

---

# Richtlinien

psychosoziale Betreuung  
von uniformierten  
Mitarbeitern

impact



---

Teilnehmende Organisationen

---



---

# Präambel

psychosoziale Betreuung  
von uniformierten  
Mitarbeitern  
*Europäische Richtlinien*



## Impressum

Diese Preamble wurde von der Europäischen Kommission gefördert - DG Environment, N° 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP.

### Konzeption

Impact, *Niederländisches Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen.*

### Autor

Nils Burger, *MSc, Policy Analyst für Forschung und Entwicklung bei Impact*

### Endredaktion

Hans te Brake, *PhD, Senior Policy Analyst für Forschung und Entwicklung bei Impact*

Magda Rooze, *MA/MBA, Senior-Ratgeberin und Beauftragte für EU Angelegenheiten), Impact/Arq*

### Design

Burobraak, Amsterdam

### Druck

Wheel Printing, Katwijk

### Veröffentlichung

Januar 2012

### © 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ

Die Verwendung des Inhalts dieser Richtlinien als Erklärung oder unterstützendes Argument in Artikeln, Büchern und wissenschaftlichen Arbeiten ist unter der Voraussetzung gestattet, dass die Quelle eindeutig erwähnt wird..

Diese Publikation kann bei Impact, dem niederländischen Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen, bestellt werden.

Nienoord 5  
1112 XE Diemen  
Niederlande  
+31 20 660 1901.  
E-mail: [info@impact.arq.org](mailto:info@impact.arq.org).

Diese Zusammenfassung ist ebenso wie die vollständigen Richtlinien in niederländischer Sprache als PDF auf der Website von Impact per Download zugänglich: [www.impact.arq.org](http://www.impact.arq.org)

# Einführung

---

In einer Reihe von Berufen besteht ein erhöhtes Risiko, mit potenziell traumatischen Ereignissen in Berührung zu kommen.<sup>1</sup> In diesem Zusammenhang wird oftmals das Militär als Beispiel angeführt, doch auch für Polizisten und Feuerwehrleute besteht ein erhöhtes Risiko, sich plötzlich mit unerwarteten, intensiven, ja gewalttätigen Ereignissen auseinandersetzen zu müssen. Zur Verbesserung der psychosozialen Unterstützung für Mitarbeiter in Uniform wurde in den Niederlanden eine Reihe von Richtlinien entwickelt (siehe beigefügtes Dokument). Der Zweck der vorliegenden Präambel besteht darin, diesen Richtlinien zur psychosozialen Betreuung von uniformierten Mitarbeitern (nachstehend als „die Richtlinien“ bezeichnet) auch auf europäischer Ebene Geltung zu verschaffen.

## Warum europäische Richtlinien?

Die Regierung der Niederlande, uniformierte Dienstleister<sup>2</sup> (USOs) und Beauftragte für die psychische Gesundheit von Mitarbeitern – diese Stellen bzw. diese Personengruppe empfinden die Notwendigkeit klar definierter Standards zum Thema psychosoziale Betreuung nach traumatischen Zwischenfällen. Deshalb wurden auf Beweisen basierende, fachbereichsübergreifende Richtlinien zur psychosozialen Betreuung von uniformierten Mitarbeitern entwickelt<sup>3</sup>. Diese Richtlinien beschreiben die Art und Weise, wie uniformierte Dienstleister eine optimale psychosoziale Betreuung für ihre Mitarbeiter leisten können. Im Mittelpunkt steht hierbei das Prinzip des Peer Support (d. h. Betroffene helfen Betroffenen).

„Warum europäische Richtlinien?“ fragt man hier vielleicht. Zunächst ist festzustellen, dass insgesamt nur wenige Richtlinien zur psychosozialen Betreuung von uniformierten Mitarbeitern vorliegen<sup>4</sup>. Darüber hinaus gab es bislang keinen systematischen, auf Beweisen basierenden Überblick von Empfehlungen für einen wirksamen Einsatz des Peer Support-Prinzips. Gleichzeitig besteht international der Wunsch nach mehr (beweisbasiertem) anwendbarem Wissen.

## Zweck und Struktur der Präambel

Die in den Niederlanden entwickelten Richtlinien entstanden z. T. aus den in diesem Land herrschenden Verhältnissen heraus. Die vorliegende Präambel gibt eine überblicksartige Darstellung des internationalen Konsens und der Diskussionen über Richtlinien zur psychosozialen Betreuung von uniformierten Mitarbeitern. Besondere Aufmerksamkeit erhält hierbei der Peer Support kurz nach Eintreten eines potenziell traumatischen Ereignisses. Wir hoffen, dass sich die Richtlinie als Einheit stiftender Entwurf für Länder erweist, die selbst vorhaben,

<sup>1</sup> Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2008

<sup>2</sup> Insbesondere die niederländische Polizei, Feuerwehr, Kranken-, Militär- und Rettungspersonal.

<sup>3</sup> Impact, 2010

<sup>4</sup> Es wurden zwei (einigermaßen) vergleichbare Richtlinien entwickelt: die eine vom Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (unter Verwendung der Delphi-Methode wurden Richtlinien im Zusammenhang mit verschiedenen Problemen zum Thema Peer Support entwickelt), die andere im Vereinigten Königreich: die NICE-Richtlinien („NICE“ steht für „National Institute for Health and Clinical Excellence“).

(zusätzliche) Richtlinien zu entwickeln, die sich in ihren spezifischen nationalen Kontext einfügen. Darüber hinaus ist die Präambel auch Ausgangspunkt für eine breitere Entwicklung auf dem Weg zu einer allgemein anerkannten, europäischen Richtlinie.

Nach einer Erklärung zur Entstehung der Synthese stellen wir die Kernthemen vor, hinsichtlich derer ein Konsens herrscht, aber auch jene, um die die Diskussion kreist. Schließlich wird auch eine Reihe allgemeiner Schlussfolgerungen formuliert. Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass ein optimales Verständnis der Präambel möglich ist, wenn man sie mit der Zusammenfassung der Richtlinien liest.

# Die Richtlinien aus europäischer Sicht

## Methode

### Grundlagen der Richtlinien: Beweis, Erfahrung und Konsens

Die niederländischen Richtlinien basieren auf folgenden Prinzipien:

- 1 *Beweis*: wissenschaftliche (Literatur-)Recherchetätigkeit
- 2 *Erfahrung*: Empirisch begründete Erkenntnisse aus Diskussionen mit Fokusgruppen im Verein mit dem praxisbasierten Wissen der 33 Mitglieder der Fachausschüsse
- 3 *Konsens*: Durch Zusammenführen sämtlicher Akteure in verschiedenen Fachausschüssen wurde ein Konsens zu den zentralen Themen erzielt  
Eine detailliertere Diskussion der Methodologie findet sich in der ausführlichen Zusammenfassung.

### Welche zusätzliche Recherchetätigkeit erfolgte für die Präambel?

Zum Verständnis der Relevanz und der Unterstützung für die Richtlinien in einem europäischen Kontext gelangten drei Methoden zur Anwendung: eine internationale Konferenz, ein unter Experten verteilter Fragebogen sowie eine Durchsicht vorhandener Literatur. Im September 2010 fand die Amsterdamer Konferenz statt, an der 25 Experten aus zehn Ländern teilnahmen. Miteinander kommentierte man dort die Richtlinien und erörterte deren Anwendbarkeit im jeweiligen nationalen Kontext. Darüber hinaus gaben Experten, denen eine Teilnahme an der Konferenz nicht möglich war, ihr Feedback in Form eines Fragebogens ab.<sup>5</sup> Zudem hatten alle zu Rate gezogenen Experten (Teilnehmer wie Nichtteilnehmer an der Konferenz) die Gelegenheit, ihr Feedback zum Entwurf der Präambel abzugeben.<sup>6</sup> Drittens erfolgte eine ausgiebige Durchsicht vorhandener Literatur mit dem Ziel einer Bewertung der Beweisbasis der Richtlinien. Dabei wurden drei Datenbanken<sup>7</sup> durchsucht und damit mehr als 3.600 Publikationen, in denen die eingegebenen Suchbegriffe entweder im Titel oder im Abstract vorkamen.<sup>8</sup> Zwei unabhängige Prüfer lasen die Abstracts durch und beurteilten dann die Relevanz der Publikationen für die Entwicklung der Richtlinien.<sup>9</sup> Waren sich die Prüfer über die Relevanz uneins, wurde ein dritter Prüfer zu Rate gezogen. Auf Basis dieser Methode wurden

<sup>5</sup> Es wurden 18 Experten befragt (einige Konferenzteilnehmer sowie sämtliche Experten, die nicht an daran teilnehmen konnten). 17 Experten gaben ihren Input durch Beantwortung von Multiple-Choice-Fragen und Begründung der eigenen Antworten in Form schriftlicher Erläuterungen.

<sup>6</sup> Die unten erwähnten Personen nahmen entweder an der Konferenz teil und/oder füllten den Fragebogen aus. Im Dezember 2011 bat man die Experten um Feedback zur Präambel. Alle Fachleute, die hierzu ihr Feedback abgaben, hatten diese für eine solide Zusammenfassung des international bestehenden Konsens sowie der Diskussionen über Richtlinien für die psychosoziale Betreuung von Mitarbeitern in Uniform.

<sup>7</sup> PubMed, PsycINFO und Embase.

<sup>8</sup> Unter Verwendung von Suchbegriffen, die mit dem Thema Dienstleister in Uniform, Kontakt mit potenziell schockierenden Ereignissen, Einsätzen und Handlungen, Ergebnismessungen in Zusammenhang mit Funktionieren und Nichteinsatzfähigkeit sowie eine Kombination aus diesen Begriffen. Die Suche konzentrierte sich vor allem auf Publikationen aus der Zeit zwischen Januar 1995 und Mai 2010.

<sup>9</sup> Es gab folgende Aufnahmekriterien: 1) System/Prozess: mindestens eine Aktivität in Zusammenhang mit Prävention, Entdeckung (Exposition, Prävalenz, Symptome), Linderung oder Besserung; 2) Ergebnisse: mindestens eine in Zusammenhang mit Gesundheit stehende Auswirkung (potenzieller) Exposition; 3) (sorgfältige) Untersuchung der Wirksamkeit; 4) Kontext: Dienstleister in Uniform.

199 Publikationen ausgewählt. Diese wurden dann auf Grundlage des Themas/der Themen kategorisiert, auf das/die sie sich hauptsächlich bezogen.<sup>10</sup>

Die Mehrheit der betreffenden Publikationen behandelt die Ursachen psychischer Traumata (29 %), Symptome psychischer Traumata (20 %) sowie das verstärkte Vorkommen psychischer Traumata (20 %). Weniger als die Hälfte der Artikel untersucht, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Symptome psychischer Traumata im Vorfeld zu verhindern oder zu heilen. Prävention, Behandlungsmethoden (z. B. Augenbewegungs-Desensibilisierung und Neuordnung, im Englischen mit „EMDR“ abgekürzt) und die Rolle des Debriefing stehen bei weitem am häufigsten im Mittelpunkt der Forschung. Lediglich fünf Publikationen behandeln speziell das Thema Peer Support – was darauf hindeutet, dass es sich hier um einen besonders vernachlässigten Forschungsbereich handelt. Darüber hinaus lohnt der Hinweis auf die Tatsache, dass sich die Literatur überwiegend auf Militärpersonal (53 %) konzentriert. Am zweithäufigsten ist die Polizei Gegenstand entsprechender Untersuchungen (13 %) gefolgt von Rettungspersonal im Allgemeinen<sup>11</sup> (11 %), medizinischem Notfallpersonal/Sanitäter (10 %) und Feuerwehrleuten (6 %).

