Zufalls oder Glück emotionale Unterstützung, was als nicht hinreichend erlebt wird. Balint-Arbeit bietet hier eine Möglichkeit, um emotionale Offenheit zu institutionalisieren, sodass diese Unterstützung auch unabhängig von persönlichen Bindungen oder Hierarchieebenen zur Verfügung steht (Drexler, 2021).

Hypothesenbezug: Emotionale Unterstützung durch das Team ist zwar gewünscht, aber nicht verlässlich gegeben. Auch hier kann Hypothese 2 demnach gestützt werden.

Mehrere Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter beschrieben sich selbst als emotional belastet. Hierbei spielten die Betreuung der Auszubildenden, aber auch die fehlende Rückmeldung von Kolleginnen / Kollegen und Vorgesetzten eine Rolle. Aussagen wie „Ich habe niemanden, der mich mal auffängt“ oder „Ich soll alles leisten, aber keiner fragt, wie es mir geht“ verdeutlichen, dass emotionale Unterstützung in der pädagogischen Rolle der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter bis dato nicht vorgesehen ist. Da Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter als Multiplikatorinnen / Multiplikatoren anzusehen sind, die sowohl eine fachliche als auch eine emotional bedeutsame Position einnehmen, ist dies besonders kritisch zu sehen. Auch für Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter können Balint-Gruppen daher wichtig sein, um die eigene Haltung zu reflektieren und sich selbst zu reflektieren. Somit sind Balint-Gruppen auch für Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter ein wichtiges ‚Werkzeug‘ zum Schutz vor dauerhaften Belastungen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011; König, 2020).

Hypothesenbezug: Der Wunsch nach emotionaler Unterstützung ist besonders bei Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern ausgeprägt und wurde bis zum aktuellen Zeitpunkt nicht adäquat beantwortet. Dies stützt erneut Hypothese 2.

In mehreren Interviews wurde der Wunsch nach einer Veränderung der Unternehmenskultur geäußert. Dabei sollte es normal und erwünscht sein, über Belastungen sprechen zu können. Dies sollte auch für Gespräche mit Führungskräften gelten. Einige Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter berichteten von einer Unternehmenskultur, in der es darum geht ‚zu funktionieren‘, während emotionale Offenheit eher mit Tabus belegt ist. Die Arbeit von Balint-Gruppen ist jedoch darauf angewiesen, dass sie im Rahmen einer Unternehmenskultur implementiert wird, in der Reflexion und Weiterentwicklung gefördert und geschätzt wird. Studien zeigen, dass strukturell verankerte emotionale Unterstützung nicht nur die Gesundheit fördert, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung verbessern kann (Maslach & Leiter, 2016; Siegrist, 2006).

Hypothesenbezug: Der Wunsch nach emotionaler Unterstützung ist nicht nur individuell, sondern systemisch bedingt. Hypothese 2 kann damit auch auf der organisationalen Ebene bestätigt werden.

Hypothese 3: Positive, klärende und unterstützende Kommunikation wird von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern als die Resilienz förderlich beschrieben.

Die Ergebnisse dieser Arbeiten zeigen, dass Kommunikation von den Befragten nicht nur als funktionales Mittel im Einsatz, sondern auch als psychische Stütze und Ressource der Resilienz erlebt wird, wobei dies ganz besonders für schwierige und herausfordernde Situationen gilt. Damit kann Hypothese 3 bestätigt werden.

Zahlreiche Probandinnen / Probanden gaben an, dass das Team die wichtigste Stütze im Beruf ist. Hierbei steht die Kommunikation im Vordergrund, denn das Sprechen über die Einsätze, Probleme oder auch über alltägliche Dinge wird als Entlastung empfunden. Aussagen wie „Auf der Rückfahrt reden hilft oft mehr als alles andere“ oder „Der Austausch mit Kollegen ist wie ein Ventil“ zeigen, dass kommunikative Prozesse die emotionale Verarbeitung anstoßen.

Hier kann ein Rückbezug auf das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) vorgenommen werden, denn im Rahmen dieses Modells unterscheiden Lazarus und Folkman (1984) zwischen problembezogenen und emotionsbezogenen Coping-Strategien. Kommunikation mit anderen, insbesondere in Form von empathischen Gesprächen mit Kolleginnen / Kollegen, stellt eine Form des emotionsbezogenen Copings dar. Laut des transaktionalen Stressmodells hilft das emotionsorientierte Coping dabei, Stress zu reduzieren und das Gefühl von Kontrolle zu erhöhen. Zudem können Gespräche über die Inhalte von Einsätzen die Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit verbessern, was nach Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl erhöht und Resilienz fördert.

Hypothesenbezug: Damit bestätigen die Ergebnisse, dass Kommunikation von den Befragten als zentrale Ressource zur Krisenbewältigung erlebt wird. Dies stützte Hypothese 3.

Einige Teilnehmerinnen / Teilnehmer berichteten, dass Gespräche nicht nur entlasten, sondern auch dabei helfen, neue Einsichten zu gewinnen und alternative Deutungen zu finden: „Wenn man drüber redet, sieht man manches anders“ oder „Ich verstehe durch die Gespräche bes-

ser, was mich beschäftigt“. Diese Aussagen verweisen auf eine kognitive Restrukturierung, die ein wichtiger Bestandteil der Resilienz darstellt. Im Rahmen von Balint-Gruppen wird Kommunikation bewusst für die Reflexion genutzt. Das strukturierte Gespräch mit einer Gruppe fördert nicht nur die emotionale Verarbeitung, sondern die Gespräche helfen auch dabei, das eigene (professionelle) Handeln besser zu verstehen. Auch hier zeigt sich wieder die Stärkung des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1997) und die Verbesserungen der Resilienz in beruflichen Kontexten (Wittmann & Wirtz, 2020).

Hypothesenbezug: Die Hypothese wird hier durch die Bedeutung der strukturierten Reflexion bestätigt, denn Kommunikation wird hier nicht nur als emotional, sondern auch als kognitiv strukturierend und resilienzfördernd empfunden.

Ein wiederkehrendes Thema in den Interviews war die Funktion der Kommunikation im Kontext von zwischenmenschlichen Konflikten. So berichteten einige der Befragten, dass sie durch gute Kommunikation Konflikte entschärfen oder Missverständnisse auflösen konnten. Gleichzeitig wurde mangelnde Sicherheit in der Kommunikation als Belastung empfunden.

Die Fähigkeit, in belastenden Situationen professionell zu kommunizieren, ist nach Richardson (2002) ein wesentlicher Bestandteil der beruflichen Resilienz. Studien zeigen, dass Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter mit einer hohen Sozialkommunikation und einer hohen Kommunikationskompetenz ein deutlich geringeres Risiko aufweisen, an einem Burnout-Syndrom zu erkranken, da sie sie sich im Konfliktfall aktiv auf die Klärung des Konflikts konzentrieren und sie aktive Beziehungspflege betreiben (Bakker & Demerouti, 2007).

Hypothesenbezug: Die Befragten beschreiben Kommunikation als aktive Ressource, die insbesondere in schwierigen Situationen eine Ressource darstellen kann, was die Gültigkeit von Hypothese 3 stützt.

Einige der befragten Probandinnen / Probanden beklagten, dass es „keine Räume gibt, um mal zu reden“ oder dass „man alles mit sich selbst ausmacht“. Auch hier zeigt sich, dass die Kommunikation nicht nur gewünscht wird, sondern es wichtig ist, dass sie auch institutionell ermöglicht und gefördert wird. Die Balint-Methode zielt genau darauf ab, denn sie schafft regelmäßige, sichere Räume für den beruflichen und persönlichen Austausch.

Wie Fröhlich-Gildhoff et al. (2011) zeigen, entsteht durch diese Form der Reflexion ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Selbstachtung, wiederum zentrale Faktoren der Resilienz. Zudem trägt sie zur Stärkung der beruflichen Identität bei, was insbesondere im Rettungsdienst, einer beruflichen Tätigkeit mit einer hohen Exposition von in der Regel ausgeladenen Emotionen, besonders wichtig ist (Vloet et al., 2010).

Hypothesenbezug: Auch hier kann die Hypothese gestützt werden, wobei festgestellt werden muss, dass die Kommunikation organisiert werden muss und in geschützten Räumen stattfindet, damit sie die Resilienz fördern kann.

Besonders interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Befragten insbesondere die Kommunikation im Team als besonders stabilisierend empfanden. Aussagen wie „Wir fangen uns gegenseitig auf“ oder „Wir sprechen auch, wenn einer aus der Spur ist“ zeigen, dass Kommunikation einen Teil der gemeinsamen Resilienz im Team darstellt. Es handelt sich somit um eine gemeinsame Coping-Strategie.

Forschungsarbeiten zur Teamresilienz zeigen, dass Resilienz nicht nur ein individuelles Merkmal ist, sondern auch kollektiv entstehen kann, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend gegeben sind. Gemeinsame Kommunikation, Verlässlichkeit und emotionale Offenheit begünstigen die Teamresilienz (Alliger et al., 2015). In diesem Sinne fungiert Kommunikation als Teamressource, die Burnout vorbeugen kann und die Bindung des Teams stärkt.

Hypothesenbezug: Die Hypothese wird auch auf der Ebene des Teams gestützt. Kommunikation fördert die Resilienz nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der kollektiven Ebene.

Hypothese 4: Balint-Gruppen werden von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern als geeignete Interventionsmethode zur Lösung von Konflikten und Problemen bewertet.

Die Ergebnisse der Befragung der Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter zeigen deutlich, dass sich das Erleben, die Haltung und die Einschätzung im Umgang mit Konflikten und Belastungssituationen durch die Balint-Gruppenarbeit verändert haben. Damit kann auch die vierte Hypothese gestützt werden.

Nach der Teilnahme an der Balint-orientierten Fortbildung beschrieben die Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter die Gruppe mehrfach als „sicheren Raum“, in dem offen gesprochen, Emotionen zugelassen

und ausgedrückt und innere Konflikte bearbeitet werden konnten. Dies entspricht, was Balint (1957) als ‚therapeutische Gruppe für Profis' beschrieben hat.

Besonders auffällig ist, dass sich nach der Balint-Arbeit die innere Haltung der Teilnehmerinnen / Teilnehmer veränderte. Vorher berichteten viele über Hilflosigkeit, Ärger oder Überforderung in Ausbildungssituationen. Nach der Fortbildung überwogen Aussagen wie „Ich habe gelernt, es nicht sofort lösen zu müssen" oder „Ich kann das jetzt erst einmal stehen lassen". Damit ist ein zentraler Wirkfaktor von Balint-Gruppen sichtbar geworden: die Toleranz für Ambiguität (Gerdes et al., 2022).

Hypothesenbezug: Die Erfahrungen der Teilnehmerinnen / Teilnehmer zeigen, dass Balint-Gruppen einen geeigneten Rahmen für innere Konfliktklärung bieten. Hypothese 4 kann damit gestützt werden.

Ein zentrales Ziel der Balint-Arbeit ist es, Beziehungsdynamiken bewusst zu machen. Im Rahmen der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern trifft dies auch auf jene Dynamiken zu, die im Ausbildungsalltag häufig nicht reflektiert werden, wie beispielsweise Projektionen auf Auszubildende oder die Reinszenierung eigener Erfahrungen in der Ausbildung. Mehrere Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter berichteten, dass sie ihre Einstellung gegenüber schwierigen Auszubildenden durch die Sitzungen verändern konnten: „Ich habe begriffen, dass es nicht um mich ging" oder „Ich war viel zu involviert".

Diese Form der Reflexion hilft demnach dabei, dass Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter sich aus verstrickten Beziehungsmustern lösen können, was eine Grundvoraussetzung des täglichen professionellen pädagogischen Handelns darstellt. Wie König (2020) betont, braucht die pädagogische Leitung Klarheit über die eigene Rolle, über Beziehungsmuster und die Fähigkeit zur Beobachtung des Selbst auf einer Metaebene.

Hypothesenbezug: Die Hypothese wird in dieser Hinsicht gestützt, denn Balint-Gruppen ermöglichen den Perspektivwechsel und fördern die Rollenklarheit bei Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern.

Vor der Balint-Fortbildung wurden Konflikte mit Auszubildenden von den Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern häufig als persönlich verletzend und unkontrollierbar erlebt. Nach der Gruppenarbeit äußerten mehrere Teilnehmerinnen / Teilnehmer, dass sie gelernt hätten, nicht jede Situation aktiv auflösen zu müssen, sondern sie eine bessere innere

Distanz wahren können und die bestehende Ambivalenz ebenfalls aushalten können („Ich kann besser aushalten, dass ich nicht alles klären kann“).

Diese Erkenntnis spiegelt einen höheren Reifegrad der professionellen Rolle wider. In der wissenschaftlichen Literatur wird die Fähigkeit zur Ambivalenztoleranz als zentrale Kompetenz in der pädagogischen Arbeit gesehen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2011). Balint-Gruppen sind hier ein besonders geeignetes Format, da sie nicht ausschließlich auf die Lösung von Problemen fokussieren, sondern eher auf Verstehen und Deutung ausgerichtet sind (Längle, 2020).

Hypothesenbezug: Die Befragten haben Balint-Gruppen als wirksam erlebt, um mit scheinbar unlösbaren Situationen anders umgehen zu lernen. Dies entspricht der Annahme in Hypothese vier.

Nach der Fortbildung wurde deutlich häufiger von Grenzen, Selbstschutz und Selbstfürsorge gesprochen, z.B. „Ich habe zum ersten Mal über meine eigenen Grenzen nachgedacht“ oder „Ich merke schneller, wenn mich etwas emotional zu sehr einnimmt“.

Hier zeigt sich die Wirkung von Balint-Gruppen im Kontext der emotionalen Selbstklärung: Durch die gemeinschaftliche Kommunikation, Zuhören und Spiegeln werden nicht nur Fallinhalte, sondern auch eigene Emotionen erkennbar und können bearbeitet werden. Dies entspricht weitestgehend dem, was Längle (2020) als dialogische Existenzanalyse beschreibt – ein achtsamerer Umgang mit der eigenen Existenz.

Hypothesenbezug: Die Hypothese wird auch im Hinblick auf den Aspekt emotionaler Selbstfürsorge gestützt. Balint-Gruppen werden somit als hilfreiche Methode erlebt, um gesundheitsförderliche Abgrenzung zu ermöglichen.

Einige Befragte äußerten explizit den Wunsch, Balint-Gruppen regelmäßig in den Berufsalltag zu integrieren, z. B. „Ich wünsche mir das als festen Bestandteil in der Fortbildung von Praxisanleiterinnen /Praxisanleitern“ oder „Das sollte zur Routine werden“. Diese Aussagen drücken nicht nur Zufriedenheit mit der Balint-Arbeit aus, sondern sie zeigen, dass durch die Fortbildung ein Perspektivwechsel stattgefunden hat. Vor der Intervention war die Sichtweise eher defizitorientiert und im Sinne eines starken Belastungserlebens, während nach der Fortbildung eher die proaktive Selbstentwicklungsstrategie vorherrschte.

Dies steht im Einklang mit der Forschung zu Supervision und reflexiver Praxis: Nur wenn Reflexionsräume institutionalisiert und als Bestandteil professioneller Haltung verstanden werden, können sie auch nachhaltig wirksam sein (Siegrist, 2006; Drexler, 2021).

Hypothesenbezug: Der Wunsch nach professionellen Routinen entwickelte sich aus den Balint-Gruppen. Balint-Gruppen werden demnach als geeignetes, wirksames Instrument für innerpsychische Konflikte von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern wahrgenommen. Hypothese 4 konnte demnach vollumfänglich bestätigt werden.

5.3 Limitationen

Eine wichtige Limitation dieser Arbeit ist in der relativ kleinen und selektiven Stichprobe zu finden, insbesondere im qualitativen Teil dieser Untersuchung. Im Rahmen von qualitativen Untersuchungen können Themengebiete zwar sehr gut in der Tiefe untersucht werden, jedoch sind die Stichproben in der Regel klein und erlauben nur bedingt eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse (Flick, 2016). Auch im quantitativen Abschnitt handelt es sich nicht um eine randomisierte oder systematisch gezogene Stichprobe, sondern um eine Gelegenheitsstichprobe für die Befragung vor und nach einer Fortbildung. Damit können Sampling-Bias und Selbstselektionseffekte nicht ausgeschlossen werden (Bortz & Döring, 2006). Die Ergebnisse sind daher in erster Linie hypothesengenerierend und nur bedingt repräsentativ für alle Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter und Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter im deutschsprachigen Raum.

Weitere potenzielle Limitationen ergeben sich durch mögliche Verzerrungseffekte im Kontext der Interviewführung. So kann es trotz des Einsatzes einer externen Interviewleiterin zu Effekten, wie der sozialen Erwünschtheit, zu Sympathien und / oder kommunikativen Missverständnissen kommen, die nicht vollständig ausgeschlossen werden können, die aber möglicherweise einen Einfluss auf die Aussagen der Probandinnen / Probanden gehabt haben (Bohnsack et al., 2006). Insbesondere in einem professionellen Setting wie dem Rettungsdienst besteht eine eher hohe Wahrscheinlichkeit, dass Befragte sich an normativen Rollenerwartungen orientieren, insbesondere wenn es um die eigene professionelle Identität geht.

Weiterhin können Effekte durch spezifische Formulierungen insbesondere bei der Satzergänzung im quantitativen Teil die Antworten beeinflusst haben (Westhoff, 2000). Auch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002), wenn auch diese eine gewisse Systematik zeigt, birgt Einschränkungen, die sich aufgrund der Methode ergeben. So kann die Kategorienbildung, insbesondere bei der induktiven Kategorienfindung, von Interpretationseffekten beeinflusst worden sein. Die Subjektivität des Codierens birgt einen hohen Interpretationsspielraum, der die Ergebnisse beeinflusst haben könnte (Kuckartz, 2010). Zudem zeigt sich, dass insbesondere bei semistrukturierten Interviews Variationen in der Interviewführung die Vergleichbarkeit der Daten einschränken können (Meuser & Nagel, 2002).

Obwohl der Mixed-Methods-Ansatz grundsätzlich gut geeignet ist, komplexe Forschungsfragen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten, wurde in dieser Arbeit kein echtes Design im Sinne einer gleichwertigen Integration von qualitativen und quantitativen Daten umgesetzt (Creswell & Plano Clark, 2018). Vielmehr stehen die qualitativen Daten im Vordergrund, während die quantitativen Elemente eher explorativen oder ergänzenden Charakter haben. Eine Untersuchung der qualitativen Daten mithilfe eines breiteren, quantitativen Designs im Sinne einer statistischen Auswertung und Auswertung von Datenmaterial, welches weniger Interpretationsspielraum bietet, wurde nicht durchgeführt.

Schließlich muss auch der zeitliche Rahmen der Untersuchung als Limitation angesehen werden, insbesondere bei den befragten Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern, die nur einmal befragt wurden. Damit lassen sich kausale Zusammenhänge nicht abbilden. Eine längerfristige Evaluation im Sinne einer Interventionsstudie wäre notwendig, um fundierte Aussagen über nachhaltige Effekte der Balint-Arbeit treffen zu können (Jonkisz et al., 2012).

6 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung verdeutlichen, dass Balint-Gruppen ein hochwirksames Instrument zur Förderung professioneller Resilienz, kommunikativer Kompetenz und emotionaler Selbstklärung im Kontext des Rettungsdienstes darstellen. Die in der Forschung identifizierten Belastungen, insbesondere zwischenmenschliche Konflikte, Rollenkonflikte und emotionale Auswirkungen belastender Einsätze, sind zentrale Herausforderungen im Arbeitsalltag von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern und Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern. Balint-Gruppen ermöglichen, diese Herausforderungen nicht nur kognitiv zu analysieren, sondern auch emotional zu verarbeiten und auf einer professionell-fachlichen Ebene zu integrieren.

Durch die qualitative Analyse konnte dargestellt werden, dass Balint-Gruppen einen Raum bieten, um problematische Beziehungserfahrungen mit Patientinnen / Patienten, Kolleginnen / Kollegen oder Auszubildenden zu thematisieren und zu bearbeiten. Es zeigte sich, dass besonders das Erleben von Ignoranz gegenüber der eigenen fachlichen Einschätzung, die Unsicherheit im Umgang mit unausgesprochenen Rollenerwartungen und die Schwierigkeit, Kritik wertschätzend zu äußern oder anzunehmen, von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern als Belastung empfunden wurden. Balint-Gruppen können hier jedoch einen wichtigen Beitrag zur inneren Klärung leisten, denn im Rahmen der Gruppenarbeit können die Dynamiken hinter den Interaktionen sichtbar gemacht werden, was die Entwicklung von Resilienz, auch im beruflichen Umfeld, fördert.

Die systematische Nachbesprechung von Einsätzen innerhalb der Sitzungen nach Balint stärkt die Fähigkeit der emotionalen Selbstregulation und fördert damit wichtige und wirksame Coping-Strategien. Das Gespräch über belastende Situationen, das Erleben von Resonanz in der Gruppe und das gemeinsame Verstehen fördern das Kohärenzgefühl im Sinne der Salutogenese. Gleichzeitig regen Balint-Gruppen zur Selbstfürsorge an, denn durch die Gruppe wird ein besseres Bewusstsein für die eigenen Grenzen geschaffen und es entsteht ein besseres Verständnis

für die hohe Bedeutung der Psychohygiene für die eigene Funktionsfähigkeit und psychische Gesundheit. Diese Aspekte sind nicht nur für die individuelle Resilienz wichtig, sondern sie leisten einen wichtigen Beitrag für die langfristige Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im hochbelastenden Berufsumfeld von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern, aber auch Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde zudem deutlich, dass Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter von Balint-Gruppen besonders profitieren. So erlebten sie eine höhere Sicherheit in ihrer Rolle als Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter, sie konnten pädagogische Konflikte besser verstehen und aushalten und beschrieben eine bessere Fähigkeit zur Verarbeitung von zwischen menschlichen Spannungen. Durch das Training der Metakognition und der Verbesserung der Selbstreflexion im Kontext der Fortbildung könnten Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter eine Schlüsselfunktion für den Aufbau und den Erhalt einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur darstellen – nicht nur durch Wissenstransfer, sondern durch die Vermittlung einer bestimmten inneren Haltung, Beziehungsgestaltung und Konfliktmoderation.

Die vorliegende Studie zeigt eindrücklich, dass Balint-Gruppen sich nicht nur positiv auf die individuelle Reflexionsfähigkeit und die emotionale Entlastung auswirken. Vielmehr könnten sie auch ein wirksames Instrument in der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen. Hier könnten sie sich auf mehreren Ebenen, wie der individuell-emotionalen Ebene, der organisationalen Ebene und der Ebene der Prävention positiv auswirken.

Ein zentrales Ziel moderner betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, psychische Belastungen nach Möglichkeit frühzeitig zu erkennen, zu reduzieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen und zu stärken. Balint-Gruppen können hier einen wichtigen und evidenzbasierten Beitrag leisten, indem sie dabei helfen, dass Angehörige der Organisation ihre emotionalen Belastungen aus dem Berufsalltag strukturierend verarbeiten können. Sie bieten Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern einen geschützten Raum, affektive Reaktionen auf belastende Ereignisse z.B. aus dem beruflichen Alltag (Fehleinschätzungen, Patientenverhalten, Kollegenkonflikte) offen reflektieren und gemeinsam zu be- und verarbeiten zu können. Dies fördert die emotionale Selbstregulation, die einen zentralen Aspekt der psychischen Gesundheitsprävention darstellt.

Die vorliegende Untersuchung macht deutlich, dass Balint-Gruppen im Kontext des Rettungsdienstes ein hohes Potenzial zur Förderung individueller Resilienz, emotionaler Selbstfürsorge und der Fähigkeit zur Selbstreflexion bieten. Die Erkenntnisse legen nahe, dass diese Methode nicht nur auf der individuellen Ebene wirkt, sondern auch strukturell in Organisationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beitragen kann. Dennoch eröffnen sich auf Basis der vorliegenden Ergebnisse zahlreiche Anknüpfungspunkte für die weiterführende Forschung.

