Veröffentlichung der

Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin e.V.

Veröffentlichung Nr. 3 der
Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin e.V.

2. BREMER WORKSHOP

Traumatische Ereignisse in der Seeschifffahrt - Belastungsreaktionen und Präventionsstrategien

Hamburg, im Dezember 2003

Bei dem vorliegenden Band handelt sich um die Originalfassungen der auf dem Workshop gehaltenen Vorträge; für die Inhalte sind die Autoren verantwortlich.
Zur vollständigen Wiedergabe sind die gezeigten Präsentationsfolien im Anhang der Referate ebenfalls abgedruckt.

Herausgeber: Dr. med. Bernd - Fred Schepers,
1. Vorsitzender der DGMM

Herstellung:
Redaktion und DTP: Dr. med. Karl - Peter Faesecke, Hamburg
Umschlag: Stadtdruckerei Weidner, Rostock
Druck, Bindung und Versand: See-Berufsgenossenschaft, Hamburg

Inhalt

Dr. med. Bernd-Fred Schepers:
Eröffnung 1

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Jens - Thomas Kowalski
Traumatische Belastungsstörungen - Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen 5

Erfahrungen im Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen

Polizei:
Dipl.-Päd. Achim Grube
Krisenintervention / Einsatznachsorge bei Großschadensereignissen und Katastrophen 11

Bahn:
Dipl.-Psych. Petra Ebert
Erfahrungen im Umgang mit traumatischen Ereignissen - Das Betreuungskonzept der Deutschen Bahn AG 21

Luftfahrt:
Dipl.-Psych. Dominic S. Cardozo
Critical Incident Stress Management im Deutsche Lufthansa Konzern 27

Marine:
Dipl.-Psych. Dierk-Peter Hansen
Erfahrungen der Marine im Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen 32

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Hans - Joachim Jensen:
Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen in der Seeschifffahrt 42

Gemeinsame Empfehlung 47

Inhalt

Dr. med. Bernd-Fred Schepers:
Eröffnung 1

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Jens - Thomas Kowalski:
Traumatische Belastungsstörungen - Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen 5

Erfahrungen im Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen

Polizei:
Dipl.-Päd. Achim Grube:
Krisenintervention / Einsatznachsorge bei Großschadensereignissen und Katastrophen 11

Bahn:
Dipl.-Psych. Petra Ebert:
Erfahrungen im Umgang mit traumatischen Ereignissen - Das Betreuungskonzept der Deutschen Bahn AG 21

Luftfahrt:
Dipl.-Psych. Dominica Gaudoze:
Critical Incident Stress Management im Deutsche Lufthansa Konzern 27

Marine:
Dipl.-Psych. Dierk-Peter Hansen:
Erfahrungen der Marine im Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen 32

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Hans - Joachim Jensen:
Umgang mit traumatischen Belastungsstörungen in der Seeschifffahrt 42

Gemeinsame Empfehlung 47

Dr. med. Bernd - Fred Schepers

ERÖFFNUNG

Meine sehr geehrten Damen und Herren, verehrte Gäste,

als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin darf ich Sie zu unserem heutigen 2. Bremer Werkstattgespräch zum Thema „Traumatische Ereignisse in der Seeschifffahrt – Belastungsreaktionen und Präventionsstrategien" ganz herzlich begrüßen und willkommen heißen! Ich freue mich, dass Sie unserer Einladung wiederum so zahlreich gefolgt sind; ich werte dies erneut als Beweis Ihres Interesses an unserem heutigen Thema.

Mein besonderer Dank gilt zunächst dem Hausherrn dieser Räumlichkeiten, dem Dekan des Fachbereichs 6 – Nautik der Hochschule Bremen, Herrn Prof. Kapitän Volker Biere, der zugestimmt hat, diesen Hörsaal und natürlich auch die für die drei Arbeitsgruppen heute Nachmittag erforderlichen Räume für unsere heutige Veranstaltung kostenfrei nutzen zu dürfen! Herzlichen Dank, Prof. Biere, und wir freuen uns sehr, dass Sie uns gleich noch persönlich begrüßen werden.

Mein Dank gilt weiterhin natürlich ganz besonders den Referenten der heutigen Veranstaltung, die ja z.T. auch gleichzeitig als Leiter der nachmittäglichen Arbeitsgruppen fungieren und sich sämtlich ohne Zögern bereit erklärten, hier heute mitzuwirken.

Bevor ich nun zu unserer heutigen Veranstaltung komme, erlauben Sie mir als Vorsitzender der DGMM zunächst – wie immer – einige Sätze zum Anliegen unserer Gesellschaft zu sagen; für einige von Ihnen ist dies Wiederholung, andere jedoch nehmen heute erstmalig an einer unserer Veranstaltungen teil.

Die Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin kann inzwischen auf ein zwölfjähriges Bestehen zurückblicken und besteht derzeit aus ca. 100 Mitglie-

dern. Diese kommen aus den Bereichen Hochschulen, Hafenbehörden, Gesundheitsämtern, Verband Deutscher Reeder, Nautische Vereine, See - Berufsgenossenschaft, Bundeslotsenkammer, Marine, Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, Krankenhäuser, Rettungsdienste, Katastrophenschutz, Arbeits- und Umweltmedizin, Tauchen sowie Sportschifffahrt. – Damit ist es uns bereits gelungen, einen erheblichen Teil des Sachverstandes aus den verschiedenen Bereichen der maritimen Medizin in Deutschland in unserer Gesellschaft zusammenzuführen und zu bündeln. Die Bündelung der Kräfte: dies war und bleibt auch weiterhin unser Ziel!

Die Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin versteht sich als Katalysator und Förderer der maritimen Medizin in allen Schifffahrtsbereichen. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die gesundheitlichen Belange der See-, Küsten- und Binnenschifffahrt, der Fischerei, der Marine, des Offshore- und Hafenbereichs zu thematisieren und ihre wissenschaftliche Aufarbeitung zu fördern. Sie will ein Forum bieten für den Austausch von Informationen, Erfahrungen, Meinungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen; gleichzeitig will sie zu deren Verbreitung beitragen. In diesem Licht - „bringing experts together" - ist auch unsere heutige Veranstaltung zu sehen.

Zur Erreichung der genannten Ziele wird von unserer Fachgesellschaft der konstruktive Dialog nicht nur unter Ärzten, sondern auch mit Ingenieuren, Technikern, Nautikern, Psychologen, Juristen, Behörden, Reedereien und Seereiseveranstaltern, aber auch mit politischen Verantwortungsträgern gesucht und gefördert.

In Verfolgung ihrer Ziele meldete sich die Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin in den zurückliegenden Jahren immer wieder mit Vortragsveranstaltungen und Workshops zu Wort, z.B. zu den Themen „Brand an Bord", „Der toxikologische Notfall auf See", „Hypothermie und Beinahe-Ertrinken" oder „Mayday, Mayday – Familie in Seenot!". Neben den „Kieler-Woche-Workshops" im Kieler

Yacht Club stellte unser Hamburger Kolloquium „100 Jahre wissenschaftliche Schifffahrtsmedizin in Hamburg“ vor nahezu 120 Gästen im Großen Hörsaal des Bernhard-Nocht-Instituts sicherlich einen besonderen Höhepunkt dar, dem unser Symposium „Der Seenotfall – Unfälle an Bord von Seeschiffen“ im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg-Bergedorf nicht nachstand.

Mit dem Workshop „Situation Awareness – Die Rolle der Situationswahrnehmung und -bewertung für die Sicherheit der Schiffsführung“ im April 1997 in Kiel griffen wir erstmals ein psychologisches Thema auf und erzielten hiermit eine besondere Aufmerksamkeit. Dies stimulierte uns mit dem 1. Bremer Workshop im März 2002 zum Thema „Der Seeunfall – Folge menschlichen Versagens?“ gemeinsam mit dem Fachbereich Nautik der Hochschule Bremen erneut eine vorrangig psychologische Problematik zu beleuchten und voranzubringen.

Während wir uns vor etwa einem Jahr hier schwerpunktmäßig mit psychologischen Fragen im Vorfeld des Ereignisses eines Seeunfalls befasst haben, wollen wir uns heute mit den möglichen Folgen traumatischer Ereignisse in der Seeschifffahrt – wie Havarien und Unfällen an Bord – befassen. Wie Sie dem Programm entnehmen können, wollen wir dabei aus den Erfahrungen, die in anderen stressbelasteten Berufszweigen und Verkehrsbereichen bisher gemacht werden konnten, Handlungsempfehlungen für das maritime Umfeld ableiten bzw. weiterentwickeln.

Da sich die als Folge traumatischer Ereignisse ggf. auftretenden Leistungseinbußen und gesundheitlichen Störungen auch direkt auf die Schiffssicherheit und die Wirtschaftlichkeit des Schiffsbetriebes auswirken können, begrüße ich ganz besonders die Teilnahme und Mitwirkung aus dem Reedereibereich an unserer heutigen Veranstaltung. Ebenso dankbar sind wir für die Teilnahme und Unterstützung insbesondere am heutigen Nachmittag durch die Kompetenz der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Unsere heutige Veranstaltung wird inhaltlich auch anknüpfen an einen im März 1999 im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen abgehaltenen Workshop zum Thema „Stressbewältigung nach Seenotfällen und Bergungseinsätzen", und ich bin daher für die Teilnahme des BMVBW an unserer heutigen Veranstaltung ganz besonders dankbar.

Die Moderation und weitere Workshopleitung wird wieder in bewährter Weise in den Händen unseres DGMM - Mitglieds und Dozenten hier am Fachbereich Nautik der Hochschule Bremen für die Fächer Psychologie/Soziologie und Personalführung, Herrn Kpt. Willi Wittig, liegen, den ich hiermit ganz herzlich begrüße; gingen doch von ihm ganz wesentliche erste Gedanken zur Durchführung dieses 2. Bremer Workshops aus.

Meine Damen und Herren, ich eröffne hiermit unsere heutige Workshop-Veranstaltung.

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Jens - Thomas Kowalski

TRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN
URSACHEN, ERSCHEINUNGSFORMEN UND FOLGEN

Der vorliegende Beitrag soll eine Einführung in das Thema der traumatischen Ereignisse, Belastungsreaktionen und Präventionsstrategien geben. Ich möchte damit verdeutlichen, dass auch und gerade für die Seeschifffahrt die Beachtung der Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychotraumatologie von besonderer Bedeutung ist.

Psychische Belastungen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Leistung sind lange schon bekannte und oft berücksichtigte Faktoren in der Arbeitswelt. Seit einigen Jahren sind zudem die Folgen sowohl körperlicher, psychischer als auch sozialer Art für Betroffene nach dem Erleben *extremer* Ereignisse und Belastungen zunehmend sowohl in das Blickfeld der Öffentlichkeit als auch von Arbeitgebern, Versicherern und anderen Institutionen gekommen. Die besonderen Arbeitsbedingungen in der Seeschifffahrt bergen ein hohes Gefahrenpotenzial, mit Extrembelastung konfrontiert zu werden, aus denen möglicherweise kurz- und langfristige Folgen resultieren können.

Um sich dem Gebiet der Psychotraumatologie zu nähern, ist es zunächst einmal sinnvoll, zu definieren, wann eine Situation „extrem" oder auch „traumatisch", also verwundend, ist. In der Wissenschaft geht man davon aus, dass ein psychisches Trauma dann vorliegt, wenn ein belastendes Ereignis einen bedrohlichen Charakter hat, und die betroffene Person ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als nicht ausreichend oder inadäquat einschätzt. Die Betroffenen erleben sich als hilflos, das Gefühl von Schutzlosigkeit und eine plötzliche dramatische Erschütterung der bisherigen, meist stabilen und lang erworbenen Sicht von

sich selbst, von anderen und der Welt, breitet sich aus. Extremsituationen, also potentiell traumatisierende Situationen, beinhalten oft die Bedrohung des eigenen Lebens und/oder der eigenen Gesundheit. Auch die Beobachtung von Situationen, in denen andere Personen bedroht, verletzt oder getötet wurden, kann traumatisch sein, insbesondere, wenn ein persönlicher Bezug zu dem Opfer hergestellt wird, etwa durch Bekanntschaft oder Faktoren, die eine Rollenidentifikation mit dem Beobachteten zulassen. Je schlimmer, dramatischer und länger so eine Situation ist, umso höher ist das Traumatisierungspotenzial. Oft erleben gerade Beobachter die bereits erwähnten Gefühle der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit, begleitet von Schuldgefühlen und massiver persönlicher Betroffenheit.

In der Seeschifffahrt ist das Risiko möglicher traumatischer Situationen sicher größer als in vielen anderen Arbeitsbereichen. Todesfälle, Suizide oder schwere Unfälle mit Personenschäden an Bord sind Beispiele, die man unschwer den o.g. Kategorien zuordnet. Aber auch das Erleben von Seenot und Havarie oder die persönliche Beteiligung bei Überfällen (Piraterie) sind denkbare und nicht seltene Szenarien. Wie oben geschildert, ist es nicht ausschließlich die Bedrohung des eigenen Lebens oder der eigenen Gesundheit, die ein Ereignis traumatisch macht, sondern auch das Miterleben und Beobachten derartig exponierter Situationen.

Erfreulicherweise bedeutet ein traumatisches Ereignis nicht in jedem Fall zwangsläufig, dass eine Schädigung, in welcher Form auch immer, folgt. Häufig ist zu beobachten, dass nach dem ersten Schock und einer Phase der Beschäftigung und Verarbeitung (Einwirkungsphase) spontan eine Erholung von dem Erlebten eintritt. Ähnlich der Tendenz des Körpers, körperliche Wunden zu heilen, existiert dieser natürliche Heilungsprozess auch für psychische Verletzungen. So können auch traumatische Ereignisse verarbeitet und in die persönliche Lebensgeschichte integriert werden. Andererseits sind auch lange, z.T. lebenslange negative Folgen psychischer Traumatisierung beobachtbar. Zahlreiche Faktoren beeinflussen diesen Verlauf.

Diese lassen sich zum einen klassifizieren in Situationsfaktoren wie:

- Stärke des Traumas
- Unerwartetheit
- Unkontrollierbarkeit und
- erlebte Lebensgefahr

Persönliche Risikofaktoren spielen offensichtlich ebenso eine Rolle. Das Lebensalter, der soziale Status und auch die Anzahl bereits erlebter belastender Situationen haben einen Einfluss darauf, ob ein Trauma integriert wird oder längerfristige negative Folgen hat.

Es hat sich auch gezeigt, dass es offensichtlich Schutzfaktoren gibt, die auch nach dem Erleben traumatischer Situationen die Ausprägung der negativen Folgen verhindern kann. Dies sind z. B.

- soziale Unterstützung
- positive berufliche Einbindung
- familiäre Unterstützung
- sowie spezifische Persönlichkeitsmerkmale.

