



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

**„Ist das Phänomen der sekundären Traumatisierung
bei Einsatzkräften in Österreich feststellbar“**

verfasst von / submitted by

Josef KOLLER

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 242

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Risikoprävention und Katastrophenmanagement

Betreut von / Supervisor:

PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein

Danksagung

Mein größter Dank gilt meiner Familie, durch deren Unterstützung und zum Ende hin deren immense Geduld, erst dieses Studium und in Besonderen diese Arbeit erst zu Stande gekommen ist.

Des Weiteren möchte ich mich auch bei Frau Angela Antoni bedanken, die mit ihrem Wissen maßgeblich zur Entstehung dieses Werkes beigetragen hat.

Nicht zu vergessen ist auch mein Betreuer, PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein, dessen hilfreiche Rückmeldungen während seines Mentorings eine starke Stütze darstellten.

DANKE !

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich vorliegende Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Pischelsdorf, 14.September 2018

Josef Koller, e.h.

Gender Erklärung

Ganz besonders möchte ich darauf hinweisen, dass in der vorliegenden Arbeit stets die männliche Form verwendet wurde, jedoch auch immer die weibliche Form mit einbezogen ist.

Inhalt

Danksagung	I
Eigenständigkeitserklärung	III
Gender Erklärung	IV
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1. EINLEITUNG	1
2. HYPOTHESE	3
3. METHODIK (Beschreibung des Schrittweisen Vorgehens)	5
4. DEFINITIONEN	7
4.1. ICD-10	7
4.2. DSM-5	7
4.3. Trauma	8
4.4. Akute Belastungsreaktion / Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	9
4.5. Sekundäre Traumatisierung	11
4.6. Sekundäre Traumatische Belastungsstörung (STBS)	12
4.7. Gegenübertragung	14
4.8. Compassion fatigue	15
4.9. Burnout	16
5. AKUTE BELASTUNGSREAKTION / POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)	17
5.1. Einteilung	23
5.2. Symptome	24
6. EINSATZKRÄFTE UND TRAUMA	29
6.1. Allgemeines	29
6.2. Feuerwehr	30
6.3. Journalisten	31
6.4. Juristischen Personal	31
6.5. Militär	32
6.6. Polizei	34
6.7. Psychotherapeuten	36
6.8. Rettungsdienst	37
6.9. Zugführer	41
6.10. Vergleich der Berufsgruppen	42
7. EINSATZKRÄFTE UND SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG	45
7.1. Einleitung	45

7.2. Ursache	45
7.3. Tätigkeits- und aufgabenabhängige Belastungen.....	52
7.4. Konfrontation mit stark leidenden, verletzten oder toten Menschen	52
7.5. Rollenabhängige Belastungen	53
7.6. Maßnahme	58
7.7. Besonderheit Einsatzleiter	61
7.8. Ergebnisse.....	68
8. SCHLUSSFOLGERUNGEN	71
9. PERSPEKTIVEN.....	73
10. Literaturverzeichnis	75
11. Kurzzusammenfassung.....	81
12. Abstract	83

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Vergleich der Symptome von PTBS und STSD: FIGLEY C. 2002: 49
- Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5: FREYBERGER H. und STIEGLITZ R. 2011: 146
- Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10: FREYBERGER H. und STIEGLITZ R. 2011: 145
- Tabelle 4: Schwere der posttraumatischen Symptomatik: SCHÜTTE N., BÄR O., WEISS U. und HEUFT G. 2010: 237
- Tabelle 5: Punktprävalenzen der voll ausgeprägten PTBS, partiellen PTBS und den PTBS –Symptomen Intrusion, Vermeidung und Arousal :HÄLLER P., MICHAEL T. und BALMER KOEHLIN K. 2009: 410
- Tabelle 6: Häufigkeitsangaben (in %) beruflich erlebter Traumata: HÄLLER P., MICHAEL T. und BALMER KOEHLIN K. 2009: 411
- Tabelle 7: Häufigkeiten genannter schlimmster stark traumatischer Berufserfahrungen und PTBS: HÄLLER P., MICHAEL T. und BALMER KOEHLIN K. 2009: 411
- Tabelle 8: Auswertung der Umfrage: KRAMPL M. und JUEN B. 2005: 53
- Tabelle 9: PTBS-Gruppen in Zahlen: STEINER P. und BRAUCHLE G. 2005: 119
- Tabelle 10: Berufsbedingte Belastungen für Einsatzkräfte: WAGNER D., HEINRICHS M., KERBER U., WINGENFELD K., HELLHAMMER D. und EHLERT U. 2001: 204
- Tabelle 11: Grundannahmen von Einsatzkräften: ANDREATTA P., BRANDSTETTER K. und JUEN B. 2005: 84

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Schematische Darstellung einer traumatischen Reaktion:
 BERING 2011
- Abbildung 2: Übersicht über die Prävention von PTBS von Hochrisikogruppen:
 WAGNER et al. 2001: 209

1. EINLEITUNG

Jeden Tag stehen in Österreich, hunderte Frauen und Männer im Dienst für den Nächsten. Bei jeder Witterung, ob bei Tag oder Nacht, rund um die Uhr. Es sind diese Einsatzkräfte, diese Mitglieder der Rettungsdienste, Feuerwehren, Exekutive, die täglich für die Sicherheit in Österreich Sorge tragen. Sie sind es, die zu den Einsätzen eilen, von denen wir alle in den Nachrichten hören und lesen. Sie sind es, die eingeklemmte Personen aus Autos schneiden, Kleinkinder reanimieren oder die Identität von unbekannten Todesopfern feststellen. Sie sind es aber auch die nach ihren Einsatz, nach ihrer Schicht wieder zu ihren Familien zurückkehren und ein Leben führen so wie jeder von uns. Manchmal ist es aber nicht so einfach, seine Gedanken und Erinnerungen, so wie die Uniform einfach in den Spind zu hängen, sich umzudrehen und sich sorgenfrei seiner Familie und seinen Freunden zu widmen. Es kann durchaus sein, dass einige Eindrücke auch hängen bleiben, nicht mit den Tagen verblassen. Dass sie immer wieder kommen, bei Tag und bei Nacht, sich einem aufdrängen, ob man will oder nicht. Dann ist es an der Zeit sich jemanden anzuvertrauen.

Normalerweise reichen Gespräche mit Kollegen, Freunden und der Familie aus, um erlebte Situationen aufarbeiten zu können. Sind die gewonnenen Eindrücke aber zu stark, und diese geläufige Aufarbeitungsmethode zeigt nicht die gewünschte Wirkung, ist der Zeitpunkt gekommen professionellere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Als erstes bietet sich ein Gespräch mit einer psychologischen Hilfskraft, einem sogenannten Peer an. Peers sind eigens geschulte, meist sehr erfahrene Mitarbeiter aus den eigenen Reihen der Einsatzkräfte und somit bestens mit den internen Abläufen der Organisation vertraut. Dieses erste Gespräch mit einem besonders geschulten Mitarbeiter findet normalerweise in entspannter Atmosphäre statt und wird vertraulich behandelt. Es kann auf Wunsch auch an einem anderen Ort als dem Dienstort des Betroffenen stattfinden. Der Peer ist darin geschult Hilfestellung und Unterstützung anzubieten, aber er kennt auch seine Grenzen. Wenn es sich um eine Belastungsstörung handelt, dann ist der Rat und die Hilfe eines Professionisten gefragt. In so einem Fall wird der Betroffene an einen Psychologen weiterverwiesen, der sich der Sache annimmt.

Tritt so eine Situation ein, kann man von einer Traumatisierung der Einsatzkraft ausgehen. In diesem Zustand ist die jeweilige Person auf fremde Hilfe angewiesen und bedarf einer Behandlung durch einen Psychologen, da sich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt hat. Diese kann aber auch bei nicht direkt Betroffenen auftreten, dann spricht man von einer sekundären Traumatisierung.

Dieser sekundären Traumatisierung bei den in Österreich eingesetzten Einsatzkräften widmet sich diese Arbeit. Anhand von Literaturrecherchen der zu diesem Thema publizierten Studien wird versucht ein Schluss auf die Situation der österreichischen Einsatzkräfte zu ziehen, mit dem Ziel damit das Thema mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit zu rücken.

2. HYPOTHESE

Da Einsatzkräfte bei ihrer Tätigkeit einem enormen psychischen Stress ausgesetzt sein können, ist zu klären inwiefern dieser eine Auswirkung auf das seelische Gleichgewicht der Betroffenen hat. Dazu wird folgende Hypothese aufgestellt:

Ist das Phänomen der sekundären Traumatisierung bei Einsatzkräften in Österreich feststellbar?

Um dieses beantworten zu können muss in zwei Schritten auf die Thematik zugegangen werden. Zuerst ist zu klären ob eine sekundäre Traumatisierung in Österreich überhaupt stattfindet. Dies führt zur ersten Forschungsfrage:

- Fragestellung 1: Erfahren die Einsatzkräfte in Österreich eine sekundäre Traumatisierung?

Hier kann es sowohl zu einer positiven als auch einer negativen Beantwortung kommen. Falls die Antwort negativ ausfällt, ist davon auszugehen, dass die in Österreich tätigen Einsatzkräfte ihrer Tätigkeit nachgehen, ohne dabei in Gefahr zu laufen in irgendeiner Weise psychische Folgeschäden davon zu tragen.

Wenn die Beantwortung dieser Frage positiv erfolgt, dann führt dies unweigerlich zu einer weiteren Forschungsfrage:

- Fragestellung 2: Manifestiert sich die sekundäre Traumatisierung in einer standardisierten Form?

Wenn es zu einer sekundären Traumatisierung kommt, dann ist abzuklären, ob die Symptomatik in der bekannten, standardisierten Form aufscheint, oder ob es zu Abweichungen bei den Symptomen kommt.

Anhand der Antwort auf diese Fragen sollte es möglich sein, die Behauptung einer sekundären Traumatisierung bei österreichischen Einsatzkräften schlüssig beantworten zu können.

3. METHODIK (Beschreibung des Schrittweisen Vorgehens)

Für die Beantwortung der Frage ob österreichische Einsatzkräfte einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind, und wenn ja, wie sich diese manifestiert, ist eine systematische Vorgehensweise an das Thema unabdingbar. Im ersten Schritt wurden mittels Literaturrecherche die Grundlagen ermittelt. Dafür wurde in diversen Fachbüchern, E-Books, Peer-reviewed Journals und Zeitschriften recherchiert. Um die Einsichtnahme in diese Schriftstücke zu ermöglichen, wurde mittels online Suche der Universitätsbibliothek Wien verschiedenste Lektüre ausfindig gemacht und reserviert oder online bearbeitet. Die reservierte Literatur wurde von der Hauptbibliothek der Universitätsbibliothek Wien, der Fachbereichsbibliothek für Bildungswissenschaften, Sprachwissenschaften und vergleichende Literaturwissenschaften sowie der Fachbereichsbibliothek für Psychologie entliehen. Da bestimmte Quellen online am aktuellsten Stand gehalten werden, führt kein Weg daran vorbei auch über dieses Medium Nachforschungen anzustellen, wie am Beispiel der Internetseite der WHO oder der American Psychiatric Association (APA).

Um an Ergebnisse bei der Literaturrecherche zu kommen, wurde mittels Schlüsselwörter (Keywords) in der wissenschaftlichen Datenbank u:search die Suche gestartet. Die dabei zu Beginn verwendeten Wörter, einzeln oder im Zusammenhang, waren: Einsatzkräfte, posttraumatisches Belastungssyndrom, sekundäre Traumatisierung, Trauma und Traumatisierung. Anhand der daraus gewonnenen Ergebnisse wurde mittels Schneeballprinzip weitergearbeitet. Die gefundene Lektüre wurde auf ihren für diese Arbeit relevanten Bezug begutachtet, wobei auch ein verstärktes Augenmerk auf die anhand von Fußnoten bezeichneten Literaturstellen bzw. das Literaturverzeichnis gelegt wurde. Anhand dieser Quellen erfolgte eine Vertiefung in die Materie.

Durch diese Methode wurde eine Vergangenheitsbetrachtung schon vorhandener Forschungsergebnisse möglich. Es wurde aber auch in die entgegengesetzte Richtung recherchiert. Durch den Einsatz der gewonnenen Literatur als Suchkriterium, also als Quelle auf die sich neuere Publikationen berufen, war es auch möglich eine Vorwärtssuche durchzuführen. Dadurch gelang es einen Überblick über das gesamte Themenfeld zu bekommen und anhand dessen Antworten auf die Forschungsfragen zu finden.

4. DEFINITIONEN

Da ich im Zuge meiner Recherche auf eine Vielzahl von verschiedenen Bedeutungen gestoßen bin, ist es mir wichtig, zur Klärung des Sachverhaltes beizutragen, in dem ich hier einen Überblick über die unterschiedlichen Begriffe zusammengestellt habe.

4.1. ICD-10

In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde damit begonnen erstmalig ein Verzeichnis der Todesursachen zu erstellen, welches als International List of Causes of Death (ILCD) bezeichnet wurde. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde dieses Verzeichnis erstmals nummeriert, wobei man sich darauf einigte alle 10 Jahre eine Konferenz abzuhalten um dieses Verzeichnis zu aktualisieren. 1946 wurde der Interimsausschuss der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deren Gründung erst 1948 erfolgte, mit der Durchführung der 6. Revisionskonferenz für das Internationale Verzeichnisses der Todesursachen und der Aufstellung eines Internationalen Verzeichnisses der Krankheitsursachen beauftragt. Zwei Jahr später erfolgte die Internationale Konferenz zur 6. Revision des Internationalen Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen in Paris, bei der die ausgearbeitete Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen in der 6.Auflage (International Classification of Diseases, 6th Edition, ICD-6) angenommen wurde. Nachdem 1955 in Paris die 7. Revisionskonferenz ICD, 1965 in Genf die 8. Revisionskonferenz ICD und 1975 ebenfalls in Genf die 9. Revisionskonferenz ICD abgehalten wurde, erfolgte 1989 abermals in Genf die 10. Revisionskonferenz ICD, die als Ergebnis die ICD-10 herausbrachte. (DIMDI 2018) Es ist damit zu rechnen, dass die WHO noch im Laufe des Heurigen Jahres auch die 11.Auflage (ICD-11) in Umlauf bringt. (WHO 2018) In Österreich ist dieses Internationale Regelwerk zur Verschlüsselung von Krankheiten und Todesursachen seit dem 1. Jänner 1989 bei der Entlassung von stationären Patienten für die Verrechnung zu verwenden. Seit 1. Jänner 2001 wurde der Verwendungsbereich verpflichtend auf alle Diagnosen erweitert. (BMGF 2016)

4.2. DSM-5

Erst in der ICD-6 wurden durch den Einfluss der Weltkriegsveteranen die ersten Psychiatrischen Krankheiten aufgenommen. Durch die Vereinigung Amerikanischer Psychologen (American Psychiatric Association – APA) kam es 1952 zur ersten Auflage des Klassifikationssystems der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM). Mit diesem offiziellen Handbuch für psychische Störungen wurde erstmals mit Beschreibungen der diagnostischen Kategorien ein Werk speziell für die klinische Verwendung geschaffen. Mit Unterstützung der WHO wurde das DSM-II 1975 veröffentlicht, welches 1980 durch das DSM-III abgelöst wurde. Durch das Erscheinen des DSM-IV im Jahre 1994, welches in enger Zusammenarbeit mit den Herausgebern des ICD-10 erfolgte, wurde die sechsjährige Zusammenarbeit von über 1000 Einzelpersonen und Organisationen zu einem imposanten Abschluss gebracht. Im Jahr 2000 begann die

APA mit der Arbeit an DSM 5 welches 2013 erschien und das nun geltende Regelwerk repräsentiert. (APA 2018)

In diesem wird anhand von 5 Achsen einer multiaxialen Diagnostik die Einstufung des Patienten vorgenommen. Patienten mit einer Traumatisierung werden in der 4.Achse erfasst, in welcher alle psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme zusammengefasst werden. (DILLING und FREYBERGER 2013)

4.3. Trauma

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen (τράυμα) und bedeutet „Wunde“. In der Medizin wird damit auch eine Verletzung bzw. Schädigung des Körpers ausgedrückt. Im psychologischen Sinne ist die Bedeutung komplexer. Als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalen Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ wird es von Seiten der WHO bezeichnet (MAERCKER 2017), als „ein Ereignis das mit einer Bedrohung, Gefährdung oder Verletzung des eigenen oder fremden Lebens bzw. der körperlichen Integrität verbunden ist“ wird es in der DSM 5 definiert, im weiteren Sinne kann es auch durch bestimmte Lebensumstände wie z.B. Scheidung, Mobbing,... , ohne Eintreten der genannten lebensbedrohlichen Umstände, zu einem Trauma bzw. traumatischen Verarbeitung der Situation bei einer Person kommen. (GSCHWEND 2004: 11) Was alle Definitionen gemein haben ist, die Diskrepanz zwischen der Bedrohung, die für sich oder andere erlebt wurde und der persönlichen Fähigkeit mit solch einer Situation fertig zu werden. (MAERCKER 2017) Die Eckpfeiler einer Traumatisierung ergeben sich aus den Faktoren der Plötzlichkeit, Heftigkeit und Ausweglosigkeit. Unter Plötzlichkeit ist der Zeitpunkt des Ereignisses gemeint, also das etwas ohne Vorwarnung passiert. Als Heftigkeit wird die Intensität des Ereignisses verstanden, das heißt es geht eine Gefahr für Leib und Leben aus. Die Ausweglosigkeit signalisiert die Hilflosigkeit, mit der man dieser Situation ausgeliefert ist, man nicht im Stande ist diese Lage zu ändern. (MAERCKER 2017) Faktoren die Einfluss auf diese Situation haben sind sowohl in der Persönlichkeitsstruktur, in den biografischen Erfahrungen und in den persönlichen Ressourcen seelischer und sozialer Art zu finden. So wie auch der Zeitpunkt des Geschehens in entwicklungspsychologischer Sicht, die Häufigkeit der traumatisierenden Erfahrung und der biografisch-psychologische Hintergrund bedeutend auf die nachfolgende Reaktion und deren Folgen bzw. Langzeitfolgen einwirken. (GSCHWEND 2004: 11) Schon von Pierre Janet wurde gegen Ende des 18.Jahrhunderts die These aufgestellt, dass die eigene Interpretation des traumatischen Ereignisses durch das Opfer selbst, dessen psychische Toxizität eingestuft wird. (MITCHELL und EVERLY 1998: 31)

Um die Traumata kategorisieren zu können werden sie noch anhand verschiedener Faktoren eingeteilt:

Traumata-Typ I oder Monotraumatisierung werden dadurch charakterisiert, dass ein einzelnes, in sich abgeschlossenes, überwältigendes Ereignis die persönlichen Bewältigungsmechanismen überfordert. Wie beispielsweise ein schwerer Unfall oder ein das Erlebnis eines Banküberfalles. (GSCHWEND 2004: 11; MAERCKER 2011: 615)

Traumata-Typ II oder Polytraumatisierung sind dadurch gekennzeichnet, dass das Ereignis wiederholt oder über einen längeren Zeitraum auftritt. Hier ist beispielhaft das Erleben von sexuellem Missbrauch oder kriegerischen Handlungen anzuführen. (GSCHWEND 2004: 11; MAERCKER 2011: 615)

Non-intentionale/akzidentielle Traumata werden durch solche Trauma auslösenden Geschehnisse hervorgerufen, deren Ursache nicht durch den Menschen beeinflusst werden kann. Dazu zählen Erlebnisse wie die das Überleben von einem verheerenden Erdbeben oder eines schweren Unfalles.

Intentionale Traumata haben ihren Ursprung in der Tatsache, dass sie durch Menschen bewusst herbeigeführt wurden. Eine andere Bezeichnung dafür ist auch „man-made-disaster“ oder Beziehungstraumatisierung. (MAERCKER 2017)

Es ist deswegen so wichtig den Unterschied in der Ursache der Traumatisierung zu definieren, da diese durchaus Einfluss auf die Dauer der Behandlung hat. Es ist schon oft bewiesen worden, dass von Menschen verursachte Traumata (Intentionale Traumata), wiederholende und/oder länger andauernde Traumata (Typ-II Traumata) eine stärkere Gewichtigkeit im pathogenen Sinne aufweisen. (FREYBERGER 2013: 269ff)

4.4. Akute Belastungsreaktion / Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Von einer akuten Belastungsstörung oder posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) spricht man dann, wenn nach dem Erleben eines Ereignisses der Aufarbeitungsmechanismus des Menschen mit den Eindrücken, die es zu verarbeiten gilt, nicht zurechtkommt. Durch die Heftigkeit und Plötzlichkeit dieses Ereignisses wird die Reizverarbeitungsfähigkeit des Menschen kurz- oder mittelfristig überfordert und damit physiologische, neuronale und hormonelle Reaktionsmuster ausgelöst. (SMOLENSKI 2006: 19) Die Reaktionen, die jemand der an einer PTBS leidet, aufzeigen kann sind sehr mannigfaltig. Eine anhaltende Erinnerung des Ereignisses oder ein Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), sind genauso möglich wie sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis sich in Situationen wiederzufinden, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen. (FREYBERGER 2013: 269ff) Dieses Wiedererleben kann durch externe Auslöser wie Geräusche oder Gerüche losgetreten werden, es kann aber auch ohne diese äußeren Einwirkungen auftreten. (ZOBEL 2006: 44) Wann immer möglich werden Umstände die mit der Belastung im Zusammenhang stehen oder eine gleichwertige Situation darstellen, zu vermeiden versucht. Ausschlaggebend dabei ist die Tatsache, dass dieses Verhalten vor dem belastenden Ereignis noch nicht bestand. Des Weiteren kann es passieren, dass man sich an einige wichtige Aspekte der Belastung nicht vollständig oder nur teilweise erinnern kann. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung aufzeigt werden, welche in der Zeit vor dem Ereignis noch nicht vorhanden waren. In diesem Zustand kann man von Ein- und Durchschlafstörungen heimgesucht werden, überproportional reizbar sein oder zu Wutausbrüchen neigen, Konzentrationsschwierigkeiten aufweisen, eine erhöhte Schreckhaftigkeit vorhanden

sein oder erhöhte Wachsamkeit aufweisen. (FREYBERGER 2013: 269ff) Es wurde auch schon beobachtet, dass sich Personen aus allen Bereichen des Lebens zurückziehen, nur damit die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Konfrontation mit den Reizen, welche mit dem traumatisierenden Erlebnis verbunden sind, vermieden werden. (ZOBEL 2006: 43) Diese Symptome können in verschieden starker Intensität, in unterschiedlicher Konstellation und Erscheinungsbildern auftreten. Eine auftretende PTBS hat bei verschiedenen Menschen, aber auch in verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Ausprägungen. (VOGELSANG 2006: 67)

Aus der klinischen Erfahrung kann man schließen, dass Menschen, die schon in der Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht haben nicht nur ein erhöhtes Risiko tragen, nach einem erneutem traumatischen Erlebnis im Erwachsenenalter eine chronische PTBS zu entwickeln, sondern dass in Fällen andauernder bzw. wiederholter Traumatisierung über die PTBS-Symptome hinaus noch andere Merkmale und Symptome auftreten können. Dies kann zum Beispiel mangelhafter Umgang mit starken Gefühlen wie Hilflosigkeit oder Wut sein, der dann im zerstörerischen Verhalten sich selbst oder anderen gegenüber ausgelebt werden kann. (GSCHWEND 2004: 14)

Mit einem Auftreten von möglicher Symptomatik kann ab dem Moment gerechnet werden, ab dem die akute Gefahr für die betroffene Person nicht mehr gegeben ist. Ab diesem Zeitpunkt bis zu einer Dauer von vier Wochen spricht man von einer **akuten Belastungsreaktion**. Da die Symptome bei beiden (akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung) ziemlich ähnlich sind, liegt der Hauptunterschied bei der Dauer: innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Ereignis wird von einer akuten Belastungsreaktion gesprochen, wenn die Symptomatik darüber hinaus anhält, spricht man von einer PTBS. (EVERLY und MITCHELL 2002: 35) Diese akute Belastungsreaktion innerhalb des ersten Monats wird als normale, akute krisenbedingte Reaktion angesehen. (FIGLEY 2002: 49) Als typische Symptome einer Belastungsreaktion sind Abgestumpftheit und innerer Rückzug sowie sich aufzwingende bildhafte Erinnerungen. (MITCHELL und EVERLY 1998: 51)

Die PTBS ist die einzige psychische Störung, die zwingend das Erleben einer Traumatisierung in der Vorgeschichte zur Vorbedingung hat. (VOGELSANG 2006: 68) Dieses Ereignis kann auch schon einige Zeit zurückliegen, wie aus der empirischen Literatur herausgeht. Bei bis zu 20% der betroffenen kann zwischen Traumatisierung und Ausbruch der Symptomatik eine Latenzzeit von mehreren Jahren durchaus vorkommen. Dieser verspätete Ausbruch sagt nichts über die Chancen der Heilung aus, welche in den meisten Fällen möglich ist. (FREYBERGER 2013: 269ff)

Wenn die Symptome der PTBS dann auftreten, sagt dies noch nichts über deren Dauer aus. Mittels einer Studie stellte man fest, dass bei bis zu 74% aller Personen mit PTBS das Auftreten der Symptome an die sechs Monate dauern kann. (EVERLY und MITCHELL 2002: 35)

Falls es vorkommt, dass der Verlauf über mehrere Jahre hinweg sich chronisch entwickelt, kann es zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung kommen. (ICD-

CODE 2018) Diese chronifizierte Verlaufsform der PTBS findet sich nur in der ICD-10 und nicht in der DSM-5 wieder. In diesem Kontext wird auch von einer komplexen PTBS gesprochen, welche zu den vorhandenen PTBS-Symptomen zusätzliche Verhaltensmuster wie Angst, Phobien, Somatisierung, affektive und persönlichkeitsstrukturelle Veränderungen hervorbringen kann. (FREYBERGER 2013: 269ff)

