

Primäre und Sekundäre Prävention im Einsatzwesen Zusammenfassung der Ergebnisse – Darstellung einer Gesamtkonzeption (Krüsmann, Karl, Schmelzer & Butollo, 2006)

Zentrale Mitarbeiterinnen des Projektes waren Regina Karl und Monika Schmelzer, diese wurden unterstützt von Andreas Müller-Cyran, Tine Adler, Maria Hagl, Brigitte Langhof und Steve Powell. Die Durchführung der Untersuchung wurde unterstützt von Andreas Hänsel, Ulrike Gladasch, Christiane Stange, Uwe Lehmkuhl und vielen anderen Mitarbeitern in Nachsorgeteams. Als Hilfskräfte wurden folgende Personen tätig: Kyra Hauenschild, Deidre McGinley, Katrin Meyer, Steve Arendt, Minyoung Jung, Maria Loderer, Julia König, Beate Süß und Michaels Kühling.

Das Projekt wurde von Willi Butollo als Auftragsnehmer und von Marion Krüsmann stellvertretend geleitet.

Dank

Wir möchten ausdrücklich all den Führungskräften in der Feuerwehr, dem THW und den Hilfsorganisationen danken, die uns darin unterstützt haben die Untersuchung in den Wehren und Wachen durchzuführen.

Dem Projektauftrag gemäß berücksichtigte die vorliegende Untersuchung die in der Praxis durchgeführten Nachsorgemaßnahmen. Daher gilt an dieser Stelle unser Dank auch allen Organisationen und Präventionsmitarbeitern in Bayern, die durch ihre Mitarbeit dieses Projekt unterstützt haben.

Unserer besonderer Dank aber geht an die vielen Einsatzkräfte, die sich die Mühe gemacht haben unsere Fragebogen, die mal kurz aber auch teilweise sehr lang waren, auszufüllen und damit diese Studie möglich gemacht haben.

Projekt-Nr.: B1.11 1007/02/BVA - Entwicklung und Evaluation von Schulungseinheiten zur Primären Prävention;

Projekt-Nr.: B1.11 1006/02/BVA - Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention auf der Grundlage einer epidemiologischen Untersuchung

Fördernde Institution: Bundesministerium des Innern

Projektbegleitender Arbeitskreis: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

1	Zusammenfassung	3
2	Einführung	4
3	Ausgangssituation des Forschungsprojektes	4
4	Ziele des vorliegenden Forschungsprojektes	5
5	Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung	5
6	Wissenschaftlicher Kenntnisstand	6
7	Kernfragestellungen der Untersuchung	7
8	Auswahl der Untersuchungsteilnehmer, Rücklauf und Repräsentativität	7
8.1	Epidemiologische Untersuchung zur Ermittlung der Belastung in der Freiwilligen Feuerwehr	7
8.2	Vorgehen bei der Beurteilung der im Zuge des Projektes entwickelten Schulungseinheit	8
8.3	Wirksamkeit von Gruppeninterventionen zur Einsatznachsorge (Sekundäre Prävention)	10
9	Zusammenfassung der Ergebnisse	14
9.1	Ergebnisse aus der Ist-Analyse und der Bedarfsermittlung	14
9.2	Faktoren, die das Auftreten posttraumatischer Belastung nach schweren Einsätzen erklären	19
9.3	Ergebnisse aus der begleitenden Untersuchung zu primärpräventiven Schulungen	21
9.4	Zum Stellenwert der Nachsorge nach potentiell traumatisierenden Einsätzen	21
9.5	Zum Einfluss differentieller Bewältigungsstrategien	25
9.6	Risikofaktoren, die zu berücksichtigen sind	25
10	Empfehlungen zu Prävention, Darstellung einer Gesamtkonzeption	26

1 Zusammenfassung

Dass es zur Entwicklung posttraumatischer Symptome bei Mitarbeitern im Einsatzwesen kommen kann, ist mittlerweile unumstritten und durch unterschiedlichste Studien belegt. Über Häufigkeit und Ausmaß einsatzbedingter Erkrankungen existieren zwar unterschiedliche Annahmen, aber im Grunde sind sich Forscher und Praktiker einig, dass Einsatzkräfte zu einer Risikogruppe bezüglich der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsreaktion zu zählen sind. Über effektive Möglichkeiten zur Prävention wird hingegen heftig und kontrovers gestritten und diskutiert. Teilweise sich diametral widersprechende Studienergebnisse führten in den letzten Jahren zu heftigen Auseinandersetzungen, dies gerade im Bezug auf das so genannte Debriefing, eine Gruppenintervention, die in den Tagen nach einem potentiell traumatisierenden Einsatz durchgeführt wird. In dieser Arbeit wurden daher effektive Strategien zur primären und sekundären Prävention einsatzbedingter Störungen überprüft. Zum einen wurde eine Schulung zur primären Prävention entwickelt und durchgeführt; hier wurden nicht geschulte Wehren mit geschulten Wehren zu zwei Messzeitpunkten miteinander verglichen. Zum anderen wurden unterschiedliche Nachsorgemaßnahmen quasi-experimentell überprüft und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Im Vorfeld der Untersuchung wurde eine repräsentative epidemiologische Untersuchung zur Erfassung der Häufigkeit einsatzbedingter Belastung durchgeführt.

Die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchung im Ehrenamt der Freiwilligen Feuerwehr ergeben insgesamt eine eher geringe posttraumatische Belastung verglichen mit Ergebnissen aus Untersuchungen im Hauptamt. Vergleicht man aber die gefundenen Ergebnisse mit Studien in der allgemeinen Bevölkerung zeigt sich, dass Freiwillige Feuerwehrmänner ein erheblich höheres Risiko haben eine traumabedingte Störung zu entwickeln als die Allgemeinbevölkerung.

Die Untersuchungen zur Primären Präventionen konnte zeigen, dass die für die Untersuchung entwickelten Schulungsmaßnahmen sowohl von den Multiplikatoren, die die Schulung durchführten als auch von den Teilnehmern an der Schulung sehr gut angenommen und beurteilt wurden. Rund 98% der Teilnehmer würden die Schulung zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Schulung einem Kameraden oder Kollegen weiter empfehlen.

Die Ergebnisse bezüglich der sekundären Prävention zeigen, dass die Durchführung von Nachsorgemaßnahmen keinen positiven Effekt auf die Bewältigung von schwerwiegenden Einsätzen hat. Jedoch wurden auch keine schädlichen Auswirkungen, wie in verschiedenen anderen Untersuchungen zu Debriefings geschildert, gefunden. Dies mag daran liegen, dass im Rahmen dieser Untersuchung ausschließlich die ursprüngliche Zielgruppe für die hier untersuchte Nachsorgemethode (CISD) einbezogen wurde. Es kann sich aber auch um einen Zeiteffekt handeln, da in anderen Untersuchungen eher langfristige negative Effekte gefunden wurden. Allerdings wurde in allen Wehren die sich an der Untersuchung beteiligten, auch in den Kontrollwehren ohne Intervention, eine signifikante Verbesserung der Symptomatik über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg – ausgehend von der Ausgangsbelastung ca. 11 Monate vor dem nachsorgerelevanten Ereignis – ermittelt. Dies lässt vermuten, dass allein die durch die Studie ausgelöste Beschäftigung mit der Thematik psychoedukativ wirkt, dies deutlicher als die beabsichtigte Wirkung von einmaliger Nachsorge.

Betrachtet man zusammenfassend alle gefundenen Ergebnisse, so kann eine flächendeckende und strukturierte Durchführung von primärpräventiven Schulungen, sowie eine verlässliche Ausweitung von Nachsorgemaßnahmen über eine einmalige Nachsorge hinaus empfohlen werden.

2 Einführung

Das Forschungsprojekt „Prävention im Einsatzwesen“ wurde zwischen Januar 2003 und Juli 2006 an der *Ludwigs- Maximilians- Universität in München im Auftrag des Beschaffungsamtes des Bundesministeriums des Innern für das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)* durchgeführt und ist nun abgeschlossen.

In diesem Forschungsvorhaben ging es darum, die gesundheitlichen Folgen von außergewöhnlich belastenden Einsätzen denen Einsatzkräfte ausgesetzt sind, zu erfassen und vorbeugende Maßnahmen (Prävention) zu entwickeln, um das Ausmaß psychischer Erkrankungen durch solche besonders belastenden Einsätze einzugrenzen.

Dabei unterteilt man Prävention in primäre und sekundäre Prävention, wobei Maßnahmen der primären Prävention vor einem Ereignis stattfinden (z.B. Schulungen) und Maßnahmen der sekundären Prävention nach dem Ereignis eingesetzt werden. Beide haben zum Ziel, das Ausmaß einer Erkrankung möglichst gering zu halten.

Wir haben gemäß unserem Auftrag einen umfassenden Bericht mit Empfehlungen beim *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe* vorgelegt. Das Projekt wurde regelmäßig in einem forschungsbegleitenden Arbeitskreis des BBK diskutiert und hat dort immer einen hohen Stellenwert eingenommen. Als großer Erfolg für die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Thematik ist anzusehen, dass die Ergebnisse und Empfehlungen des Projektes bei einer Tagung der Schutzkommission vorgestellt wurden. Damit endet unser Einfluss und wir hoffen, dass die Empfehlungen, die ja auf Aussagen der Einsatzkräfte basieren, tatsächlich im Einsatzwesen Anwendung finden werden, um so zur Gesunderhaltung der Einsatzkräfte beitragen zu können.

Im nun folgenden Text werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und sind vor allem als Rückmeldung für diejenigen Wehren gedacht, deren Mitglieder uns tatkräftig unterstützt haben und damit einen ganz ungewöhnlichen Beitrag für alle Feuerwehrmitglieder geleistet haben. Der gesamte Bericht ist unter www.einsatzkraft.de einzusehen.

3 Ausgangssituation des Forschungsprojektes

Belastungen als Folge traumatischer Erfahrungen werden für direkt Betroffene schon seit einigen Jahrzehnten beschrieben. Seit Beginn der 80er Jahre wird sinnvollerweise ebenfalls berücksichtigt, dass auch das Miterleben derart extremer Situationen sowie auch die Verantwortung für das Leben anderer, eine ernsthafte psychische Belastung darstellen kann. Dies sind Situationen, denen Einsatzkräfte häufig ausgesetzt sind.

Um dieser Tatsache zu begegnen, haben sich zahlreiche Eigeninitiativen im Bereich der Prävention etabliert, um das Thema der einsatzbedingten Belastungen und Erkrankungen anzusprechen und betroffenen Personen Hilfe zu leisten. Im Bereich der sekundären Prävention wären z.B. Nachsorgemaßnahmen aus der Notfallseelsorge oder das sog. Debriefing (SbE, CISM) zu nennen. Allerdings sind die verfügbaren Maßnahmen oftmals ohne einheitliche Konzeption und abschließender wissenschaftlicher Fundierung. Außerdem sind die Angebote mehr oder weniger „zufällig“ vorhanden, d.h. der Zugang zum Angebot hängt weniger vom Bedarf ab als vielmehr vom Engagement Einzelner; eine Flächendeckung ist nicht gewährleistet.

Des Weiteren wird die Wirksamkeit sekundär präventiver Maßnahmen generell uneinheitlich diskutiert und dargestellt, daher war ein wichtiges Anliegen des Forschungsprojektes die Wirkung verschiedener Maßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen Einsatz zu untersuchen.

4 Ziele des vorliegenden Forschungsprojektes

Das Forschungsprojekt hatte zum Ziel, das Wissen über Belastung und Bewältigungsfähigkeit der Einsatzkräfte zu erhöhen und die Wirkungen präventiver Maßnahmen zu überprüfen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sollten in konkrete Vorschläge zur praktischen Umsetzung münden. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Erstellung eines Gesamtkonzeptes gelegt, in dem Maßnahmen der primären und sekundären Prävention ineinander greifen.

Die Ausarbeitung von evaluierten Empfehlungen zur primären und sekundären Prävention sollte dabei an die Bedürfnisse und Bedingungen angepasst sein, die tatsächlich im Ehrenamt vorherrschen. Dazu wurde eine repräsentative epidemiologische Untersuchung zur individuellen Belastung und Bewältigungsfähigkeit der ehrenamtlichen Einsatzkräfte durchgeführt, die die Grundlage der Empfehlungen darstellt.

Auf Seiten der primären Prävention wurde eine Schulung für die Grundausbildung entwickelt, in der sekundären Prävention wurden die unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen, wie sie derzeit angeboten werden, untersucht und zusätzlich neue Maßnahmen entwickelt, die im Zusammenarbeit mit dem Projekt durchgeführt wurden. Dabei wurden immer die Bedingungen berücksichtigt, die tatsächlich in der Feuerwehr vorherrschen, denn eine Grundprämisse des Forschungsprojektes war: Prävention kann immer nur dann effektiv sein und gelingen, wenn sie den spezifischen Gegebenheiten der zu unterstützenden Personen angepasst ist.

Durch das Forschungsprojekt sollten folgende zentralen Fragestellungen beantwortet werden: Sind ehrenamtlich tätige Einsatzkräfte (Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren und des THW) tatsächlich durch ihre Einsatz Tätigkeit belastet und brauchen deshalb Prävention? Wenn ja, welche Prävention ist sinnvoll und von wem soll sie durchgeführt werden? Und in welchem Rahmen soll Prävention stattfinden, damit sie an die Bedingungen der betroffenen Personen angepasst ist?

Zum besseren Verständnis der dargestellten Fragen wird im Folgenden kurz der theoretische Hintergrund umrissen.

5 Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung

Traumatische Ereignisse sind im Gegensatz zu allgemeinen Stressreaktionen oder kritischen Lebensereignissen als solche definiert, bei denen die Betroffenen existentiell bedroht oder/und mit dem Tod konfrontiert werden. Nach der Weltgesundheitsorganisation bezeichnet Trauma ein "belastendes Ereignis oder ein Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaßes, dass bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde" (WHO, 1994). Traumatische Ereignisse umfassen z. B. das Erleben oder Miterleben von Unfällen, körperlicher und sexueller Gewalt, Kriegseinsätze, Naturkatastrophen oder Verlusterleben (Todesfälle). Ein traumatisches Ereignis zu haben, bedeutet aber auch, dass die betroffene Person mit „Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ auf das Ereignis reagiert hat. Neben der objektiven Tatsache, dass ein Ereignis stattgefunden hat, muss eine subjektive Bewertung der Betroffenen vorliegen.