Auf den weiteren Verlauf wirkt sich ganz wesentlich die Reaktion des sozialen Umfeldes aus. Werden jemandem, der eine traumatische Situation erlebt hat, Unverständnis für seine Beschwerden, möglicherweise sogar Schuldzuweisungen, entgegengebracht, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit der Ausprägung negativer Folgen. Wichtig ist, dass das soziale Umfeld den Betroffenen die Möglichkeit bietet, über die Erfahrung zu reden, und dass die Erfahrung einer traumatischen Situation durch Vorgesetzte, Arbeitgeber, Kollegen und Institutionen anerkannt wird. Oft wird dies, z.T. auch als Folge juristischer Ermittlungen, jedoch missachtet. Das Umgehen des sozialen Umfeldes und insbesondere des Arbeitsumfeldes entscheidet also häufig darüber, ob ein traumatisches Ereignis schädigt oder aber als Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte integriert werden kann.

Betrachtet man die möglichen negativen Auswirkungen der Traumatisierung, sind häufig zunächst kurzfristige Folgen zu beobachten. Der medizinisch-psychologische Fachterminus, die akute Belastungsreaktion, ist eine vorübergehende Störung, die einen erheblichen Schweregrad erreichen kann, oft aber nach wenigen Stunden oder Tagen bei entsprechender Unterstützung von allein zurückgeht. Typische Symptome dieser akuten Reaktion sind das Gefühl von Betäubung, Angst, Ärger, aber auch Wut und Aggression. Im Verhalten zeigen sich entweder Rückzug und Regression oder Überaktivität bis hin zu Panikattacken. Ein stabiles, unterstützendes Umfeld hilft, diese vorübergehende Phase der psychischen Instabilität, die auch einige Tage anhalten kann, zu meistern.

In einer Reihe von Fällen sind diese Symptome allerdings nicht ohne fachliche Unterstützung rückläufig. *Eine* Folge kann die Posttraumatische Belastungsstörung sein. Dabei handelt es sich um eine Reaktion, die sich im Denken, gefühlsmäßig, körperlich und im Verhalten widerspiegelt. Im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion, die ja meist ohne professionelle Hilfe zu bewältigen ist, handelt es sich bei der Posttraumatischen Belastungsstörung um eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Sie kann sich unmittelbar an die akute Belastungsreaktion anschließen, entwickelt sich also aus der Belastungsreaktion. Allerdings kommt es auch vor, dass erst nach Wochen, Monaten, zum Teil sogar Jahren ohne deutliche Beschwerden, manchmal ausgelöst durch ähnliche belastende Ereignisse, die Symptome spontan einsetzen.

Für die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ist in jedem Falle das Vorhandensein eines Traumas (Traumakriterium) entscheidend. Betroffene der posttraumatischen Belastungsstörungen klagen über ständig wiederkehrende belastende Träume, spontan auftretende Nachhallerinnerungen und heftige körperliche und gefühlsmäßige Reaktionen bei der Erinnerung an das traumatische Ereignis. Oft wird versucht, Gedanken und Gefühle zu vermeiden; häufig dadurch, dass an das Trauma erinnernde Situationen oder Aktivitäten aktiv von dem Betroffenen vermieden werden. Manchmal hilft sich der Körper auch selbst, in

dem er bestimmte Erlebnisse aus dem Gedächtnis verdrängt. Diese belastenden Erinnerungsteile werden dann im Unterbewusstsein gespeichert und sind dem bewussten Denken nicht zugänglich. Neben den beschriebenen psychischen Veränderungen treten in Folge häufig Schlafstörungen, Reizbarkeit und eine deutlich erhöhte Schreckreaktion auf. Oft wird auch über Konzentrationsschwierigkeiten und eine ständig erhöhte Wachsamkeit geklagt. Bei diesen beschriebenen Symptomgruppen handelt es sich um die Kardinalsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Neben dieser schweren, in der Regel behandlungsbedürftigen psychischen Störung sind in der Literatur in 50 – 100 % aller Fälle weitere Erkrankungen (Komorbidität) beschrieben. Dies können Angststörungen, Depression sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch sein. Zudem ist bei Betroffenen eine deutlich erhöhte Suizidalität festgestellt. Auch körperliche Beschwerden (Somatisierungsstörungen) sind häufige Folge einer psychischen Traumatisierung. All dies geht oft einher mit Verhaltensänderungen wie erhöhte Aggressivität, Rückzug aus sozialen Beziehungen oder erhöhte Risikobereitschaft.

Die beschriebenen psychischen Erkrankungen, die oft langsam und schleichend vom Leben der Betroffenen Besitz ergreifen, führen letztendlich zu einer Reihe sozialer Probleme. Leistungsdefizite im Arbeitsbereich durch Vermeiden bestimmter angstauslösender Situationen oder deutliche Konzentrationsschwächen werden beklagt. Betroffene nutzen häufig angebotene medizinische Dienste, oft in Unkenntnis der psychischen Ursachen ihrer erlebten Beschwerden. Dies hat dann einen erhöhten Krankenstand, häufig sogar längerfristige Folgen wie Berentung oder Berufsunfähigkeit zur Folge. Neben der persönlichen Belastung, die traumatische Belastungsstörungen für den Einzelnen darstellen, sind die sozialen und finanziellen Folgekosten, auch für das Umfeld, beträchtlich.

Das Erleben einer traumatischen Situation muss nicht zwangsläufig eine psychische Erkrankung zur Folge habe. Durch rechtzeitige und kompetente Inter-

ventionsmaßnahmen kann die Abwärtsspirale in die psychische Erkrankung mit allen Folgen unterbrochen werden. Geeignete Präventionsmaßnahmen sowie die Sensibilisierung aller Verantwortlicher können einen adäquaten Schutz darstellen. Sollte es dennoch zur Ausprägung einer Erkrankung kommen, ist durch neue potente psychotherapeutische Verfahren in den meisten Fällen eine Rekonvaleszenz möglich.

Traumatologie
- Einführung -

Wann ist eine Erfahrung traumatisch?

Ein psychisches Trauma ist ein Prozess nach einem belastenden Erlebnis, bei dem der Charakter der bedrohlichen Situation und die Bewältigungsmöglichkeiten der Person auseinanderklaffen. Das ist verbunden mit starken Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe sowie einer Erschütterung der bisherigen Sicht von sich selbst, anderen und der Welt.

(nach G. Fischer & P. Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie)

Traumatologie
- Ursachen -

Traumatisierende Faktoren von Extremsituationen

- Bedrohung von Leib und Leben
- Gefühl der Hilflosigkeit / Machtlosigkeit
- Schuldgefühle
- massive persönliche Betroffenheit
- Grad der Identifikation
- Intensität des Ereignisses (z.B. Katastrophen)
- Dauer des Ereignisse

Traumatologie
- Ursachen -

- Beispielscenarien
- Todesfälle / Suizide an Bord
- Schwere Unfälle mit Personenschaden
- Belastende Erfahrungen z.B. Erleben von Seenot, Havarie
- Überfälle / Piraterie auf See

SchiffMedInstM

PsychDstBw

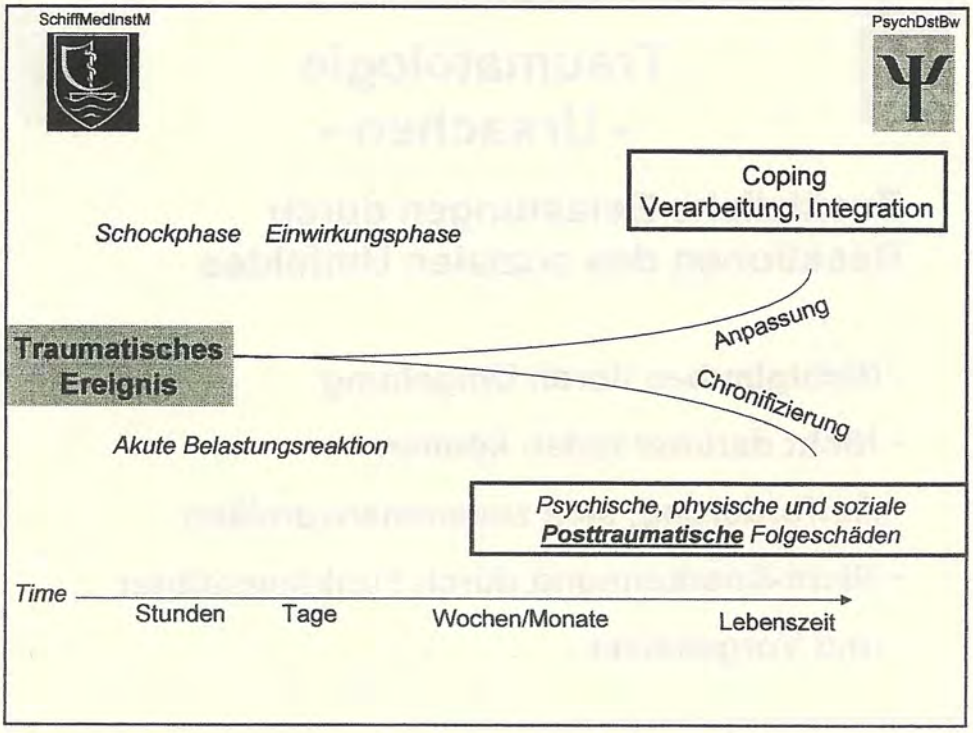
Traumatologie
Erscheinungsformen

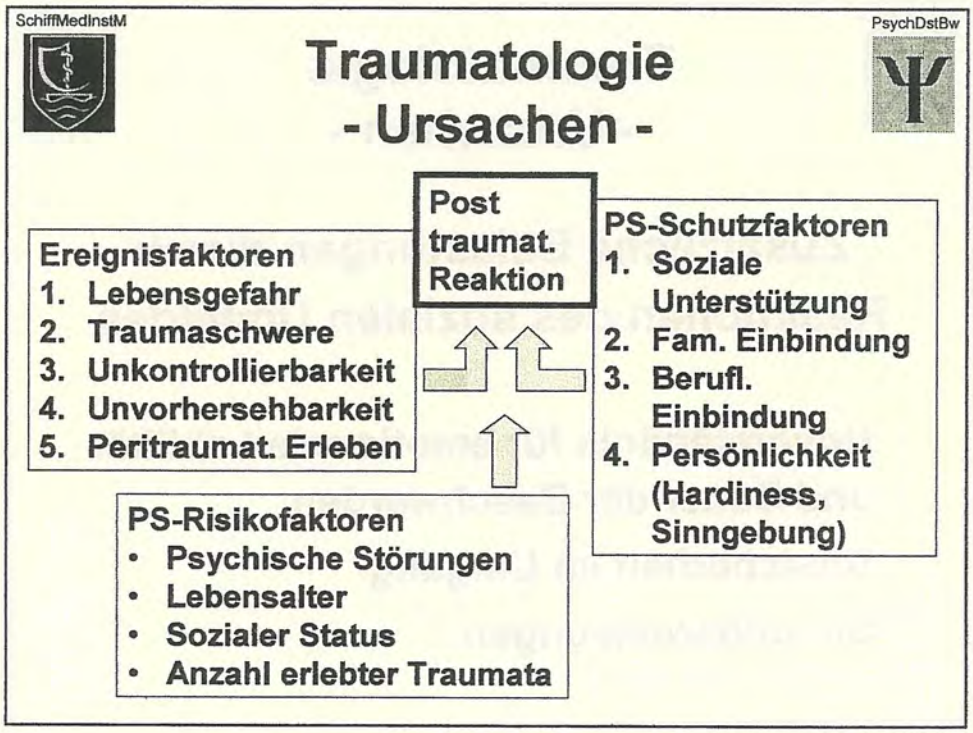
Der natürliche Selbstheilungsprozess nach psychischer Traumatisierung

1. Schockphase

2. Einwirkungsphase

3. Erholungsphase


SchiffMedInstM
PsychDstBw
Coping
Verarbeitung, Integration
Schockphase
Einwirkungsphase
Traumatisches Ereignis
Anpassung
Chronifizierung
Akute Belastungsreaktion
Psychische, physische und soziale
Posttraumatische Folgeschäden
Time
Stunden
Tage
Wochen/Monate
Lebenszeit


SchiffMedInstM
PsychDstBw
Traumatologie
- Ursachen -
Post traumat. Reaktion
Ereignisfaktoren
1. Lebensgefahr
2. Traumaschwere
3. Unkontrollierbarkeit
4. Unvorhersehbarkeit
5. Peritraumat. Erleben
PS-Schutzfaktoren
1. Soziale Unterstützung
2. Fam. Einbindung
3. Berufl. Einbindung
4. Persönlichkeit (Hardiness, Sinngebung)
PS-Risikofaktoren
• Psychische Störungen
• Lebensalter
• Sozialer Status
• Anzahl erlebter Traumata

SchiffMedInstM

PsychDstBw

Traumatologie
- Ursachen -

Zusätzliche Belastungen durch Reaktionen des sozialen Umfeldes

- Nichtglauben durch Umgebung
- Nicht darüber reden können
- Aufforderung, sich zusammenzureißen
- Nicht-Anerkennung durch Funktionsträger und Vorgesetzte.

SchiffMedInstM

PsychDstBw

Traumatologie
- Ursachen -

Zusätzliche Belastungen durch Reaktionen des sozialen Umfeldes

- Unverständnis für emotionale Labilität und Dauer der Beschwerden
- Unsicherheit im Umgang
- Schuldzuweisungen.

SchiffMedInstM

PsychDstBw

Traumatologie
- Ursachen -

Maladaptiver Entwicklungsverlauf von der ASD zur PTSD

Stressreaktion auf extreme Ereignisse (ASD)

Erkennbare Spontanremission nach 1-2 Wochen ***oder***

Verstärkung der Angstreaktion

Rückzugsverhalten / Isolation

Anhaltende Krise

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Traumatologie
- Akute Erscheinungsformen -

ICD 10: F 43.0 Akute Belastungsreaktion

- Vorübergehende Störung mit beträchtlichem Schweregrad
- Nach außergewöhnlicher seelischer Belastung
- Körperliche Erschöpfung als Risikofaktor
- Spontanremission nach Stunden bis Tagen.

Traumatologie
- Akute Erscheinungsformen -

Symptome

- Betäubung - Desorientiertheit - Dissoziation
- Depression, Angst, Ärger
- Aggression - Verzweiflung, Mutlosigkeit
- Stupor - Regression - Überaktivität - Panik (Fugue)

Traumatologie
- Längerfristige Folgen -

ICD 10: F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

- Reaktion nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses
- Kognitive, emotionale, physiologische und verhaltensmässige Veränderungen
- Verzögertes Auftreten (delayed onset) möglich
- Heilt oft nicht spontan.