Da davon ausgegangen werden kann, dass die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens zumindest einmal mit einer Traumatisierung im weitesten Sinne konfrontiert werden, ist mit einem Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung nur in etwa 30% der Fälle zu rechnen. Bei ungefähr der Hälfte dieser, entwickelt sie sich in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren wieder zurück. (FREYBERGER 2013: 269ff) Während bei Vergewaltigungsereignissen, folteräquivalenten Erfahrungen und sehr massiver Exposition mit kriegerischen Handlungen von einer PTBS Quote von 40 – 70% ausgegangen werden kann, ist diese bei Low-Magnitude-Stressoren wie etwa Unfallereignissen nur mit 5 – 8% anzunehmen. Hierbei muss aber gesagt werden, dass die Ursache eines PTBS-relevanten Ereignisses sich im Laufe der jüngsten Zeit im Wandel befindet. Es gibt schon die ersten Studien, die eine Geburt als PTBS verursachendes Ereignis breit untersuchen, da sich herausstellte, dass 1-2% der Mütter wirklich Symptome einer PTBS aufzeigten. Daraus ergibt sich der Schluss, dass die Forschungsdynamik sich weg von den schwerwiegenden, katastrophalen Ereignissen hin zu allgemeinen Lebensrisiken sowie normalen Lebensprozessen bewegt. Also zu Ereignissen denen jeder Mensch im Rahmen eines durchschnittlichen Lebens sowieso ausgesetzt ist. (FREYBERGER 2013: 269ff) Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, welche empirisch gesichert sind, die zu einer erhöhten Vulnerabilität beitragen. Dazu zählen das weibliche Geschlecht mit einem doppelt so hohen Risiko, neben der Zugehörigkeit zu einer Einsatzorganisation auch die Lokomotivführer, sowie das Vorhandensein einer vorhergehenden psychischen Erkrankung und/oder Traumatisierung oder eine vorbestehende emotionale Vernachlässigungsthematik. (FREYBERGER 2013: 269ff) Was sicher zu den Faktoren zählt, die einen negativen Einfluss auf die Intensität der posttraumatischen Belastungsstörung haben, sind Dauer und Schwere des Traumas, die Plötzlichkeit und Unkontrollierbarkeit des Vorganges sowie das Ausmaß der menschlichen Komponente bei „man-made-disaster“. (FREYBERGER 2013: 269ff) Andererseits gibt es einige Faktoren welche einen gesundheitsfördernden Einfluss auf den Verlauf einer PTBS haben. Neben dem Kohärenzerleben und dem Vorhandensein persönlicher Glaubenssysteme, sind die Erfahrungen früherer Traumatabewältigungen sowie die soziale Unterstützung von größter Bedeutung. (FREYBERGER 2013: 269ff)

4.5. Sekundäre Traumatisierung

Hier ist abzugrenzen, dass wenn hier von sekundärer Traumatisierung gesprochen wird, es immer um zwei Personen geht. Die erste Person ist die primär Traumatisierte, die zweite Person kann eine sekundäre Traumatisierung von der Ersten erfahren. Es geht nicht um eine weitere Traumatisierung der ersten Betroffenen. (LEMPKE 2013: 48ff) Jeder der traumatisierten Personen hilft, kann, durch den Kontakt mit ihnen oder durch die Auseinandersetzung mit ihrem Erlebten,

ebenfalls traumatisiert werden, obwohl man dem Trauma nicht unmittelbar ausgesetzt war. Dies wird dann indirekte oder sekundäre Traumatisierung. Auch kann eine Vielzahl von belastenden Gefühlen, welche alleine durch die Schilderung des traumatisierenden Ereignisses einer anderen Person entstehen, auftreten. Gefühle wie Wut, Trauer, Angst, Scham, Entsetzen oder Depression um nur einige zu nennen, sind möglich. Ob die sekundäre Traumatisierung sich zu einer sekundären traumatischen Belastungsstörung entwickelt, hängt von einigen Faktoren ab. So sind maßgebende Einflüsse wie vorangegangene eigene traumatische Erfahrungen, im besonderen eigene sekundäre traumatische Erfahrungen, die allgemeinen Lebensumstände, vor allem Lebensstress und psychische Gesundheit, und die eigenen Ressourcen und Bewältigungsmechanismen nicht zu unterschätzende Einflussparameter. Auch demographische Aspekte wie das Alter oder das Geschlecht, sowie die soziale Schicht, sind nicht außer Acht zu lassen. Es stellte sich nämlich heraus, dass weibliche, jüngere Betroffene, wie auch Menschen aus sozialökonomisch benachteiligten Schichten, anfälliger für sekundäre Traumatisierung sind. (LEMPKE 2013: 14ff)

4.6. Sekundäre Traumatische Belastungsstörung (STBS)

Wird eine sekundäre Traumatisierung jedoch intensiver, kommt es zu psychosomatischen Symptomen wie starke Unruhe, Schlafstörungen oder eventuell Kopfschmerzen, dann spricht man von einer sekundären traumatischen Belastungsstörung (STBS). Es kann dazu führen, dass unkontrolliert Bilder des Geschehens, welche sich nur durch die Schilderung des Traumaopfers im Kopf der Bezugsperson gebildet haben, als sogenannte Flash-Backs immer wieder auftauchen können. Der Versuch der Abwehr dieser kann zu Vermeidungshaltung und Abstumpfung führen. (LEMPKE 2013: 14) In der anschließenden Tabelle erfolgt der Vergleich zwischen PTSD und STSD.

Tabelle 1: Vergleich der Symptome von PTBS und STSD (Quelle: FIGLEY 2002: 49)

Primär	Sekundär
A. Stressor 1. Miterleben oder Beobachten von einem oder mehreren Ereignissen, bei dem/denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest diese Gefahr bestand bzw. bei dem/denen die eigen körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war (bzw. die Konfrontation mit solchen Ereignissen). 2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltete „starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken“ sowie ein Ereignis wie	A. Stressor 1. Miterleben oder Beobachten eines oder mehrerer Ereignisse, bei dem/denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest diese Gefahr bestand bzw. bei dem/denen die eigen körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war (bzw. die Konfrontation mit solchen Ereignissen). 2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltete „starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken“ sowie ein Ereignis wie

a. Schwere Bedrohung der eigenen Person b. Die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung.	a. Schwere Bedrohung der traumatisierten Person b. Die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung der traumatisierten Person
B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses 1. Wiedererinnerung an das Ereignis 2. Träume über das Ereignis 3. Plötzliches Wiedererleben des Ereignisses 4. Belastung wegen Erinnerungen an das Ereignis	B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses 1. Wiedererinnerung an Erlebnis der traumatisierten Person 2. Träume über Erlebnis der traumatisierten Person 3. Plötzliche Wiedererinnerung an Erlebnis der traumatisierten Person 4. Belastung durch Erinnerung an Erlebnis der traumatisierten Person
C. Vermeiden / Betäuben / Unterdrücken von Erinnerungen 1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden 2. Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden 3. Physiologische Amnesie Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden 4. Physiologische Amnesie 5. Verringerteres Interesse an signifikanten Aktivitäten 6. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung 7. Verringerung des Affekts 8. Gefühle einer Verkürzung der Zukunft	C. Vermeiden / Betäuben / Unterdrücken von Erinnerungen 1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden 2. Verringerteres Interesse an signifikanten Aktivitäten 3. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung 4. Verringerung des Affekts 5. Gefühle einer Verkürzung der Zukunft
D. Anhaltende starke Erregung 1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten 2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen	D. Anhaltende starke Erregung 1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten 2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen

3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. Hypervigilanz aus Sorge um die Sicherheit der traumatisierten Person 5. Übertrieben starke Schreckreaktion 6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern	3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. Hypervigilanz um der eigenen Sicherheit willen 5. Übertrieben starke Schreckreaktion 6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern
--	--

Anhand dieser Tabelle ist ersichtlich, dass der Unterschied zwischen primärer und sekundärer Traumatisierung nicht so groß ist. Es scheinen bei beiden die gleichen Symptome auf, mit der Ausnahme, dass bei der sekundären traumatischen Belastungsstörung der Auslöser nicht das Ereignis selbst ist, sondern die Konfrontation mit dem traumatisierten Erlebnis einer anderen Person. (FIGLEY 2002: 47)

4.7. **Gegenübertragung**

Der Begriff Gegenübertragung stammt aus dem Bereich der psychoanalytischen Psychotherapie und beschreibt in der Dynamik der therapeutischen Behandlung das Einbezogen sein des Psychotherapeuten, mit seinen eigenen, persönlichen Reaktionen, im Besonderen auch mit seinen unbewussten Anteilen daraus. Auf der einen Seite ist die Gegenübertragung heute eine der wichtigsten Instrumente der psychoanalytischen Arbeit, andererseits gibt es in Fachkreisen eine Diskussion wie mit ihr umgegangen werden soll. (STIRN 2002: 48ff) Zu Beginn der Psychoanalyse ging man von einer Gefahr und Behinderung der psychoanalytischen Behandlung aus welche man, wenn möglich vollständig durch Selbst- und Lehranalyse zu Verschwinden zu bringen habe. Es wurde davon ausgegangen, dass der Psychoanalytiker, ohne eigene Gefühle und Reaktionen in die Behandlung einzubringen, undurchschaubar und distanziert zu sein hat. Der Ursprung dieser Haltung geht auf Freud zurück, welcher knapp und prägnant bekundete, dass ein Psychoanalytiker, der die Gegenübertragung nicht in den Griff bekomme, sich besser ohne Umschweife eingestehen solle, dass er zur Behandlung der Neurosen anderer nicht geeignet sei. (LEMPKE 2013: 82ff) In den 1950 Jahren änderte sich die Sicht auf die Gegenübertragung radikal, auch als Folge des zweiten Weltkrieges und die große Anzahl an Heimkehrern. Von nun an wurde sie als ein natürliches, unvermeidbares ja sogar bewusst gewolltes Geschehen in der Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patienten gesehen, durch welche das Verstehen gerade auch der unbewussten Anteile des Patienten, erst so richtig möglich wird. (LEMPKE 2013: 85ff) Aus heutiger Sicht gibt es einige Merkmale der Gegenübertragung, denen von den meisten Theoretikern zugestimmt wird. Man geht davon aus, dass Gegenübertragung natürlich und unvermeidbar ist, und kann darüber hinaus ein höchst nützliches Behandlungsmedium sein, wenn man sie richtig einsetzt. Aber sie kann auch einen schädlichen Einfluss haben, daher muss man sie verstehen und mit Bedacht richtig anwenden. (LEMPKE 2013: 90)

Um nun den Unterschied zwischen sekundärer Traumatisierung und Gegenübertragung besser verstehen zu können, bietet sich die doppelte Begriffsdifferenzierung in eine proaktive und eine reaktive, sowie eine konkordante und eine komplementäre Sichtweise an. Unter einer aktiven Gegenübertragung versteht man die Reaktion und Antwort des Therapeuten auf die vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Hoffnungen, Ängste und Fantasien seines sich ihm anvertrauenden Patienten. Im Gegensatz dazu tritt eine proaktive Gegenübertragung dann ein, wenn der Therapeut sich in erster Linie mit seinen eigenen Vergangenheitserfahrungen, gegenwärtigen Aufgaben und zukünftigen Ängsten und Hoffnungen beschäftigt. Von diesen beiden Formen der Gegenübertragung kann es dann noch jeweils eine konkordante Art und eine komplementäre Variante geben. Bei der konkordanten Version empfindet der Therapeut Gefühle der gleichen Art wie der Patient, er identifiziert sich mit dem Patienten. Das heißt: der Patient fürchtet sich, der Therapeut fürchtet sich auch. Bei der komplementären Möglichkeit identifiziert sich der Therapeut mit den verinnerlichten Objekten aus der Kindheit des Patienten. (CLARKSON und NUTTALL 2000: 359ff) Im Rahmen dieser Möglichkeiten kann die sekundäre Traumatisierung überall auftreten, wird aber mit Schwerpunkt im Bereich der reaktiven konkordanten Gegenübertragung erscheinen. Auch wenn man die sekundäre Traumatisierung als eine spezielle Form der Gegenübertragung betrachten kann, so kann man sie andererseits nicht einfach in den Topf der Gegenübertragung werfen. Einen weiteren wichtigen Unterscheidungspunkt zwischen Gegenübertragung und sekundärer Traumatisierung stellt die Tatsache dar, dass erstere in der Regel den Therapeuten nicht ernsthaft erkranken lässt. Er aber bei einer sekundären Traumatisierung Gefahr läuft selbst zu erkranken. (LEMPKE 2013: 98ff)

4.8. Compassion fatigue

Der Begriff compassion stress oder compassion fatigue stammt aus dem englischsprachigen Raum und heißt auf Deutsch übersetzt in etwa: Mitgefühlerschöpfung. Da in der DSM-5 PTSD und STSD ihre Definitionen als psychiatrische Belastungssyndrome gefunden haben, wurden sie dadurch zugleich pathologisiert. Um dies zu umgehen, wurde der neue Begriff compassion fatigue eingeführt. (LEMPKE 2013: 58; FIGLEY 2002: 53) Da die Erschöpfung als etwas Natürliches angesehen wird, wird damit auch ein natürlicher Zustand assoziiert. Genau das soll auch passieren. Compassion fatigue soll als etwas Natürliches, vorhersehbares, behandelbares und verhinderbares unerwünschter Folgen der Arbeit mit leidenden Menschen gesehen werden. (FIGLEY 2002: 41) Um eine compassion fatigue zu entwickeln müssen zwei Kernbedingungen vorhanden sein: Exposition und Empathie. Wenn wir Traumatisierten gegenüber keine Empathie empfinden und wenn wir nicht durch den Kontakt zu ihnen ihren Traumareaktionen ausgesetzt wären, gäbe es das Problem der Mitgefühlerschöpfung nicht. (LEMPKE 2013: 62)

Der Begriff compassion fatigue wird auch im allgemeinen Sprachgebrauch verwendet. Dort wird damit die Abstumpfung der Menschen, gegenüber den überall zu hörenden Themen von AIDS, Gewalt, Kindesmisshandlung, und ähnlichen gemeint. (LEMPKE 2013: 67)

4.9. Burnout

Um eine Definition von Burnout zu bekommen, müssen verschiedene Ansätze betrachtet werden. Überwiegend wird nach der Maslach Burnout Inventory (MBI) definiert, welches Burnout als berufsbedingtes Belastungssyndrom kennzeichnet. Deren Erscheinungsform zeigt sich durch emotionale Erschöpfung, eine negative, unpersönliche oder zynische Einstellung gegenüber dem Arbeitsfeld und ein Gefühl reduzierter beruflicher Leistungsfähigkeit. Eine andere Sichtweise definiert es als ein komplexes Syndrom, das durch eine komplette Erschöpfung seiner Ressourcen, besonders seiner sozialen und personellen Systeme, Fehlleistungen, Funktionsstörungen und Identitätsverlust zur Folge hat. Das Fehlen von schützenden Faktoren und vorhergehende Vulnerabilität beeinflussen das System im negativen Sinne. Positive Auswirkungen hat die Beseitigung der Stressoren und die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit durch das Zuführen von Ressourcen. Die hierbei auftretenden Symptome sind neben den oben erwähnten ein Verlust der Motivation sowie Leistungsabfall und Selbstwertkrisen. (LEMPKE 2013: 77)

Im Unterschied zur sekundären Traumatisierung kann Burnout in allen Berufsbereichen auftreten und es ist ein Kontakt jeglicher Art mit einer traumatisierten Person nicht als Voraussetzung anzusehen. (WASCHULIN 2013: 27)

5. AKUTE BELASTUNGSREAKTION / POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Durch ein Ereignis, welches die persönliche Fähigkeit der emotionalen Verarbeitung des Betroffenen übersteigt, läuft die besagte Person Gefahr eine akute Belastungsstörung zu erleiden. Dieses Ereignis muss von einer einschneidenden Dimension für den Betroffenen sein. In der Regel handelt es sich um eine Bedrohungslage welche das eigene Leben, oder das Leben der nächsten Angehörigen bedroht, und der man hilflos ausgeliefert ist. Dazu zählen unter anderem die Opferrolle bei einer Geiselnahme, Foltererfahrungen oder erlebte Kriegsgeschehnisse. Bei Einsatzkräften liegt der Sachverhalt etwas anders. Da diese Personengruppe, sowohl die Hauptberuflichen als auch die Ehrenamtlichen, aufgrund ihrer Tätigkeit durch die arbeitsbedingte Teilnahme an Extremereignissen wie Großunfällen oder Katastropheneinsätzen zu einer Traumatisierung kommen kann, zählen sie zu der Hochrisikopopulation für die Anfälligkeit von Belastungsstörungen jeder möglicher Intensität (BRAUCHLE 2006: 53). Obwohl in den Reihen der Einsatzkräfte die zu erwartende Belastungen dieser Art als unvermeidbar gesehen werden, teilweise als erwartete, natürliche Bestandteile der alltäglichen Arbeit akzeptiert werden (KARUTZ 2013: 204), setzt sich erst in den letzten Jahren die Akzeptanz von Hilfe und Unterstützung für betroffene Kollegen durch. Was auch gut so ist, da die Belastungsstörung eine ernst zu nehmende Krankheit darstellt. Ihre Intensität wird durch die Schwere und Art der Traumatisierung beeinflusst. Die Prävalenz kann von 2 – 5 % nach Verkehrsunfällen bis hin zu über 50 % nach Vergewaltigung und schwersten Gewaltverbrechen betragen. (SACK 2004: 451) Mit Mitte der 1960 Jahre begann man die ersten Publikationen über die Untersuchungen der Folgen von Lagerhaft und Verfolgung publik zu machen. Auch die Begutachtungen von Holocaust-Überlebenden zeigten eine ungeahnte Bandbreite an Symptomen. Die bis zu diesem Zeitpunkt dominierende Lehrmeinung, dass psychische Traumafolgen eine Ausnahmeerscheinung sind, verursacht durch persönliche Schwäche, wurde dadurch endgültig widerlegt. (SACK 2004: 451) Dass die mentale Stärke jeden einzelnen Individuums sehr wohl eine Auswirkung auf das Zustandekommen und den Verlauf einer Belastungsstörung hat, steht außer Frage. In einer von REINHARD und MAERCKER (2004) durchgeführten Studie über posttraumatische Belastungsstörungen bei medizinischem Rettungspersonal ist unter anderem nachfolgendes Ergebnis ersichtlich, dass Burnout als Resultat der emotionalen Erschöpfung, ausgebranntes Einsatzpersonal hervorbringt. Dieses Personal läuft umso mehr Gefahr nach einer extremen Einsatzerfahrung an einer Belastungsstörung zu erkranken als nicht ausgebranntes Personal. (HERING und BEERLAGE 2004: 416, KARUTZ 2013: 208)

Neuere epidemiologische Untersuchungen brachten zu Tage, dass das posttraumatische Belastungssyndrom in der Bevölkerung weiter verbreitet ist als bis jetzt angenommen. In der in Deutschland durchgeführten Untersuchung wird von

einem Risiko im Laufe seines Lebens an PTBS zu erkranken in Höhe von 2 – 4 Prozent ausgegangen. Da ähnliche Untersuchungen in den USA zu einem Ergebnis von 5 – 10 Prozent kamen, wird davon ausgegangen, dass es unterschiedliche Einflüsse auf die Traumaprävalenz gibt. Eine Möglichkeit der Erklärung ergibt sich aus den Umfeldbedingungen. Gemeint ist damit die Tatsache, dass es in Ländern mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eine Naturkatastrophe mitzuerleben oder die Bereitschaft Gewalt offen auszutragen größer ist, es eine höhere PTBS-Prävalenz gibt als in anderen Staaten. Erstaunlich ist jedoch die Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung nach einem traumatischen Ereignis auszubilden, in allen Ländern und Kulturkreisen ziemlich gleich hoch ist. Wenn man eine persönliche Gefährdung durch direkt erlebte Kriegsgeschehnisse durchgemacht hat, dann liegt die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken zwischen 50 – 65 Prozent. Ebenfalls in dieser Höhe (50 – 55 Prozent) liegt sie bei erlebter Vergewaltigung und sexuellen Missbrauch. Wenn die Ursache im Bereich der Natur- oder Brandkatastrophe liegt, dann liegt die Erkrankungsrate bei zirka 5 %. Bei Verkehrsunfällen muss man Unterscheiden ob die betroffene Person daran Beteiligt war, oder ob sie Zeuge war. Bei einer Beteiligung liegt die Erkrankungsrate zwischen 3-11 Prozent. Im Falle eines Zeugen eines Unfalles oder Gewaltverbrechens liegt sie zwischen 2 – 7 Prozent. Daraus lässt sich schließen, dass bei weitem nicht jeder Betroffene eines potenziell traumatischen Geschehnisses auch eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln muss. Eher das Gegenteil; die meisten Personen entwickeln keine PTBS. (SEIDLER et al. 2011: 174, MAERCKER 2017: 616)

Entscheidend dafür ist die persönliche Resilienz jeder durch ein Trauma betroffenen Person. Unter Resilienz ist jene Fähigkeit zu verstehen, mit der jemand in der Lage ist, einen schädlichen Einfluss unbeschadet zu überstehen. Also die Widerstandskraft auf einen negativen äußeren Einfluss. Je größer die Resilienz ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit nicht an den Folgen einer Traumatisierung zu erkranken. Es gibt eine Menge Einflüsse die sowohl stärkend als auch schwächend auf die Widerstandskraft Einfluss nehmen können.

Einer der beeinflussenden Faktoren ist das Alter der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Traumatisierung. Je früher im Leben, also im Kinder- und Jugendalter des Opfers, eine Traumatisierung erfolgt, desto Größer ist die Wahrscheinlichkeit einer tiefgreifenden seelischen Verletzung. Da bei Kindern und Jugendlichen die biopsychologische und soziale Reifung noch nicht abgeschlossen ist, wird die gesamte spätere soziale, emotionale, geistige und körperliche Entwicklung und Persönlichkeitsbildung durch ein solches Ereignis in den meisten Fällen negativ nachhaltig beeinflusst. (GSCHWEND 2004: 13; WÖBER 2005: 47ff) In einer Studie von MAERCKER (2008) wurde zudem festgestellt, dass es auch in höherem Alter zu einem Anstieg der PTBS Fälle kommen kann. In dieser Studie wurden 2426 Teilnehmer aus Deutschland in drei Altersgruppen eingeteilt. In die 14 – 29 Jährigen, in die 30 – 59 Jährigen und in eine Gruppe der 60 – 93 Jährigen. Im Vergleich dieser Altersgruppen bezogen auf eine voll ausgebildete PTBS wurde ein Anstieg festgestellt, von 1,3 Prozent bei den Jungen über 1,9 Prozent bei der mittleren Gruppe bis zu 3,4 Prozent bei der Gruppe der Älteren. Daraus ergibt sich ein 2,6 fach höheres Risiko an

einer PTBS zu erkranken für über 60 jährige als für Jüngere. (MAERCKER et al. 2008; WAGNER 2011: 77) Auf der anderen Seite gibt es wieder Berichte von älteren Einsatzkräften im Rettungswesen, die über weniger PTBS Symptome berichten und auch weniger Vermeidungsverhalten an den Tag legen. Eine mögliche Erklärung dafür wäre ihre größere Lebenserfahrung und ihr elaborierter Umgang mit stressreichen Situationen. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 387)

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Resilienz ist das Geschlecht der Person. Das weibliche Geschlecht neigt doppelt so häufig dazu eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln als Männer in der gleichen Situation. Über den Grund gibt es verschiedene Erklärungsversuche. Einer ist, dass Frauen vermehrt den stark pathogenen Trauma auslösern wie Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch ausgesetzt sind. Dies wird auch durch eine Studie von MAERCKER an 2426 Deutschen, mit einem Frauenanteil von 53,92 Prozent (1308 Personen) bestätigt. Dabei stellte sich heraus, dass Vergewaltigung und Kindesmissbrauch zu einer erhöhten PTBS Symptomatik bei Frauen führt, wogegen Männer ein erhöhtes Risiko bei schweren Unfällen und körperlicher Gewalt haben. (MAERCKER et al. 2008) Ein weiterer Erklärungsversuch lautet, dass Frauen ihre traumatischen Erfahrungen in geringerem Alter durchleben, dadurch eine stärkere Wahrnehmung von Bedrohung und Kontrollverlust erleben, die wiederum zu einem verstärkten Missbrauch von Alkohol als Bewältigungsstrategie führt. Das Risiko der Entwicklung von PTBS Symptomen ist bei Frauen doppelt so hoch als bei Männern, außerdem sind diese stärker ausgeprägt und bleiben doppelt so lange bestehen. Einzig das Ergebnis neuester Studien zeigt, dass im Falle einer extremen Traumatisierung, wie es bei Kriegsgeschehnissen der Fall ist, es kaum zu einem geschlechterspezifischen Unterschied kommt. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 77) Anders bei physischen Beschwerden; in einer Studie mit 1632 Probanden wurde der Zusammenhang zwischen PTBS Erkrankung und physischen Gesundheitsproblemen untersucht. Heraus kam dabei, dass nur 35 Prozent der an PTBS erkrankten Frauen auch physische Beschwerden wie Schwindel, Magenverstimmungen, Grippe oder Kopfschmerzen aufwiesen. Dagegen aber 58 Prozent der an der Studie beteiligten Männer. (HÄLLER et al. 2009)

Als ein weiterer Ansatz zur Erklärung ist auch der Unterschied zwischen einem freiwilligen Helfer und jemandem der es als Beruf macht. Derjenige, der das beruflich als seine Hauptaufgabe betreibt, kann im Rahmen seiner Tätigkeit eher mit Kollegen den Austausch suchen, als der Freiwillige, der nur einige wenige Dienste im Monat ausübt. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 387)

Die lokalen Gegebenheiten sind auch nicht zu unterschätzen. Der Unterschied zwischen Stadt und Land ist sicherlich auch ein Einflussfaktor. Während man in der Stadt den Vorteil hat, dass dort fast alles anonym abläuft, ist aber der Nachteil vorhanden, dass eine sehr hohe Einsatzfrequenz gegeben ist. Diese Einsatzfrequenz ist am Land nicht gegeben, dafür ist hier die Gefahr vorhanden, dass man bei einem Einsatz zu dem man gerufen wurde, jemanden vorfindet der einem persönlich bekannt ist. (ANDREATTA et al. 2005: 86; BRÖNNIMANN et al. 2011: 387)

Ein Bezug auf die Intelligenz als Einflussfaktor ist nur schwer nachzuweisen. Es gibt nur einige wenige Studien aus dem militärischen Bereich, bei dem Personen vor dem Kriegseinsatz als potentielle traumatische Erfahrung, getestet worden sind.