## Kernthemen

Auf Basis der Durchsicht vorhandener Literatur, der Konferenz und des Fragebogens widmet sich der vorliegende Abschnitt vor allem dem Konsens und der Diskussion im Zusammenhang mit der Anwendung der niederländischen Richtlinien im internationalen Kontext. Die drei von Mrazek & Haggerty<sup>12</sup> bei der psychosozialen Betreuung nach Schockereignissen unterschiedenen Phasen (Vorbereitung, Peer Support und Monitoring sowie Übergabe an professionelle Betreuung) fungierte als Ordnungsprinzip für die Kernthemen.

### **Vorbereitung: Auswahl und Verantwortlichkeiten des Arbeitgebers**

#### *Mitarbeiterauswahl als Methode zur Prävention psychosozialer Traumata*

Ausgehend von der Phase der Vorbereitung haben Konferenz, Durchsicht vorhandener Literatur und Expertenausschuss dazu beigetragen, Probleme herauszuarbeiten, die im internationalen Kontext von besonderem Interesse sind. Eines dieser Probleme ist die Auswahl der Mitarbeiter. Nach Expertenauffassung ist es in gewissem Maß möglich, psychosoziale Risiken zu reduzieren, die sich aus potenziellen Schockereignissen ergeben, wenn man für die uniformierte Tätigkeit Mitarbeiter auswählt, die über eine relativ große Widerstandskraft verfügen und die vergleichsweise stressresistent sind.<sup>13</sup> Darüber hinaus wird auch regelmäßig erwähnt, dass Menschen einen Beruf ergreifen, in dem sich potenzielle Schockereignisse so häufen, dass bei ihnen eine Traumatisierung wahrscheinlicher wird.<sup>14</sup> Leider gibt es keine ausreichend präzisen Instrumente zur Empfehlung von Screenings auf „psychische Anfälligkeit“.<sup>15</sup> Aus der Literatur geht jedoch in einem allgemeineren Sinne hervor, dass es

<sup>10</sup> NB: eine Publikation kann sich mehr als einem Thema widmen. Im Schnitt wurden jeder Publikation 1,2 Themen zugewiesen.

<sup>11</sup> Medizinisches Notfallpersonal, Feuerwehrleute und Polizei

<sup>12</sup> Mrazek & Haggerty, 1994

<sup>13</sup> Beachtenswert: Nur 12,5 % des Expertenausschusses war der Meinung, dass es möglich sei, das psychosoziale Risiko nach Schockerlebnissen ausschließlich durch Selektion zu senken.

<sup>14</sup> Paton, 2005

<sup>15</sup> Rona et al., 2006; Jones et al., 2003; Wesseley, 2005; Heslegrave und Colvin 1998.



sehr schwer ist, präzise vorherzusagen, wer nach einem potenziell schockierenden Ereignis ein psychosoziales Trauma entwickelt und wer nicht. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache liegen gewisse Möglichkeiten eventuell in der Prävention psychosozialer Traumata durch Trainings/Schulungen und Stress-Briefings vor dem Einsatz.<sup>16</sup>

#### *Vorbereitung und Verantwortlichkeiten des Arbeitgebers*

Ein weiteres Problem: die Verantwortung des Arbeitgebers sowohl bei der Vorbereitung uniformierter Mitarbeiter auf potenziell traumatische Ereignisse als auch bei der Betreuung nach Eintreten eines solchen Ereignisses. Man ist sich allgemein einig, dass, wie auch in den Richtlinien angedeutet, Arbeitgeber mitverantwortlich sind, wenn es darum geht, Mitarbeiter auf potenzielle Schockereignisse vorzubereiten. Geschehen kann dies beispielsweise durch Bereitstellung psychologischer Informationen<sup>17</sup>, durch Einnehmen einer aufmerksamen Beobachtungshaltung (welche Reaktionen sind normal, wann besteht Anlass zur Besorgnis?) und durch Förderung von adäquatem Verhalten, wenn nach Hilfe gesucht wird.

Einigkeit besteht darüber hinaus auch hinsichtlich der Tatsache, dass Arbeitgeber allgemeine Verantwortung für die psychosoziale Betreuung ihrer Mitarbeiter tragen<sup>18</sup>. In mehreren Ländern ist die Verantwortung der betreffenden Organisation in gewissem Umfang gesetzlich geregelt. Das Thema psychosoziale Betreuung findet sich auch in der europäischen Arbeitsgesetzgebung wieder. Die Rechtsgrundlagen sind allerdings von Land zu Land stark verschieden und scheinen allgemein nicht ausreichend, um adäquate psychosoziale Betreuung zu gewährleisten. Zudem betonen mehrere Experten, psychosoziale Betreuung sei auch eine moralische Verantwortung der betreffenden Unternehmen. Alles in allem ist die überwiegende Mehrheit der Personen, die den Fragebogen beantworteten – nämlich 88,2 % – (völlig) mit der Aussage einverstanden, ein formalisierter Peer Support gehöre in das Tätigkeitsfeld Uniformierter eingearbeitet und die entsprechende Initiative läge in der Verantwortung des Arbeitgebers.<sup>19</sup>

Das dritte Argument – jenseits rechtlicher und moralischer Erwägungen – lautet, dass ein Arbeitgeber kostengünstiger arbeiten kann, wenn Prävention und psychosoziale Betreuung die gebührende Aufmerksamkeit erhalten. Es gibt nur sehr wenige Untersuchungen zu den Kosten, die Mitarbeiter generieren, welche infolge traumatischer Ereignisse nicht mehr arbeitsfähig sind.<sup>20</sup> Auf Grundlage vorliegender Recherche-Ergebnisse und von Experten-Erwartungen können die Kosten in der Tat beträchtlich sein und sich in medizinischen Aufwendungen, Produktivitätseinbußen und zusätzlicher Zeit niederschlagen, die Führungskräfte investieren müssen, um sich mit den verschiedensten Problemen auseinanderzusetzen, die mit dem Rückgang der Mitarbeiterleistung einhergehen. Gar nicht zu reden von den Kosten (finanzieller Natur, aber auch mit Blick auf die Lebensqualität), die für Personen entstehen, die solche Traumata erleben. Aber auch der Gesellschaft entstehen Kosten. Viele Experten sind der Auffassung, dass das finanzielle Risiko, das mit psychischen Traumata einhergeht,

<sup>16</sup> Sharpley et al., 2008; Deahl et al., 2000.

<sup>17</sup> Die psychologischen Informationen sind darauf ausgerichtet, das praktische Selbstbewusstsein von Arbeitnehmern in Uniform durch Sich-Eingestehen und Anerkennung der gemachten Erfahrung zu steigern.

<sup>18</sup> Der Expertenausschuss war sich darin einig, dass der Arbeitgeber in gewissem Umfang für die psychosoziale Betreuung mitverantwortlich ist

<sup>19</sup> Keiner der Befragten widerspricht dieser Aussage.

<sup>20</sup> Einzige hervorhebenswerte Ausnahme: Haagsma et al., 2011.

von den Arbeitgebern nicht ausreichend gewürdigt wird – ganz zu schweigen von der Tatsache, dass nicht ausreichend viele wirksame Initiativen ergriffen werden.<sup>21</sup>

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Kombination aus rechtlich verbrieftter und moralischer Verantwortung zusammen mit ökonomischen Argumenten aber nicht ausreichend, um Mitarbeiter zu schützen. Wir hoffen, dass die Richtlinien aufgrund ihrer empirischen Grundlagen und praktischen Anwendbarkeit hier als zusätzlicher Anreiz fungieren.

### **Organisierter Peer Support**

*Peer Support in Bezug auf andere Formen der Unterstützung und organisatorischen Instrumenten*  
Das Vorhandensein einer unterstützenden Umgebung spielt bei der Stärkung der Widerstandsfähigkeit uniformierter Mitarbeiter eine Schlüsselrolle.<sup>22</sup> Die Richtlinien konzentrieren ihre Aufmerksamkeit vor allem darauf, wie dieser Kontext von den uniformierten Mitarbeitern selbst zur Verfügung gestellt werden kann. Was bedeutet, dass die Aufgabenstellung von „organisiertem Peer Support“ darin besteht, Kollegen zu unterstützen, die ein schockierendes Ereignis erlebt

Im Einklang mit dem aktuellen Forschungsstand und den Richtlinien sind sich die Experten der Amsterdamer Konferenz darin einig, dass Peer Support eine sehr wichtige Methode des Signalisierens psychosozialer Probleme und möglicherweise auch der Förderung der Widerstandsfähigkeit darstellt. Hinsichtlich der empirischen Grundlagen gibt es nur geringfügige Forschungen zu Bedeutung und Wirkung von Peer Support. Die systematische Durchsicht vorhandener Literatur dokumentiert dies recht eindrucksvoll: fünf Artikel (von insgesamt 3.600) widmen sich explizit dem Thema Peer Support.

Ein Aspekt, unter dem die vorhandene Literatur einen wertvollen Fundus darstellt, ist die Tatsache, dass sie einige interessante Vorteile/Stärken von Peer Support (im Vergleich zu professioneller Betreuung) nennt. In Uniform tätige Personen sind soziologisch tendenzmäßig eine geschlossene Ingroup, bei der das Heranziehen professioneller psychologischer Hilfe als Schwäche, Feigheit oder Unfähigkeit zur effektiven Ausübung seiner Tätigkeit ausgelegt werden kann. Im Gegensatz dazu gelten beruflich mit Psychologie tätige Personen als Outgroup, die die Kultur uniformierter Dienstleister (USOs) nicht verstehen.<sup>23</sup> Innerhalb dieser komplizierten Rahmenbedingungen stellt Peer Support in USOs eine leicht verfügbare Hilfe dar, ohne die mancher Mitarbeiter in Uniform sich die Symptome erst dann eingestehen würde, wenn sie bereits sehr intensiv sind. Mehr noch: Peer Support kann auch eine Präventivwirkung auf die Entwicklung traumatischer Symptome entfalten.<sup>24</sup> Um es mit Levenson und Dwyer zu sagen: „Peer Support in einer Krise erleichtert die psychische Verarbeitung und Trauer und macht es Notfalldienstmitarbeitern möglich, wirksam mit tragischen Ereignissen umzugehen, um ihre Arbeit weiterhin effizient und zufrieden durchführen zu können.“<sup>25</sup>

Neben Peer Support gibt es aber auch noch andere soziale Bindungen, die beim Support-Prozess eine Rolle spielen. Mehrere Studien untersuchten, wer die wichtigsten Menschen im

<sup>21</sup> EUTOPA-IP Amsterdam Konferenz, 2010.

<sup>22</sup> CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007.

<sup>23</sup> Dowling et al., 2005; Levenson und Dwyer, 2003.

<sup>24</sup> Ryan und MacLochlainn, 1995; Dowling et al., 2005; Levenson und Dwyer, 2003.

<sup>25</sup> Levenson und Dwyer, 2003.