Nicht jeder, der traumatische Erfahrungen gemacht hat, ist automatisch krank und traumatisiert. Es reagieren zwar fast alle Menschen auf das Erleben traumatischer Ereignisse in ähnlicher Weise, sie entwickeln unmittelbar nach dem Ereignis spezifische Symptome (z.B. wiederkehrende Erinnerungen, Vermeidung des Ortes des Geschehens, Schreckhaftigkeit, Schlafprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten). Diese sind aber bei einem Großteil der betroffenen Personen von vorübergehender Natur, sie dauern ein paar Tage bis zu etwa 4 Wochen an und sind angemessene Reaktionen auf das schreckliche Ereignis. Die meisten Menschen verfügen über Selbstheilungskräfte, sodass die traumatische Erfahrung gut bewältigt werden kann und Bestandteil der Lebenserfahrung wird ohne zu einer Erkrankung zu führen. In vergleichsweise wenigen Fällen erkranken die betroffenen Personen an den Folgen einer traumatischen Erfahrung.

Die psychischen Folgen traumatisierender Ereignisse werden unter dem Krankheitsbild "*Posttraumatische Belastungsstörung*" (PTB oder PTSD) zusammengefasst und als "die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis" definiert. Die auftretenden Symptome müssen länger als 4 Wochen andauern und „subjektives Leiden und Beeinträchtigungen in beruflicher, familiärer und sozialer Hinsicht“ nach sich ziehen.

Wer nun gefährdet ist zu erkranken, hängt von sehr vielen Faktoren und Konstellationen ab und kann nicht abschließend beantwortet bzw. vorausgesagt werden. Während frühere Forschungen sich ganz auf das Ereignis konzentriert haben, stellen neuere Forschungsergebnisse mehr die Person in den Mittelpunkt. Die momentane Verfassung und Befindlichkeit einer betroffenen Person, die augenblicklichen Lebensumstände und die Möglichkeiten der Bewältigung (einschließlich Unterstützung, die von außen kommt) erklären, warum nach dem Erleben desselben Ereignisses einige Personen erkranken und andere nicht.

Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist eine schwere Erkrankung und bedarf ausnahmslos einer professionellen Behandlung. Die Heilungschancen sind sehr hoch, insbesondere wenn die Behandlung frühzeitig nach dem Auftreten erfolgt. Daher müssen Präventionsangebote darauf abzielen, dass das Wissen über einsatzbedingte traumatische Reaktionen erhöht wird, so dass dann eine Erkrankung bei sich selbst und anderen erkannt wird und betroffene Personen geeignete Hilfsangebote finden. Sie dürfen nicht als Maßnahmen missverstanden werden, die das Auftreten einer Erkrankung verhindern könnten.

6 Wissenschaftlicher Kenntnisstand

Bereits vorhandene Untersuchungen stellten fest, dass Einsatzkräfte aufgrund ihrer beruflichen Belastungen als Hochrisikogruppe hinsichtlich der Erkrankungswahrscheinlichkeit für traumabedingte Störungen gelten müssen (Zusammenfassungen bei: Krüsmann, 2003; Teegen, 2001). Die Untersuchungen beschäftigen sich mit der Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) und anderen Belastungen bei Einsatzkräften von Polizei, privaten Hilfsorganisationen und Feuerwehr. Dabei lassen sich für die verschiedenen Berufsgruppen keine einheitlichen Zahlen über die Auftretenshäufigkeit einsatzbedingter traumarelevanter Belastung (Prävalenzraten) finden. Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich überwiegend auf hauptamtlich tätige Einsatzkräfte.

Am häufigsten werden in Deutschland die Zahlen von zwei Studien genannt: Diese weisen auf ein entsprechendes Risiko im normalen Berufsalltag speziell bei den Einsatzkräften der Feuerwehren hin. So fanden Teegen et al. (1997) bei 198 Berufsfeuerwehrleuten in Hamburg eine Prävalenz des Vollbildes der PTB von 9 % und der subsyndromalen Ausprägung von weiteren 13 %. Wagner, Heinrichs und Ehlert (1998, 1999) identifizierten bei den 402 von ihnen befragten Berufsfeuerwehrleuten bei fast einem Fünftel eine krankheitswertige PTB. Nur 8,5 % der

Untersuchungsteilnehmer gaben überhaupt keine PTB-Symptome an. Insgesamt war nur etwa ein Viertel (24,53 %) der Stichprobe gemäß den Fragebögen psychisch unauffällig.

Für den Bereich der Freiwilligen Feuerwehren liegen bislang – zumindest in der BRD – keine Untersuchungen vor. Es erschien daher sinnvoll sich in der hier beschriebenen Untersuchung auf Einsatzkräfte, die im Ehrenamt tätig sind, zu konzentrieren.

7 Kernfragestellungen der Untersuchung

Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf folgende Kernfragen:

- Wie groß ist das Ausmaß an einsatzbedingten Belastungen bei Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren und was genau sind die Faktoren die zu einer Belastung führen?
- Wie bewältigen Feuerwehrmänner ehrenamtliche Einsatzstätigkeit und von wem fühlen sie sich in ihren Wehren und aus ihrem privaten Umfeld heraus unterstützt?
- In wie weit kommen persönliche Faktoren zum tragen und wie wirkt sich ihr ehrenamtliches Engagement auf private Belastungen aus?
- Wie wirken sich formalisierte primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen auf die Bewältigungsfähigkeit aus.

Im Folgenden nun einige wichtige Informationen über die Durchführung der Studie und über die Rahmenbedingungen, in die die Ergebnisse eingebettet sind.

8 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer, Rücklauf und Repräsentativität

8.1 Epidemiologische Untersuchung zur Ermittlung der Belastung in der Freiwilligen Feuerwehr

Die epidemiologische Untersuchung wurde in zwei Bundesländern, in Bayern und in Brandenburg, durchgeführt. Als Hauptzielgruppe der Untersuchung wurde die Freiwillige Feuerwehr ausgewählt, da diese die größte Gruppe der ehrenamtlichen Helfer darstellt, flächendeckend organisiert ist und im Bedarfsfall neben dem Rettungsdienst als erste Organisation alarmiert wird. Das Technische Hilfswerk sowie ehrenamtliche Mitglieder der Hilfsorganisationen wurden in Bayern ebenfalls in Ausschnitten untersucht. Im Land Brandenburg wurden nur die Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr untersucht.

Bei der Auswahl der Untersuchungsteilnehmer wurden zwei Richtlinien aufgestellt. Es sollten zum einen einsatzstarke und einsatzschwache Wehren ausgewählt werden, zum anderen sollte die Erfahrung mit Prävention unterschiedlich sein. Zudem sollte die Auswahl flächendeckend sein und alle Regionen (in Bayern: Regierungsbezirke) berücksichtigen. Die entsprechenden Landkreise wurden gemäß der Angaben der Kreisbrandräte ausgewählt; die Wehren innerhalb der Landkreise wurden ausgelost.

Speziell für den Bereich der Freiwilligen Feuerwehr wurden, um repräsentative Aussagen treffen zu können, 2960 Feuerwehrleute ausgewählt, dies waren 1900 Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr

Bayerns in 32 Wehren und 1060 Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr Brandenburgs in 38 Wehren. Der Fragebogen war mit 30 Seiten sehr umfangreich und hat verschiedene Reaktionen hervorgerufen: Vielen Feuerwehrleuten war er verständlicherweise zu lang, aber es gab auch sehr viel positive Zustimmung dahingehend, dass das Thema "Belastung im Einsatzwesen" umfassend beleuchtet wird und eben nicht mit nur wenigen Fragen abgespeist wird. Insgesamt gingen 1593 auswertbare Fragebogen ein. In Bayern haben sich Gemeinde-, Standort- und Stadtwehren an der Untersuchung beteiligt; im Land Brandenburg Gemeinde- und Standortwehren.

Die durchschnittliche Beteiligung bei der Freiwilligen Feuerwehr Bayern und dem Land Brandenburg beträgt 53.7%. Der Rücklauf aus den Landkreisen und Städten verlief sehr unterschiedlich. Die Beteiligung insgesamt war in Bayern höher als im Land Brandenburg. Um gesicherte Aussagen treffen zu können, sollten ausnahmslos alle Mitglieder der ausgewählten Wehren die Fragebogen bearbeiten. Dieses Ziel konnte nicht erreicht werden. Deshalb wurden zur Einschätzung eines Zusammenhanges zwischen Rücklauf und Belastung spezielle Auswertungen vorgenommen. Es zeigte sich, dass sich die Belastungswerte von Teilnehmern aus Wehren mit unterschiedlichem Rücklauf nicht unterscheiden. Deshalb wird nicht erwartet, dass die Nichtteilnehmer eventuell diejenigen mit einer höheren Belastung sein könnten.

Das Verhältnis von Gemeindefeuren (kleine Wehren) zu so genannten Standortwehren beträgt in Bayern etwa 3:1. Dieses Verhältnis von einsatzschwächeren zu einsatzstarken Wehren sollte in der Stichprobe abgebildet werden. Im Land Brandenburg sollte eine ähnliche Zusammensetzung der Stichprobe erreicht werden. Die Ergebnisse der Einsatzhäufigkeiten der beteiligten Wehren in Bezug auf die Wehrgrößen konnten belegen, dass eine umfassende Variation in der vorliegenden Stichprobe vorhanden ist, und damit die tatsächliche Verteilung der Einsatzhäufigkeit sehr gut dargestellt ist. Dadurch kann eine Repräsentativität der Stichprobe angenommen werden, sodass sich die gefundenen Ergebnisse auf die gesamte Freiwillige Feuerwehr übertragen lassen.

Zur Auswertung der Fragestellungen kamen N=1445 Fragebogen männlicher Feuerwehrmänner.

8.2 Vorgehen bei der Beurteilung der im Zuge des Projektes entwickelten Schulungseinheit

Das Konzept sieht grundsätzlich vor, dass die Schulungen von entsprechend ausgebildeten Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren vor Ort durchgeführt werden sollen (Multiplikatorensystem). Die so genannten Multiplikatoren bleiben auch über die Schulung hinaus Erstansprechpartner für die Thematik vor Ort – sowohl für die Mannschaft als auch für Führungsgrade bis hin zum Kommandanten. Erstansprechpartner bedeutet dabei, als erste Anlaufstelle für belastete Einsatzkräfte zur Verfügung zu stehen, Führungskräfte im Umgang mit eigener Belastung und evtl. vorhandener Belastung von Mitgliedern zu beraten und dabei aber grundsätzlich eher als Brückenfunktion zu weiterführender Hilfe zu fungieren. Durch ihre Eingebundenheit und Erfahrung im Feuerwehrdienst soll die Akzeptanz für die Belastungsthematik und entsprechende Präventionsmaßnahmen gesteigert werden und die Schwelle für die einzelnen Einsatzkräfte, im Bedarfsfall über den Multiplikator Hilfe aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, gesenkt werden. Durch die Nutzung eines Multiplikatorensystems kann darüber hinaus eine flächendeckende Umsetzung der Schulung sichergestellt werden, die mit anderem Vorgehen kaum zu erreichen wäre. Auch die Integration der Schulung in die Grundausbildung, die in der Regel dezentral, d. h. vor Ort in den Wehren stattfindet, lässt sich mit den Multiplikatoren gut realisieren.

Einsatzkräfte, die als Multiplikatoren tätig werden, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen sowie für diese zusätzliche Tätigkeit ausgewählt und geschult werden. Es ist davon auszugehen, dass die Multiplikatoren bezüglich der Psychotrauma-Thematik zum überwiegenden Teil Laien sind. Die Auswahl ist aufgrund der besonderen, sehr sensiblen Thematik notwendig, die sehr nahe an das

Innerste des Menschen heranreichen kann. Durch das Engagement in diesem Bereich sollen weder die Multiplikatoren selbst noch andere Einsatzkräfte beeinträchtigt werden. Nicht jede Aufgabe passt in jeder Lebenssituation zu jedem Menschen.

Für eine entsprechende Personalfürsorge und Qualitätssicherung ist es neben Auswahl und Schulung ebenso notwendig, die Multiplikatoren strukturell-organisatorisch anzubinden. Dies bedeutet, dass eine verlässliche feuerwehernahe Struktur geschaffen werden muss, die sich – auch nach Einführung des Multiplikatorensystems – weiterhin um organisatorische Belange und Abläufe sowie die Fortbildung und Supervision der Präventionskräfte kümmert. Feuerwehernahe bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass Multiplikatoren Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr sein sollten.

Im Rahmen des Projektes wurden daher für die Durchführung der erstellten Schulung einige bereits bei der Feuerwehr tätige Peers ausgewählt und ausgebildet. Das Konzept sieht grundsätzlich vor, dass die Multiplikatoren in einem zweitägigen train-the-trainer Training weitergebildet und in der Durchführung der Schulung unterrichtet werden.

Die Schulungen wurden in Bayern durchgeführt und wissenschaftlich begleitet, dazu wurden in Absprache mit den jeweils zuständigen Kreisbrandräten 15 Wehren der Freiwilligen Feuerwehr ausgewählt, wobei die Vorgabe lautete, dass diese Wehren keine Vorerfahrungen hinsichtlich Präventionsmaßnahmen aufweisen sollten. Vor der Schulung wurden u. a. traumatische Vorerfahrungen, sowie die vorhandene posttraumatische und allgemeine Symptomatik erfasst. 15 weitere Wehren sollten als Kontrollgruppe dienen. Sie wurden nicht geschult und in den zu überprüfenden Variablen mit den geschulten Wehren verglichen.

Vor der Schulung wurde ein Fragebogen an alle aktiven Mitglieder der ausgesuchten Wehren verteilt (Fragebogen PP zu t0). Die Inhalte betreffen insbesondere die Bereiche Einsatzerfahrung bzw. Erfahrung mit belastenden Ereignissen allgemein sowie den persönlichen Umgang mit der Belastung und traumabezogene Symptomatik.