Traumatologie
- Längerfristige Folgen -

Symptome der PTBS

- Traumakriterium (A-Kriterium)
- Intrusionen
  - Wiedererleben durch (Nachhall-)Erinnerungen
  - Wiederkehrende belastende Träume
  - Physiologische Reaktionen bei Erinnerung
- Vermeidung / Numbing
  - Gedanken- und Gefühlsvermeidung
  - Aktivitäts- oder Situationsvermeidung
  - Amnesien
  - Eingeschränkter Affektspielraum
- Hyperarousal
  - Schlafstörungen
  - Reizbarkeit
  - Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz
  - Schreckreaktionen.

Traumatologie
- Längerfristige Folgen -

Komorbiditäten

- Suizidalität
- Depression
- Angststörungen
- Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmißbrauch
- Somatisierungsstörungen.

Traumatologie
- Längerfristige Folgen -

Sonstige Folgen

- Interpersonelle und Verhaltensänderungen (Aggressivität, Rückzug, Risikoverhalten).
- Leistungsdefizite (z.B. Vermeidungsverhalten, Konzentration)
- Verstärkte Nutzung medizinischer Dienste
- Krankenstand
- Berentung, Berufsunfähigkeit.

SchiffMedInstM

PsychDstBw

Gib mir
die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen,
die ich nicht ändern kann,
den Mut,
Dinge zu ändern,
die ich zu ändern vermag,
und die Weisheit,
das eine vom anderen
zu unterscheiden.

Zitat nach: Pfarrer Friedrich Chr. Ötinger [1702-82]

Dipl.-Päd. Achim Grube[1]

KRISENINTERVENTION / EINSATZNACHSORGE BEI GROSSCHADENSEREIGNISSEN UND KATASTROPHEN

Die Betreuung von Polizeibeamten des Landes Niedersachsen nach besonders belastenden beruflichen Situationen gewährleistet der Sozialwissenschaftliche Dienst (SWD) im Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen in Zusammenarbeit mit Regionalen Beratungsstellen (RBS) der Bezirksregierungen des Landes und Polizeiärzten.

Das Betreuungskonzept umfasst die Bereiche: Prävention, Betreuung vor Ort und Nachsorge. In der Aus- und Fortbildung werden Polizeibeamte/innen über die Symptome der akuten Belastungsreaktion und der PTBS informiert. Die Betreuung vor Ort wird durch ein Netz von Betreuern gewährleistet. Im Rahmen der Nachsorge werden je nach Bedarf Defusing, Debriefing, Krisenintervention und Kurzzeittherapie angeboten.

Die Auswirkungen der „alten Polizeikultur": keine Schwäche zu zeigen, keine Angst zu haben, mit „psychischer Macke" stigmatisiert zu werden, bestimmen und prägen die Auseinandersetzung mit der PTBS.

1. Allgemeines

1.1 Anlass

Im Jahr 2002 gab es zwei tragische Ereignisse, die in der Folgewirkung sowohl den SWD als auch die RBS betrafen. Zum Einen war dies der Massenmord eines Schülers in Erfurt, zum Anderen die Flutkatastrophe in und um Dresden. In beiden Fällen wurde im Rahmen eines Amtshilfeersuchens der Länder Thüringen und Sachsen der SWD aufgefordert, Kriseninterventionsteams (KIT) mit einer

[1] unter Mitwirkung von Helmut Holle und Steffen Brettschneider

entsprechenden Qualifikation zusammenzustellen und die jeweilige Einsatznachsorge in Erfurt und in Dresden zu unterstützen.

Diese KIT-Einsätze wurden in Arbeitstreffen des SWD mit den RBS aufgearbeitet. Die Erkenntnis, dass GSE und Katastrophen jederzeit und überall passieren können und die praktischen Erfahrungen beider Einsätze beschleunigten unsere Bemühungen, konzeptionell und personell auf solche Lagen vorbereitet zu sein.

Darüber hinaus wurde bereits nach der ICE-Katastrophe von Eschede, im Rahmen einer Sitzung der KVV die Erwartung an den SWD formuliert, ein Nachsorge- und Kriseninterventionskonzept zu erarbeiten und gegebenenfalls im Einzelfall zu koordinieren. Das ergibt sich inhaltlich auch aus der gem. Erlass beschriebenen Funktion des SWD „Koordinierung der RBS".

1.2 Worum geht es?

An der Bewältigung von Großschadensereignisse und Katastrophen sind eine Vielzahl von Organisationen und Einrichtungen beteiligt. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit können dies sein: Polizei, Feuerwehr, Hilfsdienste (DRK, Malteser ...), THW, BGS, Bundeswehr und andere Spezialkräfte.

Neben den Einsatzkräften gibt es die Betroffenen selbst: Verletzte, Überlebende, Angehörige von Opfern und Verletzten, Zeugen und sonstige Beteiligte. Hierbei ist es auch möglich, dass Einsatzkräfte selbst Betroffene sind.

Allen gemein ist die Konfrontation mit einer belastenden Situation, die weit über das Normalmaß hinausgehen kann. Belastungssymptome sind bei fast allen Beteiligten zu erwarten. Anhaltende Belastungsstörungen, bis hin zu Traumatisierungen mit weitreichenden Folgen, sind nicht auszuschließen und können jeden treffen. Auch bei einem vermeintlich gut verarbeiteten Erlebnis können in ähnlichen Situationen, zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt, Belastungsreakti-

onen wiederkehren bzw. diese auch erst ausgelöst werden.

1.3 Krisenintervention

Ein strukturiertes Betreuungs- und Nachsorgeangebot kann in solchen Fällen akute Entlastung und Prophylaxe bieten. Sie ist keine Therapie oder ein Therapieersatz. In jedem Fall stellen ein Großschadensereignis oder eine Katastrophe eine einmalige Ausnahmesituation dar. Neben der erstrangigen medizinischen Versorgung kann die Betreuung / Nachsorge eine emotionale Entlastung bieten und bei der Verarbeitung des Erlebten den Weg zur Normalität ebnen. Bei schweren Traumatisierungen kann eine zeitgerechte Betreuung eine therapeutische Maßnahme nicht ersetzen, jedoch den Einstieg in eine solche erleichtern.

Im Einsatzgeschehen hat KIT eine beobachtende Funktion. Ein Augenmerk liegt auf Einsatzkräften, die an Grenzen ihrer Belastbarkeit stehen. Bei akuten Auffälligkeiten sollte ein Herauslösen aus dem Einsatz ermöglicht werden. Ruhemöglichkeiten sind zu schaffen.

In Einsatzpausen bzw. unmittelbar nach Einsatzende werden spezielle Nachbesprechungen, sogenanntes „defusing", in Gruppen angeboten. Einsatztaktische Aspekte spielen hierbei keine Rolle, vielmehr soll über möglicherweise ungewöhnliche Belastungsreaktionen aufgeklärt werden und die Kräfte sollen einen Einstieg in die psychische Verarbeitung finden. Das Ziel dieser Maßnahmen geht über die Verarbeitung, das „damit fertig werden", hinaus. Die akute und auch die zukünftige Einsatzfähigkeit sollen hierdurch gestärkt werden.

In einem zeitlichem Abstand findet eine strukturierte Nachbesprechung (debriefing) statt; inhaltlich ähnlich dem defusing, jedoch wesentlich ausführlicher. Ziele sind u.a. eine Unterstützung der adäquaten Verarbeitungsstrategie und eine Einschätzung des Belastungsgrades bzw. des weiteren Unterstützungsbedarfes.

Langfristige Nachsorgeangebote stehen für den Personenkreis, der anhaltende Belastungssymptome zeigt (anhaltende Schlafstörungen etc.), bzw. für Einsatzkräfte, die nicht oder nur schwer wieder in den Alltag finden. Hier hält KIT Angebote zur Verfügung, die von geschulten Ansprechpartnern über das Organisieren von Selbsthilfegruppen bis hin zur Kontaktvermittlung zu weiterführenden Hilfen reichen.

1. 4 Erfahrungen aus Eschede (ICE-Unglück) und Erfurt (Massenmord im Gutenberggymnasium) haben mehrere Aspekte verdeutlicht, die es bei einem solchen Konzept zu berücksichtigen gibt:

- allen am Geschehen Beteiligten sollten die Möglichkeit einer Betreuung in Anspruch nehmen können
- Krisenintervention richtet sich an unterschiedliche Zielgruppen:
  Verletzte, Überlebende, Angehörige von Opfern, Zeugen,
  aber auch Einsatzkräfte
- bei spektakulären Ereignissen kann ein Ansturm von Hilfsangeboten zur Krisenintervention einsetzen. Da GSE und Katastrophen oftmals ein anfängliches Chaos mit sich bringen, können gut gemeinte, aber unkoordinierte Hilfeleistungen einen Einsatz behindern
- Krisenintervention als Fremdleistung ist teuer.

Differenzierung nach Zielgruppen

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Betreuungs- und Nachsorgeangebote, differenziert nach Zielgruppen, die größten Erfolgsaussichten haben. Unter den Prämissen: flexibel, zeitnah und effektiv will das folgende Konzept, quasi als „Modul", den Bereich KIT für die Einsatzkräfte der Polizei organisieren. Sind im akuten Schadensfall Bürger , Hilfsdienste und andere Organisationen betroffen, sind Absprachen mit anderen Anbietern notwendig.
Für eine effektive Zusammenarbeit ist die Bildung einer „Koordinierungsstelle KIT" notwendig, um allen Betroffenen strukturierte zielgruppenorientierte Hilfsangebote bieten zu können.

1. 5 Positive Rahmenbedingungen

- Alle Mitarbeiter/innen der Regionalen Beratungsstellen und des SWD haben eine Zusatzqualifikation im Bereich KIT (Stressbewältigung nach extrem belastenden Ereignissen)
- Durch eine schnelle Information der RBS durch die Regionalen Lagezentren kann zeitnah gehandelt werden
- Die Bildung eines „Brückenkopfes" zur Koordinierung der Angebote anderer Hilfsorganisationen ist möglich
- Hilfsangebote aus der eigenen Organisation haben eine hohe Akzeptanz bei den Kollegen / Kolleginnen
- Spezifische Aufgaben gehören zur originären Tätigkeit der RBS / SWD
- Eigene Hilfsangebote sind kostengünstiger als externe Anbieter

2. Inhalt und Ziele

2. 1 Inhalt

➢ Psychosoziale Unterstützung der polizeilichen Einsatzkräfte am Schadensort:
  - beobachtend im Hintergrund
  - auf Anforderung

➢ Aufsuchende Unterstützungsangebote an alle vom Einsatz betroffenen Polizeibeamten:
  - Einzelgespräche
  - Gruppengespräche
  - SbE / CISM Nachbesprechung

➢ Vermittlung von weiterführenden Hilfen

➢ Mittel-, langfristige Nachsorgeangebote
  - Gewährleistung von Ansprechpartnern
  - Kontaktvermittlung zu weiterführenden Hilfen
  - ggf. Bildung von Selbsthilfegruppen

2. 2 Ziel

- Entlastung der Kräfte
- Stärkung der Belastbarkeit
- Betreuung als praktizierte Mitarbeiterorientierung im Rahmen der Fürsorge
- Prävention + Edukation

  Vermeidung / Verminderung von psychischen Spätfolgen aufgrund extremer Belastung im Einsatz durch Information und vorbeugende Maßnahmen

3. Organisation

3.1 Gestellung des Personals für KIT

3.2 Stärke und Gliederung von KIT

3.3 Aufgaben der Funktionsinhaber/innen

3.3.1 Koordinator/en

- Bildung einer Koordinierungsstelle KIT
- Erfassen von Einsatzkräften der Polizei
- Erfassen von Opfern, Angehörigen, sonstigen Betroffenen
- Ermitteln von Betreuungsbedarf nach Belastungsgrad
- Koordination der Zielgruppe Polizei
  - Einsatzeinteilung Betreuungsteams
  - Dokumentation
  - Debriefings / Supervision für Betreuungsteams
- Lageabhängig Bildung eines Kräftepools KIT
  - Nach Rücksprache mit Einsatzleitung Anforderung weiterer Unterstützungskräfte a.d.D.
- Kooperation mit anderen BOS (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben), ggf. Bildung einer gemeinsamen Koordinierungsstelle

3.3.2 Unterstützungsbeamte/innen

Unterstützungsbeamte/innen sollen möglichst aus dem örtlichen Bereich des Schadensortes kommen und sich mit den dortigen Begebenheiten gut auskennen

3.3.3 Verbindungsbeamter/in

- Informationsfluss zwischen Einsatzleitung und KIT
  - Erfassen der Einsatzkräfte der Polizei
  - Erfassen der Opfer
  - Anforderung von Unterstützungskräften im Bedarfsfall über die Einsatzleitung
- ggf. Unterstützung einer „HOTLINE Betroffener"

3.3.4 KIT-Teams

- Unterstützung eingesetzter Kräfte am Schadensort als Beobachter, auf Anforderung
- In Einsatzpausen, bzw. nach Einsatzende erfolgen aufsuchende Unterstützungsangebote an alle vom Einsatz betroffenen Polizeibeamte/innen, gestaffelt nach Belastungsgrad
- Unterstützung der Identifizierungsgruppe