Umfeld einer Person sind, die kurz zuvor ein schockierendes Ereignis erlebte. De Soir<sup>26</sup> fand heraus, dass gleich nach dem Ereignis zunächst einer der Kollegen, gefolgt von der Familie und dann der Vorgesetzte als wichtig angesehen wird.<sup>27</sup> Nach mehreren Wochen entwickelte sich der Vorgesetzte zur wichtigsten Person, gefolgt von Familie, und an dritter Stelle die Kollegen. Ein weiteres Beispiel: Recherche mit Truppen im Feldeinsatz. Die Ergebnisse zeigen, dass Militärpersonal, das über ein privates Umfeld verfügt, relativ stabil und weniger anfällig für psychische Traumata ist.

Dies unterstreicht die Tatsache, dass Peers (also Gleichartige, andere Betroffene) wichtig für Mitarbeiter in Uniform sind, die soeben ein potenziell traumatisches Ereignis erlebten – andere Menschen sind aber ebenfalls wichtig. Die per Fragebogen und auf der Amsterdamer Konferenz zu Rate gezogenen Experten könnten sich hier nicht einig sein: beinahe alle Experten sind der Überzeugung, dass neben Kollegen auch Vorgesetzte, Familie und Sozialarbeiter wichtig sind.

Eine unter diesem Gesichtspunkt besonders interessante Kategorie ist Religion. Alle Experten sind sich einig, dass ihr bei der psychosozialen Betreuung eine wichtige Rolle zukommt.<sup>28</sup> Deutschland ist das vielleicht deutlichste Beispiel, wo dies auch entsprechend umgesetzt wird: die psychosoziale Betreuung in Deutschland erfolgt durch Notfallgeistliche. Und auch auf Auslandsmissionen begleitet ein Notfallgeistlicher die uniformierte Gruppe. Einen Peer Support jedoch, wie er in den Richtlinien beschrieben wird, gibt es erst seit kurzem.

Erweitern wir unsere Perspektive und betrachten noch weitere Alternativen zur direkten interpersonellen Betreuung, zeigt die Literatur, dass es noch andere Variablen gibt, die das psychosoziale Wohlbefinden uniformierter Mitarbeiter, die kurz zuvor ein potenziell traumatisches Ereignis erlebten, beeinflussen können. Zu diesen Variablen zählen u. a.:

- Organisationskultur / Glaubensstrukturen von Mitarbeitergruppen: Experten und die Literatur berichten von großen Unterschieden bei der Akzeptanz von Peer Support durch uniformierte Mitarbeiter sowie der Akzeptanz der Tatsache, dass sich ein Ereignis auf psychosozialer Ebene traumatisch auswirken könnte.<sup>29</sup> Von Unterschieden zwischen einzelnen Organisationen, z. B. zwischen Feuerwehr und Militär, wird ebenso berichtet wie von Unterschieden zwischen einzelnen Ländern.
- Gruppenzusammenhalt und Vertrauen unter Kollegen:<sup>30</sup> dieser Themenbereich erörtert Fragen wie z. B. „Fühlen Sie sich unter Ihren direkten Kollegen körperlich wie seelisch sicher?“ „Können Sie sich auf direkte Kollegen verlassen und von diesen Unterstützung erhalten?“
- Leadership und die Rolle von Führungskräften: die Literatur thematisiert im Allgemeinen auch Formen von Leadership / Management (z. B. hierarchisches Leadership im Gegensatz zu befähigendem/coachendem Leadership) und untersucht v. a. die Frage, was Vorgesetzte bei potenziell schockierenden Ereignissen tun.<sup>31</sup>

<sup>26</sup> PM Publikationsjahr

<sup>27</sup> Menschen, die kurz zuvor (im Laufe der vorherigen Woche) ein potenziell traumatisches Ereignis erlebten, sollten (mittels eines Fragebogens) beantworten, wer sie am stärksten unterstützt. Dieselbe Frage wurde drei Monate später erneut gestellt.

<sup>28</sup> 100 % der Befragten nannten Religiosität als Faktor, der Betroffene psychosozial unterstützen kann.

<sup>29</sup> Dowling et al., 2005; Levenson und Dwyer, 2003.

<sup>30</sup> Svensson & Fridlund, 2008; Brailey, 2007.

<sup>31</sup> Castro, 2009

Diese Variablen lassen sich als Abstand-Nehmen vom konkreten, potenziell traumatischen Ereignis ansehen; hier wird betrachtet, welche organisatorischen Variablen – oft als berufliche Stressoren beschrieben – die Entwicklung psychosozialer Traumata beeinflussen.

Auch dieser Bereich ist wenig erforscht. Es gibt daher nur wenige konkrete Beweise über das Ausmaß, in dem diese Variablen/Instrumente hilfreich bei der Senkung von durch Traumata verursachten Stresssymptomen sind; die Auswirkungen von Gruppenzusammenhalt wurden bislang vielleicht am intensivsten untersucht. Für die Zukunft sollten diese Instrumente/Variablen näher untersucht werden, z. B. mit Blick auf ihre Wirkung und darauf, in welcher Form sie sich am besten umsetzen lassen.

### **Peer Support und sein Umfang**

Die Aufgaben des Peer Support gemäß Auflistung in den Richtlinien sind nach Überzeugung der teilnehmenden Experten wichtige Aufgaben, die von den Peer Support Leistenden in jedem Land wahrgenommen werden sollten. Hierzu zählen:

- 1 Bereitstellung praktischer Unterstützung;
- 2 Anregen eines gesunden Genesungsprozesses;
- 3 Früherkennung möglicher (psychosozialer) Probleme und rechtzeitige Übergabe an entsprechend geschultes Personal;
- 4 Monitoring des Genesungsprozesses;
- 5 Aktivierung des sozialen Netzwerkes;
- 6 Aufmerksamkeit für (negative) Reaktionen aus dem Umfeld.

Zunächst einmal sollte hier erwähnt werden, dass die aktuelle Situation in den verschiedenen Mitgliedsstaaten nicht oder nur teilweise im Einklang mit diesen Aufgaben steht: Peer Support gibt es nicht in jedem EU-Mitgliedsstaat, zumindest nicht bei allen Einheiten, die in Uniform Dienst leisten. Zweitens sind die Richtlinien mit Blick auf die Festlegung von Aufgaben explizit so gestaltet, dass sie keine therapeutischen Aufgaben enthalten. Denn Therapie, so heißt es in den Richtlinien, ist etwas, das nur von einem professionellen Therapeuten geleistet werden sollte. Lässt man uniformierte Mitarbeiter an ihren Kollegen eine (und sei es auch nur leichte) Therapie durchführen, kann es zu einer Verschlimmerung des Traumas führen, weil Mitarbeiter in Uniform nicht ausreichend geschult und erfahren sind, um Therapien durchzuführen.

In mehreren Ländern wird eine therapeutische Komponente des Peer Support praktiziert, z. B. in Dänemark, aber auch in Kanada. Das kanadische Programm mit dem Titel Operational Stress Injury Social Support (OSISS) leistet vertraulichen Peer Support und soziale Betreuung für Veteranen und deren Familien, die infolge eines Militäreinsatzes unter bestimmten Stressstörungen leiden. Die wenigsten Experten halten diese therapeutische Komponente für wünschenswert,<sup>32</sup> wodurch allerdings nicht ausgedrückt werden soll, dass Experten der Meinung seien, Peer Support sei eine Form der Sorge um das seelische Wohl von Patienten: die meisten Personen, die den Fragebogen beantwortet haben, gehen (völlig) konform mit der Aussage, dass Peer Support zur Vermeidung seiner Erhebung zum medizinischen Prob-

<sup>32</sup> 40% of the respondents in the digital board believes that peer supporters should do more than detection, alerting, advice for referral and long-term monitoring.

lem nicht als eine Form der Sorge um die seelische Gesundheit des Betroffenen dargestellt werden sollte. Darüber hinaus glauben 81% derjenigen, die den Fragebogen beantworteten, nicht, dass Peer Support Leistende imstande sein sollten, Aufgaben von psychologischem Fachpersonal wahrzunehmen.

Betrachtet man hier die Literatur, zeigt sich eine ähnliche, wenn auch eher implizite Diskussion über die Erhebung des Peer Supports zum medizinischen Problem. Einerseits gibt es Autoren, die die Aufgaben des Peer Support weitgehend so beschreiben wie die Richtlinien.<sup>33</sup> Dowling et al. z. B. forschten zu den Aufgaben von Peer Support Leistenden im „Police Department“ der Stadt und des Bundesstaates New York und kamen zu dem Schluss: „die Rolle [der Peer Support Leistenden] besteht darin, Screenings durchzuführen, zu unterstützen und als Brücke zu professioneller Hilfe zu fungieren“.<sup>34</sup> Andererseits gibt es aber auch Forscher, die Peer Support als Teil oder leichte Form professioneller psychologischer Betreuungsarbeit betrachten.<sup>35</sup> So beschreibt z. B. Linton, dass er „ein Team einsetze, das sowohl aus psychologischem Fach- wie auch aus Peer Support-Personal“ besteht, wenn er die Technik des Critical Incident Stress Management (CISM) anwendet.<sup>36</sup>

Die Auswirkungen verschiedener Formen des Peer Support wurden noch nicht genügend erforscht, um eindeutig behaupten zu können, dass eine Therapie, die Peer Support Leistende übernehmen, negative bzw. positive Wirkung zeitigt.<sup>37</sup> Es besteht allerdings ein Konsens – sowohl bei den Forschungsergebnissen als auch unter Experten –, dass sämtliche in den Richtlinien erwähnten Aufgaben des Peer Support wirklich von Bedeutung sind. Aufgrund seines begrenzten Umfangs könnte man die Behauptung wagen, es handle sich um eine „narrensichere“ Form des Peer Supports, die sich nach Auffassung einiger Experten noch um eine therapeutische Komponente erweitern ließe.

#### *Zum Leisten von Peer Support erforderliches Wissen und Erfahrung*

Wer sollte Peer Support leisten? Diese Frage wird von Land zu Land sehr verschieden beantwortet. Auch hier erweisen sich die Richtlinien als gemeinsamer Nenner, auf den sich in einigen Ländern zusätzliche Kompetenzen/Anforderungen aufbauen lassen. In der Literatur<sup>38</sup> und bei den Experten der Amsterdamer Konferenz standen/stehen für Menschen, die in Zukunft einmal Peer Support leisten wollen, folgende Auswahlkriterien im Mittelpunkt:

- Akzeptanz, Respekt und Vertrauen bei Anderen;
- robuste, energetische Persönlichkeit;
- Fähigkeit zum Zuhören, Empathie und allgemein stark ausgeprägte interpersonelle Fähigkeiten

Es gibt allerdings einige Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Wichtig ist z. B. die Auswahl von Peer Support Leistenden, die selbst traumatische Symptome aufweisen (Anwendung der Methode des „verwundeten Heilers“). In Kanada muss Personen, die Peer Support leisten, eine Krankheit diagnostiziert worden sein, die eine gewisse Beziehung zu ihrem

<sup>33</sup> Hattingh, 2002; Dowling et al., 2005;

<sup>34</sup> Dowling et al., 2005: 870.

<sup>35</sup> Linton, 1995; Ryan K, MacLochlainn, 1995.

<sup>36</sup> Linton, 1995.

<sup>37</sup> Die vorhandene Literatur unterscheidet oftmals nicht explizit zwischen therapeutischem und nicht-therapeutischem Einsatz von Peer Support.