Unmittelbar im Anschluss an die Veranstaltung sollten die Teilnehmer die Schulung beurteilen. Der Seminarbeurteilungsbögen (t1), beinhaltet zum einen Wissensfragen bezüglich der Schulungsinhalte, zum anderen Fragen zu Inhalten, Konzept etc. der Schulung selbst. Zudem wurden die Multiplikatoren ausführlich bezüglich ihrer Einschätzungen und Eindrücke befragt. 6 Monate nach der Schulung (Follow-up- Fragebogen t2) wurden die gleichen Fragen wie zu t0 gestellt, zusätzlich einige Fragen in Bezug auf die Vorkommnisse seit der Schulung.

Die Schulungen für die 15 Wehren wurden in den Monaten Juli bis Oktober 2004 durchgeführt (mit Schwerpunkt im Monat Juli), jeweils als Abendveranstaltungen, mit einer reinen Schulungsdauer von ca. 2 Stunden.

Es wurden insgesamt gut 1400 Fragebögen an die 30 Kommandanten der Wehren verteilt (jeweils genügend für alle aktiven Mitglieder der Wehr). Von den insgesamt 733 aktiven Mitgliedern in den 15 Schulungswehren gaben 55 % bei der Baseline-Befragung komplett ausgefüllte Fragebögen ab und insgesamt 338 Personen (46 %) nahmen an den Schulungen teil. Obwohl die Datenerhebung anonym durchgeführt wurde und die ausgefüllten Fragebogen in einem verschlossenen Umschlag abgegeben wurden, haben 255 Feuerwehrleute den Fragenbogen leer im verschlossenen Umschlag zurückgegeben. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die eingegangenen Fragebogen zu den verschiedenen Zeitpunkten.

Tabelle 1: Anzahl der Fragebogen zu den Messzeitpunkten

	Schulungswehren	Kontrollwehren
Aktive Mitglieder	733	642
Baseline- Fragebogen (t0, vor der Schulung)	403	265
Teilnahme an der Schulung	338	entfällt
Beurteilung der Schulung (t1)	320	entfällt
Follow-up- Fragebogen (t2, 6 Monate nach der Schulung)	224	211
komplette Datensätze zur Auswertung	141	130

Somit liegen von 271 Feuerwehrleuten komplette Datensätze vor, das heißt zu t0 und zu t2 (und im Falle von Mitglieder von geschulten Wehren die Teilnahme an der Schulung).

Um zu prüfen, ob eventuell stärker belastete Personen zwar den Fragebogen zu t0 ausfüllten, aber dann nicht mehr an der weiteren Untersuchung teilnahmen, wurden so genannte "Dropout- Analysen" gerechnet. Es zeigte sich, dass es keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der posttraumatischen Symptomatik und des Alters in den beiden Gruppen gab.

8.3 Wirksamkeit von Gruppeninterventionen zur Einsatznachsorge (Sekundäre Prävention)

Nach Absprache mit dem Auftraggeber und nach erfolgter Abstimmung im forschungsbegleitenden Arbeitskreis sollten alle in den ausgewählten Studienregionen arbeitenden Nachsorgeteams (Anbieter, z.B. BRK-Teams, Malteser-Teams, SbE-Teams, CISD-Teams und andere) in die Untersuchung aufgenommen werden, so fern dies seitens der Anbieter gewünscht und umsetzbar war.

Nicht alle Einsätze sind als belastend zu werten. Folgende Einsätze werden im Kontext von Einsatznachsorge als nachsorgerrelevant beschrieben:

- Einsätze, bei denen Feuerwehrleute verletzt werden oder ums Leben kommen
- Einsätze, bei denen Verwandte oder Freunde der Einsatzkräfte unter den Opfern sind
- Einsätze, bei denen Kinder oder Jugendliche betroffen sind
- Einsätze mit vielen Verunglückten oder Toten
- Einsätze, bei denen der Einsatz problematisch ist und dies zu Belastungen führt

Die Entwicklung des Studiendesigns orientierte sich an diesen Vorgaben für nachsorgerrelevante Einsätze, wobei die Zuteilung der Einsätze auf drei Gruppen (Einsatzkategorie) beschränkt wurde:

- Einsätze, bei denen Kameraden verletzt wurden oder sterben
- Einsätze, bei denen Verwandte oder Freunde unter den Opfern waren
- anderweitig belastende Einsätze

Für die Einsatznachsorge wurden vier unterschiedliche Vorgehensweisen geplant und dann miteinander verglichen. Zusätzlich entstand während der Durchführung eine weitere Gruppe, die Felduntersuchung (Gruppe 5). Diese beinhaltet Wehren bei denen Kommandanten vereinbarten, an Maßnahmen der Studie teilzunehmen, die Notfallseelsorge aber bereits im Vorfeld tätig war

Im Folgenden werden die vier Gruppen kurz beschrieben:

Gruppe 1: Eine der Strategien dient als natürliche Kontrollgruppe, d.h. die betroffenen Feuerwehrleute haben Fragebogen ausgefüllt, aber kein strukturiertes Nachsorgeprogramm erhalten. (im Weiteren Screening genannt – Gruppe 1).

Gruppe 2: Nachsorge, wie sie heutzutage in der BRD üblicherweise angewendet wird, ist weitestgehend angelehnt an die Methode nach Mitchell und Everly (1995; *Critical Incident Stress Management* – CISM). Es können verschiedene Interventionsstrategien im Vordergrund stehen die wiederum inhaltlich (nach Selbstaussage der Anbieter) an aktuelle Forschungsergebnisse angepasst wurden. In dieser Gruppe ging also darum, die *tatsächlich* im Feld angewandten Methoden zu dokumentieren und zu untersuchen. Der Erfassung der durchgeführten Interventionen kam dabei eine tragende Rolle zu. Daher wurden alle Teams, die sich bereit erklärten an der Untersuchung teilzunehmen, aufgeklärt, dass die detaillierte retrospektive Dokumentation (ausführliche standardisierte Befragung) der tatsächlich durchgeführten Interventionen von Bedeutung ist.

Im Folgenden eine Übersicht der einzelnen Phasen eines typischen Debriefings. Im Feld dürften unterschiedliche Versionen dieses Vorgehens vorkommen. Die Behandlungsgruppe 2 entspricht also der „Nachsorge, wie sie heute in der BRD durchgeführt wird“ (im weiteren „Nachsorge wie im Feld“ genannt – Gruppe 2).

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 angeboten.

Gruppe 3: Eine Modifikation des klassischen Debriefings nach Mitchell bildete die dritte Gruppe (im Weiteren „kognitive Gruppennachsorge“ genannt – Gruppe 3). Dabei wurde der Schwerpunkt auf eine kognitive Herangehensweise gelegt, während eine emotionale Aktivierung vermieden wurde. Dementsprechend wurde Phase 3 des klassischen Debriefings reduziert und auf Phase 4 des Vorgehens nach Mitchell verzichtet, während Phase 2 und 6 erweitert durchgeführt wurden.

Um zu gewährleisten, dass in den einzelnen Treatmentgruppen tatsächlich die Interventionsstrategien angewendet wurden, die das gewählte Treatment charakterisieren („Treatmenttreue“), wurden die durchführenden Teams entsprechend mit dem speziellen Vorgehen vertraut gemacht. Die Nachsorge, wie sie im Feld durchgeführt wird (Gruppe 2), wurde von den Vertretern im Feld durchgeführt. Die kognitive Gruppennachsorge (Gruppe 3) wurde von zwei eigens geschulten Teams durchgeführt. Zur Dokumentation der jeweils durchgeführten Intervention füllten die Mitglieder des Interventionsteams möglichst unmittelbar nach der Durchführung einen ausführlichen Fragebogen aus.

Gruppe 4: Die vierte Gruppe bildete eine unspezifische Nachsorgemaßnahme ab, nämlich ein extra vom Kommandanten anberaumtes (unstrukturiertes) Beisammensein anlässlich eines belastenden Einsatzes (im Weiteren „unspezifische Gruppennachsorge“ genannt – Gruppe 4). Die Mitglieder der Wehr hatten so die Möglichkeit, sich über den belastenden Einsatz auszutauschen und diesen abzuschließen. Diese letzte Gruppe bildet insofern eine weitere Kontrollgruppe, als sie unspezifische Wirkfaktoren enthält (Gruppenkohäsion, Gratifikation), aber keinerlei spezifische Interventionen.

Darstellung des Studiendesigns

Im Kontext von Einsatznachsorge wird davon ausgegangen, dass neben der eigentlichen Schwere des Einsatzes ebenso die *Art* des Ereignisses (Einsatzes) eine Rolle spielt. Deshalb sollten in allen Nachsorgegruppen ähnliche Einsätze vertreten sein. Daraus ergab sich, dass zunächst der nachsorgerelevante (gemeldete) Einsatz einer Einsatzkategorie zugeordnet und danach der Nachsorgemaßnahme zugeteilt wurde. Die Darstellung des Studiendesigns zeigt die vier Schwerpunkte, die in der Durchführung strikt eingehalten werden sollten. Ein gemeldeter, belastender **Einsatz** wurde nach seiner Einordnung in die entsprechende Kategorie zufällig (**Randomisierung**) einer der vier **Intervention**möglichkeiten zugeteilt und die Symptomentwicklung sollte über einen Zeitraum von 6 Monaten (**Verlauf**) unter Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen betrachtet werden, wobei Teilnehmer und Nichtteilnehmer (diejenigen, die sich gegen die Teilnahme entschieden haben), unterschieden wurden. Das Studiendesign ist schematisch in folgender Abbildung dargestellt.

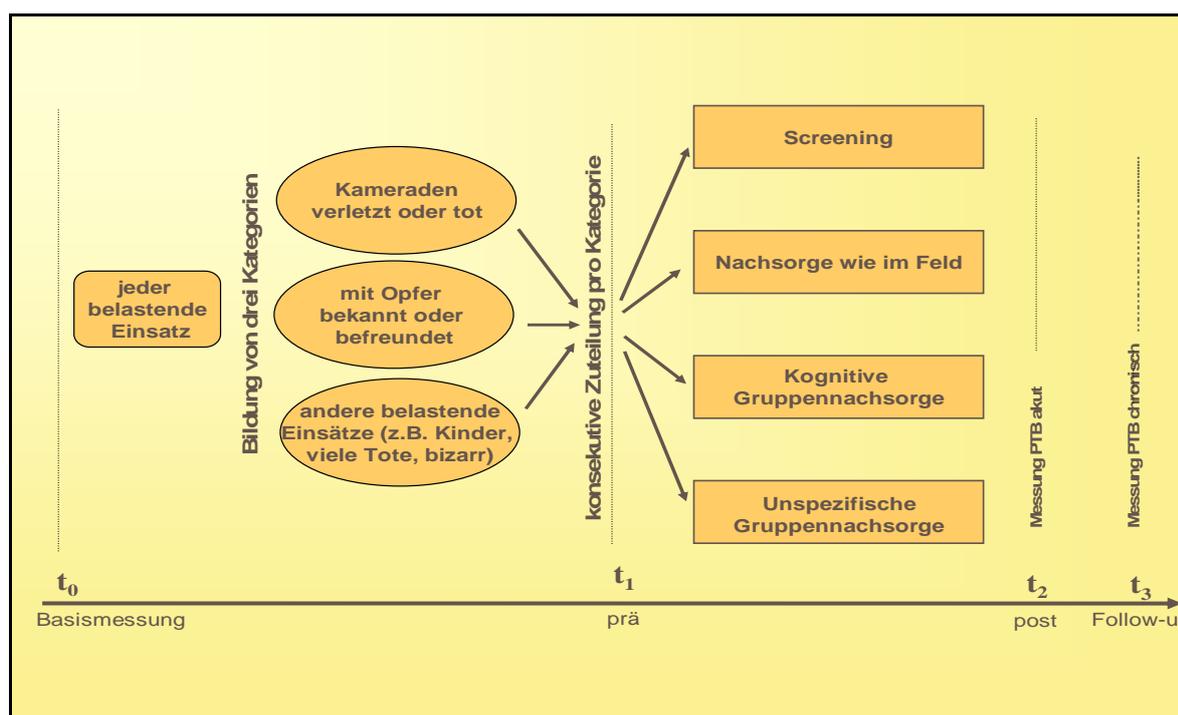


Abbildung 2: Schematische Darstellung des Studiendesigns

Als Studienregionen wurden Bayern und Nordhessen gewählt. Zielgruppe sind die Freiwilligen Feuerwehren. Dazu wurden in Bayern insgesamt 14.800 Fragebögen in 502 Wehren aus 31 Landkreisen zur Erhebung der Baseline (t0) verteilt, in Nordhessen wurden insgesamt 8000 Fragebögen in 680 Wehren verteilt. In Bayern beteiligten sich rund 40% der angeschriebenen Wehren und sendeten Fragebögen zurück. Ausgewählt wurden Wehren mit:

- besonderer Ausrüstung (so genannte Stützpunkte)
- vielen Einsätzen (Brand und technische Hilfeleistungen)
- potentiell belastenden Einsätzen aufgrund ihrer geographischen Lage

Die Durchführung der Untersuchung fand im Zeitraum zwischen Juni 2004 bis Dezember 2005 statt. Vorausgegangen war die Erhebung der Baseline (t0); im Juni 2004 war die Ausgabe der Basisfragebogen in Bayern, im September 2004 in Hessen abgeschlossen. Die Rücksendung der Basisfragebogen war im Januar 2005 beendet, nachdem zum Jahresende 2004 noch einmal ein Informationsschreiben an alle beteiligten Wehren verschickt wurde und daraufhin noch weitere Wehren ihre Teilnahme an der Studie zusagten.