4. Anforderung / Alarmierung von KIT

4.1 Allgemeines

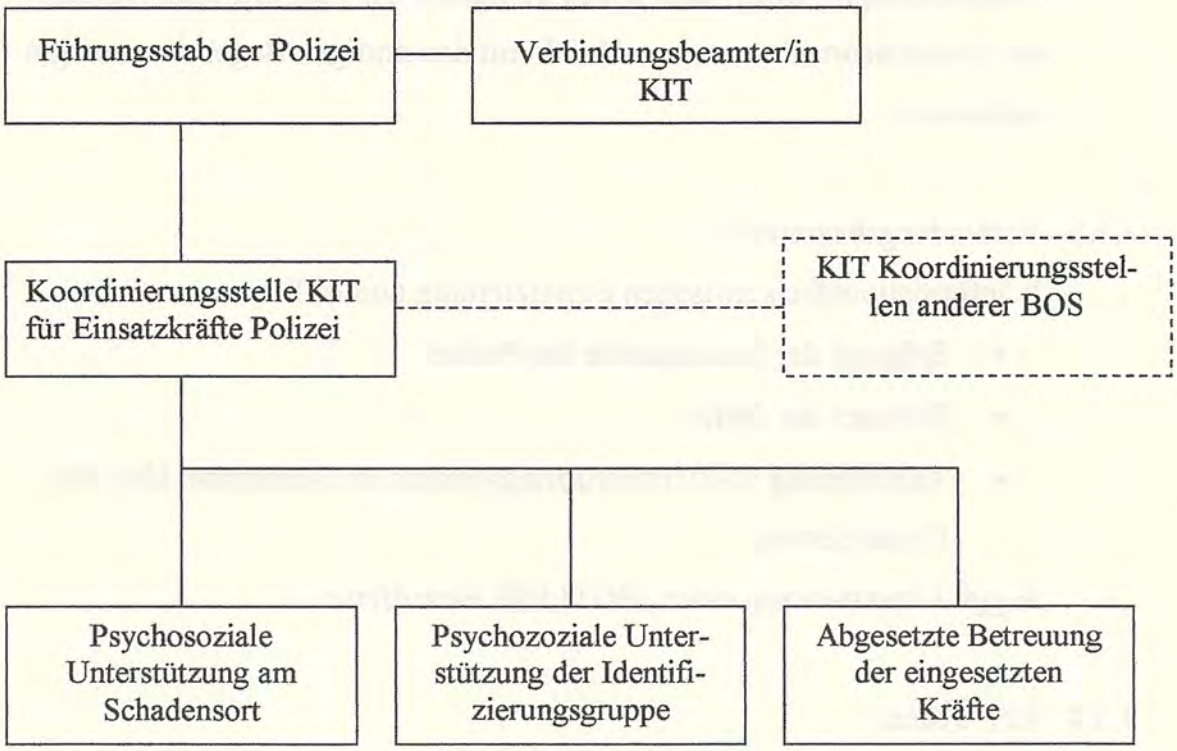
4.2 Alarmierung

4.3 Versorgung

5. Führung und Einsatzmittel

6. Arbeitsplatz von KIT / Unterbringung

Organisation innerhalb einer BAO als eigener EA

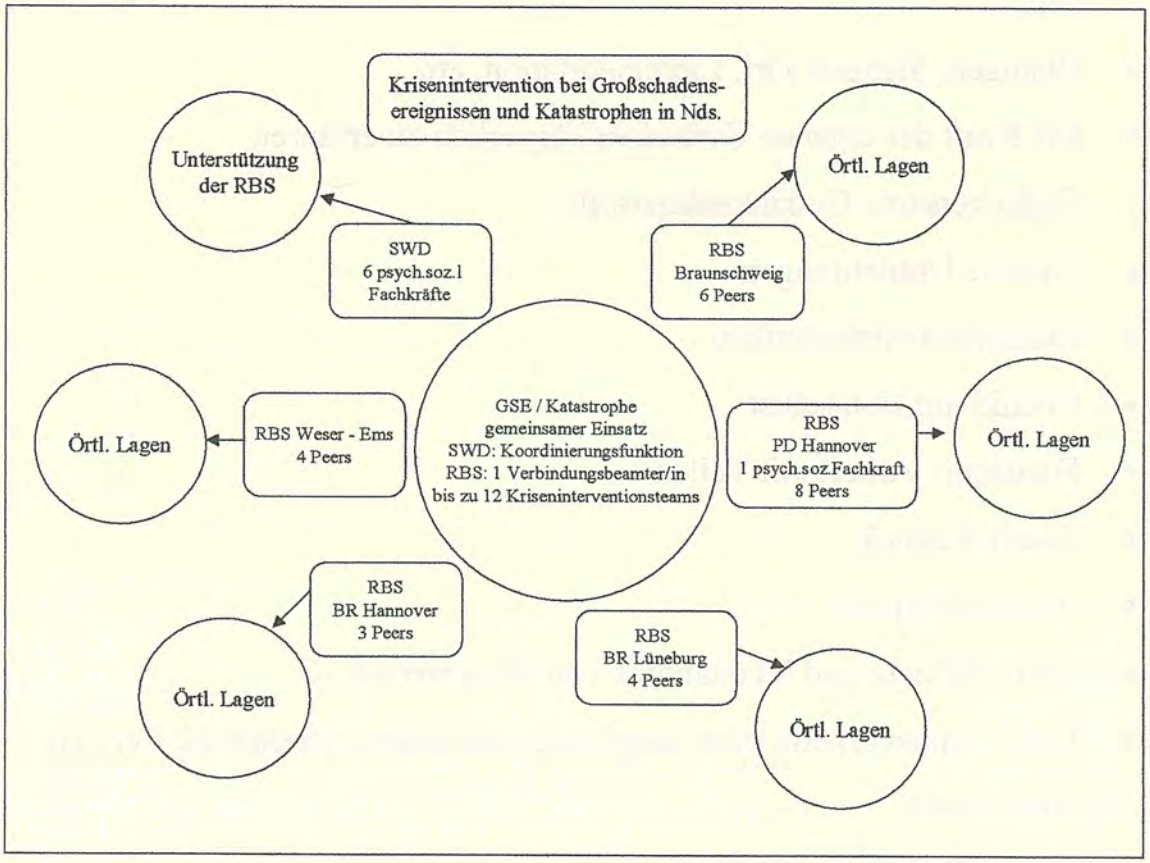


Ablauf einer Krisenintervention

- Anfragen von Betroffenen
- Anfragen von Vorgesetzten
- Betroffene oder Vorgesetzte werden aufgesucht oder kommen zur RBS bzw. SWD

- Wir bieten unsere Unterstützung an:
  - wir fahren zum Ort des Geschehens
  - zur Dienststelle
  - zur Wohnung des Betroffenen
  - nehmen Kontakt zu Betroffenen und Führungskräften auf
  - entscheiden, ob ein Polizeiarzt oder ein Seelsorger hinzugezogen wird
  - sprechen mit Angehörigen

- Wir führen Gespräche mit Einzelpersonen, Teams und Gruppen
- Stellen (wenn gewünscht) eine Verbindung zum Polizeiarzt/ärztin her
- Vermitteln an Therapeuten oder führen selbst Therapien durch
- Vermitteln Seminarplätze zur Stressbewältigung
- Vermitteln spezielle Schießausbildung



Therapiekonzept - Was hat sich bewährt?

- Vertrauensvolle Beziehung
- Professionelle Distanz
- Feldkompetenz : Aufbau- und Ablauforganisation
- Geschichten anderer Polizeibeamter/innen: "Es gibt viele Polizeibeamte/innen, denen es genauso erging, und die jetzt wieder ganz normal ihren Dienst versehen."

- Der Erfolg der ersten Sitzung. Klienten gehen mit einem Gefühl der Entlastung und wissen, was sich in ihrem Körper abspielt. Sie hoffen, wieder "ganz normal" sein zu können.
- Gesunder innerer Dialog: Gespräche mit der Angst führen zu können.
- Die Angst als Freund/Freundin zu verstehen, die mein Leben retten will.
- Übungen: Sicherer Ort, Lichtmeditation, etc.
- Die Kraft der eigenen Gedanken körperlich zu erfahren.
- Gedankenstop, Gedankenkontrolle
- Positive Umdeutungen
- Distanzierungstechniken
- Geduld mit sich selbst
- Focusing / Arbeit mit Teilen
- Swish-Technik
- Abschiedsrituale
- Unterstützung und Verständnis von Vorgesetzen
- Evtl. vorübergehend oder langfristig eine andere dienstliche Verwendung finden
- Unterstützung von Kollegen
- Unterstützung von Familienangehörigen
- Erlangen der Gewissheit, nach der Therapie stärker als zuvor zu sein.
- Sport, Entspannungstechniken, Problemlösungen, Freizeitaktivitäten, Kurmaßnahmen
- Aus dem Schrecklichen einen Sinn gewinnen
- Schuld bearbeiten und loslassen
- Selbstwertgefühl entwickeln und stärken

Die Polizei Niedersachsen

- 22.381 Bedienstete
  davon:
  - 18.727 Polizeibeamte/innen
  - 2.572 Angestellte
  - 1.082 Arbeiter/innen
- 51 Polizeiinspektionen in
  - 4 Regierungsbezirken und
  - 2 Polizeidirektionen
- 47.613,36 km² Fläche
- 7.851.907 Einwohner/innen

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Das Institut

Das Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen hat ein **Leistungsspektrum** von 55 verschiedenen Produktgruppen aus den Bereichen Fortbildung, Ausbildung und zentrale Dienstleistungen.

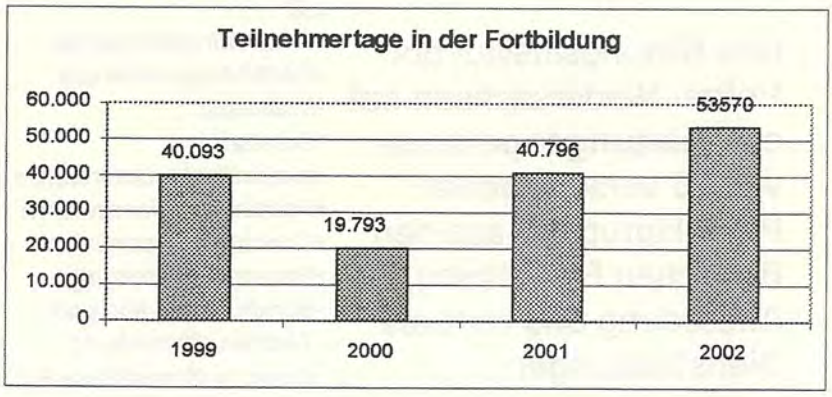
z.B.
- *Ausbildungslehrgänge*
- *Fortbildungsseminare*
- *Trainings*
- *Beratung*
- *methodische Unterstützung*
- *Fachinformationszentren*
- *Coaching, Supervision*
- *Medienunterstützung*
- *Berufsinformation und Nachwuchswerbung*
- *Bewerber/innen/auswahl*
- *polizeihistorische Sammlung*

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

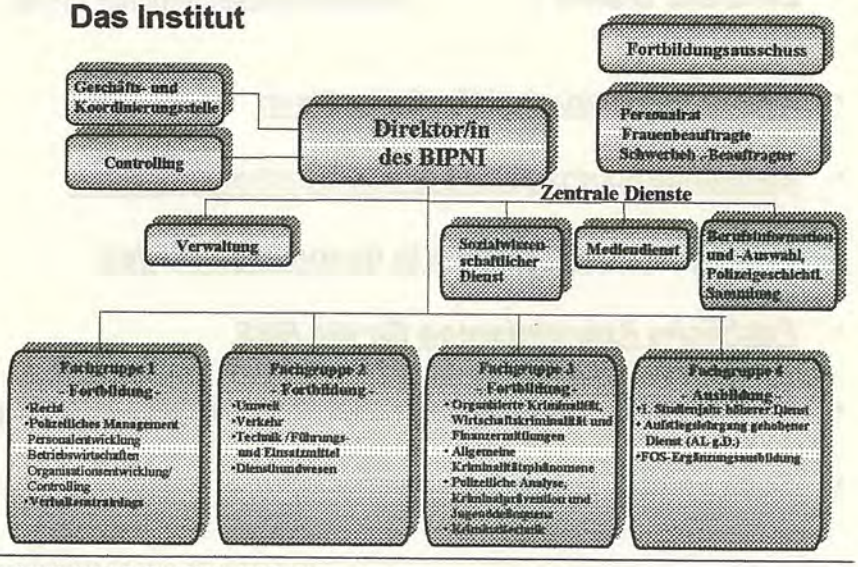
Das Institut

Zur effizienten Aufgabenwahrnehmung sind die 390 Beschäftigten, davon 131 weiblich, an **neun Standorten** im Land Niedersachsen präsent.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer



Das Institut



Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Fachgruppe 1 — *Verhaltenstrainings*

- ***Verhaltenstrainings***
- ***Ausbildung von Verhaltenstrainerinnen und –trainern***
- ***Weiterentwicklung der persönlichen und sozialen Kompetenz***
- ***Betreuung von Verhandlungsgruppen***
- ***Briefing und Debriefing***
- ***Moderation***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 ***Sozialwissenschaftlicher Dienst***

- ***Einsatzberatung bei Großeinsätzen***
- ***Entwicklung sozialwissenschaftlicher Konzepte***
- ***Methodenunterstützung in besonderen Fällen***
- ***Fachliche Koordinierung für die RBS***
- ***Unterstützung der zentralen u. dezentralen Fortbildung***
- ***Supervision in besonderen Fällen***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 ***Einsatzberatung bei Großeinsätzen***

- ***Planung, Organisation und Durchführung einer psychosozialen Betreuung***
- ***Gewährleistung einer Krisenintervention für Einsatzkräfte***
- ***Beratung des Gesamteinsatzleiters sowie der politischen Führung***
- ***Konfliktmanagement***
- ***Planung, Durchführung der Evaluation***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 — **Entwicklung sozialwissenschaftlicher Konzepte**

- ***Konfliktmanagementkonzept für den Castor-Einsatz im März 2001***
- ***Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung eines Gesundheitsmanagements***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 — **Methodenunterstützung in besonderen Fällen u.a.**

- ***Hilfestellung bei der Entwicklung von Messinstrumenten***
  Fragebögen, Interviewblätter, Auswahlverfahren etc.
- ***Hilfestellung bei der Auswertung der ermittelten Daten***
- ***Prozessbegleitung mit wissenschaftlicher Auswertung***
  - **** Projekt Führungskräfte als Personalentwickler***
  - **** Projekt Konfliktmanagement***
  - **** Systematisches Einsatztraining***
  - **** Organisationsentwicklung SWD - RBS***
- ***Evaluation von Seminaren***
- ***In besonderen Einzelfällen therapeutische Maßnahmen zur Behandlung traumatisierter Beamter in Zusammenarbeit mit den Polizeiärzten***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 ***Unterstützung zentraler und dezentraler Fortbildung***

mit sozialwissenschaftlichen Themen in / bei der

- ***Controller-Workshops***
- ***SET-Fortbildung***
- ***FB für BFE-Einheiten der Bereitschaftspolizei***
- ***MEK-Lehrgänge***
- ***Mentoringprogramm***
- ***SEK-Fortbildung***
- ***Kommunikationstrainings für VE / VEF***
- ***Fortbildung für Personalräte/Frauenbeauftragte***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Zentraler Dienst 1 ***Supervision***

für unterschiedliche Zielgruppen

- ***Gruppensupervision***
- ***z.B.-Sachbearbeiter Sexualdelikte und Tötungsdelikte***
- ***Teamsupervision***
- ***Einzelsupervision / Coaching für Führungskräfte***
- ***Informationsveranstaltungen zu Supervision***

Bildungsinstitut der Polizei Niedersachsen

Dipl.-Psych. Petra Ebert

ERFAHRUNGEN IM UMGANG MIT TRAUMATISCHEN EREIGNISSEN – DAS BETREUUNGSKONZEPT DER DEUTSCHEN BAHN AG

Die Vorgeschichte

Einen Psychologischen Dienst gibt es bei der Bahn seit 1917. Heute ist der Servicebereich Psychologie Teil des DB-GesundheitsService, der alle gesundheitsbezogenen Dienstleistungen aus einer Hand anbietet.