Die Wirksamkeit der Balint-Gruppen wurde im Rahmen dieser empirischen Studie in Form einer zeitlich kurzfristigen Intervention bzw. einer Querschnittbefragung untersucht. Es ist jedoch wichtig, auch die nachhaltigen Effekte der Balint-Arbeit auf die psychische Gesundheit, das Teamklima und die Resilienz zu untersuchen. So könnte beispielsweise untersucht werden, ob und inwieweit die positiven Veränderungen der professionellen Haltung auch über mehrere Monate nach der Balint-Arbeit anhalten. Zudem könnten im Rahmen von Evaluationsstudien auch die tatsächlichen Effekte auf die Burnout-Quoten, den Krankenstand und die Fluktuation von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern ermittelt werden. Bis zum aktuellen Zeitpunkt wurden Balint-Gruppen vorwiegend im Kontext der individuellen Supervision angewendet. Eine Ausweitung auf der Ebene von organisationalen Gesundheitsstrategien wäre interessant. So könnte untersucht werden, inwieweit Balint-Gruppen systematisch in die Prozesse des Gesundheitsmanagements integriert werden können. Auch die Erforschung von strukturellen Voraussetzungen in Bezug auf die Akzeptanz von Balint-Gruppen im Rettungsdienst wäre ein wichtiger Forschungsgegenstand.

Die hier ermittelten Ergebnisse deuten an, dass Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter durch die Balint-Arbeit mehr Klarheit über ihre pädagogische Rolle gewinnen. Hier könnten sich weitere Forschungsarbeiten mit der Frage beschäftigen, inwieweit regelmäßige Balint-orientierte Reflexionsarbeit zur Entwicklung und Verbesserung der pädagogischen Professionalität beiträgt. So könnte beispielsweise untersucht werden, wie sich das Selbstverständnis von Praxisanleiterinnen / Praxisanleitern durch die regelmäßige Teilnahme an Balint-Gruppen verändert. Auch die Frage, welche Rolle diese Form der Identitätsarbeit in der Ausbildung von Notfallsanitäterin-

nen / Notfallsanitätern spielt, könnte ein interessanter Forschungsgegenstand sein.

Ein zentraler Aspekt der Ergebnisse dieser Untersuchung war die Bedeutung von Kommunikation im Team als Resilienzfaktor. Hier bieten sich Ansätze zur Untersuchung der Wirkung Balint-orientierter Gruppen auf die kollektive Resilienz. So könnte im Rahmen von empirischen Arbeiten untersucht werden, ob und inwieweit Balint-Gruppen die psychologische Sicherheit in Teams messbar verbessern und inwiefern sich die Konfliktkultur in Teams von Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitätern durch die gemeinsame Reflexion verändert.

Ein wichtiger Forschungsgegenstand könnte die Erfassung von Barrieren im Kontext der Etablierung von Balint-Gruppen sein. So merkten einige der hier befragten Probandinnen / Probanden an, dass sie Zweifel an der Umsetzbarkeit von Supervision im Alltag hätten. Dies legt nahe, dass möglicherweise strukturelle, kulturelle und auch hierarchische Barrieren bestehen, die die erfolgreiche Implementation gefährden könnten. So könnten mögliche Widerstände gegenüber der Balint-orientierten Supervision auf organisationaler Ebene bestehen, die beispielsweise aufgrund von Hierarchien bestehen und aufrechterhalten werden. Zudem könnte die Frage untersucht werden, welche Bedingungen für die Offenheit gegenüber der emotionalen Reflexion im Arbeitskontext auf organisationaler Ebene bestehen.

Weiterhin könnte untersucht werden, welche Formate der Unterstützung am wirksamsten sind. Hierbei könnten die Balint-Gruppen mit anderen Formaten in Form von Wirksamkeitsstudien verglichen werden. Zudem könnte sich die Wirksamkeit von Interventionen in Abhängigkeit vom Kontext unterscheiden und es könnten auch Unterschiede in den emotionalen und kognitiven Verarbeitungsprozessen zwischen den Interventionsformen bestehen.

7 Literaturverzeichnis

Allen, A.B., & Leary, M.R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass, 4*: 107–118. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x

Allen, T. D., Johnson, R. C., Kiburz, K. M., & Shockley, K. M. (2013). Work–family conflict and flexible work arrangements: Deconstructing flexibility. *Personnel Psychology*, 66(2), 345–376.

Allan, B. A., Owens, R. L., & Douglass, R. P. (2019). Character strengths in counselors: Relations with meaningful work and burnout. *Journal of Career Assessment, 27*(1), 151–166.

Allan, B. A., Douglass, R. P., Duffy, R. D., & McCarty, R. J. (2016). Meaningful work as a moderator of the relation between work stress and meaning in life. *Journal of Career Assessment*, *24*(3), 429–440.

Allan, B. A., Dexter, C., Kinsey, R., & Parker, S. (2018). Meaningful work and mental health: Job satisfaction as a moderator. *Journal of Mental Health*, *27*(1), 38–44.

Allan, B. A., Duffy, R. D., & Douglass, R. (2015). Meaning in life and work: A developmental perspective. *The Journal of Positive Psychology*, *10*(4), 323–331.

Alliger, G. M., Cerasoli, C. P., Tannenbaum, S. I., & Vessey, W. B. (2015). Team resilience: How teams flourish under pressure. *Organizational Dynamics*, *44*(3), 176–184. https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.05.003

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour*

research and therapy, *44*(12), 1849–1858. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007

Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 410–422. https://doi.org/10.1038/nrn2648

AWMF (2014). *Leitlinie 051/030 – S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-030l_S2k_Depersonalisations_Derealisationssyndrom-abgelaufen_2014-09.pdf.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309–328. https://doi.org/10.1108/02683940710733115

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 273–285. https://doi.org/10.1037/ocp0000056

Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2003). A multigroup analysis of the Job Demands-Resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management, 10*(1), 16–38. https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16

Balint, M. (1969). *The Doctor, His Patient and the Illness*. Pitman.

Balint, M., Courtenay, M., Elder, A., Hull, S., & Julian, P. (1969). *The Doctor, the Patient and the Group: Balint Revisited*. Routledge.

Barwinski, R. (2010). *Die erinnerte Wirklichkeit*. Asanger.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1252–1265.

Bayer, N. D., Taylor, A., Fallon, A., Wang, H., Santolaya, J. L., Bamat, T. W., & Washington, N. (2021). Pediatric residents' sense of meaning in their work: Is this value related to higher specialty satisfaction and reduced burnout?. *Academic Pediatrics*, *21*(3), 557–563.

Beard, C., & Thompson, C. (2021). *Wellbeing in education: Cultivating flourishing learning communities*. Sage Publications.

Beauregard, T. A., & Henry, L. C. (2009). Making the link between work–life balance practices and organizational performance. *Human Resource Management Review*, 19(1), 9–22.

Beck, D., Bonn, B., & Westermayer, R. (2010). Salutogenese am Arbeitsplatz. *GGW – Das Gesundheitswesen*, *10*(2), 7–14.

Becker, M. (2016). *Teamentwicklung: Grundlagen, Methoden, Übungen*. Springer Gabler.

Benetka, G. (2017). *Die Psychoanalyse der Schüler um Freud: Entwicklungen und Richtungen*. Springer.

Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert: Eine Expertise* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bengel, J., & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungsdienstpersonals. In: J. Bengel (Hrsg.) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2. Aufl. Springer, S. 25–43

Berger, W., Coutinho, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*(6), 1001–1011. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Grove Press.

Birbaumer, N., & Schmidt, R. F. (2010). Autonomes Nervensystem. In: N. Birbaumer & R.F. Schmidt (Hrsg). *Biologische Psychologie,* S. 101–115. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-95938-0_6

Blaze, J. T., & Shwalb, D. W. (2009). Resource loss and burnout in high-risk professions. *Journal of Applied Psychology, 94*(2), 448–456.

Blugeot, A., Rivat, C., Bouvier, E., Molet, J., Mouchard, A., Zeau, B., & Becker, C. (2011). Vulnerability to depression: from brain neuroplasticity to identification of biomarkers. *Journal of Neuroscience*, *31*(36), 12889–12899.

Böckelmann, I., Thielmann, B., & Schumann, H. (2022). Psychische und körperliche Belastung im Rettungsdienst: Zusammenhang des arbeitsbezogenen Verhaltens und der Beanspruchungsfolgen. *Bundesgesundheitsblatt 65*, 1031–1042. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03584-1

Bohnsack, R., Marotzki, W. & Meuser, M. (Hrsg.) (2006). *Hauptbegriffe qualitativer Sozialfor-schung. Ein Wörterbuch.* 2. Auflage. UTB.

Bortz J. & Döring N. (2006). Qualitative Methoden. In: J. Bortz & N. Döring (Hrsg.). *Forschungsmethoden und Evaluation. S. 295–350.* Springer.

Bouziri, H., Smith, D. R. M., Descatha, A., Dab, W., & Jean, K. (2020). Working from home in the time of COVID-19: How to best preserve occupational health? *Occupational and Environmental Medicine*, *77*(7), 509–510. https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106599

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *84*(4), 822.

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Nationale Gesundheitsziele.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de

Bürgerservice Saarland. (2020). *RettDG S. 2020 | Landesnorm Saarland | Saarländisches Rettungsdienstgesetz vom 11. November 2020 | gültig ab: 11.12.2020.* Saarländisches Rettungsdienstgesetz. https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-RettDGSL2020rahmen.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung.* Springer Verlag.

Burrell, R. A., McClelland, S. E., Endesfelder, D., Groth, P., Weller, M. C., Shaikh, N., Domingo, E., Kanu, N., Dewhurst, S. M., Gronroos, E., Chew, S. K., Rowan, A. J., Schenk, A., Sheffer, M., Howell, M., Kschischo, M., Behrens, A., Helleday, T., Bartek, J., Tomlinson, I. P., & Swanton, C. (2013). Replication stress links structural and numerical cancer chromosomal instability. *Nature*, *494*(7438), 492–496. https://doi.org/10.1038/nature11935

BVBRW (2025). *Über uns.* https://bildung-rettungswesen.de

BzGA (2021). E*mpowerment, Befähigung.* https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/.

Callahan, L. F. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis care and research: the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, *8*(1), 28–35. https://doi.org/10.1002/art.1790080108

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* Basic Books.

Carroll, J. S. (2004). Knowledge Management in High Hazard Industries: Accident Precursors as Practice. In: J. R. Phimister; V.M. Bier & H.C. Kunreuther (Hrsg.). *Accident Precursor Analysis and Management: Reducing Technological Risk Through Diligence.* National Academies Press, S. 127–136.

Cardini, B. B., & Freund, A. M. (2019). When the fun is over: Toward a motivational account of exhaustion and recovery. *European Psychologist, 24*(4), 322–336. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000361

Carter, E. C., & McCullough, M. E. (2014). Publication bias and the limited strength model of self-control: has the evidence for ego depletion been overestimated? *Frontiers in psychology*, *5*, 823. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00823

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267

Chiesa, A. (2013). The difficulty of defining mindfulness: Current thought and critical issues. *Mindfulness*, *4*(3), 255–268.

Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, *53*(6), 747–770. https://doi.org/10.1177/0018726700536001

Cole, S. (2021). *The science of happiness: Understanding well-being from a psychological perspective.* Oxford University Press.

Converse, J. M., & Schuman, H. (1974). *Conversations at random: survey research as interviewers see it.* Wiley.

Correia, I., & Almeida, A. E. (2020). Organizational justice, professional identification, empathy, and meaningful work during COVID-19 pandemic: Are they burnout protectors in physicians and nurses? *Frontiers in psychology*, *11*, 3545.

Cousijn, H., Rijpkema, M., Qin, S., van Marle, H. J., Franke, B., Hermans, E. J., van Wingen, G., & Fernández, G. (2010). Acute stress modulates genotype effects on amygdala processing in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 107*(21), 9867–9872. https://doi.org/10.1073/pnas.1003514107.

Craig, A., & Cooper, R. E. (1992). Symptoms of acute and chronic fatigue. *Handbook of human performance*, *3*, 289–339.

Cramer, C. (2015). *Interkulturelle Kompetenz in Unternehmen: Erfolgsfaktor für die globale Wirtschaft.* GRIN Verlag.

DAK-Gesundheit. (2024). *Psychreport 2024: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt.* https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2024_57364

DAK-Gesundheit. (2024). *Psychische Erkrankungen in Pflege und Betreuung – höchste Fehlzeiten 2023.* https://www.dak.de/presse/bundesthemen/umfragen-studien/psychische-erkrankungen-in-der-arbeitswelt-2024-verursachten-depressionen-erneut-die-meisten-fehltage_131626

Damasio, A. (2011). *Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins.* Siedler.

Dankwart, M. & Otten, H. (2020). *Balintgruppen.* Kohlhammer.

De Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. Nature reviews. *Neuroscience, 6*(6), 463–475. https://doi.org/10.1038/nrn1683.

de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., & Bongers, P. M. (2003). "The very best of the millennium": Longitudinal research and the demand–control–(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*(4), 282–305. https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.282

Destatis (2025). *Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Burn-out-Erkrankungen in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2023.* https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239872/umfrage/arbeitsunfaehigkeitsfaelle-aufgrund-von-burn-out-erkrankungen/.

Deutscher Bundestag. (2020a). *Beschlussempfehlung und Bericht.* https://www.bundestag.de/ausschuesse/a22_kultur/beschlussempfehlungen_und_berichte.

Deutscher Bundestag. (2020b). *Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung.* https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1022584.

Deutsches Rotes Kreuz. (2023). *Rettungsdienst - DRK e.V. Rettungsdienst.* https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/bevoelkerungsschutz/rettungsdienst/

Dormann, C. & Zapf, D. (2001). Job satisfaction: A meta-analysis of stabilities. Journal of *Organizational Behavior, 22*(5), 483–504. https://doi.org/10.1002/job.98

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview. Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* 8. Auflage. Eigenverlag.

Drexler, A. (2021). Balintgruppen als professionelle Reflexionsräume in der psychosozialen Arbeit. *Supervision*, *1*(1), 12–20.

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das „Burn-out“-Syndrom in d. Sozialberufen.* AVM-Verlag.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, *44*(2), 350–383. https://doi.org/10.2307/2666999

Epstein, M. (1995). Thoughts without a thinker: Buddhism and psychoanalysis. *Psychoanalytic review*, *82*(3), 391–406.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*(6), 460–466. https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085

(Fach)Hochschul- und Weiterbildungsforum Deutschland (2025). *Rettungswissenschaften B.Sc.*. https://www.fachhochschule.de/studium/rettungswissenschaften_b.sc._22204.

Fairchild, G., Van Goozen, S. H., Calder, A. J., & Goodyer, I. M. (2019). Empathy and stress in individuals with antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(3), 256–265. https://doi.org/10.1111/jcpp.12959

Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0

Fäh, M. (2010). Verbessert Psychotherapie die Moral? In H. Wydler (Hrsg.), *Juventa Materialien. Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 149–160). Juventa-Verlag.

Faraj, S., & Sproull, L. (2000). Coordinating expertise in software development teams. *Management Science*, *46*(12), 1554–1568. https://doi.org/10.1287/mnsc.46.12.1554.12072

Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U. & Ruoppila, I. (2003). The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, *35*(5), 1151–1165. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00325-2

Feldt, T., Metsäpelto, R.-L., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2007). Sense of Coherence and Five-Factor Approach to Personality. *European Psychologist*, *12*(3), 165–172. https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.3.165

Fischer, G. (2006). Balintgruppenarbeit – eine Möglichkeit zur Förderung ärztlicher Kompetenz. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *52*(2), 152–165.

Flannery, R. B. & Flannery, G. J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, *46*(4), 415–420.

Flatten, G. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer Verlag.

Frenz, A. W., Carey, M. P. & Jorgensen, R. S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 145–153. https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.145

Freud, S. (1916–1917). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke,* Bd. 11. Imago Publishing.

Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. Gesammelte Werke*, Bd. 2/3. Imago-Publishing.

Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es. Gesammelte Werke,* Bd. 13, S. 237–289

Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues, 30*, 159–165.

Freudenberger H, & North, G. (1992). *Burnout bei Frauen.* Krüger.

Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I., & Pietsch, S. (2011). *Qualität durch Reflexion: Balintgruppen in der Frühpädagogik.* Klett-Cotta.

Frommberger, U., Stieglitz, R.-D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. & Berger, M. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(4), 343–348. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00117-2

Frone, M. R. (2003). Work–family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology* (S. 143–162). American Psychological Association.

Fuglsang, A. K., Moergeli, H., Hepp-Beg, S. & Schnyder, U. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychotherapy and psychosomatics*, *71*(4), 214–222. https://doi.org/10.1159/000063647

Galinsky, E., Aumann, K., & Bond, J. T. (2015). *Times are changing: Gender and generation at work and at home.* Families and Work Institute.

Gayton, S. D., & Lovell, G. P. (2012). Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with wellbeing and general health. *Traumatology*, *18*(1), 58–64. https://doi.org/10.1177/1534765610396727

Gerdes, N., Wirtz, M., & Hartmann, J. (2022). Supervision in der Pflege: Wirkfaktoren und Ergebnisse. *Pflegewissenschaft*, *24*(2), 58–64.

Girotti, M., Adler, S. M., Bulin, S. E., Fucich, E. A., Paredes, D., & Morilak, D. A. (2018). Prefrontal cortex executive processes affected by stress in health and disease. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 85*, 161–179. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.07.004.

Given, L., M. (2008). *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods. Thousand Oaks.* SAGE.

Gleide, C. (2004). *Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese.* https://diedrei.org/files/media/hefte/2004/Heft%208-9%2004/04%20Salutogenese-Antonovsky.pdf.

Gliwitzky, B., Conrad, D., Thierbach, A., Kumpch, M., Schwietring, J., Ruppert, M., & Armbruster, W. (2021). Sieben Punkte für sieben Minuten–Sieben-Punkte-Checkliste für ein medizinisches Briefing in der Luftrettung (7-4-7-Checkliste). *Notfall Rettungsmed*izin, *24*(8), 1107–1113.

Gorgievski, M. J., & Hobfoll, S. E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservation of resources in burnout and engagement. In R. B. Cooper & C. L. Cooper (Hrsg.), *The international handbook of work and health psychology* (3. Auflage, S. 7–24). Wiley-Blackwell.

Gorißen B (2009). Psychische Belastungen im Wachalltag von Berufsfeuerwehren. Ein arbeitspsychologischer Vergleich von Einsatz und Wachalltag. *Trauma und Gewalt 3*, 278–293

Grawe, K. (1998). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Psychologische Therapie.* Hogrefe

Groß, C., Joraschky, P., & Pöhlmann, K. (2005). Seelische und körperliche Gesundheit im Rettungsdienst – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *55*(S. 31). https://doi.org/10.1055/s-2005-863377

Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, *44*(12), 1771–1779. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00286-9

Greenhaus, J. H., & Allen, T. D. (2011). Work–family balance: A review and extension of the literature. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology* (2. Auflage, S. 165–183). American Psychological Association.

Griffeth, R. W., Hom, P. W. & Gaertner, S. (2000). A Meta-Analysis of Antecedents and Correlates of Employee Turnover: Update, Moderator Tests, and Research Implications for the Next Millennium.

Journal of Management, 26, 463–488. http://dx.doi.org/10.1177/014920630002600305

Gruszczynska, E. (2006). What is measured by the Orientation to Life Questionnaire Construct validity of the instrument for the Sense of Coherence measurement. *Polish Psychological Bulletin* (37), 74–83.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign.* Addison-Wesley.

Hammer, L. B., Neal, M. B., Newsom, J. T., Brockwood, K. J., & Colton, C. L. (2005). A longitudinal study of the effects of dual-earner couples' utilization of family-friendly workplace supports on work and family outcomes. *Journal of Applied Psychology*, *90*(4), 799–810.

Hannah, S. T., Avolio, B. J., & Walumbwa, F. O. (2020). Leadership and psychological well-being: Exploring growth-oriented models. *Journal of Positive Psychology, 15*(2), 179–192. https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1689410

Häske, D., Beckers, S. K., Hofmann, M., Lefering, R., Grützner, P. A., Stöckle, U., & Münzberg, M. (2017). Subjective safety and self-confidence in prehospital trauma care and learning progress after trauma-courses: part of the prospective longitudinal mixed-methods EPPTC-trial. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, *25*, 1–9.

Hausser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control(-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress, 24*(1), 1–35. https://doi.org/10.1080/02678371003683747

Heller, T. (2012). Die Wirkung der Balintgruppenarbeit: Eine systematische Literaturübersicht. *Psychotherapeut*, *57*(1), 41–48.

Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* Beck Verlag.

Hintz, A. (2016). *Team oder Gruppe? Begriffliche Grundlagen der Zusammenarbeit.* Diplomica Verlag.

Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress.* Taylor & Francis.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress.* Plenum Press.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review, 50*(3), 337–421.

Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology, 21*(2), 128–148.

Hubuntu, K. (2011). Resource loss outweighs gain: Revisiting COR theory in economic crisis. *Journal of Organizational Behavior, 32*(7), 924–940.

Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheitssoziologie* (9. Aufl.). Beltz Juventa.

Hurrelmann, K., & Klotz, T. (2022). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Hogrefe.

Hussy W. (2013) Psychologie als eine empirische Wissenschaft. In: W.Hussy, *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor.* Springer-Lehrbuch. Springer, S. 1–49 https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9_1

Ilies, R. & Judge, T. A. (2003). On the heritability of job satisfaction: The mediating role of personality. *Journal of Applied Psychology, 88*(4), 750–759. https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.4.750

Ilmes (2023). *Transkriptionsregeln. Internet-Lexikon der Methode der empirischen Sozialforschung.* https://wlm.userweb.mwn.de/Ilmes/ilm_t6.htm.

Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J. & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion

cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion, 38*(1), 23–35. https://doi.org/10.1007/s11031-013-9368-z.

Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Granado-Alcón, M C. & López, A. (2012). Parental knowledge and adolescent adjustment: substance use and health-related quality of life. *The Spanish journal of psychology, 15*(1), 132–144. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37297

Job, V., Dweck, C. S., & Walton, G. M. (2010). Ego depletion–is it all in your head? implicit theories about willpower affect self-regulation. *Psychological science*, *21*(11), 1686–1693. https://doi.org/10.1177/0956797610384745

Jonkisz, E., Moosbrugger, H., Brandt, H. (2012). Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In: H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion.* S. Springer-Lehrbuch. Springer. S. 24–74. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20072-4_3.

Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency medicine journal: EMJ*, *20*(1), 79–84. https://doi.org/10.1136/emj.20.1.79

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health, 78*(10), 1336–1342. https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336

Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity.* Wiley.

Kalliath, T., & Brough, P. (2008). Work–life balance: A review of the meaning of the balance construct. *Journal of Management & Organization*, *14*(3), 323–327.

Kaluza, G. (2014). Stress und Stressbewältigung. *Erfahrungsheilkunde, 63*, 261–266.

Kannai, R., Krontal, S., Freud, T., & Biderman, A. (2024). Balint groups: An effective tool for improving health professionals' perceived well-being. *Israel Journal of Health Policy Research*, *13*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s13584-024-00618-8

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology, 15*(3), 169–182. https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2

Kaplan, R. (2001). The Nature of the View from Home: Psychological Benefits. *Environment and Behavior*, *33*(4), 507–542. https://doi.org/10.1177/00139160121973115

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2), 285–308. https://doi.org/10.2307/2392498

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

Karasu T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *The American journal of psychiatry, 143*(6), 687–695. https://doi.org/10.1176/ajp.143.6.687.

Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international, 108*(46), 781–787.

Kelly, E. L., Moen, P., & Tranby, E. (2008). Changing workplaces to reduce work–family conflict: Schedule control in a white-collar organization. *American Sociological Review*, *73*(2), 265–290.

Keupp, H. (2008). Salutogenese: Gesundheit als soziale Konstruktion. In: H. Keupp, *Reflexive Sozialpsychologie* (S. 47–60). IPP.

Kim, J., & Cho, D. (2020). Examining the impact of flexible work practices on work–life conflict and employee well-being. *Human*

Resource Management Review, *30*(1), 100682. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2019.100682

Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2010). Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *60*(580), 808–814. https://doi.org/10.3399/bjgp10X532585

Koch, S., Lehr, D., & Hillert, A. (2015). *Burnout und chronischer beruflicher Stress*. Hogrefe.

Koerfer, A., Obliers, R., & Koehle, K. (1996). Zwischen Verhören und Zuhören – Gesprächsreflexionen und Rollenspiele im medizinpsychologischen Studium, In: S. Niemeier, S., H. Diekmannshenke (Hrsg.) (2008). *Profession und Kommunikation*. Lang, S. 91 – 126.