Alle Kommandanten der ausgewählten Wehren wurden in einem Anschreiben kurz über die Studie informiert und gebeten das Projektteam nach einem belastenden Einsatz zu informieren. Bei dieser Gelegenheit erhielten sie ein Paket mit Basisfragebögen, die sie bei der nächsten Zusammenkunft der Wehr austeilen und gleich wieder einsammeln sollten (Messzeitpunkt: Baseline – t0). Die Fragebögen wurden anonym ausgefüllt, die befragten Einsatzkräfte gaben dabei einen Code an, damit die einzelnen Fragebögen zur Verlaufsmessung gruppierbar sind. Die Beteiligung seitens der Kommandanten und Wehrführer, also die Anzahl der gemeldeten Incidents war von Anfang nicht zufrieden stellend. Ebenso wurde eine Reihe von Incidents zwar gemeldet, Kommandanten und Wehrführer gaben aber an, keinen Nachsorgebedarf zu haben. So wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Akzeptanz des Forschungsprojektes im Feld weiter zu erhöhen, um so die Bereitschaft zur Teilnahme an den zu evaluierenden Nachsorgemaßnahmen zu erhöhen. Die Präsenz im Felde wurde massiv erhöht, um so auch persönliche Kontakte mit dem Führungspersonal der beteiligten Wehren zu ermöglichen. Dazu wurden zahlreiche Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Parallel zur Durchführung der Informationsveranstaltungen wurde entschieden, auch Nachsorgemaßnahmen aufzunehmen, die in dem geplanten Untersuchungsablauf ursprünglich nicht vorgesehen waren. Denn schon zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich ab, dass im vorgesehenen Untersuchungszeitraum die angestrebte Anzahl an Nachsorgemaßnahmen nicht zu erreichen war.

Jede Anfrage eines Kommandanten um Nachsorge wurde bearbeitet. Insgesamt konnten 40 Nachsorgemaßnahmen in die Untersuchung einbezogen werden. Folgende Tabelle zeigt die Anzahl der untersuchten Personen zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

Tabelle 2: Anzahl der Fragebogen (SP) zu den Messzeitpunkten

	Anzahl der Fragebogen
t0: Baseline- Fragebogen, (vor dem nachsorgerlevanten Einsatz), derjenigen Feuerwehrleute, die später bei einem belastenden Einsatz dabei waren	176
t1: vor der Gruppenintervention	525
t2: 6-8 Wochen nach der Intervention	383
t3: 6 Monate nach der Intervention	276
komplette Datensätze t0-t3	111
komplette Datensätze zur Auswertung der Veränderung von t1 nach t3	303

9 Zusammenfassung der Ergebnisse

9.1 Ergebnisse aus der Ist-Analyse und der Bedarfsermittlung

Ergebnisse aus der Ist-Analyse

In einer ersten Projektphase wurden Ist-Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analysen führten - nach Absprache mit dem Auftraggeber - zu der Entscheidung, für die vorliegende Untersuchung dem Bereich Ehrenamt ein vorrangiges Interesse einzuräumen. Daher an dieser Stelle die Anmerkung, dass sich die vorgestellten Ergebnisse überwiegend auf Daten beziehen, die bei Personen erhoben wurden, die im Rahmen eines ehrenamtlichen Dienstes bei der Freiwilligen Feuerwehr und beim Technischen Hilfswerk tätig waren. So lassen die Ergebnisse aus der Bedarfsermittlung, wie zum Beispiel die Auftretenshäufigkeit posttraumatischer Symptomatik, in erster Linie Rückschlüsse auf die untersuchten Organisationen zu. Andere Ergebnisse, die allgemeine psychologische Adaptationsprozesse an belastende Einsätze beschreiben, liefern Hinweise die organisationsübergreifend interpretiert werden können, da nicht davon auszugehen ist, dass hier organisationsspezifische Prozesse vorliegen.

Gesamtbelastung – Prävalenzrate der posttraumatischen Belastungsstörung bei Feuerwehrmännern

In der repräsentativen Querschnittsuntersuchung wurde die posttraumatische Belastung mit einem Erhebungsmaß erfasst, welches die diagnostische Zuordnung einer PTB erlaubt (Posttraumatische Diagnose Skala; modifizierte Ereignisliste PDS; dt. Ehlers, Steil, Winter und Foa, 1996). Die Diagnosestellung nach DSM-IV erfordert, dass bestimmte Kriterien (B bis F) in Bezug auf ein Ereignis mit festgesetzten Inhalten und Reaktionsweisen (A-Kriterium) erfüllt sind.

Die diagnostischen Kriterien sind in nachfolgender Übersicht beschrieben:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- (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 anderen Personen beinhalten.
- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- (3) Handeln und Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback- Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen 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.
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. 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:

- (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühle und 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 Aktivitäten.
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- (6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (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 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Das Eingangs- oder so genannte Stressorkriterium (A-Kriterium) legt fest, was als traumatische Erfahrung zu gelten hat, nämlich die Konfrontation mit einer tatsächlichen Lebensbedrohung oder der Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder der Tatsache, Zeuge derartiger Ereignisse zu werden. Nur wer ein derart gestaltetes Ereignis erlebt hat und darauf mit Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen reagiert, kann die Diagnose erhalten. Die charakteristischen Symptome, die daraus resultieren können, sind in drei Symptomclustern (Kriterium B-D) beschrieben. Sie beinhalten das andauernde Wiedererleben (Intrusionen) des traumatischen Ereignisses, die Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, sowie emotionale Abstumpfung und die Symptome einer erhöhten Erregbarkeit (Arousal). Das Kriterium F beschränkt die Vergabe der Diagnose dahingehend, dass die betroffene Person unter einem entsprechenden Leidensdruck stehen muss. Kriterium E bezieht sich auf den Zeitrahmen der Störung. Treten die Symptome erst zu einem späteren Zeitpunkt auf, wird ein verzögerter Beginn diagnostiziert.

Das heißt, die Diagnose einer PTB kann nur vergeben werden, wenn eine bestimmte Anzahl an Beschwerden vorliegt, wenn diese Beschwerden über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen vorliegen und wenn diese Beschwerden zu Einschränkungen im täglichen Leben führen. Gerade das letzte Kriterium (auftretende Probleme führen zu Einschränkungen) wurde in der Untersuchung häufig nicht genannt. Aus den Kommentaren ist zu entnehmen, dass an der Stelle das Wort "Probleme" für Einsatzkräfte unangemessen ist.

Die Prävalenzrate (Vorliegen einer Erkrankung an PTB) wurde zum jetzigen Zeitpunkt erfasst; zusätzlich wurden die Symptome für den Zeitraum in den Wochen direkt nach dem belastenden Ereignis erhoben. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung von N = 1151 Fragebogen von ehrenamtlich tätigen Männern bei der Freiwilligen Feuerwehr.

Direkt nach dem Ereignis erfüllten insgesamt 5.6 % der Probanden alle Kriterien einer PTB (Vollbild), weitere 3.3 % die Kriterien einer subsyndromalen PTB (weniger Symptome als bei Vollbild PTB). 17 % erfüllten zum damaligen Zeitpunkt die Symptomkriterien B, C, und D vollständig, über 50 % der Feuerwehrmänner gaben an, in den ersten Wochen nach dem schlimmsten Einsatz an ungewollten belastenden Erinnerungen (Intrusionen) gelitten zu haben. Aus der Angabe der Jahreszahl des schlimmsten Ereignisses errechnet sich, dass der schlimmste Einsatz durchschnittlich sechs Jahre und das schlimmste private Ereignis durchschnittlich acht Jahre zurückliegt.

Zum Zeitpunkt „Jetzt“, also in den letzten Wochen, erfüllten 2,32 % der Feuerwehrleute alle Kriterien von A bis F und erhielten damit die Diagnose einer PTB; 2,95 % erfüllten die Kriterien einer subsyndromalen PTB und weitere 1.95 % erfüllen die drei Symptomkriterien (B – D). Die Auswertung der Symptomcluster zeigte, dass 26.9 % der Stichprobe derzeit an Intrusionen leiden, aber nur jeweils rund 5 % ausreichend Symptome im Vermeidungsverhalten und Hyperarousal angeben.

Um eine realistische Einschätzung der Werte zu geben, kann eine Untersuchung herangezogen werden, die in Deutschland durchgeführt wurde: Perkonig (2001) gibt für Männer bis zum Alter von 25 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 0.4 % PTB an, in der vorliegenden Untersuchung erfüllten die Studienteilnehmer in der vergleichbaren Altersgruppe zu 1.3 % die Kriterien einer PTB und noch 4.0 % die Kriterien einer subsyndromalen PTB; damit liegt die PTB-Rate in dieser Altersgruppe im Vergleich zur Perkonig-Studie (d.h. im Vergleich zur Normalbevölkerung) um den dreifachen Wert höher.

Gesamtbelastung -- Auftreten allgemeiner Beschwerden

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung treten nach traumatischen Ereignissen häufig auch weitere Erkrankungen auf entweder zusätzlich zur PTB oder auch als eigenes Erkrankungsbild.

Insgesamt haben 8.2% der Feuerwehrmänner Beschwerden angegeben, die ernsthafte psychische Erkrankungen erwarten lassen. Am häufigsten leiden Feuerwehrmänner unter Somatisierung und Angstproblematiken. Somatisierung umfasst körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Unwohlsein oder Beschwerden in einzelnen Körperteilen (häufig Kopfschmerzen und Rückenprobleme), die nicht immer allein auf organische Verursachungen zurückzuführen sind. Angstthematiken äußern sich in einer gewissen inneren Unruhe, Nervosität Anspannung und Verspannungen.

Abbildung 3 zeigt die grafische Darstellung der Ergebnisse zur Gesamtbelastung.

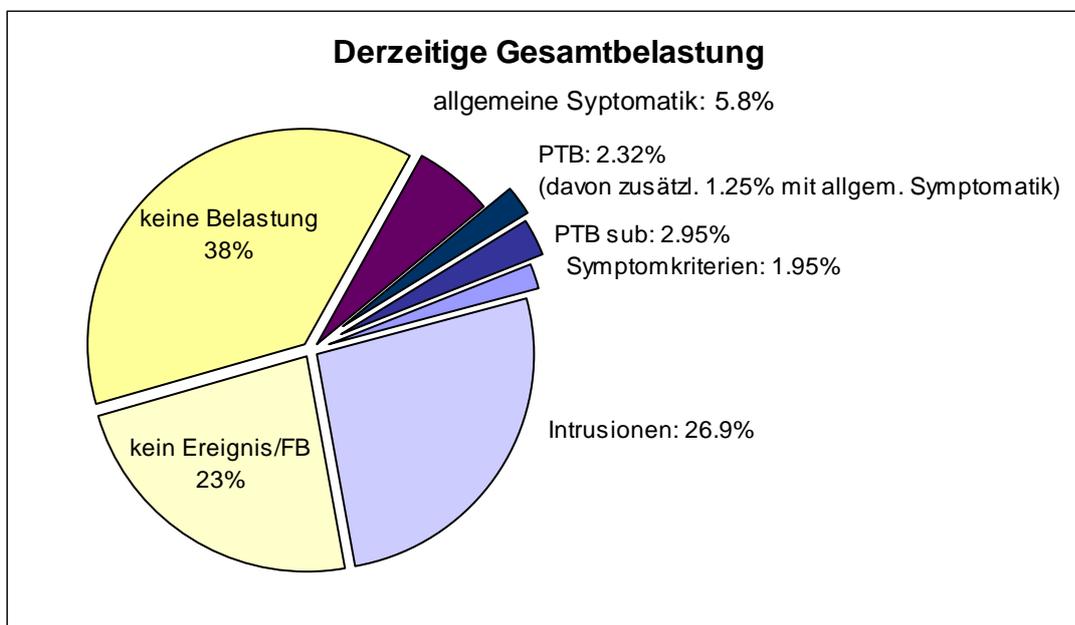


Abbildung 3: Derzeitige Gesamtbelastung in der Freiwilligen Feuerwehr

In der Querschnittsuntersuchung zeigt sich auch, dass das Ausmaß der Belastung nicht von der Wehrgröße, den Aufgaben der Wehren und der Häufigkeit von Einsätzen abhängt, denn das Ausmaß der Belastung ist in allen Wehren im Durchschnitt gleich. Das bedeutet, dass Feuerwehrleute in kleinen Wehren prozentual den gleichen Anteil an der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, an subsyndromaler PTB und an Symptomen (ohne A- und F-Kriterium) aufweisen wie der Durchschnitt der Feuerwehrmänner in größeren Wehren. Nachfolgende Grafik zeigt die prozentuale Verteilung der traumabedingten Belastung der Dienstgrade in den verschiedenen Wehren. Dabei bedeutet Führung alle Gruppen- und Zugführer, besonderer Dienstgrad sind Kommandanten, Wehrführer und wehrübergreifenden Dienstgrade.