Vereinzelte Betreuungsgespräche mit belasteten Mitarbeitern fanden schon vor den neunziger Jahren statt. Die Gespräche standen allerdings nicht im Rahmen eines umfassenden Betreuungsprogramms. Ansätze des Servicebereichs Psychologie, ein Betreuungsprogramm einzuführen, stießen noch Ende der achtziger Jahre auf geringe Resonanz. Im Jahr 1994 änderte sich dies und die Betroffenen forderten für sich ein Betreuungsprogramm, das auch noch im selben Jahr eingeführt wurde. Dieses konzentrierte sich zunächst auf Lokführer, inzwischen werden auch andere Mitarbeiter betreut.

Traumatisierungsrisiko für Triebfahrzeugführer

Mitarbeiter von Verkehrsunternehmen sind einem berufsspezifischen Risiko der Traumatisierung ausgesetzt: Triebfahrzeugführer und Busfahrer werden in Unfälle verwickelt, die in der Regel schwer sind und bei denen Menschen getötet oder erheblich verletzt werden. Zugbegleitpersonal und Busfahrer sind häufig das Ziel gewalttätiger Übergriffe. Weitere traumatisierende Situationen können darin liegen,

- bei Arbeiten im Gleisbereich schwer verletzt oder getötet zu werden,

- mitzuerleben, wie ein Kollege im Gleisbereich getötet wird,
- bei Zusammenstößen mit anderen Fahrzeugen verletzt zu werden,
- mit schwerverletzten Personen oder Leichen(teilen) konfrontiert zu werden,
- Sachschaden in erheblichem Ausmaß durch Handlungsfehler zu verursachen,
- Personenschaden durch Handlungsfehler zu verursachen oder
- mit dem Leid Hinterbliebener konfrontiert zu werden.

Die überwiegende Zahl diese Ereignisse ist durch das Unternehmen selbst so gut wie gar nicht zu beeinflussen. Pro Jahr finden auf den Strecken der Bahn etwa 1000 Suizide statt. Durch diese Ereignisse sind nicht nur die Lokführer betroffen, sondern auch Zugbegleiter, Stellwerkspersonal und Notfallmanagement.

Die Deutsche Bahn AG beschäftigt rund 30 000 Lokführer, das ist etwa ein Siebtel der gesamten Mitarbeiter. Sie stellen die Mehrzahl der Mitarbeiter, die vom Servicebereich Psychologie betreut werden.

BUTOLLO (1997) beschreibt das Überfahren von Selbstmördern als eine besondere Art der Traumatisierung für die Triebfahrzeugführer, da hier die Rolle des „Täters" und des „Opfers" durcheinandergeraten.

Der Lokführer hat einerseits die Rolle eines verantwortlichen Steuermannes inne, gleichzeitig erlebt er aber in extremen Ausmaß die Hilflosigkeit in dieser Steuerfunktion. Der Bremsweg ist auch bei sofortigem Einleiten einer Schnellbremsung so lang, dass so gut wie keine Chancen bestehen, dass die Lok noch rechtzeitig vor einem Suizidanten zum Stehen kommt. Der Lokführer fühlt sich verantwortlich aktiv, hat aber keine Chance, das Trauma zu vermeiden. Derjenige aber, der das Trauma in erster Linie verursacht, stirbt daran, ist also „Täter" und „Opfer" zugleich. Als besonders belastend werden beschrieben

- die Hilflosigkeit durch extrem lange Bremswege und mangelnde Ausweichmöglichkeit,

- dass mindestens 90% der Suizidversuche tödlich ausgehen,
- dass Verletzungen häufig stark entstellend sind,
- die Verunsicherung durch Ermittlungen der Staatsanwaltschaft,
- manchmal Vorwürfe oder Drohungen von Angehörigen,
- die sensationslüsternen Darstellungen in den Medien.

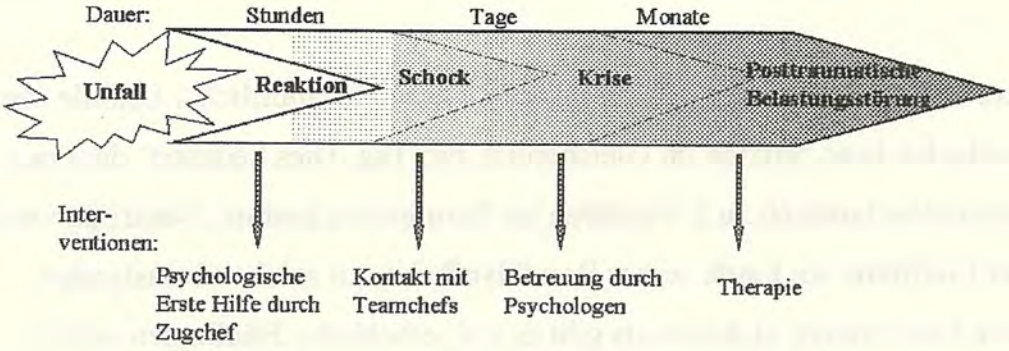
Im Netz der Deutschen Bahn AG ereignen sich durchschnittlich 3 Unfälle mit Personenschaden bzw. Suizide im Gleisbereich pro Tag. Dies bedeutet, dass es je Lokführer durchschnittlich zu 2 Vorfällen im Berufsleben kommt. Natürlich wird nicht jeder Lokführer im Laufe seiner Berufslaufbahn mit solchen belastenden Ereignissen konfrontiert, andererseits gibt es z.T. erhebliche Häufungen auf bestimmten Streckenabschnitten. In der Folge kommt es je nach Standort bis zu 30% unfallbedingten Ausfallzeiten beim Zugpersonal.

Das Betreuungsprogramm der Deutschen Bahn

Nach unseren Erfahrungen hat es sich als ausgesprochen günstig erwiesen, wenn die „Psychische Erste Hilfe" von speziell ausgebildeten Angehörigen des Unternehmens geleistet wird. Dies vermittelt das positive Gefühl, dass das eigene Unternehmen sich auch in schwierigen Situationen um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmert. Die gegenteilige Wahrnehmung stellt oft eine zusätzliche Traumatisierung dar und wirkt sich negativ auf Befindlichkeit und zukünftige Motivation aus („meine Firma lässt mich in einer solchen Situation allein").

Zusätzlich wird die Angebotsschwelle so niedrig gelegt, dass es den Betroffenen leicht fällt, darauf einzugehen. Da sie sich direkt nach dem Überfall in der Regel noch in einem Schockzustand befinden, sollte sofortige Betreuung im Sinne der „Psychischen Ersten Hilfe" nach LASOGGA und GASCH (s.u.) durch speziell ausgebildete Personen stattfinden; die eigentliche psychologische Betreuung setzt aber erst später (in den darauffolgenden Tagen) ein, wenn die Betroffenen wieder aufnahmebereit sind und über erste Symptome und Bewältigungsstrategien berichten können.

Zeitabfolge der psychischen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis mit entsprechenden Hilfsangeboten



(Dargestellt ist der ungünstigste Verlauf.)

Für die psychische Bewältigung solcher Vorfälle und damit auch die Verringerung von Ausfallzeiten sind entsprechende Interventionen (präventive Trainings, Betreuung nach dem Ereignis) dringend notwendig. Diese sind immer auf den individuellen psychischen Zustand der Betroffenen abzustimmen. Dabei haben wir insbesondere auf vorbeugende Maßnahmen Wert gelegt.

Das Betreuungsprogramm im einzelnen:

Präventive Maßnahmen

- zweitägige Schulung während der Ausbildung („Stressimpfung und Konfliktmanagement")
- eintägige Informationsveranstaltung für bereits ausgebildete Mitarbeiter
- zwei- bzw. dreitägiges Training für Vertrauensleute (und Vorgesetzte)
- eintägige Informationsveranstaltung für Vorgesetzte
- Schulung von Notfallmanagern
- Schulung von Mitarbeitern der Lokdienste

- Schulung von Lehrlokführern
- Broschüre „Umgang mit Stress und besonderen Belastungen“
- Video „Der Schock kommt später“

Maßnahmen vor Ort

- am Unfallort in der Regel durch Notfallmanager
- teilweise über Funk durch Mitarbeiter der Lokleitung

Maßnahmen danach

- durch geschulte Laienhelfer („Vertrauensleute“)[2]
- auf Wunsch durch den regionalen Psychologen[3]
- gegebenenfalls durch externe Therapeuten bzw. Kliniken

Maßnahmen zur Begleitung beim Wiedereinsatz

- auf Wunsch Begleitung durch Lehrlokführer oder Vertrauensleute

Das Angebot wird von den Triebfahrzeugführern gut angenommen. Es liegen bereits erste Erfahrungen mit Mitarbeitern vor, die den Stressimpfungsteil in der Ausbildung durchlaufen haben. In den Gesprächen hat sich gezeigt, dass die in der Ausbildung vermittelten Selbsthilfestrategien (aktive Bearbeitung des Erlebten im Gespräch mit Vertrauenspersonen) auch angewandt werden und dass sich die Betroffenen dadurch auch entlastet fühlen. Häufig wird der Psychologe aufgesucht „um sich noch zusätzliche Tipps zu holen“. Obwohl fast immer von anfänglichen Schocksymptomen und Beschwerden in den ersten Tagen (vor allem

---

[2] In der Schulung der Laienhelfer werden zwar zunächst theoretische Hintergründe (Reaktionsabläufe, typische Symptome und Bewältigungsstrategien) an Hand von Beispielen erarbeitet, die Betonung liegt jedoch bei der praktischen Übung der Auffanggespräche in Rollenspielen mit Videofeedback, wobei auch der Umgang mit eigenen Rollenerwartungen und Belastungen thematisiert wird. Mit den Teilnehmern werden verschiedene Strategien zur Prävention von Burn-out diskutiert, z.B. kognitive Strategien aus der rational-emotiven Therapie.

[3] Mindestens einmal im Jahr findet eine Weiterbildungsveranstaltung im traumatherapeutischen Bereich statt, außerdem durchlaufen alle Psychologen im DB GesundheitsService mindestens das Level I-Training in Augenbewegungsdesensibilisierung (EMDR). Ziel der Betreuung durch die Psychologen ist es, entweder eine schnelle Entlastung oder eine schnelle Weitervermittlung an erfahrene Traumatherapeuten zu erzielen.

Schlafstörungen) berichtet wird, tritt eine posttraumatische Belastungsstörung in der Folge eher selten auf.

Literatur

Butollo, W (1997). Traumatherapie. München, CIP-Medien.

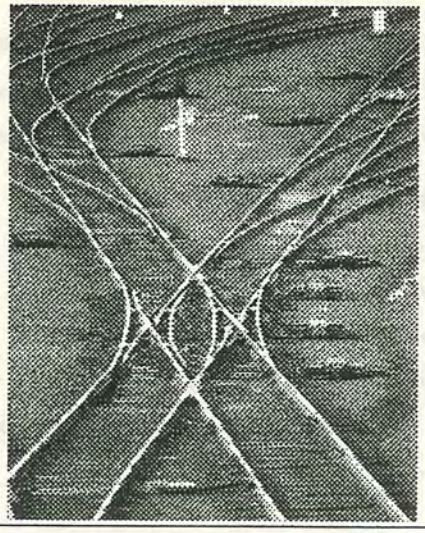
Lasogga, F. & Gasch, B. (1997). Psychische Erste Hilfe. Edewecht, Stumpf und Kossendey.

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG



Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Tätigkeitsspezifische Risiken bei Bahnbetrieben

- bei Arbeiten im Gleisbereich schwer verletzt werden
- bei Zusammenstößen mit anderen Fahrzeugen verletzt werden
- Personen überfahren
- Personenschaden in erheblichem Ausmaß durch Handlungsfehler verursachen
- Sachschaden in erheblichem Ausmaß durch Handlungsfehler verursachen
- tätlich angegriffen werden
- miterleben, wie Personen schwer verletzt oder getötet werden

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Traumatisierungsrisiko für Triebfahrzeugführer (Unfälle mit Personenschaden)

- ca. 3 Unfälle mit Personenschaden bzw. Suizide im Gleisbereich pro Tag in Deutschland
- je Lokführer durchschnittlich 2 Vorfälle im Berufsleben, z. T. erhebliche Häufungen

Belastungsfaktoren für Triebfahrzeugführer

- Hilflosigkeit durch systembedingte, extrem lange Bremswege
- Personen überfahren
- Anblick von schwerverletzten Personen oder Leichen(teilen)
- Verunsicherung durch Ermittlungen der Staatsanwaltschaft
- Belastung durch Verhalten Dritter vor Ort oder zu einem späteren Zeitpunkt
- Darstellung in den Medien

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Traumatisierungsrisiko für Triebfahrzeugführer durch Unfälle mit Personenschaden

- ca. 3 Unfälle mit Personenschaden bzw. Suizide im Gleisbereich pro Tag in Deutschland
- je Lokführer durchschnittlich 2 Vorfälle im Berufsleben
- zum Teil erhebliche Häufungen

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Belastungsfaktoren für Triebfahrzeugführer

- Hilflosigkeit durch systembedingte, extrem lange Bremswege
- Personen überfahren
- Anblick von schwerverletzten Personen oder Leichen(teilen)
- alleingelassen werden
- Verunsicherung durch Ermittlungen der Staatsanwaltschaft
- Belastung durch Verhalten Dritter vor Ort oder zu einem späteren Zeitpunkt
- Darstellung in den Medien

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Von Unfallopfern häufig beklagte Belastungen vor Ort

(nach GASCH & LASOGGA,1995)

- alleingelassen werden auf dem Führerstand
- angegafft werden von Schaulustigen
- drängendes Ausfragen
- Schuldvorwürfe

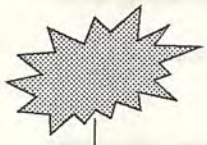
Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Reaktionen auf extreme Belastungssituationen



Interventionen:

- Psychologische Erste Hilfe durch z.B. Zugchef, Lokleitung
- Kontakt mit Teamchefs
- Betreuung durch Psychologen
- Therapie

Psychischer Schock → Krisenreaktion → Posttraumatische Belastungsstörung

Dauer:

- Minuten bis Stunden
- Tage bis Wochen
- Monate bis Jahre

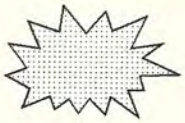
Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Zeitlicher Ablauf der Betreuung



vorher

- während der Ausbildung
- durch Schulung
- Zielgruppen: Risikogruppen und deren betriebliches Umfeld

vor Ort

- ja nach Schadensfall veranlasst durch Notfallmanager
- durchgeführt durch Notfallmanager oder Dritte möglichst auch bereits durch Vertrauensleute, ggf. über Funk durch Mitarbeiter der Lokleitung

danach

- durch Vertrauensleute und / oder Vorgesetzte
- auf Wunsch / bei Bedarf durch den Gesundheitsdienst gegebenenfalls durch externe Therapeuten bzw. Kliniken

beim Wiedereinsatz

- auf Wunsch individuelle Unterstützung
- auf Wunsch Begleitung durch Lehrlokführer oder Vertrauensleute