<sup>38</sup> Castro, 2009

Einsatz aufweist wie z. B. Depression, Sucht oder Angststörung. Ihr Genesungsprozess sollte auf einem guten Wege, Symptomfreiheit aber noch nicht gegeben sein. Es wird davon ausgegangen, dass die Tatsache, selbst eine Krankheit zu haben, Peer Support Leistenden dabei hilft, ihre Kollegen besser zu verstehen und ihnen damit auch wirksamer helfen zu können. In anderen Ländern wie Deutschland und Dänemark gelangt dieser Ansatz allerdings nicht zur Anwendung. Einer der Gründe: es hatten sich Komplikationen ergeben, weil Peer Support Leistende sich mit ihrem eigenen Trauma auseinandersetzen mussten, da während der Peer-Support-Gespräche etwas in ihnen ausgelöst wurde. Weiterer möglicher Grund für den Verzicht auf den Einsatz der Methode des verwundeten Heilers: man geht davon aus, dass Peer Support Leistende (in den therapeutischen Behandlungsprozess) persönlich nicht zu stark involviert werden möchten.

Im Einklang mit den Richtlinien erhalten Peer Support Leistende immer die eine oder andere Form von Training. Die Menge an Training weicht aber von Land zu Land stark ab. In Belgien und Frankreich z. B. erhalten bei der Feuerwehr Peer Support Leistende eine achttätige Schulung sowie vier Vor-Ort-Aufenthalte (residential periods) à 3 Tagen<sup>39</sup>. Im Gegensatz dazu sind in den Niederlanden bei der Polizei zwei Tage Training gängig; pro Jahr wird noch ein weiterer Schulungstag zur Auffrischung dazugegeben. Weiteres Beispiel: Nordrhein-Westfalen, wo die Berufsfeuerwehr eine zweitägige Grundschulung sowie achteinhalb Tage Schulung in psychosozialer Betreuung erhalten.

Insgesamt sind 75,1% der Personen, die den Fragebogen beantwortet haben, (völlig) mit Auswahl, Training, Schulung und der Rolle der Organisation gemäß Beschreibung in den Richtlinien einverstanden.<sup>40</sup> Ihrer Meinung nach handelt es sich hierbei um sorgfältig abgewogene Empfehlungen. Es werden Vorschläge mit Blick auf Screenings auf frühere Traumata und angemessenes Training von Personen darauf gemacht, was sie „im Einsatz“ erwarten können.

### **Einsatz professioneller Betreuung**

#### *Überweisen an professionelle Betreuung*

Personen, die Peer Support leisten, spielen zusammen mit der Unternehmensleitung, direkten Kollegen und Familie/Freunden eine wichtige Rolle beim rechtzeitigen Erkennen und dem Überweisen von Mitarbeitern, die klare Anzeichen für verzögerte Genesung aufweisen, an professionelle Hilfe. Die Experten und eine Durchsicht der vorhandenen Literatur unterstützen die Richtlinien in dieser Hinsicht voll und ganz. Gleichzeitig aber rührt das Problem des Überweisens an das des Umfangs, den Peer Support haben sollte. Die Richtlinien schlagen eine strikte Trennung zwischen Support (der u. a. von Kollegen in Form von Peer Support geleistet werden sollte) und Behandlung (den nur professionelles Personal leisten sollte) vor. Eine entsprechende Trennung ist in den Niederlanden gang und gäbe, was aber in anderen Ländern wie z. B. Belgien und Frankreich nicht immer der Fall ist; nach potenziell traumatischen Ereignissen werden die beteiligten Polizisten von einem Psychologen zu einem Beratungsgespräch eingeladen. Auf diese Weise wird professionelle Betreuung zusammen mit Peer Support unmittelbar nach einem Ereignis geleistet.

<sup>39</sup> Eine in etwa ähnliche Schulungsdauer gibt es in Kanada (zwei Wochen), Dänemark (zwei Wochen) und Luxemburg (fünf Wochenenden).

<sup>40</sup> 18,8 % der Befragten sind (absolut) nicht dieser Meinung – leider ohne Angabe von Gründen.

Diese Schwankungen zwischen den einzelnen Ländern schlagen sich auch in den im Fragebogen gegebenen Antworten nieder. Eine Mehrheit derer, die ihn beantworteten – 68,8% – sind (völlig) einverstanden mit der Aussage, die erste Unterstützung solle in Form von Peer Support erfolgen. Gleichzeitig gibt eine Reihe von Experten zu bedenken, es gäbe auch die Notwendigkeit nach direkter Beteiligung der mit der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern Beauftragten – je nachdem, welcher Art das Ereignis sei, welche Ressourcen zur Verfügung stünden und ob der Einzelne Gebrauch von der Möglichkeit zu Peer Support machen möchte oder nicht. Darüber hinaus weisen manche Experten auch darauf hin, dass Peer Support und psychologische Betreuungsarbeit nicht so strikt voneinander getrennt werden sollten. So z. B. erfolgt das Debriefing häufig über Peer Support und unter Aufsicht eines für die psychische Gesundheit von Mitarbeitern Beauftragten.

## Schlussfolgerungen

### **Konsens: Widerstandsfähigkeit, organisatorische Verantwortung und Grundaufgaben von Peer Support**

Ausgangspunkt der Richtlinien ist die Fähigkeit uniformierter Mitarbeiter, die eigene Genesung voranzutreiben. Die Konzentration auf die dem Menschen innewohnende Widerstandsfähigkeit ist der erste Aspekt, über den Konsens besteht. Werden Menschen mit Schockereignissen konfrontiert, ist es keineswegs zwingend, dass hieraus auch jemand traumatisiert hervorgehen wird. Der Mensch verfügt über eine natürliche Widerstandsfähigkeit, die ihn unter Rückgriff auf sein soziales Umfeld befähigt, solche Ereignisse zu verarbeiten. Die meisten Menschen können Schockereignisse ohne Rückgriff auf professionelle Hilfe verarbeiten. Mehr noch: es ist erwiesen, dass eine Stigmatisierung der Betroffenen als „Kranke“ den Genesungsprozess behindern kann. Die Stigmatisierung kann das Gefühl verstärken, sich in einer Opferrolle zu befinden, was wiederum zu passivem Verhalten führt

Dass man die Widerstandsfähigkeit eines einzelnen uniformierten Mitarbeiters als Grundlage für die Entwicklung der Richtlinien heranzieht, bedeutet freilich nicht, dass dem Arbeitgeber keine Verantwortung zukäme. Wie erwähnt, gibt es rechtliche, finanzielle und, wie mancher sagen würde, auch moralische Gründe dafür, weshalb ein Arbeitgeber sicherstellen sollte, dass uniformierten Mitarbeitern psychosoziale Betreuung zuteilwird. Die überwiegende Mehrheit der zu Rate gezogenen Experten ist sich darin einig, dass eine psychosoziale Betreuung in gewissem Umfang in der Verantwortung der jeweiligen Organisation liegt. Dennoch werden bislang das (finanzielle) Risiko und die Verantwortung für psychische Traumen von Arbeitgebern nicht ausreichend gewürdigt.

Drittens besteht auch ein Konsens über die Aufgaben, die dem Peer Support in den Richtlinien zugeschrieben wird. Peer Support sollte stets auf (praktische) Unterstützung angelegt sein, einen gesunden Genesungsprozess fördern und bei Bedarf auch eine Übergabe an professionelle Betreuung enthalten. Die Experten sind sich darin einig, dass diese nicht-medizinischen Aufgaben des Peer Support die Grundlage für die Festlegung von Aufgabe darstellen.

**Diskussion: Umfang von Peer Support, andere organisatorische Eingriffe sowie Timing der professionellen Betreuung**

Dass Peer Support ein wertvolles Instrument zur Prävention psychosozialer Traumen darstellt, ist unbestritten: sowohl die Literatur als auch die Experten sind sich hierin einig. Neben dem Peer Support gibt es jedoch auch noch andere Instrumente, die psychosozialen Traumen vorbeugen können. Die Beeinflussung der Glaubensstrukturen/Kultur in Organisationen, das Maß an Vertrauen unter direkten Kollegen und die Veränderung von Aufgaben oder des Einsatzes von Mitarbeitern sind nur ein paar Beispiele dafür, was eine Organisation tun kann, um Einfluss auf die Entwicklung psychosozialer Traumen zu nehmen.

Obwohl über die Aufgaben, die dem Peer Support in den Richtlinien zugeschrieben werden, Konsens herrscht, diskutiert man noch über die evtl. Hinzunahme einer therapeutischen Komponente zum Peer Support. In mehreren Ländern ist es bereits üblich, dass Peer Support Leistende auch die Therapie unterstützen. Ob dies nun wirksamer ist als ein Peer Support ohne therapeutische Komponente, lässt sich aufgrund der vorliegenden Recherche-Ergebnisse nicht definitiv beantworten. Hierbei könnte es sich durchaus um eines der Probleme handeln, die stark vom nationalen Kontext abhängen – was bei der Umsetzung der Richtlinien entsprechend berücksichtigt werden sollte.

Schließlich wird auch darüber diskutiert, ob Personen, die professionelle Betreuung leisten, ebenfalls involviert werden sollten. Und: sollte dies erst geschehen, nachdem Peer Support Leistende, die Mitarbeiter selbst oder deren Vorgesetzte sie hierum gebeten haben? Oder aber sollten sie automatisch verständigt werden, wenn besonders gravierende Ereignisse eingetreten sind und/oder ein Mitarbeiter bereits Symptome psychosozialer Traumen aufweist?

**Umsetzung**

Alles in allem besteht nach Durchsicht der vorhandenen Literatur und Befragung von Experten Einigkeit, dass die Richtlinien eine solide Grundlage zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter darstellen. Zur Umsetzung der Richtlinien sind zwei Dinge von elementarer Bedeutung. Zunächst – und wie ja auch aus der Diskussion hervorgeht – gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern; sie gilt es bei der Umsetzung der Richtlinien zu berücksichtigen. Dies bedeutet auch, dass die Richtlinien bei der Umsetzung auf nationaler Ebene ergänzt werden müssen. Zweitens hängt eine wirksame Umsetzung keineswegs nur von der Qualität der Richtlinien ab. Es ist sehr wichtig, einen Prozess einzuführen, der bei den zentralen Akteuren die gebührende Aufmerksamkeit und Rückendeckung für die Richtlinien schafft.



# Projektpartner und teilnehmende Experten

## Projektpartner

- City of Cologne, Germany (beneficiary)
- Centre of Psychotraumatology, Alexianer Krefeld GmbH, Germany
- Impact - Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, The Netherlands
- Charles University in Prague, Faculty of Philosophy, Czech Republic
- Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático (SEPET), Madrid, Spain
- Public Health Department, Düsseldorf, Germany

## An der Amsterdamer Konferenz teilnehmende Experten<sup>41</sup>

### Teilnehmer an der Amsterdamer Konferenz

Name des Teilnehmers	Land
Robert Bering	Germany
Hans te Brake	The Netherlands
Bruno Brito	Portugal
Michel Dückers	The Netherlands
Ira Helsloot	The Netherlands (only September 16)
Henriette Hoogendorp	The Netherlands
Leonie Hoijtink	The Netherlands
Eric Geerligns	The Netherlands (discussion leader)
Michaela Krlickova	Czech Republic
Henrik Lyng	Denmark
Josée Netten	The Netherlands
Brigit Nooij	The Netherlands
Lasse Nurmi	Finland
Paco Orengo Garcia	Spain
Ulrich Pasch	Germany
Gerd Puhl	Germany
Don Richardson	Canada
Magda Rooze	The Netherlands
Claudia Schedlich	Germany
Erik de Soir	Belgium
Axel Strang	Germany
Zuzana Vrbova	Czech Republic
Stephan Vymetal	Czech Republic
Dieter Wagner	Germany
Gisela Zurek	Germany

### Experten, die nicht an der Konferenz teilnahmen, aber den Fragebogen ausfüllten

Name des Teilnehmers	Land
David Alexander	Scotland (United Kingdom)
David E. Alexander	Italy
Irmtraud Beerlage	Germany
Jonathan Bisson	Wales (United Kingdom)
Chris Brewin	United Kingdom
Mark Creamer	Australia
Neil Greenberg	United Kingdom
Mark Walsh	United Kingdom

<sup>41</sup> Die Amsterdamer Konferenz fand am 16. und 17. September 2010 statt.

