

Prävention im Einsatzwesen – zum Stellenwert von Schulungen, Nachsorge und Psychotherapie

Prevention in the Area of Emergency Service Workers

Marion Krüsmann, Regina Karl, Maria Hagl, Willi Butollo

Zusammenfassung

Dass es im Kontext von Hilfeleistungen für physisch und/oder psychisch traumatisierte Menschen bei Einsatzkräften ebenso wie bei unmittelbar betroffenen Menschen zu einer Ausbildung posttraumatischer Symptome kommen kann, ist mittlerweile unumstritten und durch zahlreiche Studien belegt. Über Häufigkeit und Ausmaß einsatzbedingter posttraumatischer Erkrankungen existieren zwar unterschiedliche Annahmen, aber im Grunde sind sich Forscher und Praktiker einig, dass Einsatzkräfte als Hochrisikogruppe einzustufen sind. Über effektive Möglichkeiten der Prävention wird hingegen intensiv und kontrovers gestritten und diskutiert. Sich teilweise widersprechende Studienergebnisse führten in den letzten Jahren zu heftigen Auseinandersetzungen, dies gerade im Bezug auf das so genannte Debriefing, einer Gruppenintervention, die in den Tagen nach einem potenziell traumatisierenden Einsatz durchgeführt werden kann. Primärpräventive Maßnahmen, also Interventionen, die vor potenziell belastenden Einsätzen durchzuführen sind, wurden hingegen positiver beurteilt und dementsprechend auch von wissenschaftlicher Seite empfohlen. Hier werden auf der Grundlage aktueller Forschungsergebnisse, Ansatzpunkte und Inhalte von psychosozialer Unterstützung für Einsatzkräfte sowie Ansatzpunkte für psychotherapeutisches Handeln dargestellt.

Schlüsselwörter Einsatzkräfte – Belastung – Prävention – Nachsorge – Posttraumatische Belastungsstörung

Summary

So far, numerous studies have shown that disaster or emergency service work or just helping as a bystander can lead to posttraumatic symptoms. Although results regarding the frequency and extent of emergency work related posttraumatic symptomatology differ across different studies and settings, researchers and practitioners as well agree that both professional and volunteer service workers form a high-risk group. What constitutes effective prevention, however, is heavily disputed. Contradicting empirical results have led to intense debate, particularly with respect to so-called debriefings, i. e. group intervention that takes place in the days after a potentially traumatizing incident. In contrast, primary preventive measures, i. e. interventions that are given prior to potentially traumatizing events, are more favorably evaluated and, accordingly, recommend be researchers. In this article approaches to psychosocial support and prevention are discussed with respect to current research, and a framework for comprehensive psychosocial support and intervention is presented.

Keywords emergency service work – posttraumatic symptoms – prevention – debriefing

Einleitung

Welche Form von Unterstützung benötigen Einsatzkräfte und andere Helfer, um die psychischen Belastungen, die im Kontext unmittelbarer Hilfe für schwer verunglückte Menschen auftreten können, konstruktiv verarbeiten zu können? Und wer sollte sie am besten unterstützen, weitergebildete Kameraden, so genannte Peers, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger oder am besten nur voll ausgebildete Psychotherapeuten? Weder die eine noch die andere Frage kann als abschließend geklärt betrachtet werden, so wird gerade zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowohl in den unterschiedlichsten Gremien als auch in den verschiedenen Berufsgruppen an Konzepten und Strukturen zur effektiven Prävention im Einsatzwesen und für die unmittelbar betroffenen Gesellschaftsmitglieder gearbeitet. Es wird darüber diskutiert, es werden Kompetenzen beschrieben, Schnittstellen entwickelt, „Claims abgesteckt“. Dies alles auf einer teils deutlichen, teils aber auch wenig gesicherten wissenschaftlichen Basis, die noch immer viele Fragen offenlässt.

Seit erkannt wurde, dass die unterschiedlichsten traumatischen Erlebnisse ein ähnliches Bild posttraumatischer Belastung nach sich ziehen können, hat sich seit etwa Mitte des letzten Jahrhunderts ein Störungsbild entwickelt, das heute als Akute Belastungsreaktion (ABR) sowie als Akute und Posttraumatische Belastungsstörung (ABS und PTBS) in die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO, 1992, dt. 1993) und DSM-IV (APA, 1994, dt. 1996) eingegangen ist. Interessant ist, dass nicht jeder, der eine schwerwiegende Erfahrung macht, mit langfristiger traumabedingter Symptomatik reagiert. Ein Teil der Betroffenen findet nach einigen Tagen zurück in die prätraumatische Balance, ein weiterer Teil benötigt dazu einige Wochen oder Monate, dabei zeigt sich ein kontinuierlicher Abfall der Beschwerden bei den Personen mit geringen Werten (PTBS). Bei Personen mit hoher Ausgangssymptomatik nehmen die Beschwerden hingegen zu.

Schon im Ersten Weltkrieg wurde die Störung beschrieben, aber erst Anfang der 1980er Jahre wurde thematisiert, dass auch Einsatzkräfte traumatisiert werden können. Was an sich naheliegend ist, denn Einsatzkräfte sind erste Betrachter traumatischen Geschehens, haben unmittelbar im Anschluss an das Ereignis Rettungs-, Bergungs- und Aufräumarbeit zu verrichten, und sie müssen dabei auch oft unverletzte Angehörige und andere Personen vor Ort mitversorgen. Darüber hinaus können sie selber in bedrohliche Situationen geraten. Zusätzlich stehen sie unter enormem Verantwortungsdruck, da sie mit ihren Hilfsmaßnahmen auf den Verlauf eines Ereignisses einwirken müssen. Diese Faktoren zusammen beinhalten ein beträchtliches Belastungspotenzial.

Für unmittelbar betroffene Personen liegen mittlerweile elaborierte Therapiestrategien vor, wie z. B. die kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR (z. B. Maercker, 1997; Ehlers, 1999; Flatten et al., 2001). Für Einsatzkräfte wurden ebenfalls Konzepte entwickelt, die aber nach wie vor kritisch hinterfragt werden, da das Hauptaugenmerk häufig auf einsatzbezogener Nachsorge liegt. Das bekannteste Konzept ist das Critical Incident Stress Management (Mitchell und Everly, 1995), aber auch europäische Modelle, wie z. B. das Konzept von Perren-Klinger (2000) oder die Arbeiten der SbE-Bundesvereinigung für Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e. V. (Gengenbach, 2005), sind weitverbreitet. Präventive Maßnahmen im Einsatzwesen sollten aber, so der heutige Stand, eine Reihe von Interventionen beinhalten, die grundsätzlich unterschieden werden können nach Maßnahmen der

- primären Prävention: Maßnahmen, die vor Einsätzen durchgeführt werden, um den individuellen Stress vor, während und nach dem Einsatz zu verringern;

- sekundären Prävention: Maßnahmen, die nach potenziell traumatisierenden Einsätzen durchgeführt werden, um eine Erkrankung zu verhindern;
- tertiären Prävention: Maßnahmen, die bei erkrankten Einsatzkräften durchgeführt werden, um eine Chronifizierung zu verhindern.