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Präventive Maßnahmen der Deutschen Bahn AG

- zweitägige Schulung während der Ausbildung ("Stressimpfung und Konfliktmanagement")
- zwei- bzw. dreitägiges Training für Vertrauensleute (und Vorgesetzte)
- Schulung von Notfallmanagern
- Schulung von Mitarbeitern der Lokleitung
- Schulung von Lehrlokführern
- Broschüre "Umgang mit Stress und besonderen Belastungen"
- Video "Der Schock kommt später"

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

DB

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Ablauf der Betreuung nach belastenden Ereignissen

vor Ort

- am Unfallort durch Notfallmanager, Vertrauensleute oder Dritte
- ggf. über Funk durch Mitarbeiter der Lokleitung

danach

- durch Vertrauensleute und / oder Vorgesetzte
- auf Wunsch durch den regionalen Psychologen
- gegebenenfalls durch externe Therapeuten bzw. Kliniken

beim Wiedereinsatz

- auf Wunsch des Betroffenen individuelle Unterstützung bei der Arbeitswiederaufnahme
- auf Wunsch Begleitung durch Lehrlokführer oder Vertrauensleute

Servicebereich Psychologie
DB GesundheitsService GmbH

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Präventive Maßnahmen der Deutschen Bahn AG

- zweckgerichtete Bahnung während der Ausbildung ("Stressbewältigung und Konfliktmanagement")
- zwei, bzw. dreitägiges Training für Vertrauensleute und Vorgesetzte
- Schulung von Multiplikatoren
- Schulung von Mitarbeitern der Leitstellung
- Bahnung von Leitfadengesprächen
- Einführung "Umgang mit Stress und belastenden Belastungen"
- Video "Der Zahnarzt kommt zuletzt"

Psychologische Betreuung nach belastenden Ereignissen

Betreuungskonzept für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG

Ablauf der Betreuung nach belastenden Ereignissen

vor Ort

- im Umgang mit Medienvertretern, Verantwortlichen vor Ort
- ggf. bzw. Frau durch Mitarbeiter der Leitstellung

danach

- sofortige Verantwortlichkeit gegenüber Vorgesetzten
- auf Wunsch durch den regionalen Psychologen
- nachgehende durch andere Therapeuten bzw. Kollegen

beim Mitarbeiter selbst

- Auftreten der Erlebnisse individuelle Unterstützung bei der Verarbeitung
- auf Wunsch Begleitung durch Lebenspartner oder Vertrauensperson

Dipl.-Psych. Dominic S. Cardozo II

CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT IM DEUTSCHE LUFTHANSA - KONZERN

Die Beschäftigung mit den Konzepten des Critical Incident Stress Management (CISM) in der Luft- und Raumfahrt konfrontiert sowohl den Fachmann, als auch den interessierten Laien fast zwangsläufig erst einmal mit den uns hinlänglich bekannten Großschadensereignissen der modernen Luft- und Raumfahrt, bspw. dem Unfall zweier B747 der Pan Am und der KLM auf dem Flughafen „Los Rodeos" auf Teneriffa, dem katastrophalen Absturz einer B757 der Birgen Air bei Puerto Plata, der Destrukturierung zweier US-amerikanischer Raumfähren über Florida und Texas oder auch dem tragischen Verlust zweier Menschenleben sowie eines unserer A320 in Warschau.

Diese populären Ereignisse bilden jedoch lediglich die medienvermittelte sprichwörtliche Spitze des Eisbergs ab. Bird zeigte, dass auf jeden tödlichen Unfall in der Luftfahrt (Fatal Accident) etwa 600 sogenannte Minor Incidents kommen; Ereignisse, die selbst die betroffenen Passagiere nur selten als diejenige massive Bedrohung erleben, die ein solches Ereignis oftmals sein kann: blockierte Runways oder Handlingfehler, die zu Durchstartmanövern zwingen, Dysfunktionen primärer oder sekundärer Flugzeugsysteme, menschliche Fehler in der Abhandlung der Flugoperationen, Near Misses, Wetterphänomene jeglicher Art, etc.

Ein direkter On-Scene-Support oder eine klassische Demobilization kommen bei Schadensereignissen in der Luft- und Raumfahrt also eher seltener vor. Interventionen in diesem Bereich finden eher als Debriefing oder als Defusing - die entsprechenden Techniken und Taktiken einschließend - statt.

Eine Ausnahme bildeten hier natürlich beispielsweise die Ereignisse des 11. September 2001 in Nordamerika. Zur Soforthilfestellung wurden unsere CISM-Teams nicht nur von Fremdfirmen, wie bspw. der Deutschen Bank in New York zur Akuthilfe angefordert; die DLH entsandte weiterhin als Spontanhilfe alle verfügbaren Helfer zur Betreuung unserer nach Kanada umgeleiteten (und dort festgehaltenen) Passagiere und Mitarbeiter. Dies zeigt, dass eine Einsatztätigkeit der CISM-Helfer der DLH auch für DLH-externe Bedürftige stattfindet. Dies wird nach der folgenden Beschreibung der Strukturierung unserer CISM-Abteilung noch einleuchtender.

Die Erkenntnis, dass Critical Incident Stress (CIS) in der Luft- und Raumfahrt also oftmals nicht durch offenkundig traumatisierende Großereignisse ausgelöst wird, sondern eher durch Einflussfaktoren der Flug- oder Alltagsbewältigung, die zusätzlich und entweder öffentlich oder implizit von anderen Sozialpartnern vielleicht auch noch als normal (im Sinne von „sich innerhalb der akzeptierten Norm befindlich") definiert werden, führte zu mehreren Besonderheiten der CISM-Praxis und -Organisation im DLH-Konzern, die bspw. die erwähnte Hilfestellung nach den Ereignissen des 11. Septembers 2001 erst möglich gemacht hat. Drei dieser besonderen Grundlagen prominieren deutlich:

- die Organisation der CISM-Aktivitäten als Stiftung „Mayday"
- die Ausbildung der involvierten Mitarbeiter und der Helfer
- die spezielle Vorschriftenlage: Dienstanweisung und somit arbeitgeberspezifische Rechtsnormen.

Die Stiftung „Mayday" ist eine von der DLH unabhängige Stiftung, deren Arbeit strikt auf dem Prinzip der Ehrenamtlichkeit beruht. Die Stiftung setzt sich aus z. Zt. etwa 400 CISM-Spezialisten zusammen, von denen der Großteil psychosoziale Fachkräfte sind, etwa 80 (= ca. 20 Prozent) sind Peers (Flugbegleiter, Piloten etc.). Teilweise sind die Mitarbeiter doppelt qualifiziert (bspw. Dipl.-Psych. und Verkehrsflugzeugführer). Die Tatsache, dass ein Großteil der Helfer

psychosoziale Fachleute sind, bedeutet trotzdem, dass auch - und gerade - diese eines intensiven Trainings sowie der fundierten Supervision bedürfen. Die Mehrzahl der Mitarbeiter entstammen dem DLH-Konzern, viele sind jedoch auch bei anderen Arbeitgebern beschäftigt. Die Struktur der unabhängigen Stiftung sowie der teilweise konzernunabhängigen Mitarbeiterrekrutierung schafft eine weitgehende Unabhängigkeit vom Arbeitgeber. Dies ist von immenser Wichtigkeit für die möglicherweise notwendige Implementierung von Maßnahmen, die Arbeitgeberinteressen zuwider laufen könnten!

Die jeweiligen Teams werden im Einsatzfall mittels Rundruf (in Zukunft per SMS) alarmiert und nach dem Prinzip des „first call back, first serve" für jeden Einsatz zusammengestellt. Geleitet werden sowohl die Teams, als auch die Strukturen von zwölf Koordinatoren an den Standorten Hamburg, Frankfurt, München und Düsseldorf.

Die Schulung sowie die daraus folgende Durchführung der Einsätze folgt dem Grundsatz, dass lediglich andauerndes Training gekoppelt mit ständig verfügbarer Supervision die notwendigen Kompetenzen liefert. Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter trotz deren weitgehender Sachkenntnis sowohl einen Einführungslehrgang auch Fortbildungen zu besuchen haben. Supervision steht jederzeit zur Verfügung, nach Einsätzen ist sie mandatorisch. Sämtliche dieser Komponenten werden durch die Stiftung finanziert. Die Rechtsform der Stiftung ist entsprechend.

Unabdingbare Basis für den Erfolg der CISM-Arbeit im DLH-Konzern ist jedoch ein engmaschiges, **konzernumspannendes und von allen akzeptiertes Konzept** sowie die **Generierung eines entsprechenden professionellen Bewusstseins bei allen involvierten Konzernmitarbeitern**. Dies geschieht bspw. durch Ausbildung in Stressprävention oder auch durch Vermittlung von Individualtechniken (intrapersonale und extrapersonale Tools des Stress Managements).

Die Ausbildung in Stressprävention folgt primär den Vorgaben der Joint Aviation Requirements (JAR) der europäischen Joint Aviation Authority (JAA), sowohl des Flight Crew Licensing (JAR-FCL), als auch des Einsatzes - der Operations (JAR-OPS). Die Flugbetriebe des DLH-Konzerns haben sekundär zusätzlich weitere, weit darüber hinausgehende, Schulungsrichtlinien für das fliegende Personal erlassen. Dazu zählen beispielsweise die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen und der praktischen Anwendung von Trauma-Immunisierung durch Prävention, Begleitung sowie durch die angebotenen oder empfohlenen Möglichkeiten der Nachsorge.

Die hohe Effizienz der CISM-Arbeit im DLH-Konzern wird jedoch durch die weltweit einmalige Konzernpolitik bezüglich des Stress Managements erreicht. Auf der Basis gemeinhin praktizierter Komponenten des Stress- und Krisenmanagements, bspw. der möglichen Vermeidung von Streßverursachern, der kognitiven Neubewertung und der Verminderung von Erregungen sowie der Verbalisierung der Stressreaktionen findet durch die Normalisierung (und auch „Anerkenntnis der Normalität") biologischer Stressreaktionen eine **firmenseitige Exkulpierung auf der Basis einer Dienstanweisung** statt: festgelegt und vorgeschrieben als arbeitgeberspezifische Rechtsnorm im Operations Manual, Part A (OM-A), 11. „Handling of Accidents and Occurences", Unterpunkt 11.9 „CISM", Unterpunkte11.9.1 „Operational Debriefing" sowie 11.9.2 „CIS-Debriefing". Dadurch wird diese Exkulpierung (sofern man überhaupt von einer Schuld sprechen kann!) sowohl seitens der Kollegen, als auch seitens der Vorgesetzten unterstützt: der Betroffene kann (sich) die Vulnerabilität eingestehen und den Beteiligten wird ermöglicht, einerseits die Krise zu akzeptieren, andererseits die Ablaufstörung zu ertragen.

Eine weitere Besonderheit stellt die Tatsache dar, dass das Bewusstsein über die Relevanz der zuvor beschriebenen Grundlagen dieser offenen Konzernpolitik sich bis zum Konzerneintritt, hier bis an den Beginn der Ausbildung, verfolgen lässt. Die Ausbildungsleitung der Verkehrsfliegerschule der Lufthansa Flight

Training behandelt schon die Nachwuchsflugzeugführer (NFF) absichtlich als (zukünftige) Kollegen und fördert durch diesen Vertrauensvorschuss Aspekte wie bspw. Verantwortungsbewusstsein, Offenheit im Umgang mit verschiedensten Faktoren der eigenen Tätigkeit, Assertiveness oder kollegiales Vertrauen, die ihrerseits grundlegende Kriterien unserer Arbeits- und Konzernsozialisation darstellen und für die Tätigkeit als Verkehrsflugzeugführer (VFF) in unserer Safety Culture unabdingbar sind.

Abschließend möchte ich noch einmal die wichtigsten Faktoren einer ganzheitlichen CISM-Kultur herausheben. Notwendige Vorbedingungen sind:

- eine umfassende Ausbildung, sowohl der Vorgesetzten, als auch aller Mitarbeiter sowie natürlich der Helfer - auch der psychosozialen Professionals,
- ein firmenumspannendes und vor allem akzeptiertes Problem- und Lösungsbewusstsein,
- bestenfalls eine arbeitgeberseitig akzeptierte und geförderte Externalität des Angebots; dies hält auch dem Arbeitgeber den Rücken frei, nicht unbedingt reagieren zu müssen.

Hauptaspekt ist jedoch die Exkulpierung der Betroffenen durch Kollegen und Vorgesetzte (oftmals in dieser Reihenfolge) sowie durch die Firmenpolitik, bspw. in Form von Dienstanweisungen als arbeitgeberspezifische Rechtsnorm.

Dipl.-Psych. Dierk-Peter Hansen

ERFAHRUNGEN DER MARINE IM UMGANG MIT TRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNGEN

Einführung

Die Bundeswehr hat Anfang der 90er Jahre zur Betreuung von Soldatinnen und Soldaten nach Situationen mit extremer psychischer Belastung (potenziell psychisch traumatisierende Situationen) das Konzept des „Critical Incident Stress Management" (CISM) übernommen, das von Mitchell und Everly in den USA für Rettungspersonal entwickelt worden war. Dieses Konzept ist auch von vielen anderen zivilen und militärischen Organisationen übernommen worden.

Betreuung von Soldatinnen und Soldaten nach traumatischen Erfahrungen war zu der Zeit ein Novum. Der Psychologische Dienst der Bw, der die Methode einführte, stieß bei vielen Soldatinnen und Soldaten auf erhebliche Zweifel an der Notwendigkeit der Betreuung. Vielerorts wurde die Meinung vertreten, dass der Soldatenberuf Persönlichkeiten verlangte, die sich auch durch schwere psychische Belastungen nicht nachhaltig beeindrucken ließen. Und Personen, die dieser Beschreibung nicht entsprachen, wurden für den Soldatenberuf als ungeeignet angesehen. Die vielen amerikanischen Begriffe haben die Akzeptanz des Konzepts nicht gerade erhöht.

Das Schiffahrtmedizinische Institut der Marine hat das Konzept an die spezifischen Belange der Marine angepasst. Erwartungsgemäß erwies sich dies als schwierig, weil die ursprüngliche Zielgruppe des Konzepts Rettungspersonal mit ortsfesten Stationen war. Nach einer Traumatisierung an Land kann im Bedarfsfall die Arbeit eingestellt werden. Einzelpersonen, Gruppen oder eine ganze Mannschaft können ausgetauscht werden, und externe Quellen stehen schnell zur Verfügung.