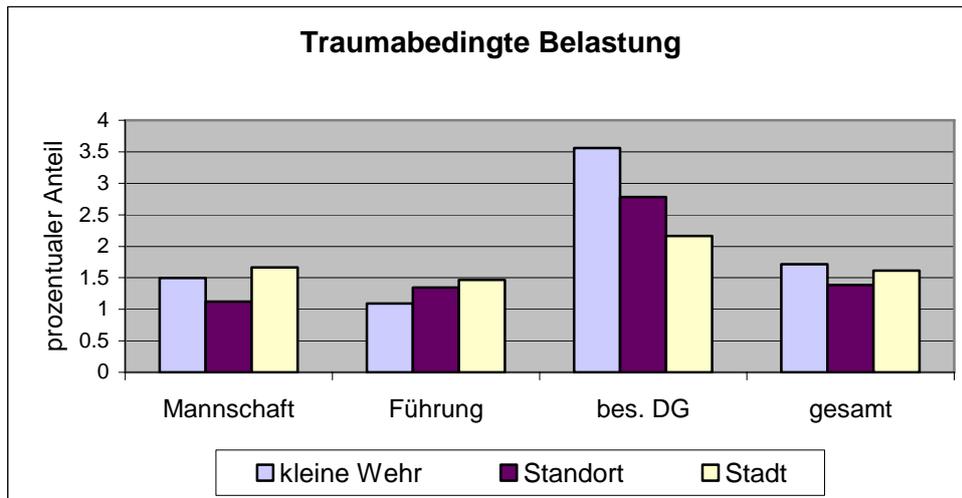


Abbildung 4: Traumabedingte Belastung der Dienstgrade in den Wehren

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass nach besonders belastenden Einsätzen eine Posttraumatische Belastungsstörung auftreten kann und dass Feuerwehrmänner ein erhöhtes Risiko haben durch ihre Einsatztätigkeit zu erkranken. Es hat sich gezeigt, dass einsatzbedingte Erkrankungen im Vergleich zu Erkrankungen durch private traumatische Ereignisse höhere Zusatzbelastungen nach sich ziehen. Bezieht man den Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung in die Betrachtung der Gesamtbelastung mit ein, zeigt sich eine Tendenz, dass eine frühe einsatzbedingte Traumatisierung offensichtlich weniger gut verarbeitet werden kann im Vergleich zu einer Traumatisierung im privaten Bereich, die vor der einsatzbedingten Traumatisierung stattgefunden hat. In den meisten Fällen sind die Ereignisse zeitnah. Daraus könnte abgeleitet werden, dass eine einsatzbedingte traumatische Erfahrung zwar im Augenblick zu keiner Erkrankung, auch zu keiner spürbaren Belastung führen muss, aber eine Grundlage dafür bildet, dass bei weiteren möglicherweise traumatisierenden Ereignissen eine erhöhte Verletzlichkeit besteht.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Bedarfsermittlung aus allen Projektbereichen

In allen Fragebogenpaketen, die in den verschiedenen Projektbereichen zur Verwendung kamen, wurde die posttraumatische Belastung mit einem weiteren Erhebungsmaß, der Impact of Event Scale – revidiert (IES-R; dt. Maercker & Schützwohl, 1998) erhoben. Die IES-R erlaubt **keine** diagnostische Zuordnung, sie erlaubt aber die **Einschätzung** einer PTB- Diagnose. Der IES-R beurteilt aber keine subjektive Bewertung eines belastenden Einsatzes und auch nicht den Leidensdruck, der durch das Auftreten von Symptomen entsteht, beides wird jedoch für die Diagnose der Erkrankung PTB gefordert.

So konnte die posttraumatische Belastung von 4044 Männern und Frauen ausgewertet werden. Es wurde eine PTB-Rate zum jetzigen Zeitpunkt von 7.1 % ermittelt. Dabei erfüllten 2.5 % der Befragten die posttraumatische Symptomatik aufgrund eines belastenden Einsatzes, 3.7 % der Befragten aufgrund eines belastenden privaten Ereignisses. Weitere 1.0 % der Befragten überschritten ebenfalls den kritischen Wert, der auf eine PTB hinweist, ohne jedoch ein Ereignis zu nennen. Interessant sind die Unterschiede zwischen denjenigen Probanden, die aus Wehren stammen, die zufällig ausgewählt wurden und denjenigen, die aus Wehren stammen, die gezielt von Führungskräften für die Untersuchung ausgewählt wurden. Die Vorgabe an die Führungskräfte auf Landkreisebene lautete, Wehren für die Basisuntersuchung auszuwählen, bei denen mit höherer Wahrscheinlichkeit davon

auszugehen ist, dass es im zeitlichen Rahmen des Projektes zu schweren belastenden Einsätze kommen könnte.

Die derzeitige PTB- Rate (nach Regressionsgleichung) der gesamten Basismessung (N = 1783) liegt bei 8.7 % und ist damit deutlich höher als in der repräsentativen Untersuchung (6.3 % nach IES-R). Während in der repräsentativen Untersuchung von 35.4 % der Teilnehmer ein Einsatz als schlimmstes Ereignis genannt wurde, nannten in der Basismessung über 51 % einen Einsatz als schlimmstes Ereignis.

Basiswehren, die keine belastenden Einsätze meldeten bzw. keine Einsatznachsorge anforderten, haben eine signifikant geringere PTB- Rate von 8.7 % gegenüber denjenigen Basiswehren, die aufgrund eines belastenden Einsatzes Nachsorge anforderten. Die PTB- Rate beträgt hier 12.9 %. Die Ereignisse liegen im Durchschnitt 6.4 Jahre zurück.

9.2 Faktoren, die das Auftreten posttraumatischer Belastung nach schweren Einsätzen erklären

Diagnose und belastender Einsatz

Es besteht kein Zusammenhang zwischen allgemeiner Einsatzhäufigkeit und einsatzbedingter Belastung, allerdings besteht ein Zusammenhang zwischen schweren, potentiell traumatisierenden Einsätzen und dem Auftreten von traumabedingter Belastung. Es wurde ermittelt welche Einsatzfaktoren mit Belastung zusammenhängen und die Häufigkeiten des Erlebens dieser erhoben. Dazu wurde eine Liste von möglichen Ereignissen und in fünf Gruppen zusammengefasst, diese sind:

- besondere Einsätze
- eigene Betroffenheit (primäre Traumatisierung)
- Verantwortlichkeit
- eigene Lebensbedrohung und
- fehlende Beratung

Feuerwehrmänner mit PTB haben - im Vergleich zu Kameraden ohne PTB - in allen Gruppen bestimmte Ereignisse und Situationen signifikant häufiger erlebt. Eigene Lebensbedrohung und besondere Einsätze (zu denen auch die oftmals als besondere Belastung genannten „Einsätze mit toten Kindern“ gehören) führen in den ersten Wochen nach dem Einsatz zu Belastungen mit Symptomentwicklung, bei der derzeitigen Belastung spielen diese aber eine untergeordnete Rolle. Hingegen stellen die Items der Gruppe „Verantwortlichkeit“ und „eigener Betroffenheit“ einen signifikanten Zusammenhang mit derzeitiger posttraumatischer Symptomatik dar.

Unter den Items, die die Kategorie „Verantwortlichkeit“ abbilden, finden sich Aussagen die auf eine mangelnde Kontrollierbarkeit des Einsätzen und auf das subjektive Gefühl eines fehlerhaften Einsatzablaufes hinweisen. Die Aussage „ich hätte anders handeln müssen“, stellt (für sich gesehen) im peritraumatischen Umfeld den höchsten Belastungsfaktor dar. Den stärksten Zusammenhang mit Belastung stellen die Items der Gruppe „fehlende Beratung“ dar.

Diagnose und Personenmerkmale - Relevanz weiterer Einflussgrößen auf die Entwicklung einer PTB nach belastenden Einsätzen

Die Frage, weshalb nur ein geringer Teil der Betroffenen eine Symptomatik ausbildet, lässt sich durch die Ermittlung relevanter Risiko- bzw. Schutzfaktoren weiter eingrenzen. In der Querschnittsuntersuchung wurden dazu soziodemografische Daten, Suchtverhalten, Bewältigungsstrategien und Kognitionen erhoben.

- Alter und Dienstalter zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit Belastung. Die PTB-Rate ist in der Gruppe der 50-60 Jährigen am höchsten, während die Symptombelastung bei den ganz jungen Kameraden am deutlichsten ausgeprägt ist. Der besondere Dienstgrad (Kommandanten, Wehrführer und wehrübergreifende Dienstgrade) ist signifikant höher durch traumatische Erfahrungen belastet. Führungs- (Zug- und Gruppenführer) und Mannschaftsdienstgrade unterscheiden sich hingegen nicht im Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik und zwar unabhängig von der Wehrgröße.
- Es findet sich ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und Belastung
- Ein emotionaler Bewältigungsstil wurde sowohl in der Querschnittsanalyse, als auch in der Nachsorgeuntersuchung als bedeutsamer Prädiktor für das Auftreten von traumabedingter Symptomatik gefunden.
- Ein ebenso bedeutender Zusammenhang wurde zwischen dem Auftreten negativer Kognitionen (Gedanken) nach einem besonders belastenden Einsatz und der Entwicklung posttraumatischer Symptomatik gefunden. Selbstvorwürfe stellen hier einen besonders herausragenden Faktor dar.

In der Verlaufsuntersuchung wurde

- die ermittelte Schwere der traumabedingten Ausgangssymptomatik, die im Durchschnitt 11 Monate vor dem nachsorgerelevanten Einsatz erfasst wurde, als bedeutender Prädiktor (Vorhersager) für das Ausmaß an Belastung nach einem schweren Einsatz ermittelt.
- Die Schwere des Einsatzes hingegen hatte nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung der traumabedingten Beschwerden, dieser wurde nicht signifikant.

Als weitere bedeutende Faktoren konnten Prozesse, die mit dem Ausmaß der sozialen Unterstützung zusammenhängen ermittelt werden, die einen signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten von posttraumatischer Belastung aufweisen, diese sind:

- fehlende Beratung bei auftretenden Problemen und
- fehlende Ansprechpartner, wenn ein Einsatz hart war

9.3 Ergebnisse aus der begleitenden Untersuchung zu primärpräventiven Schulungen

Untersucht wurde in wie weit die Stichprobe repräsentativ ist. Ein Vergleich zwischen Schulungs- und Kontrollwehren hinsichtlich der posttraumatischen Symptomatik hat gezeigt, dass kein systematischer Unterschied zwischen den Schulungswehren und den Kontrollwehren besteht. Vergleicht man aber das Ausmaß an traumabedingter Belastung in all diesen Wehren mit der repräsentativen Stichprobe aus der epidemiologischen Studie zeigt sich, dass bei den Wehren im Projektteil primäre Prävention insgesamt eine höhere Belastung vorliegt.

Möglicherweise ergab sich durch die Rekrutierungsmethode (Vorschlag der Wehren durch Kreisbrandräte und Multiplikatoren) doch eine Bevorzugung von als belastet empfundenen Wehren.

Auch wurde untersucht in wie weit Schulung als praktikabel ist und von der Zielgruppe angenommen wurde. Die Beurteilung der Schulung durch die Teilnehmer und durch die Schulungsdurchführenden (Multiplikatoren) ist insgesamt als gut bis sehr gut zu bewerten. Fragen zur Schulung wurden hinsichtlich der Variablen Dauer der Schulung, Menge an Inhalten und Verständlichkeit der Inhalte gestellt. Die Teilnehmer schätzen die dargebotene Form zum überwiegenden Teil als weder zu lang noch zu viel, und auch nicht zu schwer ein. Aufgrund dieser Beurteilung wurde eine Modifikation bezüglich dieser drei Faktoren als nicht notwendig erachtet.

Das Thema Bewältigung nahm in der Beurteilung der Teilnehmer einen breiten Raum ein, die laut Teilnehmern wichtigsten Informationen der Schulung beziehen sich zum überwiegenden Teil auf diese Thematik. Aus den Rückmeldungen der Multiplikatoren lässt sich erkennen, dass auch sie diese Thematik als enorm wichtig einschätzen, sie wünschten sich für dieses Thema mehr Zeit und Inhalte. Auch bei der Frage, ob Themen zu kurz kamen wurde bei den Antworten überwiegend der Bereich Bewältigung angesprochen. Die Schulung wurde entsprechend der Relevanz des Themas für die Einsatzkräfte, korrespondierend mit der Einschätzung der Multiplikatoren in der Anpassung auf Grund der hier dargestellten Ergebnisse erweitert und der Bereich Bewältigung entsprechend vertieft.

Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen ob es in den beschulten Wehren zu einem Wissenszuwachs hinsichtlich der Thematik kam und ob sich die Haltung gegenüber Unterstützung veränderte. Noch sechs Monate nach der Schulung lässt sich ein signifikant höherer Wissenszuwachs bei den geschulten Teilnehmern im Vergleich zur ungeschulten Kontrollgruppe nachweisen. Lerninhalte aus der Schulung konnten offensichtlich beim Beantworten der Fragen zu t2 noch abgerufen werden. Hierbei handelt es sich um die Lerninhalte, die als zentral wichtige Inhalte definiert wurden. Auch in der wahrgenommenen Unterstützung fanden sich in den Schulungswehren höhere Werte. Die Schulungsteilnehmer sehen sich sechs Monate nach der Schulung im Vergleich zu den Feuerwehrleuten aus den Kontrollwehren signifikant häufiger im Gespräch mit ihren Vorgesetzten, Kameraden und Freunden. Sie fühlen sich von diesen Personen auch mehr unterstützt. Es kam also zu einer Zunahme dieses Verhaltens im Vergleich zu den Kontrollwehren – oder die Schulungsteilnehmer empfinden subjektiv mehr soziale Unterstützung, möglicherweise sensibilisiert für dieses Thema.