König, O. (2020). *Rollen, Regeln und Rituale in Gruppen: Grundlagen der Gruppenpädagogik*. Beltz Juventa.

Kool, W., & Botvinick, M. (2014). A labor/leisure tradeoff in cognitive control. *Journal of experimental psychology. General*, *143*(1), 131–141. https://doi.org/10.1037/a0031048

Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf.

Kossek, E. E., & Ozeki, C. (1998). Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. *Journal of Applied Psychology*, *83*(2), 139–149.

Kuckartz, U. (2010). Die Kategorien und das Codieren von Texten. In: U. Kuckarzt (Hrsg.). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 57–71. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92126-6_3

Kurzban, R., Duckworth, A., Kable, J. W., & Myers, J. (2013). An opportunity cost model of subjective effort and task performance. *The Behavioral and brain sciences*, *36*(6), https://doi.org/10.1017/S0140525X12003196

Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy Research and Its Achievements. In J.C. Norcross, G.R. Vandenbos & D.K. Freedheim (Eds.), *History of Psychotherapy. Continuity and Change* (Auflage, S. 299–332). American Psychological Association.

Land Schleswig-Holstein. (2023). *Schleswig-Holstein - SHRDG | Landesnorm Schleswig-Holstein | Gesamtausgabe | Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG) vom 28. März 2017 | gültig ab: 25.05.2017*. https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-RettDGSH2017rahmen/part/X.

Langer, E. J., Bashner, R. S. & Chanowitz, B. (1985). Decreasing prejudice by increasing discrimination. *Journal of personality and social psychology*, *49*(1), 113.

Längle, A. (2003). Burnout–Existential meaning and possibilities of prevention. *European Psychotherapy*, *4*(1), 107–121.

Längle, A. (2020). *Existenzanalyse: Grundlagen einer sinnzentrierten Psychotherapie*. Facultas.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suhrkamp Verlag.

Lasogga, F. & Karutz, H. (2012). *Hilfen für Helfer. Belastungen, Folgen, Unterstützung, 2. Aufl.* Stumpf & Kossendey.

Larsson, G. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*, *6*(3), 175–180. https://doi.org/10.1093/eurpub/6.3.175

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis.* Springer Publishing Co.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Springer Pub. Co.

Lelkes, O. (2018). Happiness and public policy: Theory, case studies, and implications. *Social Indicators Research, 89*(2), 203–219. https://doi.org/10.1007/s11205-007-9236-7

Lexikon für Psychologie und Pädagogik. (2023). *Ressource.* https://lexikon.stangl.eu/26732/ressource

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

Manser, T. (2009). Teamarbeit und Patientensicherheit in der stationären Versorgung: Ein systematischer Überblick. *Bundesgesundheitsblatt*, *52*(10), 1083–1091. https://doi.org/10.1007/s00103-009-0943-2

Mao, Y., Zhang, F., Wang, Y., Hu, Q., & Fan, L. (2024). The effect of balint practice on reducing stress, anxiety and depression levels of psychiatric nurses and improving empathy level. *BMC nursing*, *23*(1), 554. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02189-0

Marung, H., Klemm, V., Strametz, R., Neusius, T., Raspe, M., Roesner, H., Karutz, H., Runggaldier, K., Petzina, R., Teichmann, L., & Bushuven, S. (2025). The second victim phenomenon among German emergency medical technicians: a cross-sectional study based on the SeViD questionnaire (SeViD-VIII). *BMC emergency medicine*, *25*(1), 137. https://doi.org/10.1186/s12873-025-01298-6

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology. 93*(3), 498–512.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout und Engagement: Das richtige Maß finden.* Springer.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Hrsg.), *Evaluating stress: A book of resources* (S. 191–218). Scarecrow Education.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396. https://doi.org/10.1037/h0054346

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Beltz Verlag.

Mayring, Ph. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. vollst. überarb. und erw. Auflage) (S. 633–648). Springer VS.

McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 200–207. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00177-X

McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, *1*, 1–11. https://doi.org/10.1177/2470547017692328

McKeon, G., Steel, Z., Wells, R., Newby, J., Hadzi-Pavlovic, D., Vancampfort, D., & Rosenbaum, S. (2021). A Mental Health-Informed Physical Activity Intervention for First Responders and Their Partners Delivered Using Facebook: Mixed Methods Pilot Study. *JMIR formative research*, *5*(4), e23432. https://doi.org/10.2196/23432

Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, & H. Thierry (Hrsg.), *Handbook of work and organizational: Work psychology* (Vol. 2, 2. Aufl., S. 5–33). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

Meuser M. & Nagel U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S., Pickel G., Lauth HJ., Jahn D. (Hrsg.) *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft.* VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 465–479. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23

Meyermann, A. & Porzelt, M. (2014). *Hinweise zur Anonymisierung qualitativer Daten. forschungsdaten bildung informiert,* 1, Forschungsdatenzentrum Bildung am DIPF. S. 1–17.

Mills L. M. (2022). Expanding the discourse on emotion in health professions education. *Medical education*, *56*(5), 470–472. https://doi.org/10.1111/medu.14746

Moksnes, U. K. & Espnes, G. A. (2012). Self-esteem and emotional health in adolescents–gender and age as potential moderators. *Scan-*

dinavian journal of psychology, *53*(6), 483–489. https://doi.org/10.1111/sjop.12021

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* National Academy Press.

Müller, C. H., & Ratajczak, H. (2023). *Psychologie für das Gesundheitswesen: Grundlagen, Anwendungen, Perspektiven* (4. Aufl.). Springer.

Murphy, J., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2017). Interoception and psychopathology: A developmental neuroscience perspective. *Developmental cognitive neuroscience*, *23*, 45–56. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.006

Navon, D. (1984). Resources—a theoretical soup stone? *Psychological Review, 91*(2), 216–234. https://doi.org/10.1037/0033-295X.91.2.216

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85–102.

Nerdinger, F. W. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie.* Springer.

Noack, R. H. (1997). Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In H. H. Bartsch (Hrsg.), *Tumortherapie und Rehabilitation: Bd. 2. Salutogenese in der Onkologie: Symposium im Februar 1996 in Freiburg; das Expertengespräch „Das Prinzip Gesundheit“ im März 1996 in Grindelwald, Schweiz, ergänzte den erreichten Diskussionsstand* (S. 1–17). Karger.

Obliers, R., Köhle, K., Kaerger, H., Faber, J., Koerfer, A., Mendler, T.M., & Waldschmidt, T. (1996). Video-Dokumentation als Instrument der Qualitätssicherung: Evaluation der Entwicklung ärztlichen Gesprächsverhaltens nach Balint-Gruppenteilnahme. In: O. Bahrs, W. Fischer-Rosenthal & J. Szecsenyi J (Hrsg.) *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein. Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen.* Königshausen & Neumann, S. 261–290

Oei, N. Y., Everaerd, W. T., Elzinga, B. M., van Well, S., & Bermond, B. (2006). Psychosocial stress impairs working memory at high loads:

an association with cortisol levels and memory retrieval. *Stress, 9*(3), 133–141. https://doi.org/10.1080/10253890600965773.

Olpe, H., R. & Seifritz, E. (2014). *Bis er uns umbringt? Wie Stress die Gesundheit attackiert – und wie wir uns schützen können.* Verlag Hans Huber.

Opie, A. (2001). *Thinking teams, thinking clients: Knowledge-based teamwork.* Oxford University Press.

Ortlepp, K. & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of traumatic stress*, *15*(3), 213– 222. https://doi.org/10.1023/A:1015203327767

Peters, U., H. (1984). *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie.* Urban & Schwarzenberg.

Plessow, F., Kiesel, A., & Kirschbaum, C. (2012). The stressed prefrontal cortex and goal-directed behaviour: acute psychosocial stress impairs the flexible implementation of task goals. *Experimental brain research, 216*(3), 397–408. https://doi.org/10.1007/s00221-011-2943-1.

Pluntke, S. (2013). *Burnout im Rettungsdienst.* Thieme Verlag.

Pongratz, H. J. (2018). Arbeit unter neuen Vorzeichen: Die Kontrolle entgrenzter Tätigkeiten. In S. Schmid & F. Böhle (Hrsg.), *Neue Formen der Arbeit – neue Anforderungen an die Arbeitsforschung* (S. 135–153). Springer VS.

Prescher, T., Bauer, C., Dubb, R., Hofmann, T. & Koch, S. (2023). *Rettungswissenschaft.* Kohlhammer

Ratheiser, K. M., Menschik-Bendele, J., Krainz, E. & Burger, M. (2011). *Burnout und Prävention.* Springer.

Reinhard, F., & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal [Secondary traumatization, posttraumatic stress disorder, burnout, and social support in

emergency care personnel]. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13*(1), 29–36.

Renner, K., H., Heydasch, T. & Ströhlein, G. (2012). *Forschungsmethoden der Psychologie.* Springer.

Richardson, C. G., Ratner, P. A. & Zumbo, B. D. (2007). A Test of the Age-Based Measurement Invariance and Temporal Stability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Educational and Psychological Measurement*, *67*(4), 679–696. https://doi.org/10.1177/0013164406292089

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321. https://doi.org/10.1002/jclp.10020

Robert Koch-Institut. (2021). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-node.html

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103.

Rohn, U. (2006). *Effektive Teamarbeit: Erfolgreiche Zusammenarbeit im Unternehmen gestalten.* Oldenbourg Verlag.

Rosenbrock, R., & Schaefer, I. (2019). *Politik und Praxis der Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Juventa.

Ros, A., Older, A., Gaynor, E., Shittu, B., Bu, C., & Sullivan, K. (2022). Balint Group Sessions for Medical Students, a Pilot Study. *British Journal of Psychiatry Open*, *8*(1), S32. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.147

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141–166. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryff, C. D., Boylan, J. M., & Kirsch, J. A. (2021). Eudaimonic well-being and health: Advances, gaps, and directions for future research. In M. L. Kern & M. L. Wehmeyer (Hrsg.), *The handbook of positive psychology in schools* (3. Auflage., S. 183–196). Routledge.

Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a "big five" in teamwork? *Small Group Research*, *36*(5), 555–599. https://doi.org/10.1177/1046496405277134

Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. and Bakker, A. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Stadies, 3*, 71–92. https://doi.org/10.1023/A:1015630930326

Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands–Resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Hrsg.), *Bridging occupational, organizational and public health* (S. 43–68). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_4

Schnell, T. (2020). Arbeit und Sinn. In: T. Schnell (Hrsg.) *Psychologie des Lebenssinns,* S. 233–264. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61120-3_13

Schnyder, U., Wittmann, L., Friedrich-Perez, J., Hepp, U. & Moergeli, H. (2008). Posttraumatic stress disorder following accidental injury: rule or exception in Switzerland? *Psychotherapy and psychosomatics*, *77*(2), 111–118. https://doi.org/10.1159/000112888

Scholl, W. (2005). *Gruppenarbeit: Grundlagen der Teamarbeit im Unternehmen (2. Aufl.).* Kohlhammer.

Schulz, P. (2017). *Burnout oder Depression?* Pabst Science Publishers.

Schulz von Thun, F. (2013). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation.* Rowohlt.

Schüttengruber, V., & Freund, A.M. (2022). The Role of Subjective Expectations for Exhaustion and Recovery: The Sample Case of Work and Leisure. *Perspectives on Psychological Science, 18*, 1009 - 1027.

Sefrin, P., Händlmeyer, A., & Kast, W. (2015). Leistungen des Notfall-Rettungsdienstes. *Der Notarzt*, *31*, 34–48. https://doi.org/10.1055/s-0035-1552705

Selye, H. (1956). *The Stress of Life.* McGraw-Hill.

Siegling, A. B. & Petrides, K. V. (2014). Measures of trait mindfulness: Convergent validity, shared dimensionality, and linkages to the five-factor model. *Frontiers in psychology*, *5*, 1164.

Siegrist, J. (2006). Effort–reward imbalance at work and health. In P. Perrewé & D. Ganster (Hrsg.), *Research in occupational stress and well being*, S. 261–291. Emerald Group.

Sirgy, M. J., & Lee, D. J. (2018). Work-life balance: A quality-of-life model. *Applied Research in Quality of Life*, *13*(1), 229–254. https://doi.org/10.1007/s11482-017-9506-6

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and Validation of a Measure for Assessing Recuperation and Unwinding From Work. *Journal of occupational health psychology*, *12*, 204–221. https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204

Spielberger, C. (2015). *Teams versus Gruppen: Leistungsdynamiken im Vergleich.* Akademische Verlagsgesellschaft.

Statista. (2021). *Rettungsdiensteinsätze der Feuerwehr nach Art des Einsatzes | Statista. Einsätze des Rettungsdienstes.* https://de.statista.com/statistik/daten/studie/760535/umfrage/rettungsdiensteinsaetze-der-feuerwehr-in-deutschland-nach-art-des-einsatzes/.

Statistisches Bundesamt. (2020). *Psychische Belastung am Arbeitsplatz.* https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/stress-arbeitsplatz.html

Steger, M. F./Dik, B. J./Duffy, R. D. (2012). Measuring meaningful work: The work and meaning inventory (WAMI). *Journal of career Assessment*, *20*(3), 322–337.

Stelcer, B. (2011). Role of a Balint group in hospice practice. *Progression in Health Science*, *1*, 171–4.

Stein, P. (2014). Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. S. 131–135. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_7

Steijn, A. J. (2002). *Team performance and individual competencies: Exploring the link between teamwork and individual performance.* Journal of Management Development, *21*(3), 174–189. https://doi.org/10.1108/02621710210420236

Streeck, U. (2024). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie.* Psychosozial-Verlag.

Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. & Senf, W. (2005). Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic. Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, and service utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(5), 439–446. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.007

Tang, S., Siu, O. L., & Cheung, F. (2020). A meta-analytic review of work–family enrichment. *Journal of Applied Psychology*, *105*(3), 262–281. https://doi.org/10.1037/apl0000439

Taris, T. W., Ybema, J. F., & Beek, I. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? *Burnout Research, 5,* 3–11.

Teigen, K. H. (1994). Yerkes-Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology, 4*(4), 525–547. https://doi.org/10.1177/0959354394044004

Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie.* 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer.

Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2015). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD001293. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3

Torppa, M. A., Makkonen, E., Mårtenson, C., & Pitkälä, K. H. (2008). A qualitative analysis of student Balint groups in medical education:

contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient education and counseling*, *72*(1), 5–11. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.012

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://sdgs.un.org

Uusitupa, M., Khan, T. A., Viguiliouk, E., Kahleova, H., Rivellese, A. A., Hermansen, K., & Sievenpiper, J. L. (2019). Prevention of type 2 diabetes by lifestyle changes: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, *11*(11), 2611. https://doi.org/10.3390/nu11112611

Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job-Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress, 13*(2), 87–114. https://doi.org/10.1080/026783799296084

Van Marle, H. J., Hermans, E. J., Qin, S., & Fernández, G. (2009). From specificity to sensitivity: how acute stress affects amygdala processing of biologically salient stimuli. *Biological psychiatry, 66*(7), 649–655. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.05.014.

Ventura, J. (1995). The consequences of remote work and the role of leadership. *Business Horizons*, *38*(4), 60–66.

Vloet, T. D., Siegrist, J., & Loerbroks, A. (2010). Berufliche Identität und Gesundheit in sozialen Berufen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *5*(3), 216–221. https://doi.org/10.1007/s11553-010-0210-9

Volanen, S.-M., Suominen, S [S.], Lahelma, E., Koskenvuo, M [M.] & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian journal of psychology*, *48*(5), 433– 441. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00598.x

von Polier, G. G., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Vloet, T. D., & Herpertz, S. C. (2013). Reduced empathy in subjects with antisocial traits: Evidence from functional MRI studies. *Neuroscience and*

Biobehavioral Reviews, *37*(7), 1231–1241. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.03.003

Wagner, M. (2009). *Kohärenzgefühl bei Dialysepatienten in der Steiermark: und daraus resultierende künftige Herausforderungen an die Pflege und Versorgung.* https://www.inter-uni.net/static/download/publication/masterthesen/VT_Wagner_2009_HS_Kohaerenzgefuehl_bei_Dialysepatienten.pdf.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165–178. https://doi.org/10.1891/1061-3749.1.2.165

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work (2. Auflage).* Routledge.

Weber, J. (2012). *Der Einfluss des Kohärenzgefühls und der biopsychosozialen Ressourcenauf die subjektive Gesundheitim höheren Lebensalter: Eine längsschnittliche Betrachtung der „Greifswalder Altersstudie“.* https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/1195/file/diss_weber_jana.pdf

Weigl, M., Hornung, S., Angerer, P., Siegrist, J., & Glaser, J. (2016). The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: A prospective, controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, *16*, 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1541-x

Westhoff, K. (2000). Das psychologisch-diagnostische Interview. Ein Überblick über die Forschung für die Praxis. *Report Psychologie*, *25*(1), 18–24.

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* https://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

Wirtz, M.A. (2025). *Lexikon für Psychologie und Pädagogik.* Hogrefe.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2023). *Fehlzeiten-Report 2023: Arbeitswelt im Wandel – zwischen Digitalisierung und Dekar-*

bonisierung. https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2023/fehlzeiten-report-2023/

Wittchen, H., U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Springer.

Wittmann, M., & Wirtz, M. (2020). Emotionale Entlastung durch Supervision in psychosozialen Berufen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, *111*(2), 103–108.

Weimer, S. & Pöll, M. (2012). *Burnout – ein Behandlungsmanual. Baukastenmodul für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis.* Klett-Cotta.

Wöller, W. & Kruse, J. (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden.* Schattauer.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion.* https://www.who.int

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18*(5), 459–482.

Zakay, D. (2014). Psychological time as information: The case of boredom. *Frontiers in Psychology, 5,* 917. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00917

Zijlstra, F. R., Cropley, M., & Rydstedt, L. W. (2014). From recovery to regulation: an attempt to reconceptualize 'recovery from work'. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *30*(3), 244–252. https://doi.org/10.1002/smi.2604

Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). Pearson Studium.

Zimprich, D., Allemand, M. & Hornung, R. (2006). Measurement Invariance of the Abridged Sense of Coherence Scale in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(4), 280–287. https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.280

8 Anhang: Interviewtranskripte

Interviews der Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitäter

Interview 1

1 I: Okay, die Aufzeichnung läuft. Und dann muss ich jetzt ganz standardisiert vorgehen und Sie erst einmal fragen, ob Sie damit einverstanden sind, dass das aufgezeichnet wird.

2 P1: Ja, natürlich.

3 I: Prima. Und dann stelle ich Ihnen jetzt, elf Fragen sind es insgesamt, wie muss ich immer mal ablesen. Die Erwartung ist, dass Sie die spontan beantworten, aber Sie müssen nicht schnell sein. Also hier geht es nicht um die Zeit und ich werde einfach da auch nichts unterbrechen und nichts dazu sagen, weil sonst ist es für die Auswertung schwieriger.

4 P1: Okay

5 I: Aber haben Sie vorab noch eine Frage? P1: Ach ich (...), starten wir einfach.

6 I: Also dann kommt die erste Frage, die heißt Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

7 P1: Ich würde mich jetzt zufrieden einteilen. Ja.

8 I: Schön. Die zweite Frage heißt Was stimmt Sie Zufrieden oder unzufrieden?

9 P1: Ähm, also mich stimmt zufrieden, weil ich den Job einfach unglaublich gern mache. Ähm. Weil so ein kleines Lächeln von der Oma, die man ins Krankenhaus gebracht hat, da oft. so viel Seele streichelt. Und wenn man da irgendjemandem so ein Lächeln ins Gesicht zaubern kann und jemand helfen kann, ähm, das macht mich sehr zufrieden. Auch der Umgang untereinander, also die

Arbeitskollegen, wir haben ein sehr, sehr familiäres Verhältnis. Das macht mich sehr zufrieden, weil ich das in meinem ersten Job anders erlebt habe Und wenn man sich von den ganzen organisatorischen Schwierigkeiten mal so ein bisschen frei macht, was ich sehr gut kann, dann ist es einfach ein wunderschöner Job und deswegen bin ich zufrieden.

10 I: Hört sich gut an! Ja, und die dritte Frage wäre jetzt? Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (...)

11 P1: Also da muss ich sagen, so belastende Sachen, da hilft es mir, darüber zu reden. Ich habe da gute Freunde, die zum Teil mit der ganzen Materie überhaupt nichts zu tun haben, die sich das aber gerne mal anhören. Oder halt natürlich auch Kollegen, die mittlerweile auch zum Teil Freunde sind, wo man dann halt auch über das Fachliche noch mal diskutieren kann, hat man alles richtig gemacht und sowas in die Richtung. Und das hilft mir tatsächlich, da viel drüber wegzukommen. Und wenn, wenn da mal irgendwas ist, was einen beschäftigt hat und ansonsten tatsächlich auch ab und zu mal das absolute abschalten und mal von der ganzen Geschichte nichts hören und sehen und sich auch nicht mit Leuten aus dem Bereich, sondern bewusst mit anderen Leuten umgeben und mal komplett den Kopf da weg. Und damit komme ich sehr sehr gut klar. Also ich schlafe nicht schlecht nach belastenden Einsätzen oder so, da habe ich glaube ich eine ganz gute Strategie.

12 I: Okay, danke schön, vierte Frage Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (...)

13 P1: Also nach welchen Situationen ist da gemeint oder.

14 I: Also die Frage steht wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung?

15 P1: Ähm, ja, wie gesagt, nach. Ähm. Nach Einsätzen, Ähm, die manchmal nicht so ganz rund gelaufen sind oder wenn man es auch mal an sich selber zweifelt und sagt haben wir jetzt wirklich alles richtig gemacht da? Ähm. (...) Da würde ich jetzt sagen,

da brauche ich dann mal jemand, mit dem man einfach nochmal drüber spricht und das für sich selber auch manchmal durchs Reden rekapituliert. Ähm, aber Ja, also mir fällt jetzt spontan da keine konkrete Situation ein.

16 I: Okay, danke schön. Fünfte Frage. Wann suchen Sie einen Ratschlag? (...)

17 P1: Wenn, ja, wenn man das Gefühl hat, wenn so das eigene Bauchgefühl oder. Ähm, der Peter Juhasz nennt sehr gern mentales Modell, wenn das quasi nicht so ganz funktioniert hat. Oder wenn man im Nachhinein sagt so, ja war okay, aber irgendwie gefällt mir das nicht so richtig. Da hole ich mir dann oft mal noch eben so rückwirkend noch einmal Ratschläge von älteren Kollegen oder eben auch gerade vom Alex Köll oder vom Peter Juhasz, die da ja schon so meine Mentoren sind und da entsprechend das auch ganz wichtig ist das nochmal aus einer anderen Sicht zu hören, finde ich. Und das wären so die Situationen, wenn man selber nicht ganz zufrieden mit sich ist.

18 I: Okay, danke schön. Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (..)

19 P1: Ähm. (..) Ich nenne es immer gern wir sind eine eine große GZSZ Familie, die sehr viel SeifenoperAnteile auch hat und es wird gerne über aber wenig mit den Leuten geredet. Und ähm, ich persönlich kann damit ganz gut umgehen, weil ich immer sage, wenn die Leute da nichts nichts selber haben, über dass sie reden können, dürfen sie gerne über mich reden. Aber so im Allgemeinen sieht man, dass die die jüngeren Kollegen da ganz schlecht damit umgehen können und da ganz viel Drama passiert, was eigentlich gar nicht passieren müsste, wenn man mehr miteinander und weniger übereinander reden würde.

20 I: Okay, danke schön. Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit den Kolleginnen ein? Oder Kollegen und Kolleginnen? Ähm.

21 P1: Ja, tatsächlich. In diesem ganzen, ich nenne es GZSZ Wahn hatte ich eine Situation, da dachte die Kollegin ich mag sie nicht,

weil ich mit der anderen Kollegin, mit der sie gerade im fürchterlichen Streit auch im Privaten war, weil ich mit der genauso umgehe wie ich mit ihr auch umgehe, hat es dann die Kollegin anders interpretiert und hat daraus gefolgert dass ich sie nicht mögen könnte. Dann habe ich zu ihr gesagt: „Hey, pass auf, jetzt sag doch mal, was überhaupt los ist und dann reden wir halt einmal miteinander und wir sind alles Kollegen und mir ist euer ganzes (...) die eine hat der anderen den Freund ausgespannt, völlig egal, aber wir müssen hier vernünftig miteinander arbeiten. Und da gibt es gewisse Regeln. Und ich habe die Verantwortung, also musst du dich da an gewisse Sachen halten, und das mache ich nicht, weil ich dich nicht mag, sondern weil ich hier die Verantwortung trage und den Kopf hinhalten, wie es geht“. Und das war tatsächlich dann im Nachhinein ein sehr sehr gutes Gespräch. Ähm, und sie kam dann auch noch mal zu mir her und hat gesagt, dass sie es in ihrem ganzen emotionalen Wahn gar nicht so betrachtet hat und hat sich dafür auch noch bedankt, also das war so in letzter Zeit eine sehr positive, wenn man mal vernünftig miteinander spricht.