Einen weiteren beeinflussenden Aspekt der Widerstandskraft stellen sicher frühere Traumatisierungen dar, besonders wenn sie in sehr frühen Jahren erfolgten. Einflüsse aus der Kindheit und Jugend, bis 15 Jahre, dann egalisiert es sich, sind ebenso einflussnehmend wie psychische Erkrankungen von einem oder beiden Elternteilen, die allesamt die Resilienz schwächen. Sind diese früheren traumatischen Erfahrungen aber therapeutisch Aufgearbeitet, so kann das womöglich vor einer Traumatisierung schützen. (JURISCH et al. 2009: 257; PIELMAIER und MAERCKER 2011: 78; WÖBER 2005: 52ff)

Genauso wie es Umstände gibt, die die Widerstandskraft negativ beeinflussen, gibt es auch Umstände die einen positiven Einfluss ausüben. EGLE und HOFFMANN (2005) erarbeiteten eine Übersicht über Resilienz stärkende Faktoren. Die allgemeine körperliche und psychische Gesundheit zählen ebenso dazu wie die große Stresstoleranz, Stresswirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen. Alle zusammen geben die Sicherheit, dass die Handlungsfähigkeit in Extremsituationen gewahrt bleibt und die Wahrscheinlichkeit einer Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses ohne Auftreten von belastenden Symptomen erhöht ist. Ebenso ist eine nicht allzu große psychosoziale Gesamtbelastung als auch bestehende soziale Kontakte im positiven Sinne, in Form von dauerhafter Verfügbarkeit von verlässlichen Bezugspersonen, sicherem Bildungsverhalten und familiärer Stabilität, ein positiver Aspekt nicht abzusprechen. Bei Einsatzkräften, die berufsbedingt eine größere Wahrscheinlichkeit haben mit Extremsituationen konfrontiert zu werden, wirkt sich die vorhandene Berufserfahrung ebenso positiv aus, wie das Wissen um eine mögliche potenziell traumatische Situation und mögliche Belastungsreaktionen auf diese. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 78) Der Einfluss von sozialer Anerkennung und sozialer Unterstützung wurde in einer Studie von heimkehrenden Mitarbeitern humanitärer Hilfsorganisationen untersucht. Dabei zeigte sich, dass jene Mitarbeiter, obwohl sie im Einsatz häufig mit traumatischen Ereignissen umzugehen hatten, geringere Anzeichen einer PTBS-Symptomatik aufwiesen, wenn die soziale Unterstützung stärker wahrgenommen wurde. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 387ff)

Es gibt auch die These, dass Personen mit ausgeprägtem Kohärenzsinn extreme Situationen als prinzipiell handhabbar ansehen und sich den Anforderungen gewachsen fühlen. Diese Menschen haben die Fähigkeit belastende Ereignisse geistig einzuordnen, diese zu verstehen und als sinnhaft zu bewerten. Leider gibt es außer der Möglichkeit eines Fragebogens keine Möglichkeit der Erfassung dieses als sehr sinnvoll erscheinenden Konzeptes. Daher gibt es bis heute nicht viele Belege für die protektive Wirkung des Kohärenzgefühles. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 78) Es wird von drei charakteristischen Komponenten ausgegangen, die die Kohärenz beeinflussen. Eine ist die Überschaubarkeit, also die Erwartung, dass sowohl Entwicklungen als auch Reize der inneren und äußeren Art, zu überschauen und zu ordnen sind. Mit dieser Einstellung sind Ereignisse in gewissen Rahmen vorhersehbar oder, falls überraschend auftretend, zumindest im Zusammenhang

eizuordnen und zu erklären. Des Weiteren gibt es noch die Handhabbarkeit. Darunter wird die Fähigkeit verstanden, auftretende Lebensaufgaben aus eigener Kraft oder mit Unterstützung meistern zu können. Als Drittes scheint noch die Sinnhaftigkeit auf. Dahinter verbirgt sich die Überzeugung, dass zukünftige Geschehnisse absichtlich gestellte Aufgaben sind, deren Bewältigung im emotionalen und tatkräftigen Sinne ein lohnenswertes Ziel darstellt. (TEEGEN 2003: 37) Eine Studie unter Schweizer Bergführern, welche berufsbedingt immer wieder mit Traumatisierungen in Form von Lawinenunfällen, Steinschlägen oder Spaltenstürzen konfrontiert werden, belegte die PTBS Rate bei nur 2,7 Prozent. Da dabei auch der Kohärenzsinn ermittelt wurde, kam die Schlussfolgerung festgehalten werden, dass in der Gruppe der PTBS-freien Bergführer das Kohärenzgefühl außerordentlich hoch war. Da diese Gruppe auch die Gesündeste war, stellte sich die Frage ob die Gesundheit auch Einfluss darauf hat. Im Gegenzug stellte sich heraus, dass die niedrigsten Werte nicht bei der Gruppe mit den niedrigsten Gesundheitswerten aufschienen. Somit steht fest, dass nicht nur ausschließlich die Gesundheit Einfluss auf die Kohärenz hat, sondern es eine Reihe von Faktoren geben muss die hier mit einfließen. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 388; GASSER und JUEN 2005: 147)

So wie es Einflussfaktoren gibt, die die posttraumatische Belastungsstörung in ihrer Entstehung und Tiefe im Vorhinein beeinflussen, so gibt es auch Einflüsse während und nach dem Ereignis.

Festgestellt wurde, dass sich wiederholte und längerdauernde Ereignisse, Unfälle mit erheblicher körperlicher Verletzung und von Menschen mit absichtlicher Schädigung verursachte Vorkommnisse, mit größerer pathogener Tiefe festigen, als zufällige, nur einmal auftretende Ereignisse mit geringerer gefühlter Bedrohung. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 79, FREYBERGER 2013) Als subjektives Traumakriterium sind die drei Emotionen „intensive Furcht“, „Hilflosigkeit“ und „Schrecken“ Teil der Störungsdefinition des PTBS gemäß DSM-5, dem Klassifikationssystem der Vereinigung Amerikanischer Psychologen. Genauso sind Todesangst und mentale Selbstaufgabe, die während des traumatisierenden Ereignisses empfunden wurde, mit einer späteren Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung zu setzen. Nicht zu vergessen ist die subjektive Interpretation des Ereignisses sowie dessen zugeschriebene Bedeutung für das folgende Leben. Derealisation und/oder Depersonalisation sind zwei Schutzmechanismen, um die überwältigende Belastung abzuwehren. Das Geschehen als „unbeteiligter Dritter“ zu erleben oder nicht mehr in seinen Körper zu stecken sind Verteidigungsreaktionen unseres Unterbewusstseins. All dieses kann unter peritraumatische Faktoren, also Einflüsse die während des traumatischen Ereignisses die Traumatisierung beeinflussen, zusammengefasst werden. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 79)

Posttraumatische Faktoren können sowohl zur Genesung als auch zur Manifestation des Traumas beitragen und werden als Aufrechterhaltungsfaktoren bezeichnet. Dies können veränderte Lebensumstände sein, wie beispielsweise eine während des Ereignisses erworbene, bleibende Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit, die zu Problemen zu Hause und am Arbeitsplatz führen kann und somit als

chronischer Stressor den Heilungsprozess behindert oder die Symptome verstärkt. Andererseits wurde festgestellt, dass soziale Unterstützung ein gewichtiger Faktor ist. Wird kurz nach dem Ereignis das die Traumatisierung auslöst, soziale Unterstützung wahrgenommen, so kann das eine Verstärkung der Resilienz hervorrufen. Auf der anderen Seite, kann eine schon chronische Belastungsstörung dazu führen, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung wahrgenommen wird. Soziale Unterstützung ist auf jeden Fall ein besonders wichtiges Thema, da Traumatisierte, die sich durch Freunde, Familie und dem sozialem Umfeld unverstanden fühlen, Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Traumas zeigen. Es ist also von enormer Wichtigkeit, traumatisierten Personen dieselbe Wertschätzung und Anerkennung nach dem traumatisierenden Ereignis zukommen zu lassen, wie sie sie davor bekommen haben. Entscheidenden Einfluss auf den Erholungsprozess hat auch die Art und Weise wie mit dem Trauma im offenen Gespräch umgegangen wird. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 79ff; WÖBER 2005: 57ff) Für manche Personengruppen ist es nicht so einfach ein offenes Gespräch führen zu können. Beispielsweise Richter; diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und dadurch von Nachbesprechungsprozessen ausgenommen. Aber auch kritische mediale Berichte, die als ungerecht empfunden werden, oder eine Berufsgruppe diskreditieren, sind Wegbereiter für eine verstärkte PTBS-Symptomatik. Dadurch ist es erklärbar, dass sich vier von fünf Exekutivbeamten durch mangelnde gesellschaftliche Anerkennung ihrer Person bzw. ihres Berufsstandes beeinträchtigt fühlen. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 387)

Es gibt Berichte von extrem Traumatisierten, dass sie abseits der negativen Symptomatik auch positive Aspekte erfahren konnten. So wird einerseits von neuer Sinnfindung berichtet, andererseits von Identitätsentwicklung oder sogar von Erlagen von „Weisheit“. Dieses erreichten die Betroffenen durch eine Umdeutung des Erlebten, einer positiven Transformation der Folgen und eines darüber hinausreichenden psychischen Reifungsprozesses. Tedeschi und Calhoun, die den Begriff der posttraumatischen Reifung in der Psychotraumatologie einführten, sahen dies in ihrer Konzeptualisierung als das Ergebnis der Auseinandersetzung mit den traumatisierenden Erfahrungen. Dabei wird über das Funktionsniveau, das vor dem Ereignis vorhanden war, hinaus positivere neue Welt- und Selbstsichten, teilweise ein Wachstum in verschiedenen Lebensbereichen erreicht. Eine neue, intensivere Wertschätzung des Lebens ist ebenso möglich wie eine Intensivierung der persönlichen Beziehungen. Durch das Bewusstwerden der eigenen Stärken, werden neue Möglichkeiten entdeckt. Des Weiteren kann es zu einer Intensivierung des Bewusstseins im spirituellen Sinne kommen. Ein nicht Auftreten von posttraumatischen Belastungssymptomen schließt keine posttraumatische Reifung aus. Auf der anderen Seite sind Traumafolgestörungen kein Zeichen das eine posttraumatische Reifung stattfand. (PIELMAIER und MAERCKER 2011: 80)

Es gibt die Hypothese, dass Personen, die im Moment größter Stressbelastung völlig in ihrer Arbeit aufgehen, Rettungspersonal im Großschadensfall zum Beispiel, einen Zustand des Gleichgewichtes zwischen Tätigkeitsanforderung und den eigenen Fähigkeiten erlangt. Dieses Gefühl wird nach CSIKSZENTMIHALYI (1992) auch Flow-Erlebnis genannt. Weil mit Flow meistens ein Gefühl des subjektiven Wohlbefindens und des Glückes verbunden ist, klingt es auf den ersten Blick

befremdend, dies auch in Zusammenhang mit einem Notfallgeschehen zu bringen. Werden aber die Aspekte, die einen Flow Zustand erzeugen mit Berichten von Einsatzkräften verglichen, so finden sich die gleichen Dimensionen.

Diese sind:

- Verschmelzung von Handeln und Ich-Bewusstsein
- Zentrierung der Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Handlungsfeld
- Verlust des Ich-Bewusstseins
- Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über die eigene Handlung und die Umwelt
- Auftreten von eindeutigen Handlungsanforderungen und Rückmeldungen
- Gefühl von intrinsischer Belohnung und Befriedigung durch die Tätigkeit selbst
- Verlust des Zeitgefühls

Ausschlaggebend für die Entstehung eines Flow – Gefühls ist nicht die Tätigkeit selbst, sondern ob die handelnde Person in dieser Tätigkeit eine Herausforderung sieht oder nicht. Das entscheidet auch ob ein Flow – Gefühl, ein Gefühl der Langeweile oder Angst entsteht. Der wichtigste Faktor für diese Entscheidung, und das eventuelle beziehen einer intrinsischer Belohnung, ist das gefühlte subjektive Gleichgewicht zwischen den Anforderungen der durchgeführten Tätigkeit und der eigenen tätigkeitsrelevanten Fähigkeiten. Ein hohes Kohärenzgefühl und die dadurch verbundene Wahrscheinlichkeit genügend geeignete Ressourcen zu besitzen um externe und interne Herausforderungen zu bewältigen, ist die beste Voraussetzung, um daraus ein Flow – Gefühl zu generieren. (GASSER und JÜEN 2005: 148)

5.1. Einteilung

Die Einteilung der Belastungsstörung in eine akute Belastungsreaktion, eine posttraumatische Belastungsstörung oder in eine chronische Belastungsstörung erfolgt nach der Dauer der auftretenden Symptome. Treten die Anzeichen nur bis zu vier Wochen nach dem Ereignis auf, so wird von einer akuten Belastungsreaktion gesprochen. Erfolgt innerhalb dieses Zeitraumes die Integration des Erlebten so wird die prätraumatische Gesundheit wieder hergestellt. Bleiben die Symptome aber über einen Zeitraum von einem Monat bestehen, so handelt es sich um eine posttraumatische Belastungsstörung. Ist der Zeitraum, in dem die Beschwerden auftreten, über sechs Monate hinaus, so kann man von einer chronischen Form der posttraumatischen Belastungsstörung ausgehen. (MAERCKER 2017: 615) Da sowohl bei der akuten Belastungsreaktion, bei der posttraumatischen Belastungsstörung als auch bei der chronischen Belastungsstörung die gleichen Symptome in Erscheinung treten können, ist von einem fließenden Übergang auszugehen.

Um traumatische Erfahrungen zu klassifizieren, sind diese in verschiedene Kategorien unterteilt. Die Einteilung ist dem Kapitel 4.3. TRAUMA zu entnehmen.

5.2. Symptome

Wie jede Krankheit hat auch die posttraumatische Belastungsstörung ihre typischen Symptome. Diese sind in zwei großen Nachschlagewerken nachzulesen. Das von der WHO herausgegebene ICD-10 und das von US-Amerikanischen Psychologen herausgegebene DSM-5. Hier kommt es aber zu einer Diskrepanz zwischen der Krankheitsdefinition nach ICD-10 und der Definition nach DSM-5. So erfolgt die Einstufung der PTBS gemäß DSM-5 unter den Angststörungen, gemäß ICD-10 aber unter neurologische, belastungs- und somatoforme Störungen, genauer unter „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. (FREYBERGER und STIEGLITZ 2011: 147)

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5 (Quelle: FREYBERGER 2011: 146)

- | | |
|----|---|
| A. | <p>Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet.2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. <i>Beachte:</i> Bei Kindern kann sich das auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern. |
| B. | <p>Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <ol style="list-style-type: none">1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. <i>Beachte:</i> Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen der Aspekte des Traumas ausgedrückt werden;2. wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis. <i>Beachte:</i> Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten;3. handeln oder fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrte (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen oder dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). <i>Beachte:</i> bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten;4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. |
| C. | <p>Anhaltende Vermeidung von Reizen. Die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none">1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, |

	5. Gefühl der Losgelöstheit der Entfremdung von anderen,
	6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
	7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (erwartet z. B. nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normales Leben zu haben).
D.	Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
	1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
	2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
	3. Konzentrationsschwierigkeiten,
	4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
	5. übertriebene Schreckreaktion.
E.	Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als ein Monat an.
F.	Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
<i>Bestimme, ob:</i>	
- akut: wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern	
- chronisch: wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern	
<i>Bestimme, ob:</i>	
- mit verzögertem Beginn: wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.	

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, wird in der Definition gemäß DSM-5 in sechs Untergruppen unterteilt, wobei die Gruppe A die Voraussetzungen beschreibt. In den Gruppen B (Intrusionen), C (Vermeidungsverhalten) und D (Arousal) werden die eigentlichen Symptome aufgelistet. Die Gruppen E und F stellen die Rahmenbedingungen klar, die erfüllt werden müssen, um als posttraumatische Belastungsstörung anerkannt zu werden.

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (Quelle: FREYBERGER 2011: 145)

- | |
|--|
| <p>A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.</p> <p>B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererlebender Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.</p> <p>C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.</p> <p>D. Entweder 1. oder 2.</p> <p>1. teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern;</p> <p>2. anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:</p> <p>a. Ein- und Durchschlafstörungen</p> <p>b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p> <p>c. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>d. Hypervigilanz</p> <p>e. erhöhte Schreckhaftigkeit</p> <p>E. Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, die sollte aber gesondert angegeben werden).</p> |
|--|

Die Tabelle 3 ist im Grunde ebenso gegliedert wie die vorhergehende Tabelle. Unter Punkt A findet man Voraussetzungen. Die Punkte B, C und D listen die Symptome auf, während der Punkt E die Rahmenbedingungen absteckt.

Was die größten Unterschiede betrifft, so ist die Definition gemäß DSM-5 enger gezogen als bei ICD-10. Per Definition von DSM-5, ist es aufgrund einer kriegerischen Handlung an einer PTBS zu erkranken nicht möglich, bei ICD-10 schon. Das Vorhandensein eines Symptomes (Punkt B, C oder D) reicht gemäß ICD-10 aus um eine positive Diagnose zu erstellen. Um gemäß DSM-5 das gleiche Ergebnis zu

erlangen, müssen mindestens drei Symptome aufscheine, was die Gefahr einer Fehldiagnose erhöht. Das bei der Definition gemäß DSM-5 vorhandene Zeitlimit von mindestens einem Monat (Punkt E) fehlt bei der Definition gemäß ICD-10 komplett. Auch der Verweis auf eine Beeinträchtigung (Punkt F in der DSM-5 Definition) scheint bei der ICD-10 Definition nicht auf. Diese Unterschiede führen dazu, dass die gestellte Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung“ in den verschiedenen Ländern unterschiedlich oft gestellt wird. (FREYBERGER und STIEGLITZ 2011: 147) In einer Studie von ROSNER und POWELL (2007) wurde festgestellt, dass bei der gleichen Patientengruppe, gemessen mit beiden Definitionen, es gemäß ICD-10 zu doppelt so viel PTBS Diagnosen gekommen ist als bei der DSM-5 Definition. Wobei der Bereich der Überschneidung in einer Bandbreite von 35 – 50 % zu finden ist. Außerdem wurde bei dieser Studie herausgefunden, dass bei Anwendung der ICD-10 Kriterien es zu einer Verringerung der geschlechtsspezifischen Prävalenz kommt. Andererseits lässt sich bei einer Untergliederung nach den DSM-5 Kriterien besser unter den Geschlechtern differenzieren. Des Weiteren wird die Meinung vertreten, dass die Definition nach DSM-5 im Falle eines Einzelereignisses (Typ I Traumata) besser geeignet ist eine PTBS zu diagnostizieren, als jene nach ICD-10. Typ II Traumata finden sich in der ICD-10 Klassifizierung eher wieder. (ROSNER und POWELL 2007) Die akute Belastungsreaktion scheint in beiden Klassifizierungen auf, wobei in jener gemäß DSM-5 explizit dissoziative Symptome vermerkt sind, von denen mindestens drei der folgenden Bereiche erfüllt sein müssen: Amnesie, Depersonalisation, emotionale Taubheit, Losgelöst sein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit. In der Klassifizierung nach ICD-10 findet sich nichts in dieser Art und Weise. (FREYBERGER und STIEGLITZ 2011: 150)

Da nur in wenigen Fällen einer vorhandenen posttraumatischen Belastungsstörung die Symptome isoliert auftreten, kommt bei fast zu 100 Prozent der Betroffenen eine komorbide Störung zum Vorschein. Die häufigsten Begleiter sind depressive Störungen, der Missbrauch von Medikamenten, Drogen oder Alkohol, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Angststörungen. Diese Folgen sind gerade im Bereich der Einsatzkräfte im Rettungsdienst durch ihre berufsbedingten Traumatisierungen in Form von verstärkten depressiven Störungen und Alkoholerkrankungen präsent. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 381)

6. EINSATZKRÄFTE UND TRAUMA

6.1. Allgemeines

Vorweg einmal ist klar festzustellen, dass die Auflistung der genannten Berufsgruppen keinen Anspruch auf Vollständigkeit aufweist. Es gibt eine Vielzahl weiterer Berufe die ebenfalls in Gefahr laufen an einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder einer sekundären traumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Als Beispiele seien die Mitarbeiter in Gesundheitsberufen, Seelsorger oder die Mitarbeiter von humanitären Einrichtungen im In- und Ausland erwähnt.

Das klassische „Blaulicht“ – Personal, wie Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst, ist ohne Zweifel ein Teil des Hochrisikopersonals, da es mit den primär Betroffenen einer Traumatisierung als erstes Kontakt aufnimmt. Des Weiteren gibt es aber auch eine Gruppe von Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt mit traumatisierten Personen aufnimmt, in der Regel um zu beraten, helfen oder zu informieren. Dazu zählen Psychotherapeuten, juristisches Personal und Journalisten. Eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine sekundär traumatische Belastungsstörung gelten bei diesen Personengruppen als Berufsrisiko.

Da es im Bereich der Einsatzkräfte zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit kommt, mit traumaauslösenden Ereignissen konfrontiert zu werden, ist es nicht verwunderlich, dass sie eine über den Durchschnitt der Normalbevölkerung psychisch belastbare Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Die bei ihnen vorhandene hohe soziale Kompetenz, Toleranz gegenüber Stress, stark ausgeprägter Ordnungssinn, hohe Kontrollüberzeugung, das Vorhandene Bedürfnis nach Anerkennung und eine hohe soziale Verantwortung sind aufscheinende Anzeichen. Andererseits kann es vorkommen, dass im Falle einer Hilfsbedürftigkeit die eigene Belastung heruntergespielt wird und nicht nach Hilfe gefragt wird. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 382)

Generell wurde eine erhöhte Mortalität bei den Berufsgruppen der Einsatzkräfte festgestellt. Eine mögliche Ursache kann in der beobachteten Gesundheitsbeeinträchtigung und Gesundheitsschädigung liegen. Die Anzeichen der Gesundheitsbeeinträchtigung sind anhand von depressiver Verstimmung, Schlafstörungen, sozialem Rückzug und Angstzuständen festzustellen. Die Zeichen für eine Gesundheitsschädigung finden sich durch den Konsum von Nikotin, Alkohol und/oder Tabletten, den Mangel an ausreichend Schlaf und genügend Bewegung, sowie problematischem Essverhalten. Letzteres ergibt sich durch zu kalorienreiches Essen, das außerdem noch entweder zu süß, zu salzig oder zu fettig ist. Dazu kommt, dass häufig unter Zeitdruck das Mahl eingenommen wird. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 381)

6.2. Feuerwehr

Die psychische Belastung, von bei der Feuerwehr eingesetztem Personal, beschränkt sich nicht nur auf Eindrücke leidender, verletzter oder toter Personen, sondern hat auch den Einfluss, dass ihre Arbeit im Einsatz mit permanenter Lebensgefahr verbunden ist. Unter diesem Aspekt wundert es nicht, dass bei einer repräsentativen Studie der deutschen Berufsfeuerwehr mit 574 Teilnehmern 18,2 Prozent die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. Bei weiteren 46,2 Prozent wurde zumindest eine partielle PTBS festgestellt. Lediglich 24,5 Prozent wiesen keine psychischen Auffälligkeiten auf. Bei den unter einer PTBS leidenden Probanden wurden bei 39,4 Prozent depressive Störungen festgestellt, während 60,3 Prozent an soziale Dysfunktionen litten. 19 Prozent gestanden eine Suchtproblematik ein, bei weiteren 46,6 Prozent wurden diverse körperliche Beschwerden diagnostiziert. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 382) In einer Studie an Feuerwehr-Berufsanfängern wurden die Probanden unmittelbar nach dem Basistraining, sowie nach einem halben Jahr, neun Monaten, einem Jahr und zwei Jahren untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass eine tiefe Selbstwirksamkeitserwartung und eine hohe Ausprägung an Feindseligkeit bis zu 42 Prozent der Varianz der PTBS-Symptome nach zwei Jahren aufklären können. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 387)

In einer Studie an fünf von 17 Hamburger Feuerwachen beteiligten sich 198 Feuerwehrleute daran. Es wurden bei mehr als 50 Prozent Intrusionen festgestellt. Vermeidungsverhalten und Beschwerden, die mit einem körperlichen Erregungsniveau verbunden sind wurden hingegen nicht so häufig erkannt. Bei 9 Prozent fanden sich die Symptome einer voll ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung, bei weiteren 13 Prozent wurde zumindest eine partielle PTBS diagnostiziert. Außerdem gaben 21 Prozent der Studienteilnehmer an, an Depressivität zu leiden. Am Häufigsten wurden aber (psycho-) somatische Beschwerden angegeben, allem voran Kreuz-, Kopf- und Muskelschmerzen und Probleme im gastrointestinale Bereich. Beim Vergleich der festgestellten Diagnosen mit den allgemeinen Angaben der Teilnehmer, wurde festgestellt, dass jene Kollegen die eine PTBS entwickelten in einigen Bereichen signifikant häufiger Angaben machten als jene die keine PTBS entwickelt hatten. Folgende 5 Bereiche kristallisierten sich dabei heraus:

- Traumatische Erfahrungen in der persönlichen Lebensgeschichte
- Anzahl hoch belastender Einsätze im Berufsalltag
- Lebensgefährliche Einsätze
- Ungünstige Bewältigungsstrategien
- Komorbide Störungen (Depressivität und körperliche Beschwerden)

Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien, die unter anderem an 234 Feuerwehrmännern in Istanbul oder 751 Feuerwehrmitgliedern in Australien durchgeführt wurden. Bei allen war der Anteil der Mitarbeiter mit einer ausgeprägten PTBS bei 9 Prozent und der Anteil der stark belasteten Mitarbeiter lag bei 17 bzw. 18 Prozent. Anders aber das Ergebnis an 318 Feuerwehrleuten aus Rheinland-Pfalz. Hier litten 18 Prozent, also doppelt so viele, an einer voll ausgeprägten posttraumatischen

Belastungsstörung. 24 Prozent litten zumindest an einer partiellen PTBS, mehr als ein Drittel klagte über depressive Beschwerden und beinahe die Hälfte litt unter körperlichen Beschwerden. Das führte dazu, dass 19 Prozent Substanzmissbrauch betrieben. (TEESEN 2003: 124ff)

6.3. Journalisten

Da das Berichten über Katastrophen und Gewalttaten ein Teil der journalistischen Arbeit ist, ist der Anteil der an PTBS erkrankten Reporter erwartungsgemäß hoch. Er liegt bei bis zu 13 Prozent, der von Kriegsberichterstatern sogar bei 28,6 Prozent. Der Anteil jener, die unter Depressionen leiden oder Alkoholmissbrauch betreiben liegt bei 7,1 Prozent. Alleine das Miterleben einer Vollstreckung der Todesstrafe führt zu akuten Angstsymptomen und Dissoziationen in moderater Ausprägung. (WEIDMANN 2008, BRÖNNIMANN et al. 2011: 384)

In einer Studie von TEESEN und GROTWINKEL wurden 61 Journalisten zu PTBS befragt. Es stellte sich heraus, dass etwa die Hälfte an Intrusionen litt, in etwa ein Drittel ein erhöhtes Erregungsniveau aufwies und zirka 20 Prozent Symptome des Vermeidungsverhaltens zeigten. Der Anteil der voll ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung belief sich auf 13 Prozent, wobei bei weiteren 15 Prozent eine partielle PTBS festgestellt wurde. An Depressivität litt genauso ein Fünftel wie an (psycho-) somatischen Störungen, besonders im gastrointestinale Bereich sowie an Kopf- und Rückenschmerzen. Interessanter Weise wurde bei 38 Prozent der Befragten eine erhöhte Bereitschaft ein Risiko einzugehen festgestellt. Dazu zählt zu schnelles Fahren oder das Aufsuchen einer gefährlichen Situation ohne entsprechende Schutzmaßnahmen. (TEESEN 2003: 144)

6.4. Juristischen Personal

Vorweg muss man festhalten, dass traumabedingte Einflüsse auf juristische Berufsgruppen einen Einfluss auf die Rechtsprechung haben können und dadurch das Rechtssystem beeinflussen können. Unter diesem Aspekt ist es umso verwunderlicher, dass es bisher kaum Forschungsbeiträge zu diesem Thema gibt. In einer Studie mit 105 amerikanischen Richtern aus Straf-, Jugendstraf- und Zivilstraftprozessen wurden bei 63 Prozent Symptome einer sekundären traumatischen Belastungsstörung vorgefunden. Wobei die Symptome Depressionen, Angst und Somatisierung vermehrt bei Richterinnen auftraten. Externalisierung wie Ärger, Wut und Zynismus trat bei Frauen und Männern gleichermaßen auf.