# Zusatzliteratur Präambel<sup>42</sup>

Brailey K, Vasterling JJ, Proctor SP, Constans JI, Friedman MJ: PTSD symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. soldiers: baseline findings from the neurocognition deployment health study. *J Trauma Stress* 2007, 20: 495-503.

Castro CC: Impact of combat on the mental health and well-being of soldiers and marines. *Smith College Studies in Social Work* (Haworth) 2009, 79: 247-262.

CREST (2003). The Management of post-traumatic stress disorders in adults. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestnl.org.uk>.

Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A: Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000, 73 ( Pt 1): 77-85.

Dowling FG, Genet B, Moynihan G, Cournos F, Goldfinger SM: A Confidential Peer-Based Assistance Program for Police Officers. *Psychiatric Services* 2005, 56: 870-871.

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, 41, 637-648.

Haagsma J, Smits I, Folmer T, Burger N, Hagelstein R. (2011) De prijs die je betaalt ... Politie: de kosten achter een hoog risicobe-roep. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Hattingh SP: A model for the training of peer debriefers in the emergency services. University of South Africa (South Africa): 2002. D Litt et Phil.

Impact. (2010). Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerde. Amsterdam: Impact.

Impact. (2008). Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Amsterdam: Impact.

Impact/Trimbos-instituut. (2007). Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.

Levenson RL, Jr., Dwyer LA: Peer support in law enforcement: past, present, and future. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5: 147-152.

Linton JC: Acute stress management with public safety personnel: Opportunities for clinical training and pro bono community service. [References]. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995, 566-573.

Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

Paton D: Posttraumatic growth in protective services professionals: Individual, cognitive and organizational influences. [References]. *Traumatology* 2005, 335-346.

Ryan K, MacLochlainn A: Establishment of a peer support program at St. Vincent's Hospital, Sydney. *Nursing Monograph* 1995, -5p.

Sharpley JG, Fear NT, Greenberg N, Jones M, Wessely S: Pre-deployment stress briefing: does it have an effect? *Occup Med (Lond)* 2008, 58: 30-34.

Soir, de E (1997) Traumatische stress en politie. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

Svensson A, Fridlund B: Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing* 2008, 16: 35-42.

<sup>42</sup> Diese Literatur wurde für die Präambel herangezogen. Ein Teil dieser Literatur, insbesondere fünf Publikationen, die in direktem Zusammenhang mit dem Thema Peer Support stehen, ist ein Zusatz zu den Guidelines for Psychosocial Support for Uniformed Workers (Richtlinien zur Psychosozialen Betreuung von Mitarbeitern in Uniform (2010)).

---

# Richtlinien

psychosoziale Betreuung  
von uniformierten

Mitarbeitern

*Detaillierte Zusammen-  
fassung und Empfehlungen*



## Impressum

Diese Zusammenfassung wurde von der Europäischen Kommission gefördert, N° 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP.

### Konzeption

Impact, *Niederländisches Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen.*

### Endredaktion

Hans te Brake, *PhD, Senior Policy Analyst für Forschung und Entwicklung bei Impact*

### Design

Burobraak, Amsterdam

### Druck

Wheel Printing, Katwijk

### Veröffentlichung

Januar 2012

### Teilnehmende Organisationen

Niederländische Polizei (Politie Nederland)

Nationale niederländische Landpolizei (Korps Landelijke Politiediensten – KLPD)

Niederländische Polizeiakademie (Politieacademie)

Polizeieinheit „Psychotraumatisches Diagnosezentrum“ (PDC)

Niederländische Vereinigung für Feuer- und Katastrophen- bekämpfung (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding – NVBR)

Niederländische Krankenrettung (Ambulancezorg Nederland – AZN)

Niederländische Meldezentrale für Krankenrettung (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)

Niederländisches Verteidigungsministerium

Königlich Niederländische Militärpolizei (Koninklijke Marechaussee)

Königlich Niederländischer Seenotrettungsdienst (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)

Königlich Niederländische Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM).

Niederländische Kammer der Allgemeinmediziner (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG)

Niederländische Gesellschaft für Arbeits- und Betriebsmedizin (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde – NVAB)

Niederländische Psychologenkammer (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)

Niederländische Gesellschaft für Psychiatrie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

Sicherheitsregion Rotterdam-Rijnmond (Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond)

### © 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ

Die Verwendung des Inhalts dieser Richtlinien als Erklärung oder unterstützendes Argument in Artikeln, Büchern und wissenschaftlichen Arbeiten ist unter der Voraussetzung gestattet, dass die Quelle eindeutig erwähnt wird.

Diese Publikation kann bei Impact, dem niederländischen Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen, bestellt werden.

Nienoord 5

1112 XE Diemen

Niederlande

+31 20 660 1901.

E-mail: [info@impact.arq.org](mailto:info@impact.arq.org).

Diese Zusammenfassung ist ebenso wie die vollständigen Richtlinien in niederländischer Sprache als PDF auf der Website von Impact per Download zugänglich: [www.impact.arq.org](http://www.impact.arq.org)

---

# Einführung

---

Für uniformiertes Notrettungspersonal – nachstehend als „uniformierte Mitarbeiter“ bezeichnet – besteht ein erhöhtes Risiko, sich plötzlich mit unerwarteten, intensiven, ja gewalttätigen Ereignissen auseinandersetzen zu müssen (Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2008). In den Niederlanden gibt es für die Organisationen uniformierter Dienstleister (englische Abkürzung: „USOs“) Bestimmungen für die psychosoziale Betreuung der eigenen Mitarbeiter. Diese erfolgt in der Regel durch Peer Support (bei dem Betroffene Betroffenen helfen).

Psychosoziale Betreuung uniformierter Mitarbeiter muss im Einklang mit den neuesten, nachweislich wirksamen und einsetzbarsten Praktiken erfolgen. Realisierung, Umsetzung und Monitoring der psychosozialen Interventionen sind in der Praxis allerdings oft abhängig von den von den USOs gewonnenen Einblicken, den einzelnen Dienstleistern und manchmal auch von dem kommerziellen Unternehmen. Dies bedeutet, dass Interventionen verschiedener Form angeboten werden und den uniformierten Mitarbeitern nicht immer eine optimale Betreuung zuteilwird. Manchmal werden Interventionen veranlasst, die zuvor nie auf den wissenschaftlichen Prüfstand gestellt wurden oder, was noch schlimmer ist, deren Unwirksamkeit oder Ineffizienz die Forschung enthüllt hat.

Die niederländische Regierung, die betreffenden USOs sowie das involvierte Fachpersonal aus dem Bereich der psychischen Gesundheit empfanden die Notwendigkeit der Festlegung eines eindeutigen Standards. Dazu wurden in Zusammenarbeit mit Polizei, Feuerwehr, Rettungsdiensten, Verteidigungsministerium und Rettungspersonal die beweisbasierten, fachgebietsübergreifenden Richtlinien zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter entwickelt (Impact, 2010). Diese Richtlinien beschreiben die Art und Weise, auf die USOs eine optimale psychosoziale Betreuung für ihre Mitarbeiter leisten können. Sie enthalten auch Empfehlungen für die Mitarbeiter selbst, zum Peer Support, für Vorgesetzte und für die Unternehmensleitung.

Die oben erwähnten Organisationen akzeptieren die Richtlinien als Standard zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter nach Schockerlebnissen. Damit ist die Arbeit aber noch lange nicht getan. Dem müssen auch Schritte folgen, um die Empfehlungen innerhalb der einzelnen USOs umzusetzen. Die Richtlinien werden zur (Weiter-)Entwicklung von Verfahren und Protokollen zur psychosozialen Betreuung eingesetzt. Es ist wichtig, diesen Prozess der praktischen Umsetzung zu überwachen, damit man Input für die im Jahr 2016 geplante neuerliche Prüfung erhält. Durch Anpassung von Richtlinien an nach und nach erhaltene Einblicke schließt man die Lücke zwischen Theorie (d. h. dem, was getan werden sollte) und Praxis (d. h. dem, was derzeit praktiziert wird).

## Über diese Zusammenfassung

Der vorliegende Text ist eine englische Zusammenfassung der auf Niederländisch abgefassten, fachgebietsübergreifenden Richtlinien zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter (Impact, 2010). Unseres Wissens nach gibt es bis dato keine systematischen, beweisbasierten Richtlinien zur optimalen psychosozialen Betreuung in USOs; eine vergleichbare Initiative ergriff jedoch das „Australian Centre for Posttraumatic Mental Health“, das unter Verwendung der Delphi-Methode Richtlinien zu einer Reihe von Fragen rund um das Thema Peer Support entwickelte.<sup>1</sup>

Die in dieser Zusammenfassung beschriebenen Richtlinien wurden zwar innerhalb der Niederlande entwickelt – ihre grundlegenden Prinzipien und Empfehlungen jedoch sind auch in einem breiteren, internationalen Kontext relevant. Darüber hinaus basieren die Richtlinien auf internationaler wissenschaftlicher Literatur. Dadurch, dass die niederländischen Richtlinien nun dem internationalen Publikum zugänglich gemacht werden, erfolgt ein Anreiz zur Förderung der Entwicklung von (bzw. der Forschung zum Thema) psychosoziale Betreuung in USOs, sowie vielleicht auch zur Entwicklung international akzeptierter Richtlinien.

Diese Zusammenfassung besteht aus zwei Teilen:

- Teil A beschreibt Hintergrund und methodologische Entwicklung der Richtlinien.
- Teil B fasst die Richtlinien zusammen. Ein umfassender Überblick sämtlicher (aller 55) Empfehlungen der Richtlinien findet sich in Anhang 3.

Dieses Dokument enthält auch eine vollständige Referenzliste. Diese Literaturgrundlage wurde zur Ausarbeitung der Richtlinien herangezogen. In der vorliegenden Zusammenfassung wird nicht auf alle Referenzen Bezug genommen. Auf spezifische Erwägungen zum niederländischen Kontext und speziellen Regionen in den Niederlanden wurde für diese Zusammenfassung ebenso verzichtet wie auf die Erwähnung praktischer Beispiele.

<sup>1</sup> Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Januar 2011. Entwicklung von Richtlinien über Peer Support anhand der Delphi-Methode.

# A Richtlinien Hintergrund

Erstellt wurden die *Richtlinien zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter* (nachstehend als „die Richtlinien“ bezeichnet) auf Anfrage des Niederländischen Ministeriums für Sicherheit und Justiz (dem früheren *Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*, Generaldirektion für Sicherheit). Die Entwicklung erfolgte durch Impact, das niederländische Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen. Die Qualitätssicherungsstelle der Niederländischen Gesellschaft für Arbeits- und Betriebsmedizin und das Trimbos-Institut standen während der Entwicklung methodologisch mit Rat und Tat zur Verfügung.