22 I: Dankeschön. Frage acht Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

23 P1: Ähm. (...) Da gibt es ganz ganz viele. Ähm. (...) Ähm. (...) Was war Denn? Ja, ähm. Der Dienstplaner, Er ruft mich vor ein, zwei Wochen an und will mit mir den Dienstplan für den Folgemonat besprechen. Und dann, ich bin jetzt auf Praxisanleiter Lehrgang und bin halt dementsprechend zwar nicht viel auf der Wache, arbeite ja aber trotzdem, sitzt da ja nicht Kaffee trinkend, also schon, aber auch das ist Arbeitszeit. Und dann habe ich vier Tage Kurs in der Woche und dann sagt er also du könntest schon noch die anderen drei Tage auch noch eine Schicht arbeiten und dann, ähm, (..), sehe ich anders. Da muss man irgendwie einen Mittelweg finden. Aber ich sehe mich jetzt da nicht in der Pflicht, weil ich ja mit meinem Kurs, mit den Fahrten usw da alles schon meine Stunden ableiste in der Zeit und dann hat er so zähneknirschend das ganze akzeptiert, dass ich dann halt nur eine Schicht noch zusätzlich mache und macht dann in so gerade am Telefon auch schwierige Kommunikation, weil das Non und

Paraverbale einfach fehlt. Und dann sagt er in so einem ganz speziellen Unterton, zumindest in meinem Ohr Ähm, naja, dann wünsche ich dir einen schönen Juli. Weil sehen werden wir uns ja nicht viel und du wirst ja auch nicht viel da sein. Und dann ist bei mir und weil ich auch mit diesem Kollegen eigentlich ein sehr freundschaftliches Verhältnis pflege, da, also jetzt sagen wir mal nicht böse, aber was willst man damit jetzt sagen? Naja, wie gesagt, das nicht viel da bist habe ich gesagt ja, aber es schwingt schon ein Unterton oder ein Vorwurf letztendlich mit. Ähm, nee, nee, so ist das gar nicht gemeint. Also das war eine sehr schwierige Kommunikation. Ich weiß nicht, ob es allein an dem Telefonat lag oder an der Emotionalität, die man durch dieses freundschaftliche Verhältnis hat. Aber das war jetzt so in letzter Zeit. Ähm. Eines der schlechten Beispiele.

24 I: Okay, danke schön. Neunte Frage Was ist wichtig für Ihre Berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäterin? (...)

25 P1: Wichtig ist für mich, dass die, (...) also grundsätzlich mal alles Organisatorische stimmt, das planungssicher der Dienstplan vorhanden ist, dass man nicht in einer Tour permanent einspringen muss. Was ich aber noch wichtiger finde dass man gut ausgebildete Kollegen hat, mit denen man vernünftig arbeiten kann und vor allem qualitativ hochwertig arbeiten kann, weil alles, was weniger ist, ja letztendlich die Patientenversorgung reduziert. Und das, das ist mir ein großer Dorn im Auge, dass ich da quasi zurückstecken müsste, nur aufgrund, dass Kollegen. (...) Aus wenig intrinsischer Motivation sich da vielleicht nichts mehr aneignen oder aneignen wollen. Und also das, das finde ich total wichtig, dass es gut ausgebildete Kollegen sind. Deswegen gehe ich auch in die Ausbildung und mache den Schritt, dass ich das selber mit ausbilden will. Weil man kann nicht schimpfen und dann aber nichts dagegen machen und. Und. (..) Ja, gute Kommunikation wäre wichtig. Was uns manchmal noch so ein bisschen fehlt und so ein bisschen das Differenzieren, dass wir nicht alle beste Freunde sind oder sein können, weil das eine ist halt einfach hier. Das eine ist halt einfach hier der Dienst und das andere ist Schnaps. Also so den Klassiker,

dass man das ein bisschen lernen muss, zu trennen, und da tun wir uns, glaube ich, alle manchmal ein bisschen hart.

26 I: Danke schön. Jetzt wären schon die wichtigsten Fragen. Jetzt bräuchten wir mit Frage zehn noch einen kurzen Steckbrief. So wie ich das verstanden habe, geht es dann nicht, dass Ihr Name in der Forschungsarbeit auftaucht, sondern allgemeine Daten, zum Beispiel das Alter

27 P1: äh, 35.

28 I: Die Lebenssituation. Partnerschaft Familie, P1: alleinstehend

29 I: und haben Sie ein Hobby oder machen Sie Sport? (..)

30 P1: Mein Hobby hat da gerade im Hintergrund gebellt. Meine zwei Hunde. Sport. Tatsächlich! Also natürlich. Ich gehe ausgiebig spazieren. Sport nicht. Ich bin recht kreativ im Bastel und Hobbybereich. So das ist das würde ich so als Hobby bezeichnen, also kreatives Basteln.

31 I: Wie viele Jahre sind Sie schon im Beruf?

32 P1: Also ich bin seit 2021 ausgelernte Notfallsanitäterin. Davor die drei Jahre Ausbildung und davor habe ich 2017 als Rettungssanitäterin hauptberuflich angefangen. (..) 7 Jahre

33 I: Okay, schön. Haben Sie einen Erstberuf oder ist das Ihr Erstberuf? [0:13:09.7] P1: Ich habe, zum Erstberuf habe ich nach der Schule Zahnarzthelferin gelernt.

34 I: Jawohl. Okay. Dann wäre die letzte Frage, ob es noch etwas Wichtiges aus Ihrer Sicht gibt. was Sie noch mitteilen möchten. (..)

35 P1: Fällt mir jetzt spontan nichts ein.

36 I: Okay. Ja. Na, dann sage ich Danke, dass Sie das so engagiert beantwortet haben. Und mach jetzt mal, beende jetzt mal die Aufzeichnung.

37 P1: Jawohl.

Interview 2

1 I: Jetzt steht da, die Aufzeichnung läuft. Und dann möchte ich Ihnen gerne noch mal Danke sagen. Ganz offiziell, dass Sie sich die Zeit nehmen. Und ich muss Sie auch offiziell noch mal fragen, ob Sie mit der Aufzeichnung einverstanden sind.

2 P2: Ja, bin ich.

3 I: Okay, und jetzt folgen zehn. Elf Fragen sind es und die können Sie in Ruhe beantworten. Müssen nicht hetzen, aber müssen auch nicht lange überlegen, was richtig oder falsch ist. Es geht ja um Ihre eigene Antwort. Ja. Haben Sie vorab noch eine Frage?

4 P2: Ne

5 I: Starte ich einfach mal Frage Nummer eins Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

6 P2: Eher zufrieden?

7 I: Dankeschön. Frage zwei Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden?

8 P2: Zufrieden stimmt mich, dass mir dieser Job an sich Spaß macht. Also das ist einfach ein Job, der mir, ja, ich würde mal sagen zu 80% wirklich Spaß macht und das auch noch nach der Ausbildung weiterhin besteht. Ja.

9 I: Schön, danke schön. Frage Nummer drei Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind?

10 P2: Der Austausch mit Kollegen und auch die Dienste mit Kollegen, mit denen man vielleicht auch privat noch befreundet ist. Also diese Dienste auf jeden Fall. Und gut, dann halt im Privaten halt noch so was wie Sport oder ausreichend schlafen, sich was Gutes tun. Solche Sachen dann im Privaten.

11 I: Okay, danke schön. Nummer vier Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (..)

12 P2: Also in welchen Situationen? Oder?

13 I: Die Frage, die hier steht, heißt Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (..)

14 P2: Hm. (..) Hm. Hm. Hm. Also, es gibt auf der einen Seite gibt es zum Beispiel so Einsätze, wo die Angehörigen oder auch die Patienten unverschämt sind und man sich dann halt hinterher einfach mit dem Kollegen nochmal drüber aufregt, das nochmal Revue passiert und vielleicht auch mit ein bisschen Humor, das einfach kompensiert. Und dann würde ich jetzt trotzdem mal sagen also bei uns in Coburg ist es so, dass man auch viel miteinander spricht, wenn man das Auto übergibt. Und wenn da Zeit ist und man noch einen gemeinsamen Kaffee trinkt, und so, ist das irgendwie eigentlich schon, wie so jeden Dienst noch mal so ein bisschen emotionale Stütze also, die da konstant einfach da ist.

15 I: Dankeschön. Frage Nummer fünf Wann suchen Sie einen Ratschlag? Also Ratschlag. (..)

16 P2: Ähm, wann suche ich einen Ratschlag? Ähm, ja. Bei bei Notfallsituationen die eher selten sind. Ähm, bei bei eigenen Unsicherheiten. Wenn man noch mal Rücksprache mit dem Kollegen hält, machen wir es so und so, oder? Genau. Ja.

17 I: Okay. Danke schön. Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (...)

18 P2: Also, man sagt ja immer, man kann nicht nicht kommunizieren. Aber es gibt einfach Kollegen, die sehr wenig verbal kommunizieren. Dass das unzufrieden, da kann ich schlecht mit umgehen. Ähm. (...) Ja, damit ja, dass damit, ja. Ja, Okay.

19 I: Danke schön. Frage sieben Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

20 P2: Ja, ganz viel. Also das habe ich schon eher. Also das ist schon eher die Mehrheit, dass man im Einsatz. (..) Die, die die Aufgaben noch mal wiederholt, dass man wirklich ein ten fot ten anwendet, gemeinsam, dass dann auch wirklich alle zuhören. Ähm, ja, also

dass da Sachen auch bei einer Reanimation stressig ist, dass da einfach viel verbal kommuniziert wird Und ja, das ist gelungen.

21 I: Das ist ein Beispiel. Danke schön. Die Frage acht Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

22 P2: Hm, ja, das sind, das sind eben häufig so alteingesessene Kollegen, die verbal wenig kommunizieren und die davon ausgehen, dass man die Arbeitsweise und das Handling mit Geräten oder wie Wo stelle ich meine Arbeitsgeräte hin davon ausgehen, dass man gleich denkt Und ja, das ist dann nicht gelungene Kommunikation.

23 I: Okay, Dankeschön. Die Frage neun Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäterin? (..)

24 P2: Also was? Was? Können Sie noch mal vorlesen?

25 I: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäterin?

26 P2: Ähm, dass es (...) dass regelmäßig Einsätze reinkommen, die auch wirklich einen RTW oder RTW mit Notarzt wirklich auch rechtfertigen? Also dass man wirklich Notfalleinsätze auch fährt. Zwischendurch mal.

27 I: Okay. Danke schön. Dann sind wir bei den letzten zwei Fragen. Die Nummer zehn wäre ein kurzer Steckbrief, also persönliche Angaben, wobei ihr Name nicht genannt wird, auch in der Forschungsarbeit nicht. Aber ihr Alter wäre schön.

28 P2: 26.

29 I: Danke schön. Und die Lebenssituation Partnerschaft Familie. Alleinstehend. P2: Alleinlebend. Alleinstehend. Ja.

30 I: Okay. Haben Sie ein Hobby oder einen Sport, den Sie ausüben?

31 P2: Genau. Also, ich gehe joggen oder ins Fitnessstudio. Also abwechselnd. Ich mache Sport und ich lese gerne so Romane halt. Also. Ja.

32 I: Okay. Wie viele Jahre sind Sie schon im Beruf?

33 P2: Ähm. (..) Also. Äh, also ich bin jetzt vier Jahre ausgelernt und davor eben drei Jahre Ausbildung. Vier oder 7 Jahre, je nachdem.

34 I: Könnten Sie das noch mal wiederholen? Ich glaube, gerade war eine Tonstörung.

35 P2: Ja, ich bin seit vier, vier Jahren jetzt ausgelernt. Und je nachdem, wie man es halt nimmt, seit vier oder seit sieben Jahren mit der 3-jährigen Ausbildung dazu.

36 I: Okay. Und ist es Ihr Erstberuf oder hatten Sie vorher einen anderen Beruf?

37 P2: Erster Beruf

38 I: Okay, danke schön. Wir wären eigentlich schon durch und die letzte Frage ist, ob es noch etwas Wichtiges aus Ihrer Sicht gibt, was Sie hinzufügen möchten oder was Ihnen wichtig ist.

39 P2: Ich überlege noch mal kurz oder aber, dass es mir dass nichts einfallen wird. Aber. Hm. Also ich denke, es geht aus diesem aus meinen beantworteten Fragen sowieso heraus. Aber dass ich schon in vier Jahren selber gemerkt habe, wie wichtig das Zwischenmenschliche ist, um das auch im Job, gerne hinzugehen, das länger auszuhalten oder dem länger standzuhalten, der Belastung, also das dachte ich nicht, dass das Zwischenmenschliche da so viel mit ausmacht. Ja, also und, genau.

40 I: Danke schön. Ja, prima. Dann können wir jetzt den offiziellen Teil beenden und ich beende meine Aufzeichnung. Ja, okay.

Interview 3

1 P3: Jawoll.

2 I: Jetzt läuft die Aufzeichnung. Sie können das sehen. Und ich sage noch mal, auch im Namen von Herrn Köll Vielen Dank. Und frage Sie offiziell noch mal, ob Sie damit einverstanden sind, dass das aufgezeichnet wird.

3 P3: Ja.

4 I: Okay. Dann gibt es hier elf Fragen, die ich Ihnen der Reihe nach stelle und Sie können sie in Ruhe beantworten. Aber auch spontan. Es geht nicht um richtig oder falsch, sondern um Ihre subjektive Einstellung dazu.

5 P3: Okay.

6 I: Sonst noch was, was Sie vorab fragen wollen? P3: Nee, nix.

7 I: Fangen wir an, und zwar die Frage eins. Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einordnen?

8 P3: Das ist ganz einfach. Ich würde mich eher als zufrieden einordnen. Definitiv.

9 I: Okay. Danke schön. Die Frage zwei Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden Zufrieden?

10 P3: Zufrieden stimmt mich auf jeden Fall, dass ich den Job ausüben darf, den ich auch drei Jahre gelernt habe, dass ich da einen festen Arbeitsplatz habe, dass ich immer noch Spaß dran habe und auch Spaß mit meinen Kollegen habe.

11 I: Okay, danke schön. Frage Nummer drei Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (..)

12 P3: Puh. (..) Also erstmal muss man sagen, der Job stellt einen schon vor gewisse Herausforderungen, psychisch. Ich glaube, man lernt mit der Zeit, wie man damit umzugehen hat. Zum einen privat als auch auf der Arbeit. Was einem am besten hilft. Also ich bin immer ein Freund davon, auf jeden Fall immer zu reden, immer alles offen kund zu tragen. (..) Ja, alles mündlich verarbeiten können. (..) Ja. (...)

13 I: Okay. Danke schön. Die Frage vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung?

14 P3: Sobald mir mein Bauchgefühl das eigentlich mitteilt. Also sobald ich einen Einsatz habe, der mich mitnimmt, dann suche

ich mir Hilfe. Und auch wenn das erst eine Woche später kommt, weil ich merke, mir geht das jetzt seit einer Woche nicht aus dem Kopf, dann würde ich mir auch immer noch eine Woche später Hilfe suchen. Also sobald mir das wirklich nicht mehr aus dem Kopf geht und ich merke, dass ich das alleine nicht verarbeitet bekomme, dann suche ich mir auf jeden Fall Hilfe. Und das gerne bei Kollegen oder beim Partner. Bei Freunden. (..)

15 I: Dankeschön. Wann suchen Sie einen Ratschlag? Das ist die Nummer fünf. (..)

16 P3: Hm. Ich würde sagen, ich suche mir sogar recht oft einen Ratschlag. Weil sobald man sich einen Ratschlag sucht, kann man auch über Themen diskutieren. Und finde ich, kann man sich damit sehr viel weiterentwickeln. Das heißt, Ich würde sagen, bei jedem Einsatz sucht man sich irgendwo einen kleinen Ratschlag. Wie hätte das andere Kollege gemacht oder wie beziehungsweise in welcher Reihenfolge hätte es der Kollege gemacht? Hätte er etwas anders gemacht? Oder falls ich nicht weiter weiß, einfach zu fragen Hey, fällt dir noch was ein? Also ich würde sagen, jeden Tag sucht man sich irgendwo Ratschläge. (..)

17 I: Danke schön. Die Frage sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation?

18 P3: Hm, Hm. (..) Ja. Was mich unzufrieden stimmt bei der Kommunikation mit Kollegen? Dass es gewisse Kollegen gibt, die immer alles besser wissen und sich auf keine Kommunikation wirklich einlassen, würde ich sagen. Und das hat man vor allem von den Kollegen, die schon länger in dem Beruf sind, weil sie denken, die sind schon so abgehärtet und wissen alles und haben in allen Bereichen Erfahrungen gesammelt. Da stößt man, finde ich, immer gegen eine gewisse Abneigung. Sich jetzt über irgendwas zu unterhalten oder zu diskutieren. (..)

19 I: Okay, danke schön. Die Frage sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

20 P3: Ein Beispiel für gelungene Kommunikation? I: Ja. (..)

21 P3: Ein Beispiel für eine gelungene Kommunikation. Naja, Kommunikation muss immer auf einerAugenhöhe passieren. Also, wenn ich weiß, dass ich mit dem Kollegen nicht auf Augenhöhe kommunizieren kann, dann lasse ich das. Das heißt, wenn ich mich jetzt mit einem Kollegen super gut verstehe und ich weiß, der ist auch von der Kompetenz her auf meinem Niveau, dann ist, würde ich sagen, alles ein Abwechseln. Also das ist ein schöner Dialog und nicht nur ein Monolog. Weil wenn ich jetzt mit jemandem kommuniziere, dann geht das nicht nur von mir aus, sondern ich will auch von meinem Gegenstück logischerweise adäquate Antworten haben. Ratschläge haben, eine Meinung zu haben. Und wenn ich das dann bekomme und auch konstruktive Kritik zum Beispiel ist auch eine wichtige Sache, dann ist das für mich auf jeden Fall eine gute Kommunikation, weil man aus dem Gespräch auf jeden Fall was mitnehmen kann und nicht sich gedacht habe, für was habe ich jetzt die fünf Minuten geopfert? (..)

22 I: Danke schön. Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

23 P3: Ja, ganz einfach. Wenn man zum Beispiel eine Teambesprechung nach einem Einsatz führen will, hatte ich letztens auch erst und man das gerne nach besprechen möchte den Einsatz, weil gewisse Sachen vielleicht gut liefen und andere auch wieder schlecht und der Kollege dir gegenüber keine Interesse zeigt und er damit beschäftigt ist, sich eine Zigarette anzuzünden und dann dementsprechend. (..) eigentlich nicht mal zuhört und dir diesen Einsatz mit dir nicht mehr reflektiert. Also der nimmt dann weder Kritik noch Lob an, der interessiert sich dann gar nicht an dem Gespräch. Also der steht dann eher da und raucht seine Zigarette zum Beispiel. Hat man oft im Rettungsdienst.

24 I: Okay, danke schön. Die Frage neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zukunft als Notfallsanitäterin?

25 P3: Zum einen ist mir wichtig, dass ich die Lust an meinem Beruf nicht verliere. Das heißt, dass ich mich durch so Bagatelleinsätze, dass mir dadurch die Lust nicht genommen wird und dass ich mich in dem Job auch weiterentwickeln kann. Also ich bin der Meinung,

wir sind gut ausgebildet, sogar sehr gut ausgebildet, dass wir damit auch definitiv noch was anfangen können, auch für die Zukunft gesehen. Und dass wir jetzt nicht hier stehen bleiben müssen, bloß weil wir jetzt die Ausbildung geschafft haben, bin ich nicht der Meinung, dass wir auch hier stagnieren müssen.

26 Ich finde, wir können mit unserem Wissen und Können, was wir uns jetzt als Fundament aufgebaut haben, definitiv noch weiterkommen.

27 I: Okay. Danke schön. Das waren jetzt schon die inhaltlichen Fragen. Jetzt bräuchten wir noch einen kurzen Steckbrief von Ihnen. In dieser Forschungsstudie werden Sie nicht mit Namen genannt. Also nur andere Daten. Alter, wie alt sind Sie?

28 P3: 22

29 I: Jawohl. Und die Lebenssituation? Partnerschaft. Familie. Alleinstehend.

30 P3: Partnerschaft.

31 I: Dankeschön. Und haben Sie ein Hobby oder einen Sport, den Sie ausüben?(..)

32 P3: Letztendlich ist mein Hobby irgendwo auch mein Job, würde ich sagen. Ich habe aber früher viel Sport betrieben, musste ich aber aus gesundheitlichen Gründen aufhören. Da war ich immer im Fitnessstudio. Ja, ist leider nicht mehr.

33 I: Die Berufsjahre soll ich noch erfragen. Wie lange sind Sie jetzt im Beruf?

34 P3: Wenn man die Ausbildung mitzählt, sind es dann knapp 4 Jahre.

35 I: Okay. Und ist das Ihr Erstberuf oder haben Sie vorher einen anderen Beruf schon angefangen oder beendet?

36 P3: Das ist mein Erstberuf. Also ich bin nach dem Abitur direkt in die Ausbildung gestartet.

37 I: Okay. Danke schön. Ja, und dann wäre die Frage elf. Gibt es noch was Wichtiges aus Ihrer Sicht? Was ganz wichtig ist?

38 P3: Ganz wichtig! Niemals den Spaß am Job verlieren! Man macht das, finde ich, wirklich mit einem Sinn. Und mit Zielen und Menschen. Jeder Mensch braucht irgendwo Hilfe. Auch wenn man es noch so klein empfindet. Man kann in diesem Job jedem Menschen helfen und es ist echt schön, wenn man so dann nach Hause gehen kann. Und der Job ist sehr empfehlenswert.

39 I: Okay. Danke schön, dann haben wir das schon zu Ende gebracht. Ich mache jetzt mal die Aufzeichnung aus.

40 P3: Ja.

Interview 4

1 I: Jetzt können Sie es wahrscheinlich auch sehen, dass aufgezeichnet wird. Ja, und vom Herrn Köll, darf ich nicht vergessen, auch danke schön zu sagen, dass Sie an dem Forschungsprojekt teilnehmen. Und ganz offiziell! muss ich Sie fragen, ob Sie einverstanden sind.

2 P4: Natürlich. Ja.

3 I: Okay. Danke schön. Jetzt wird es schnell und zügig gehen. Es sind elf Fragen, die auf Sie warten. Sie können sie in Ruhe beantworten. Auch gerne spontan. Es geht ja nicht um richtig oder falsch, sondern so, wie Sie die Situation bewerten.

4 P4: Jawohl

5 I: Ich werde mich da nicht einmischen.. Weiter. Haben Sie im Vorfeld noch Fragen dazu?

6 P4: Nein, keine Fragen.

7 I: Okay, dann fange ich mal an Die Frage Nummer eins heißt: Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

8 P4: Aktuell eher in die Rubrik unzufrieden.

9 I: Okay, dann kommt ja schon die zweite Frage: Was stimmt Sie also Zufrieden oder unzufrieden?

10 P4: Durch einen Führungswechsel vor circa einem halben Jahr und dadurch eine Umstrukturierung der Rettungswachen ist aktuell so das allgemeine Klima am Fallen. Mehrere Kollegen sind unzufrieden und die allgemeine Stimmung drückt nach unten.

11 I: Okay, danke schön. Die Frage Nummer drei: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind?

12 P4: Gerade dass ein großer Teil aus meinem Freundeskreis und aus meinem engen Freundeskreis auch Arbeitskollegen sind, die quasi dieselben Eindrücke sammeln, dass man sich da recht offen und eigentlich über alles auch größtenteils auch schon in der Arbeit unterhalten kann. Gerade beim Schichtwechsel, wenn man aufeinandertrifft und ansonsten eigentlich das private Umfeld, ist wohl dann eher weniger mit dem Arbeitsumfeld in Berührung kommt, sondern eigentlich immer ein kompletter Wechsel ist von dem Ganzen. Mhm.