Stand der Forschung zur Belastung von Einsatzkräften

Unterschiedlichste Studien zeigen, dass Einsatzkräfte in erheblichem Maße unter traumabezogenen Symptomen leiden. Sie sind offensichtlich neben den physischen auch starken psychischen Belastungen ausgesetzt. Solche Extrembelastungen können posttraumatische Symptome, aber auch Suchtproblematiken, Depressionen und andere psychische Symptomkonstellationen nach sich ziehen.

Die Untersuchungen erfolgten generell entweder ereignisbezogen, meist im Gefolge eines Großschadens oder einer Katastrophe, oder unabhängig von einem spezifischen Ereignis als Querschnittsuntersuchung. Generell kann gesagt werden, dass sich für die verschiedenen Berufsgruppen (Polizei, Militär, Feuerwehr, THW und Rettungsdienste) keine einheitlichen Prävalenzwerte finden, was neben der Heterogenität des Feldes insgesamt auch mit den unterschiedlichen Vorgehensweisen erklärt werden kann. Untersuchungen nach Katastropheneinsätzen (ereignisbezogene Studien) zeigen höhere Prävalenzraten für traumabedingte Störungen als ereignisunabhängige Studien. Aber auch diese verdeutlichen, dass Einsatzkräfte als Hochrisikopopulation hinsichtlich der Erkrankungswahrscheinlichkeit für einsatzbedingte PTBS gelten müssen. Die folgende Tabelle zeigt exemplarisch einige internationale Studien bei Feuerwehrkräften.

Tabelle 1: Ausgewählte internationale Untersuchungen bei Feuerwehrmännern

	Stichprobe/Zielgruppe	N	Ereignis	geschätzte PTB-Prävalenz
McFarlane (1989)	Freiwillige Feuerwehrleute Australien	496	schwere Buschfeuer	nach vier Monaten 32%
McFarlane und Papay (1992)	Freiwillige Feuerwehrleute Australien	496	schwere Buschfeuer	nach drei Jahren 24%
Corneil et al. (1999)	städtische Feuerwehr USA Kanada	203	unabhängig	22% (IES Werte)
		625		17% (IES Werte)
Bryant und Harvey (1996)	Australien Freiwillige Feuerwehr	751	unabhängig	(Rücklauf ca. 25%) 25 % (IES Werte)
Regehr et al. (2000)	Australien Berufsfirewehr Freiwillige Feuerwehr	99	unabhängig	7% (IES Werte)
		65		7% (IES Werte)
Dean et al. (2003)	Australien Berufsfirewehr Freiwillige Feuerwehr	75	unabhängig	23% (IES-R Werte)
		67		9% (IES-R Werte)

Posttraumatische Symptomatik wurde mit der Impact of Event Scale (IES) o. der revidierten Fassung (IES-R) erhoben.

Bei Mitarbeitern im medizinischen *Notfall- und Rettungsdienst* gingen frühere Übersichten davon aus, dass zwischen 3 und 7 % dieser Einsatzkräfte unter einer PTBS leiden (Hodgkinson und Stewart, 1991; Mitchell und Bray, 1990). Da diese Berufsgruppe während ihrer Einsätze in der Regel nicht mit für sie selbst lebensbedrohlichen Situationen konfrontiert ist, scheint die Belastung geringer zu sein, als es bei anderen Berufsgruppen der Gefahrenabwehr der Fall ist. Eine neuere repräsentative Studie in den Niederlanden (van der Ploeg und Kleber, 2003) befragte 221 Mitarbeiter von Rettungsdiensten (nach einer Rücklaufquote von 56 %). 85 % der Befragten hatten in den vergangenen 5 Jahren mindestens ein besonders belastendes Ereignis erlebt (im Durchschnitt knapp vier solcher Ereignisse). Bei 12 % der Befragten bestand ein hohes Maß an posttraumatischer Symptomatik, gemessen mit der IES. Diese Zahlen sind vergleichbar mit Ergebnissen ähnlicher Studien aus Schweden (Jonsson et al., 2003) und Großbritannien (Alexander und Klein, 2001), geben jedoch nur Hinweise auf die tatsächliche Prävalenz der PTB gemäß DSM-IV.

Belastung bei Einsatzkräften in Deutschland

Die bisher referierte Datenlage ist nicht ohne Weiteres auf die Situation von Einsatzkräften in Deutschland übertragbar. Aufgrund der allgemein geringeren Rate von Naturkatastrophen und Gewaltverbrechen (zumindest im Vergleich zur USA) könnte man niedrigere Prävalenzen erwarten. Die folgende Tabelle fasst ausgewählte Ergebnisse zusammen.

Präventionsmöglichkeiten im Einsatzwesen

Seit Beginn der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelten sich in USA, ca. 15 Jahre später auch in Deutschland – meist ausgehend von im Feld tätigen Helfern –, Programme, die zum Ziel hatten, die negativen Effekte sekundärer Traumatisierung zu minimieren (Mitchell, 1983; Bengel, 1997; Müller-Cyran, 1999). Allerdings wurden schon Anfang der 1990er Jahre die ersten Studien publiziert, die auf mögliche negative Effekte eines Debriefings hinwiesen (Raphael et al., 1995). Bis heute wird die Frage, ob die Durchführung von Debriefings die Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik beeinflussen kann oder nicht, kontrovers beantwortet. Einige Autoren gehen aufgrund der Befunde davon aus, dass Debriefings keinen Effekt haben oder sogar zu negativen Auswirkungen auf die betreuten Personen führen können. Raphael und Dobson (2001) weisen aber darauf hin, dass sich die Ergebnisse einzelner Studien auch nur bedingt vergleichen lassen.