In einer weiteren Studie wurde ein Vergleich zwischen zwei Gruppen, bezogen auf das Auftreten von Anzeichen einer berufsbedingten traumatischen Belastungsstörung, gezogen. Die erste Gruppe bestand aus Sozialarbeitern und Psychotherapeuten, die zweite Gruppe aus Anwälten, mit der Spezialisierung auf häusliche Gewalt und Familienrecht. Diese Studie brachte zu Tage, dass die Gruppe der Juristen stärkere traumatische Symptome aufwiesen als die Vergleichsgruppe. Ein möglicher Erklärungsversuch wäre, dass es nur eine mangelnde Vorbereitung im Umgang mit traumatisierten Personen gibt und es für diesen Personenkreis keinerlei Einrichtung gibt um offen über ihre Gefühle zu sprechen und diese reflektiert zu bekommen. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 385)

6.5. Militär

Die Gruppe der Militärfpersonen die in Kampfhandlungen verstrickt wurden, ist nicht zu unterschätzen. Alleine aus dem Vietnamkrieg gibt es 3,14 Millionen Veteranen, bei denen 17 Jahre nach Kriegsende die PTBS Störungen untersucht wurden. Dabei stellte sich heraus, dass 15 Prozent unter einer vollen posttraumatischen Belastungsstörung litten, und weitere 11 Prozent die Symptome einer partiellen posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. Das ergibt eine Anzahl von über 800 000 Personen die binnen 11 Jahren (1964 – 1975) traumatisiert wurden. Erstaunlich dabei ist, dass sich 85 Prozent von ihnen nie in eine Behandlung begeben haben. (TEEGEN 2003: 41) Dazu kommt auch die Tatsache, dass 15 000 Frauen unter amerikanischer Flagge in Vietnam gedient haben. Diese, meist als Krankenschwestern tätig, waren nicht nur den kriegesischen Auseinandersetzungen ausgesetzt, sondern hatten sich auch gegenüber sexueller Übergriffe zur Wehr zu setzen. Eine landesweit durchgeführte Untersuchung an weiblichen Veteranen ergab, dass etwa ein Viertel auch sexuelle Gewalt während ihres Einsatzes erlebte. (TEEGEN 2003: 47)

Auch nach dem Yom Kippur Krieg (1973) und dem Libanon Krieg (1982) wurden Soldaten der israelischen Streitkräfte auf posttraumatische Belastungssyndrome untersucht. Dabei wurden viel seltener Schuldgefühle, unterdrückte Trauerreaktionen und abgespaltene Aggressionen festgestellt, als bei den Veteranen des Vietnamkrieges. Mögliche Erklärungen wären, dass es während dieser Kriege im Gegensatz zum Vietnamkrieg zu keinen Gräueltaten kam, die israelischen Soldaten von der israelischen Bevölkerung nicht abgelehnt wurden, und sie bei ihrer Heimkehr mehrheitlich positiv empfangen wurden. Sie wurden mit Respekt empfangen und ihnen wurde für den Einsatz ihres Lebens, um das Land zu verteidigen, gedankt. Natürlich kamen bei den Heimkehrern auch PTBS Symptome vor. Diese äußerten sich in somatischen Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerzen, Schwitzen), Lähmungen, komplettes Erstarren, apathisches Verhalten, erhöhte Erregtheit, Amoklauf oder Kampf gegen unsichtbare Feinde. Dieses Verhalten ist auch von US-Soldaten aus dem zweiten Weltkrieg bekannt. Die israelische Armee untersuchte ihre Veteranen und kam zu folgender Erkenntnis: fast die Hälfte jener Soldaten, die während des Fronteinsatzes an einer akuten Belastungsreaktion litten, zeigen nach drei Jahren in der Heimat noch immer Symptome einer PTBS. Erst nach diesen drei Jahren nahm sowohl die PTBS Rate als auch die Intensität der Symptombelastung rapide ab. Ein Grund dafür war sicher auch der israelische Abzug aus dem Libanon, der zeitgleich stattfand. Dadurch mussten die traumatisierten Veteranen, die als Reservisten eingeteilt waren, nicht mehr mit einem Einsatz im Libanon rechnen. (TEEGEN 2003: 47ff)

Nach dem Golfkrieg, den die USA geführte Allianz gegen die Diktatur im Irak führte, sah es bei den Heimkehrenden US Soldaten ähnlich aus. Das bei der Heimkehr vorhandene erhöhte Erregungsniveau verschlimmerte sich innerhalb der nächsten sechs Monate zunehmend, mit steigender Tendenz. Am Ende des Golfkrieges litten 3 Prozent an einer PTBS, zwei Jahre später hingegen schon 8 Prozent an einer chronischen PTBS. Jene Kameraden mit einer akuten Belastungsreaktion hatten ein 20 mal höheres Risiko an PTBS zu erkranken als die Kameraden ohne

Belastungsreaktion. Ein wesentlicher Einflussfaktor für diese Unterschiede ist das Ausmaß der Lebensgefahr während der Gefechtssituation. Am Schlimmsten hat es die getroffen, die mit der Bergung der Toten beauftragt waren. Bei ihnen liegt die Rate der PTBS bei 45 Prozent. (TEEGEN 2003: 52)

Als sehr belastend kann auch ein Einsatz im Rahmen der Vereinten Nationen als UN Soldat sein. Die Friedenssicherung (Peace Enforcement), Friedenserhaltung (Peace Keeping) und die Militärbeobachter sind sehr anspruchsvolle Missionen. In der Regel befindet sich eine Konfliktpartei, schwer bewaffnet, in der Situation des Angriffes oder der Flucht, beide ureigene Verhaltensmuster des Menschen, in denen Emotionen ausgelebt werden können. Im Falle einer UN-Mission ist es weder das eine noch das andere. Der UN-Soldat steht zwischen den Fronten, darf auf Provokation und Demütigung weder mit Gewalt noch mit Flucht reagieren. Sondern muss seine neutrale Haltung stets beibehalten. Was ihm nicht immer die Sympathie der Zivilbevölkerung einbringt. Dadurch wird seine Situation nicht gerade einfacher. Norwegen untersuchte seine aus dem Libanon heimkehrenden Soldaten und ist zu folgender Erkenntnis gekommen: nur rund 1,6 Prozent eines Norwegischen Bataillons litten nach einem Einsatz im Libanon an psychiatrischen Erkrankungen. Folgende Einsatzbedingungen wurden dabei als Risikofaktoren herausgearbeitet:

- Exposition zu traumatischen Stressoren/ Lebensgefahr
- Ungenügende Schlaf- und Erholungsmöglichkeiten
- Erhöhter Alkoholkonsum
- Subjektives Gefühl der Sinnlosigkeit des Einsatzes
- Belastende Lebensereignisse nach Ende der Mission

Als positiv wirkenden Aspekt, der die Resilienz der Truppe erhöhte, stellte sich folgendes heraus:

- „Military Pride“, Stolz und Zufriedenheit dem eigenem Land gut gedient zu haben
- Gruppenkohäsion, der gute Zusammenhalt innerhalb der Gruppe

Die Skandinavischen Länder und die Niederlande haben intensive Studien mit heimkehrenden UN-Soldaten durchgeführt und weisen darauf hin, dass ein restriktives Selektionsverfahren die Rate der vorzeitigen Repatriierungen von 6 auf 2,5 Prozent senken kann. Der Durchschnitt von psychischen Problemen nach einem UN-Einsatzes liegt bei 20 Prozent, wobei nur 5 Prozent einen Behandlungsbedarf aufweisen. (TEEGEN 2003: 53ff)

6.6. Polizei

Unter den polizeitypischen Ereignissen die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen können, fallen am schwerwiegendsten der Schusswaffengebrauch, die Verstrickung in Kampfhandlungen, der Einsatz bei Verkehrsunfällen bei denen es zu Todesopfern gekommen ist, besonders wenn es sich dabei um Kinder handelt, Suizide eines Kollegen, Beteiligung bei einer Geiselnahme oder das Zugewesen bei einer Gewalttat.

Im Rahmen einer retrospektiven Studie an 155 Hamburger Polizisten wurde an 5 Prozent der Beteiligten eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Immerhin 15 Prozent der Teilnehmer litten an einer Partiellen Form der PTBS. Bei weiteren 23 Prozent wurden Depressionen erkannt. Intrusionen wurden von 40 Prozent angegeben, und 43 Prozent klagten unter (psycho-) somatischen Einschränkungen wie Kreuz- und Kopfschmerzen sowie gastrointestinale Störungen. Symptome von Übererregtheit und Vermeidung wurden hingegen viel seltener angegeben. (TEEGEN 2003: 130)

Ein ähnliches Ergebnis brachte eine Studie von 262 Polizeibeamten aus den Niederlanden hervor. Der Anteil mit einer voll ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung lag bei 7 Prozent, der Anteil mit einer partiellen PTBS belief sich auf 34 Prozent.

In einer Studie von SCHÜTTE, BÄR, WEISS und HEUFT mit 50 Polizeibeamten aus Nordrhein-Westfalen, welche nach einer schweren Belastung im Rahmen der Berufsausübung ein Debriefing durch spezialisierte Kriseninterventionsteams, bestehend aus einem Polizeiarzt und einem Polizeibeamten des höheren Dienstes, erhielten, wurde nach 6 Monaten festgestellt, dass unabhängig von der Entwicklung einer PTBS 78 Prozent von ihnen die Kriterien dafür erfüllten. Intensive Furcht wurde von 14 Prozent verspürt, Hilflosigkeit von 23 Prozent und Entsetzen sogar von 41 Prozent. Bei 14 Beamten, 28 Prozent, wurde eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Weitere 18 Polizeibeamte wiesen folgende Störungen auf: Anpassungsstörungen bei 5 Beamten, Zwangsstörungen bei 2 Beamten, milde depressive Störungen bei 2 Beamten, hypochondrische Störungen bei einem Beamten und Verdacht auf Persönlichkeitsstörung bei weiteren 8 Beamten. Lediglich bei 18 Teilnehmern der Studie, 38 Prozent, konnten nach 6 Monaten keine diagnoserelevanten Symptome einer PTBS festgestellt werden. Nach weiteren 6 Monaten, also 12 Monate nach dem Ereignis, wurde bei 40 Personen der Gruppe nochmals der Zustand der Symptome hinterfragt. Dabei stellte sich erwartungsgemäß für den Bereich „Intrusionen“ ein signifikanter Rückgang der Schwere der Symptomatik des PTBS dar, so wie er in der Literatur mehrfach beschrieben worden ist. Für die Bereiche „Vermeidung“ und „Übererregung“ jedoch nicht. Daraus lässt sich ableiten, dass die Symptome der Intrusionen bei den Probanden im Laufe des untersuchten Jahres schwächer nachlassen, als die Symptome der Vermeidung und des Überreagierens. Bei der Non-PTBS Gruppe fand generell eine Spontanregression statt. Siehe auch Tabelle 4.

Tabelle 4: Schwere der posttraumatischen Symptomatik (Quelle: SCHÜTTE et al. 2010: 237)

Schwere der posttraumatischen Symptomatik (n=40)						
Posttraumatische Symptome	T1	SD	T2	SD	T3	SD
	M		M		M	
Intrusionen						
Non-PTBS	11,38	8,91	3,50	4,67	2,71	5,93
PTBS	20,58	10,36	16,75	10,27	9,42	12,62
Vermeidung						
Non-PTBS	8,24	8,50	3,85	6,61	2,48	4,36
PTBS	13,08	7,59	10,42	9,76	8,83	9,40
Überregung						
Non-PTBS	6,96	7,47	3,25	4,86	1,86	5,96
PTBS	16,25	10,23	11,58	8,58	8,50	11,17
T1 direkt nach dem Ereignis, T2 nach 6 Monaten, T3 nach 12 Monaten, M Mittelwert, PTBS posttraumatische Belastungsstörung, SD Standardabweichung						

Eine mögliche Erklärung für die schwächere Abnahme der PTBS-Symptomatik im Bereich der Intrusion ist die Anwendung einer Vermeidungsstrategie, die die

Aufrechterhaltung der PTBS unterstützt. Dieses nicht aufsuchen des „Tatortes“, oder das Vermeiden über das Ereignis zu sprechen sowie eine kognitive Ablenkung wenn sich belastende Gedanken einschleichen, kann möglicherweise ein Grund für die längere Dauer der Symptome sein. Da die durch einen starken Willen unterdrückten Emotionen von einem Polizeibeamten erwartet werden, passiert dieses eintrainierte Verhalten ganz automatisch, und die Gefühle werden verleugnet bzw. abgespalten. Erst im Schlaf, wenn die Willenskontrolle nachlässt, kommen diese verdrängten Emotionen wieder zum Vorschein. Ein Ausbruch aus diesem Kreis findet erst dann statt, wenn die Person sich gezielt den vermeidlich unter Kontrolle scheinenden Gefühlen stellt, wie es beispielsweise in einer Therapie möglich ist. Eine weitere Erklärung ist auch der Umstand, dass nach einem Schusswaffengebrauch routinemäßig die Staatsanwaltschaft die Rechtmäßigkeit des Waffeneinsatzes überprüft. Diese Untersuchungen können Monate in Anspruch nehmen, wobei der Betroffene über den gesamten Zeitraum im Ungewissen ist, ob am Ende nicht doch gewisse Umstände ein Strafverfahren gegen ihn selbst verursachen. Das Leben mit dieser Ungewissheit ist sicherlich auch ein Stressor, der zur Aufrechterhaltung der PTBS-Symptomatik beiträgt.

Die bei dieser Studie teilnehmenden Polizeibeamten wiesen vor ihrem potenziell traumatischen Ereignis kaum psychische Beeinträchtigungen auf, so zeigte sich danach eine Aufteilung in zwei Gruppen hinsichtlich des psychischen Funktionsniveaus. Daraus ist zu schließen, dass ein schwerwiegendes, berufliches Ereignis, das eine potentielle Traumatisierung herbeiführen kann, als Hauptgrund für die Entstehung der Beeinträchtigung angesehen werden kann. Mit einem Anteil von 28 Prozent diagnostizierter PTBS lag der Anteil deutlich über dem von der Studie die TEEGEN in Hamburg durchführte. Ein Erklärungsgrund mag auch darin liegen, dass die Teilnehmer aus Hamburg zufällig ausgewählt wurden, während jene aus Nordrhein-Westfalen gezielt nach einem Ereignis wie Schusswaffengebrauch oder schwerer Verkehrsunfall ausgewählt wurden.

Aber auch andere Untersuchungen stellten eine Langzeittraumatisierung fest. So wurden Fälle bekannt, in denen Personen im Kindesalter während des zweiten Weltkrieges traumatisiert wurden und über 60 Jahre später noch immer Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 383; SCHÜTTE et al. 2010)

6.7. Psychotherapeuten

Ein guter Therapeut besitzt die Gabe sich in den Patienten hin einzufühlen. Dies setzt eine Menge an Empathiefähigkeit voraus, die einerseits eine Voraussetzung für die therapeutische Arbeit darstellt, andererseits ein nicht zu unterschätzender Risikofaktor für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung bietet. Das Menschenbild des Patienten, erschüttert durch Ungerechtigkeit, Verrat, Gewalt und Vertrauensmissbrauch, kann durchaus auch den Blickwinkel der behandelnden Person auf diese Weise beeinflussen. Wenn in so einem Fall, im Bezug auf die persönliche Sicherheit, Kontrolle und Vorhersehbarkeit von Ereignissen, sich die therapeutische Sichtweise ins Negative ändert, kann es zur Entstehung sekundär traumatischer Symptome kommen. Die therapeutische Auswirkung drückt sich dann

in Zynismus, Pessimismus, negativer Interpretation der Motive von Mitmenschen und die Wahrnehmung anderer als unglaublich aus. Dass die für eine erfolversprechende, therapeutische Behandlung notwendige vertrauensvolle und sichere Umgebung unter diesen Umständen nicht gewährleistet ist, erklärt sich von selbst. Außerdem hat es auch diese Auswirkung auf das Privatleben des Therapeuten.

In einer von DANIELS durchgeführten Studie an 926 Psychotherapeuten, die ein Klientel von im Schnitt 46 Prozent traumatisierten Patienten besaß, wurde bei 19,9 Prozent mäßige und bei weiteren 9,2 Prozent schwere Symptome einer sekundären Traumatisierung festgestellt. Es zeigte sich, dass die Fähigkeit Empathie mit dem Patienten zu empfinden im direkten Bezug zu der Schwere der Symptomatik stand. JURISCH, KOLOSSA und ELBERT belegten jedoch, dass von 21 Studien in nur rund der Hälfte (10 von 21) ein Zusammenhang zwischen der Trauma-Exposition der Therapeuten mit ihrer traumabedingten Arbeit und den Symptomen der STBS. In den restlichen Studien konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Außerdem wurde für die Annahme, dass folgende Risikofaktoren gemäß einschlägiger Literatur für die Entwicklung einer STBS empfänglicher sind keine Beweise gefunden: das weibliche Geschlecht, keine Supervision, geringer Ausbildungsgrad, Arbeit mit traumatisierten Kindern. Einzig zu geringe Berufserfahrung kommt bei den meisten untersuchten Studien als Risikofaktor in Betracht. Ob traumatische Erfahrungen der Therapeuten als weiterer Grund der Anfälligkeit relevant sind, ist nicht eindeutig zu beantworten. Es gibt Hinweise, dass verarbeitete Traumata bei Therapeuten als Schutz vor Symptomen einer STBS wirken, nicht verarbeitete hingegen als Risikofaktor anzusehen sind. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 384; DANIELS 2006; JURISCH et al. 2009)

6.8. Rettungsdienst

Das Personal des Rettungsdienstes gehört auf Grund seiner enorm hohen Konfrontationsfrequenz sicherlich zu einer der am stärksten gefährdeten Personengruppe der Einsatzkräfte. Durch ihre Tätigkeiten, wie die Einleitung von lebensrettenden Maßnahmen bei Notfallpatienten, direkt am Ort des Geschehens, sind sie meistens frühzeitig mit den Betroffenen in Kontakt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass es eine Vielzahl an Studien zu dem Thema „Rettungsdienst und Trauma“ gibt. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 383)

Eine davon wurde von TEEGEN und YASUI mit 129 Rettungsassistenten und Rettungssanitätern in Norddeutschland durchgeführt. Bei einer rund 11 jährigen Berufserfahrung wurde im Mittel von 46 Einsätzen berichtet, die mit Schwerverletzten, Sterbenden, Toten oder eigene Lebensgefahr in Bezug zu bringen sind. Dabei hatten 36 Prozent der Probanden eine posttraumatische Belastungsstörung ausgebildet, 80 Prozent wurden von wiederkehrenden Erinnerungen heimgesucht und ein erhöhtes Erregungsniveau wurde von 70 Prozent der Befragten berichtet. 42 Prozent legten eine Art von Vermeidungsverhalten an den Tag. Neben den 36 Prozent vollausgebildeter PTBS wurde bei 32 Prozent eine partielle PTBS diagnostiziert. Weitere 15 Prozent der Studienteilnehmer klagten über eine chronische (psycho-)somatischen Störung, vor allem unter allergisch-atopische

Erkrankungen, während 6 Prozent von depressiven Symptomen heimgesucht wurden. (TEEGEN und YASUI 2000)

In einigen Studien wurde darauf hingewiesen, dass es einen Zusammenhang zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen und komorbiden Beschwerden und Folgeproblemen gibt. Im Vergleich litten Personen mit einer PTBS häufiger an depressiven Symptomen als jene ohne PTBS. Auch das Auftreten somatischer Beschwerden ist gehäuft. So wurde auch ein signifikanter Zusammenhang von PTBS und kardiovaskulären Problemen und Krebsdiagnosen festgestellt. Auch ein Bezug zu physischen Beschwerden konnte nachgewiesen werden. Bei der Untersuchung von 2031 Probanden konnten Gesundheitsprobleme wie Schmerzen, besonders Kopfschmerzen, Magenverstimmungen, Grippe und Schwindel bis zu zwei Jahre nach der Traumatisierung nachgewiesen werden. (HÄLLER et al. 2009)

In einer Studie von HÄLLER, MICHAEL und KOEHLIN (2009) an 668 Rettungssanitätern aus der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein wurden bei ihnen die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung in voller Ausprägung bzw. in partiellem Auftreten erhoben. Außerdem wurde die PTBS in ihrer Häufigkeit und Stärke der Symptomatik in Bezug zum geschlechtlichen Unterschied gestellt. Alle Probanden hatten traumatische Erfahrungen, welche sich aber in unterschiedlicher PTBS Symptomatik äußerte. Der größte Anteil (401 Probanden oder 62,6 Prozent) berichtete, dass sie Hilflosigkeit, Entsetzen oder Furcht erlebten. 135 Probanden (20,2 Prozent) litten in den letzten vier Wochen unter diesem Trauma oder fühlten sich durch dieses beeinträchtigt. Eine voll ausgeprägte PTBS wiesen weitere 29 Teilnehmer (4,34 Prozent) auf, während eine partielle PTBS bei 64 Personen (9,58 Prozent) nachgewiesen werden konnte. Insgesamt wurde bei 26,4 Prozent der Probanden Intrusionen festgestellt, 23,4 Prozent litten unter Vermeidungsverhalten und 29,9 Prozent unter erhöhtem Arousal. Siehe auch Tabelle 5.

Tabelle 5: Punktprävalenzen der voll ausgeprägten PTBS, partiellen PTBS und den PTBS-Symptomen Intrusion, Vermeidung und Arousal (Quelle: HÄLLER et al. 2009:410)

	Nicht PTBS	PTBS	partielle PTBS	Intrusionen	Vermeidung	Arousal
Frauen	201 (95,71)	9 (4,29)	21 (10,00)	57 (27,14)	41 (19,52)	52 (24,76)
Männer	429 (95,95)	18 (4,03)	41 (9,17)	119 (26,62)	115 (25,73)	148 (33,11)
Gesamt	639 (95,66)	29 (4,34)	64 (9,58)	176 (26,35)	156 (23,35)	200 (29,94)
N (%) N=668						

Unter jenen traumatischen Ereignissen, die von den Studienteilnehmern am häufigsten erlebt wurden, war die Reanimation die häufigste. Dicht gefolgt vom Miterleben des Sterbens und des Todes von Erwachsenen. Als dritthäufigste Ursache für eine traumatische Reaktion wurde die Betreuung von Erwachsenen mit schwersten Verletzungen genannt. Details und weitere Gründe die genannt wurden sind in der Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6: Häufigkeitsangaben (in %) beruflich erlebter Traumata (Quelle: HÄLLER et al. 2009:411)

N=668	Nie	≥1	>10	>20
Reanimationssituation	1,2	11,1	18,3	69,4
Miterleben von Sterben/Tod bei Erwachsenen	2,5	15,5	20,0	62,0
Betreuung von schwer verletzten Erwachsenen	1,8	13,6	23,9	60,7
Betreuung von verstümmelten Personen	13,9	40,1	31,5	14,5
Konfrontation mit bizarren Selbstmordfällen	8,1	38,0	30,4	23,5
Unglücksfälle mit zahlreichen Verletzten, Sterbenden, Toten	29,1	46,2	18,8	5,9
Einsätze, die das eigene Leben bedrohen	42,2	44,6	11,1	2,1
Einsätze, die zu eigener Verletzung führen	65,4	32,0	2,4	0,2
Ernsthafte Verletzungen von Kollegen bei Einsätzen	74,9	23,7	1,1	0,3
Tod von Kollegen bei Einsätzen	93,8	6,2	0,0	0,0
Selbstmord von Berufskollegen	79,0	20,2	0,8	0,0
Plötzlicher Kindstod	52,5	38,0	7,8	1,7
Betreuung schwer verletzter Kinder	22,6	50,6	20,9	5,9
Miterleben von Sterben/Tod bei Kindern	36,2	51,3	9,6	2,9

Die Anzahl der Erlebten Ereignisse ist jedoch nicht gleich der schlimmsten Erlebnisse. Das heißt, es sind nicht jene Erlebnisse die am häufigsten erlebt werden zugleich jene die als am Schlimmsten wahrgenommen werden. Von 210 Probanden (31,4 Prozent) wurden Kindernotfälle als ihre schlimmste Berufserfahrung genannt, bei der Häufigkeit sind sie zum Glück nicht allzu häufig. In der Gruppe der Probanden, die unter einer komplett ausgebildeten PTBS litten, wurden Kindernotfälle von 7 Personen (24,2 Prozent) als ihr schlimmster Einsatz betitelt. Die Wiederbelebung, das Sterben und der Tod von Erwachsenen war für 10 Studienteilnehmer (34,5 Prozent) der PTBS-Gruppe am schwersten zu verkraften. Siehe auch Tabelle 7.

Tabelle 7: Häufigkeiten genannter schlimmster stark traumatischer Berufserfahrungen und PTBS
(Quelle: HÄLLER et al. 2009:411)

N (%) N=668	Häufigkeiten	PTBS
Tod/Sterben/Reanimation von Erwachsenen	103 (15,4)	10 (34,5)
Kindernotfall	210 (31,4)	7 (24,2)
Suizid/-versuch	69 (10,3)	3 (10,4)
Verstümmelung/Amputation	24 (3,6)	2 (6,9)
Massenunfall	46 (6,9)	1 (3,4)
Mord/-versuch	27 (4,0)	1 (3,4)
Verbrennungen	17 (2,6)	1 (3,4)
Polytrauma	16 (2,4)	1 (3,4)
keine	73 (10,9)	3 (10,4)
andere	54 (8,1)	-
keine Angaben	24 (3,6)	-
Angriff auf Rettungssanitäter (physisch/psychisch)	5 (0,8)	-

Der Zeitpunkt, wann die Rettungssanitäter diese traumatischen Erfahrungen machten, ist recht unterschiedlich. Bei 12,4 Prozent geschah dies innerhalb der letzten sechs Monate, bei 34,6 Prozent im Zeitraum von vor sechs Monaten bis zu drei Jahren, bei 17 Prozent zwischen drei und fünf Jahren und bei den letzten 36 Prozent vor über fünf Jahren.