13 I: Okay. Danke schön. Die Frage Nummer vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung?

14 P4: Emotionale Unterstützung, gerade wenn es Themen sind jetzt nicht ganz typisch die belastenden Einsätze, sondern vielleicht Disput mit anderen Kollegen oder gerade mit Führungskräften. Meinungsverschiedenheiten, wo man sich vielleicht auch mal ungerecht behandelt fühlt. Wenn es dann (...) Wenn ich wirklich merke (...) Mich stört es sehr und ich möchte darüber reden bzw. von alleine runterkommen funktioniert nicht. Dann eben der Weg gerade zu den Kollegen, die auch die engen Freunde dann sind. Wenn solche Sachen anliegen.

15 I: Okay, danke schön. Frage Nummer fünf: Wann suchen Sie einen Ratschlag? (..)

16 P4: Wenn ich mit einem Thema über kurz oder lang nicht selbstständig abschließen kann. Wenn mich jetzt irgendein (...) es muss

jetzt nicht mal ein Einsatz sein, sondern auch eine eigene Entscheidung oder Vorgang in der Arbeit rein organisatorisch anliegt und ich mir da nicht bloß kurz drüber Gedanken machen gleiche Entscheidung fassen kann, sondern wenn sich das vielleicht mal über zwei, drei Tage zieht und ich dann selber merke, ich komme daheim nicht 100% abschalten. Ich komme nicht selber auf eine große Lösung, mit der ich mich selber zufriedengeben kann, dann gehe ich meistens den Schritt und suche einen Ratschlag.

17 I: Okay, danke schön. Frage Nummer sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (..)

18 P4: Von der kollegialen Kommunikation? Wenn ich jetzt direkt mal auf meine Arbeitskollegen eingehe, wo nicht in der Führungsebene sind, sondern mit denen, wo ich jeden Tag quasi zusammenarbeite. Ähm, ja, ich nenne sie, wie soll ich es nennen, via Vorteilsauslegung. Kollegen geben an ja, sie hätten den ganzen Tag verschiedenste Einsätze und so viele Einsätze gehabt und konnten deswegen Tagesaufgaben nicht erledigen, die dann an mir hängen bleiben. Im Nachhinein dann, ähm, weil ich auch der Zuständige für die Abrechnung bin. Auf der Rettungswache sehe ich dann, dass sie doch keine zwölf Stunden durchgefahren sind und nur Einsätze hatten, sondern auch durchaus vier fünf Stunden auf der Wache waren und quasi dieses (...) eigentlich ist es ja schon anlügen oder Vorteil verschaffen mittels vorgaukeln von Einsätzen, dass sie ihre Wachaufgaben nicht erledigen konnten, solche Sachen. Also ich nenne es jetzt einfach mal von der Kommunikation her anlügen, äh absichtliche Falschaussagen treffen, damit ich jetzt nicht irgendwie böse auf sie werde, weil sie die Aufgabe nicht erledigt hätten. Im Nachhinein kriege ich sie dann trotzdem her und dann wird bloß außen rumgesprochen und ähm, wird es nicht zugegeben zum Beispiel.

19 I: Ja, ja, okay. Ähm, die Frage sieben, die kommt so in dieselbe Richtung. Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen?

20 P4: Ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen? Ein recht aktuelles Beispiel, auch durch die Füh-

rungsebene an mich weiter delegiert. Die Aufgabe Bestandskontrolle vom Lager. Sehr, sehr leidiges und anstrengendes Thema, gerade was während der Schicht erledigt werden muss, hat so ziemlich, ich kenne keinen Kollegen, der sich darauf freuen würde, aber rein kommunikativ an der Schichtübergabe gesagt passt auf, heute Abend macht ihr die ersten 20 Artikel. Dann sagt es die nächsten weiter, dass er wirklich 20 Artikel machen und so sind wir bis zum Ende der Woche fertig. Jeder hat gleich viel gemacht. Die Aufgabe sollte erledigt sein. Das hat tatsächlich, bin selbst noch verwundert, letzte Woche, sehr gut funktioniert das Ganze. Am Ende der Woche war die Liste vollständig und korrekt. Niemand hat sich beschwert, dass es so viel und so stressig war wie sonst. Ich sag immer das Prinzip Flüsterpost ist bei uns im Roten Kreuz sehr schwierig. Wenn man eine Aufgabe an anderen weitergibt, und der soll es wieder weitergeben. Da kommt am Schluss meistens nicht das hundert Prozentige an, weil man eben nicht diesen direkten Kommunikationspartner hat, sondern über mehrere verschiedene Personen gehen muss. Aber in dem Beispiel, wo man halt einfach die positiven Aspekte genannt hat, dann hat jeder gleich wenig Arbeit, in Anführungszeichen, hat es recht gut funktioniert.

21 I: Prima. Danke schön. Dann wäre die Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

22 P4: Ähm, da fällt mir ein Beispiel für nicht gelungene Kommunikation ein. Hm. (5) Hm, Hm. Hm, Hm. (..) Geben Sie mir ganz kurz ein paar Sekunden, Vielleicht fällt mir was ein.

23 I: Ja, klar.

24 P4: Ja. Ein Beispiel, Was mir dazu einfällt. Ähm. Es ging es um die Entnahme von Artikeln aus dem Zentrallager, die eigentlich nur der Lagerist an sich vornehmen darf also der Lagerchef. Ähm. Der Lagerist war aber aufgrund Krankheit inklusive Stellvertretung nicht greifbar. Ähm. Material musste dann entnommen werden. Ich habe es dann entnommen, in Rücksprache mit der ersten Wachleitung. Die hat gesagt, ich soll es machen, es bleibt uns jetzt nichts anderes übrig. Wir haben also dann deutlich gesagt, wir müssen

das dann bloß auch an seinen Stellvertreter kommunizieren, dass der dann nicht verwundert ist darüber. Ich habe das dann quasi so verstanden, dass er das übernimmt, dass die Führungsebene sich untereinander austauscht, vor allem, weil die den viel kürzeren Dienstweg haben. Im Nachhinein kam dann heraus, dass weder ich noch er das Wir in Anspruch genommen haben, sondern jeder dachte, der andere macht es, in Anführungszeichen. Dies kam dann auch erst beim persönlichen Gespräch mit der Rettungsdienstleitung heraus, warum den Artikel aus dem Lager fehlen und warum denn ich der letzte war, der, wo mittels Türschloss ermittelt werden konnte, dass ich im Lager war. Also gab es ein Gespräch, inklusive Rettungsdienstleitung, das vermeidbar gewesen wäre, wenn sich irgendjemand mit „Wir“ angesprochen gefühlt hätte. (..)

25 I: Ja, danke schön. Eine der letzten Fragen, Nummer neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter?

26 P4: Ähm, gerade weil ich es auch so gewohnt war, die letzten, äh, sieben, acht Jahre, ähm, ich finde recht kurzer und kollegialer Dienstweg auch mit der, äh, mit den Führungsebenen. Also ich rede jetzt nicht vom Geschäftsführer usw, das ist ein anderes Level, aber gerade mit der Wachleitung und der Rettungsdienstleitung ein recht kurzer Kommunikationsweg, Ähm, dass man Sachen einmal auf kollegiale Art und Weise regeln muss, dass nicht immer alles einen hundert prozentig vorgeschriebenen strengen Dienstweg geht. Das hat die letzten Jahre super funktioniert, gerade durch diesen Führungswechsel, finde ich, funktioniert es nicht mehr so und es ist deutlich belastender, wenn man für eine Nachfrage oder Erlaubnis für irgendwas länger braucht als wie für die eigentliche Aufgabe oder Tätigkeit. Ähm, also ich finde die Tätigkeit als Notfallsanitäter außerhalb der Einsätze wäre deutlich erleichtert, wenn das organisatorische, taktische auf der Wache gerade mit der Geschäftsstelle und mit Rettungsdienstleitung usw., wenn das wenigstens flüssig funktionieren würde, dass man neben den Einsätzen nicht noch einen zusätzlichen oder gar höheren Stress auf der Wache hat und dann sogar in der Freizeit mal irgendwas organisieren muss.

27 I: Jawohl, danke schön. Dann wären schon die meisten Fragen durch. Die zehnte Frage bezieht sich auf einen kurzen Steckbrief zu Ihrer Person. Ich möchte aber betonen, Ihr Name wird in diesem Forschungsbericht nicht auftauchen. Es ist völlig anonym, aber um Sie Statistik schon ein bisschen, die Angaben, so einordnen zu können, ist es wichtig, müsste ich Ihr Alter wissen.

28 P4: 25.

29 I: Wunderbar. Ihre Lebenssituation. Partnerschaft. Familie. Alleinstehend.

30 P4: Partnerschaft.

31 I: Haben Sie ein Hobby oder betreiben Sie Sport oder so was Ähnliches?

32 P4: Sport? Hobby? Fußball, auch tatsächlich im dienstlichen Rahmen. Wir haben Hobby- Freizeit-Mannschaft vom Roten Kreuz bei uns gegründet. Ansonsten bin ich in der Freizeit tatsächlich auch beim Roten Kreuz aktiv und beteiligt mich sehr gerne am Einsatzleitdienst usw. Und ansonsten so typische Sachen Mal mit Freunden in eine Kneipe gehen, Dart spielen, sehr gerne.

33 I: Jawoll! Wie viele Jahre sind Sie jetzt im Beruf?

34 P4: Ich habe mit 17 das Lernen angefangen. Sprich es sind 8 Jahre und werden heuer neun. Also 2016 bin ich hauptamtlich geworden. Genau!

35 I: Jawoll! Ich frage Sie trotzdem, obwohl Sie es gerade schon gesagt haben, ist es Ihr Erstberuf?

36 P4: Es ist mein Erstberuf direkt nach der Schule.

37 I: Ja, dann die letzte Frage Gibt es von Ihrer Seite noch was Wichtiges, was was einbezogen werden müsste?(..)

38 P4: Eigentlich(...) würde mir spontan jetzt nichts einfallen.(...)

39 I: Okay, prima, dann hätten wir alles schon durch. Danke, dass Sie so schnell. Geantwortet haben. Ich würde jetzt mal die Aufzeichnung stoppen.

40 P4: Jawohl.

41 I: Okay.

Interview 5

1 I: Okay. Und dann möchte ich Ihnen noch offiziell ganz herzlich im Namen von Herrn Köll danken, dass Sie daran teilnehmen. Und ich muss Sie noch offiziell fragen für alle, die da eventuell das Prüfen, ob Sie damit einverstanden sind, dass es aufgezeichnet wird.

2 P5: Ja.

3 I: Ja. Okay. Danke schön. Und das sind jetzt elf Fragen, die kommen. Und hier geht es gar nicht, wie Sie wahrscheinlich schon wissen, nicht um richtig oder falsch, sondern um Ihre subjektive Sicht auf diese Fragen. Und vielleicht auch noch vorab, dass Ihr Name nicht in der Forschungsarbeit auftaucht. Also man kann, was Sie sagen nicht auf Ihre Person zurückführen. Ja, dann fangen wir mal mit der Frage Nummer eins an Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

4 P5: Äh, zufrieden

5 I: Okay. Danke schön. Dann haben wir schon die erste Frage

6 P5: Ja.

7 I: Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden? Es ist die Frage zwei.

8 P5: Was mich zufrieden stimmt, ist, dass ich gefordert bin in einem ausreichenden Maß. Ich konnte viele Dinge im Rettungsdienst auch machen, die ich gerne machen wollte. Ich bin Praxisanleiterin, kann mich an der Ausbildung beteiligen, habe auch immer wieder Kontakt noch zur Berufsfachschule. Prüfe jetzt zum Beispiel auch wieder im Juli bei dem Staatsexamen. Ich bin jetzt in der

Luftrettung, was auch nochmal eine ganz andere Abwechslung, Tatsächlich auch ein anderer Anspruch ist. Auch einfach, weil man zusätzlich noch diese fliegerischen Aspekte hat, die noch mal für mich einfach ein bisschen abwechslungsreicher sind als eine normale Anfahrt zum Beispiel im Rettungswagen. Ich sage mal, Autofahren ist da gewöhnlicher noch als das Fliegen, weil man da einfach noch andere Aufgaben hat. Und ich bin tatsächlich auch sehr zufrieden mit meinen Kollegen, weil man da auch einen guten Kreis um sich rum hat, dass man auch sagen kann, das macht Spaß mit denen. Sowohl im Einsatz als auch mal zwischendrin einfach in der Pause mal sich entspannt zu unterhalten.

9 I: Dankeschön. Die Frage drei: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (..)

10 P5: Widerstandskraft? Also ich sage mal, man sollte sich, glaube ich, breit aufstellen mit so Resilienz, dass man das mal Stress Resilienz im Rettungsdienst hat. Ich finde es einmal sehr wichtig, dass man potenziell schwierige Einsätze gleich nach bespricht, dass man schon mal grob seine eigenen Gefühle äußern kann, vielleicht auch von einem Kollegen noch eine Meinung dazu hört, dass man gleich schon mal irgendwie so vielleicht aufkommende Dinge gleich schon mal anspricht, bevor man es versucht sie vielleicht zu verdrängen oder überhaupt gar nicht Thema werden zu lassen, damit man sich auch gar nicht erst dann im späteren Verlauf vielleicht dafür schämt, dass man jetzt plötzlich damit anfängt, oder warum es jetzt plötzlich kommt. Das finde ich sehr wichtig, dass man da einfach sich mal drüber unterhält, auch wenn jetzt nicht mal zwingend ein Problem aufgetreten ist, das finde ich sehr wichtig. Ähm, ich überlege auch nach Einsetzen noch mal, ob das so gelaufen ist wie ich, dass wie ich das wollte, Ob ich der Meinung bin, dass wir zufrieden sein können. Macht für mich selbst einfach noch mal so einen kleinen Debriefing. Ob ich da irgendwas ansprechen möchte. Ich bin auch so im Alltag, dass ich mit Sport auch mich ablenken kann, dass ich da vielleicht nicht zu viel mit nach Hause nehme oder dass ich da einfach mal die

Möglichkeit habe, wenn ich noch mal über was drüber nachdenken möchte, muss, dass ich da auch die Möglichkeit habe. (..)

11 I: Jawoll, Danke schön. Dann die Frage Nummer vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (...)

12 P5: Also emotionale Unterstützung würde ich da noch mal das Gleiche nennen. Dass man direkt nach dem Einsatz gleich was nachbesprechen kann mit den Kollegen zusammen, die auch das Ganze betreffen, die auch wissen, um was es geht. Man kann auch im Nachhinein das Ganze noch machen. Da würde ich dann, ähm, im engeren Kollegenkreis vielleicht noch mal Personen ansprechen, die nicht dabei waren, um noch mal was anonymisiert einfach zu besprechen. Ähm, ich habe tatsächlich auch einen Partner, der im Rettungsdienst arbeitet. Da ist natürlich dann auch noch mal, dass man daheim noch mal irgendwas kurz nach besprechen kann. Ähm, weil man auch noch mal eine medizinische Sichtweise hat in der Hinsicht ob das jetzt. (..) ein menschliches Versagen möglicherweise war bei einem bei einem Einsatz oder ob es einfach so ablaufen musste und es keine Möglichkeit gab, irgendwie medizinisch da noch zu intervenieren. Was ich weiß, dass es eben diese diese PSNV (psychosoziale Notfallversorgung) Möglichkeit gibt fürs Peer. Das habe ich tatsächlich selbst noch nicht in Anspruch nehmen müssen, sage ich einfach mal, da hatte ich noch keinen Bedarf.

13 I: Danke schön. Die Frage Nummer fünf: Wann suchen Sie sich einen Ratschlag? (..)

14 P5: Wann ich mir einen Ratschlag suche? (5) Ich würde sagen, wenn ich selbst nicht zu einer, (..) einer festen Entscheidung kommen konnte und für meine Entscheidungsbildung noch zusätzlichen Input bräuchte, was mich dann zu einer einer Entscheidungsfindung führen kann.

15 I: Okay. Danke schön. Frage Nummer sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (..)

16 P5: Was stimmt mich unzufrieden? Manchmal muss man tatsächlich sagen, dass. (..) es natürlich schwierig ist, Kritik zu bekommen, dass man auch konstruktive Kritik umsetzen kann, sage ich mal,

die man bekommt. Da habe ich manchmal das Gefühl, dass Kollegen häufig konstruktive Kritik nicht als sachlichen Input verstehen, sondern häufig dann eher als persönlichen Angriff auch dann werten können. Und da finde ich, dass man sehr vorsichtig sein muss und vorher auch überlegen muss, Wen man vor sich hat oder mit wem man das Ganze klären möchte, wie man etwas formuliert und dass es eben zielführend ist. Das finde ich tatsächlich schwierig, weil man häufig sich lange Gedanken darüber machen kann, wie man überhaupt etwas anspricht, bevor man es anspricht und man dann eben meiner Meinung nach auch häufig merkt, dass sich viele das nicht trauen, weil sie sich denken, bevor ich jetzt da diese Kritik äußere, lasse ich es lieber, weil der Benefit dieser, dieser Konfrontation nenne ich es jetzt mal, geringer ist als der Ärger danach. Und dann entsteht häufig dann auch Gesprächsbedarf hintenrum, dass man es eher anderen erzählt, weil man dieses oder andere Kollegen ja auch dieses, ähm, diese Gefühle äußern möchten und sie dann lieber anderen Kollegen äußern und dann so ein bisschen so dieses hintenrum Probleme aufarbeiten. Und ich glaube, dass es leichter wäre, sowas direkt zu konfrontieren. Ich spreche lieber direkt Leute an, da muss man natürlich dann auch damit rechnen, dass das nicht jeder gut findet. Das ist für mich aber besser, als wenn ich das runterschlucke. Und ich habe auch das Gefühl, dass sich da häufig viele Dinge klären lassen, wenn man den Mut hat, das direkt anzusprechen, als dass man es in sich reinfrisst. Aber das stimmt mich unzufrieden, dass man sich sehr lang überlegen muss, was man äußert und wie.

17 I: Danke schön. Jetzt die Frage sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine gelungene Kommunikation mit Kolleginnen oder Kollegen ein? (..)

18 P5: Ein Beispiel? Im Sinne im Einsatz oder?

19 I: Ich will da nicht viel reininterpretieren, Das soll ja so sein, wie Sie es verstehen. Fällt Ihnen ein Beispiel für eine gelungene Kommunikation mit Kolleginnen oder Kollegen ein, was Ihnen dazu einfällt? (...) Sie können sich Zeit lassen.

20 P5: Ein Beispiel für gelungene Kommunikation? (7) Also was mir tatsächlich ganz spontan einfällt, ist tatsächlich in der Luftrettung., (..) weil man da viel mehr auf Kommunikation achtet. Und wir haben häufig im Cockpit Arbeit mit Checklisten und da hat man es so, dass meine Aufgabe ist es meistens vorzulesen, welche Tasks oder was wir jetzt zu erledigen haben und der Pilot antwortet. Und da ist es häufig dann auch so, dass man mal so aus aus Automatismus eben sagt ja, passt, check oder irgendwas und dann so, dann sage ich Moment, stopp wir haben jetzt hier irgendwas oder so. Ach ja? Sorry. Ja, Das und das. Moment, Das geht gleich weg, weil. Wir brauchen noch 30 Sekunden Zeit dafür. Bis zum Beispiel der Rotor, fertig, schneller genug gelaufen ist oder so, und das muss ich sagen, finde ich sehr gelungen, weil man in der Cockpitarbeit sehr fokussiert kommuniziert und da auch (..) sehr auf Kommunikation achtet. (..)

21 I: Danke schön. Und jetzt die Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein? (4)

22 P5: Ein Beispiel für nicht gelungene Kommunikation? (6) Da würde ich jetzt tatsächlich diese konstruktive Kritik Äußerung nutzen. (...) Da hatte ich zum Beispiel ein Problem mit einem Kollegen, dass ich ihn sachlich darum gebeten habe, etwas auszuführen. Das Ganze war ihm nicht so genehm, dass er diese Aufforderung von mir bekommen hat. Der war Rettungssanitäter. Folglich hatte ich die Einsatzführung und er war damit nicht zufrieden. Hat mit den Augen gerollt, verbal geäußert, dass er das nicht gut findet und das fand ich nicht gelungen. Dann habe ich gesagt okay, ist in Ordnung, du machst das jetzt, das ist jetzt deine Aufgabe, wir klären das später und dann haben wir danach quasi auch ein Debriefing nach dem Einsatz gemacht, um das Ganze zu klären.

23 I: Danke schön. Die Frage Nummer neun, das ist jetzt schon eine der letzten. Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäterin? (..)

24 P5: Was ist wichtig für meine berufliche Zufriedenheit? Ich würde tatsächlich sagen, für mich ist es wichtig, dass man (...) mich

arbeiten lässt. Also ich bin tatsächlich sehr leistungsorientiert und für mich ist es wichtig, dass ich nicht in der Unterforderung lande, sondern eher an die Grenze, sage ich mal, zur Überforderung gehe. Also so, so, raus aus der Komfortzone finde ich auch gut, weil man dadurch nur wachsen kann. Es ist zwar immer ein bisschen ungewohnt am Anfang, aber hinterher denkt man sich dann sowieso na ja, gut, hat ja funktioniert oder es war nur was anderes. Man muss sich einfach nur trauen, das Ganze zu machen. Das finde ich sehr wichtig, dass man da auch was leisten kann und dass man vielleicht nicht auch so zurück und klein gehalten wird. Was ich auch wichtig finde, ist, dass man seine Bedürfnisse dann auch äußern kann gegenüber dem Chef. Dass man zum Beispiel sagt ich fühle mich unterfordert oder überfordert in der Situation, dass man dann auch Support bekommt. Entweder neue Aufgaben oder dass man auch mal eine Aufgabe wieder abgeben kann. Kann ja auch im Verlauf dann natürlich sein, dass ich irgendwann mal sage, ich kann diese vielen Aufgaben nicht mehr übernehmen, dass ich da jederzeit dieses Vertrauen in meinen Chef habe, dass ich das äußern kann oder dass es dann auch nachteilig wird und das auch für beide Seiten dann, ja ich sage mal zielführend gelöst wird. Und (...) zwischenmenschlich professionelles Zusammenarbeiten würde ich auch als wichtig empfinden, dass man, wenn man vielleicht (..) zwischenmenschlich nicht auf einer Wellenlänge ist und man jetzt sich vielleicht auch im Privatleben nicht häufiger miteinander treffen würde oder auch da keine Freundschaft entstehen kann, dass man trotzdem zusammen gut arbeiten kann. Was definitiv funktioniert, dass man wirklich das Ganze dann sachlich professionell sieht und eben nichts persönlich nimmt und danach dann auch heimgehen kann und nicht noch irgendwie zusammen eine Cola zum Abschluss trinken muss oder so, sondern einfach heim geht und es ist in Ordnung.

25 I: Dankeschön. Dann sind wir bei Frage zehn, der bräuchten wir ein paar persönliche Angaben zu Ihrem Alter.

26 P5: Ich bin 27 Jahre

27 I: Und Lebenssituation, Sie haben es angedeutet. Partnerschaft, Familie, Alleinstehend.

28 P5: Ja. Ich bin in einer Beziehung. In einer Partnerschaft. Genau. I: Dankeschön. Und haben Sie Hobbys oder treiben Sie Sport?

29 P5: Ich mache Sport. Ich mache daheim, so Home Workouts meist mit mit ein bisschen kleinen Gewichten, aber auch viel Eigengewicht, Körpereigengewicht. Das ist, ich sage mal, sehr fordernder Sport, weil das ist relativ kurz, meist nur so 45 Minuten als Intervalltraining, Ähm, weil mich das weniger langweilt als langwierige Sachen. Also ich könnte zum Beispiel jetzt nicht drei Stunden joggen gehen, weil mir dann langweilig wird. Deshalb mache ich lieber so kurz kurze, intensive Sporteinheiten. Ich bin tatsächlich auch handwerklich begabt, würde ich jetzt mal sagen. Das würde ich auch als Hobby von mir bezeichnen. Ich baue kleine Dinge aus Holz. Ich habe zum Beispiel für eine Freundin ein Regal gebaut. Ich habe so ein kleines Bänkchen bei mir als Schuhanziebänkchen sozusagen habe ich gebaut. Ich male auch gerne Sachen oder so, ich habe auch noch einen Nebenjob, tatsächlich offiziell, den ich aber eher als Hobby bezeichnen würde. Da mache ich. Bei meiner früheren Nachbarin mache ich Gartenarbeit, Hecke schneiden, Büsche schneiden Gartenpflege im Sinne von Unkraut zupfen, Rasenmähen. Das mache ich alles. Ich nähe auch tatsächlich mal Gardinen, irgendwelche Kleidung, die vielleicht kaputt gegangen ist. Und ja.