Mittlerweile sind Debriefings auch in der Bundesrepublik Deutschland eine weitverbreitete Methode der Einsatznachbetreuung (Beerlage et al., 2004), doch führten die Untersuchungsergebnisse in vielen Einsatzorganisationen auch dazu, dass Maßnahmen der primären Prävention entwickelt und durchgeführt wurden. Auch von staatlicher Seite wurde die Entwicklung und Evaluation von primärpräventiven Schulungen gefördert und unterstützt (siehe auch www.einsatzkraft.de). Denn bei differenzierter Betrachtung der Entwicklung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptomatik bei Einsatzkräften zeigte sich in verschiedenen Studien, dass die

Tabelle 2: Ausgewählte Studien zur posttraumatischen Belastung von Einsatzkräften in Deutschland

	Stichprobe/Zielgruppe (Geschlecht)	N (Rücklauf)	Erhebung und Auswertung nach DSM-IV	geschätzte PTB-Prävalenz
Teegen und Yasui (2000)	Hauptberufliche Rettungsdienst-Mitarbeiter aus Hamburg und Region (96 % Männer)	129 (37 %)	PCL-C (Weathers et al., 1994); Ereignis (A1+A2); Symptome (B-D)	36 %
Teegen et al. (1997)	Berufsfeuerwehr aus Hamburg (nur Männer)	198 (40 %)	PDS; Ereignis (A1+A2) Symptome (B-D)	9 %
Wagner et al. (1999)	Berufsfeuerwehr in Rheinland-Pfalz (repräsentativ; nur Männer)	402 (70 %)	PDS; Symptome (B-D) + weitere psychiatr. Sympt.	18 %
Heinrichs et al. (2005)	Berufsfeuerwehr nach 2 Dienstjahren (nur Männer)	36 (86 %)	PDS; Symptome (B-D)	16 %
Butollo et al. (2006b)	Einsatzkräfte der FF, Ehrenamt (repräsentativ; Männer)	1445 (54 %)	PDS; Ereignis (A1 + A2) Symptome (B-D) Beeinträchtigung (F)	2,5 % PTB 3,0 % sub

Wahrscheinlichkeit von einsatzbedingten posttraumatischen Störungen neben Zahl und Schwere der belastenden Einsätze von einer Reihe anderer Faktoren mitbestimmt wird, die unabhängig vom auslösenden Einsatz bereits vorher bestehen (vgl. Meta-Analyse von Brewin et al., 2000; Zusammenfassung bei Krüsmann, 2003). Neben Risikofaktoren wie psychiatrischer Vorgeschichte und erhöhter Stressanfälligkeit konnten auch Schutzfaktoren identifiziert werden. Im Bereich der posttraumatischen Stresserkrankungen wurden dazu vor allem die Konstrukte „Kohärenzsinn“ (sense of coherence) von Antonovsky (1987) und Robustheit (hardiness) von Kobasa (1979) untersucht. Beide Konstrukte beziehen sich auf eine Reihe grundlegender funktionaler Überzeugungen bezüglich der Sinnhaftigkeit des Lebens an sich, einer positiven Grundhaltung gegenüber Herausforderungen und der Überzeugung eigener Einflusskraft und sind positiv mit einer gesünderen Anpassung an traumatische Lebenserfahrungen assoziiert. Solche Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Vorbereitung auf außergewöhnlich belastende Ereignisse hin. So rückte der Stellenwert der primären Prävention zunehmend in den Fokus von wissenschaftlicher und praktischer Tätigkeit im Kontext einsatzbedingter, psychotraumatologisch relevanter Belastung und Bewältigung. Dabei sind neben individuellen prätraumatischen Persönlichkeitsfaktoren ebenso die strukturellen Bedingungen auf Organisations- und nicht zuletzt auf gesellschaftlicher Ebene für die Verarbeitung von außergewöhnlich belastenden Einsätzen von Bedeutung. Primärpräventive Maßnahmen sind daher auf allen Ebenen zweckmäßig und notwendig, um greifen zu können.

Möglichkeiten der primären Prävention

Eine Reihe von Studienergebnissen und auch Erfahrungsberichte betonen die wichtige Rolle der primären Prävention. Schon 1993 gaben Mitchell und Dyregrov einen Überblick über Ansätze zur primären Prävention bei Einsatzkräften und zogen eine vorsichtige positive Bilanz: Zwar gäbe es noch keine ausreichenden empirischen Belege für deren Wirksamkeit, vor allem längerfristig, jedoch zeigten sich genug positive Befunde, die deren Weiterentwicklung und Einsatz rechtfertigen. Sie bezogen sich auf eine eigene Studie (Mitchell, 1983) und u. a. zwei ältere Studien (Schwettmann, 1980; Staff, 1981) zu Stressreduktionsprogrammen mit Rettungsassistenten (*paramedics*). Auch die Rolle von Führungskräften wurde damals in einigen Untersuchungen genauer betrachtet. So fanden Fullerton et al. (1992), dass neben vorausgehendem fachlichem Training, die Unterstützung durch Kameraden und Angehörige, Humor, Trauerrituale und die besondere Vorbildrolle der Gruppenleiter bei der Verarbeitung des Erlebten wichtig waren. Die folgenden jüngeren Untersuchungen geben einen Überblick über relevante Ergebnisse.

Throne und Kollegen (2000) untersuchten zum Beispiel die Bedeutung körperlichen Trainings zur Erhöhung der Stressschwelle von Feuerwehrleuten. Feuerwehrleute, die für 16 Wochen ein zusätzliches Herz-Kreislauf-Training absolvierten, reagierten bei einer computersimulierten Brandübung mit geringerer kardiovaskulärer Aufregung und berichteten auch

subjektiv im Durchschnitt über weniger stressbezogene Emotionen während des simulierten Einsatzes.

Wagner et al. (2001) nennen als Ansätze zur primären Prävention Stressbewältigungsprogramme und sogenannte Stress-Audits (zur Identifikation tätigkeitsbezogener Belastungen). Als wichtige Bausteine nennen sie darüber hinaus Entspannungsverfahren und Trainingsprogramme zur Bewältigung konfliktreicher Situationen (z. B. mit Angehörigen), ebenso wie Psychoedukation zu alltäglichem und traumatischem Stress. Auch nach Wagner und Kollegen steht jedoch der endgültige wissenschaftliche Nachweis zur Effektivität solcher Programme noch aus.

Von größerer Relevanz ist die Untersuchung von Beaton und Kollegen (2001): Die Autoren untersuchten in einem quasi experimentellen Design die Wirkung eines kurzen multimodalen Führungskräfte trainings (Stressbewältigung und Führungskompetenz) in einer Berufsfeuerwehr auf die Beurteilung durch Untergebene und deren Einschätzung eigener Aufstiegsmöglichkeiten. Es konnte eine positive Wirkung des eintägigen Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden, die allerdings im Follow-up nach neun Monaten kaum Bestand hatte. Bei den Führungskräften selbst zeigte sich immerhin eine Reduktion gastrointestinaler und anderer Stresssymptome. Die Studie weist einige Schwächen in Methodik und Darstellung auf, ist aber immerhin richtungsweisend hinsichtlich möglicher Outcome-Variablen. Grundsätzlich zeigt sich, dass ein einmaliges Training aber nur geringen langfristigen Bestand hat und möglicherweise „Updates“ und das Auffrischen von Gelerntem in einem bestimmten zeitlichen Rhythmus nötig sind.