Bezogen auf die Vorbereitung auf ein traumatisches Ereignis gaben 89,8 Prozent der Studienteilnehmer an, dass sie im Rahmen der Aus- und Fortbildung auf dieses Thema vorbereitet wurden. Dabei wurden nach eigenen Angaben 79,8 Prozent gut vorbereitet, lediglich 20,2 Prozent fühlten sich schlecht vorbereitet. Diese 20,2 Prozent schlecht vorbereitet fühlenden Probanden hatten ein 8-fach größeres Risiko an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, als jene fast 80 Prozent die sich gut vorbereitet fühlten. (HÄLLER et al. 2009)

Von den 668 Studienteilnehmern hatten 92,7 Prozent die Möglichkeit nach ihrem traumatischen Ereignis eine psychologische Beratung zu nutzen, was von 90,3 Prozent als positiv empfunden wurde. In Anspruch genommen wurde das Angebot von fast 40 Prozent der Betroffenen, wobei bei 18,3 Prozent keine PTBS Symptomatik festgestellt wurde, bei den restlichen 21,5 Prozent sehr wohl. Über 60 Prozent der Betroffenen begaben sich privat in psychologische Hände. Bei diesen wurde bei 39,3 Prozent eine PTBS Symptomatik festgestellt, bei 22,4 Prozent nicht.

Der auch untersuchte mögliche Geschlechterunterschied zeigte folgendes Ergebnis: Von den 447 männlichen Probanden zeigten 18 (4,03 Prozent), sowie von den 210

weiblichen 9 (4,29 Prozent), eine posttraumatische Belastungsstörung in voller Ausprägung. Siehe dazu auch Tabelle 5. Von 2 PTBS belasteten Probanden, sowie von 9 nicht PTBS belasteten wurde das Geschlecht nicht angegeben. Bezüglich des Geschlechtes wurden keine Unterschiede in der Häufigkeit festgestellt. Ebenso wurde kein Unterschied im Schweregrad der PTBS-Symptomatik zwischen Mann und Frau eruiert. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Frauen mit einer niedrigeren Vulnerabilität bzw. mit höherer Resilienz gegenüber traumatischen Ereignissen eher den Beruf des Rettungssanitäters wählen als andere. Auf der anderen Seite kann sich die Aus- und Weiterbildung mit Schwerpunkt auf die Vorbereitung auf potentielle traumatische Ereignisse als protektiver Faktor auf das gesamte Rettungspersonal auswirken. (HÄLLER et al. 2009)

6.9. Zugführer

Im Laufe eines Berufslebens von Bus-, Straßenbahn-, U-Bahnfahrern und Lokführern kommt es ein bis zwei Mal vor, dass sie in einen schweren Unfall involviert sind. In Besonderen Unfälle mit suizidalem Hintergrund können extrem belastende Erfahrungen darstellen. Da der Bremsweg von Schienenfahrzeugen im Normalfall extrem lang ist, bleibt dem Führungspersonal meist nur das hilflose zusehen, wie die Garnitur zum Stillstand gelangt und dabei eine Person erfasst. Diese Machtlosigkeit ist es, die dem Lokführer auch das Gefühl der Schuld induziert. Er steckt in einer Täter-Opfer Rolle. Einerseits fühlt er sich als Täter, da er ja jemanden überfahren hat, andererseits wurde er als „Werkzeug des Selbstmörders“ missbraucht. Dies führt zu einem Zwiespalt zwischen Schuld und Wut. (TEEGEN 2003: 121ff)

In Schweden und Norwegen wurden 101 Lokführer innerhalb von 24 Stunden nach einem Suizidalen Ereignisses befragt. 88 Prozent litten an visuellen Erinnerungen, bei etwa einem Drittel wurde eine akute Belastungsreaktion, wenn auch nur schwach ausgeprägt, festgestellt. Bei durchgeführten Nachuntersuchungen im Abstand von einem Monat und einem Jahr, wurde bei 2 Prozent von ihnen ein posttraumatisches Belastungssyndrom diagnostiziert. (TEEGEN 2003: 122)

Im weit verzweigten Londoner U-Bahn Netz passieren pro Jahr rund 100 Personenunfälle. Ein Monat nach so einem Ereignis wurden 76 U-Bahnfahrer auf PTBS untersucht. Bei 17 Prozent wurden Symptome festgestellt. In einer weiteren Untersuchung nach sechs Monaten zeigte sich eine deutliche Besserung der Symptomatik, eine PTBS wurde bei keinem mehr festgestellt. (TEEGEN 2003: 122)

Straßenbahnfahrer und Stadtbahnfahrer in Stuttgart wurden nach ihrem Unfallerlebnis zu Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung befragt. Von den 20 Befragten litten in den Tagen nach dem Ereignis 90 Prozent an einer akuten Belastungsreaktion. Innerhalb der nächsten 6 Wochen bis 6 Monaten überwandten aber alle Beteiligten das Geschehene und waren somit wieder einsatzfähig. Das ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass sie unter Anleitung schrittweise wieder in den Fahrtendienst zurückgeführt wurden. Die Anleitung erfolgte durch einen Verhaltenstherapeuten mit Fahrberechtigung, der dadurch als einer der ihren angesehen wurde. (TEEGEN 2003: 123)

Als Zusammenfassung der drei Studien kann man sagen, dass zwar direkt an ein traumatisches Ereignis eine akute Belastungsreaktion vorliegt, diese sich aber innerhalb von bis zu 6 Monaten bessert und ganz verschwindet. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist in den meisten Fällen nicht zu erwarten.

6.10. Vergleich der Berufsgruppen

Während Lokführer, Bankangestellte und Bedienstete im Strafvollzug eher selten einem traumatischen Ereignis ausgesetzt sind, sind es die Einsatzkräfte im vermehrten Ausmaß. Im Rahmen ähnlich angelegter Forschungsstudien wurden die posttraumatischen Belastungssyndrome sowohl in voller Ausprägung als auch im partiellen Ausmaß genauer beleuchtet. Von der Feuerwehr nahmen 198 Personen teil, von der Polizei 155 und vom Rettungsdienst wurden 129 Mitarbeiter befragt. Als Ergebnis kam heraus, dass die voll ausgeprägte PTBS bei den Mitgliedern der Feuerwehr und der Polizei mit 8 bis 9 Prozent sehr wohl im Rahmen der allgemeinen Lebenszeitprävalenz (auch 8 bis 9 Prozent) liegt. Nur beim Personal des Rettungsdienstes ist dieser Wert eklatant erhöht: 36 Prozent. Bei der partiellen PTBS liegt der allgemeine Rahmen bei 12,5 Prozent, was auch den Wert bei den Mitgliedern der Feuerwehr und der Polizei entspricht (13 – 15 Prozent). Auch hier schlagen die Mitarbeiter des Rettungsdienstes weit über die Norm mit einem 33 Prozent Anteil. Zusammen ergibt das ein Maß der Beeinträchtigung PTBS in der Berufsgruppe der Feuerwehr und Polizei von rund 20 Prozent. Mit anderen Worten gesagt leidet im Schnitt jeder fünfte Mitarbeiter an zumindest einer teilweisen posttraumatischen Belastungsstörung. Beim Rettungsdienst ist das Ergebnis noch viel schlimmer. Hier ist der Anteil der voll oder teilweise Traumatisierten Mitarbeiter bei über 66 Prozent, sprich jeder zweite Rettungssanitäter leidet an einer Art der Traumatisierung. Außerdem gaben 20 Prozent der Befragten an, an Depressionen zu leiden. Während das Personal der Feuerwehr und der Polizei vermehrt über körperliche Beschwerden berichteten, 40 Prozent litten unter Rücken- und Kopfschmerzen sowie gastrointestinalen Beschwerden, wurde von Seiten des Rettungspersonales eher von allergisch-atopischen Symptomen berichtet (bis zu 20 Prozent). Das Thema Alkoholkonsum war vor allem beim Rettungspersonal ein häufiges (bis 30 Prozent). (TEEGEN 2003: 145ff)

Wenn man jetzt nur die Gruppe der primären Einsatzkräfte (Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst) vergleicht, stellt man fest, dass das Rettungsdienstpersonal am stärksten sowohl unter einer voll ausgeprägten PTBS als auch unter einer partiellen PTBS leidet. Für diese stärkere Beeinträchtigung des Rettungspersonals wurden folgende mögliche Erklärungsversuche gefunden:

- Der intensivere Betreuungskontakt dieser Helfer zu schwer verletzten Personen, die hohe Verantwortung, die sie ständig in Notfall Situationen vor Eintreffen des Arztes tragen müssen
- Die im Vergleich zu den beiden anderen Berufsgruppen eher geringe Selbstsicherheit, die sich in Aussagen zu persönlichen Kompetenzen bezüglich der verantwortlichen Tätigkeit ausdrückte, und die eventuell auch im Zusammenhang mit dem vergleichsweise unklaren Berufsprofil steht

Dieser intensivere Kontakt mit Betroffenen ist sicherlich eine Schlüsseltätigkeit die die erhöhte PTBS Rate zu erklären versucht. (TEEGEN 2003: 135)

Im direkten Vergleich aller gefährdeten Gruppen, wird schnell klar, dass das Rettungsdienstpersonal den potentiell höchsten Risikofaktor aufweist. Der intensive Betreuungskontakt zu den Personen in Notlagen ist sicherlich auch ein gewichtiger Grund dafür. Am anderen Ende der Gefährdungsskala befinden sich die Journalisten, wenn sie nicht aus Kriegsgebieten berichten. Ein Grund dafür könnte deren Aufarbeitung des Erlebten in Form von journalistischen Beiträgen sein, die eine Manifestation der Eindrücke wie bei anderen Personengruppen verhindert. Sicherlich auch als gefährdete Gruppe anzusehen, ist jene der juristischen Experten. Die wenigen Studien zu diesem Thema kommen zu dem Schluss, dass von einem berufsbedingten erhöhten Risiko ausgegangen werden kann. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 385ff)

Es ist auf alle Fälle als zentraler Punkt anzusehen, dass die Verminderung des Risikos an einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder an einer sekundären traumatischen Belastungsstörung zu erkranken, schon im Vorfeld durch eine berufsspezifische adäquate Vorbereitung eingedämmt wird. Die fachgerechte Unterstützung während und nach einem traumatischen Ereignis sind dabei wichtige Eckpfeiler der PTBS-Prophylaxe. Ohne Zweifel ist hier auch der Arbeitgeber gefordert, im Rahmen seiner gesetzlichen Fürsorgepflicht seinen Beitrag zu leisten. (BRÖNNIMANN et al. 2011: 388)

Ein möglicher Ansatz um die Optimierung des professionellen Handels am Unfallort zu erhöhen, aber auch die Resilienz gegenüber Burn-out und posttraumatischen Belastungsstörungen beim Rettungsdienstpersonal zu erhöhen ist das psychologische Aus- und Fortbildungsprogramm für Rettungsdienstpersonal und Notärzte das an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg entwickelt wurde. Diese erstmals 1996 an der Landesrettungsschule des Landesverbandes Badisches Rotes Kreuz im Raum Südbaden durchgeführte Fortbildung umfasste unter anderem den Punkt „Sozialpsychologie der Notfallsituation“. Die darin enthaltenen Unterpunkte:

- Psychologische Maßnahmen bei Krisen
- Psychologische Erstbetreuung bei spezifischen Patientengruppen
- Umgang mit älteren Menschen
- Umgang mit Kindern und Jugendlichen
- Umgang mit Schwer- und Todkranken
- Umgang mit psychiatrischen Patienten sowie Suizidgefährdeten
- Umgang mit Angehörigen von Notfallopfern

zählen zu den am Häufigsten genannten Gründen für eine Traumatisierung des Einsatzpersonals. Somit kann man davon ausgehen, dass die Teilnehmer, die sich im Vorfeld mit diesen Themen befassen, im Falle eines Einsatzes in diesem Bereich eine höhere Resilienz aufgebaut haben als ihre Kollegen. (BENGEL et al. 1998)

7. EINSATZKRÄFTE UND SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG

7.1. Einleitung

Die im Rahmen eines tragischen Ereignisses Betroffenen sind im Rampenlicht des Geschehens. Da alles unternommen wird um ihnen zu helfen und sie zu unterstützen, wird im Falle eines Anzeichens einer Traumatisierung auch psychologische Unterstützung angeboten. Unter bestimmten Umständen wird dies auch schon prophylaktisch anhand des Umfangs oder der Art des Geschehens gemacht, ohne dass Symptome auftreten. Seit einiger Zeit wird aber auch die andere Seite der Hilfe in diesem Sinne mehr und mehr beachtet: die Helfer. In den letzten Jahren rückte nicht nur im Bereich der Forschung, sondern auch im Bewusstsein der Bevölkerung, die Tatsache in den Mittelpunkt, dass nicht nur die Beteiligten Stresssymptome aufweisen können, sondern auch diejenigen die ihnen zu Hilfe eilen. Und das obwohl sie bei dem eigentlichen Ereignis nicht anwesend waren. Diese Art der Traumatisierung wird auch sekundäre Traumatisierung genannt. Dabei handelt es sich zum Verständnis um zwei unterschiedliche Personen, von denen die Erste das Ereignis erlebt hat, während die zweite Person erst zu einem späteren Zeitpunkt dazu gestoßen ist. Bei der ersten Person erfolgte die Traumatisierung durch das Ereignis selbst, während die zweite Person nur durch die Schilderungen der ersten Person traumatisiert wird.

7.2. Ursache

Da Einsatzkräfte (Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, ...) zu Schadensereignissen gerufen werden, die mit unvorhergesehenen, meist mehrdeutigen und in der Regel nur schwer zu kontrollierbaren Situationen einhergehen, ist es nicht verwunderlich das sie unter massiver Stressbelastung stehen. Gefahren für das eigene Leben oder zumindest Verletzungsgefahr, die Behinderung der Rettungsarbeiten durch verschiedene Umstände, eine unbekannte Arbeitsumgebung die sich oftmals ändert, der enorme Zeitdruck sowie die Verantwortung für das Leben der Verletzten und Kollegen sind nicht selten Begleiter bei solchen Einsätzen.

Wie von SHALEV (2000) schon festgehalten wird, verursacht diese außergewöhnliche Herausforderung an den menschlichen Organismus den Anreiz für den Körper die sympathische Aktivierung und die Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Systems zu veranlassen. Dies ist ein körpereigener Versuch die durch die Belastung auf den Körper verursachten Auswirkungen innerhalb homöostatischer Grenzen zu halten. Häufig geschieht das durch eine Fokussierung auf die lebenswichtigen Funktionen, wie die Versorgung des Gehirns mit Blut und Sauerstoff, auf Kosten der sekundären Funktionen, wie die Verdauung. Die Reaktion auf so eine Herausforderung erfolgt immer in einem triphasischen Muster. Zuerst erfolgt eine akute Reaktion auf den Reiz, dann folgt eine Phase des Widerstandes, der entweder Erholung oder Erschöpfung anschließt. (SHALEV 2000: 112ff)

Alleine diese Vorgänge verursachen Stress. Sie führen sowohl zu positivem Stress, der hohe körperliche und geistige Aktivitäten zulässt, die in diesem Falle zur Meisterung der Situation notwendig sind, als auch zu negativem Stress, der unter bestimmten Umständen zu einer psychischen Traumatisierung führen kann. Wissenschaftlich belegt ist, dass Einsatzkräfte belastungsfähiger sind, da sie über eine hohe Kompetenz- und Kontrollüberzeugung verfügen, eine hohe Stresstoleranz aufweisen und ein großes Bedürfnis nach Anerkennung haben. Außerdem weisen sie einen ausgeprägten Ordnungssinn sowie hohe soziale Kompetenz und soziale Verantwortung auf. Daraus und unter Bedacht von Beruf, gestellten Anforderungen und gesammelten Erfahrungen ergibt sich ein stabiles Bild, das das notwendige Vertrauen gibt um den Berufsalltag mit seinen Herausforderungen zu bewältigen. Dadurch sind sie im Stande die wiederholt auftretenden Extremsituationen gut bewältigen zu können und auch verarbeiten zu können. (KRAMPL und JUEN 2005: 49)

Kommt es bei einer solchen Extremsituation dazu, dass

- irgendjemand der unmittelbar Beteiligten körperlich zu Schaden kommt oder sie selbst oder ein Kollege beim Einsatz gefährdet werden oder zu Schaden kommen und zusätzlich
- sie selbst als Einsatzkraft sich hilflos fühlen oder starke Furcht bzw. Entsetzen verspüren

so kann es passieren, dass bei der Einsatzkraft traumatische Stressreaktionen auftreten können. Wenn die oben genannten Punkte eintreten, kann es zu Zweifel an der eigenen Kompetenz, bei den vorhandenen Fähigkeiten, an der Belastbarkeit und generell am Beruf kommen. Die daraus resultierenden Unsicherheiten und Ängste im Bezug auf zukünftige Berufsbelastungen können einen Einfluss auf die Beurteilung der Erlebnisse und Geschehnisse im sozialen Umfeld haben. Somit ist es möglich, dass zu etwaigen traumatischen Stressreaktionen auch noch eine Stressbelastung in chronischer Form entsteht. Da chronischer Stress durch seine lang andauernde Beeinträchtigung Schäden verursacht, ist es bei traumatischem Stress die hohe Intensität die zu Gesundheitsproblemen führen kann. Die Kombination von beiden Stressarten in Verbindung mit den oben genannten Bewertungsprozessen kann zu emotionalen, kognitiven und körperlichen Folgen führen, die am Ende auch das Verhalten beeinflussen. Somit gibt es eine Reihe von Einflüssen die den traumatischen Stress bei Einsatzkräften durch weitere Stressoren verstärkt. (KRAMPL und JUEN 2005: 49ff)

Um den Ablauf einer Traumatisierung besser verstehen zu können wird in Abbildung 1 deren Entstehung schematisch dargestellt.

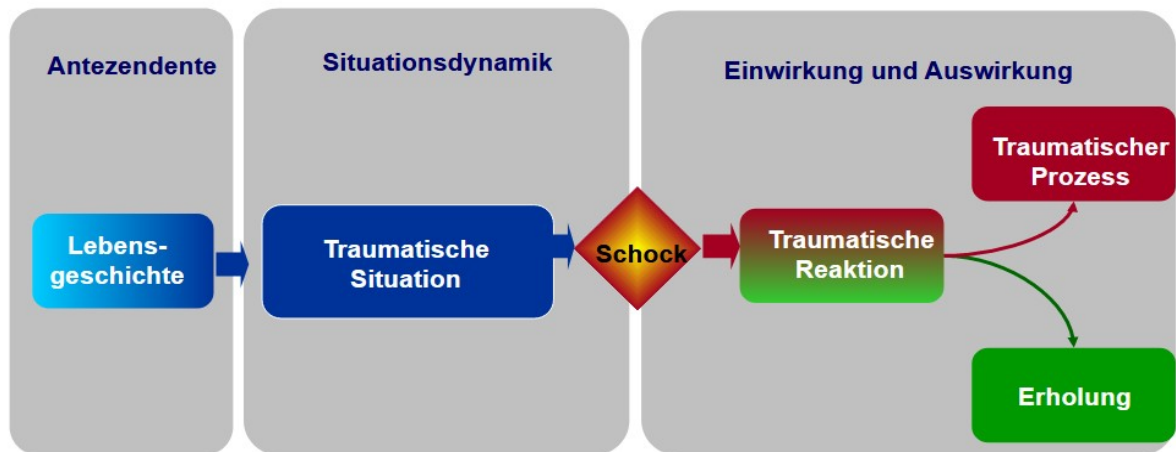


Abbildung 1: Schematische Darstellung einer traumatischen Reaktion (Quelle: BERING 2011)

In diesem Bezug wurde eine Untersuchung an 597 männlichen Einsatzkräften durchgeführt, was bei 1900 ausgesendeten Fragebögen in Österreich eine Rücklaufquote von 31,4 Prozent ergibt.

Tabelle 8: Auswertung der Umfrage (Quelle: KRAMPL und JUEN 2005: 53)

Einheit	N	Beeinträchtigung	Anzahl	Prozent	Kumulativ %
Feuerwehr	131	nicht belastet	82	62,6	62,6
		beeinträchtigt	30	22,9	85,5
		Belastungsstörung	19	14,5	100
Rettung	194	nicht belastet	125	64,6	64,4
		beeinträchtigt	56	28,9	93
		Belastungsstörung	13	6,7	100
Exekutive	272	nicht belastet	164	60,3	60,3
		beeinträchtigt	75	27,6	87,9
		Belastungsstörung	33	12,1	100
Einsatzkräfte gesamt	597	nicht belastet	371	62,1	62,1
		beeinträchtigt	161	27	89,1
		Belastungsstörung	65	10,9	100

Daraus lässt sich folgendes Bild ableiten:

Unter den Kräften der Feuerwehr leiden 14,5 Prozent an einer posttraumatischen Belastungsstörung, 22,9 Prozent zumindest unter einer teilweisen Beeinträchtigung. Das ergibt eine Summe von 37,4 Prozent die unter zumindest teilweiser PTBS leiden. Beim Personal des Rettungsdienstes sieht es ähnlich aus. Dort leiden 6,7 Prozent an einer vollen PTBS, während 28,9 Prozent unter einer teilweisen Variante leiden. Insgesamt sind es aber auch 35,6 Prozent die in irgendeiner Weise beeinträchtigt

sind. Wenn man sich jetzt die Exekutive betrachtet, so stellt man fest, dass hier 12,1 Prozent an einer voll ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Weitere 27,6 Prozent ertragen zumindest teilweise Probleme, was in Summe 39,7 Prozent gesamt belastete Personen bedeutet. Summa summarum muss davon ausgegangen werden, dass mehr als ein Drittel der österreichischen Einsatzkräfte zumindest an einer teilweisen posttraumatischen Belastungsstörung leiden. (KRAMPL und JUEN 2005: 53)

In einer weiteren Studie die von DUCKWORTH (DUCKWORTH 1986) an 399 Einsatzkräften nach der Brandkatastrophe von Bradford 1985 durchgeführt wurde, wurde von Gefühlen der Niedergeschlagenheit berichtet, sowie eine zunehmende Angst und Anspannung bemerkt. DUCKWORTH teilte die verschiedenen emotionalen Problembereiche der belasteten Einsatzkräfte in fünf Kategorien ein: Schuldgefühle, hervorgerufen durch die während des Einsatzes getroffenen Entscheidungen, da die bei dem Einsatz eingeteilten Ressourcen eventuell besser verwendet hätten werden können. Die dadurch verursachten massiven Zweifel nagen massiv am Selbstwertgefühl. Wenn der Einsatz rekonstruiert wird, wird erst so richtig bewusst unter welchen selbstgefährdeten, extremen Bedingungen gearbeitet wurde. Allein der Gedanke an die Möglichkeiten was noch alles passieren hätte können ruft Befürchtungen und Ängste hervor. Reizbarkeit und Ressentiment sind auch aufscheinende Symptome bei DUCKWORTH. Auch die persönlichen Wertvorstellungen, Ziele und Pläne könne anhand von motivationsbedingten Veränderungen nach so einem Ereignis verworfen werden. (DUCKWORTH 1986; ANDREATTA et al. 2005: 87)

In einer zwischen September und Dezember 2002 durchgeführten Studie an 85 freiwilligen Rettungssanitätern in Südtirol wurde die Fragestellung nach der Traumaexposition auf zwei unterschiedliche Arten gestellt. Einerseits wurde nach den strengen Kriterien des DSM-IV abgefragt, auf der anderen Seite nach einem eher liberalen Traumakriterium. Angenommen wurde, „dass jeder subjektiv belastende Einsatz bzw. jedes als belastend erlebtes Ereignis, das von den Probanden angegeben wird, als Trauma gezählt werden kann“, ohne Berücksichtigung der DSM-IV Kriterien (SCHÖNHERR et al. 2005: 116). Das Ergebnis zeigte auf, dass nach dem strengerem Maßstab 31 Probanden (36 Prozent) eine Traumaprävalenz zeigten, nach der liberaleren Fragestellung es 53 Personen (62 Prozent) waren. Es wurde die Versuchsgruppe auch hinsichtlich der posttraumatischen Belastungssymptome eingeteilt, wobei hier 5 Gruppen definiert wurden. In die erste Gruppe wurden jene zugeordnet die noch kein potentiell traumatisches Erlebnis aufweisen konnten. Die zweite Gruppe wurde von denjenigen gestellt, die zwar schon so ein traumatisches Erlebnis hatten, aber keinerlei Symptome aufwiesen. In die dritte Gruppe wurden die Probanden eingeteilt, welche ein Symptom einer PTBS aufwiesen. Wenn neben dem Kriterium Wiedererleben auch eines der beiden anderen Kriterien (Vermeidung oder Erregung) auftritt, so wurden diese Personen der vierten Gruppe zugeordnet. Erst nach Erfüllung aller Kriterien, also aller Symptome, wurde von einer voll ausgeprägten PTBS ausgegangen und somit die fünfte Gruppe definiert. In folgender Tabelle 9 ist das Ergebnis dieser Einteilung ersichtlich.