30 I: Danke schön. Wie viele Berufsjahre sind Sie jetzt schon im Beruf? Vom Notfallsanitäter.

31 P5: Also ausgelernt. Bin ich seit 2019. Folglich bin ich jetzt seit knapp 5 Jahren im Beruf. Insgesamt 8 Jahre.

32 I: Ja, und es ist Ihr Erstberuf. P5: Das ist mein Erstberuf. Genau.

33 I: Jawohl. Ja. Dann hätten wir die zehn Fragen durch. Die Frage Nummer elf wäre, ob es von Ihrer Seite noch etwas Wichtiges gibt, was Sie noch hinzufügen möchten oder wollen.

34 P5: Ähm. (4) Nein. tatsächlich. Ich würde noch gern hinzufügen, dass der Rettungsdienst tatsächlich ein sehr schöner Arbeitsplatz ist und dass ich mir zum aktuellen Zeitpunkt nicht vorstellen kann, etwas anderes zu machen, weil es sehr abwechslungsreich ist und

schön ist und es noch schöner wäre, wenn es jetzt nicht so strukturelle Probleme, sag ich mal, gäbe hinsichtlich der Rechtsprechung. Das ist ein bisschen schwierig, war vor allem am Anfang mit der rechtlichen Deckung oder auch der Rechtssicherheit von Notfallsanitäter und auch es schwierig ist, in die Zukunft zu gucken mit dem ganzen Wegfall der kleinen Häuser und der zusätzlichen Belastung des Rettungsdienstes. Aber ich finde es ist trotzdem ein schöner Arbeitsplatz.

35 I: Danke schön. Ja, dann haben Sie die Fragen alle beantwortet? Dann tue ich die Aufzeichnung mal anhalten.

Interview 6

1 I: So, jetzt läuft die Aufzeichnung und es ist mir wichtig, dass ich mich auch im Namen von Herrn Köll bedanke, dass Sie mitmachen bei seinem Projekt. Und ja, und ganz offiziell für diese Aufzeichnung brauche ich noch mal Ihre Zustimmung, dass unser Gespräch aufgezeichnet wird.

2 P6: Das ist in Ordnung.

3 S1: Okay, dann folgen jetzt zehn Fragen, die Sie ganz spontan beantworten können. Es gibt kein Richtig und Falsch, sondern wichtig ist ganz allein Ihre subjektive Antwort. Und wichtig ist auch noch, dass Sie wissen, dass Ihre Antworten anonymisiert werden. Das heißt, es wird niemand wissen, was Sie gesagt haben. Ja.

4 I: Ja. Dann starten wir mal bei der Frage eins: Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einordnen?

5 P6: Schon eher als zufrieden.

6 I: Okay, danke schön. Haben wir schon die erste Frage. Die Frage zweite: Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden?

7 P6: Zufrieden? Auf jeden Fall. Das Arbeiten mit Kollegen, das macht, glaube ich, einen ganz großen Teil vom Beruf aus. Und da habe ich Gott sei Dank sehr Glück, dass es bei uns sehr schön

ist. (..) Die Arbeit an sich, deswegen mache ich den Beruf ja auch. Also der Beruf erfüllt mich nach wie vor Gott sei Dank. Eher unzufrieden, eher manche Umstände. Aber das ist, glaube ich wie wie überall im Rettungsdienst. Ja. (..)

8 I: Danke schön. Die Frage drei wäre: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag auftreten? (...)

9 P6: Hm. (..) Ich glaube einfach, dass es das ist. Also ist so gemeint, wie man das quasi, (..) warum man es macht oder warum man es immer noch gerne macht.

10 I: Was? Ich wiederhole noch mal die Frage Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind.

11 P6: Mir macht es einfach Spaß. Also ich, ich auch jetzt, durch die Erfahrung, die ich bisher gesammelt habe, weiß man mittlerweile, wie man in manchen Situationen umgehen kann oder sollte. Und ich würde sagen, aus der Erfahrung heraus und dadurch, dass es mir immer noch sehr, sehr viel Spaß macht. Und ja.

12 I: Dankeschön. Die Frage vier: Wann suchen Sie sich im Berufsalltag, im Beruf emotionale Unterstützung?

13 P6: Hm, eigentlich ja schon jeden Tag dadurch. Durch diesen Wachalltag mit den Kollegen. Wir sind jeden Tag eigentlich mal zu sechst, also mit drei Autos. Und man man erzählt ja immer von seinen Einsätzen. Das ist, glaube ich, auch schon ein Teil von der von der Psyche. Dass man einfach in einem Austausch ist mit den Kollegen. Und natürlich wenn es irgendwas, wenn ich trotzdem mehr Gesprächsbedarf habe, dann natürlich auch meine Familie, ganz klar. Aber ich würde sagen, so ein Großteil einfach schon auf der Wache, durch den ständigen Austausch mit den Kollegen, weil da natürlich auch ein gewisses Verständnis da ist. Die, die wissen ja, von was man redet, ist glaube ich trotzdem was anderes als noch mal ein anderer Austausch als mit der Familie. Würde ich jetzt mal behaupten. (..)

14 I: Danke schön. Die Frage fünf: Wann suchen Sie einen Ratschlag? (5)

15 P6: Hm, an sich ja auch ganz oft in den Situationen wenn ich jetzt im Einsatz bin, besprechen wir uns eigentlich ständig mit meinem Teampartner. Wenn das auch schon als Ratschlag gilt, dann da natürlich ständig. Das ist ja auch, davon lebt ja auch unsere Arbeit, sonst wäre ich ja allein auf Arbeit. Wir sind da trotzdem zu zweit ein Team. (6) Ja, ansonsten vielleicht auch mal bei Situationen, wo ich jetzt nicht so erfahren bin und nicht weiter weiß. Und dann noch mal bei erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen, von denen ich denke, dass sie mir ganz gut weiterhelfen könnten. Dann noch mal im Nachgang nachfragen, wie man das hätte auch noch lösen können oder auch nicht. Das würde ich auch noch sagen. Ja.

16 I: Okay. Danke schön. Die Frage Nummer sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation?

17 P6: Hm. (..) Ich glaube, wenn, wenn es scheitert, aber dann stimmt es auch auf der menschlichen Ebene einfach nicht. Wenn man nicht auf derselben Ebene ist. Wenn es einfach nicht so ankommt, wie ich das meine, dann redet man so aneinander vorbei. Aber das ist, glaube ich, von Mensch zu Mensch unterschiedlich. (..) Wenn der andere das vielleicht gar nicht so diese Compliance dafür hat, wenn er gar nicht dafür offen ist oder wenn er da gar nicht diese Notwendigkeit sieht, noch mal über irgendwas zu reden. (8) Ja. Ja. (..)

18 I: Okay. Dankeschön. P6: Da ist alles mit drin. (..)

19 I: Ja. Die Frage sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

20 P6: Da muss ich kurz überlegen.

21 I: Ja, Lassen Sie sich Zeit. Wir müssen hier nix schnell durchsetzen. (4)

22 P6: Ich glaube das ist meist bei Einsätzen wo man sich überlegt ob man die Patienten zuhause lässt oder mit ins Krankenhaus

nimmt.Ich glaub da kann man sich immer recht gut beratschlagen. Es gibt da viele Faktoren wie gibt es einen Pflegedienst der sich kümmern kann, gibt es Familie. Herrausfinden was gerade am besten für den Patienten ist. Weil die ambulante Pflege will die Patienten am liebsten immer los bekommen. Oft spricht die Situation fürs Krankenhaus und in der Regel weist der Hausarzt dann in die Klinik ein. Bei solchen Einsätzen, wo die Entscheidung am Notfallsanitäter liegt, ist es immer sehr wertvoll einen Partner dabei zu haben mit dem man gut abstimmen kann. Das ist dann viel Wert.

23 I: Es ist alles, alles richtig. Danke schön. Die Frage Nummer acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein? (7)

24 P6: Ja. Es gibt bei uns einen etwas neueren Kollegen der Rettungssanitäter ist. Er hat jetzt mit einer 50% Stelle bei uns angefangen. Mit dem bin ich menschlich nicht so auf einer Ebene. Er ist nicht so erfahren und da kann man ihm auch keinen Vorwurf machen. Das ist wieder so ein strukturelles Problem dass die neuen Kollegen aufs Auto gesetzt werden. Da hatten wir einen Einsatz, wo er mir, sagen wir mal so, man hat nen Einsatz und da versucht man sich mit dem Patienten eine gewisse Atmosphäre aufzubauen um den Einsatz in eine gute Richtung führen möchte. Diese Situation hat ereinfach nicht verstanden und er hat da einfach so rein gequatscht. Durch seine rein quatschen ist alle Arbeit mit dem Patienten, wie ein Kartenhaus eingefallen. Und da hab ich ihn danach mal angesprochen ob dass nicht so gewerkt hat. Ich hab ihm meine Situation erklärt, den Patienten dazu zu bringen dass er mit ins Krankenhaus mag, weil es ihrer Meinung nach besser gewesen wäre wenn der Patient ins Krankenhaus mitgeht. Und da hat er nicht verstanden was ich da vor hatte und auch nicht verstanden was er jetzt falsch gemacht hat.

25 I: Ja, danke schön. Die Frage Nummer neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäterin? (..)

26 P6: Hm, ich denke wie gesagt, das Allerwichtigste sind auch erstmal dieses kollegiale Umfeld mit den Kollegen. Da macht schon mal, das

macht schon mal ganz viel an Spaß aus. Und dass man einfach gerne auf die Arbeit kommt. Dann natürlich auch Rahmenbedingungen. Ich finde es auch gar nicht, dass wir so schlecht verdienen. Ich finde, was jetzt aktuell am meisten nervt, ist einfach diese ständige Überplanung im Dienstplan und dass aber auch immer nicht so richtig kommuniziert oder das dies einfach schon normal als als normal angesehen wird. (...) Und was mich auch ein bisschen stört, ist diese diese, (..) fehlende Zuständigkeit, dass man nicht den richtigen Ansprechpartner hat, dass sich keiner ein bisschen zuständig fühlt für und auch dieses diese Rangordnungen, die es ja eh nicht so gibt, aber die auch nicht so richtig geklärt sind. Also auch wieder durch die fehlenden Zuständigkeiten. Das habe ich jetzt auch dadurch, dass ich jetzt bei verschiedenen Vereinen schon war, dass es überall auch wieder anders geregelt ist oder halt auch nicht geregelt ist. Bei dem einen Verein macht der Wachleiter ganz ganz viel und bei anderen ist er dann nur Ansprechpartner und trägt alles weiter. Aber er hat jetzt keine Entscheidungsbefugnis oder so. Das finde ich ein bisschen, ja. Wäre schön, wenn das alles ein bisschen geregelter wäre und transparenter. Und dass einfach gewisse Rahmenbedingungen auch stehen oder bestehen bleiben. Und dann kann man sich mit dem Rest etablieren oder anfreunden.

27 I: Okay. Danke schön. Die Frage zehn wäre ein kurzer Steckbrief. Ohne Namen. Natürlich. Ihr Alter, Wenn Sie mir das sagen würden.

28 P6: Ich bin 24.

29 I: 24, Wunderbar. Die Lebenssituation. Partnerschaft. Familie. Alleinstehend.

30 P6: Ja, in einer Beziehung, ich bin mit meinem Freund oder wohne auch hier mit meinem Freund zusammen. Wir sind zusammen nach Hamburg gezogen. Familie also auch ein sehr enges Verhältnis in die Heimat.

31 I: Ja und haben Sie ein Hobby oder treiben Sie Sport?

32 P6: Ja, ich spiele Fußball im Verein. Ich trainiere gerade auf einen Marathon. Ich fahre viel Fahrrad. (..) Ja, ich koche sehr gern. (..)

33 I: Wie viele Jahre sind Sie denn schon im Beruf? S6: Seit 2018. Fünf, sechs Jahre. Bald 6 Jahre. I: Ja. Und es ist Ihr Erstberuf.

34 P6: Genau. Ja.

35 I: Okay, Wir hätten die zehn Fragen durch. Die Frage elf wäre, ob es aus Ihrer Sicht noch irgendwas Wichtiges gibt, was Sie noch hinzufügen wollen? Hm. (..)

36 P6: Da fällt mir spontan nichts ein, Aber ich bin sehr gespannt, was da rauskommt. Auf jeden Fall. Ich finde das Thema sehr cool. (..)

Interview 7

1 I: Ja dann erstmal auch im Namen von Herrn Köll. Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich an dieser Forschungsstudie beteiligen, die er durchführen möchte. Und ganz offiziell muss ich Sie noch fragen, ob Sie einverstanden sind, dass wir das aufzeichnen.

2 P7: Ich bin einverstanden. Also das ist ja eh nur für interne Zwecke.

3 I: Ja, und ich werde später noch mal sagen, Ihr Name wird ja nicht vorkommen, sondern nur das, was Sie. Was Sie sagen, wird ausgewertet. Und die Interviewfragen sind jetzt auch nicht ewig lang. Das sind elf Fragen und ich würde sagen, die lese ich Ihnen vor und Sie antworten in aller Ruhe. Aber es geht hier gar nicht richtig um falsch, sondern einfach um das, was Ihnen dazu einfällt. Genau. Die Frage Nummer eins: Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

4 P7: Eher zufrieden bis sehr zufrieden.

5 I: Schön. Die Frage zwei dann: Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden? Steht hier.

6 P7: Ja, die Arbeitsumgebung, der Job an sich, die Kollegen und einfach ja, die Arbeit, die Tätigkeit, damit man etwas Sinnvolles macht. Damit am Ende vom Tag auch sieht, was man gemacht hat.

7 I: Jawoll. Danke schön. Die Frage Nummer drei: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag zu bewältigen sind?

8 P7: Ja. Zum einen ist es die Ausbildung, die man gemacht hat, damit man da ein fundiertes Wissen hat, wie man mit Situationen umgeht, damit man sich das erklären kann. Zum anderen das private Umfeld oder die Kollegen, damit man über manches reden kann oder halt auch privater Ausgleich, den man in der Freizeit findet, durch Sport oder Hobbys. (..)

9 I: Okay. Danke schön. Die Frage Nummer vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (..)

10 P7: Suchen? Eher selten. (...) In gewissen Dingen redet man mit Kollegen über belastende Einsätze, mal wie die das gelöst hätten. Bzw. Vor kurzem ist es mir von Kollegen angeboten worden, da hatte ich einen tragischen Einsatz gehabt mit einem Tötungsdelikt und da wurde mir einfach Hilfe von Kollegen, sei es im Krankenhaus oder im Rettungsdienst angeboten. (..)

11 I: Dankeschön. Die Frage fünf: Wann suchen Sie sich einen Ratschlag? (...)

12 P7: Wenn ich Situationen erlebt habe. Zum einen also im Nachgang, (..) wie Kollegen das gelöst haben zum Beispiel. Oder wie die unsere Sache angehen. Oder auch im Einsatz auch von Kollegen, die gerade irgendwas besser können oder besser wissen, damit man das einfach im Team ausarbeitet oder damit man direkt um Hilfe bittet, oder um Rat. (..)

13 I: Dankeschön. Die Frage Nummer sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (...)

14 P7: Es ist manchmal einfach die Zeit, die fehlt. Oder, ja, das bei manchen Kollegen immer so das vorherrscht, das braucht es alles nicht, also Kommunikation, das wird überbewertet. (4)

15 I: Okay, die Frage Nummer sieben wäre dann: Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein? (..)

16 P7: Das eine schwierige Frage. I: Sie können sich schon Zeit lassen.

17 P7: Ich sag. (6) Ja, Man kann manchmal trotzdem ein Beispiel davon nehmen von Kollegen, wenn man selber nicht als Frontmann dasteht, als Fachkraft, sondern mal als Teampartner, nur als Helfer, zum Beispiel mit zwei Notfallsanitätern auf dem Rettungswagen ist. Und man sieht manchmal, wie Kollegen das trotzdem, (..) anders abarbeiten, mit dem Patienten anders reden. Man kann sich da immer Innovationen holen oder halt andere Ideen, andere Ansätze, dass man manchmal gar nicht so auf dem Schirm hat, also die Adressaten gerechtere Kommunikation.

18 I: Okay, danke schön. Die Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

19 P7: Ja, das ist manchmal so das Drumherum, also dass das Erscheinungsbild von Patienten den Patienten gleich in ein schlechtes Licht rückt und man dann den trotzdem nicht so ernst nimmt und deswegen so abtut. Zum Beispiel wenn man irgendeinen Obdachlosen hat oder irgendjemanden, der halt einfach verwahrlost ist, damit man den manchmal einfach komplett abstempelt.

20 I: Okay, danke schön. Frage Nummer neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter?

21 P7: Es ist die Wertschätzung, sei es von Kollegen, denen man manchmal im Einsatz weiterhilft. Das sei aber auch von Patienten, Von Kollegen im Krankenhaus, mit denen man zusammenarbeitet und natürlich auch irgendwie von der Führung her, (..) also wenn man einspringt usw, damit das einfach gewertschätzt wird. (...)

22 I: Ja, Dankeschön. Dann hätten wir schon die inhaltlichen Fragen. Jetzt bräuchte ich noch ein paar Informationen zu Ihrer Person. Aber wie gesagt, der Name kommt nicht vor. Ihr Alter, Wenn Sie mir das sagen würden, bitte.

23 P7: 36.

24 I: Danke schön. Die Lebenssituation Partnerschaft. Familie. Alleinstehend. P7: Alleinstehend.

25 I: Hobby. Haben Sie schon angedeutet, oder? Sport? Machen Sie. P7: Ja, Motorsport.

26 I: Das stimmt. Das ist ja die E Mail Adresse. Ja. P7: Genau.

27 I: Und wie viele Jahre sind Sie schon im Beruf?

28 P7: Ähm, ja. Hauptamtlich jetzt sechs Jahre. Beziehungsweise fast sieben Jahre mit der Ehrenamtszeit, weil ich in dem Tätigkeitsfeld schon bin. Sind jetzt 15 Jahre.

29 I: Und ist es dann Ihr Erstberuf gewesen oder haben Sie vorher einen anderen Beruf gelernt?

30 P7: Er ist der Zweitberuf. Ich war zuvor im gewerblichen Bereich, habe Mechatroniker gelernt. Ja.

31 I: Okay, dann hätten wir alle zehn Fragen durch. Und das letzte wäre noch. Gibt es von Ihrer Seite irgendwas Wichtiges, wo Sie sagen, das würde ich gerne noch anbringen?

32 P7: Ja, es ist nicht überall so, also ich habe auch erst vor kurzem, also vor einem halben Jahr oder Dreivierteljahr nach Bayreuth gewechselt. (..) Waren Push und Pullfaktoren, weil halt sofort zum Beispiel die Zufriedenheit allgemein im alten Kreisverband nicht so vorhanden war und da das von der Führung zum Mitarbeiter runter halt auch wesentlich schlechter gelaufen ist, weil es nicht wahrgenommen worden. Die ganzen Anliegen, wenn es irgendwelche Probleme gegeben hat zum Beispiel. Ja, das denke ich schon. Ein wichtiger Punkt mit.

33 I: Ja, danke schön Ja, dann hätten wir die Fragen durch. Dann würde ich die Aufzeichnung wieder ausschalten.

34 P7: Ja.

Interview 8

1 I: Die läuft jetzt. Und dann frage ich Sie noch mal ganz offiziell, ob Sie mit der Aufzeichnung einverstanden sind.

2 P8: Ja, bin ich.

3 I: Und für den Herrn Köll sage ich erst einmal besten Dank dafür, dass Sie mitmachen. Und zweitens, dass er weiß, warum Sie nicht zu sehen sind. Weil Ihre Kamera nicht funktioniert.

4 P8: Ja

5 I: Aber dann starten wir mal mit der ersten Frage. Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden im Beruf einteilen?

6 P8: Gehen Sie jetzt von dem Beruf aus, den ich jetzt ausübe oder ausgeübt habe?

7 I: Ich, ich, ich. Ich möchte wenig interpretieren. Ich würde sagen, Antworten Sie einfach spontan.

8 P8: Zufrieden

9 I: Okay. Und was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden? (..)

10 P8: Also in dem jetzigen Job, den ich ausübe. Die Rahmenbedingungen sind wesentlich angenehmer. Besseres Teamwork, sage ich mal, Besseres Team beisammen. Ja, genau. Und der Zusammenhalt ist einfach wesentlich besser.

11 I: Dankeschön. Die dritte Frage ist: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (..)

12 P8: Auf jeden Fall Familie. Ganz, ganz wichtig bei mir familiärer Rückhalt. Tatsächlich gute Kompensationsmechanismen sind bei mir meine Haustiere und halt, dass ich mir ja Hobbys gesucht habe, wie Fitnessstudio usw, um solche Sachen zu verarbeiten. Genau. Ein Ausgleich im Prinzip zu schaffen. Körperliche Betätigung? Genau.

13 I: Ja, Danke schön. Die Frage vier. Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung?

14 P8: Sobald ich heimgehe und über die Schicht tatsächlich nachdenken muss, die gelaufen ist, suche ich Kontakt mit Kollegen, die entweder in der Schicht dabei waren, um drüber zu reden. Oder wir haben einen Ansprechpartner, mit dem wir darüber reden können. Genau. Zur Not, wie gesagt, gibt es auch die PSNV bei uns, die ziemlich gut integriert ist, die man bei solchen Sachen mit nutzen kann. Aber sobald ich an einen Satz wirklich mit heimnehmen und der mich nicht loslässt, dann fange ich eigentlich an, mit Kollegen drüber zu reden.

15 I: Jawohl. Frage Nummer fünf: Wann suchen Sie einen Ratschlag?

16 P8: Wenn ich nicht weiter weiß. (...) Also ich suche einen Ratschlag. Immer. Immer dann, wenn ich tatsächlich entweder körperlich oder psychisch an meine Grenzen stoße oder halt nicht weiß, wie ich mit mit dieser Sache gerade umgehen kann. Und da suche ich halt den Rat einfach bei den älteren Kollegen, die schon wesentlich mehr Erfahrung haben. Genau.

17 I: Ja. Okay. Danke schön. Die Frage Nummer sechs: Was stimmt Sie Unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation.

18 P8: Was mich unzufrieden stimmt? (..) Dass viele Sachen heruntergespielt werden auf ein Level, wo ich sage. Also manche Kollegen. Wie soll ich das erklären? Also ich finde, es gibt Gesprächsbedarf und manche Kollegen spielen Sachen runter und sagen Mach da nicht so ein Thema draus, da gibt es nichts drüber zu reden. Aber wie gesagt, jeder Mensch ist emotional anders gebaut. Jeder Mensch ist psychisch unterschiedlich gebaut und ist einer Sache unterschiedlich gewachsen. Dementsprechend dieses Runterspielen. Tatsächlich. Das stimmt mich teilweise unzufrieden. Genau. (..)

19 I: Okay. Danke schön. Die Frage Nummer sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

20 P8: Ja, definitiv. Also vor allen Dingen belastende Einsätze, wenn es um Kinder geht. Tatsächlich! Da lässt man sich rausnehmen. (..) In der Leitstelle haben wir Rückfallebene im Prinzip zur Inhousebereitschaft, die dann hochkommt und den Job für einen weitermacht. Das war bei uns tatsächlich, also in meinem Fall jetzt noch nicht der Fall, aber in einem Kollegen Fall, der hat sich dann rausnehmen lassen. Dann kam die Rufbereitschaft rein und wurde dann ins Backoffice gebeten und da hat man dann mit ihm ganz in Ruhe drüber geredet und dann hat er Feierabend gehabt. Genau. Also psychisch. Wenn du psychisch. Ja, wenn du das psychisch nicht verkraftest, dass du dann auch tatsächlich aus dem Dienst herausgelöst wirst. Und das ist eigentlich ein gutes Beispiel, wie es bei uns funktioniert.