Es wurden eine fachgebietsübergreifende Projektgruppe und ein Lenkungskreis gebildet. Die Mitglieder dieser Gruppen vertraten die betreffenden USOs und die vier Berufsverbände des Fachpersonals für psychosoziale Betreuung (ein Überblick aller beteiligten USOs findet sich in Anhang 1). Aufgabe des Lenkungskreises war es, die erzielten Fortschritte zu überwachen und sein Einverständnis zur Qualität des erzielten Endergebnisses zu geben.<sup>2</sup> Die Projektgruppe lieferte Input zur Entwicklung der Richtlinien und der Formulierung entsprechender Empfehlungen.<sup>3</sup> Während der Erstellung der Richtlinien gab es ständigen Kontakt und Absprache zwischen der Projektgruppe und dem Lenkungskreis. Darüber hinaus wurden bei Bedarf kleinere Untergruppen zur detaillierten Erörterung spezieller Fragen gebildet.

Die Entwicklung der Richtlinien erfolgte nach der Methode der Beweisbasierten Richtlinien-Entwicklung (niederl. „Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling“, kurz „EBRO“). Ausgangspunkt: eine Reihe von „Startfragen“ auf Grundlage einer ersten Liste von Fragen bzw. Problemen, die bei der Betreuung von uniformierten Mitarbeitern nach Unglücksfällen und Schockerlebnissen auftauchten. Diese Startfragen deckten ein ganzes Spektrum von Aspekten ab, u. a. auch die Beschaffenheit und Ziele der Richtlinien (Definition der Zielgruppe, Beschreibung der Fälle, für die die Richtlinien gelten sollen), die tatsächlich erfolgende Betreuung (bei Prävention, Akutbehandlung und Nachsorge) sowie auch das Thema Monitoring. Insgesamt wurden 34 Startfragen formuliert.

Auf Grundlage der Startfragen erfolgte dann eine erste Literaturrecherche, später auch eine „allgemeinere“ Suche zur Klärung zusätzlicher Fragen aus Projekt und Lenkungskreis. Details zur durchgeführten Literaturrecherche finden sich in Anhang 2. Die Bewertung der Qualität der verwendeten Artikel erfolgte durch Einsatz von Checklisten der EBRO-Plattform (Manual for Work Group Members CBO 2005); dem schloss sich eine Bewertung der methodologischen Qualität an.

<sup>2</sup> orsitzender des fachbereichsübergreifenden Steuerungskreises war Niek Klazinga, Professor für Sozialmedizin am Academic Medical Centre (AMC) in Amsterdam. Den stellvertretenden Vorsitz hatte Professor Jan Swinkels inne; der Psychiater ist ebenfalls am AMC und hält im Gesundheitssektor Vorträge über die Entwicklung von Richtlinien.

<sup>3</sup> Den Vorsitz der fachbereichsübergreifenden Projektgruppe hatte Dr. Menno van Duin inne; er ist Dozent für Krisenmanagement am Niederländischen Institut für Sicherheit (NIFV).

Die Projektgruppe fand heraus, dass sich die verfügbare und eingesehene wissenschaftliche Literatur primär dem Thema der posttraumatischen Belastungsstörung („posttraumatic stress disorder“, kurz „PTSD“) widmet. Obwohl es nach Unglücksfällen, terroristischen Akten und anderen Schockerlebnissen zu einer PTSD kommen kann, möchte die Projektgruppe betonen, dass es noch verschiedene andere psychologische Folgeerscheinungen gibt, denen die Literatur weniger Aufmerksamkeit schenkt. Hierzu zählen u. a. depressive Störungen, Angststörungen, medizinisch unerklärbare physische Symptome (Abk. „MUPS“) und Drogenmissbrauch.

Bei der Formulierung spezifischer Empfehlungen sind neben wissenschaftlichen Beweisen oft auch andere Aspekte von Bedeutung, so z. B.: aktuelles Vorgehen, Kosten, kulturelle Präferenzen, Verfügbarkeit von Ressourcen sowie organisatorische Aspekte. Diese anderen Erwägungen wurden in der Projektgruppe systematisch erfasst. Darüber hinaus wurden sechs Fokusgruppen-Meetings auf verschiedenen Ebenen innerhalb der jeweiligen Institution organisiert (Führungsebene, operative Führungskräfte, Peer Support, uniformierte Mitarbeiter), um eine bessere und direktere Erfassung der bestehenden Praktiken zu gewährleisten. Die Fokusgruppen waren besonders hilfreich dabei, die (oftmals impliziten) Überlegungen hinter den Meinungen und dem Input der Teilnehmer festzustellen.

Auf Grundlage der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse im Verein mit anderen Erwägungen der Mitglieder der Projektgruppe wurden beweisbasierte Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen formuliert. Zu Startfragen, die mangels klarer Beweise oder widersprüchlicher Meinungen innerhalb der Projektgruppe nicht thematisierbar waren, erfolgten Empfehlungen für weitere Nachforschungen. Ein vollständiger Überblick sämtlicher Empfehlungen findet sich in Anhang 3 dieser Zusammenfassung.

Untersuchungen zeigen, dass bei der Entwicklung von Richtlinien einer planvollen, strukturierten Umsetzung nur geringe Aufmerksamkeit gewidmet wird (Fleuren et al., 2009). Während der Entwicklung der hier vorgestellten Richtlinien wurde jedoch schon früh auf das Thema Umsetzung geachtet. Es gab einen „Verwendbarkeitstest“, bei dem wichtige Empfehlungen des Entwurfs der Richtlinien auf ihre praktische Anwendbarkeit getestet wurden. Dabei erhielten uniformierte Mitarbeiter Informationen zu den wichtigen Empfehlungen sowie eine Checkliste der Indikatoren. Dann wurde die Anwendbarkeit dieser Indikatoren in Verbindung mit einem Fall aus der Praxis diskutiert.

Der Entwurf der Richtlinien wurde den Mitgliedern der Projektgruppe mit Bitte um Abgabe von Kommentaren und zur Genehmigung vorgelegt. Darüber hinaus wurden in dieser Phase zahlreiche andere Organisationen mit der Bitte zu Rate gezogen, Kommentare zum Entwurf der Richtlinien abzugeben (siehe Anhang 1). Nach Erfassung sämtlicher Kommentare und Ergebnisse des Verwendbarkeitstests formulierte man die Richtlinien in ihrer endgültigen Form; dann erfolgte die Genehmigung durch die zuständigen Organisationen.



# B Richtlinien Zusammenfassung

Abbildung 1 zeigt die wesentliche Herangehensweise der Richtlinien an die psychosoziale Betreuung uniformierter Mitarbeiter. Diese Herangehensweise basiert auf einem Prozessmodell zur psychosozialen Betreuung, das in den Niederlanden zur psychologischen Betreuung von Zivilpersonen eingesetzt wird; diesen Ansatz verwenden aber auch die niederländischen Streitkräfte. Ein wichtiges Ausgangsprinzip dieses Modells ist die Fähigkeit des Menschen, seine eigene Genesung voranzutreiben, sowie der zeitlich versetzte Einsatz professioneller Hilfe zur Unterstützung dieses Prozesses.

Abbildung 1



Das Modell geht davon aus, dass die Betreuung uniformierter Mitarbeiter bei der betreffenden Person selbst beginnt. Im Mittelpunkt des Modells steht der uniformierte Mitarbeiter, der Verantwortung für seine eigene Gesundheit trägt. Sofern dies erforderlich ist, findet er in den umstehenden Kreisen weitere Unterstützung. Je weiter man in Richtung zu den äußeren Kreisen gelangt, desto professioneller die verfügbare Hilfe. Im ersten Kreis stehen Familie, Freunde und Kollegen. Im zweiten Kreis findet sich Unterstützung, die zwar nicht der professionellen psychologischen Betreuung zugerechnet werden kann, aber aus Vorgesetzten oder organisiertem Peer Support besteht. Der dritte Kreis entspricht der Primärversorgung; Allgemeinmediziner und Sozialarbeiter können in diesem Kreis Lösungen und Behandlungen anbieten. Kommt es zu schwerwiegenden psychiatrischen oder psychosozialen Problemen, sollte der Betroffene sich professionelle (traumaspezifisch) psychologische Hilfe aus dem vierten Kreis holen (Gersons, 2005).

Der Einflussbereich einer USO liegt primär in den inneren Kreisen (0, 1 und 2). Eine psychosoziale Betreuung sollte innerhalb dieser Kreise erfolgen; dies stärkt das Selbstvertrauen der betreffenden Person (Impact/Trimbos, 2007). Drei Phasen lassen sich bei der psychosozialen Betreuung nach Schockerlebnissen unterscheiden; sie lassen sich mit dem oben stehenden Kreismodell in Einklang bringen (Mrazek & Haggerty, 1994).

- 1 *Vorbereitung: Auswahl, Informationen und Training (Prävention) (Kreise 0 und 1 des Modells)*  
Im Mittelpunkt dieser Phase stehen Interventionen/Maßnahmen, bevor eine Person die Exposition (Schockereignis) erlebt; hierzu gehören auch Auswahl und Training uniformierter Mitarbeiter sowie deren Versorgung mit Informationen. In dieser Phase wird auch die Rolle der USO behandelt.
- 2 *Peer Support und Monitoring (Kreise 1 und 2 des Modells)*  
Thema dieser Phase ist der erste Support nach Eintreten eines Schockerlebnisses. Ebenfalls zu dieser Phase zählen Aktivitäten des organisierten Peer Support (wie z. B. Peer Support-Teams innerhalb der betreffenden Organisation) und die Rolle von Vorgesetzten.
- 3 *Übergabe an Betreuung durch psychologisches Fachpersonal (Kreise 2, 3 und 4 des Modells)*  
Thema dieser Phase ist die Bereitstellung von Betreuung durch professionelles (psychologisch geschultes) medizinisches Fachpersonal, falls eine solche erforderlich sein sollte.  
Im Folgenden wird jede dieser Phasen detaillierter beschrieben.

Im Folgenden wird jede dieser Phasen detaillierter beschrieben.

## Vorbereitung: Auswahl, Informationen und Rolle der Organisation

Psychosoziale Betreuung uniformierter Mitarbeiter beginnt schon mit einem umsichtigen Vorgehen bei deren Einstellung. Hierzu gehört, dass innerhalb der USO auch Faktoren Aufmerksamkeit geschenkt wird, die die psychologische Widerstandsfähigkeit fördern: u. a. durch Formulierung eines motivierenden Mission Statement, In-Aussicht-Stellen von Karrierechancen, sozialem Support, Feedback und Evaluierung durch Teamwork und inspirierende Führungsarbeit. Darüber hinaus sollte auch der Senkung von Risikofaktoren – wie z. B. übermäßiger Arbeitsbelastung, emotional anstrengenden Tätigkeiten sowie Ungerechtigkeit in Verfahren und Beziehungen innerhalb der USO –gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden (Dowden und Tellier, 2004; Niederländisches Zentrum für Berufskrankheiten (NCvB), 1999; Sozial- und Wirtschaftsrat der Niederlande (SER), 2009; Walburg, 2008).