Grundsätzlich lassen sich also unterschiedliche Effekte primärpräventiver Maßnahmen benennen:

- Durch psychoedukative Schulungen kann die Verarbeitung belastender Einsätze verbessert und somit das Risiko gemindert werden, nach entsprechenden Einsätzen psychische Störungen zu entwickeln. Ebenso kann das Bewältigungsverhalten bei auftretenden Symptomen verbessert werden.
- Durch die Sensibilisierung gegenüber der Thematik und den Kontakt mit Ansprechpartnern kann die Bereitschaft erhöht werden, bei Bedarf weitere sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Wenn der primärpräventive Grundstein fehlt oder die restlichen Maßnahmen nicht genügend abgestimmt sind, laufen nachfolgende Maßnahmen Gefahr, unabhängig von ihrer Qualität nur zufallsgesteuert zu greifen.
- Durch Trainings kann die psychische „Fitness“ der Einsatzkräfte optimiert werden, und es können Empfehlungen für deren Erhalt gegeben werden, bevor diese durch belastende Einsätze geschwächt wird.
- Durch Schulungsmaßnahmen können die psychosozialen Fachkräfte, die die Schulungen durchführen, einen Kontakt zu bereits belasteten Einsatzkräften aufbauen und weitere Unterstützung anbieten, bevor die betroffene Person in eine weitere außergewöhnlich belastende Situation gerät (*Screeningfunktion*).

Effektive Prävention, die zu einem angemessenen Umgang mit entsprechenden Belastungen führen soll, verlangt ein Vorgehen mit einem Bündel an Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen und zu verschiedenen Zeitpunkten, d. h. ein modulares System. Durch optimale Abstimmung der Maßnahmen kann die Nachhaltigkeit der Präventionsangebote erreicht werden. Dabei kann Prävention nur dann gelingen, wenn deren Maßnahmen von den betroffenen Personen angenommen und umgesetzt werden. So ist einer gelegentlich anzutreffenden Tendenz, die gesamte Berufsgruppe als belastet und krank darzustellen, entgegenzutreten; Einsatzkräfte können in der Regel sehr gut mit den Anforderungen der Tätigkeit umgehen. Die Dramatisierung der Thematik ist ebenso unangebracht wie deren Tabuisierung (Krüsmann et al., 2006b).

Ebenso wichtig ist die strukturelle Einbindung der Präventionsarbeit (Auswahl, Ausbildung und feste Anbindung der Präventionsmitarbeiter etc.). Ohne diesen Unterbau können Qualität und Effektivität der Maßnahmen nicht gewährleistet werden. Vor der Durchführung von Präventionsmaßnahmen muss daher der Aufbau einer entsprechenden Struktur und Gesamtkonzeption stehen. Ein wichtiges Element einer solchen Gesamtkonzeption ist die Schulung und Sensibilisierung der Führungskräfte, die im Idealfall vor den Schulungen für die Gesamtheit der Einsatzkräfte durchzuführen ist (siehe auch Krüsmann et al., 2006c; Schmelzer et al., 2006).

Zur Durchführung einer klassischen Gruppennachsorge nach Mitchell und Everly

Da sich die klassische Einsatznachsorge nach Mitchell durchgesetzt und weltweit verbreitet hat, wird das Vorgehen hier nun genauer beschrieben. Debriefing ist als Gruppengespräch konzipiert, durch den Austausch, das Aussprechen und Ausdrücken von belastenden Einsatzabläufen und belastenden Gefühlen sollen die negativen Folgen einsatzbedingten Stresses gesundheitsförderlich verarbeitet werden. Dazu werden die Teilnehmer angeregt, ihre Erlebnisse, Erfahrungen und Gefühle zu schildern und zu besprechen. CISD ist ausdrücklich keine Methode, die Psychotherapie oder Beratung beinhaltet. Psychotherapeutisches Handeln kommt in der Regel erst dann zum Tragen, wenn bereits eine bestimmte Störung oder Problematik aufgetreten ist. CISD zielt hingegen darauf ab, dem Auftreten von negativen Auswirkungen hoher und häufiger Stressbelastungen vorzubeugen.

Der nun folgenden Beschreibung des „Critical Incident Stress Debriefings“ (Mitchell und Everly, 1995) liegt der „CISM-Kurs Baustein II“ der SbE-Bundesvereinigung für Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V. (Gengenbach, 2005) zugrunde. Die SbE®-Nachbesprechung hat das Ziel, die Symptome bei Einsatzkräften nach traumogener Exposition in ihrer Dauer und Intensität zu reduzieren, indem der „psychische Verarbeitungsprozess“ unterstützt wird. Als Zielgruppe werden „normale, psychisch gesunde und belastbare Menschen“ genannt.

Die Gruppenintervention, die ein bis sieben Tage nach der Exposition stattzufinden hat, wird von einem CISM-Team geleitet. Das Team besteht aus psychosozialen Fachkräften

und sogenannten Peers (also gleichgestellte Kollegen). Ein Peer ist immer eine Einsatzkraft, die speziell für präventive Aufgaben ausgebildet wurde. Er soll generell als niederschwelliger Ansprechpartner für einsatzbedingte Belastung in den Organisationen zur Verfügung stehen, im Rahmen primärpräventiver Maßnahmen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen durchführen und eben auch als Teammitglied in einer Nachsorge zur Verfügung stehen. Der Peer kennt das berufliche oder ehrenamtliche Umfeld der Teilnehmer und ermöglicht ihnen somit eine Identifikation, unter Umständen ist er den Teilnehmern auch schon bekannt. Die psychosozialen Fachkräfte, die aus den Berufsfeldern der Psychologie, Seelsorge, Medizin und Sozialpädagogik kommen, sind in der Regel mit der Einsatz Tätigkeit gut vertraut, müssen selber aber keine Einsatzkraft sein. Ein CISD-Teamleiter kennt in der Regel einen Pool von Peers, aus dem heraus er sich dann sein Team zusammenstellt. Idealerweise hat so ein Team eine feste Struktur, regelmäßigen Kontakt und Supervision. In der Realität wird dies auch zunehmend umgesetzt.

In einem CISM-Team sollten vier Funktionen besetzt sein: Leiter, Co-Leiter, Doorkeeper („Türhüter“) und Peer. Der Leiter, eine psychosoziale Fachkraft, leitet und moderiert das Debriefing. Er wendet sich jeweils dem sprechenden Teilnehmer zu und ist für den Übergang der Phasen zuständig. Der Co-Leiter unterstützt den Leiter. Er ist entweder eine psychosoziale Fachkraft oder ein erfahrener Peer. Der Doorkeeper hat seinen Platz in der Nähe der Tür und klärt ggf. außerhalb des Raumes, warum ein Teilnehmer die Gruppenintervention verlässt, er ist in der Regel ein Peer. Der Peer unterstützt den Leiter in der Wahrnehmung und Identifizierung besonders belasteter Teilnehmer. Aufgrund seiner Feldkompetenz dient er als Ansprechpartner besonders dann, wenn komplexere Einsatzabläufe und -verfahren thematisiert werden. Der Peer kann die Psychoedukation (vgl. Phase 6 „Information“, siehe Abb. 1) durchführen.