21 I: Dankeschön. Die Frage Nummer acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein? (..)

22 P8: Ja, wie ich vorhin erwähnt habe, tatsächlich auch bei mir war das der Fall, dass einfach ich an einen Ratschlag bei einem älteren Kollegen gesucht habe und der das einfach runtergespielt hat. Von wegen es ist nichts. Ja, und es rentiert sich nicht, darüber zu reden. So auf die Art, genau das ist zum Beispiel für mich so ein Ding. Ich Ich weiß, dass ich mit dem Kollegen über sowas nicht mehr reden kann, obwohl ich eigentlich gedacht habe, der ist ja sehr reif, wenn es um diese Kommunikation geht. War er dann anscheinend nicht. Das ist zum Beispiel so ein Fall, wo ich dann sage, da brauche ich nicht mehr mit dem Kollegen drüber zu reden.

23 I: Jawohl. Danke schön.

24 P8: Und da kann man tatsächlich, wenn ich da noch einhaken darf. Was ich jetzt gemerkt habe im Thema Kommunikation mit belastenden Einsätzen Ich rede wesentlich häufiger mit jüngeren Kollegen darüber, die tatsächlich auch die 3-jährige Ausbildung gemacht haben, weil wir einfach auf einen ganz, ganz anderen Level kommunizieren, so wie wir es in der Notfallsanitäterausbildung gelernt haben. Also ganz, ganz anderes Verständnis, schon alleine für das Thema an sich, dass ja relativ vollumfänglich behandelt

wird in der 3-jährigen Ausbildung. Und das bringt einen weiter, weil man kann sich einfach auf Augenhöhe unterhalten. Tatsächlich! Genau.

25 I: Ja. Danke schön. Die Frage Nummer neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter?

26 P8: Noch mal, Können Sie es noch mal wiederholen? Entschuldigung. I: Gerne. Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter?

27 P8: Rahmenbedingungen. (...) Was mich zufrieden stimmen würde. Tatsächlich ist weniger Einspringen. Weniger Dynamik in den Dienstplänen würde mich zufriedener stimmen. Oder was mich zufrieden stimmen wird oder was ich oder was, womit ich zufrieden bin.? Ja, okay. Also weniger, weniger dynamische Dienstpläne, tatsächlich bessere Rahmenbedingungen, einfach an sich. Dass man, dass man Benefits bekommt tatsächlich. Ja, und dass man irgendwann auch von diesen 45 Stunden runter geht. Tatsächlich! Genau. (..)

28 I: Danke schön. Das wären jetzt schon die Fragen. Inhaltlich. Und jetzt bräuchten wir noch kurze Angaben zu Ihrer Person. Wobei für Sie wichtig ist, zu wissen, dass Ihr Name nicht in der Forschungsarbeit auftaucht. Also es bleibt anonym, aber wäre trotzdem schön, wenn Sie uns Ihr Alter verraten.

29 P8: 25.

30 I: Dankeschön. Und die Lebenssituation Partnerschaft, Familie oder alleinstehend.

31 P8: alleinstehend

32 1: Und Hobby haben Sie schon genannt. Aber vielleicht wollen Sie es noch mal wieder.

33 P8: Fitnessstudio, joggen und meine Haustiere tatsächlich. Und ehrenamtlich. Rettungsdienst. Feuerwehr. Genau. (..)

34 I: Und wie viel Jahre sind Sie jetzt schon im Beruf?

35 P8: Seit 6 Jahren.

36 I: Sechs Jahre. Und das ist Ihr Erstberuf, oder hatten Sie vorher eine andere Ausbildung?

37 P8: Ich hatte vorher schon eine andere Ausbildung. Es ist mein Zweitberuf

38 I: Okay. Das war die Frage Nummer zehn, Ihr Steckbrief. Und zum Schluss wäre die Frage, gibt es noch was Wichtiges aus Ihrer Sicht, was Ihnen ganz wichtig wäre im Zusammenhang mit dieser Thematik?

39 P8: Tatsächlich? (..) Mir wäre vorhin was eingefallen, aber ich habe es wieder vergessen. Ja, Aktuell glaube ich nicht, dass mir jetzt noch was einfällt. Tatsächlich. (..)

40 I: Okay. Danke schön. Ja, dann würde ich die Aufzeichnung beenden. Schauen wir mal, wo das ist. Stoppen. Okay.

Interview 9

1 P9: In dieser Befragung geht es jetzt im Endeffekt um Kommunikation im Rettungsdienst?

2 I: Genau. Und Sie wissen, Herr Köll will da eben die Forschung darüber machen, inwieweit so Kommunikationshilfen oder Kommunikationstraining oder Salutogenese. Ich weiß nicht, ob Sie sich erinnern, dass haben wir im Unterricht einmal so gehabt. Wie weit das hilfreich sein kann. Und letztendlich kann es sein, dass es positive Ergebnisse gibt und doch davon was im Rettungsdienst umgesetzt wird. Ich habe das bei mir gemerkt mit meiner Doktorarbeit. Die war ja auch sehr theoretisch über Angehörige und habe dann aber nicht gedacht, dass die doch so viel Resonanz in der Praxis hat. Was mich freut und das könnte ich mir eben bei der Arbeit von Herrn Köll auch vorstellen. Und ja, also erst einmal herzlichen Dank auch im Namen von Herrn Köll. Und dann muss ich Sie noch mal offiziell fragen, ob Sie damit einverstanden sind, dass das aufgezeichnet wird.

3 P9: Ja.

4 I: Okay, prima. Dann wären das jetzt elf Fragen, die Sie einfach spontan beantworten können. Es geht nicht um richtig und falsch, sondern was so Ihre innere Stimme Ihnen sagt. Und noch der Hinweis, es wird auch in der Arbeit keine Möglichkeit sein, dass Sie mit dem Namen auftauchen oder dass Sie zurückverfolgt werden können. Es ist alles anonym. Dann okay. Frage eins Starten wir mal: Würden Sie sich eher als zufrieden oder unzufrieden in Ihrem Beruf einordnen?

5 P9: Ich selbst bin schon zufrieden in meinem Beruf.

6 I: Jawohl. Danke schön. Dann kommen wir schon zur Frage zwei, die lautet: Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden?

7 P9: Also für mich ist es jetzt nur auf den Beruf bezogen, was für mich der Beruf positiv macht? Für mich ist es, dass ich relativ selbstbestimmt arbeiten kann in einem kleinen Team. Also wir sind ja in der Regel zu zweit auf dem Auto. Also wie gesagt, das selbstbestimmte Arbeiten, selbst die Entscheidungen treffen. Das Ziel muss stimmen. Der Patient muss gut versorgt sein. Wie ich dahin komme, bleibt aber letztendlich mir überlassen. Hauptsache das Ergebnis stimmt. Dass man eben, finde ich, auch relativ viel Spielraum hat, mit dem Patienten zusammenzuarbeiten. (..) Genau. Dass man halt eher versucht, das Beste für den Patienten zu finden. Und was mir eben auch gefällt, ist, dass ich draußen bin, draußen arbeite. Also ich bin nicht im Krankenhaus, wo ich ja auch die Patienten hätte, sondern ich habe immer ein wechselndes Umfeld und neue Gegebenheiten, wo ich mich einstellen muss. Und jedes Mal eine neue Lösung finden muss. (..)

8 I: Ja. Danke schön. Die Frage drei: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (4)

9 P9: Muss ich kurz überlegen. I: Ja. Lassen Sie sich Zeit.

10 P9: Ja, Also, auf jeden Fall. Für mich ist es der private Background. (..) Einfach, dass ich weiß. (..) Ich fange anders an. Ich komme nicht aus dem Rettungsdienst, also ich bin nie in einer Sanitätsbereitschaft aufgewachsen, sondern ich bin so mehr oder

weniger zufällig reingerutscht in den Rettungsdienst. Das heißt, ich kann relativ gut abschalten danach. Ich gehe zur Arbeit, Ich mache meine Arbeit sehr, sehr gern. Auf jeden Fall. Wenn ich aber dann Feierabend habe und die Tür zumache hinter mir, dann habe ich auch mit diesem Berufsfeld fast nichts mehr zu tun. (..) Ich für mich, Ich sage, ich mache meinen Job super, super gern. Aber ich bin dann auch froh, wenn ich abschalten kann und andere Eindrücke oder meine Freundinnen oder Freunde und Familie dann habe. Das ist das eine. Dann im Job. Was mich psychisch stärkt, auf jeden Fall immer, wenn man ein Team hat, auf das man sich verlassen kann. Also ich spreche jetzt einfach mal vom Fahrer, Fahrerinnen oder Azubis oder Praktikantinnen und Praktikanten. Das auf jeden Fall, dass man Entscheidungen, klar, am Ende bin ich der aleinige Verantwortliche auf dem Auto, aber ich sehe das nie als One-Man-Show also. (..) Sondern wenn da beide bereit sind eine Entscheidung zu tragen, dann finde ich es einfacher, auch mal eine schwere Entscheidung zu treffen. Genau. Und was dann auch noch erleichtert ist, finde ich Routine im Job. Also wenn man Situationen hat, die man schon irgendwie erlebt hat. Dann kann man da auch besser drauf reagieren. Also einfach einen Erfahrungsschatz, auf die man zurückgreifen kann und wissen, auf das man zurückgreifen kann. Also Fachwissen, Sprich auch die Ausbildung hat mir persönlich wahnsinnig geholfen, um da entspannter mit umzugehen.

11 I: Ja okay, danke schön. Dann die Frage Nummer vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung? (...)

12 P9: Wie ist das gemeint? Also wenn ich, wenn ich zum Beispiel einen Einsatz habe, der nicht gut gelaufen ist oder?

13 I: Ich soll eigentlich, will auch die Sätze nicht interpretieren. Ich stelle die Frage nochmal weil sonst würde es die Auswertung schwierig, ne? Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale Unterstützung?

14 P9: Ich glaube, das meiste ist direkt, also oft direkt nach dem Einsatz. Im Einsatz selbst ist, ist viel dynamisch und es gibt viele Entscheidungen, die schnell getroffen werden müssen. Mir persönlich hilft es, wenn man dann mit den Kolleginnen und

Kollegen oder auch mit dem Notarzt oder mit wem man auch immer einen Einsatz hatte, und der Einsatz vielleicht ein bisschen kniffliger war, das noch mal nachbespricht. Das ist eigentlich der Hauptgrund. (..) Also, die hauptsächliche Unterstützung ist eigentlich direkt nach dem Einsatz, wenn man es nachbespricht mit dem Notarzt und auch zum Beispiel einfach mal auf der Rückfahrt zur Wache den Einsatz noch mal nachspricht und einfach mal sich fragt, „War es gut, war es vielleicht nicht so gut?“ „Was hätte man anders machen können oder was auch einfach mal guter Einsatz ist?“

15 I: Jawohl. Dann käme die Frage Nummer fünf: Wann suchen Sie einen Ratschlag? (4)

16 P9: Relativ oft. Tatsächlich! Weil. (..) Bei Sachen, wo ich mir unsicher bin, auf jeden Fall, weil ich, Ich bin sehr korrekter Mensch. Also ich will es richtig machen. Und wenn es irgendwas gibt, wo ich mir unsicher bin oder wenn jemand eine andere Meinung hat, dann höre ich mir die auch an und überleg die auch, das ist jetzt völlig qualifikationsunabhängig, ob das jetzt mein Vater ist, der sagt Hey, schau mal so und so an oder ob das ein Klinikarztes, der bei der Übergabe sagt So und so ist es vielleicht auch richtig. Also eigentlich schon sehr oft Ratschläge irgendwelche suchen. Gerade wenn ich, wenn es irgendwelche Sachen sind, wo ich unsicher bin. Oder so Sachen, wo man nicht oft hat.

17 I: Ja. Okay, danke schön. Die Frage sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (...)

18 P9: Bei der kollegialen Kommunikation? (...) Bei mir ist es, glaube ich, Sachen, die schnell in Tratsch ausufern. Also wenn einfach irgendwelche Behauptungen getroffen werden, die halt nicht stimmen oder dass einfach nur was gesagt wurde. Also, wenn es halt einfach, auf gut fränkisch nur Gelaber ist, aber nichts dahintersteckt. Finde ich nicht so cool. Oder wenn wenn so ein bisschen im Einsatz zum Beispiel, wenn jemand zum Beispiel Teampartner die ganze Zeit denkt, ich würde es jetzt anders machen, aber mir im Einsatz nichts sagt. Zum Beispiel hatte ich einen Patienten, wo ich zum Beispiel an Fixierungsfehler habe und mein Kollege sagt mir

den ganzen Einsatz nicht. Und dann im Nachhinein sagt, Mensch hätten wir da nicht einen Notarzt gebraucht und ich vielleicht gedanklich in einer ganz anderen Schiene war. Und das finde ich dann nicht schön, sondern das finde ich, soll im Einsatz gesagt werden. (..) Ja. (..)

19 I: Danke schön. Frage sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein? (..)

20 P9: Ja, also jetzt neulich zum Beispiel ein Einsatz. Das knüpft an das an, wo ich gesagt habe. Wir hatten einen Einsatz mit einer Frau, die war im Bett gelegen und hat gesagt, sie wollte vom Bett aufstehen, ist wegen ein paar Socken, wegen fehlender Haftung weggerutscht, ist auf die Hüfte gefallen, ist wieder ins Bett und wir sind reingegangen. Und ich war irgendwie so, die war so ängstlich, so aufgelöst. Und es ist so ein Bild, wie ich es schon gefühlt schon hundertmal gesehen habe, so Angstpatienten, die einfach, total aufgelöst sind und ich habe der Dame die Schmerzen nicht so abgenommen, wie sie sie hatte. Die hat gesagt, sie hat Schmerzen und ich habe so viel auf so psychische Angst geschoben. Angst vor Menschen? Ich kann jetzt das erlebte schlecht beschreiben, aber ihr Verhalten so gewirkt hat auf mich und sie auch die ganze Zeit gesagt hat, sie muss aufs Klo, sie muss aufs Klo. Also habe ich gedacht, wenn Ihr Hauptproblem pinkeln ist, dann können die Schmerzen ja nicht so groß sein. Irgendwann sagt meine Kollegin, Mensch meinst wir brauchen nicht doch einen Doktor wegen der Schmerzen. Vielleicht hat sie ja die Schmerzen wirklich. Und dann fiel so der Groschen, ich bin in der falschen Schiene und dass ist dann Gut. (...)

21 I: Jawoll. (...)

22 P9: Nur ein Beispiel war das, oder?

23 I: Ja. Also, wenn Sie noch eins haben, gerne, wenn Ihnen noch was einfällt.

24 P9: Ähm. Also generell finde ich, gerade mit Azubis ist es ja oft so, wenn man einen Einsatz hat. Wir hatten auch erst letztens einen, das war ursprünglichen ein Polizeieinsatz. Da ist jemand, hat beim

Nachbarn die Scheiben eingeschlagen, die Polizei ist gekommen, der ist mit dem Messer auf die Polizei losgegangen. Die Polizei hat ihn versucht niederzuknüppeln und mit Pfefferspray zu bearbeiten. Er ist wieder zurück in die Wohnung und hat sich dann verschanzt. Und das war letztendlich eine Einsatzleiter Lage. Und bevor der Notarzt und der Einsatzleiter da waren, bevor der Notarzt da war, hat die Polizei die Tür aufgemacht und er war bewusstlos in der Wohnung gelegen. Und weil es in so eine aufbauende Lage war, habe ich mit meinen Kollegen eigentlich immer „ten for ten“ gemacht. Also es war immer jeder auf dem gleichen Stand. Wir waren zu dritt auf dem Auto und auch da, eben mit dem Kollegen, der dann sagt, ich übernehme den Atemweg, die Atemwegsicherung, dass er am Kopf kniet und dann einfach immer wieder das „Ten for ten“ gemacht und das war schon gut kommuniziert. Fand ich. (..)

25 I: Ja, die Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation mit Kollegen oder Kolleginnen ein?

26 P9: Ich nehme jetzt einfach mal Notarzt mit rein, wenn das okay ist (..) Das eben auch bei diesem Patienten mit der Polizei, mit dem Polizeieinsatz, wo dann der Notarzt dazukam, (..) hat der Notarzt quasi ohne dass es wir gewusst haben, hat ein Medikament aufgezogen, hat es in den Patienten rein. Und erst wo ich dann gefragt habe, Was hast du da gegeben? Hat er gesagt, Ja, ich habe noch fünf Milligramm Midazolam gegeben, um den zu beruhigen. Aber das hätten wir nicht gewusst, hätten wir nicht aktiv nachgefragt. Und sowas, (..) ist halt in Anführungszeichen, nur fünf Midazolam, aber es hätte halt auch was anderes sein können was den Patientenzustand verursachen hätte können. Und dann, da der Notarzt auch nicht mitgefahren ist, ist es halt schon interessant für uns zu wissen, was er dann gibt.

27 I: Ja, ja. Klar. Okay. (..) Frage neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter? (..)

28 P9: Also einmal ist es, finde ich, Wertschätzung vom Vorgesetzten. Das habe ich tatsächlich. Ich bin noch nicht lange hier. Ich bin zwei Monate jetzt hier. Ja, Vor kurzem ist einfach mein Wachleiter

zu mir gekommen und hat gefragt Hey, wie geht es dir? Wie hast du dich eingelebt? Das ist ein wahnsinnig kleiner Satz. (..) Da interessiert sich jemand, wie ich angekommen bin. (..) Das fand ich super. Was ist mir noch wichtig? (..) Für mich ist es auch, jetzt mal auf das Recht bezogen, irgendwo Rechtssicherheit, dass, wenn ich Maßnahmen mache, auch im Bezug auf den ärztlichen Leiter, dass ich eben keine Angst mehr oder weniger haben muss, dass ich, wenn ich eine Maßnahme mache, dass mir dann hinterher ein Strick daraus gedreht wird. Also klar im Rahmen, wenn es alles passt. Ich glaube, ich mache jetzt da auch nicht irgendwelche wilden Sachen draußen im Einsatz. Aber ja, mehr so eine Rückendeckung oder positives Feedback ist dann schon wichtig. Klar, wenn was versaut wurde, dann muss es auch angesprochen werden, gar keine Frage. Aber man will halt nicht arbeiten, immer im Hinterkopf, da steht jemand mit dem erhobenen Zeigefinger.

29 I: Ja. (..)

30 P9: Ich habe die Frage vergessen.

31 I: Was wichtig ist für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter.

32 P9: Ein geregelter Dienstplan, auf jeden Fall die Rahmenbedingungen. Auch so Sachen, dass einfach die Geräte funktionieren, die Autos funktionieren, dass ich nicht ständig mit fehlerhaftem Material arbeiten muss. (..) Ja, sowas eigentlich und dass ich auch die Möglichkeiten habe, nach dem Beruf mit Regenerationszeit abzuschalten, finde ich auch wichtig. (..)

33 I: Ja danke schön. Dann haben wir die inhaltlichen Fragen durch. Jetzt bräuchten wir noch einen kurzen Steckbrief von Ihnen. Aber wie gesagt, es wird dann anonymisiert. Wie alt sind Sie? Ihr Alter.

34 P9: 28.

35 I: Und die Lebenssituation? Partnerschaft. Familie. Alleinstehend.

36 P9: In einer Beziehung. Ich wohne mit meiner Freundin in Würzburg zusammen. I: In einer Partnerschaft könnte man sagen, ja. Haben Sie ein Hobby oder treiben Sie

37 P9: Sport? Hobby? Also viel Musik. Ich höre gerne Musik. Ich gehe sehr gerne auf Konzerte. Was ich so am liebsten mache. Ich lese gerne. Sport. Nix regelmäßig. Eher mal so, ich nenne es mal ein bisschen so Ausreißer. Ich gehe gerne mal Kanufahren. Ich gehe mal in Kletterwald, aber nicht so, dass ich regelmäßig joggen gehe oder ins Fitnessstudio gehe.

38 I: Jawoll. Wie viel Jahre sind Sie jetzt schon im Beruf?

39 P9: Angefangen 2014 mit dem Freiwilligen Sozialen Jahr und dann im FSJ den Rettungssanitäter gemacht, dann bis 2018 als Rettungssanitäter gearbeitet und 2018 bis 21 die Ausbildung zum Notfallsanitäter und seitdem Notfallsanitäter. Also 10 Jahre fast.

40 I: Ja und das im Erstberuf höre ich so raus.

41 P9: Genau, bin da reingerutscht. Ist mein Erstberuf.

42 I: Jawoll. Die Frage elf kommt jetzt noch. Das ist die Letzte. Gibt es von Ihrer Seite noch was Wichtiges, was Sie, was Ihnen wichtig ist zu sagen Zu dem Thema? (4)

43 P9: Fällt mir ehrlicherweise spontan nichts ein.

44 I: Okay. Na gut, dann haben wir alle Fragen durch. Herzlichen Dank. Dann mache ich mal die Aufzeichnung. Dann stoppe ich.

45 P9: Ja.

46 (0:17:44.3]

Interview 10

1 I: Okay. Und dann die erste Frage. Sie sind einverstanden, dass es aufgezeichnet wird.

2 P10: Ja.

3 I: Ja. Und dann bedanke ich mich auch im Namen von Herrn Köll schon mal ganz herzlich und fange mit der Frage eins an. Wichtig wäre noch zu sagen, dass alles anonym ist. Also Ihr Name kommt dann in der Forschungsarbeit nicht vor und sie müssen auch nicht richtig und falsch überlegen, sondern einfach, was Ihnen spontan zur Frage einfällt. Das sind elf Fragen und äh, ja, starten wir. Ist okay.

4 P10: Jawohl.

5 I: Ja. Also, Frage eins: Würden Sie sich eher zufrieden oder unzufrieden im Beruf einordnen?

6 P10: Eher zufrieden.

7 I: Okay, dann haben wir die erste schon Die Frage zwei: Was stimmt Sie zufrieden oder unzufrieden? (..)

8 P10: Ähm, ja. Gut. Jetzt ist die Frage natürlich immer wieder, was stimmt Zufrieden, Also zufrieden auf jeden Fall die Arbeit am Patienten selbst, wo ich einfach sage, das ist schon das, warum er den Job gemacht hat. Das macht man halt einfach, weil man mit Menschen arbeiten möchte, weil das mit der Kommunikation, ich mag es halt einfach. Ich könnte mir auch nicht vorstellen, irgendwo vor dem Computer zu sitzen. Also hauptsächlich das Arbeiten am Menschen eigentlich. Was unzufrieden stimmt. Manchmal sind die Arbeitsverhältnisse, die Arbeitszeiten, muss man ganz ehrlich sagen. (...) Und ja, wenn man das so sagen kann, auch, das Sinnlose, dass halt einfach die Leitstelle manchmal keine anderen Möglichkeiten hat, als uns irgendwo hinzuschicken, wo man eigentlich von vornherein weiß, das ist absoluter Quatsch. Ja.

9 I: Okay. Danke schön. Dann sind wir schon bei der Frage drei: Was gibt Ihnen psychisch Widerstandskraft bei den Beanspruchungen, die im Joballtag da sind? (..)

10 P10: Die Widerstandskraft stärke ich durch die Partnerin und die Kollegen, sage ich mal einfach mal, mit denen man sich über alles unterhalten kann und so generell zum Ausgleich einfach Sport. (7)

11 I: Ja, okay. Die Frage vier: Wann suchen Sie sich im Beruf emotionale

12 Unterstützung? (...)

13 P10: Ja, also wenn, dann eher mal nach belastenden Einsätzen logischerweise, sucht man halt einfach mal das Gespräch mit den Kollegen. Ansonsten, (..) ja, also wirklich nur wenn es jetzt die Einsatzsituation so hergeben würde.

14 I: Okay. Danke schön. Frage fünf: Wann suchen Sie einen Ratschlag? (...)

15 P10: Äh, ja, jetzt aktuell tatsächlich häufiger, weil ich ja jetzt bei einem neuen Arbeitgeber angefangen hab. Da läuft halt trotzdem vieles noch ein bisschen anders. Da ist man schon öfters mal in der ja in der Situation, dass man einfach noch mal nachfragen muss. Ansonsten Ratschläge wie war es vorher? (5) Dann tatsächlich, ist das nach zehn Jahren jetzt eigentlich in dem Beruf weniger geworden, weil man an sich schon weiß, wie alles funktioniert? Ja. (..)

