

**Blaulicht im Kopf, wenn Retter  
selbst im dunkeln stehen.**

**Welche Auswirkungen haben  
Coolout, Burnout und  
Depressionen im Rettungsdienst?**

Sarah Behringer  
4. Februar 2026

Als auszubildende Notfallsanitäterin werde ich in meiner Ausbildung ausführlich darauf vorbereitet, Menschen in Notsituationen medizinische Hilfe zu leisten. Ebenso lernen wir, Menschen mit psychiatrischen Notfällen kompetent zu unterstützen.

Wie kann man trotz der vielen, teils traumatischen Einsätze diesen Beruf langfristig gesund ausüben? Und was passiert, wenn unsere Psyche irgendwann so stark belastet ist, dass wir selbst Hilfe benötigen?

In dem Rettungsdienstlichen Umfeld und in der Literatur wird immer deutlicher, dass es nicht nur die körperlichen Anforderungen sind, die uns belasten, sondern vor allem die psychischen Stressoren, die langfristige Folgen wie Burnout, Depressionen und eine innere emotionale Distanz – die sogenannte Coolout-Reaktion – begünstigen. Studien belegen, dass EMS-Fachkräfte (Emergency Medical Service) ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Belastungen haben, darunter Angst, Depression und chronischer Stress im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Zudem zeigt sich, dass ein hoher Anteil der EMS-Mitarbeitenden über Burnout-Symptome berichtet und viele sogar darüber nachdenken, den Beruf zu verlassen.

Im täglichen Einsatz sind wir wiederholt traumatischen Ereignissen ausgesetzt, schnellen Entscheidungen unter Zeitdruck und der Erwartung, permanent „funktionieren“ zu müssen. Studien zeigen, dass diese ständige Belastung nicht nur kurzfristigen Stress erzeugt, sondern langfristig zu emotionaler Erschöpfung, Zynismus und verminderter Leistungsfähigkeit führen kann. Gerade Burnout wird in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) als Syndrom beschrieben, das durch chronischen, nicht adäquat bewältigten Berufsstress entsteht. Diese Belastung äußert sich in emotionaler Erschöpfung, negativem oder zynischem Umgang mit der Arbeit und einem Gefühl reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit. Besonders alarmierend ist, dass in EMS-Studien mehr als die Hälfte der Rettungsdienstmitarbeitenden mittlere bis hohe Burnout-Risiken aufweist, vor allem in den Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Verbale und körperliche Gewalt im Einsatz und eine hohe Einsatzfrequenz verstärken diese Risiken zusätzlich.

Genau hier setzt der Begriff Coolout an: Es handelt sich um eine innere Abkühlung oder emotionale Distanz, die zunächst als Bewältigungsstrategie funktionieren mag, langfristig jedoch zu emotionaler Abstumpfung, reduzierter Empathie und damit indirekt auch zu Burnout-Symptomen beiträgt. Zwar wird Coolout in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht so häufig als eigener Begriff untersucht, doch zahlreiche Arbeiten zur Depersonalisation und Compassion Fatigue beschreiben vergleichbare Effekte: Eine Art seelischer Abschirmung nach wiederholter Belastung, die auf Dauer nicht gesund ist.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist die Depression. Nicht nur Burnout, sondern auch depressive Symptome sind bei Einsatzkräften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. In einer epidemiologischen Studie berichtete ein nicht unerheblicher Anteil des Rettungsdienstpersonals, innerhalb eines Jahres depressive Erkrankungen erlebt zu haben. Depressionen im Rettungsdienst werden oft von innerer Leere, Antriebslosigkeit und einem Verlust an Freude begleitet und bleiben häufig unbeachtet oder verborgen, da Leistung, Durchhaltevermögen und „stark sein“ als kulturelle Norm gelten.

Aber was ist nun der Unterschied zwischen Burnout und Depressionen?

In der Abgrenzung zeigt sich, dass Burnout zwar depressive Symptome enthalten kann, jedoch nicht automatisch mit einer Depression gleichzusetzen ist. Burnout wird häufig als Prozess verstanden, der sich schrittweise aus chronischer Überforderung entwickelt und zunächst insbesondere im Arbeitskontext bemerkbar macht. Depressionen dagegen weisen häufig eine umfassendere, globalere Beeinträchtigung auf, die sämtliche Lebensbereiche betrifft und stärker mit existenzieller Sinnkrise, Selbstwertproblemen und tiefer psychischer Niedergeschlagenheit verbunden sein kann. Dennoch bestehen Überschneidungen, da anhaltender Stress und Erschöpfung das Risiko für depressive Erkrankungen deutlich erhöhen können. In diesem Sinne kann

Burnout als Risikozustand oder Vorstufe wirken, ohne jedoch zwangsläufig in eine Depression überzugehen.

Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Unterscheidung ist jedoch erheblich. Burnout wird in modernen Leistungsgesellschaften häufig als Symptom von permanenter Erreichbarkeit und wachsendem Konkurrenzdruck angesehen. Die steigende Präsenz des Begriffs Burnout verweist damit auch auf gesellschaftliche Entwicklungen, in denen Produktivität und Selbstoptimierung zentrale Werte darstellen. In vielen Fällen wird Burnout als sozial „akzeptableres“ Leiden wahrgenommen als Depressionen, da es implizit Leistungsbereitschaft signalisiert: Wer ausbrennt, hat zuvor „zu viel geleistet“. Depressionen hingegen werden gesellschaftlich noch immer häufiger mit Schwäche, fehlender Belastbarkeit oder individueller Defizitlogik assoziiert, was zur Stigmatisierung beitragen kann.

Diese gesellschaftliche Deutung hat weitreichende Folgen. Zum einen besteht die Gefahr, dass depressive Erkrankungen bagatellisiert oder fehlinterpretiert werden, wenn sie vorschnell als Burnout etikettiert werden. Dadurch können notwendige therapeutische oder psychiatrische Behandlungen verzögert werden. Zum anderen kann die Fokussierung auf Burnout dazu führen, dass psychische Erkrankungen insgesamt stärker als arbeitsbezogenes Problem verstanden werden, während andere Ursachen wie soziale Isolation, familiäre Belastungen oder biografische Vulnerabilitäten in den Hintergrund treten. Gleichzeitig eröffnet der Burnout-Diskurs aber auch eine Chance, psychische Belastungen im öffentlichen Raum sichtbarer zu machen und die Verantwortung nicht ausschließlich beim Individuum zu verorten, sondern auch bei Organisationen und gesellschaftlichen Strukturen.

Alle diese psychischen Auswirkungen zeigen: Die Art und Weise, wie wir heute aus- und weitergebildet werden, berücksichtigt zwar klinische Fähigkeiten und Einsatzstrategien, aber oft unzureichend die eigene psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und den professionellen Umgang mit wiederkehrenden Belastungen. Studien aus dem deutschen Rettungsdienst zeigen, dass höhere Resilienz mit geringeren Burnout- und Stresswerten einhergeht. Das bedeutet: Stärkung der psychischen Gesundheit muss integraler Bestandteil der Ausbildung werden.

Dies fordert nicht nur theoretisches Wissen über Stress- und Traumafolgen, sondern vor allem praxisnahe Fort- und Weiterbildung, die aktiv Strategien vermittelt zur Erkennung von Frühwarnzeichen (z. B. Erschöpfung, Rückzug, Zynismus), zur Bewältigung akuter Belastungen und zur nachhaltigen Förderung psychischer Gesundheit. Dies könnte in Form von praxisnahen Workshops zur Stressbewältigung, Resilienz-Training und Achtsamkeit sein. Solche strukturierten Fortbildungen sind wissenschaftlich empfohlen, um Burnout und depressive Entwicklungen entgegenzuwirken und gleichzeitig die langfristige Leistungsfähigkeit und Berufszufriedenheit zu fördern. Weiter ist es bedeutend, Aufmerksamkeit auf diese Themen zu richten und über sie Aufzuklären. Es ist wichtig zu vermitteln, dass es an Stärke zeigt, sich professionelle Hilfe zu holen. Nach traumatischen Einsätzen sollte stets das Angebot eines Gespräches mit dem PSU-Teams (Psychosoziale Unterstützung) zu Verfügung stehen und dazu geraten werden.

Insgesamt stelle ich fest, dass diese Aus- und Weiterbildungen, uns genauso auf die psychischen Aspekte unseres Berufs vorbereiten sollten, wie auf medizinische Notfälle. Einige der zuvor genannten Möglichkeiten werden bereits in diese Ausbildung integriert, jedoch sollte auch im Anschluss dieser, weiter der Fokus auf Prävention liegen.

Nur so können wir verhindern, dass „das Blaulicht im Kopf“ uns selbst in den dunkleren Stunden unseres Berufslebens behindert statt leitet.

Nur so sichern wir unsere eigene Gesundheit und die Qualität der präklinischen Versorgung langfristig.

Quellen:

(1): <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/ems-911-workforce-mental-health/protocol>

(2): <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/ergebnisse-aus-der-ems-health-studie-fuer-den-zeitraum-2020-2021-depressionen-und>

(3): <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/fuer-medizinisches-fachpersonal/rettungskraefte>

(4): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39337201/>

(5): <https://www.ijirmps.org/papers/2023/1/231818.pdf>