Das Spektrum möglicher Reaktionen auf Schockerlebnisse ist breit (Impact/Trimbos, 2007); sie können auch noch Jahre nach dem betreffenden Zwischenfall auftreten (Benedek et al., 2007; Forbes et al., 2007; Morren et al., 2007; Witteveen et al., 2007; Bills et al., 2008). Mögliche psychosoziale Folgen von Schockerlebnissen uniformierter Mitarbeiter sind: dysfunktionales Verhalten, Angstbeschwerden, gehäuftes Nichterscheinen am Arbeitsplatz, gesteigerter Drogenkonsum, Probleme im Privatleben, emotionaler Rückzug, akutes Stresssyndrom, PTSD, depressive Störungen, Schlafstörungen, Konflikte am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit. Leider gibt es keine ausreichend präzisen Instrumente, um ein Screening auf „psychische Anfälligkeit“ zu empfehlen (Heslegrave und Colvin 1998; Jones et al., 2003; Wesseley, 2005; Rona et al., 2006). Forschungen über Stress-Management-Training für uniformierte Mitarbeiter haben ergeben, dass entsprechende Trainingsprogramme keinen nennenswerten Einfluss auf die Entwicklung von Störungen nach einer Exposition (Schockerlebnisse) haben (Deahl et al., 2000; Cigrang et al., 2003; Williams et al., 2004; Williams et al., 2007).

Faktoren, die bei der Entwicklung psychosozialer Probleme eine Rolle spielen, sind u. a. der Grad, in dem eine Person potenziell schockierenden Ereignisse ausgesetzt war (Exposition), Zufriedenheit mit der Arbeit und Engagement, arbeitsspezifische Probleme (Mangel an Sicherheit, Unsicherheit bzgl. der eigenen Rolle), physische Verletzungen und (gesellschaftliche) Anerkennung bzw. Kritisiertwerden der entsprechenden Handlung. Mit Blick auf Letzteres kann auch den Medien eine wichtige Rolle zukommen. Der uniformierte Mitarbeiter muss auf (negative) Reaktionen von außen sowie auf die Möglichkeit vorbereitet sein, dass es nach dem Ereignis zu weiteren Untersuchungen kommt (Koren et al., 2006; Richter et al., 2006; Forbes et al., 2007; MacGregor et al., 2009). Dies gilt auch für den Umgang mit Aggressionen. In den Niederlanden sind aggressive Akte Unbeteiligter gegenüber Uniformierten anscheinend auf dem Vormarsch; dieses Thema erhält derzeit viel Aufmerksamkeit in den Medien. Auf diesen Trend haben die USOs durch Aufnahme des Themas in ihre Trainingsagendas reagiert. Eine Literaturstudie (Richter et al., 2006) deutet darauf hin, dass Schulungen im Umgang mit Aggression in den Pflegebereichen für psychisch Kranke und Behinderte das Wissen über den Umgang mit Gewalt verbessert und das Vertrauen in die eigenen Fähig-

keiten in diesem Bereich stärkt. Zusätzlicher Effekt, der eintritt, wenn USOs Aggressionstrainings anbieten: es wird signalisiert, dass die Sicherheit der uniformierte Mitarbeiter ein Thema ist, das ernst genommen wird.

Durch Bereitstellen psychologischer Informationen kann man uniformierten Mitarbeitern helfen, sich adäquat mit Schockerlebnissen auseinanderzusetzen. Im Mittelpunkt solcher Informationen steht die Steigerung des praktischen Selbstvertrauens uniformierter Mitarbeiter. In dieser Hinsicht wichtig ist, dass das (Schock-)Ereignis angenommen und als solches erkannt wird. Psychologische Informationen betonen darüber hinaus die Wichtigkeit von Aspekten wie Einnehmen einer aufmerksamen Beobachtungshaltung (welche Reaktionen sind normal, wann besteht Anlass zur Besorgnis?) und durch Förderung von adäquatem Verhalten, wenn nach Hilfe gesucht wird. Diese Informationsform sollte aber nicht erst direkt nach einem Zwischenfall bereitgestellt werden – vielmehr sollte die Aufmerksamkeit des Mitarbeiters schon früher hierauf gelenkt werden (z. B. in der Trainingsphase).

## Organisierter Peer Support und Monitoring

Es besteht breiter Konsens über die Nützlichkeit der Bereitstellung eines unterstützenden Kontextes zur Vermeidung des Auftretens psychosozialer Probleme (CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007). Innerhalb einer USO kann dieser Kontext auch von den uniformierten Mitarbeitern selbst angeboten werden. Ein solcher „organisierter Peer Support“ kann dabei helfen, das soziale Netzwerk zu mobilisieren, trägt zu einer offenen Arbeitskultur bei, vereinfacht das Finden professioneller Hilfe und hat eine Signal- und Übergabefunktion, falls professionelle Hilfe erforderlich ist. Organisierter Peer Support ist zudem in den meisten, vielleicht sogar in allen USOs umsetzbar und steht im Einklang mit der aktuellen Praxis (Broersen und Bos, 2002).

Aufgabe des organisierten Peer Supports ist die Unterstützung von Kollegen, die ein Schockereignis durchlebt haben. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe sind folgende Aspekte zu beachten:

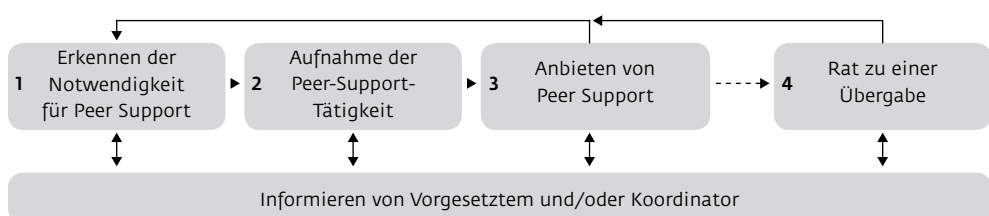
- 1 Bereitstellung praktischer Unterstützung;
- 2 nregen eines gesunden Genesungsprozesses;
- 3 Früherkennung möglicher (psychosozialer) Probleme und rechtzeitige Übergabe an entsprechend geschultes Personal;
- 4 Monitoring des Genesungsprozesses;
- 5 Aktivierung des sozialen Netzwerkes;
- 6 Aufmerksamkeit für (negative) Reaktionen aus dem Umfeld. .

Bei der Durchführung von organisiertem Peer Support lassen sich vier Schritte unterscheiden:

- 1 Erkennen der Notwendigkeit des Einsatzes von Peer Support (d. h. Anerkennen der Tatsache, dass man einem Schockerlebnis ausgesetzt war, also eine Exposition stattgefunden hat);
- 2 Bitte um Peer Support/Ernennung einer Person, die Peer Support leistet;
- 3 Unterstützung eines Kollegen im Einklang mit den oben erwähnten Aspekten;
- 4 bei Bedarf: Gespräch mit dem uniformierten Mitarbeiter, in dem ihm zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe geraten wird.

Diese Schritte sind in Abbildung 2 dargestellt. Durch wiederholtes Bereitstellen von Support und aufmerksames Beobachten des Wohlbefindens des uniformierten Mitarbeiters wird ein strukturiertes Monitoring erreicht. Darüber hinaus ist es wichtig, dass der Vorgesetzte darüber informiert wird, dass der betroffene uniformierte Mitarbeiter Peer Support erhält, da der Vor-

**Abbildung 2**



gesetzte ja für die Gesundheit des Personals mitverantwortlich ist (betont werden sollte an dieser Stelle, dass keine Informationen über das in den Gesprächen mit Peer-Support-Teilnehmern Gesagte weitergegeben werden dürfen).

Der Vorgesetzte ist mitverantwortlich für die Gesundheit des Personals (wichtig: es werden keine Informationen über das in den Gesprächen mit Peer-Support-Teilnehmern Gesagte weitergegeben).

Es gibt Unterschiede zwischen den einzelnen (*aber auch innerhalb*) der USOs hinsichtlich der Kriterien, die eingesetzt werden, um die Notwendigkeit des Leistens von Peer Support zu erkennen. Dennoch wurde basierend auf einer Aufstellung der verschiedenen eingesetzten Kriterien eine allgemeine Liste gängiger „Einsatzkriterien“ erstellt; diese sind:

- ernsthafte Verletzung oder Bedrohung (v. a. wenn Kinder beteiligt sind);
- Beteiligung von Familie oder Kollegen des uniformierten Mitarbeiters;
- Gefühl der Hilflosigkeit beim uniformierten Mitarbeiter;
- der uniformierte Mitarbeiter signalisiert von sich aus das Bedürfnis nach Unterstützung;
- Gewalt gegen uniformierte Mitarbeiter.

Es wird den USOs geraten, sich an diese grundlegenden Kriterien zu halten und sie bei Bedarf um zusätzliche, spezifische Einsatzkriterien zu ergänzen.

Die Entdeckung psychosozialer Probleme (durch Kollegen, Peer Support Leistende oder Vorgesetzte) kann auch während des Debriefings nach Einsätzen erfolgen. Dabei handelt es sich um ein nach einem Ereignis erfolgendes Gespräch, bei dem die Operation noch einmal durchgegangen wird und es hauptsächlich um das Sammeln von Tatsachen geht; die Betonung liegt hierbei nicht auf der emotionalen Erfahrung, da andere Interventionsformen hierbei als zielführender gelten. Ein solches Debriefing ist vielmehr wichtig, um Sachfragen zu klären (also die Teile des „Puzzles“ eines Einsatzes zusammenzusetzen) und dient der Vermeidung von Fehlern bei zukünftigen Einsätzen.

Es ist wichtig, dass der uniformierte Mitarbeiter Gelegenheit erhält, seine eigene Geschichte zu erzählen, in der auch Emotionen ihren Platz haben. Abgeraten wird jedoch von einem „Bohren“ nach Gefühlen und Emotionen kurz nach einem Zwischenfall, wie es in der Praxis des „psychologischen Debriefing“ üblich ist, das wie folgt definiert ist: *„In Einzelsitzungen erfolgende psychologische Intervention, in der es in gewissem Grad um die Aufarbeitung, neutliches Durchleben oder Erinnern an das Trauma und die darauf folgenden emotionalen Reaktionen geht“* (Rose et al., 2002). Forschungen haben ergeben, dass entsprechende Interventionen nicht wirken; es gibt sogar Grund zu der Annahme, dass sie die psychosozialen Folgen weiter verschlimmern (Rose et al., 2002; Sijbrandij et al., 2006; Morren et al., 2007; Roberts et al., 2009). Obwohl diese Schlussfolgerungen auf Nachforschungen bei der allgemeinen Bevölkerung basieren, gibt es keinen begründeten Anlass zu der Annahme, dass die psychologische Erstversorgung für USOs anders ausfallen sollte (Peñalba et al., 2008; Jones et al., 2003; Greenberg et al., 2008). Von der Anwendung der bei psychologischen Debriefings eingesetzten Techniken wird daher abgeraten.