Die Größe des CISM-Teams leitet sich aus der Zahl der Teilnehmer ab und kann von zwei (für 10 Teilnehmer) bis sechs (für die maximale Größe von 40 Teilnehmern) Teammitgliedern reichen. Im CISM-Team sollte keinesfalls eine Person mitwirken, die selbst mit dem Einsatz, der Anlass des Debriefings ist, zu tun hatte. Die Nachsorge sollte in einem ruhigen Raum stattfinden und von außen nicht gestört werden. Idealerweise sollte niemand während der Nachsorge alarmiert werden können. Auch die Sitzordnung ist vorgegeben, die Einsatzkräfte sitzen in einem Stuhlkreis, in dem keine zweite Reihe gebildet wird, so dass das Team jeden Teilnehmer im Stuhlkreis sehen kann.

Es ist üblich, dass die Einsatzkräfte aus Feuerwehr, Rettungsdienst, Technischem Hilfswerk und uniformierter Polizei (Schutzpolizei) gemeinsam an einer Gruppenintervention teilnehmen. Ist die Zahl der am Einsatz beteiligten Kräfte größer als 40 Personen, finden entsprechend mehr Debriefings statt. Bei der Zusammensetzung der Gruppe wird nach Möglichkeit darauf geachtet, dass alle Teilnehmer der Gruppe entweder bei dem Einsatz dabei waren (bei großen Unfällen oder Katastrophen kann es durchaus vorkommen, dass sich die Teilnehmer des Debriefings nicht persönlich kennen) oder dass

alle Teilnehmer einer Gruppe untereinander bekannt und in ihrer Arbeit verbunden sind, auch wenn nicht alle am zu besprechenden Einsatz beteiligt waren (z. B. wenn ein Kollege bei einem Einsatz tödlich verunglückte, können auch die Kollegen, die nicht unmittelbar dabei waren, an der Nachsorge teilnehmen).

Ein Debriefing bezieht sich immer auf einen definierten Einsatz, da es vom Prinzip her nicht dafür vorgesehen ist, mehrere belastende Einsätze oder eine vorhandene Grundbelastung zu bearbeiten. Es folgt einem klar strukturierten Verlauf, der durch sieben Phasen beschrieben wird.

Abbildung 1: CISD-Phasen nach Mitchell und Everly (1995)

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

Unmittelbar nach dem Ende des Debriefings versammelt der Leiter an einem ungestörten Ort das CISM-Team um sich herum. Es findet ein kurzer Austausch darüber statt, wer im Verlauf des Debriefings als höher belastet eingeschätzt wird. Mit diesen Personen soll im Anschluss an die Nachsorge, manchmal während eines Imbisses, informell noch einmal Kontakt aufgenommen werden. Die im Anschluss an die Nachsorge stattfindenden Gespräche werden als wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil eines Debriefings gesehen. Diese stellen die informelle Ergänzung zum formalen Ablauf des Debriefings dar. Ein Peer kann hierbei auf einzelne Einsatzkräfte informell und mit Bezug auf das, was im Debriefing zur Sprache kam, zugehen. In diesem informellen Rahmen sollen sich dann weitere entlastende und beratende Gespräche entwickeln und evtl. weitere Unterstützungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden.

Das ursprünglich als einmalige Intervention nach belastenden Einsätzen gedachte Konzept von Mitchell wurde – auch aufgrund von nicht eindeutigen Studienergebnissen – erweitert. Mitchell und Everly stellten 1995 ein umfangreicheres Modell zur Prävention einsatzbedingter Störungen vor, das sogenannte *Critical Incident Stress Management (CISM)*. CISM ist nun als umfassendes Präventionsprogramm gedacht, die Hauptkomponenten von CISM sind die Vorbereitung auf berufsbedingten Stress, das Fördern und/oder Beschleunigen von Erholung und Gesundheit und das Verhindern oder Auffangen

von traumatischen Belastungsreaktionen; Angehörigenberatung wird ebenso wie der Einbezug des sozialen Umfeldes mitgedacht. Vor diesem Hintergrund muss Debriefing als Teilmaßnahme verstanden werden, als Baustein im Katalog präventiver Maßnahmen, dessen Wirksamkeit – im Hinblick auf eine Verringerung traumabedingter Symptomatik – weiter zu beleuchten ist.

Zur Wirksamkeit von Gruppennachsorge

Insgesamt gesehen zeigt sich bei den Studien zur Wirksamkeit von Debriefings ein sehr heterogenes Bild, zum einen in Bezug auf die untersuchten Gruppen, zum anderen aber auch in Hinblick auf die gefundenen Ergebnisse. Im Folgenden werden beispielhaft einige Studien sowie die Ergebnisse aus den wichtigsten Meta-Analysen vorgestellt. Einige ältere, zum Teil unkontrollierte Studien zeigten positive und ermutigende Resultate: So fand Bohl (1995) bei einer vergleichenden Untersuchung, dass debriefte Polizisten (N = 40) signifikant weniger Symptome aufwiesen als nicht debriefte (N = 31). Robinson und Mitchell (1993) untersuchten 172 Mitarbeiter im Notfall- und Rettungsdienst und fanden, dass diejenigen Personen, die von Symptomen berichteten, durchgängig angaben, vom Debriefing profitiert zu haben. Andere, ältere Studien fanden dagegen keinen Beleg für die Wirksamkeit von Debriefings: So stellten Hytten und Hasle (1989) in einer Untersuchung an professionellen und ehrenamtlichen Feuerwehrleuten (N = 115) zwei Wochen nach einem Hotelbrand keinen Unterschied an psychologischen Stresssymptomen zwischen debrieften und nicht debrieften Feuerwehrleuten fest, obwohl die Teilnehmer das Debriefing als hilfreich empfanden. Kenardy et al., (1996) fanden keinen Unterschied im Ausmaß der Belastungsreaktionen und dem Verlauf der Störung zwischen debrieften (N = 62) und nicht debrieften (N = 133) Helfern unterschiedlicher Berufsgruppen. Gemessen wurde zu vier Zeitpunkten innerhalb von zwei Jahren nach einem Erdbeben.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Heterogenität der in die Untersuchungen eingeflossenen Variablen – wie das Ereignis an sich, Setting, Interventionsverfahren, Anwenderausbildung, Zustandekommen der Teilnahme, Zeitpunkt der Intervention, Gruppengröße – eine zusammenfassende Beurteilung von Debriefing als unmittelbarer Intervention nach belastenden Einsätzen schwermacht. Die Ergebnisse der einzelnen Studien lassen sich also nur bedingt vergleichen.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Überblicksarbeiten und Meta-Analysen, die auch kein einheitliches Bild bieten. Der Tenor ist insgesamt eher negativ, mit Ausnahme der Meta-Analyse von Everly et al. (1999), die allerdings methodische Schwächen aufweist. Raphael und Dobson (2001) warnen in ihrer Überblicksarbeit vor einer unkritischen Anwendung von CISD und anderen Debriefing-Arten. Und auch Clemens und Lüdke (2000) kommen in ihrer Literaturübersicht zu dem Schluss, das Debriefing generell in seiner Effektivität nicht belegt ist und möglicherweise sogar negative Effekte zeigt,