Dies ist bei einem Schiff im Seebetrieb nicht möglich. Menschen sind erforderlich, die das Schiff führen und betreiben, die für Elektrizität, Wärme, Energie sorgen, die Wetter und die Umgebung beobachten, um Kollisionen zu vermeiden. Menschen sind notwendig für die Ernährung, die medizinische Versorgung und die Kommunikation nach außen. Ein Schiff mit Besatzung lässt sich als ein in sich geschlossenes und sich selbst autark versorgendes System begreifen. Fallen Teile dieses Systems, psychisch belastete Besatzungsmitglieder, aus, so kann das Gesamtsystem kollabieren. Dazu kommt, dass ein Schiff in See ungleich schwerer erreichbar ist als eine Rettungsstation an Land.

Das Konzept des Critical Incident Stress Management lehnt sich eng an das ursprüngliche an, berücksichtigt jedoch die Besonderheiten der Marine. Außerdem wurden einige der Punkte entschärft, die in der Fachwelt kritisiert werden.

Ziele des CISM

- Reduzierung der Wirkung von extremen psychischen Belastungen auf die Soldatinnen und Soldaten
- Verhinderung des Gefühls der „Einzigartigkeit"
- Vermittlung von Information zu traumatischen Reaktionen
- Unterstützung der Erholung von den Symptomen der akuten Belastungsreaktion
- Förderung der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit
- Prävention von negativen Folgen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung
- Einleitung adäquater Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen

Komponenten des Critical Incident Stress Management

1. Schulung und Ausbildung
2. Akute Krisenintervention
3. Demobilisierung / Critical Incident Stress Management Briefing (CMB)

4. Defusing
5. Critical Incident Stress Debriefing (CISD)
6. Familien- und Organisationsunterstützung
7. Nachsorge/Überweisung

Keine der CISM-Komponenten beinhalten therapeutische Maßnahmen.

Die Aktivitäten des CISM in der Marine werden im „Konzept für ein Stressmanagement in der Marine" beschrieben. Für Maßnahmen an Bord von Schiffen mit Arzt existiert die Fachanweisung des Admiralarztes der Marine „Psychische Erste Hilfe bei traumatischen Ereignissen". Die Anforderung und der Einsatz von Kriseninterventionsteams erfolgen nach einem Ständigen Befehl des Flottenkommandos.

Marine-Stellen, die für die Maßnahmen des CISM verantwortlich sind

- Ausbildungseinrichtungen, Einheiten (Schulung und Ausbildung)
- Kriseninterventionsteams (KIT, s.u.)
  - Teamleiter („Mental Health Professionals"), z.Z. wahrgenommen durch die Psychologinnen und Psychologen des Schiffahrtmedizinischen Instituts
  - Peers
- Notfallpsychologen (s.u.)
- Sanitätsteams an Bord von Schiffen mit Arzt
- Sozialdienst
- Militärseelsorge

Die Zusammensetzung eines Teams zur Krisenintervention in der Marine richtet sich nach dem Schiffstyp bzw. dem Dienstbereich, zu dem die zu betreuenden Soldaten gehören. Als Teamleiter fungieren Notfallpsychologen der Marine, in Ausnahmefällen Ärzte mit besonderer Ausbildung. Dazu treten zwei bis drei Peers, die auf der Basis ihrer früheren oder jetzigen Verwendung für den speziellen Schiffstyp/Dienstbereich besonders geeignet sind. Die Erfahrung zeigt, dass

der Einsatz von Kriseninterventionsteams eher zu den seltenen Ereignissen zählt. Deshalb legt die Marine besonderes Gewicht auf die fachliche Führung der Peers und auf die regelmäßige Auffrischung ihrer Kenntnisse. Das Schiffahrtmedizinische Institut der Marine ist hierfür verantwortlich.

Notfallpsychologen der Marine erwerben - zusätzlich zu ihrer bisherigen Spezialisierung - Kenntnisse und Fertigkeiten, die für die verschiedenen Aspekte der Krisenintervention erforderlich sind. Ergänzend zu dieser Fortbildung lernen die Notfallpsychologen die Besonderheiten des Bordbetriebs durch regelmäßige Mitfahrten auf Marineschiffen kennen. Die Notfallpsychologen der Marine werden im Schiffahrtmedizinischen Institut der Marine bereit gehalten. Eine Assignierung der Psychologinnen/Psychologen zu bestimmten Verbänden wird angestrebt.

Peers sind speziell ausgebildete Soldatinnen und Soldaten, die die Maßnahmen des CISM unterstützen. Sie kennen die Arbeits- und Lebensbedingungen an Bord aus eigenem Erleben und sind deshalb nicht nur kompetente Gesprächspartner für die belasteten Personen, sondern auch Berater der Vorgesetzten. Wichtige Voraussetzungen für die Ausbildung zum Peer sind überdurchschnittliche soziale Kompetenz, psychische Belastbarkeit und Freiwilligkeit. Die Peers der Marine werden grundsätzlich am Schiffahrtmedizinischen Institut der Marine, Kronshagen, durch die Notfallpsychologen der Marine in zweiwöchigen Seminaren ausgebildet. Die Ausbildung durch die Notfallpsychologen der Marine, die ja auch als Teamleiter fungieren, hat den Vorteil, dass sich die Angehörigen der Kriseninterventionsteams bereits während der Ausbildung kennenlernen können.

Alle am CISM beteiligten Stellen erhalten die erforderliche Fortbildung durch Stellen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr. Das Schiffahrtmedizinische Institut der Marine koordiniert die Aus- und Fortbildung und führt einen Teil der Maßnahmen selbst durch.

Einzelheiten zu den CISM-Komponenten

1. Schulung und Ausbildung

Schulung und Ausbildung haben im Zusammenhang mit traumatischem Stress eine zentrale Bedeutung. Sie erfolgen teils lehrgangsgebunden teils durch spezielle Fortbildungsveranstaltungen. Sie sind auf folgende Schwerpunkte ausgerichtet:

1.1 Sensibilisierung für das Thema
1.2 Umgang mit Belastungen, persönliches Stressmanagement
1.3 Rolle als Kamerad/in und Vorgesetzte/r (psychische Selbst- und Kamera denhilfe)
1.4 Stressbewältigung in der Funktionsausbildung
1.5 Unterstützungsmöglichkeiten in und nach traumatischen Situationen

1. 1 Sensibilisierung für das Thema

Neben der Vermittlung von spezifischen Kenntnissen und Verhaltensweisen dienen alle Ausbildungsmaßnahmen auch der Veränderung der „Trauma-Kultur". Letzteres in dem Sinne, dass traumatische Reaktionen „als normale Reaktionen auf nicht normale Umweltreize" verstanden werden.

1. 2 Umgang mit Belastungen, persönliches Stressmanagement

Für das persönliche Stressmanagement werden Kenntnisse vermittelt über den Zusammenhang zwischen Stressoren, Stressreaktionen und Stressfolgen. Dabei wird dem traumatischen Stress besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

1. 3 Rolle als Kamerad/in oder Vorgesetzte/r (psychische Selbst- und Kameradenhilfe)

Wesentliche Lerninhalte zur Vorbereitung für die Rolle als Kamerad/in oder Vorgesetzte/r in der psychischen Selbst- und Kameradenhilfe in und nach traumatischen Situationen sind die Gesprächsführung mit belasteten Soldatinnen/ Soldaten, das Erkennen von Symptomen der akuten Belastungsreaktion und das

Kennen lernen weitergehender Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

1. 4 Stressbewältigung in der Funktionsausbildung

Bei der Ausbildung für bestimmte Funktionen an Bord oder an Land (Verwendungsausbildung) sind die Ziele der stressbezogenen Anteile die Vermittlung von Handlungsfähigkeit auch in belastenden Situationen und die Entwicklung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, in die Kameradschaft und in das Material. Zu dieser Ausbildung gehört u.a. das „drillmäßige" Einüben bestimmter Handlungsabläufe, insbesondere im Zusammenhang mit Notfällen.

1. 5 Unterstützungsmöglichkeiten in und nach traumatischen Situationen

Die Ausbildung bereitet auf die Rolle innerhalb des Critical Incident Stress Management als Veranlasser und Koordinatoren der geeigneten Maßnahmen vor. Lerninhalte sind z.B. Aufgaben des Vorgesetzten im Rahmen des Stressmanagement in und nach traumatischen Ereignissen, Kenntnisse über die Arbeitsweise der Kriseninterventionsteams (KIT) und Entscheidungshilfen zur Veranlassung adäquater Maßnahmen.

2. Akute Krisenintervention

Auf Grund ihrer Ausbildung sind Soldaten/innen und Vorgesetzte in der Lage, in traumatischen Situationen Selbst- und Kameradenhilfe zu leisten (Entfernen aus der Situation, Akzeptieren der Wahrnehmung der traumatisierten Person, Korrektur falscher Bewertungen, Erklären von Stress und Stressreaktion, Rückführung in Tätigkeit/Aufgabe).

Maßnahmen der akuten Krisenintervention setzen nach Entfernen aus der Situation bzw. nach Beendigung des Ereignisses ein. Sie werden von Peers, Notfallpsychologen oder von Kriseninterventionsteams (Diplom-Psychologe oder Arzt mit spezieller Ausbildung, Peers) durchgeführt. Zur akuten Krisenintervention gehören vor allem Einzelgespräche im Anschluss an das Ereignis (one-on-one). Sie dienen dem Erkennen akuter psychischer Belastungen und dem Einleiten von

Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeschäden. Zielvorstellung ist der Einsatz von mehreren Peers auf jedem Schiff bzw. in jedem Boots-Geschwader.

Im Rahmen der akuten Krisenintervention kann der „Kölner Risiko-Index" eingesetzt werden. Dieses Instrument ist durch das Deutsche Institut für Psychotraumatologie in Köln für die Bundeswehr entworfen worden. Es bietet die Grundlage für ein strukturiertes Interview, in dem Angaben zu den Risikofaktoren und zu protektiven Faktoren erhoben werden, die für die psychische Erholung nach einer traumatischen Situation bzw. für das Entstehen einer PTBS maßgeblich sind. Ziel ist die Zuordnung des/der traumatisierten Soldaten/in zur Gruppe der Selbstheiler, der Risikofälle oder der Wechsler (siehe dazu den Vortrag von Dr. Kowalski).

Das Instrumentarium wird z.Z. noch von den Notfallpsychologen eingesetzt. Die Marine prüft, ob es von Peers eingesetzt werden kann.

Sofern ein Kriseninterventionsteam vor Ort ist, werden nach Einschätzung der Risikogruppe Einzelinterventionen durch den Leiter des KIT angeboten. Solche notfallpsychologische Kriseninterventionsmaßnahmen beinhalten diagnostische und psychoedukative Komponenten sowie die Vermittlung von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken. Sie bilden die Grundlage für die Einschätzung der weiteren Verwendungsfähigkeit an Bord bzw. für die Einleitung weiterer therapeutischer Maßnahmen.

3. Demobilisierung/Critical Incident Stress Management Briefing (CMB)

CISM hat drei Gruppenverfahren: Demobilisierung/CMB, Defusing und Critical Incident Stress Debriefing. Ziel aller Verfahren ist die es, notwendige Informationen über das Ereignis sowie über mögliche Stressfolgen und Bewältigungstechniken zu geben. Den Teilnehmern wird außerdem die Gelegenheit gegeben, über ihre Erfahrungen zu reflektieren. Die Gesprächsleiter der KIT nutzen zudem das Setting, um weitere diagnostische Informationen zu sammeln. Gesprächsleiter

sind Notfallpsychologen, die von Peers unterstützt werden. Bei Bedarf können Militärseelsorger im Rahmen ihres geistlichen Auftrages unterstützen.

Demobilisierung und CMB sind ähnliche Techniken, die bei Großgruppen angewendet werden, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Beide sollen abseits des Ortes des Ereignisses durchgeführt werden. Während Demobilisierung direkt nach Rückkehr vom Ereignisort stattfindet, kann CMB bis zu sieben Tagen nach dem Ereignis durchgeführt werden. Im Vordergrund beider Techniken, die von KIT, Notfallpsychologen, Peers oder vom Sanitätsteam des Schiffes durchgeführt werden, steht die Information über das Ereignis, über mögliche Folgen und über Bewältigungsmöglichkeiten sowie über weitere, auch professionelle Hilfsmaßnahmen und über Ansprechstellen. Demobilisierung dauert normalerweise 20 - 30 Minuten, CMB etwas länger.

4. Defusing

Defusing kann direkt nach dem Ereignis oder bis zu 12 Stunden danach durchgeführt werden. Defusing ist ein Gespräch innerhalb einer kleinen Gruppe (maximal 8 Teilnehmer) unter Leitung von Peers oder einem Teamleiter (Notfallpsychologe). Teilnehmen sollen nur potenziell traumatisierte Betroffene. Defusing dient der raschen Verminderung der starken Reaktion auf ein traumatisches Ereignis, zur Unterstützung der Betroffenen zu schnellen Rückkehr zur Tagesroutine, der Vermeidung von Tendenzen zur Isolierung, und der Feststellung, ob Critical Incident Stress Debriefing (CISD) erforderlich ist.

Defusing hat drei Phasen: Einführungsphase (introduction), in der das Team vorgestellt und die Zielsetzung erläutert wird; Explorationsphase (exploration), in der das Ausmaß der Wirkung des traumatischen Ereignisses auf die betroffenen Soldaten festgestellt wird; Informationsphase (information), in der die Normalität der Symptome betont und Bewältigungsstrategien empfohlen werden.

5. Critical Incident Stress Debriefing (CISD)

Die in den 90er Jahren noch präferierten 7-stufigen Debriefings werden nur noch in Ausnahmefällen angewendet. Der Durchführung vorgeschaltet wird ein CMB, die Teilnehmer werden sorgfältig auswählt. Sinnvoll ist ein CISD nur mit einer homogenen Gruppe. Das Ziel des CISD ist - wie beim Defusing - die Reduzierung der ungünstigen Folgen eines traumatischen Ereignisses. Der Unterschied zum Defusing ist: (1) es wird später ausgeführt als das Defusing (zwei bis zehn Tage nach dem Ereignis, aber auch noch später); (2) es hat eine deutlichere Struktur und geht mehr in die Einzelheiten als das Defusing; (3) das Ziel ist, den Teilnehmern zu ermöglichen, die Vorgänge im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis psychisch abzuschließen; (4) es wird in jedem Fall durch ein Kriseninterventionsteam durchgeführt.