9.4 Zum Stellenwert der Nachsorge nach potentiell traumatisierenden Einsätzen

Ziel dieses Projektes war, die Nachsorge der Einsatzkräfte der Organisationen des Katastrophenschutzes so zu konzipieren, dass einsatzbedingte Belastungsstörungen erheblich reduziert werden. Im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung wurde daher – neben anderen Faktoren, wie z.B. dem Ausmaß der Ausgangsbelastung (t0), der Schwere des Ereignisses oder dem Ausmaß

der traumabedingten Belastung durch das Ereignis (t1) – der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf die Entwicklung von traumabedingter Belastung, allgemeiner Belastung und Lebenszufriedenheit geprüft. Bedingt durch das Studiendesign, sowie die Einbeziehung der Arbeit der Notfallseelsorge (hier immer ohne die Erfassung der Ausgangsbelastung t0), konnten zur Überprüfung der Wirksamkeit sechs Gruppen gebildet werden, die untereinander verglichen wurden. Diese sind:

- die Gruppe der Nichtteilnehmer, die in Wehren, in denen eine Nachsorge angeboten wurde an dieser nicht teilnahmen
- die Kontrollgruppe, die sich aus Mitgliedern derjenigen Wehren zusammensetzt, die keine Intervention erhielten
- die Gruppe mit Standardnachsorge, die jeweils von Anbietern aus dem Feld durchgeführte „klassische“ Nachsorge (Debriefing) erhielten
- die Gruppe mit kognitiver Nachsorge, die durch geschulte Teams durchgeführt wurde (geschult wurden Anbieter von SbE und CISM)
- die Gruppe der unspezifischen Intervention, in der der Kommandant der betroffenen Wehr eine Nachsorge für die Einsatzkräfte anberaumte
- und die Felduntersuchung, hier handelt es sich um Wehren, die durch Notfallseelsorger betreut wurden

Insgesamt wurden zu vier Messzeitpunkten Daten erhoben, eine Basiserhebung im Jahr 2004 (t0), die Erfassung der Schwere des Einsatzes sowie die daraus resultierende individuelle Belastung in den Tagen nach dem Ereignis aber vor der Intervention (t1), die posttraumatische Belastung drei Monate (t2) und sechs Monate (t3) nach dem Ereignis. Die Ergebnisse zeigen folgendes Bild:

1. Über alle Analysen hinweg wurde deutlich, dass die Gruppenzugehörigkeit keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomatik sechs Monate nach dem Ereignis hat. Teilnehmer von Gruppennachsorge hatten weder signifikant niedrigere, noch signifikant höhere Symptomwerte im IES-R, also in Bezug auf das Vorliegen einer posttraumatischer Symptomatik, dies sowohl im Vergleich untereinander also auch im Vergleich zu Nichtteilnehmern und Kontrollgruppe. Zum jetzigen Zeitpunkt kann also festgestellt werden, dass zur Anwendung kommende Nachsorgemaßnahmen keine Verbesserung (Rückgang) in Bezug auf die Entwicklung posttraumatischer Symptome bedingen.
2. Zum Zeitpunkt t3 wurde unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit bei 7,0 % der untersuchten Personen eine PTB-relevante posttraumatische Belastung festgestellt (IES-R, Regressionsgleichung nach Maercker et al., 1998).
3. Über die gesamte Stichprobe hinweg und im besonderen auch in der Kontrollgruppe zeigte sich eine signifikante Verbesserung der traumarelevanten Belastung vom Ausgangswert (t0) zum Messzeitpunkt nach drei Monaten (t2) sowie zum Messzeitpunkt nach sechs Monaten (t3).
4. Die Feuerwehrmänner, die sich in der Gruppe der unspezifischen Intervention finden, zeigten zu allen Messzeitpunkten eine deutliche niedrigere traumarelevante Symptomatik, auffallend hier, dass diese auch zum Zeitpunkt t0, also im Jahr 2004 eine deutlich niedrigere Ausgangssymptomatik aufweisen, als alle anderen Gruppen, die Unterschiede werden allerdings nicht signifikant.

Abbildung 5 zeigt den Verlauf der posttraumatischen Symptomatik in den Interventionsgruppen und in der Kontrollgruppe.

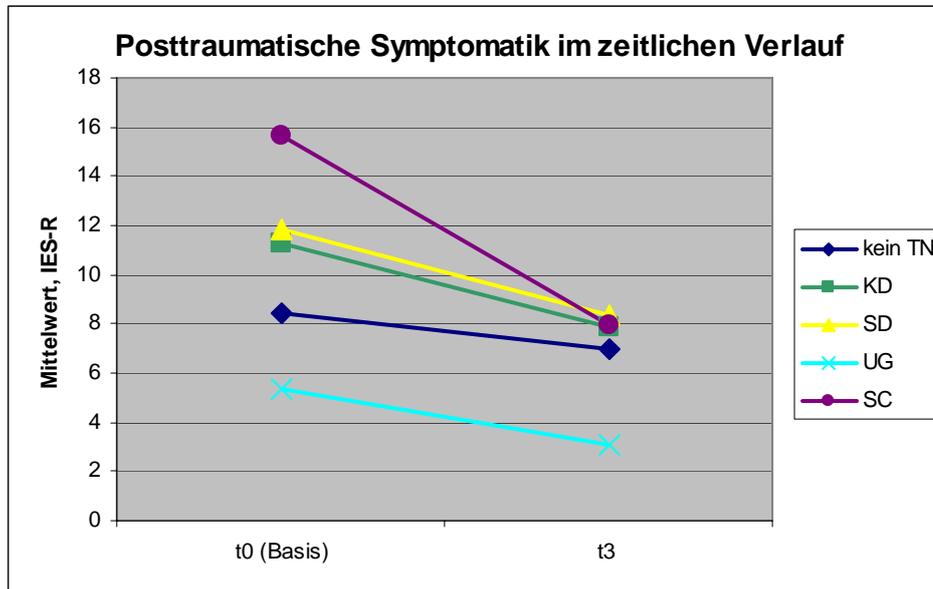


Abbildung 5: Verlauf der posttraumatischen Symptomatik in den Interventionsgruppen

5. In einigen Wehren wurden die Mitarbeiter des Projektes angefragt, Nachsorge zu organisieren obwohl bereits eine Nachsorge durchgeführt wurde (Feldforschung). Die betroffenen Feuerwehrmänner wurden von Präventionskräften nachgesorgt, die im Vorfeld dieser Nachsorge Angehörige von verstorbenen Wehrmitgliedern betreut hatten (diese waren dem Wehrpersonal ebenfalls bekannt). Diese Gruppe war signifikant höher belastet als alle anderen Feuerwehrmänner, die an der Nachsorgeuntersuchung teilnahmen, der Einfluss des Ereignisses wurde kontrolliert.

Wissenschaftlich gesicherte Schlussfolgerungen:

ad 1.) Die im Rahmen der Studie untersuchten Nachsorgemethoden haben - verglichen mit der Kontrollgruppe und den Nichtteilnehmer - keinen nachweisbaren positiven Einfluss auf die Entwicklung posttraumatischer Belastung. Von der Durchführung von punktueller Gruppennachsorge (direkt nach einem belastenden Einsatz) muss nicht abgeraten werden, zu beachten ist aber, dass ein einmaliges Angebot einer Nachsorge keinesfalls ausreicht, um das Auftreten von einsatzbedingter posttraumatischer Belastung zu reduzieren.

ad 2.) Für die Konzeption von effektiven Nachsorgemaßnahmen ist das Ausmaß der traumabedingten Symptomatik sechs Monate nach dem Ereignis über alle Gruppen hinweg relevant. Zum dritten Messzeitpunkt erhalten nach der Regressionsgleichung 18 Teilnehmer die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, das entspricht einer PTB- Rate von 7.0 %. **Man kann also davon ausgehen, dass trotz erfolgter Nachsorge ein beträchtlicher Teil der Einsatzkräfte langfristig unter traumabedingten Symptomen leidet, die im Rahmen der derzeit praktizierten Nachsorge wenig zusätzliche Unterstützungsangebote erhalten.**

Ableitungen aus den gesicherten Schlussfolgerungen

ad 3.) Die Teilnahme an der Untersuchung (ausgehend von der Entscheidung der Kommandanten oder Wehrführer von sich aus den Kontakt aufzunehmen, oder – bei Kontaktaufnahme von Seiten der Studiendurchführenden oder Anbietern aus dem Feld – sich an der Untersuchung zu beteiligen) führte unabhängig von der durchgeführten Maßnahme, zu einer signifikanten Verbesserung der traumarelevanten Symptomatik, dies auch in der Kontrollgruppe. Die hohe Ausgangsbelastung der teilnehmenden Wehren, die signifikant höher ist als in anderen untersuchten Gruppen, und das signifikante Absinken der Werte über die Zeit hinweg ist unabhängig von der Teilnahme an einer Intervention. Dies bei Ereignissen, die im Durchschnitt 6,4 Jahre zurückliegen, so dass der Effekt nicht auf ein Verstreichen der Zeit zurückzuführen ist.

Dieser Effekt kann darauf zurückgeführt werden, dass sich durch die Auseinandersetzung mit der Thematik die Ausgangsbelastung reduzierte. Alle Studienteilnehmer füllten zu mehreren Messzeitpunkten Fragebögen aus, die traumarelevante Belastungen abfragten. Hier stellt sich die Frage, ob durch einen Fragebogen eine mögliche Symptomatik ins Bewusstsein rücken kann und somit ein psychoedukativer Effekt auftritt. Auch kann davon ausgegangen werden, dass es durch die Befragungen unter den Wehrmitgliedern zu einem Austausch über die Thematik gekommen ist. Als weitere Erklärung für die signifikante Verbesserung der Symptomatik kann vermutet werden, dass die Kommandanten und Wehrführer durch die Untersuchung ein verändertes Umgehen mit der Thematik entwickelten und mehr Unterstützung für ihre Mannschaft leisteten. Die Führungskräfte wurden im Rahmen der Untersuchung in Informationsveranstaltungen ausführlich mit der Thematik, mit möglichen Belastungen, mit der Relevanz von Präventionsangeboten vertraut gemacht, das Ziel dieser Veranstaltungen war die Motivation zur Teilnahme an der Untersuchung zu erhöhen.

Auch theoretisch lassen sich diese Ergebnisse mit Untersuchungsbefunden zu den Bedingungen konstruktiver oder destruktiver Adaptation an traumatische Erfahrungen erklären. Die Auseinandersetzung mit traumarelevanten Belastungen, eine innere Hinwendung zu dem traumatischen Geschehen auf einer stabilen Basis, führt in der Regel zu einem Absinken der Symptome. Demgegenüber stehen Befunde die deutlich machen, dass der Versuch Symptome und Belastungen zu verdrängen und/oder die Auseinandersetzung mit traumarelevanten Gedanken, Gefühlen und Geschehen zu vermeiden, die Aufrechterhaltung der Symptomatik verstärkt.

ad 4.) Die Belastung in den Wehren, bei denen eine Nachsorge durch den Kommandanten durchgeführt wurde ist über alle Messzeitpunkte hinweg geringer. Da dieser Effekt aber nicht signifikant wird, können die Befunde lediglich als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Umgangsweise der Führungskräfte einen wichtigen Einfluss auf die Gesamtbelastung in der Wehr hat. Auch in der Querschnittsanalyse zeigt sich, dass die Unterstützung durch den Vorgesetzten und das Vorhandensein von Beratung nach belastenden Ereignissen eine protektive Funktion einnimmt.

ad 5.) Von einer Durchführung von Nachsorgemaßnahmen durch Personen, die im Vorfeld direkt Betroffene psychosozial unterstützt haben, ist abzuraten. Obwohl - laut Aussagen von fachlichen Leitern im Ausbildungswesen - von dieser Vorgehensweise auch im Rahmen der Ausbildung zum Präventionsmitarbeiter deutlich Abstand genommen wird und ein eindeutiges Vorgehen gelehrt wird, scheint dies in der Praxis doch immer wieder vorzukommen. Auch im Rahmen der Untersuchung wurden in zwei Wehren zuerst die direkt Betroffenen und danach die Einsatzkräfte von ein und demselben Präventionsmitarbeiter betreut. Die Einsatzkräfte aus diesen Wehren waren nach der Betreuung signifikant stärker belastet als Einsatzkräfte nach vergleichbaren Einsätzen.

9.5 Zum Einfluss differentieller Bewältigungsstrategien

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem emotionalen Bewältigungsstil und dem Auftreten posttraumatischer Symptome über alle Gruppen hinweg gefunden werden. Beachtet man die Zusammensetzung der Skala fällt auf, dass es sich hier unter anderem auch um Items handelt, die zum einen auf das Vorhandensein von negativen Kognitionen, Grübeleien und mangelnder Aggressionskontrolle (z. B. „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe.“ oder „Ich lasse meinen Ärger an anderen aus.“), zum anderen auf das Vorliegen von selbstwertschädigenden Prozessen (z. B. „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.“) hindeuten

Eine detaillierte Analyse der Zusammenhänge zwischen Bewältigungsstil und Gruppenzugehörigkeit zeigte speziell bei der Gegenüberstellung von Standard- und Kognitivem Debriefing gegenläufige Effekte. So wurde in der Gruppe des Standarddebriefings ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen einem vermeidenden Bewältigungsstil und dem Auftreten posttraumatischer Belastung ermittelt, in der Gruppe der kognitiven Nachsorge wurde hingegen ein Zusammenhang zwischen emotionalem Bewältigungsstil und dem Auftreten posttraumatischer Belastung gefunden. Beide Ergebnisse lassen sich theoretisch nachvollziehen und legen nahe, dass der jeweils individuelle Bewältigungsstil entweder bei der emotionalen oder bei der kognitiven Intervention zur Aufrechterhaltung oder sogar Verstärkung der posttraumatischen Symptomatik beiträgt. Diese Ergebnisse können ein Hinweis darauf sein, die Durchführung von Gruppeninterventionen nach traumatischen Ereignissen grundsätzlich zu überdenken. Da die Gruppenzugehörigkeit aber keinen generellen Effekt auf das Ausmaß der Entwicklung posttraumatischer Symptomatik hat, lassen sich diese Ergebnisse auf Grundlage der vorhandenen Fallzahlen nicht weiter interpretieren. Eine breitere Datenbasis und die Untersuchung von Langzeiteffekten könnten hier weitere wertvolle Informationen liefern. Die über alle Untersuchungen hinweg gefundene Bedeutung des emotionalen Bewältigungsstils zeigt aber, dass Feuerwehrleute die eher emotional bewältigen (dies immer in Hinblick auf die zur Bildung dieses Konstruktes entwickelten Items) grundsätzlich ein höheres Risiko aufweisen einsatzbedingt zu erkranken.