ebenso van Emmerik et al. (2002) in ihrer Meta-Analyse. In allen Arbeiten wurden allerdings unterschiedliche Settings betrachtet, und die eingeschlossenen Studien bezogen sich nicht ausschließlich auf Debriefings bei Einsatzkräften. Im Gegenteil wurden solche Studien in den Meta-Analysen oft aus methodischen Gründen ausgeschlossen, so dass sich das Fazit der Autoren (außer bei Nachtigall et al., 2003) fast ausschließlich auf Studien stützt, in denen im Einzelsetting eine Intervention für zivile Traumaopfer gegeben wurde. Dies gilt in besonderem Maße für die wohl wichtigste und am häufigsten zitierte Meta-Analyse von Rose et al. (2004) im Auftrag der Cochrane Collaboration. In die neueste Ausgabe von 2004 werden 11 kontrollierte und randomisierte Studien eingeschlossen, von denen sich drei auf Risikogeburten beziehen, die restlichen acht auf Unfallpatienten oder deren Angehörige und/oder Gewaltopfer. Das Zeitintervall bis zur Intervention reichte in diesen Studien von innerhalb der ersten 24 Stunden bis zu einem Monat nach dem Ereignis. Rose et al. (2004) schließen folgerichtig aus ihrer Meta-Analyse lediglich auf den Einsatz von individuellem Debriefing, das nach der bisherigen Datenlage nicht empfehlenswert ist.

Sämtliche der hier zitierten Reviews und Meta-Analysen beziehen sich also auf *jegliche Art früher Intervention* in den unterschiedlichsten Populationen und kommen dadurch auch nur zu einer sehr allgemeinen Aussage, dass Interventionen "für alle", also präventiv, bevor eine traumabedingte Störung sich gezeigt hat, kein geeignetes Mittel sind, um der Entwicklung von posttraumatischer Symptomatik vorzubeugen. Arendt und Elklit (2001) differenzieren diese Aussage in ihrem ausführlichen Review insofern, als sie eine Tendenz beschreiben, dass gerade Gruppen-Debriefings im Einsatzwesen möglicherweise einen doch präventiven Effekt zeigen, während psychologische Debriefings im Einzelsetting, speziell bei Traumaopfern im zivilen Bereich, möglicherweise keinen oder sogar einen schädlichen Effekt zeigen.

In der Meta-Analyse von Nachtigall et al. (2003) wurden demgemäß nur 14 kontrollierte Studien zu Gruppen-Debriefings untersucht, von denen immerhin 11 im Bereich Einsatzwesen stattfanden. Auch diese Autoren fanden im Mittel keinen Effekt der Debriefings für posttraumatische oder allgemeine Symptomatik. Mitte et al. (2005) führten eine weitere Analyse mit verfeinerter Methodik durch, bei der sie auch Debriefings im Einzelsetting mit einbezogen (insgesamt 21 kontrollierte Studien). Wie zu erwarten war, fanden sie einen mittleren Effekt nahe Null. Interessant sind weitere explorative Analysen zur Stichprobenzusammensetzung. So schienen die Ergebnisse signifikant vom Frauenanteil in der jeweiligen Stichprobe und Treatmentgruppe beeinflusst zu werden. Dagegen zeigte sich kein Effekt der Variable Professionalität (konfundiert mit dem Setting), also ob die Zielgruppen der Interventionen Einsatzkräfte waren (die in der Regel im Gruppensetting debrieft wurden) oder Privatpersonen (in der Regel im Einzelsetting debrieft). Diese Ergebnisse sind nicht ermutigend, allerdings verweisen die Autoren auf die eher geringe methodische Qualität der Primärstudien.

Tatsächlich finden sich bis heute nur wenige randomisierte kontrollierte Studien speziell zur Wirksamkeit von Debriefing bei Einsatzkräften (vgl. Eriksson et al., 2004). Zu nennen ist hier die Untersuchung von Deahl et al. (2001) sowie eine eigene Studie in Deutschland durchgeführt wurde. In der Untersuchung von Deahl et al. nahm die Hälfte von 106 britischen Soldaten nach einem sechsmonatigen Einsatz in Bosnien an einem zusätzlichen Debriefing teil. Da die zufällige Zuteilung durch den Vorgesetzten vorgenommen wurde, gilt die Studie als quasi randomisiert. Unmittelbar nach dem Debriefing und der Rückkehr in die Heimat zeigte die nicht debriefte Gruppe signifikant höhere IES-Werte und mehr Depression.

In unserer Untersuchung wurde der Effekt von vier unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen verglichen. Diese waren das klassische Debriefing, eine kognitiv orientierte Nachsorge, Nachsorge durch den Kommandanten und eine Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielt. Die Zuteilung erfolgte überwiegend randomisiert. Zur Auswertung konnten insgesamt N = 339 Fragebogen zugrunde gelegt werden. Der erste Messzeitpunkt lag vor dem nachsorgerelevanten Einsatz. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppenzugehörigkeit keinen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik sechs Monate nach dem Ereignis (3. Messzeitpunkt) hat, dies gemessen mit der IES-R. Auch wurde die Belastung unmittelbar nach dem Ereignis (vor der Nachsorge gemessen, 2 Messzeitpunkt) nicht durch das Ereignis erklärt, sondern durch die Grundbelastung, die schon vor dem Ereignis bestand. Einfluss auf die Belastung sechs Monate nach dem Ereignis hatte wiederum die Belastung unmittelbar nach dem Ereignis sowie weitere private traumatische Ereignisse in der Zwischenzeit.

Als weiteres wichtiges Ergebnis ist der signifikante Rückgang der Ausgangssymptomatik in allen vier Gruppen, auch der Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielt, zu nennen. Die Ausgangswerte lagen hier bei 12,9 % PTBS-Symptomatik (IES-R), während die Symptomatik bei Abschluss der Untersuchung bei 7,0% lag. Wir vermuten, dass die durch die Untersuchung ausgelöste Sensibilisierung der Führungskraft sowie die Beschäftigung mit der Thematik seitens der Mannschaft zu einem Rückgang der Symptomatik (die im Durchschnitt seit sechs Jahren bestand), geführt hat. Als Fazit lässt sich sagen, dass Debriefing allein unter dem Aspekt der Symptomreduktion keinen Effekt hat. Notwendig ist, über die Maßnahmen der primären Prävention hinaus regelmäßige ereignisunabhängige psychosoziale Unterstützungsangebote, zum Beispiel im Sinne von psychosozialen Jahresrückblicken, zu leisten (Krüsmann et al., 2006a).