16 I: Okay. Danke schön. Die Frage sechs: Was stimmt Sie unzufrieden bei der kollegialen Kommunikation? (..)

17 P10: Was stimmt unzufrieden? Unzufrieden eher die Kollegen, bei denen man mit der Kommunikation eigentlich schon von Beginn an weiß, dass sie keinen Bock mehr auf den Job haben und alles ein bisschen schlechtreden, das gibt es leider sehr häufig. Es ist eigentlich egal, wo man da jetzt ist. Es ist in München jetzt genauso, wie es in Kulmbach war. Gerade bei älteren Kollegen, die halt einfach keinen Bock mehr haben. Da ist es dann in der Kommunikation tatsächlich schwierig. Im Einsatzdienst selbst klappt es dann meistens noch ganz gut, aber es spielt halt bei denen immer so eine, so eine Lustlosigkeit dann mit und das ist dann manchmal schon deprimierend. Ein bisschen.

18 I: Okay, die Frage sieben: Fällt Ihnen ein Beispiel für gelungene Kommunikation mit Kolleginnen oder Kollegen ein? (..)

19 P10: Da muss ich jetzt mal ganz kurz ein bisschen nachdenken. Interne Kommunikation. Also ich sage mal an sich, gerade in der Zusammenarbeit jetzt mit auch den jüngeren, examinierten Notfallsanitäter funktioniert die Kommunikation eigentlich wirklich gut. Also gerade gerade jetzt in den Fällen nehmen wir jetzt mal eine Reanimation her. Also ich habe jetzt kein konkretes Beispiel, aber also da ist es schon so, dass wirklich nach Leitlinie gearbeitet wird erstmal und dann halt auch so kommuniziert wird. Also ich sage mal ABC-Schema wird durchgearbeitet, es wird laut kommuniziert, es werden „ten for ten“ gemacht. Das würde ich sagen. Das ist gerade mit den jüngeren Kollegen auch nicht so selten, dass man das auch so anwendet.

20 I: Okay, danke schön. Die Frage acht: Fällt Ihnen ein Beispiel für eine nicht gelungene Kommunikation ein mit Kolleginnen oder Kollegen?

21 P10: Also (..) Wie, wenn ich so nachdenke wie es war. Aber ich habe was im Hinterkopf. Also, da war es wirklich, dass eigentlich, es ging da um ein Medikament. Das ist im letzten Moment erst aufgefallen, dass es falsch aufgezogen ist, obwohl es eigentlich kommuniziert war, aber quasi vom oder vom Notarzt, einfach nicht, wie es üblich ist, dass man einfach das Verstandene auch noch mal wiedergibt, sondern er hat es quasi falsch verstanden. (...) Ja, und es kam dann wirklich nur dadurch raus, dass ich quasi vor der Applikation von dem Medikament noch mal gesagt habe, also das ist übrigens, weil er noch gesagt hat, wie viel Milliliter er geben will. Dann habe ich nachgerechnet und dachte mir Oh, das ist ein bisschen viel eigentlich. Da habe ich einfach noch mal wiederholt, was es war und erst dann ist der Fehler aufgefallen. (..) Also das war tatsächlich, wenn man danach den Team-Ressource-Grundsätzen gearbeitet hätte und es das widerspiegelt hätte, dann wäre der Fehler halt auch vorher schon aufgefallen.

22 I: Okay. Danke schön für das Beispiel. Die Frage neun: Was ist wichtig für Ihre berufliche Zufriedenheit als Notfallsanitäter? (..)

23 P10: Ja auf jeden Fall schon mal die Arbeitsumgebung, macht denke ich sehr viel aus, dass man gerade Materialien vernünftig

zur Verfügung stehen hat, die auch funktionieren, dass man nicht mit halb defekten Geräten durch die Gegend fährt, was ja leider auch manchmal passiert, weil einfach die Ersatzbeschaffungen schwer sind im Rettungsdienst Bayern. (..) Ja, und ich denke ganz wichtig ist trotzdem auch, das Kollegiale, die Kollegen, dass man sich aufeinander verlassen kann und wenn das funktioniert, also wie gesagt, wenn die Materialien passen und die Kommunikation im Team passt, dann denke ich, hat man keine Probleme, einen Einsatz gut abwickeln zu können.

24 I: Jawoll. ja, dann haben wir schon fast alles durch. Jetzt kurzer Steckbrief in Frage zehn Ihr Alter, wenn Sie das verraten möchten.

25 P10: 31

26 I: Und die Lebenssituation Partnerschaft Familie alleinstehend. P10: Also Partnerschaft, aber ledig.

27 I: Okay. Und haben Sie ein Hobby oder üben Sie einen Sport aus?

28 P10: Ja. Also, Fußball, Fahrradfahren, generell viel Sport. In die Berge gehen. (..)

29 I: Okay. Berufsjahre haben Sie schon genannt. Aber vielleicht wollen Sie es noch mal wiederholen, wie viele Jahre Sie im Beruf sind.

30 P10: Also im Rettungsdienst generell jetzt 10 Jahre. Wenn man jetzt dann die (..) Ausbildung mal mit abzieht fertig als Notfallsanitäter, dann sind es sieben.

31 I: Und es ist ihr Erstberuf.

32 P10: Zweitberuf. Ich habe vorher Fachkraft für Lagerlogistik gelernt.

33 I: Jawoll ja ja, interessant. Okay, dann kommt das. Letzte Frage noch. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas Wichtiges, was Sie anfügen können oder wollen? (5)

34 P10: Sehr gute. Frage. Also so generell. Also ich bin ja auch Praxisanleiter gewesen in Kulmbach. (..) Ich finde, dass in der Ausbildung

oder schon in der Ausbildung eigentlich sich trotzdem noch ein bisschen was ändern müsste. Meiner Meinung nach. Gerade diese, das hat aber teilweise nicht mal was mit den Schulen zu tun, sondern es gehört für mich eigentlich ein klarer Cut gemacht, dass Auszubildende sind und nicht irgendwo auf einem KTW Einspringen, wenn keine Leute da sind. Also ich finde, das ist ein ganz großes Problem in der Ausbildung, dass Auszubildende schon ganz häufig ihre Stunden auf dem RTW so nicht bringen, weil sie entweder als Fahrer eingesetzt werden, auf dem KTW eingesetzt werden, weil halt Not am Mann ist. Also das wäre vielleicht wirklich schon was, wo ich sage, das ist in der Ausbildung schon ein Problem. Und ich denke halt alle die Schichten, die sie so nicht als Auszubildende an sich fahren, lernen sie ja auch nicht das, was sie sollen. Und das ist halt dann auch im Nachhinein vielleicht irgendwann einmal ein Problem, dass da vielleicht Ausbildungszeiten hätten, anders eingesetzt werden sollen.

35 I: Ja, interessant. Wichtig! Ja, okay. Na dann haben wir schon alle Fragen durch. Und ich sage erst mal Vielen Dank. Und werde jetzt die Aufzeichnung anhalten.

Fragebögen der Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter vor der Fortbildung

1 Zusammenarbeit zwischen Rettungssanitäter und Notfallsanitäter sind meist nicht wertschätzend

2 Man ist öfter demotiviert als motiviert im Beruf

3 Die Informationspolitik zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten funktioniert nicht wirklich gut und es gibt nur wenig bis gar kein Mitspracherecht dazu

4 Führerscheinproblematik – Kontrollkultur statt Vertrauen

5 Fehlende Möglichkeiten den Mitarbeitern des Rettungsdienstes den aktuellen Stand der Auszubildenden Notfallsanitätern mitzuteilen

6 Zu wenig Zeit, um Schüler einzuweisen

7 Schüler müssen ihren LKW-Führerschein selbst bezahlen und machen, obwohl dieser in der Ausbildung nicht vorgeschrieben ist.

8 Wenig Möglichkeiten und offizielle Zeit, um sich gegenseitig auszutauschen

9 Die Führung kann sich nicht in die Problematik der Mitarbeiter hineinversetzen.

10 Man fühlt sich oft von der Führung allein gelassen, wenn es um die Ausbildung der Notfallsanitäterschüler geht.

11 Der Dienstplan lässt oft keinen Spielraum für die Praxisanleitung der Auszubildenden zu

12 Anrufe in der Freizeit sind nicht wertschätzend, stressen mich unnötig und das nervt mich, weil dadurch meine Work-Life-Balance gestört wird.

13 Ich würde gerne mehr mit eingebunden werden von der Schule, wenn es um meine Auszubildenden geht.

14 Hohes Kommunikationsdefizit unter den Kollegen im Rettungsdienst.

15 Wie erstelle ich eine ansprechende Präsentation und halte diese vor meinen Auszubildenden.

16 Ich wünsche mir mehr Unterstützung bei belastenden Erlebnissen im Beruf für mich, meine Kollegen und meine Auszubildenden.

17 Ich hätte gerne mehr Informationen über fachliche Neuerungen und deren Informationsgewinnung.

18 Ich würde mich freuen über neue Lehrmethoden und wie man diese am Auszubildenden anwendet.

19 Ich brauche Hilfe bei der Auswahl von neuen Auszubildenden und würde mich über ein Assessment-Center freuen, dass mich unterstützt.

20 Ich hätte gerne mehr fachlichen Austausch mit anderen Fachdiensten wie Polizei und Feuerwehr.

21 Die Problemlösung mit dem Azubi fällt mir sehr schwer, wenn er zum Beispiel Lernschwächen oder Probleme mit der Kommunikation hat.

22 Wie gestallte ich ein Praxistraining mit meinem Auszubildenden richtig?

23 Wie bereite ich meinen Auszubildenden für das Staatsexamen richtig vor?

24 Welche Methoden sind wirksam im Umgang mit schlechten Schülern.

25 Ich brauche Hilfestellung bei der Abnahme der 0a Kompetenzprüfung.

26 Wie gestalte ich eine sinnvolle Einsatznachbesprechung und wie erkläre ich den Kollegen wie wichtig das für den Lernprozess des Schülers ist.

27 Ich hätte gerne mehr Übungszeit mit den Schülern.

28 Ich hätte gerne Übungsgruppen für alle Mitarbeiter

29 Ich möchte eine engmaschige Kontrolle der Leistung des Azubis.

30 Ich fände es sinnvoll den Rettungssanitäter in die Ausbildung der Azubis mit einzubinden.

31 Die Kommunikation der Kollegen in Bezug auf die Azubis ist noch sehr verbesserungsfähig.

32 Die Einteilung der Schüler von Seiten der Schule sollte den Vorgaben entsprechen.

33 Ich würde mir eine bessere Kommunikation zwischen Schule, Klassenleiter und Praxisanleiter wünschen.

34 Die zeitliche Einplanung der Gespräche mit dem Schüler (Einführungs-, Abschluss- und Lernbedarfsgespräch) wird vom Dienstplaner immer als schwierig empfunden.

35 Ich würde gerne den Bewerbertag mit der Berufsfachschule planen.

36 Die Rettungssanitäter-Ausbildung gehört angepasst an die neuen Erfordernisse auf dem Rettungswagen.

37 Wie gehe ich damit um wenn jemand sexuell belästigt wird. Es muss in dem Bereich mehr Aufklärung und Prävention betrieben werden.

38 Ich tue mir schwer strukturelle Ausbildung in der Praxis umzusetzen.

39 Es gelingt oft nicht die Ausbildung mittels des Dienstplans zuverlässig und koordiniert umzusetzen.

40 Ich tue mir schwer Praxistage für die Auszubildenden aufzubauen und brächte dazu Tipps und Tricks.

41 Wie gestallte ich eine strukturierte Nachbesprechung?

42 Ich habe Probleme die strukturierte Beurteilung aufgrund des Aufbaus der Bewerbungsbögen durchzuführen.

43 Ich hätte gerne mehr digitale Medien wie Apps etc. für meine Schüler (Azubi) um ihren Lernprozess zu fördern.

44 Ich empfinde die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Rettungsdienst- und Wachleitung sehr asymmetrisch und unangepasst.

45 Ich hätte gerne eine Fortbildung zu 2a/2c Maßnahmen.

46 Die Kommunikation zwischen Berufsfachschule und Praxisanleiter funktioniert nicht gut.

47 Man macht immer mehr Überstunden, hat dadurch weniger Erholung und muss sich dann noch mit den Zuschlägen rumärgern.

48 Ich wünsche mir mehr Zusammenhalt in der Belegschaft und Austausch von Erlebnissen und Einsätzen etc.

49 Es fehlt mir an Wertschätzung

50 Ich würde gerne eher bzw. überhaupt etwas über Neuigkeiten, aktuelles und Änderungen erfahren. Der Informationsfluss stimmt nicht.

51 Wie kann ich zum Lernen motivieren?

52 Ich bin unzufrieden mit der Art wie im Rettungsdienst untereinander kommuniziert wird und hätte gerne mehr gute Gespräche.

53 Es fällt mir schwer meinen Schülern zu helfen, wenn sie mit Problemen in der Schule auf mich zukommen.

54 Ich leide an der Anzahl von Überstunden.

55 Ich finde die Kommunikation mit unserer Schule (Würzburg) mangelhaft.

56 Ich finde die immer mehr werdenden Bagatelleinsätze im Rettungsdienst belastend.

57 Es belastet mich, wenn Kliniken abmelden, weil sie keinen Patienten mehr annehmen können und ich deshalb meinen Patienten nicht los werde zur dringenden Behandlung.

58 Narzisstische Notärzte, die uns nicht ernst nehmen, und uns für ihre Untergebenen halten. Das behindert eine dem Patienten angemessene Behandlung.

59 Wie löse ich die immer wieder auftretenden Generationskonflikte?

60 Wie kann ich motivationslose Kollegen aktivieren, die ihre Wachaufgaben nicht erledigen?

61 Mich belasten Bagatelleinsätze, die mich daran hindern zu ernsthaft erkrankten zu fahren denen wirklich geholfen werden muss.

62 Die Diensteinteilung der Auszubildenden ist nicht zu verstehen.

63 Die Grenze zwischen Mobbing und Spaß ist vielen nicht eindeutig klar.

64 Ich bemerke immer mehr Jugendsprache im Einsatz.

65 Gerätschaften (z.B. Nidapad) funktioniert oft nicht.

66 Die Personalsituation (zu wenig Personal) im Rettungsdienst ist unerträglich und belastet mich sehr.

67 Der Fahrzeugzustand im Rettungsdienst ist schlecht.

68 Es gibt immer weniger Notärzte die Dienst machen wollen und dadurch wird die Verantwortung für die Notfallsanitäter immer größer.

69 Das Auswahlverfahren für Notfallsanitäter-Auszubildende muss überarbeitet werden.

70 Die Personalqualität wird immer schlechter.

71 Es fehlt an Verständnis für den Beruf des Notfallsanitäters.

72 Es fehlt die Berufung, persönliche Identifikation mit dem Beruf.

73 Das Wachklima ist schlecht. Man redet nicht miteinander, sondern übereinander.

74 Es gibt so viele negative allgemeine Einstellungen zum Leben.

75 Wo beginnt Mobbing? Die Grenzen werden sehr schnell überschritten.

76 Es fehlt die Zeit bzw. es gibt nicht genug Praxisstunden um die Auszubildenden zufriedenstellend auszubilden.

Fragebögen der Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter nach der Fortbildung

1 Heute hat mir besonders geholfen, dass der Dozent und andere Teilnehmer der Fortbildung meine Meinung teilen und ich ihre Ansichten als positiv empfinde

2 Heute hat mir besonders geholfen, dass, das nicht jeder Praxisanleiter im Kurs an veralteten Strukturen festhält, sondern Eigeninitiative ergreift und dem Auszubildenden eine (sehr) gute Ausbildung ermöglicht

3 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gelernt habe, dass Kommunikation ein Schlüssel zu einer erfolgreichen Praxisanleitung auf den Rettungswachen ist

4 Heute hat mir besonders geholfen, dass Wissen weiderholt worden ist.

5 Heute hat mir besonders geholfen, dass der Fortbildungsinhalt sinnvoll und leicht umsetzbar auf den Rettungswachen ist

6 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich Lust bekommen habe mich zuhause nochmal mit dem heute erlernten zu beschäftigen

7 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gelernt habe, dass man durch diese Methode im Kurs andere Sichtweisen zu hören bekommt, um damit Konflikte und Probleme zu lösen oder verstehen zu können

8 Heute hat mir besonders geholfen, dass die Atmosphäre entspannt, war

9 Heute hat mir besonders geholfen, dass die Diskussion konstruktiv und kollegial geführt wurde.

10 Heute hat mir besonders geholfen, dass mir die Balint-Methode vorgestellt wurde.

11 Heute hat mir besonders geholfen, dass die ich durch mein zweites Mal der Teilnahme an dieser Fortbildung für Praxisanleiter die

Balint-Methode nochmal anwenden durfte und mich dadurch sicherer fühle.

12 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich durch diese lockere Atmosphäre gut mitmachen konnte und am Unterricht beteiligen konnte.

13 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich das Gefühl hatte ernstgenommen zu werden.

14 Heute hat mir besonders geholfen, dass wir ein wunderbar didaktisch reduziertes Handout erhielten.

15 Heute hat mir besonders geholfen, dass der Austausch, der generell immer sehr konstruktiv ist mit anderen Praxisanleitern, heute nochmal sehr gut gefördert wurde.

16 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich durch die Methoden erfahren habe, dass es bei den anderen Arbeitgebern ähnliche Probleme gibt und man dadurch doch nicht nur Einzelkämpfer ist.

17 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich entdeckt habe, dass Salutogenese und Balint-Arbeit durchaus praktikabel ist.

18 Heute hat mir besonders geholfen, dass es heute zu guten Gesprächen in den Pausen kam.

19 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gesehen habe, dass es nicht nur den einen Weg gibt um mit einem Problem umzugehen, sondern es wichtig ist, sich nicht nur in die Person hineinzuversetzen, die das Problem geschildert hat, sondern auch in andere daran Beteiligte.

20 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich nun weiß, dass es auch wichtig ist, die Umstände, Rahmenbedingungen, Vorgeschichte und andere Details zu kennen.

21 Heute hat mir besonders geholfen, dass auch wenn eine Balint-Arbeit nicht immer und überall anwendbar ist, denke ich doch, dass einzelne Punkte davon Übergang in meine tägliche Arbeit finden werden.

22 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mitbekommen habe, dass in unserem Betrieb zwar nicht alles perfekt läuft, es in anderen Betrieben jedoch noch deutlich schlechter aussieht. Wenn man sieht, was für große Schritte diese noch gehen müssen, wirken die eigenen kleiner.

23 Heute hat mir besonders geholfen, dass durch die heutige Fortbildung in Salutogenese und Balint-Arbeit, die mitgebrachte sehr voreingenommene, engstirnige Sichtweise anderer dazu führte, das eigene Denken und Handeln zu hinterfragen.

24 Heute hat mir besonders geholfen, dass die Balint-Arbeit dazu einlädt andere Sichtweisen zu durchdenken und dadurch eine offene Sicht auf eine bestehende Problematik zu erhalten

25 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich auf meinem mitgebrachten Fall eine neue Sichtweise bekommen habe.

26 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich eine Auffrischung zu Balint und Salutogenese bekommen habe.

27 Heute hat mir besonders geholfen, dass alle offen waren und nichts vorverurteilt worden ist.

28 Heute hat mir besonders geholfen, dass die Stimmung locker und heiter war.

29 Heute hat mir besonders geholfen, dass Balint mit echten/realen Fällen demonstriert und geübt wurde.

30 Heute hat mir besonders geholfen, dass bei den einzelnen Punkten genügend Raum zum Denken gelassen wurde.

31 Heute hat mir besonders geholfen, dass es keine Denkverbote gab.

32 Heute hat mir besonders geholfen, dass der Dozent Herr Köll sich so aktiv an Balint-Arbeit beteiligt hat.

33 Heute hat mir besonders geholfen, dass es regelmäßig Pausen gab.

34 Heute hat mir besonders geholfen, dass ein Praxisbezug erkennbar war.

35 Heute hat mir besonders geholfen, dass es einen Praxisanteil gab.

36 Heute hat mir besonders geholfen, dass Situationen zur späteren Anwendung aufgezeigt wurden.

37 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mal wieder ehemalige Kollegen gesehen habe, um mich mit denen auszutauschen.

38 Heute hat mir besonders geholfen, dass es einen regen Austausch gab von Praxisanleitern verschiedener Arbeitgeber und ich dabei neue Sichtweisen und Möglichkeiten kennen gelernt habe.

39 Heute hat mir besonders geholfen, dass man nicht jedes Problem selbst für Azubis lösen muss, sondern nur den Auszubildenden unterstützen soll eigene Lösungen zu finden und seinen eigenen Weg gehen zu lassen.

40 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich dem Auszubildenden nur die Richtung auf dem Weg zeige und zulasse, dass er diesen Weg selber gehen muss.

41 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich das Thema und den Dozenten schon kannte.

42 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich die Probleme im Rettungsdienst mit anderen Teilnehmern kommunizieren konnte.

43 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mich mit den anderen Teilnehmern über die aktuelle Situation austauschen konnte.

44 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich dadurch verschiedene Aussichten zur Ausbildung von Notfallsanitätern hören konnte.

45 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich viele Informationen aufzunehmen und für die weitere Tätigkeit als Praxisanleiter zu verwerten.

46 Heute hat mir besonders geholfen, dass es für ähnliche Probleme nicht immer den gleichen Lösungsweg gibt.

47 Heute hat mir besonders geholfen, dass es mir erscheint, als wäre die Balint-Methode ein gutes Handwerkszeug für schwierige Kon-

flikte in der Ausbildung, gerade zwischen Auszubildenden und der anleitenden Person.

48 Heute hat mir besonders geholfen, dass wir nur durch das tun, handlungssicher werden.

49 Heute hat mir besonders geholfen, dass es regen Erfahrungsaustausch mit den Teilnehmern gab.

50 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich meine Fortbildungsstunden für den Praxisanleiter bekommen habe.

51 Heute hat mir besonders geholfen, dass dieser Fortbildungstag kurzweilig war.

52 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gerne hier war.

53 Heute hat mir besonders geholfen, dass wir uns alle auf der gleichen Ebene und Ausbildungsstand unterhalten haben.

54 Heute hat mir besonders geholfen, dass wir mit offenen und klaren Worten über verschiedene Situationen und Fallbeschreibungen, Lösungswege, Ziele und Ansichten offen diskutiert haben.

55 Heute hat mir besonders geholfen, dass verschiedene Sichtweisen zu den Fällen betrachtet und kommuniziert wurden.

56 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich gelernt habe, dass es kein müssen oder sollen gibt, sondern man den Weg begleitet, ohne eine Meinung anzugreifen und damit den Auszubildenden permanent in eine Verteidigungsposition zu bringen.

57 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich mir einen Merksatz kreieren konnte, der da lautet: „Kommunikation ist wichtig, Austausch muss mehr stattfinden, Situationen nicht einfach hinnehmen, sondern versuchen zu lösen bzw. selbständig Lösungen finden.

58 Heute hat mir besonders geholfen, dass ich angeregt und erinnert wurde, mich in andere Sichtweisen hineinzuversetzen.

Alexander Köll untersucht in dieser empirisch-gesundheitswissenschaftlichen Studie, welchen Beitrag salutogenetische Orientierung und Supervision nach Balint zur psychischen Gesunderhaltung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern leisten können. Vor dem Hintergrund hoher beruflicher Belastung im Rettungsdienst nimmt der Autor unterschiedliche Faktoren wie Stress, Burnout-Risiken, Traumaexposition und weitere psychosoziale Beanspruchungen in den Blick. Im theoretischen Zentrum steht das salutogenetische Modell nach Aaron Antonovsky, insbesondere das Kohärenzgefühl, das die Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit beinhaltet.

Auf der Grundlage eines Mixed-Methods-Designs mit qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse werden Belastungsfaktoren, Ressourcen, Coping-Strategien, berufliche Identität, Teamdynamiken und organisationale Rahmenbedingungen untersucht. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Frage, inwiefern Balint-Gruppen als strukturierte Form der Supervision Selbstreflexion, kollegialen Austausch und die professionelle Entwicklung unterstützen können.

Die Arbeit richtet sich an Fachpersonen aus dem Rettungsdienst, dem Gesundheitswesen und den Gesundheitswissenschaften sowie an Verantwortliche in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Sie bietet empirisch fundierte Anregungen für die Supervision, die Gesundheitsförderung und den professionellen Umgang mit psychischen Belastungen in Gesundheits- und Hochbelastungsberufen.

Logos Verlag Berlin

ISBN 978-3-8325-6053-9