9.6 Risikofaktoren, die zu berücksichtigen sind

Aus den Ergebnissen lassen sich eine Reihe von Risikofaktoren ermitteln, diese sollten im Rahmen präventiver Konzepte in Ausbildung und Durchführung Berücksichtigung finden. Diese sind:

- Insgesamt gesehen kann die ehrenamtliche Einsatzfähigkeit bei der Freiwilligen Feuerwehr (und THW) als Risiko gesehen werden, denn im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besteht in der Altersgruppe bis 24 Jahren ein dreimal höheres Risiko an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Ältere Mitglieder sind wiederum stärker belastet als die Gruppe der unter 24 jährigen, hier lagen allerdings keine geeigneten Vergleichszahlen vor
- Gehobene Führungsfähigkeit; der besondere Dienstgrad (Kommandanten, Wehrführer und wehrübergreifende Dienstgrade) ist signifikant höher belastet als die Mannschaft und die Gruppen- und Zugführer
- Zugehörigkeit zu Wehren mit einer höher Frequenz an schweren und belastenden Einsätzen; Einsatzkräfte aus Wehren, die gezielt aufgesucht wurden, da sie häufig potentiell traumatisierende Einsätze bewältigen müssen, sind signifikant höher belastet als Einsatzkräfte, die in den randomisiert ausgewählten Wehren tätig sind

- Ein emotionaler Bewältigungsstil; dieser stellt einen Risikofaktor für das Auftreten posttraumatischer Belastung dar
- Fehlende Beratung und fehlende Ansprechpartner nach besonders belastenden, potentiell traumatisierenden Einsätzen; alle Items aus der Gruppe „fehlende Beratung“ stellen einen aussagekräftigen Belastungsfaktor dar
- Das Auftreten von negativen Kognition; hier insbesondere Selbstvorwürfe bezüglich des Einsatzablaufes
- Erhöhter Alkoholkonsum zur Entspannung und Zerstreuung nach belastenden Einsätzen

10 Empfehlungen zu Prävention, Darstellung einer Gesamtkonzeption

Auf Basis der Ergebnisse der Ist-Analyse, ist zu empfehlen, dass von einer einheitlichen Konzeption für alle Einsatzorganisationen abzusehen ist. Sowohl zeitlich als auch inhaltlich sollten entsprechende Präventionsmaßnahmen auf die Rahmenbedingungen und Besonderheiten der jeweiligen Organisation abgestimmt werden, dies betrifft insbesondere die Dauer der Maßnahmen zur primären Prävention. Die hierzu zur Verfügung stehenden Ausbildungszeiten reichen von maximal zwei Stunden bis zu mehreren Tagen. Ausbildungsinhalte sind in Abhängigkeit der Schulungsdauer zu konzipieren.

→ Für den Bereich der Freiwilligen Feuerwehr sind Schulungen in der Grundausbildung und Weiterbildung von zwei Stunden realistisch. Empfohlen wird eine strukturierte Ein- und Durchführung von Schulungen, eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Prävention im Einsatzwesen.

Die Bedarfsermittlung zeigt eine deutlich höhere Belastung der Feuerwehrmänner als der Durchschnitt in der Bevölkerung. Die Zahlen sind niedriger als Studien die im hauptamtlichen Bereich und bei den Hilfsorganisationen durchgeführt wurden, weisen aber doch auf eine beträchtliche Belastung im Ehrenamt der Feuerwehr und des Technischen Hilfswerkes hin. Die Belastung in der zufällig ausgewählten Stichprobe ist unabhängig von der Wehrgröße. Das Risiko einsatzbedingt zu erkranken ist für jedes Mitglied gegeben. Führungsdienstgrade und ältere Mitglieder wiesen ein höheres Risiko auf. Die belastenden Einsätze, die Einsatzkräfte als das schlimmste Ereignis angaben, und in deren Folge die posttraumatische Symptomatik auftritt, liegen im Durchschnitt sechs Jahre zurück und über die Gesamtstichprobe von 4044 Personen findet sich ein Anteil an Einsatzkräften von 3.7 %, die vermutlich seit mehr als acht Jahren an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden.

→ Im Sinne der Personalfürsorge müssen Einsatzkräfte durch ihren Arbeitgeber oder Dienstherren vor eventuell auftretenden psychischen Schäden geschützt werden. Hierzu ist es notwendig, dass das Thema fest in den Organisationsstrukturen verankert wird und somit gestaltbar und lenkbar, organisiert und durchgeführt werden kann. So kann auch einer Dramatisierung der Thematik einerseits sowie der Gefahr der Tabuisierung andererseits begegnet werden. Außerdem erhöht sich die Möglichkeit, betroffenen Einsatzkräften eine therapeutische Maßnahme zu empfehlen, um so Langzeiterkrankungen zu verhindern.

Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Art der Einsätze konnte zeigen, dass sich keine eindeutig definierten Kriterien für eine Indikation zur Nachsorge formulieren lassen. Die Anzahl potentiell traumatisierender Ereignisse, Einsätze die unter der Kategorie „Verantwortlichkeit“ zusammengefasst wurden und fehlende Beratung bei auftretenden Problemen und fehlende Ansprechpartner, wenn ein Einsatz hart war, stellen bedeutsame Parameter zur Erklärung der vorliegenden derzeitigen Symptomatik dar. Es sind nach den vorliegenden Ergebnissen nicht Einsätze, die nach objektivierbaren Kriterien als potentiell traumatisierend beschrieben und für eine Indikation von Nachsorge formuliert werden, die zum Auftreten traumabedingter Belastung beitragen, sondern Einsätze die eher mit dem Auftreten negativer Kognitionen, wie Schuldgefühle in Zusammenhang stehen. Der Wunsch nach Beratung und Unterstützung steht hier im Vordergrund. Diese Einsätze müssen nach außen gesehen weder dramatisch ablaufen noch inhaltlich besonders schwerwiegend sein. Es lassen sich also schwer Indikationen für eine ereignisbezogene Nachsorge formulieren und festlegen.

- Regelmäßige und ereignisunabhängige Beratung im Sinne einer regelmäßigen Thematisierung der menschlichen, sozialen und traumarelevanten Faktoren im Einsatzwesen als obligatorische „Übung“, wird als das Vorgehen empfohlen, welches den dargestellten Ergebnissen Rechnung tragen kann. Diese Übung (Themenabend) kann in den Jahresablauf der vorgesehenen Übungen eingebaut werden, sie sollte keine zusätzliche Veranstaltung darstellen. In anderen „helfenden“ Organisationen decken Veranstaltungen die unter dem Terminus „Supervision“ zusammengefasst werden, den dort ebenfalls vorherrschenden Bedarf an Unterstützung ab.
- Im Sinne effektiver Prävention sollten diese Faktoren berücksichtigt und thematisiert werden. Die hier gefundenen Ergebnisse sollten langfristig in die Ausbildung von Präventionsmitarbeitern implementiert, die Weiterverbreitung in die Wehren flächendeckend organisiert werden. Wünschen würden sich die Feuerwehrmänner in erster Linie die Durchführung von Schulungen und Unterstützungsangeboten durch ausgebildete Feuerwehrkameraden, der Wunsch nach Unterstützung durch Seelsorger gemeinsam mit Psychologen wird an zweiter oder durch Seelsorger allein erst an dritter Stelle genannt. Für eine effektive Prävention sollten daher eine ausreichende Anzahl von Peers geschult werden. Die entsprechenden Konzepte werden im Endbericht der Projektes „Primäre Prävention“ ausgeführt. Die Verbreitung der zur Durchführung der Schulung notwendigen Unterlagen kann über den Auftragsgeber organisiert werden.

Zur Frage einer möglichen Unterstützung durch die direkte Umwelt. In einigen Projektbereichen wurden Führungskräfte auf Landkreisebene (z.B. Kreisbrandräte oder Kreisbrandinspektoren) gebeten Wehren, die ein hohes Risiko aufweisen besonders belastete Einsätze bewältigen zu müssen, für die Untersuchung auszuwählen. Diese Wehren der Basisuntersuchung sind stärker belastet als die Wehren die zufällig ausgewählt wurden. In den Wehren, die sich an der Nachsorgeuntersuchung beteiligten, findet sich wiederum eine höhere posttraumatische Belastung. Diese Befunde lassen vermuten, dass es sowohl bei den Führungskräften auf Landkreisebene als auch bei den Führungskräften in den Wehren ein Wissen um höher belastete Wehren vorhanden ist. Man muss davon ausgehen, dass es Hochrisikowehren gibt und dass zur Identifizierung dieser Wehren auf die Einschätzung von Führungskräften auf Landkreisebene und auf der Ebene der Kommunen auf Kommandanten und Wehrführer zurückgegriffen werden kann.

- Ein flächendeckendes Präventionsangebot kann gewährleisten, dass in allen Wehren entsprechende Unterstützungsangebote zum tragen kommen. Um dies zu gewährleisten ist eine strukturierte Ein- und/oder Durchführung von Präventionsangeboten für alle Wehren notwendig.

- Wehren, die von Führungskräften als besonders belastet eingeschätzt werden können als Hochrisikowehren gelten. Hier sollten gezielte Schulungs- und Nachsorgemaßnahmen in einer höheren Frequenz zum tragen kommen.

Zum Stellenwert der Nachsorge ist zu sagen, dass nach den vorliegenden Daten davon ausgegangen werden kann, dass der Einsatz von Gruppennachsorge keinen nachhaltigen positiven Einfluss auf die Entwicklung der posttraumatischen Symptomatik nach besonders belastenden Einsätzen bewirkt. Bei hohen Ausgangswerten - durchschnittlich 11 Monate vor dem nachsorgerlevanten Einsatz - in den teilnehmenden Wehren kam es aber doch zu einer signifikanten Verbesserung der traumabedingten Symptomatik über alle Gruppen hinweg, auch in der unbehandelten Kontrollgruppe. Offensichtlich hat hier die Untersuchung an sich einen „Nachsorgeeffekt“ ausgelöst, der wesentlich deutlicher ist, als der explizit untersuchte Effekt einer standardisierten Gruppennachsorge. Dieser Effekt lässt sich psychotraumatologisch gut begründen und legt nahe, dass die Fokussierung der Thematik in den Wehren und bei den Führungskräften (Kommandanten, Wehrführer) zu dieser Verbesserung beigetragen hat.

- Die Thematik an sich muss fester Bestandteil der Gefahrenabwehr werden und so selbstverständlich werden, wie z.B. das Thema Atemschutz. Auch die Art der Ausbildung kann an diese Thematik angelehnt organisiert werden, Fachberater und Ausbilder in den Wehren wären dann Peers oder andere Anbieter, die aber fest in der Feuerwehrstruktur verankert sein müssen. Es ist darauf zu achten, das Thema nicht zu dramatisieren, da die Feuerwehrkräfte insgesamt eher funktionale Bewältigungsstrategien aufweisen und überwiegend gesund sind und daher ein „zuviel“ als eher kontraproduktiv und Reaktanz auslösend zu beurteilen ist.
- Die Schulung von besonderen Dienstgraden und Führungskräften im Rahmen von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen ist unumgänglich. Zum einen kann diese Personengruppe als Hochrisikogruppe innerhalb der Feuerwehr gelten, zum anderen ist dies aber auch die Personengruppe, die für die psychische Gesundheit der Mannschaft von Bedeutung ist. Auch dies wiederum in zwei Gesichtspunkten: Erstens hängt, die Atmosphäre, die Sensibilität, die Gesprächsbereitschaft und das Ausmaß der gegenseitigen Unterstützung - also das Ausmaß der Möglichkeit die Ressource „Gruppe“ zu nutzen - diesbezüglich vom Vorbild der Führungskräfte ab und zweitens wird es häufig notwendig sein, dass bei bestehender und von der Führungskraft wahrgenommener Belastung, Präventionsanbieter durch sensible und aufmerksame Führungskräfte informiert und alarmiert werden.
- Da davon auszugehen ist, dass Nachsorge das Ausmaß an traumabedingter Belastung in den Wehren nicht senkt, sind weiterführende Maßnahmen notwendig. Nach erfolgter Nachsorge sollten weitere Kontakte zwischen Peers und Wehrmitgliedern stattfinden. Ziel muss es sein, zum einen die hohe Grundbelastung in einigen Wehren zu senken, zum anderen besonders gefährdeten Personen weitere Unterstützung anzubieten. In dem Zusammenhang ist zu bemerken, dass sich bei den Nichtteilnehmern ein starker Anstieg der Belastung zum Zeitpunkt t3 zeigte. Hier kann vermutet werden, dass die Tatsache an einem Unterstützungsangebot nicht teilgenommen zu haben spezifische Prozesse in Gang setzt, die im Rahmen weiterer sekundärer Maßnahmen zu berücksichtigen ist.

Zur Finanzierung eines Teils dieser Maßnahmen ist es notwendig, dass die psychische Belastung durch den Einsatz in das Verbandsbuch eingetragen wird, darüber hinaus kann auch eine Unfallmeldung beim Versicherungsträger abgesetzt werden. Im Rahmen von Nachsorgemaßnahmen sollten daher die Führungskräfte in den Wehren dahingehend beraten werden.

- Implementierung der hier gefundenen Ergebnisse in die Manuale, die der Ausbildung von Präventionsmitarbeiter (z.B. Peers, Multiplikatoren, Notfallseelsorger) zugrunde gelegt werden.

Zusammenfassung der Empfehlungen für eine effektive Prävention

1. Aufbau eigener Präventionsstrukturen durch den Bedarfsträger in seiner Verantwortung als Arbeitgeber/Dienstherr. Voraussetzung hierfür ist die Schaffung eines eigenen Fachbereiches für die psychosoziale Betreuung von Einsatzkräften sowie die Bereitstellung von Planstellen mit dem der Fachbereich zu besetzen ist.
2. Ausgehend vom Fachbereich: Einführung oder Weiterentwicklung von aufeinander abgestimmte Maßnahmen der primären und sekundären Prävention unter Einbindung der bereits tätigen Präventionsmitarbeiter.
3. Bereitstellung von strukturierten und flächendeckenden, auf die Ergebnisse abgestimmten primären Präventionsangeboten (die entsprechenden Konzepte werden im Endbericht der Projektes „Primäre Prävention“ ausgeführt) durch eine kontinuierliche Ausbildung von Präventionsmitarbeitern (Peers, Multiplikatoren, Seelsorger in Feuerwehr und Rettungsdienst, Fachberater Seelsorger)
4. Präventionsmitarbeiter ihrerseits sollten selbst Mitglied der jeweiligen Organisation oder fest in die Strukturen eingebunden sein. Die Einbindung von psychosozialen Fachkräften zur Unterstützung der Arbeit ist zu empfehlen, die fachliche Leitung muss über fundierte einsatztaktische und psychologische Fachkenntnisse verfügen und/oder die Abdeckung dieser Bereiche durch externe Fachleute gewährleisten.
5. Anbindung der Präventionsmitarbeiter in definierte Strukturen mit fachlicher Leitung, Supervision, Weiterbildungsangeboten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung
6. Implementierung von spezifischen auf die Ergebnisse abgestimmte Führungskräfteschulungen im Rahmen primärer und sekundärer Prävention (die entsprechenden Konzepte werden im Endbericht der Projektes „Primäre Prävention“ ausgeführt)
7. Bereitstellung von spezifischen Präventionsangeboten für besonders belastete Wehren, dies auch durch verbesserten Informationsfluss zwischen Präventionsmitarbeitern und Führungspersonal
8. Bereitstellung von weiteren Unterstützungsangeboten für belastete Einsatzkräfte nach erfolgter „klassischer“ Nachsorge, die eher als Brücke zu weiterführenden Angeboten zu definieren ist
9. Durchführung von mindestens einmal jährlich stattfindenden psychosozialen „Übungen“ -- analog zu technischen Übungen --, die die Themen Belastung, Vorsorge, Nachsorge und Behandlungsmöglichkeiten aufgreifen und darstellen
10. Klare Differenzierung der Zielgruppen, keine Betreuung von Einsatzkräften durch Personen, die im Rahmen des nachsorgerelevanten Einsatzes direkt Betroffene und/oder Angehörige betreuen

In Abbildung 6 ist der Vorschlag unseres Gesamtkonzeptes modellhaft dargestellt. Demnach sollen auf Länderebene Planstellen geschaffen werden, deren Inhaber zum einen die Auswahl sowie Aus- und Weiterbildung der Multiplikatoren durchführt, zum anderen soll er Ansprechpartner für eventuell auftretende Fragen der Multiplikatoren sein; er soll deren Supervision organisieren und regelmäßige Weiterbildung der Multiplikatoren organisieren. An dieser Stelle der Hinweis, dass die hier dargestellten Ergebnisse für das gesamte Bundesgebiet erstellt wurden. Einige der hier vorgeschlagenen Empfehlungen wurden in den verschiedenen Bundesländern bereits umgesetzt.