Tabelle 9: PTBS-Gruppen in Zahlen (Quelle: STEINER und BRAUCHLE 2005: 119)

Gruppe	N	Prozent
keine Traumaexposition	32	39
Trauma/ keine Symptome	25	29
ein PTBS Kriterium	13	15
Mehr als ein Kriterium	13	15
PTBS Vollbild	2	2
Gesamt	85	100

Wie in der Tabelle 9 ersichtlich wurde von 53 Rettungssanitätern, was mehr als 60 Prozent sind, angegeben, dass sie zumindest ein traumatisches Ereignis im Laufe ihrer Dienstjahre erleben durften. Von diesen wurde knapp die Hälfte, 25 Personen oder 29 Prozent, in keiner Weise durch das Erlebte beeinflusst. 13 Helfer (15 Prozent) erfüllen ein Kriterium von der posttraumatischen Belastungsstörung, wobei es sich hauptsächlich um die Wiedererleben handelt. Nur von einem Probanden wurde die Erregung genannt, während die Vermeidung gänzlich unerwähnt blieb. In der Gruppe der Studienteilnehmer mit mehr als einem Kriterium der Traumaexposition befinden sich 13 Teilnehmer (15 Prozent), wobei hier neben dem Wiedererleben am häufigsten die Erregung genannt wurde. Lediglich von einer Person wurde zum Wiedererleben die Vermeidung aufgelistet. Bei nur 2 Teilnehmern von 85 wurde eine volle posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. (STEINER und BRAUCHLE 2005: 115ff)

Bei einer zweiten Studie, die ebenfalls in Südtirol anhand von 145 männlichen, hauptberuflichen Rettungssanitätern durchgeführt wurde, wurde der Frage nachgegangen, ob es zwischen den Konstrukten des Kohärenzgefühls, dem sekundär traumatischen Stress und dem Flow-Erlebnis einen Zusammenhang gibt, und wenn ja, wie sie sich zueinander in Beziehung befinden. Bei der Auswertung wurde wieder festgestellt, dass diejenigen Probanden, die die niedrigeren Kohärenzwerte aufwiesen, erhöhte Werte beim sekundär traumatischen Stress und bei den Burnout – Syndromen besaßen. Des Weiteren berichteten jene Rettungssanitäter mit einem hohen Kohärenzwert signifikant öfter von einem Gefühl der Kontrolle und Kompetenz, einem Fokussieren ihrer Aufmerksamkeit auf ihre Tätigkeit und waren stärker an einer Problemlösung und Teamarbeit beteiligt, als jene mit einem niederen Wert. Somit wurden eindeutige Merkmale des Flow – Erlebens bei der Kohärenz starken Gruppe gefunden. Gleichzeitig konnte ein direkter Zusammenhang zwischen niedrigen Kohärenzwerten, den damit verbundenen niedrigen Gefühl der Kompetenz und Kontrolle, geringer Bereitschaft zur Problemlösung und zur Teamarbeit, sowie wenig Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die auszuführende Tätigkeit und verstärkte Symptome der sekundären traumatischen Belastungsstörung festgestellt werden. Da bei dieser Studie auch nach traumatischen Erfahrungen in der

Lebensgeschichte gefragt wurde, kann auch ein Schluss darauf gezogen werden, wie der private Bereich einfließt in das berufliche Geschehen. Von 88 Prozent der 145 Studienteilnehmer wurde angegeben, dass sie entweder persönlich oder als Zeuge beteiligt an Trauma auslösenden Ereignissen waren. Diese 128 Personen wurden in zwei Gruppen geteilt, in jene die noch schwer mit dieser Belastung zu kämpfen haben, und in eine zweite Gruppe mit denjenigen, die nur noch mit geringen Folgen davon zu tun haben. Wenn diese beiden Personengruppen jetzt mit dem erhobenen Kohärenzgefühl verglichen wird, stellt sich heraus, dass die Gruppe die sich noch mit dem traumatischen Ereignis belastet fühlt, zugleich jene Gruppe ist, die ein geringeres Kohärenz Gefühl aufweist. Auf der anderen Seite legt die Gruppe, die keine traumatische Belastung aufweist, eine höhere Kohärenz an den Tag. Gemäß den Untersuchungsergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass von den 145 Untersuchungsteilnehmern für 2,8 Prozent (4 Teilnehmer) die Gefahr besteht an einer sekundär traumatischen Belastungsstörung zu leiden, weitere 3,4 Prozent (5 Teilnehmer) haben ein erhöhtes Burnout Risiko. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass jene Rettungssanitäter, die hohe Kohärenzgefühlswerte aufweisen, auch diejenigen sind, die bei ihrer Arbeit Merkmale aufweisen, welche für das Flow – Erlebnis charakteristisch sind. Die Gefühle, die Situation unter Kontrolle zu haben und genügend Kompetenz aufzuweisen um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen, sind wichtige Anhaltspunkte dafür. Sich völlig auf sein Aufgabenfeld zu konzentrieren und dabei sein Umfeld zu vergessen, ist wohl einer der größten Faktoren um ein Flow – Gefühl zu bekommen. Diese Fähigkeit und erhöhte Motivation um berufliche Problemfelder anzugehen, sind bei der Gruppe mit hohem Kohärenzgefühl vorhanden. Auf die Frage ob es einen Zusammenhang zwischen Flow – Erlebnis und sekundär traumatischen Stress einen Zusammenhang gibt, kann als Antwort JA gegeben werden. Kompetenz und Kontrolle bei der Arbeit, sowie die Bereitschaft zum Problemlösen und arbeiten im Team, und die Zentrierung der Aufmerksamkeit besitzen eine signifikante negative Korrelation zu sekundär traumatischen Stress. (GASSER und JUEN 2005: 149ff)

Ebenfalls in Südtirol wurden 16 männliche freiwillige Bergretter nach für sie besonders belastenden Faktoren bei ihrer Tätigkeit gefragt. Die Ergebnisse:

- extreme körperliche Belastung
- erschwerte Umweltbedingungen
- Gefährdung
- „Alleinsein“ sein in der Rettungsaktion
- Opfer/Tote
- Angehörige
- mangelnde Information

unterscheiden sich nicht wesentlich von den bisher genannten. Alleine der Punkt „erschwerte Umweltbedingungen“ kommt eine stärkere Bedeutung zu, da die Rettungsaktionen auf einem Berg nicht mit jenen in der Ebene zu vergleichen sind. Dies kommt auch bei den stressreduzierenden Faktoren zum Ausdruck. Hier wird

einheitlich die Kameradschaft unter den Bergrettern als wichtigster Punkt genannt, was in Anbetracht der erforderlichen Vertrauensbasis, welche bei einer Rettung aus großer Höhe von Nöten ist, mehr als nur verständlich ist. Eine stabile, gut funktionierende Kameradschaft fördert die Bewältigungsstrategien in mehreren Ebenen. Auf der interpsychischen Seite durch Vertrauen und mittels Zusammenhalt in der Gruppe auch Sinnfindung. Auf der aktionalen Seite durch das bewusste Abgeben von Tätigkeitsfeldern an Kameraden und das Vermeiden von unnötigen Risiken. Auf der interaktiven Seite mittels ausführlichen Gesprächen mit Kollegen und den dabei verwendeten Witz und „Galgenhumor“, der für Außenstehende eher befremdend wirkt. Auch die Aufteilung der Aufgaben nach vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der gemeinsame Abschluss des Einsatzes, durch zusammensitzen, essen, trinken, reden und lachen, gehört dazu. Durch gemeinsame Freizeitaktivitäten wird das „zusammenhalten“ und das „gemeinsam Verantwortung tragen“ gesteigert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine gute kameradschaftliche Beziehung nicht nur viele Bewältigungsmechanismen begünstigt, sondern manche erst zustande kommen lässt. (NAGL et al. 2005: 189ff)

Einer der gewichtigsten Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Stress ist sicher das Rollenbild, in dem alle Einsatzkräfte stehen. Im Allgemeinen wird mit einer Einsatzkraft ein bestimmtes Verhalten und Erscheinen assoziiert. Emotionale Stärke, Kraft, physische und psychische Stärke, hohe Kompetenz und Kontrolliertheit sind Sinnbild für diese Vorstellung. Wenn jetzt etwas eintritt, dass eine natürliche emotionale Reaktion hervorruft, dann ist das im Sinne des Rollenbildes nicht kompatibel. Das nicht zulassen dieser Emotion in Verbindung von eventuellen selbst Überrascht sein solche Gefühle zu haben, ist auch ein Multiplikator der das Stresslevel in die Höhe treibt. Weitere Einflüsse sind die Konfrontation mit verletzten, leidenden, sterbenden und toten Menschen. Im Falle eines größeren Ereignisses, bei dem es zu einer Vielzahl von Opfern kommt, kann es durchaus passieren, dass die Einsatzkräfte nicht nur mit dem Anblick des Geschehens sondern auch mit Schreien der Verletzten, dem Lärm am Einsatzort und dem Geruch von verbrannten Fleisch in Kontakt kommen. Unter Umständen kommt es zu einem Anblick von entstellten Leichen, was wiederum ein weiterer Stimulus bedeutet. Erschwerend kommt in so einem Fall dazu, dass bei einem Massenanfall an Verletzten nach bestimmten Kriterien gearbeitet werden muss. In einer so genannten Triage wird durch einen Notarzt mit Unterstützung des Sanitätspersonals die Priorität der Behandlung festgelegt, wobei hier einzig und allein die Schwere der Verletzung den ausschlaggebenden Grad der Beurteilung festlegt. Dies kann zu einem Gewissenskonflikt vor allem bei neuen Mitarbeitern führen, da die Situation eine erhebliche Belastung darstellen kann. Erschwerend kann dazukommen, wenn in diese Situation Kinder involviert sind. Um für solche Situationen gewappnet zu sein wird das Einsatzpersonal auf „Worst Case“ Szenarien vorbereitet, um mit dem Schlimmsten zu rechnen und nicht in einen verstörenden Überraschungseffekt oder Schockzustand zu gelangen.

Als nicht zu unterschätzender Druck auf die Hilfsmannschaften ist die Tatsache zu werten, dass die meisten Einsätze in der Öffentlichkeit stattfinden. Entweder sind es die Schaulustigen mit ihren Handys oder sogar die Presse die einen bestimmten

Druck, meistens Erfolgsdruck, auslösen. Falls diese nicht anwesend sind, so reicht es manchmal schon, wenn die Angehörigen zu gegen sind, und eine erfolglose Reanimation eingestanden werden muss, um einen gewissen Druck aufzubauen. (ANDREATTA et al. 2005: 76ff)

Die berufsbedingten Belastungen lassen sich anhand der folgenden Tabelle (Tabelle 10) am ehesten veranschaulichen:

Tabelle 10: Berufsbedingte Belastungen für Einsatzkräfte (Quelle: WAGNER et al. 2001: 204)

Tätigkeits- und aufgabenabhängige Belastungen	Konfrontation mit stark leidenden, verletzten oder toten Menschen	Rollenabhängige Belastungen
- Lebensgefahr - Verletzungsrisiko - Unbekannte Arbeitsumgebung - Behinderung der Arbeit - Zeitdruck - Verantwortungsübernahme	- Große Anzahl von Opfern - Kinder und Jugendliche - Anblick bzw. Geruch von Toten - Leid der Angehörigen	Helferbild assoziiert mit: - Kraft - Allwissen - Physische Stärke - Psychische Stärke - Kontrolle

7.3. Tätigkeits- und aufgabenabhängige Belastungen

Da meistens die Aufgaben der Einsatzkräfte an vorderster „Front“, sprich direkt am Ort des Geschehens stattfinden, ist es nicht verwunderlich, wenn trotz moderner Technik und umsichtigen Handelns es trotzdem zu einem Restrisiko für die eingesetzten Kräfte kommt. Die unbekannte Arbeitsumgebung, die teilweise eingengt oder schwer zu erreichen sein kann, gepaart mit dem vorhandenen Zeitdruck der auf dem Einsatz lastet, ergeben einen immensen Druck auf die handelnden Helfer, der, wenn es zu Unachtsamkeit kommt, zu einem Verletzungsrisiko oder eine Gefahr für das Leben, sowohl für die Mannschaft als auch für die ihnen anvertrauten Betroffenen bedeuten kann. Diese Verantwortungsübernahme des ihnen überantworteten Lebens, das in ihnen der „Retter aus der Not“ sieht, erzeugt wieder Druck, um dieser Rolle gerecht zu werden. Die Lage des Geschehens und die Situation des Wetters sind schon bekannte Aspekte die die Arbeit behindern können. Was in letzter Zeit leider neu dazu gekommen ist, ist die Behinderung der notwendigen Tätigkeiten durch Schaulustige. Dieser Aspekt des Stressaufbaues wird leider in Zukunft immer stärker zu beachten sein.

7.4. Konfrontation mit stark leidenden, verletzten oder toten Menschen

Gerade als junge, neu beginnende Einsatzkraft, stellt sich so manche Situation die zu der man im Rahmen seiner Dienstverrichtung kommt, als große seelische Herausforderung heraus. Ein Szenario mit einer größeren Anzahl an Verletzten, mehreren Verstorbenen sowie das Leid der Angehörigen sind nicht einfach zu verkraften. Der Anblick und Geruch toter Körper sowie die notwendige Hilfeleistung

an einer persönlich bekannten Person gehören sicher zu den am belastetsten empfundenen Eindrücken. Wenn dann auch noch Kinder oder Jugendliche sich unter den zu Schaden gekommenen Personen befinden, dann werden die Grundsätze einer gerechten Welt komplett in Frage gestellt. Am schlimmsten wird empfunden, wenn anhand der großen Anzahl an zu versorgenden Patienten, mittels einer Triage, bei der anhand des Grades der Verletzung, eine Einteilung getroffen werden muss, welche nur rein rational betrachtet werden darf, niemals emotional, da sonst sicher eine andere Entscheidungen getroffen werden würden.

7.5. Rollenabhängige Belastungen

Da das Personal der Einsatzorganisationen in der Regel als „Retter aus der Not“ erscheint, ist es nicht verwunderlich, dass ein enormer Druck auf diesem lastet. Das Erscheinungsbild als allwissend, sowohl physisch als auch psychisch gestärkt und stabil, vor Kraft strotzend und immer alles unter Kontrolle habend, sind jene Attribute, die gerne nach außen vermittelt werden und von Externen auch erwartet werden. Emotionale Reaktionen aufgrund eines Ereignisses sind daher nicht rollenkonform, werden in der Regel auch nicht nach außen getragen. Die damit verbundenen ineffizienten Vermeidungsstrategien, wie zum Beispiel die Vermeidung, führen nur dazu, dass verstärkt psychischer Druck aufgebaut wird. (WAGNER et al. 2001:204ff)

Anhand von drei Grundannahmen für Einsatzkräfte wird durch ANDREATTA (2005) versucht die Einwirkung des Einsatz- bzw. Traumastress und die damit verbundene Erschütterung in persönlichen und beruflichen Aspekt zu erläutern.

Das Wohlfühlen der Welt - im Vergleich zur Einsatzwelt

Es liegt in der Natur des Menschen seine persönliche Umgebung als wohlwollend und berechenbar zu beurteilen, da er im Stande ist zu Verwüstung, Krankheit und Tod eine gewisse geistige Distanz einzunehmen. Mittels dieser Distanz können wir zum Beispiel jeden Tag mit dem Auto fahren, ohne anzunehmen, dass dies die letzte Fahrt ist. Dadurch wird angenommen, dass unsere Bezugspersonen und Freunde grundsätzlich wohlwollend und hilfsbereit sind. Dies wird auch „persönliches“ Wohlfühlen genannt. Dieses kann durch extremes Fehlverhalten von „Schlüsselpersonen“ erschüttert werden (zum Beispiel durch sexuellen Missbrauch in der Familie). Als „unpersönliches“ oder gegenständliches Wohlfühlen wird das Vertrauen in die Technik und die Welt allgemein bezeichnet. Hier kann es anhand einer Naturkatastrophe oder einem durch Menschen verursachten Ereignis zu einer Vertrauenseinbuße kommen. Umgelegt auf Einsatzkräfte spiegelt sich das unpersönliche Wohlfühlen in Form der Organisation, der vorhandenen Infrastruktur und des einzusetzenden Materials wider. An Hand des Beispiels des Roten Kreuzes als Einsatzorganisation spiegelt sich dies im hohen Image bei der breiten Bevölkerung wieder, genauso wie auf gute Organisationsstrukturen geachtet wird. Die zur Verfügung gestellte Uniform gewährleistet neben den Aspekten der Sicherheit und des Schutzes, auch ein Gefühl der Zusammengehörigkeit das außerdem Stärke, Kraft und Kompetenz vermittelt. Der Aufbau der Organisation ist nach den Gesichtspunkten der Funktionalität gegliedert. Beginnend bei den Einsatzleitern bis zum einfachen Sanitäter weiß jeder seine Rolle sodass Maßnahmen optimal

umgesetzt werden können. Dieses sich-verlassen-können auf die hierarchische Ebene „über“ und „unter“ sich, ist ein gutes Beispiel für Ineinandergreifen von unpersönlichen Strukturen. Ein nicht außer Acht zu lassender Aspekt ist auch die Ausbildung, welche, bereichert mit der Einsatzerfahrung die sich im Laufe der Dienstjahre sammelt, eine grundlegende Sicherheit bietet um sich in Extremsituationen noch zurechtfinden zu können und handlungsfähig zu bleiben. Es bietet sich ein Vergleich mit einem prall gefüllten Werkzeugkoffer an, bei dem im Anlassfall das passende Werkzeug herausgenommen und verwendet wird.

Im Bereich des persönlichen Wohlbollens fällt das Vertrauen ins Team, welches meist eine große Gruppenkohärenz aufweist und dadurch einen zentralen Bestandteil des Einsatzablaufes darstellt. Durch die hohe Identifikation mit dem Kollegen ist die Grundannahme der persönlichen Unverletzbarkeit stark bedroht, wenn ein Teammitglied im Rahmen des Einsatzes verletzt oder gar getötet wird. Schlagartig wird die eigene Vulnerabilität wieder vor Augen geführt. Durch gemeinsame Feste und gemeinsam begangene Rituale wird das Vertrauen gestärkt und somit auch das persönliche Wohlbollen in die Umgebung. (ANDREATTA et al. 2005: 80ff)

Grundannahme von Sinn- und Bedeutungshaftigkeit – Struktur und Kontrolle im Einsatz

Häufig wird angenommen, dass wenn etwas Geschieht, es einen tieferen Sinn oder im Rahmen eines größeren Zusammenhanges passiert. In dieser Theorie ist auch Platz für die Annahme, dass es bestimmte Menschen betrifft, im Sinne von: Warum gerade mich? oder Immer trifft es die Guten! Die Grundlage dieser Ansicht ist die Annahme einer gerechten Welt, die durch das eigene Verhalten kontrollierbar ist. Im Endeffekt dient es aber nur dazu das Gefühl der eigenen Vulnerabilität zu verringern.

Berufsbedingt erleben Einsatzkräfte aber eine Realität, die anders aussieht. Wenn bei einem Unfallgeschehen Aspekte wie Alkohol, Drogen oder Raserei im Spiel sind, dann ist die grundsätzliche Annahme von Sinn und Gerechtigkeit noch vertretbar. Kommen dabei aber Unschuldige oder gar Kinder zu Schaden oder werden sogar getötet, dann gerät diese Grundannahme ins Wanken. Dadurch ergibt sich für die Einsatzkräfte eine doppelte Herausforderung der Wertestellung. Auf der einen Seite erleben sie wie, trotz richtigen Verhaltens, Personen zu Opfern werden, auf der anderen Seite, müssen sie sich und ihr Handeln am Einsatzort unter Kontrolle halten. Das Gefühl dieser Kontrolle ist von enormer Wichtigkeit, da ein Verlust dieser zur Erschütterung der Grundannahme führen würde. Falls im Laufe eines Einsatzgeschehens die Einsatzkraft wirklich kurzfristig die Kontrolle über Aspekte des Geschehens verliert, so kann sich im Nachhinein der Eindruck einschleichen, dass die Lage falsch eingeschätzt wurde oder hätte besser kontrolliert werden können. Dies ist dann oftmals mit Schuldgefühlen verbunden. (ANDREATTA et al. 2005: 81ff)

Grundannahme zum Selbstwert – das Selbstbild von Einsatzkräften

Im Grunde genommen sehen wir uns als tüchtige, anständige und gute Menschen, die durch das an den Tag gelegte richtige Verhalten positive Ergebnisse verdienen. Da wir uns dadurch als „besser“ als der Durchschnitt sehen, erfolgt eine positive

Verzerrung der Selbsteinschätzung. Diese Grundannahme hat zur Folge, dass wir uns zufriedener und sicherer fühlen und dass alle Dinge positiv für uns ausgehen werden. Das spiegelt sich auch im Prinzip der Kontrollierbarkeit bzw. der Selbstkontrolle wider.

Einsatzkräfte haben durch ihre Ausbildung und Erfahrung gelernt, dass der Umgang mit Verletzten, Sterbenden und toten sie in ihrer Unverwundbarkeit nicht beeinträchtigt. Sie haben Vertrauen in ihr Team und in die eigene Belastbarkeit gewonnen. Das (Selbst-) Bild eines Helden schützt vor der Gewissheit der eigenen Vulnerabilität im physischen und psychischen Bereich. Die Rettung eines Menschenlebens unter schwierigsten Bedingungen kommt einem Heldenmythos nahe. Es stellt sich das Bild des hilflosen Opfers auf der einen Seite und des starken, voller Kraft und Ressourcen strotzenden Retters auf der anderen Seite dar. Da dieses Bild auch von vielen Rettungsdienstmitarbeitern geteilt wird, laufen diese Gefahr nach einem belastenden Einsatz sich nicht mehr als strahlende Helden zu sehen. Sie werden von Selbstzweifel und Schamgefühlen geplagt und sehen sich als Versager. (ANDREATTA et al. 2005: 82ff)

In Tabelle 11 erfolgt eine Zusammenfassung der einzelnen Merkmale der Grundannahme zum Vergleichen.

Tabelle 11: Grundannahmen von Einsatzkräften (Quelle: ANDREATTA et al. 2005: 84)

Wohlfühlen der Welt Einsatzwelt	Sinn-/ Bedeutungshaftigkeit	Wertschätzung des Selbst
Unpersönliche Ebene: Organisation/Einrichtung Infrastruktur Ausbildung Material Uniform	Annahme: Gerechte Welt	Annahme zum Selbstbild: „Ich kann mich auf mich verlassen“ „Ich habe was gelernt“ „Ich habe Erfahrung“ „Andere können sich auf mich verlassen“
Bedrohung der Grundannahme: Einsatzleiter fällt während Großschadensereignis plötzlich aus Fehlendes Material im Großschaden	Bedrohung der Grundannahme: Verletzung von Kindern Abbruch von Rettungsmaßnahmen Aufteilung der Ressourcen	Bedrohung der Grundannahme: Stressreaktionen im Einsatz „Versagen“ im Einsatz

Persönliche Ebene: Team Kameradschaft Peersystem	Kontrollierbarkeit/ Verhalten: „Mein Fachwissen ist einsetzbar und hilfreich“	Annahme zur Selbstkontrolle: „Ich habe es im Griff“ Kontrolle über den Einsatz
Bedrohung der Grundannahme: Verletzung eines Kollegen „Versagen“ eines Kollegen Unklarheiten im Team	Bedrohung der Grundannahme: Unverschuldete Verletzungen Großschadensereignisse Katastrophenszenarien	Bedrohung der Grundannahme: Stressreaktionen (Verlust des Zeitgefühls, Fokussierung,...)
		Annahme zu Glück/Unglück: „Mir wird selbst nichts passieren“ Bedrohung der Grundannahme: Eigen Verletzung Verletzung von Kollegen Suizid von Kollegen

Da eine Erschütterung der Grundannahmen einen belastenden, tiefen Einschnitt darstellt, gibt es einige Mechanismen zum Schutz dieser. Diese teils unbewusst praktizierten Schutzmechanismen dienen zur Minimierung der potentiell traumatischen oder belastenden Faktoren und stellen sicher, dass Einsätze der herausfordernden Art angenommen werden können. Einer dieser Schutzmechanismen ist das wiederholte Üben von gleichbleibenden Handlungsabläufen. Die dadurch gewonnene Automatisierung schützt vor Fehlentscheidungen und daraus resultierenden Kontrollverlust. Ebenso ist das Durchspielen von „Worst Case“ Szenarien sowohl im Team als auch als Einzelperson ein Schutz, da das Gefühl vermittelt wird auf alles vorbereitet zu sein und dadurch die Handlungsfreiheit erhalten bleibt. Die im Ernstfall stattfindende Zuteilung eines bestimmten Aufgabenbereiches ist genauso ein Schutzmechanismus. Dadurch kann die zu erwartende Arbeit fokussiert angegangen werden, ohne dass der Mitarbeiter oder das Team vom restlichen Chaos überrollt wird. Außerdem schützt sie dieses

Verhalten vor späteren Gefühlen der Hilflosigkeit, Intrusion und Frustration. Genauso ein unbewusster Schutz ist die Durchführung der Anweisungen des Einsatzleiters. Ein weiterer, eher unbemerkter Helfer beim Schutz der Grundannahmen ist der Humor. Meistens entsteht er im Nachhinein und außerhalb der Öffentlichkeit, teilweise kann er auch als „schwarzer Humor“ verpönt sein, nichts desto trotz ist er eine Möglichkeit Spannungen abzubauen und Distanz zum Geschehen aufzubauen. Das gleiche gilt auch für den Berufsjargon. Wenn unter Rettungspersonal von einem NACA 7 die Rede ist, dann wissen alle, dass es sich um eine verstorbene Person handelt. Für Außenstehende klingt es eher befremdend, für Angehörige sogar verletzend, wenn so von einem Verstorbenen gesprochen wird, für die Einsatzmannschaft ist es ein Schritt um genügend Distanz zum Geschehen aufbauen zu können. (ANDREATTA et al. 2005: 85ff)

Wenn es zu einer Veränderung der Grundannahme kommt, dann hat das nicht nur Einfluss auf das persönliche Leben, sondern spiegelt sich auch auf der beruflichen Seite wieder, egal ob hauptberuflich oder ehrenamtlich. Neben der Abnahme der beruflichen Leistungsfähigkeit kann es auch zu einer Änderung der Berufsauffassung kommen. Diese zeigt sich in Form von geringer Wertschätzung dem Patienten gegenüber oder als Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit. Dem wird meist perfektionistisches Handeln in zukünftigen Einsätzen entgegengebracht. Aber auch der Rückzug von Kollegen, Vertrauensabnahme und die Abnahme der Beziehungsqualität sind typische Zeichen. (ANDREATTA et al. 2005: 88)

Was zu diesen Einschränkungen der Lebensqualität noch dazukommt, sind die erhöhten Fehlzeiten am Arbeitsplatz und gehäufte Aufenthalte in Kur- und Rehabilitationszentren, die daraus resultierenden hohen Behandlungskosten und ein eventueller früherer Pensionsantritt. Zu einer daraus resultierenden deutlich reduzierten Lebenserwartung kommen auch noch nicht unwesentliche Mehrkosten im volkswirtschaftlichen Sinne dazu. (STEINER und BRAUCHLE 2005: 110)

VAN DER KOLK (2000) listete die Langzeiteffekte von Traumatisierung auf, falls nicht helfend eingegriffen wird.

Generalisierte Übererregung und Schwierigkeiten bei der Erregungsmodulation:

- Aggressionen gegen sich selbst und andere
- Unfähigkeit, sexuelle Impulse zu modulieren
- Probleme mit sozialen Bindungen – übertriebene Abhängigkeit oder Isolation

Veränderungen neurobiologischer Prozesse, die an der Reizdiskriminierung beteiligt sind:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten
- Dissoziation
- Somatisierung

Konditionierte Angstreaktionen auf traumabezogene Reize.