Zum heutigen Zeitpunkt kann nicht abschließend beantwortet werden, ob sekundärpräventive Nachsorgemaßnahmen im Einsatzwesen nützen, schaden oder lediglich sozialen Effekt zeigen, in dem Sinne, dass die Beteiligten sie positiv beurteilen und als nützlich empfinden. Als gesichert kann aber angesehen werden, dass bei einer vorliegenden Akuten Belastungsstörung (DSM-IV) eine Gruppennachsorge nicht als Metho-

de der Wahl anzusehen ist. Derart erkrankte Einsatzkräfte brauchen ein Mehr an Unterstützung, auch um gerade in den ersten Wochen und Monaten einer Chronifizierung vorzubeugen. Man kann darüber hinaus davon ausgehen, dass unabhängig von den zur Verfügung stehenden Präventionsmaßnahmen ein nicht geringer Anteil an Einsatzkräften an einer behandlungsrelevanten posttraumatischen Symptomatik erkrankt ist.

Neben den Fragen nach einer angemessenen Methode rückt zunehmend die Frage nach der Qualifizierung der in dem Bereich tätigen Präventionsmitarbeiter in den Vordergrund. Im gesamten Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV), also im Rahmen der Umsetzung von Konzepten für die unmittelbar betroffenen Personen und auch im Kontext von Entwicklung und Bereitstellung von Präventionskonzepten, wird sich die Qualitätssicherung der Angebote entscheidend auf die Effektivität der Arbeit auswirken (Krüsmann und Müller-Cyran, 2005).

Auch strukturelle Aspekte, wie die konstruktive Gestaltung der Schnittstellen zwischen den organisationsinternen Präventionsangeboten und heilkundlichen psychotherapeutischen Angeboten, ist von entscheidender Bedeutung für das Absinken der Häufigkeit traumabedingter Störungen im Einsatzwesen. Denn erstens wird auch die beste primäre und sekundäre Prävention nicht verhindern können, dass einzelne Einsatzkräfte erkranken; dies muss dann erkannt werden, und die Betroffenen müssen therapeutische Hilfe erhalten. Und zweitens wird der Gang zum Therapeuten von vielen Einsatzkräften als befremdlich und schambesetzt bezeichnet. Hier ist es wichtig, die Vernetzung zu stärken, um den Gang zum „Seelenarzt“ genauso selbstverständlich werden zu lassen wie z. B. den Gang zum Lungenfacharzt. Im Folgenden sollen einige Thesen zu psychotherapeutischem Handeln näher beleuchtet werden.

Einige Thesen zum Stellenwert der Psychotherapie im Kontext der Prävention im Einsatzwesen

- Trotz präventiver Angebote leidet ein erheblicher Prozentsatz der Einsatzkräfte unter traumabezogener Symptomatik und sucht zur Reduktion dieser Symptomatik nur selten psychotherapeutische Hilfe auf.
- Die Häufigkeit einsatzbedingter PTBS lässt sich durch niederschwellige Interventionen (z. B. durch Peers, Mediatoren oder Feuerwehrseelsorger) senken, aber nicht verhindern.
- Psychotherapie als akzeptierte Behandlungsmethode zur Reduktion krankheitsrelevanter psychischer Belastungen und Störungen sollte eine Selbstverständlichkeit werden.
- So wie die Inhalte von traumabezogener Psychotherapie im Rahmen von Schulungen bekannt gemacht werden sollten, sollten auch Psychotherapeuten selbst für Präventionsmitarbeiter wahrnehmbar werden, um so Schwellenängste und Vorurteile abzubauen.
- Psychosoziale Fachkräfte müssen ebenso wie die fachliche Leitung in ausreichendem Maße über klinisch-psychologisches und psychotherapeutisches Wissen verfügen.

- Psychotherapie mit Einsatzkräften sollte gerade zu Beginn nach dem Grundsatz gestaltet werden, dass sich die Einsatzkraft nach den ersten Sitzungen psychisch besser, stabiler und weniger hilflos gegenüber den Symptomen fühlt als vor der Sitzung. Dies bedeutet z. B.:
 - keine zu frühe Konfrontation mit dem traumarelevanten Einsatz
 - Exploration des momentanen Befindens, keine Rückblicke in die Vergangenheit
 - ausführliche Psychoedukation, Vorgang der Dissoziation erklären
 - Umgang mit PTBS-Symptomen erklären
 - Möglichkeiten der Panikreduktion (Ankerreiz, Realitätskontrolle, Atmung) besprechen
 - zuversichtlich Heilungschancen aufzeigen

Nur wenn Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention ineinandergreifen und die Schnittstellen definiert und abrufbar sind, können Präventionskonzepte langfristig zu einer Reduktion einsatzbedingter Traumasymptome führen. Ein Ziel, für das Gelder und Personal zur Verfügung gestellt werden müssen, um qualitativ hochwertige Systeme zur Verfügung stellen zu können. Kosten, die nicht selten als sehr hoch angesehen werden, die aber notwendig sind, um effektiv zu verhindern, dass Einsatzkräfte, die einen anspruchsvollen und in Bezug auf die eigene Gesundheit risikoreichen Dienst an anderen Menschen versehen, durch ihre Einsatz-tätigkeit langfristig psychisch zu Schaden kommen.

Literatur

- Alexander DA, Klein S (2001): Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *Br J Psychiatry* 178 (1):76-81
- Antonovsky A (1987) : *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass/Pfeiffer
- APA (American Psychiatric Association) (1994): *Diagnostic and statistical manuals of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association
- APA (American Psychiatric Association) (1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. DSM-IV. 4. Aufl. Dt. Bearb. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Göttingen: Hogrefe
- Arendt M, Eiklit A (2001): Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand* 104 (6):423-437
- Beaton R, Johnson L, Infield S, Ollis T, Bond G (2001): Outcomes of a leadership intervention for a metropolitan fire department. *Psychol Rep* 88(3):1049-1066
- Beerlage I, Hering T, Nörenberg L (2004): Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. <http://www.psychosoziale-notfallversorgung.de>.
- Bengel J (1997) (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Bohl N (1995): The effectiveness of brief psychological interventions in police officers after critical incidents. In: Reese J, Horn J, Dunning C (eds.): *Critical incidents in policing*, revised. Washington D.C.: Dept. Justice, pp. 31-38
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000): Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consul Clin Psychol* 68(5) :748-766