Die Multiplikatoren sollen auf Landkreisebene einen festen Platz im Organigramm einnehmen – denkbar wäre hier eine Gleichstellung mit Kreisbrandmeistern bzw. Amtsbrandmeistern. Im Landkreis führen die Multiplikatoren Schulungen zur Primären Prävention durch, sie organisieren regelmäßige Einsatznachbesprechungen und bei Bedarf einsatzbezogene Nachsorge. Dabei obliegt den Multiplikatoren die Zusammenarbeit mit externen Anbietern. Die Multiplikatoren sind die Ansprechpartner für alle Kameraden, wenn Fragen zu einsatzbedingter Belastung auftreten. Insbesondere sollen Multiplikatoren auch über Behandlungsmöglichkeiten informiert sein und im Bedarfsfall belastete Kollegen an professionelle Therapeuten vermitteln.

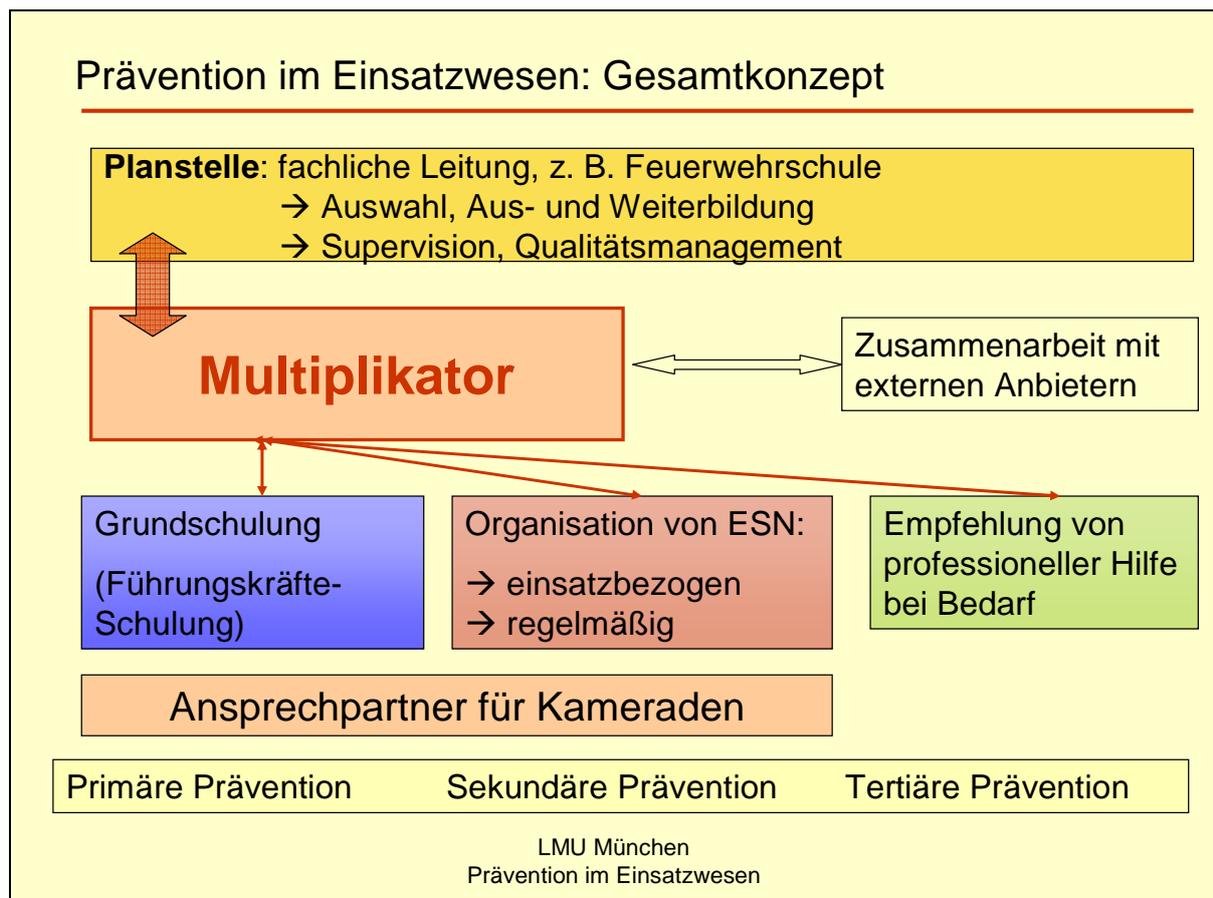


Abbildung 6: Modell eines Gesamtkonzeptes zur effektiven Prävention

Empfehlungen für eine effektive Nachsorge

1. Nachsorge als Möglichkeit durch weitere Kontakte des Peers mit der Führungskraft und/oder weiteren Beratungsgesprächen mit belasteten Einsatzkräften, belastete Personen zu motivieren sich in adäquate Behandlung zu begeben
2. Nachsorge als Moment der sozialen Anerkennung und Wertschätzung der Einsatzkräfte als Schutzfaktor
3. Nachsorge zur Entlastung der Führungskräfte bei der Fürsorge um belastete Einsatzkräfte
4. Es wird empfohlen eine zweiten Termin anzusetzen, dieser sollte ca. drei Wochen nach der Nachsorgemaßnahme stattfinden, da sich zu diesem Zeitpunkt das Auftreten posttraumatischer Symptome deutlicher zeigt und erkannt werden kann und gegebenenfalls gezielt zu einer therapeutischen Maßnahme geraten werden kann
5. Durchführung von psychosozialen „Jahresrückblicken“ in allen Wehren und/oder Standorten als regelmäßige Übung (Themenabend), vergleichbar z.B. mit regelmäßig stattfindenden Übungen zum Atemschutz
6. Im Rahmen von Nachsorge sollten speziell die Führungskräfte hinsichtlich der Thematik beraten und unterstützt werden, der Umgang der Führungskraft mit dem Thema stellt einen wichtigen Schutzfaktor für alle Mitglieder der Wehr sowie für die Führungskraft selbst dar.
7. Information des Führungspersonals im Rahmen von Nachsorge bezüglich der Notwendigkeit potentiell traumatisierende Einsätze grundsätzlich in das Verbandsbuch einzutragen, so dass bei einem später vorliegenden Behandlungsbedarf die Meldung an den Versicherungsträger erfolgen kann.

Die Untersuchung zur Wirksamkeit von unterschiedlichen Nachsorgemethoden, dies im Vergleich zu einer Kontrollgruppe und auf der Grundlage einer Basiserhebung, unterlag einer Reihe von Faktoren, die im Vorfeld und im Verlauf der Untersuchung nur schwer kontrolliert werden konnten. Die Meldung von belastenden Einsätzen und die Zustimmung zu einer randomisierten Zuteilung der Gruppenzugehörigkeit sind hier beispielhaft zu nennen. Diese erschwerten Bedingungen sind im Rahmen einer Feldforschung im peritraumatischen Bereich durchaus üblich. Dass ein Kommandant, der damit beschäftigt ist die Folgen eines schwerwiegenden Einsatzes zu bewältigen, nicht unbedingt daran denkt sich an die Universität zu wenden, kann nachvollzogen werden. Durch die notwendige Erweiterung des Designs konnte die geplante Randomisierung nicht konsequent eingehalten werden. In Analysen wurde jedoch festgestellt, dass sich die Ergebnisse von Personen aus den randomisierten Gruppen nicht signifikant von denjenigen aus nicht randomisierten Gruppen unterscheiden. Trotzdem ist dieser Umstand kritisch zu erwähnen.

Das im Vorfeld definierte Ziel, pro Gruppe eine Stichprobengröße von 200 randomisiert zugeteilten Personen für die Analyse heranziehen zu können, konnte nicht realisiert werden. Die Gruppengröße ist für die beschriebenen Analysen ausreichend, liegt aber deutlich unter dem angestrebten Wert. Weiterführende Forschung, bei der auf die vorliegende Datenbasis zurückgegriffen werden könnte, wäre hier wünschenswert.

Eine Reihe von Fragen lassen sich nicht abschließend beantworten, so zum Beispiel die Frage welche Wirkfaktoren durch die Teilnahme an der Untersuchung aktiviert wurden. Auch hier könnten weitere Untersuchungen zu interessanten Ergebnissen führen. So könnten z.B. Basiswehren, die sich nicht

an der Untersuchung beteiligten und eine ähnlich hohe Belastung aufweisen wie die Basiswehren dieser Untersuchung, nochmals befragt werden, ebenso die Studienwehren. Zum einen wäre es dann möglich den Effekt der Untersuchung an sich genauer zu analysieren, zum anderen könnten Aussagen über den Langzeiteffekt getroffen werden. Denn die Schlussfolgerungen, die auf Grund der vorliegenden Daten gezogen wurden, müssen unter dem Licht möglicher gravierender zukünftiger Veränderungen in den verschiedenen untersuchten Gruppen, über den Untersuchungszeitraum hinaus, betrachtet werden. Warum?

Aus Langzeituntersuchungen ist bekannt, dass sich die Unterschiede im Ausmaß der Belastungsreaktionen zwischen debrieften und nicht-debrieften Einsatzkräften über den Verlauf der Zeit hinweg verändert. So fand eine Forschergruppe acht Monate nach einem Flugzeugabsturz keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die debrieften Einsatzkräfte zeigen aber zu diesem Messzeitpunkt niedrigere Werte in Bezug auf die posttraumatische Symptomatik. 18 Monate nach dem Ereignis zeigte sich hingegen, dass in der Gruppe der debrieften Einsatzkräfte nun eine signifikant höhere Symptombelastung vorherrschte als in der Gruppe der nicht-debrieften Einsatzkräfte. Bei der Interpretation der Ergebnisse, aber ebenso auch in Bezug auf die Empfehlungen muss diesem Aspekt Rechnung getragen werden. Alle Aussagen, die getroffen werden, beziehen sich auf Ergebnisse, die die Symptombelastung ein halbes Jahr nach dem Ereignis erfasste. Legt man die gefunden Ergebnisse anderer Forschungsergebnisse im Bezug auf die Einschätzung des Verlaufs über weitere 10 Monate hinweg zu Grunde, ist zu erwarten, dass sich die hier gefunden Ergebnisse über die Zeit hinweg verändern, unter Umständen sogar maßgeblich. Eine neue Untersuchung zur Erfassung des Langzeiteffektes wäre hier wünschenswert. Die gefunden Belastungswerte sind die Ergebnisse, die zum jetzigen Zeitpunkt berichtet und interpretiert werden können, eine relevante Veränderung über die Zeit hinweg, die unter Umständen zu veränderten Schlussfolgerungen und Empfehlungen führen könnten, ist nicht auszuschließen.

Abschließend ist es dem Projektteam ein Anliegen, nochmals allen die am Gelingen der Untersuchung beigetragen haben einen herzlichen und großen Dank auszusprechen. All den Einsatzkräften die geduldig und verlässlich unsere Fragebögen ausfüllten, all den Präventionsmitarbeitern die unsere Arbeit unterstützt und erst möglich gemacht haben und allen Führungskräften, die uns stets freundlich und zugewandt unterstützen. Dass sich im Rahmen der Projektarbeit nach anfänglicher Skepsis zu Beginn des Projektes, durch die Arbeit und Aufklärung bei den Führungskräften ein Klima der konstruktiven Zusammenarbeit entwickelt hat war erfreulich und ermutigend. Dies auch in dem Sinne, dass sich allein durch die Projektarbeit die Akzeptanz und Sensibilität der Thematik gegenüber bei allen persönlichen Kontakten mit Einsatzkräften im Verlauf des Projektes deutlich erhöht hat. Dank dieser Akzeptanz der Untersuchung durch die Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren wurde diese Untersuchung möglich. Meist Menschen, die in der Regel wenig Kontakt zu wissenschaftlich psychologischen Fragen und Untersuchungen aufweisen und trotzdem die Arbeit auf sich genommen haben, Fragen zu beantworten und dies nicht nur einmal, sondern mehrmals. Deshalb soll diese Zusammenfassung mit einem Dank an diejenigen enden, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Allen Kollegen aber eben auch den vielen vielen „Feuerwehrlern“ die uns ihre Zeit geschenkt haben. Abschließend wäre zu wünschen, dass die Ergebnisse aus den Untersuchungen zur Primären und zur Sekundären Prävention einen langfristigen Effekt auf die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen in den Organisationen haben werden. Dies vor allem in den Landkreisen und Bereichen, die nicht über verlässliche und flächendeckende Angebote verfügen.