Erschütterung der Sinnzusammenhänge:

- Verlust von Vertrauen, Hoffnung und dem Gefühl, etwas bewirken zu können
- Verlust des „Denkens als Probehandeln“

Soziale Vermeidung:

- Verlust wichtiger Bindungen
- Mangelnde Anteilnahme an der Zukunftsplanung

(VAN DER KOLK 2000: 171)

Bei all den negativen Auswirkungen darf man nicht übersehen, dass es auch positive Aspekte der Auseinandersetzung mit dem belastenden Ereignis gibt. Persönliches Wachstum und neue Erkenntnisse gehören ebenso wie neue und/oder veränderte Grundannahmen zu den gewonnenen Perspektiven die sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich eingesetzt werden können. Diese gewonnenen Erkenntnisse können auch in das Rollendenken der Einsatzkraft Einfluss nehmen und dort zum Beispiel die eigene Vulnerabilität erkennen lassen und zukünftige Einschätzungen der Möglichkeiten beeinflussen. So können kurze Momente der emotionalen Überwältigung die Einsatzfähigkeit kurz unterbrechen, aber nach Wiedererlangen dieser kann auch ein fehlgeschlagener Einsatz als ein lohnender betrachtet werden. Es darf aber auch der Teamgedanke nicht unbeachtet werden. Gerade in Zeiten widriger Umstände haben Teamzusammenarbeit und gegenseitiges auf-sich-verlassen-können einen hohen Stellenwert und Wachstumspotenzial. Zumal diese Kohäsionskraft des Teams auch ein wirksamer Teil bei der Verarbeitung von sekundärer Traumatisierung darstellt. Im persönlichen Bereich erfolgte oftmals eine Erkenntnis über die persönliche Stärke und Kraft, eine größere Wertschätzung der Beziehung und eine Wendung zu einem gesünderen Lebensstil. Ergänzt wird dies durch die verstärkte Bedeutung der eigenen Familie und höhere Achtung vor der menschlichen Widerstandskraft. (ANDREATTA et al. 2005: 88ff)

7.6. Maßnahme

Um einer sekundären Traumatisierung entgegenzuwirken ist eine Reihe von Maßnahmen möglich. In erster Linie wird die von Jeffrey MITCHELL entwickelte Methode des Critical Incident Stress Management (CISM) angewendet, bei der durch speziell geschulte Kollegen eine nichtprofessionelle psychologische Erste Hilfe angeboten wird. Diese sogenannten „PEERs“ zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus den eigenen Reihen stammen und dadurch nicht nur die üblichen Gebräuche und Begriffe kennen, sondern meist auch die Betroffenen selbst. Die angebotene Unterstützung soll in erster Linie folgende Bedürfnisse der betroffenen Einsatzkräfte abdecken:

- mit jemanden zu reden der die eigene Arbeit versteht,
- von den Kollegen zu erfahren, dass es nicht nur einem selber so ergeht,
- zu erfahren, dass die vorhandenen Reaktionen normal sind und wieder verschwinden werden.

Diese Zusammenfassung von SCHÖNHERR (SCHÖNHERR et al. 2005: 11) bringt es gezielt auf den Punkt. Das Gespräch über das Erlebte hilft bei der Verarbeitung, und es jemanden zu erzählen, der weiß wovon geredet wird, also ohne dass jedes Fachvokabel erklärt werden muss oder jede Tätigkeit beschrieben werden muss, ist sicher angenehmer als einen Außenstehenden bei dem viele Zwischenfragen für dessen Verständnis notwendig sind. Wenn der Kollege dann auch schon so ein Ereignis oder ein Ähnliches selbst erlebt hat, dann ist das Verständnis für die Situation auch gleich gegeben. Besonders wenn er dann auch von seinen Reaktionen berichtet, wird dem Betroffenen schnell klar, dass er nicht alleine ist, und diese Reaktionen ganz normale Effekte des Menschen auf das Erlebte sind. Dieser Aspekt ist ein wesentlicher Punkt im Rahmen der CISM Maßnahmen. Diese zielen auf die Normalisierung der Empfindungen und Reaktionen der betroffenen Einsatzkräfte ab. Ziel ist es, die emotionale Einsatzfähigkeit wiederherzustellen, indem die betroffene Person informiert wird, dass sie mit diesen Empfindungen nicht alleine ist. Um die nach einem belastenden Einsatz, der traumatisieren könnte, herrschende Verunsicherung zu verringern, wird im Rahmen der CISM Methode zu Stabilisieren versucht. Aspekte dieser Methode sind der zeitliche Abstand zum Ereignis, die Wiederherstellung der persönlichen Schutzmechanismen, die Strukturierung des Erlebten durch die Möglichkeit einen Gesamtüberblick über den Einsatz zu bekommen und darüber wiederholt, strukturiert zu erzählen. Ausschlaggebend ist die Freiwilligkeit der Teilnehmer, da keiner dazu gezwungen werden kann. (SCHÖNHERR et al. 2005: 12)

Im Detail betrachtet spiegelt die CISM Maßnahme die Prozesse der Emotionsregulierung wider. Nachdem die Einsatzkraft im Rahmen des traumatisierenden Einsatzes eine belastende Erfahrung gemacht hat, erfolgt in zeitlichem Abstand eine kognitive Bewertung des Ereignisses. Mittels strukturierten Erzählens des Erlebten und durch bewusstes Ansprechen der belastenden Situation, unter Zuhilfenahme von Bewertungsprozessen, soll die Wiederherstellung der Kontrolle und die empfundene Sinnhaftigkeit gefördert werden. Anhand der zugeführten Information wird wieder ein Überblick verschafft, der bei der Regulation der Emotionen hilfreich ist. Zum Abschluss steht die Wiederherstellung der Leistungs- und Lebensfähigkeit anhand von Bewältigungshandlungen der angeschlagenen Person im Mittelpunkt. Somit werden alle im funktionalistischen Paradigma der Emotionen festgeschriebenen Faktoren, anhand derer die wesentlichen Bestandteile der Handlungsorganisation definiert werden, abgedeckt. (BECK und JÜEN 2005: 130)

Als die verbreitetste Methode der Intervention ist das Debriefing zu nennen. Es wird in der Regel im Rahmen einer strukturierten Besprechung innerhalb der Gruppe der Einsatzkräfte einige Tage nach dem Ereignis abgehalten und hat eine Dauer von 2 – 4 Stunden, abhängig von der Gruppengröße und der Art des Ereignisses. Die Gruppengröße beträgt zwischen 4 und 30 Personen und die Debriefing-Sitzung findet nur einmal statt.

Dieses 7-stufige Modell besteht aus folgenden Phasen:

1. Konstitutionsphase: die Gruppenmitglieder stellen sich vor und die Regeln der Maßnahme werden erklärt (z.B.: Verschwiegenheit).
2. Fakten: Jeder Teilnehmer berichtet, was er erlebt hat.
3. Gedanken: Es wird über Gedanken während und bezüglich des Ereignisses berichtet.
4. Reaktion/Gefühle: Es wird über die damit verbundenen Gefühlsreaktionen berichtet.
5. Symptomatik: Die Teilnehmer sprechen über Anzeichen von Stress, die sie an sich erleben.
6. Aufklärung: Die Leiter der Gruppe vermitteln Informationen zur Normalität der Symptomatik und möglichen Bewältigungsstrategien.
7. Abschlussphase: Offene Fragen werden geklärt, das Ergebnis wird zusammengefasst, weitere Hilfsmöglichkeiten angeboten.

(BRAUCHLE et al. 2005: 40)

Alle diese Maßnahmen haben als Ziel die Verhinderung bzw. Verminderung akuter Stressreaktionen und posttraumatischer Belastungsstörungen. Zur Erreichung dieses Zieles werden folgende Methoden verwendet:

- Psychoedukation über Stressreaktionen und adaptiver Copingstrategien
- Erklärungen und Versicherungen, dass diese Stressreaktionen normale Reaktionen auf belastende Einsätze sind
- Einer psychosozialen Unterstützung bei der emotionalen und kognitiven Verarbeitung traumatischer Aspekte des Einsatzes
- Das Anbieten von Informationen und konkreten Möglichkeiten über weitere Interventionsmöglichkeiten

Da davon ausgegangen wird, dass alle Einsatzkräfte von oben genannter Unterstützung profitieren, wird diese auch allen angeboten. (BRAUCHLE et al. 2005: 40) Durch die Teilnahme wird das Debriefing generell sehr gut akzeptiert und positiv bewertet. Es wird überwiegend als entlastend und hilfreich bewertet. Als wichtige Faktoren dafür wird auf der einen Seite ein kompetentes Auftreten des Debriefing - Teams genannt, andererseits ein großzügiger zeitlicher Rahmen, der in zeitlichem engem Zusammenhang zum Geschehen angesiedelt ist. (BENGEL 2001: 196)

Es muss dabei gesagt werden, dass es nicht nur positive Aspekte bei dieser Art des Debriefings gibt. In letzter Zeit häufen sich die Meinungen, dass ein Debriefing auch einen negativen Einfluss haben kann. Mittels Studien wurde festgestellt, dass die Gruppe, die an einem Debriefing teilgenommen hat, auf längere Sicht stärker an den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung litt als die Gruppe, die nicht am Debriefing teilnahm. Andererseits wurde festgestellt, dass obwohl gerade nach solchen Ereignissen vorübergehend die Rangunterschiede und die Hierarchie ihre Bedeutung verlor und somit ein Klima der sozialen Unterstützung, des gegenseitigen

Beistandes und der Hilfe entstand, es im Rahmen eines Debriefings bei einer Personengruppe zu belastenden Gefühlen kommen kann. Die Funktion der Gruppen- und Mannschaftskommandanten können unter Umständen weder eine Form der Bewältigung noch eine intensive Zugehörigkeit zur Gruppe erfahren. Es werden eher Gefühle des Ärgers, des Versagens und der Schuld verspürt, sowie eine Entfremdung von der Mannschaft. Der Grund dafür ist darin zu finden, dass bei der Erzählung der Teammitglieder der Kommandant erfährt welchen Gefahren er seine Leute ausgesetzt hatte. Die Konfrontation mit den Folgen seiner Anweisungen verursacht wiederum Schuldgefühle, Gefühle des Versagens als Kommandant und den Wunsch nach Rechtfertigung. Das Gefühl des „Aufgehoben sein“ im Team kann dadurch nicht entstehen. Da Teammitglieder manchmal nicht verstehen können was als Führungskraft belastend ist, Bewältigung der Informationsflut, Entscheidungen unter Zeitdruck und Unsicherheit, lange Einsatzzeiten, die traumatischen Ereignisse sich als Konsequenz der Entscheidung des Kommandanten darstellt und sich die Möglichkeit einer Rechtfertigung verwehrt, ist es nicht Verwunderlich das die Führungskraft das Gefühl hat sich vom Team entfremdet zu haben. (BRAUCHLE et al. 2005: 40ff) In Anbetracht der Diskussion ob Debriefing schädlich ist oder nicht, kann man zumindest folgende Unterscheidung treffen:

Folgende Aspekte des Debriefings sind eher förderlich:

- Der psychoedukative Aspekt
- Die Nutzung des Gruppenzusammenhalts

Folgende Aspekte des Debriefings sind eher schädlich einzustufen:

- Die Überschwemmung mit traumatischen Eindrücken
- Das Aufschaukeln von negativen Affekten in der Gruppe

Die Grundidee der Hilfe durch Kollegen wird dadurch nicht in Frage gestellt. (BRAUCHLE et al. 2005: 45)

7.7. Besonderheit Einsatzleiter

Die Tatsache, dass ein klassisches Debriefing bei traumatisierten Mannschaften aber nicht bei den eingesetzten Einsatzleitern hilft, stellt die Frage in den Raum, wie dieser Personengruppe geholfen werden kann. Anhand der Stresstheorie von LAZARUS (1966) wird versucht eine Antwort zu finden. Diese Theorie besagt, dass Stressreaktionen als komplexe Wechselwirkungsprozesse anzusehen sind, welche auf eine Interaktion zwischen der handelnden Person und den Anforderungen der Situation beruhen. Ausschlaggebend ist die Antwort auf die Frage, ob die betroffene Person der Meinung ist die Situation kontrollieren zu können, und ob die eigenen Kräfte nicht ausreichend sind um die zu bewältigende Aufgabe zu schaffen. Somit werden auch Faktoren der Persönlichkeit und Unterschiedliche Deutungen der Situation in der Überlegung berücksichtigt. Dadurch wird durch jemanden der eine starke Kontrollüberzeugung und ein stabiles Selbstwertgefühl hat von sich aus aktiv auf die stressverursachenden Faktoren eingewirkt und an Lösungen gearbeitet. Somit wirkt ein Stressreiz auf alle Personen gleich, es liegt nur am Individuum selbst welche Gedanken, Überlegungen und Empfindungen er damit verknüpft und somit einen

Stress auslösenden Moment empfindet oder nicht. Diese individuelle Bewertung einer realen, antizipierten oder imaginären Bedrohung wird in drei Stufen eingeteilt: primary appraisal, secondary appraisal und re-appraisal. In der ersten Phase, der primary appraisal (Primärbewertung), erfolgt die Wahrnehmung des äußeren Reizes und eine Einstufung bezüglich seiner Bedrohung. Während der secondary appraisal (Sekundärbewertung) wird abgeschätzt, welche physischen (z.B.: Schmerz), psychischen (z.B.: Selbstwertverlust) oder psychosozialen (z.B.: Isolation) Aspekte auf die Person einwirken könnten. Dabei werden verfügbare Bewältigungsstrategien berücksichtigt, welche schlussendlich unter Bedachtnahme von Situationsparametern, kognitiver Struktur und Persönlichkeitsmerkmalen des Betroffenen eine Lösung hervorbringt. Diese verursacht die auf verschiedenen Beobachtungsebenen beschriebenen Stressreaktionen. Die Kenntnissnahme des Erfolges oder Misserfolges der eingesetzten Maßnahme, befähigt im Laufe der Zeit den Anwender diese selektiv einzusetzen. Als Abschluss wird beim re-appraisal die Ursprungssituation anhand der sowohl inneren als auch äußeren geänderten Bedingungen nochmals bewertet. Falls notwendig, da die individuelle Ausgangslage nicht wieder erreicht wurde, erfolgt eine Anpassung der persönlichen Sollwerte an die Veränderung. Dieses Konzept berücksichtigt in der Stressbewältigung auch die komplexen Vorgänge der Emotionen, da diese in die Bewältigungsstrategie mit einfließen. Oftmals wird nur der Ablauf der Stressreaktion beurteilt, nicht aber der komplexe Prozess als Ganzes. Aber gerade die Tatsache, dass sich diese beteiligten Variablen gegenseitig beeinflussen macht deutlich, dass das Phänomen Stress ein aktiver, sich entwickelnder Hergang ist. Genauer betrachtet laufen bei der Bewertung der Situation zwei miteinander verbundene Prozesse ab. Einerseits die Bewertung der Gegebenheit und dem gegenüber die Beurteilung der vorhandenen Ressourcen. Als mögliche Resultate kann folgendes herauskommen: Herausforderung oder Furcht bzw. Leid. Als Herausfordernd kann eine Sachlage dann beurteilt werden, wenn die betroffene Person sowohl unter psychischer als auch physischer Beteiligung dazu beiträgt, dass die Kontrolle erlangt wird, sie eine Möglichkeit der Bestätigung findet, sich eine Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung bietet oder sie einen Vorteil daraus erzielen kann. In diesen Fällen wird das Meistern der Aufgabe als interessant, aufregend oder auch als befriedigend erlebt. Wenn aber die Angst vor einer körperlichen Beeinträchtigung wahrgenommen wird oder das eigene Selbstwertgefühl in Gefahr ist, so entsteht aus der Situation Furcht oder Leid. Die individuell getroffene Entscheidung jedes einzelnen, hängt auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen wie soziale Unterstützung, eigene Kompetenz und materielle Möglichkeiten ab. (BECK und JUEN 2005: 130ff)

Anhand einer Studie an zehn erfahrenen Einsatzleitern, Durchschnittsalter bei 40 Jahren, über 20 Jahre Erfahrung in der Einsatzorganisation und über 10 Jahre Tätigkeit als Einsatzleiter, wurde versucht festzustellen, welche Faktoren bei einer leitenden Person Stresssymptome hervorbringen können. Als Ergebnis wurden viele verschiedene Faktoren festgestellt, die sich wiederum in vier Kategorien zusammenfassen lassen.

Stressauslöser:

- Alarmierung und Begleitumstände der Alarmierung
- äußere Bedingungen während des Einsatzes
- das eigene Eintreffen am Einsatzort
- das Gefühl Dinge am Einsatzort zu vergessen bzw. zu übersehen
- Forderungen anderer Personen (Einsatzkräfte, Betroffene, Presse,...) an den Einsatzleiter
- Mangel an Informationen über das Geschehen
- Situationen, in denen der Einsatzleiter das Gefühl verspürt den Überblick zu verlieren
- Ungewissheit über vorhandene Strukturen am Einsatzort
- Veränderungen der Situation am Einsatzort
- Vielfältigkeit der Aufgaben als Einsatzleiter
- Zeitdruck
- Zweifel an vorhandenen Informationen

Stressreduzierende Faktoren:

- dem Einsatzleiter bekannte Einsatzkräfte
- eigene Erfahrung als Einsatzleiter
- genügend Einsatzkräfte am Einsatzort
- Routinehandlungen setzen können
- Situation am Einsatzort selbst einschätzen
- Verantwortung abgeben können
- Vorliegen von Informationen bzw. Informationen bekommen

Regulierungsversuche:

- eigenes Handeln erklären bzw. rechtfertigen
- Kontrollieren der Situation
- mögliche Schwierigkeiten verdrängen
- sich auf wesentliche Punkte im Einsatz beschränken
- Suche nach Fehlern
- um das eigene Team kümmern

Kognitive Bewertung:

- Einschätzung der eigenen Person
- Vergleich der momentanen Situation mit Routinesituationen

Als Faktor des subjektiven Erlebens kommt noch das Gefühl des alleine seins dazu, sowie die Eindrücke vom Einsatzort. Als aufgezeigte Stresssymptome sind eine verzerrte Zeitwahrnehmung, die Tatsache dass Dinge vergessen werden sowie ein psychischer Erregungszustand zu erwähnen. Auffallend ist, dass unter dem Punkt „Stressauslöser“ weit mehr Unterpunkte zu finden sind als unter „kognitive Bewertung“.

Des Weiteren wurden die Einsatzleiter gebeten, Beispiele für „Routineeinsätze“ und „belastende Einsätze“ zu geben. Hierbei stellte sich heraus, dass die als „Routineeinsätze“ bezeichneten Geschehen von nicht so routiniertem Personal schon als „belastender Einsatz“ einzustufen sind. Als Beispiel sei ein Wohnungsbrand mit mehreren eingeschlossenen Personen, ein Verkehrsunfall mit mindestens einem Schwerverletzten und eingeklemmten Personen oder ein Verkehrsunfall auf der Autobahn mit mehreren Fahrzeugen und mehreren Verletzten zu nennen. Im Gegensatz dazu sind die von den Einsatzleitern als „belastende Einsätze“ bezeichneten Vorfälle von ganz anderer Schwere. Beispiele hierfür sind ein Busunglück in Vomp mit 7 Toten und über 50 Verletzten, ein Absturz eines vollbesetzten Kleinbusses mit 2 Toten und 5 Verletzten oder das Unglück von Kaprun mit 155 Toten und 11 Verletzten.

Verbindung der Stressfaktoren mit den zwei Einsatzarten:

Bei beiden Arten des Einsatzes (sowohl Routine- als auch belastender Einsatz) wurde von den Einsatzleitern die äußeren Bedingungen am Einsatzort, wie Anfahrtsbedingungen oder die topographische Lage des Geschehens, und plötzliche Lageänderungen, wie das plötzliche Auftreten weiterer Gefahrenquellen, als weitere Stressauslöser genannt. Im direkten Vergleich zwischen den beiden Einsatzarten wurde deutlich, dass die Punkte „Alarmierung und Begleitumstände der Alarmierung“ sowie „Zweifel an vorhandenen Informationen“ bei den „belastenden Einsätzen“ deutlich an Bedeutung eingebüßt haben.

Bei den stressreduzierenden Faktoren wurden die Punkte „Vorliegen von Informationen bzw. Informationen bekommen“, sowie „dem Einsatzleiter bekannte Einsatzkräfte“ und „Routinehandlungen setzen können“ bei beiden Einsatzarten als stressabbauend erlebt. Der Punkt „Situation am Einsatzort selbst einschätzen“ kam bei den „Routineeinsätzen“ auch als Stressreduzierer hinzu, während bei den „belastenden Einsätzen“ die Positionen „eigene Erfahrung als Einsatzleiter“ und „Verantwortung abgeben können“ verstärkt positioniert werden konnten.

Das „Kontrollieren der Situation“ als Regulierungsversuch zählt bei beiden Einsatzarten, während das „um das eigene Team kümmern“ sich nur bei „Routineeinsätzen“ wiederfand. Stattdessen fanden sich auf der Seite der „belastenden Einsätze“ die Faktoren „eigenes Handeln erklären bzw. rechtfertigen“ sowie „Suche nach Fehlern“ wieder.

Im Rahmen der „kognitiven Bewertung“ wurde bei beiden Einsatzarten der Vergleich zwischen der momentanen Situation und dem Zustand bei Routineeinsätzen gezogen.

Auch das subjektive Erleben wurde genannt, und zwar in beiden Einsatzszenarien in der Form des sich alleine fühlen, vor allem in einer Situation die eine rasche Entscheidung bedarf, und bei den Eindrücken am Einsatzort.

Die Stresssymptome waren bei „Routineeinsätze“ weitaus weniger präsent als bei „belastenden Einsätzen“. Das am häufigsten, teilweise mehrfach genannte Merkmal bei „belastenden Einsätzen“ war eine verzerrte Zeitwahrnehmung.

Über den Verlauf der „belastenden Einsätze“ lässt sich folgendes feststellen: in neun von zehn Fällen ist der Ablauf fast identisch. Die während des gesamten Einsatzes laufend vorkommenden Stressfaktoren nehmen zum Einsatzende hin ab. Auffallend ist ein markanter Anstieg der Stressauslöser zur Mitte des Einsatzes hin, der durch eine veränderte Einsatzsituation den Einsatzleitern als extrem stressreich auffällt und zumeist als verzerrte Zeitwahrnehmung wahrgenommen wird. Als letzter Stressfaktor vor dem Einsatzende kommt in der Regel der Punkt „Forderungen anderer Personen (Einsatzkräfte, Betroffene, Presse,...) an den Einsatzleiter“ auf die betroffenen Personen zu. Schilderungen über das subjektive Erleben beziehen sich mit Masse auf den Anfang, die Mitte und dem Ende des Einsatzes, wobei Veränderungen des Einsatzgeschehens und die darauf folgenden Entscheidungen das Gefühl des alleine seins projiziert. Regulierungsversuche laufen die gesamte Zeit parallel zu den Stressfaktoren, nehmen aber im Gegensatz zu diesen gegen Einsatzende hin stark zu. Da der einzige abweichende Einsatzverlauf der geschildert wurde, nicht von einem Einsatzleiter einer Rettungsorganisation stammt, sondern von einem Mitglied der Feuerwehr, liegt der Schluss nahe, dass diese Ungleichheit in den Unterschieden der Einsatzorganisationen liegt und nicht an der betroffenen Person. Die zu ähnlichen Abläufe der neun Rettungseinsatzleiter sind ein weiteres Indiz dafür. Außerdem wird in allen neun Fällen auf den Stressreiz „Veränderungen der Situation am Einsatzort“ mit folgenden Regulatoren in der gleichen Reihenfolge reagiert: „Suche nach Fehlern“ und „eigenes Handeln erklären bzw. rechtfertigen“. (BECK und JUEN 2005: 134ff)

Bei dieser Studie wurden die Einsatzleiter gebeten abschließend drei Fragen zu beantworten. Die Erste lautete: Haben sie während des Einsatzes irgendwann das Gefühl gehabt, den Überblick zu verlieren? Unisono wurde als Antwort gegeben, dass es während der Einsätze niemals dieses Gefühl gab. Einzig zu Beginn kam es leicht auf, verschwand aber mit zunehmendem Strukturaufbau und beschlich die Führungskraft nicht mehr. Auf die zweite Frage: Hat es während des Einsatzes jemanden gegeben, der für sie von besonderer Bedeutung war, kamen ähnliche Antworten. Meistens gab es keine solche Person, wenn doch, dann stand diese in sehr engen Zusammenhang mit der implementierten Struktur. Auf die letzte Frage: Was hat ihnen während des Einsatzes Sicherheit gegeben, gab es zwei Antworten hervor. Einerseits die eigene vorhandene Einsatzerfahrung, die das Abschätzen der Situation erleichterte, und auf der anderen Seite die persönliche Kenntnis der auch im Einsatz befindlichen Mitstreiter. Zusammenfassend kann man sagen, dass bei allen zehn Einsatzleitern das Gefühl der Kontrolle des Einsatzszenarios vorherrscht, da sie nach eigenen Angaben immer den Überblick über das Geschehen haben. Eine Person als Bedeutend anzusehen, passiert nur wenn diese in der Struktur involviert ist, was

genauso, wie die eigene Einsatzerfahrung und die persönlich bekannten Einsatzkräfte, dazu dient den Überblick zu behalten. (BECK und JUEN 2005: 142)

Um den Zusammenhang zwischen Einsatzleitern und CISM – Maßnahmen herzustellen, bedarf es einen Blick in den Ablauf eines Debriefings. Dieses besteht aus den drei Elementen Stabilisierung, Information und Normalisierung sowie die Wiederherstellung der Lebens- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Einsatzkraft. Und gerade bei diesen zweiten Punkt kommt es zur Diskrepanz. Da eine „normale“ Einsatzkraft im Rahmen ihrer eigenen Schutzmechanismen eine Fokussierung auf einen in der Regel ihr zugewiesenen Teilbereich hat, bezieht sich der Wissensstand am Ende des Einsatzes meistens nur auf diesen Teilbereich. Die im Rahmen der CISM – Maßnahme folgende Informationsbereicherung, über den dem Mitarbeiter bekannten Teilbereich hinaus, dient zur Schaffung eines Überblickes, was wiederum dazu beiträgt, dass die erlangten Eindrücke verarbeitet werden können, und ein weiterer Schritt in Richtung Normalität erfolgt. Und genau dies ist der Knackpunkt bei Einsatzleitern. Da diese Personengruppe als einer ihrer Hauptschutzmechanismen vor posttraumatischen Stress das Erlangen und Behalten des Überblickes hat, ist eine nachträgliche Schilderung von Einsatzdetails durch andere Teammitglieder eher kontraproduktiv. Detailschilderungen von eingesetzten Mitarbeitern führen eher zur Gefährdung dieses Schutzmechanismus als zu dessen Unterstützung. Falls es als notwendig erachtet wird, dass psychologische Hilfe für einen Einsatzleiter benötigt wird, so bietet sich hier nur das Einzelgespräch an. Dieses kann sehr wohl von einem PEER durchgeführt werden, wobei darauf geachtet werden sollte, dass auch hier wenn möglich ein Mitarbeiter eingesetzt wird, der auch schon Erfahrung als Einsatzleiter mitbringt. (BECK und JUEN 2005: 140ff; BECK et al. 2013)

TEEGEN (2003) stellte anhand der bisherigen Untersuchungen Überlegungen an, nach welchen Kriterien die Auswahl, die Vorbereitung und die Betreuung der im psychosozialen Bereich eingesetzten Helfer, vor und während des Einsatzes zu erfolgen hat.