- Bryant RA, Harvey AG (1996): Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Traum Stress* 9(1):51-63
- Butollo W, Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M (2006a): Endbericht Sekundäre Prävention im Einsatzwesen. München: LMU
- Butollo W, Krüsmann M, Schmelzer M, Karl R, Müller-Cyran A (2006b): Endbericht Primäre Prävention im Einsatzwesen. München: LMU.
- Clemens K, Lüdke C (2000): Debriefing – werden die Opfer geschädigt? *Psychotraumatologie* [e-journal]. www.thieme.de/psychotrauma/
- Cornell W, Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K (1999): Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol* 4(2):131-141
- Deahl MP, Srinivasan M, Jones N, Neblett C, Jolly A (2001): Evaluating psychological debriefing: are we measuring the right outcomes? *J Traum Stress* 14(3):527-529
- Dean P, Gow KM, Shakespeare Finch J (2003): Counting the cost: Psychological distress in career and auxiliary firefighters. *Australas J Disaster Trauma Studies* 1: [np]
- Ehlers A (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe
- Eriksson CB, Foy DW, Larson LC (2004): When the helpers need help: Early intervention for emergency and relief services personnel. In: Litz BT, Gray MJ (eds.): *Early intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention*. New York, NY, US: Guilford Press, pp. 241-262
- Everly GS, Boyle SH, Lating JM (1999): The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Med* 15(4):229-233
- Flatten G, Wöller W, Hofmann A (2001): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzold ER (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer, S. 85-122
- Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, Wright KM (1992): Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma. *Am J Orthopsychiatry* 62(3):371-378
- Gegenbach O (2005): CISM-Kurs Baustein II. Foliensatz. 6. Aufl. SBE-Bundesvereinigung, Eigendruck
- Heinrichs M, Wagner D, Schoch W, Soravia LM, Hellhammer DH, Ehlert U (2005): Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *Am J Psychiatry* 162(12):2276-2286
- Hodgkinson PE, Stewart M (eds.) (1991): *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London: Routledge
- Hyttén K, Hasle A (1989): Fire fighters: A study of stress and coping. *Acta Psychiatr Scand* 80(335, Suppl.):50-55
- Jonsson A, Segesten K, Mattson B (2003): Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J* 20(1):79-84
- Kenardy JT, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GI (1996): Stress debriefing and the pattern of recovery following a natural disaster. *J Traum Stress* 8:37-50
- Kobasa SC (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 37(1):1-11
- Krüsmann M (2003): Prävention posttraumatischer Störungen im Einsatzwesen. In: Butollo W, Hagl M (Hrsg.): *Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie*. Bern: Hans Huber, S. 147-161
- Krüsmann M, Müller-Cyran A (2005): *Trauma und frühe Interventionen*. München: Pfeiffer
- Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M, Butollo W (2006a): *Primäre und Sekundäre Prävention im Einsatzwesen, Zusammenfassung der Ergebnisse – Darstellung einer Gesamtkonzeption*. www.einsatzkraft.de. München: LMU
- Krüsmann M, Karl R, Schmelzer M, Müller-Cyran A, Hagl M, Butollo W (2006b): Zur Prävention einsatzbedingter Erkrankungen. In: Lueger-Schuster B, Krüsmann M, Purtscher K (Hrsg.): *Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen – lessons learned*. Wien, New York: Springer
- Krüsmann M, Schmelzer M, Adler T (2006c): Konzept zum Multiplikatorentraining für die Schulung „Außergewöhnliche seelische Belastung im Einsatz und was man dagegen tun kann“ sowie „Außergewöhnliche seelische Belastung im Einsatz und Führung“. www.einsatzkraft.de. München: LMU
- Maercker A (1997): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- McFarlane AC (1989): The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry* 154:221-228
- McFarlane AC, Papay P (1992): Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 180(8):498-504
- Mitchell JT, Bray GP (1990): *Emergency Services Stress*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Mitchell JT, Everly GSJ (1995): The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: Everly GSJ, Lating JM (eds.): *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press, pp. 267-280
- Mitchell JT, Dyregrov A (1993): Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: Prevention and intervention. In: Wilson JP, Raphael B (eds.): *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press, pp. 905-914
- Mitchell TJ (1983): When disaster strikes. *J Emerg Med Services* 8:36-39
- Mitte K, Steil R, Nachtigall C (2005): Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random-Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Z Klin Psychol Psychother: Forsch Prax* 34(1):1-9
- Müller-Cyran A (1999): Psychische Betreuung und Nachsorge von Rettungsdienst- und Katastrophenschutzkräften. Überlegungen zu den Anforderungen an einen zeitgemäßen Zivil- und Katastrophenschutz. *Notfallvorsorge. Zeitschrift für Katastrophenmanagement und Humanitäre Hilfe* 3:4-8
- Nachtigall C, Mitte K, Steil R (2003): Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 35(2):273-281
- Perren-Klinger G (2000) (Hrsg.): *Debriefing – Erste Hilfe durch das Wort*. Bern, Stuttgart, Wien: Paul Haupt
- Raphael B, Dobson M (2001): *Acute posttraumatic interventions*. In: Wilson JP (ed.): *Treating psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press, pp. 139-158
- Raphael B, Meldrum L, McFarlane AC (1995): Does debriefing after psychological trauma work? *Br Med J* 310:1479-1481
- Regehr C, Hill J, Glancy GD (2000): Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *J Nerv Ment Dis* 188(6):333-339
- Robinson RC, Mitchell JT (1993): Evaluation of psychological debriefings. *J Traum Stress* 6(3):367-382
- Rose S, Bisson J, Wessley S (2004): *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)* (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley und Sons, Ltd.
- Schmelzer M, Krüsmann M, Butollo W (2006): *Konzept zur Schulung „Außergewöhnliche seelische Belastung im Einsatz und was man dagegen tun kann“*. www.einsatzkraft.de. München: LMU
- Schwettmann JL (1980): *Proceedings: NAEMT hassle management seminar-EMT/paramedic burn-out*. *Emerg Med Services* 9(6):137-143

- Staff M (1981): Time management: A survival guide for EMS managers. *Emerg Med Services* 9(6):68-72
- Teegen F, Yasui Y (2000): Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörungen bei dem Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltensther Verhaltensmed* 21(1):65-83
- Teegen F, Domnick A, Heerdegen M (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 29(4):583-599
- Throne LC, Bartholomew JB, Craig J, Farrar RP (2000): Stress reactivity in fire fighters: An exercise intervention. *Int J Stress Management* 7(4):235-246
- van der Ploeg E, Kleber RJ (2003): Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med* 60(1):40-46
- van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG (2002): Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet* 360(9335):766-771
- Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U (1999): Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed* 11(1):31-39
- Wagner D, Heinrichs M, Kerber U, Wingenfeld K, Hellhammer D-H, Ehlert U (2001): Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In: Maercker A, Ehlert U (Hrsg.): *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 201-225
- WHO (World Health Organization) (1992): The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and guidelines. Genf: Author
- WHO (World Health Organization) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2., korr. Aufl.; übersetzt und herausg. v. H. Dilling, W. Mombour und M. H. Schmidt. Bern: Hans Huber

Dr. phil. Marion Krüsmann

Lutzstr. 20 • 80687 München

Tel: 0173-3831211

E-Mail: marion.kruesmann@t-online.de