CISD hat sieben Phasen: Einführungsphase (Introduction), in der das Team sich vorstellt und den vorgesehenen Prozess beschreibt; Faktenphase (fact), in der jede(r) Teilnehmer(in) aufgefordert wird, das traumatische Ereignis aus ihrer/seiner Sicht zu schildern; Gedankenphase (thought), in der jede(r) ihre/seine kognitiven Reaktionen auf das Ereignis beschreibt; in dieser Phase findet der Übergang von der kognitiven zur affektiven Ebene statt; Reaktionsphase (reaction), in der der am meisten belastende Aspekt des Ereignisses identifiziert werden kann; hier besteht die Möglichkeit der Ventilation; Symptomphase (symptom), in der Symptome von traumatischem Stress berichtet werden können; die affektive Ebene wird wieder verlassen; Informationsphase (teaching), in der die Normalität der Reaktionen betont und Psychoedukation geleistet wird; Abschlussphase (reentry), in der der CISD-Prozess abgeschlossen wird. CISD dauert bis zu drei Stunden.

6. Familien- und Organisationsunterstützung

Ein wesentlicher protektiver Faktor zur erfolgreichen Verarbeitung einer traumatischen Situation ist die Stabilisierung des sozialen Umfeldes. Daher wird neben der Krisenintervention vor Ort auch das soziale Umfeld der Soldaten an Land

versorgt. Im Falle einer Krise ist erfahrungsgemäß ein lebhaftes Medieninteresse zu erwarten. Das Krisenmanagement der Marine umfasst daher auch die Unterstützung der Familien und der Einheiten an Land, also der Geschwader und Flottillen. Hier stehen Psychologen, Ärzte, Peers, Sozialarbeiter und Militärseelsorger zur Verfügung. Sie informieren, begleiten und unterstützen das soziale Umfeld der betroffenen Soldaten an Land. Da erfahrungsgemäß das Bedürfnis der Soldaten gerade nach Extremerlebnissen groß ist, mit diesem Umfeld sofort und intensiv zu kommunizieren, wirkt die Arbeit hier deutlich sekundär stabilisierend. Organisationsunterstützung zielt auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der einzelnen Soldatinnen und Soldaten sowie auf die Beratung der Vorgesetzten im Hinblick auf günstige Bewältigungshilfen.

7. Nachsorge/Überweisung

Ein wesentlicher Punkt im Critical Incident Stress Management ist die Nachsorge. Nach Abschluss der Aktivitäten zur Krisenintervention muss festgestellt werden, ob die Ziele erreicht worden sind, oder ob weitere Betreuung oder Behandlung erforderlich ist. Betreuung kann - je nach Bedarf - durch Peers, Notfallpsychologen, das Sanitätsteam an Bord oder durch Sozialarbeiter an Land erfolgen. Zur Behandlung werden die Soldatinnen/Soldaten an Stellen überwiesen, an denen Therapie durchgeführt werden kann.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Hans-Joachim Jensen

UMGANG MIT TRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNGEN IN DER SEESCHIFFFAHRT

- Ein nautischer Offizier muss zwei Motorenwärter, die auf einem Turbinentanker hochgradige Verbrühungen durch ein geplatztes Dampfrohr erlitten, zwei Tage lang medizinisch versorgen, bis sie von Bord gegeben werden können und kurz darauf versterben.
- Ein Schiffsingenieur findet bei einem Sicherheitsmanöver seinen ersten Ingenieur eingequetscht und tödlich verletzt zwischen Rahmen und Schottschiebetür im Maschinenraum; er fährt die Tür auf und leitet erste Maßnahmen ein.
- Ein außenbords gefallener Seemann kann trotz intensivster Bemühungen nicht wieder an Bord geholt werden, er treibt ab und verschwindet in der See. Niemand an Bord spricht mehr über diesen Vorfall.

Wenn Menschen auch auf derartige Ereignisse sehr unterschiedlich reagieren, so stellt sich doch die Frage, wie solche Erlebnisse psychisch verarbeitet werden, wie sie bei dem Einzelnen nachwirken und inwieweit sie zu möglichen psychischen Verletzungen führen.

Anhand der folgenden Übersicht möchte ich einige Gesichtspunkte meines Vortrags kurz erörtern.

„Berufsethos"

Ausländische Besatzungsmitglieder

Seeunfälle und schuldhaftes Versagen

Unternehmenskultur

Selbstbestimmungsrecht und Autonomie des Betroffenen

Der Umgang mit traumatischen Belastungsreaktionen und möglichen Belastungsstörungen sowie entsprechende Hilfe resultiert aus dem Menschenbild und dem Zeitgeist in unserer Gesellschaft. Sie ist u.a. charakterisiert durch Individualität sowie verstärkte Selbstwahrnehmung und Selbstorientierung.

Dagegen verlangt ein noch eher männlich orientiertes Bild, wie es in der Seeschifffahrt besteht, dass insbesondere Führungskräfte mit derartigen Belastungserlebnissen umgehen und diese „wegstecken" können. Vor allem der Kapitän wird bei Notfällen und Havarien in der besonderen Rolle eines „Retters" gesehen. Er unternimmt alles, um den in Lebensgefahr geratenen Menschen an Bord das Überleben zu ermöglichen. Mit einer solchen Rolle des Retters ist die eines Opfers – nämlich unter traumatischen Belastungen durch einen erlebten Seeunfall zu leiden und mit diesem Erlebnis „nicht fertig zu werden" – unvereinbar.

Erste Ansätze zu einer veränderten Sichtweise wurden in dem Workshop zur Stressbewältigung nach Seenotfällen und Bergungseinsätzen des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen 1999 deutlich, in dem u.a. ein Stressbewältigungskonzept der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffsbrüchiger (DGzRS) vorgestellt wurde. Nach einem belastenden traumatischen Ereignis bei Rettungsmaßnahmen auf See wird ein sogenanntes Auffanggespräch in Form einer erlebnisorientierten Nachbereitung innerhalb von acht Stunden in einem geschützten, störungsfreien Raum unter absoluter Vertraulichkeit durchgeführt. Dabei ist die Kenntnis der Sozialstruktur der Schiffsbesatzung sehr wichtig.

Aber im Unterschied zur Vorgehensweise bei der DGzRS verbleiben in der Regel die betroffenen Besatzungsmitglieder in der Handelsschifffahrt nach einem traumatischen Ereignis, bei dem sie selbst nicht zu körperlichen Schaden gekommen sind, auch weiterhin bis zu ihrer vorgesehenen Ablösung an Bord in ihren täglichen Arbeitsablauf eingebunden. Auch bei vergleichbaren Möglichkeiten und Einrichtungen wie bei der DGzRS wäre eine unmittelbare vertrauensbildende

Unterstützung außerhalb des Bordbetriebes auf Grund des weltweiten Einsatzes des Seeschiffes und der damit verbundenen Trennung von der Heimatgesellschaft nicht möglich.

Zudem wird die Frage nach dem Umgang mit traumatischen Belastungsreaktionen in der Seeschifffahrt fast ausschließlich nur auf deutsche Besatzungsmitglieder bezogen, die auf deutschen Seeschiffen eine Minderheit darstellen. Wie erleben aber ausländische, vorwiegend nichteuropäische Besatzungsmitglieder derartige traumatische Belastungssituationen? Wie wirken sich andere Kulturstandards, z.B. verstärkte kollektive Orientierung und kollektive Identität, ein anderes Zeit- und Machtverständnis, eine verstärkt indirekte, kontextbezogene Kommunikation auf das Erleben und Verarbeiten traumatischer Belastungssituationen aus? Wie kann bei einer kulturell so heterogen zusammengesetzten und multilingualen Besatzung ein Vertrauensverhältnis als Grundvoraussetzung für eine mögliche Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse aufgebaut werden?

Erfahrungen zeigen, dass häufig nichteuropäische, insbesondere ostasiatische Besatzungsmitglieder nach einem Piratenüberfall Vermeidungsverhalten entwickeln und nicht wieder auf einem Seeschiff tätig sein wollen. Beispielsweise werden von der Berufsgenossenschaft des Einzelhandels (wie auch von der Seeberufsgenossenschaft) Raubüberfälle als Arbeitsunfälle gewertet und die Erstbetreuung der Opfer nach Raubüberfällen auf ein Einzelhandelsgeschäft ist besonders wichtig. Wie eigene explorative Interviews bei pakistanischen Besatzungsmitgliedern in den 70er Jahren zeigten, fühlten sich diese Seeleute bei Belastungssituationen alleingelassen und empfanden ein Desinteresse und völlig fehlende Unterstützung durch ihre deutschen Vorgesetzten.

Gerade bei Piratenüberfällen, wie sie zunehmend in ostasiatischen Seegebieten auftreten, aber auch bei terroristischen Aktionen im Hafen und auf See sind traumatische Belastungsreaktionen bei Besatzungsmitgliedern nicht auszuschließen. Derartige Formen von Gewalt auf See sind mit dem Erlebnis des Aus-

geliefertseins und des Kontrollverlustes, der Blockierung des unmittelbaren Flucht- bzw. Abwehrimpulses sowie einem Wechselbad der Gefühle verbunden.

Zu fragen ist aber auch, welche psychologische Unterstützung Kapitäne und Schiffsoffiziere erfahren, die für einen schweren Seeunfall mit größeren Schäden und eventuellem Verlust an Menschenleben verantwortlich sind? Nach Feststellung eines schuldhaften Versagens in einer Seeunfalluntersuchung wird der Schuldiggesprochene nach entsprechenden beruflichen Konsequenzen meist allein gelassen. Bei einer ausgeprägten Berufsorientierung und Berufsbindung in Zusammenhang mit der Verantwortung für einen großen Schaden, eventuell mit Verlusten an Menschenleben, sind traumatische Versagenserlebnisse zumindest nicht auszuschließen. Wie erfolgt der Schutz vor Medienvertretern und wie wird das familiäre bzw. private Umfeld berücksichtigt?

Hieraus stellt sich auch die Frage nach der Verantwortung und Unterstützung des Unternehmens, in dem der Betroffene tätig ist. Wie bei der Schiffssicherheit die Sicherheits- und Fehlerkultur eines Unternehmens von entscheidender Bedeutung ist, so gilt dies auch bei der Frage des Umgangs mit traumatischen Ereignissen an Bord und der Entwicklung geeigneter Präventionsstrategien. Es sollte in solchen Fällen Unterstützung angeboten und Hinweise auf Stressbewältigungstechniken gegeben werden. Dabei sollte das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie des Betroffenen im Vordergrund stehen, um ihn nicht zum therapeutischen Opfer werden zu lassen.

Wie aber eine Reihe von Untersuchungen zeigen, bildet nur eine Minderheit nach einem traumatischen Ereignis eine posttraumatische Belastungsstörung aus, während der überwiegende Teil der Betroffenen letztlich ohne professionelle Hilfe diese Erlebnisse verarbeiten kann. Hier spielen sogenannte resiliente Persönlichkeitsmerkmale wie Handlungs- und Kontrollüberzeugung, Sinnhaftigkeit, die Fähigkeit zur emotionalen Distanz bei einem akuten Ereignis und nicht zuletzt die soziale Bindung eine Rolle. Dies zeigen auch Untersuchungen zum Überle-

ben auf See nach einer Schiffshavarie. Deshalb sollte nicht die Nachsorge im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, sondern eine qualifizierte Vorbereitung auf mögliche Berufsbelastungen.

Wie internationale Erfahrungsberichte, besonders auch aus dem zweiten Weltkrieg, zeigen, hat eine Crew, die auf Gefahren und Notfallsituationen vorbereitet wurde und gelernt hat, zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen, die günstigsten Voraussetzungen, Notfallsituationen und ihre belastenden Erlebnisse zu bewältigen. Zur Vorbereitung gehört es auch, zu lernen, dass es kein Zeichen von Schwäche ist, wenn man bei einem traumatischen Ereignis wie beispielsweise eine schwere Havarie oder ein Überfall, evtl. mit Verletzten oder gar Toten, in einen psychischen Ausnahmezustand gerät und auch darüber spricht.

Literatur:

BGE hilft Opfern von Raubüberfällen. Zeitschrift Schaufenster Sicherheit, Februar 1/2003, Seite 7 und 8

Jensen, Hans-Joachim:

„Mythos Kapitän" Führung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Personalführung 2/2003 Seite 30 – 37

Überleben auf See – Was lehren Schiffshavarien? In: Resilienz, Psychohygiene, Salutogenese (Hrsg. K.E. Buchmann), Texte Nr. 33, Villingen-Schwenningen, Hochschule der Polizei 2003

Kurzreferate/Beiträge anlässlich des Workshops über Stressbewältigung nach Seenotfällen und Bergungseinsätzen im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen am 23. März 1999

Sicherheit auf See 1990. Bericht der Seeberufgenossenschaft

GEMEINSAME EMPFEHLUNG

Am 26. März 2003 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Maritime Medizin (DGMM) gemeinsam mit der Hochschule Bremen, Fachbereich 6 – Nautik, den 2. Bremer Workshop über „Traumatische Ereignisse in der Seeschifffahrt – Belastungsreaktionen und Präventionsstrategien". Nach den Vorträgen und einer intensiven Bearbeitung dieser Thematik in Arbeitsgruppen wurden von den mehr als 80 Teilnehmern folgende Empfehlungen bei einer Enthaltung einstimmig verabschiedet:

1. Um genauere Aussagen über den Umfang posttraumatischer Belastungsreaktionen in der Seeschifffahrt treffen zu können, sollte in einem Forschungsvorhaben eine IST-Analyse über die Anzahl möglicher traumatisierter Seeleute durchgeführt werden.

Ergänzend wurde aus dem Teilnehmerkreis der Veranstaltung vorgeschlagen, bei der Untersuchung auch nicht-europäische Besatzungsmitglieder mit einzubeziehen, um Erkenntnisse zu erlangen, wie diese mit traumatischen Ereignissen umgehen.

2. Maßnahmen in „psychischer" erster Hilfe sollten als Ausbildungsinhalt in die Anforderungen des STCW 95 für den Support-, Operational- und Management-Level sowohl für den nautischen wie für den technischen Bereich aufgenommen werden.

Ergänzend wurde darauf hingewiesen, dass posttraumatische Belastungsreaktionen sicherlich eine internationale Problematik in der Seeschifffahrt darstellen. Es sei daher die Entwicklung eines entsprechenden Curriculums zur Bestimmung der Ausbildungsinhalte erforderlich.

3. Besatzungsmitglieder aller drei Level des STCW 95 - Support, Operational und Management - sollten in der nautischen und technischen Aus- und Weiterbildung auf Extremsituationen vorbereitet werden.

Abschließend wurde von Teilnehmern empfohlen, eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin (DGMM) zur Erarbeitung von Lösungskonzeptionen für diese Thematik zu bilden.