Auswahl:

- günstige Einstellungsmuster (Hardiness, Kohärenzgefühl)
- geringes Ausmaß eigener schwerer Lebensbelastungen
- klares professionelles und berufsethisches Rollenbild
- Die Motivation anderen zu helfen, sich bei hochintensiver Arbeit zu bewähren, sollte nicht mit der Tendenz verbunden sein, eigene Ängste und Konflikte stellvertretend bearbeiten zu lassen.

Vorbereitung:

- Selbsterfahrung: Sich vorstellen, wie es wäre, wenn man selbst oder die eigene Familie eine Katastrophe erleben würde und was Einsatzkräfte vor Ort erleben. Sich vorstellen, welche Art von Hilfe und Unterstützung man sich wünschen würde, wie man angesprochen werden möchte.

- Informationen zu: Akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Trauerprozesse, Diagnosen; wirksame Unterstützungs- und Behandlungskonzepte; Ziele, Grenzen, Methoden einer niederschweligen Unterstützung.
- Anleitung zur Wahrnehmung und Umgang mit eigenen Belastungsreaktionen.
- Training in aktiver, nicht bedrängender Kontaktaufnahme. Teilnahme an Katastrophentrainings. Beobachtungen zur Belastbarkeit und Toleranz für kritische Rückmeldungen.
- Training wesentlicher (Gesprächs-) Fertigkeiten bei der Betreuung von Opfern.

Einsatz:

- Klare Rolleneinweisungen und Arbeitsaufträge für die Betreuung von Opfern und Einsatzkräften vor Ort. Betreuung durch Traumaexperten, die Interventionen beaufsichtigen und die Belastbarkeit der Helfer beobachten.
- Kontrolle der Fallzahl, regelmäßige fachliche Supervision sowie Beobachtung und Unterstützung zu Belastungsreaktionen/sekundärer Traumatisierung während der Betreuungsarbeit durch Traumaexperten.
- Anleitung zur Beendigung der Betreuung und zur Vermittlung von Psychotherapie für Risikopersonen.

Wenn anhand dieser Richtlinien Personal rekrutiert und ausgebildet wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit einer sekundären Traumatisierung geringer als bisher. (TEEGEN 2003: 118)

Von WAGNER (2001) wird in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Wobei die primäre Prävention am ehesten einer Vorbeugung im klassischen Sinne nahe kommt. Dabei sollten im Vorfeld Programme der Stressbewältigung absolviert werden, die dazu dienen, einen günstigen Effekt auf die Reduktion der Stresssymptome zu haben. Beispielhaft sei hier „Stressmanagement“, „Kommunikation und Konfliktlösung“ oder „Umgang mit schwierigen Patienten und Situationen“ erwähnt. Wichtiger Bestandteil aller Unterweisungen für professionelle Helfer ist aber die Information über Entstehung, Folgen und Bewältigung von alltäglichem und traumatischem Stress. Auch der Umgang mit den eigenen Gefühlen wie Betroffenheit und Hilflosigkeit sind von großer Bedeutung. Unter sekundärer Prävention wird die während und unmittelbar nach dem Einsatz stattfindende Betreuung durch psychologische Ersthelfer bezeichnet. Dies soll dazu dienen, dass während und nach einem potentiell belastenden Einsatz die eingesetzten Mannschaften Unterstützung bekommen, um die Intensität einer eventuell auftretenden sekundären Traumatisierung schon von Beginn an einzudämmen. Dabei wird einerseits über die möglichen Symptome informiert, andererseits auch ein Auge auf die anwesenden geworfen, ob nicht bei dem einen oder anderem bereits die ersten Anzeichen zu erkennen sind, die eine weitere Intervention bedürften. Falls dies der Fall ist, werden durch den psychologischen Ersthelfer weitere Maßnahmen

ergriffen. Erst wenn es zu einem posttraumatischen Trauma gekommen ist, wird die betroffene Person an eine geeignete Psychotherapie verwiesen. Dies stellt somit die tertiäre Prävention dar. (WAGNER 2001; WAGNER et al. 2001: 209ff) Zur besseren Veranschaulichung wird das Konzept auch graphisch dargestellt:

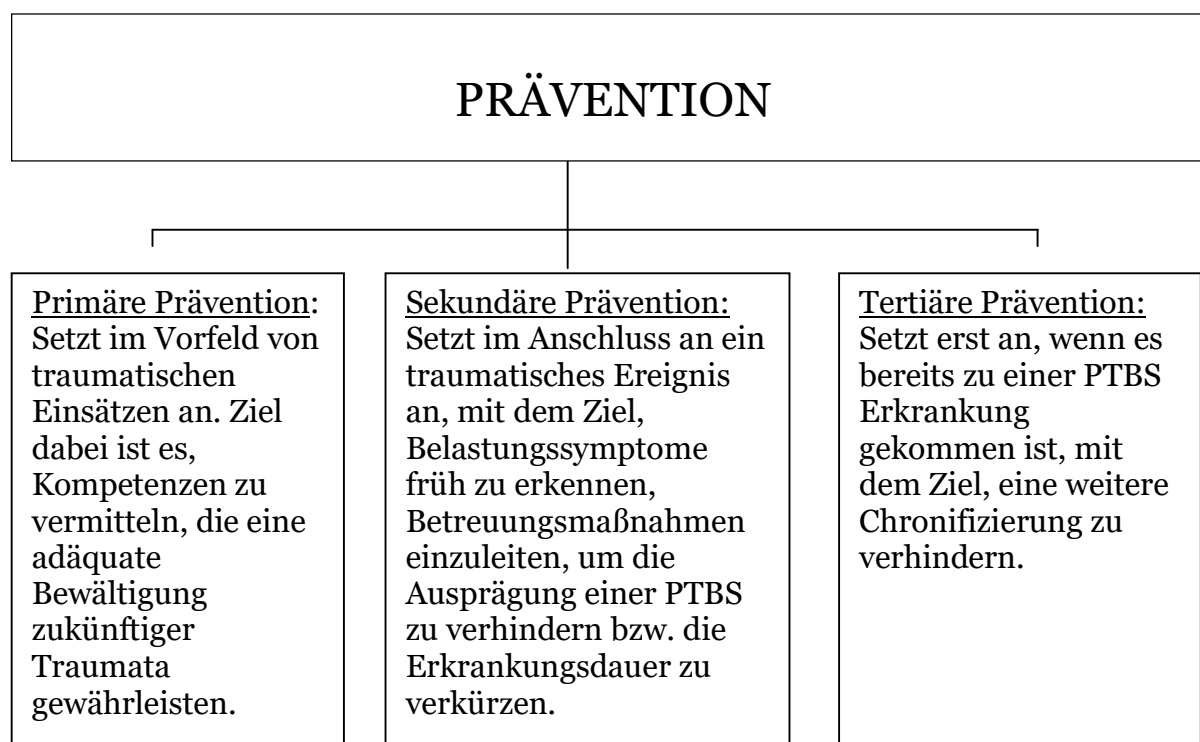


Abbildung 2: Übersicht über die Prävention von PTBS bei Hochrisikogruppen (Quelle: WAGNER et al. 2001)

7.8. Ergebnisse

Die Anzahl der Lektüre, die sich mit dem Thema „Trauma“, „posttraumatische Belastungsstörung“ oder „sekundäre posttraumatische Belastungsstörung“ befasst, ist äußerst umfassend. Anhand unzähliger Studien unter Beteiligung diverser Einsatzorganisationen, vor allem im Ausland, Firefighter in den USA und Australien, Bergretter in Südtirol, aber auch Einsatzpersonal aus Großbritannien und den Niederlanden, ein nicht geringer Teil stammt auch aus Studien aus Deutschland, ist festzustellen, dass Personal, welches zur Hilfeleistung am Ort des Unglückes gerufen wird, mit einer Vielzahl an Eindrücken zu kämpfen hat. Die Helfer haben nicht nur eine Flut an Impressionen zu verarbeiten, die manchmal mehr Fragen aufwerfen als Antworten geben. Beispielhaft sei hier erwähnt, dass eine unklare Lageinformation, eine Änderung der Situation oder ein hinzukommen weiterer Aufgaben zu einem Anstieg des Stressniveaus führt. Der herrschende Zeitdruck, die zu tragende Verantwortung für sich, sein Team aber auch für die ihnen anvertrauten Betroffenen, sowie die immer stärker werdende Präsenz der Presse erleichtern nicht gerade den Druck der auf professionelle Helfer lastet. Den Erwartungen die an sie gestellt werden (heroisch, allwissend, psychisch und physisch gestärkt, immer alles unter Kontrolle habend) auch noch gerecht zu werden, ist eine Aufgabe die einiges an Selbstbewusstsein und Erfahrung von jedem einzelnen abverlangt. Gerade junge, unerfahrene Mitarbeiter stoßen hier schnell an ihre Grenzen. Wenn dann die persönlichen Bewältigungsstrategien, die dazu dienen sollen die empfangenen

Eindrücke zu verarbeiten, nicht mehr greifen, dann läuft die Person Gefahr an einer sekundären posttraumatischen Belastungsstörung (STBS) zu erkranken.

Die Entstehung einer STBS hängt von einer Vielzahl an Faktoren ab, die ganz individuell gewertet sein können. Begünstigend auf die Ausbildung einer Störung sind Einflüsse wie schon früher erlebte Traumata oder niedere soziale Stellung. Einige Aspekte, wie das Geschlecht, Lebensalter oder gesammelte Einsatzerfahrung, können sich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Was sich ohne Zweifel als Schutz vor einer STBS herausgestellt hat, ist der vorhandene Teamgeist der in den meisten Einsatzorganisationen gelebt wird. Es gibt Berichte, wobei nach einem traumatischen Ereignis die Einsatzkraft sogar gestärkt gefühlt hat, es geschah also eine geistige Reifung.

Nichts desto trotz laufen Einsatzkräfte auch in Österreich Gefahr an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, da sie den gleichen Einflussfaktoren wie ihre Kollegen im Ausland ausgesetzt sind. Daraus abgeleitet kann die erste Forschungsfrage: „Erfahren die Einsatzkräfte in Österreich eine sekundäre Traumatisierung?“ mit einem JA beantwortet werden. Die Problematik liegt an der Anzahl der Studien, die für Österreich nicht in jener Menge vorhanden sind um eine Recherche nur mit inländischen Studien durchführen zu können.

Die Einschränkung, dass nur ein geringer Prozentsatz an einer Belastungsstörung erkrankt, macht die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage nicht einfacher. Diejenigen, welche darunter leiden, zeigen aber die gleichen Symptome wie überall auf der Welt. Somit kann die zweite Forschungsfrage: „Manifestiert sich die sekundäre Traumatisierung in einer standardisierten Form?“ ebenfalls mit JA beantwortet werden.

Um auf die Hypothese „Ist das Phänomen der sekundären Traumatisierung bei Einsatzkräften in Österreich feststellbar?“ zurückzukommen, so ist nach Überprüfung der vorhandenen Studien und unter Bedacht nahmen der nur geringen österreichischen Repräsentation eine positive Beantwortung möglich.

8. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Durch diverse Studien wird ins Bewusstsein gerückt, dass das Problem der sekundären Traumatisierung nicht nur in einzelnen Regionen oder Ländern auftritt, sondern eher ein generelles Problem der Einsatzkräfte weltweit ist. Jeder, der sich bereit erklärt anderen zu helfen, läuft Gefahr selbst zum Opfer zu werden. Reaktionen auf erlebte Ereignisse sind ganz normale Vorgänge, die jeder in stärkerer oder schwächerer Variation bekommen und zeigen kann. Eine akute Belastungsreaktion in den ersten vier Wochen stellt noch keine Traumatisierung dar. Erst danach spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei es spätestens jetzt an der Zeit ist professionelle Hilfe aufzusuchen.

Da nur ein geringer Prozentsatz der beteiligten Helfer an einer Belastungsstörung erkrankt, und es bei den Einsatzkräften immer noch weit verbreitet ist den „Helden“ zu spielen, der über jeden negativen Einfluss erhaben scheint, ist es umso wichtiger auf das Auftreten von Symptomen zu achten. Eine gute Führungskraft sollte sich dieses Themas bewusst sein, ein Auge auf diese Problematik werfen und auch seine Mitarbeiter in diese Richtung sensibilisieren. Vereinzelt gibt es schon Nachsorgemaßnahmen die teilweise schon bei Verdacht auf einen potenziell traumatisierenden Einsatz aktiviert werden, in vielen Organisationen ist dieses Thema aber noch immer etwas für „Weichlinge“. In Wirklichkeit handelt es sich dabei aber um eine Gefahr die jeden treffen kann, ganz egal wie lange er schon im Rahmen seiner Tätigkeit bei der Einsatzorganisation aktiv ist.

9. PERSPEKTIVEN

In den letzten Jahren gab es auch unter den Einsatzkräften eine zunehmende Akzeptanz, dass nicht jeder Einsatz eine Sache der Routine ist. Immer wieder kommt es vor das junges Einsatzpersonal, aber auch „altgedientes“, mit den bei einem Ereignis erlebten Impressionen nicht von alleine zurechtkommt. Da dies immer mehr in das Bewusstsein der Mitglieder dieser Einheiten eindringt, nicht zuletzt durch ein verstärktes Bewusstmachen während der Grundausbildung, beginnt das Eis zu brechen, das dieses Thema tabuisierend umgibt. Auch eine verstärkte Unterweisung der Führungskräfte sensibilisiert in diese Richtung. Alles in allem ist das aber erst der erste Stein der ins Rollen gebracht wurde. Ziel muss es sein, ein flächendeckendes, einsatzkräfteübergreifendes Auffangsystem für diejenigen zu schaffen, die Unterstützung bei der Aufarbeitung der erworbenen Eindrücke bedürfen. Hilfreich wäre in diesem Sinne auch, wenn es vermehrt Studien zu diesem Thema geben würde, die speziell auf Österreich ausgerichtet sind, da es hier eine starke Freiwilligenkultur sowohl im Rettungswesen als auch Feuerwehrwesen gibt. Diese sollten nach ihrer Auswertung nicht nur in den einschlägigen Medien für die Fachwelt publik gemacht werden, sondern es sollte dieses Thema auch mittels Massenmedien einem großen Teil der Bevölkerung verstärkt ins Bewusstsein gerufen werden. Nur so kann es gelingen die Letzten davon zu überzeugen, dass das Erscheinungsbild des allwissenden, physisch und psychisch perfekten, alles unter Kontrolle habenden Retters aus der Not, auch eine zweite Seite hat. Denn auch diese Personengruppe sind nur Menschen, die wenn es zu viel wird auch ihre Emotionen zeigen dürfen und nicht an deren Unterdrückung zerbrechen müssen. In diesem Sinne ist eine allgemeine, offene Diskussion quer durch alle Bevölkerungsschichten, nicht nur im Bereich der Einsatzkräfte, wünschenswert, um die Komplexität dieses Themas bewusst zu machen.

10. Literaturverzeichnis

- ANDREATTA P., BRANDSTETTER K. und JUEN B. (2005): Die Erschütterung von Grundannahmen bei Einsatzkräften: Ein heuristischer Versuch die sekundäre Traumatisierung zu umfassen. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 75-92
- APA – American Psychiatric Association (Hrsg.), (2018): DSM History; online unter: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm> (12.09.2018)
- BECK T. und JUEN B. (2005): Psychische Belastung von Einsatzleitern im Großschadensereignis. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 127-144
- BECK T., KUMNIG M., BREUSS M., MITMANSGRUBER H., SCHUSSER S., ANDREATTA P., MADER M. und SCHÜßLER G. (2013): Das unbekannte Wesen „EINSATZLEITER“ – Eine explorative qualitative Studie zur Erfassung unbewusster Ängste, Wünsche und Abwehrmechanismen. – In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (59), 198-208
- BENGEL J. (2001): Psychologische Maßnahmen für Einsatzkräfte bei Katastrophen: Das Zugunglück in Eschede. – In: MAERCKER A. und EHLERT U. (Hrsg.): Psychotraumatologie; Jahrbuch der medizinischen Psychologie 20. – Göttingen, 186-200
- BENGEL J., SCHRITTMATTER R. und BELZ-MERK M. (1998): Psychologische Aus- und Fortbildung in Notfallmedizin und Rettungsdienst. – In: Notfall und Rettungsmedizin (1), 40-45
- BENGEL J., BARTH J., FROMMBERGER U. und HELMERICH S. J. (2003): Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften der Zugkatastrophe von Eschede. – In: Notfall und Rettungsmedizin (6), 318-325
- BERING R. (2011): Therapie und Rehabilitation traumatisierter Einsatzkräfte. – Präsentation bei der Jahrestagung 2011 der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V., Folie 11; online unter: http://www.sbe-ev.de/images/downloadarea/presentation_bering_jt_2011.pdf (10.09.2018)
- BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.), (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – BMGF-Version 2017; online unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmgf_2017_-_systematisches_verzeichnis_sp1_neu.pdf (12.09.2018)

- BRAUCHLE G., JUEN B. und BECK T. (2005): Effizienz von Debriefings. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 39-47
- BRAUCHLE G. (2006): Ereignis- und reaktionsbezogene Prädiktoren der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung bei Einsatzkräften. – In: Psychotherapeut (52), 52-62
- BRÖNNIMANN R. und EHLERT U. (2011): Traumafolgestörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. – In: SEIDLER G., FREYBERGER H. und MAERCKER A. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. – Stuttgart, 378-390
- CLARKSON P. und NUTTALL J. (2000): Working with countertransference – In: Psychodynamic Counselling (6/3), 359-379
- CSIKSZENTMIHALYI M. (1992): Flow – Das Geheimnis des Glücks. - Stuttgart
- DANIELS J.(2008): Sekundäre Traumatisierung – In: Psychotherapeut (53), 100-107
- DILLING H. und FREYBERGER H. (2013): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. - Bern
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.), (2018): Von der ILCD zur ICD-10; online unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/historie/ilcd-bis-icd-10/index.html> (12.09.2018)
- DUCKWORTH D. (1986): Disaster Work and Psychological Trauma. – In: Stress & Health (4), 315-323
- EGLE U.T. und HOFFMANN S.O. (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung : Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. - Stuttgart
- EVERLY G. und MITCHELL J. (2002): Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. – Wien
- FIGLEY C. (2002): Mitgefühlerschöpfung; Der Preis des Helfers. – In: STAMM B.H. (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen. – Paderborn, 41-59
- FREYBERGER H. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung – In: Psychotherapeut (58), 269-275
- FREYBERGER H. und STIEGLITZ R. (2011): Die posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen in ICD-10 und DSM-IV. – In: SEIDLER G., FREYBERGER H. und MAERCKER A. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. – Stuttgart, 144-151

- GASSER S. und JUEN B. (2005): Was hält Rettungskräfte gesund? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl, sekundär traumatischem Stress und Flow-Erleben bei Südtiroler Rettungssanitäter. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 145-161
- GSCHWEND G. (2004): Trauma – Psychotherapie. – Bern
- HÄLLER P., MICHAEL T. und BALMER KOEHLIN K. (2009): PTBS und komorbide Beschwerden bei Rettungssanitätern. – In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (4), 403-417
- HAUSMANN C. (2005): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. – Wien
- HERING T. und BEERLAGE I. (2004): Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. – In: Notfall und Rettungsmedizin (7), 415-424
- ICD-CODE (2018): Definition des ICD-Codes; online unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.0.html> (12.09.2018)
- JURISCH F., KOLASSA I. und ELBERT T. (2009): Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung – In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 38 (4), 250-261
- KARUTZ H. (2013): Psychische Belastungen im Wachalltag von Rettungsdienstmitarbeitern und Feuerwehrleuten – In: Prävention und Gesundheitsförderung (3), 204-211
- KRAMPL M. und JUEN B. (2005): Ursachen und Auswirkungen von Stress- und Belastungsreaktionen nach belastenden Ereignissen bei Einsatzkräften. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 49-59
- LANGHANS F. (2007): Psychische Traumata und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Einsatzkräften und Ersthelfern. – Diplomarbeit, Universität Wien, Wien
- LAZARUS R. (1966): Psychological stress and the coping process. – New York
- LEMPKE J. (2013): Sekundäre Traumatisierung; Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. – Kröning
- MAERCKER A. (2011): Posttraumatische Belastungsstörungen. – In: LINDEN M. und HAUTZINGER M. (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. – Heidelberg, 615-622
- MAERCKER A. (2017): Trauma und Traumafolgestörungen. – München

- MAERCKER A., FORSTMEIER S., WAGNER B., GLAESMER H. und BRÄHLER E. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. – In: Nervenarzt (79), 577-586
- MITCHELL J. und EVERLY G. (1998): Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. – Edeweicht
- NAGL D., SCHÖNHERR C. und JUEN B. (2005): Stress und Stressbewältigung bei Bergrettern. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 189-198
- PIELMAIER L. und MAERCKER A. (2011): Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. – In: SEIDLER G., FREYBERGER H. und MAERCKER A. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. – Stuttgart, 73-82
- REINHARD F. und MAERCKER A. (2004): Sekundäre Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischen Rettungspersonal. – In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie (13), 29-36
- ROSNER R. und POWELL S. (2007): Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? – In: Trauma und Gewalt (1), 46-57
- SACK M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. – In: Nervenarzt (75), 451-459
- SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (2005): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck
- SCHÜTTE N., BÄR O., WEISS U. und HEUFT G. (2010): Stabilität posttraumatischer Intrusionen bei Polizeibeamten. – In: Psychotherapeut (55), 233-240
- SHALEV A. (2000): Belastung versus traumatische Belastung. – In: VAN DER KOLK B., McFARLANE A. und WEISAETH L. (Hrsg.): Traumatic Stress; Grundlagen und Behandlungsansätze. – Paderborn, 97-116
- SMOLENSKI C. (2006): Historische Entwicklung der Traumatherapie. – In: ZOBEL M. (Hrsg.): Traumatherapie. – Bonn, 7-19
- STEINER P. und BRAUCHLE G. (2005): Traumaerleben und posttraumatische Belastungsstörung bei freiwilligen Rettungssanitätern im Zusammenhang mit den personalen Ressourcen Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. – In: SCHÖNHERR C., JUEN B., BRAUCHLE G., BECK T. und KRATZER D. (Hrsg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. – Innsbruck, 109-125
- STIRN A. (2002): Gegenübertragung. – In: Psychotherapeut (47), 48-58
- STIRN A. und HARTKAMP N. (2004): Krankheitstypische Gegenübertragungsreaktionen. – In: Psychotherapeut (49), 203-212

- TEEGEN F. (2003): Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. - Bern
- TEEGEN F. und YASUI Y. (2000): Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörungen bei dem Personal von Rettungsdiensten. – In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (1), 65-83
- VAN DER KOLK B. (2000): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. – In: VAN DER KOLK B., McFARLANE A. und WEISAETH L. (Hrsg.): Traumatic Stress; Grundlagen und Behandlungsansätze. – Paderborn, 169-194
- VOGELSANG M. (2006): Verhaltenstherapeutische Interventionen. – In: ZOBEL M. (Hrsg.): Traumatherapie. – Bonn, 67-85
- WAGNER D. (2001): Behandlung von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen bei Einsatzkräften der Feuerwehr. – In: Psychotherapeut (46), 398-401
- WAGNER D., HEINRICHS M., KERBER U., WINGENFELD K., HELLHAMMER D. und EHLERT U. (2001): Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. – In: MAERCKER A. und EHLERT U. (Hrsg.): Psychotraumatologie; Jahrbuch der medizinischen Psychologie 20. – Göttingen, 201-225
- WAGNER F. (2011): Die Posttraumatische Belastungsstörung. – In: SEIDLER G., FREYBERGER H. und MAERCKER A. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. – Stuttgart, 166-177
- WASCHULIN L. (2013): Sekundäre Traumatisierung und Sekundäres Posttraumatisches Wachstum bei Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Österreich. - Diplomarbeit, Universität Wien, Wien
- WEIDMANN A. (2008): Primäre und sekundäre Traumatisierung: ein Berufsrisiko für Journalisten? – In: Trauma & Gewalt (3), 234-245
- WHO – World Health Organization (Hrsg.), (2018): Classifications; ICD-10; online unter: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (11.04.2018)
- WÖBER V. (2005): Sekundäre Traumatisierung von Einsatzkräften als Folge des Hochwassers im Sommer 2002. – Diplomarbeit, Universität Wien, Wien
- WOLF C. (2018): Wenn Traumatisierung ansteckend wird. – In: der Standard, 03.03.2018
- ZOBEL M. (2006): Von der Anamnese zur Diagnose. – In: ZOBEL M. (Hrsg.): Traumatherapie. – Bonn, 30-45

11. Kurzzusammenfassung

Durch die arbeitsbedingten Aufträge kommen Einsatzkräfte immer wieder in Situationen die sie mit Schmerz, Leid und dem Gefühl der Hilflosigkeit konfrontieren. Wenn diese Gefühle nicht richtig verarbeitet werden können, führt dies im schlimmsten Fall zu einer Traumatisierung. Anhand von Literaturrecherchen wird versucht der Frage auf den Grund zu gehen, ob das Phänomen der sekundären Traumatisierung auch bei Einsatzkräften in Österreich feststellbar ist. Beginnend mit Definitionen wird über die posttraumatische Belastungsstörung bis hin zu sekundärer Traumatisierung die gesamte Bandbreite des Belastungsschemas thematisiert. Zum Abschluss werden die Forschungsfragen: „Erfahren die Einsatzkräfte in Österreich eine sekundäre Traumatisierung?“ und „Manifestiert sich die sekundäre Traumatisierung in einer standardisierten Form?“ beantwortet. Somit ergibt sich für die Bestätigung der Hypothese eine vorsichtige Zustimmung, da es nur eine kleine Anzahl an Studien in diesem Bereich für Österreich gibt. Für zukünftige Arbeitsgebiete wäre es wünschenswert, wenn vermehrt inländische Studien durchgeführt werden würden, und deren Ergebnisse in einer breiten Diskussion erläutert werden würden, damit das Tabuthema „Emotionen zeigen“ endlich aufgebrochen wird

12. Abstract

Due to their tasks and duties emergency forces find themselves in situations where they are confronted with pain, sorrow and the feeling of helplessness. If they are unable to process these emotions this leads then, in the worst case, to traumatization. This thesis wants to answer the question if the phenomena of secondary traumatization can be detected among Austrian emergency forces, more so based on literature review. Firstly, a broad variety of definitions of post-traumatic stress disorder and secondary traumatization will be identified to acknowledge the big bandwidth of burden and disorders. Furthermore, it is attempted to answer the research questions: "Do the emergency services in Austria experience a secondary trauma?" and "Does the secondary traumatization manifest itself in a standardized form?". Thus, there is a cautious approval for the confirmation of the hypothesis, since there are only a small number of studies in this area for Austria. For future areas of work, it would be desirable if more domestic studies were conducted, and their results would be discussed in a broader discussion, so that the taboo topic "showing emotions" is finally broken up.