Faktisch besteht organisierter Peer Support aus einem Erstgespräch, an das sich weitere Gespräche anschließen, falls dies für erforderlich befunden wird. Das Timing des Erstgesprächs mit einem Peer Support Leistenden ist wichtig. Erfolgt es zu schnell nach dem Zwischenfall, kann sich dies negativ auf den natürlichen Genesungsprozess auswirken (siehe hierzu auch den vorherigen Kommentar zum Thema psychologisches Debriefing). Darüber hinaus ist wichtig, dass der uniformierte Mitarbeiter nicht über einen zu langen Zeitraum im System des Peer Support „gehalten“ wird – ist professionellere (psychologische) Hilfe erforderlich, sollte die Person die entsprechende Hilfe so bald wie möglich erhalten. Daher wird empfohlen, maximal drei Gespräche zu führen; bestehen danach die Probleme weiter, ist dem uniformierten Mitarbeiter die Aufnahme eines Kontakts mit professioneller Hilfe zu raten. Peer-Support-Gespräche lassen sich in etwa in folgenden Zeitabständen abhalten: Erstgespräch einige Tage nach dem Zwischenfall, ein zweites (sofern erforderlich) nach vier bis sechs Wochen und ein drittes (sofern erforderlich) nach drei Monaten. Obwohl alle oben aufgeführten Einzelheiten zum Aufbau von Peer-Support-Systemen in USOs von essentieller Wichtigkeit sind, sollte dies aber nicht von einer zentralen Forderung ablenken: dem Vorhandensein einer Arbeitskultur, in der das Sprechen über seine Emotionen akzeptiert wird, und in der es (jederzeit) Raum zum Erzählen der eigenen Geschichte gibt.

Kompetenzen, die für an organisiertem Peer Support Teilnehmende wichtig sind, und auf die es bei Auswahl und Training zu achten gilt:

- kommunikative Fähigkeiten;
- Fähigkeit zum Zuhören;
- Empathie;
- robuste, durchsetzungsfähige Persönlichkeit;
- Unabhängigkeit;
- Zuverlässigkeit/Diskretion.

Das Monitoring uniformierter Mitarbeiter, die einem Schockerlebnis ausgesetzt waren, ist wichtig zur rechtzeitigen Entdeckung psychosozialer Probleme. Obwohl zu diesem Zweck in der Vergangenheit kurze Screening-Fragebögen eingesetzt wurden (NICE, 2005; Forbes et al., 2007), wird davon abgeraten, die eigentlichen Peer-Support-Gespräche mit klinisch validierten Screening-Listen durchzuführen – der Einsatz solcher Listen ist professionellem (psychologisch geschultem) Fachpersonal vorbehalten. Die auf Screening-Listen thematisierten Punkte können bei Peer-Support-Gesprächen aber als Ausgangspunkt oder zur Orientierung dienen.

Zu den Aufgaben von Vorgesetzten gehört das Erkennen von Problemen, die ihre uniformierten Mitarbeiter haben. Hierzu benötigen sie spezifisches Wissen und bestimmte Fähigkeiten (Forbes et al., 2007; Fuoppala et al., 2008). Vorhanden sein sollten mindestens Kenntnisse folgender Aspekte:

- Wissen über Wirkungen traumatischer Ereignisse auf Menschen und ihr soziales Umfeld;
- Fähigkeiten zur Frühentdeckung psychosozialer Probleme;
- Kenntnisse zum Verlauf des Genesungsprozesses;
- Kenntnis von Faktoren, die den Genesungsprozess beeinflussen;

- Kenntnis der möglichen (temporären) Folgen für die Einsatzfähigkeit einer Person;
- Kenntnis der zu ergreifenden Maßnahmen bei traumabedingten Absenzen des Mitarbeiters;
- Kenntnis der Möglichkeiten praktischer und sozialer Unterstützung;
- Kenntnis des Einsatzes von und des möglichen Bedarfs von Anpassungen bei den Arbeitsaktivitäten;
- Kenntnis der Bestimmungen für (professionelle psychologische) Betreuung innerhalb der USO;
- Fähigkeiten zur Unterstützung des uniformierten Mitarbeiters;
- Kenntnis von Aufgaben, Organisation und Funktionsweise des Peer-Support-Systems und der Einsatzweise von Peer Support;
- bei Feststellung (gravierender) psychiatrischer Probleme: Fähigkeit, den uniformierten Mitarbeiter zur Inanspruchnahme professioneller Betreuung zu motivieren.

Organisiertem Peer Support sollte in jeder USO ein ganz besonderer Platz zukommen. Die Koordinationsaufgaben – Monitoring und Bewertung der Peer-Support-Aktivitäten – liegen im Idealfall in der Hand einer einzigen Person. Dies verhindert eine fragmentierte Umsetzung der wahrzunehmenden Aufgaben. Ein „Registrierungssystem“, das für jeden uniformierten Mitarbeiter Aufzeichnungen über Zwischenfälle führt, an denen der/die Betreffende zugegen war, kann ebenfalls dazu beitragen, das Peer-Support-System effektiver zu gestalten. Bei der Einführung eines Registrierungssystems gilt es aber auch, sorgfältig auf vorhandene Datenschutzbestimmungen zu achten. Die im Peer-Support-Gespräch ausgetauschten Informationen sollten vertraulich sein und bleiben.



## Einsatz professioneller Betreuung

Rechtzeitige Erkennung und Übergabe von Mitarbeitern, die wegen Angst und/oder depressiven Störungen nicht mehr am Arbeitsplatz erscheinen, an geschultes Fachpersonal, senkt die Beschwerden und führt zu einer schnelleren Rückkehr an den Arbeitsplatz (Rebergen et al., 2009). Hier gelangt das Prinzip der „psychologischen Triage“ zur Anwendung (Impact/Trimbos, 2007). „Psychologische Triage“ bedeutet, dass nach einem Schockerlebnis unterschieden werden sollte zwischen: 1) Menschen, die sich ohne Hilfe wieder erholen; 2) Menschen, bei denen das Risiko besteht, dass sie schwerere, chronische Beschwerden entwickeln, und 3) Menschen, die eindeutige Anzeichen für einen gestörten Genesungsprozess aufweisen und die direkt Betreuung durch psychologisches Fachpersonal benötigen. Für Gruppe 1 und 2 wird während der ersten vier bis sechs Wochen das Einnehmen einer aufmerksamen Beobachtungshaltung empfohlen. Darüber hinaus ist in dieser Phase ein unterstützender Kontext besonders wichtig (NICE, 2005, Impact/Trimbos, 2007). Zur Unterscheidung zwischen den verschiedenen Gruppen sind folgende Anzeichen/Signale eines gestörten Genesungsprozesses relevant:

- störende Erinnerungen an oder Träume von dem Ereignis;
- Aufgewühltsein durch immer wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis;
- physische Stressreaktionen;
- Vermeidungsverhalten, Nichterscheinen am Arbeitsplatz;
- Schlafstörungen;
- erhöhte Reizbarkeit oder schnelles „In-die-Luft-Gehen“;
- übersteigerte Alarmbereitschaft;
- Stimmungsschwankungen;
- Konzentrationsprobleme;
- gesteigerter Alkoholkonsum oder Medikamentenmissbrauch;
- Unfähigkeit zu „funktionieren“ (am Arbeitsplatz und privat);
- Angst und Scham.

Weist ein uniformierter Mitarbeiter eine alarmierend große Anzahl der oben genannten Anzeichen/Signale auf, sollte er Kontakt mit professioneller psychologischer Betreuung aufnehmen.

Schließlich wird empfohlen, auch Gebrauch von den vorhandenen Richtlinien und Protokollen im Bereich Support und psychosoziale Nachsorge (wie z. B. beschrieben in Trimbos/Impact, 2007, NICE, 2005) zu machen. Es ist wichtig, dass eine USO weiß, welche Behandlungen zur Verfügung stehen.

# Literaturliste

- Aardal-Eriksson, E., Eriksson, T. E., Holm, A. C., & Lundin, T. (1999). Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiat*, *46*, 850-855.
- Alvarez, J. & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress*, *18*, 497-505.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, H. S., Christensen, A. K., & Odden Petersen, G. (1991). Post-traumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Res*, *1*, 245-251.
- Barrett, G. V., Polomsky, M. D., & McDaniel, M. A. (1999). Selection tests for firefighters: A comprehensive review and meta-analysis. *J Bus Psychol*, *13*, 507-514.
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annu Rev Publ Health*, *28*, 55-68.
- Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J. et al. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mt Sinai J Med*, *75*, 115-127.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD003388.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, *68*, 748-766.
- Broersen, S. & Bos, J. (2002). *Samenwerking als waarborg. De bescherming van hulpverleners tijdens en na rampen en zware ongevallen.* Leiden: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Trauma Stress*, *9*, 51-62.
- Cigrang, J. A., Carbone, E. G., & Lara, A. (2003). Four-year prospective study of military trainees returned to duty following a mental health evaluation. *Mil Med*, *168*, 710-714.
- Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: effect on graduation rates. *J Occup Health Psychol*, *5*, 48-55.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol*, *38* ( Pt 3), 251-265.
- CREST (2003). *The Management of post-traumatic stress disorders in adults.* Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>
- Cronin, M., Ryan, D., & Brier, D. (2007). Support for staff working in disasters situations: A social work perspective. *Int Soc Work*, *18*, 541-545.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol*, *73* ( Pt 1), 77-85.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L. et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiat*, *68*, 1639-1647.
- Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R. et al. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 861-865.
- Dirkzwager, A. J., Grievink, L., Velden, P. G. van der, & Yzermans, C. J. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Br J Psychiat*, *189*, 144-149.
- Dirkzwager, A. J., Yzermans, C. J., & Kessels, F. J. (2004). Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in a disaster: a longitudinal study among rescue workers. *Occup Environ Med*, *61*, 870-872.
- Dowden, C. & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in core-tional officers: A meta-analysis. *J Crim Just*, *32*, 31-47.
- Ebell, M. H. (2007). Screening instruments for post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, *76*, 1848-1849.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, *38*, 319-345.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress*, *18*, 541-545.
- Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *Am J Psychiat*, *155*, 934-938.
- Elten, M. L. v. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychotherapy*, *5*, 126-144.
- Everly, G. S., Jr. & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 211-225.
- Flannery, J. & Everly, J. (2000). Crisis intervention: A review. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 119-125.
- Fleuren, M., Keijsers, J., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L. et al. (2009). *Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument.* Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/CBO/Trimbos-instituut.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York, Guilford Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J. et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, *41*, 637-648.

- Gersons, B. P. R. (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies*. Den Haag, Ministerie van Defensie.
- Gevers, J. K. M. & Aalst, A. van (1998). *De rechter en het medisch handelen (3e druk)*. Deventer: Kluwer.
- Giddens, J. B. (2008). *Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: A critical review of the literature*. San Diego: ProQuest Information & Learning, US.
- Greenberg, N., Cawkill, P., & Sharpley, J. (2005). How to TRiM away at post traumatic stress reactions: traumatic risk management--now and the future. *J R Nav Med Serv*, 91, 26-31.
- Greenberg, N., Langston, V., & Jones, N. (2008). Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. *J R Army Med Corps*, 154, 124-127.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (2007). *Posttraumatic Stress: A Guide*. Madison, WI: Madison Institute of Medicine.
- Haafkens, J., Moerman, C., Schuring, M., Dijk F. van (2006). Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)*, 56(1), 39-45.
- Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Moore, S. D., & Davidson, J. R. (1998). Open trial of nefazodone for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiat*, 59, 460-464.
- Heslegrave, R. J. & Colvin, C. (1998). Selection of personnel for stressful operations: The potential utility of psychophysiological measures as selection tools. *Hum Perform Extreme E*, 3, 121-139.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *J Am Med Assoc*, 295, 1023-1032.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiat*, 164, 150-153.
- Hovens, J., Luinge, B., & Minnen, A. van (2005). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP): een handleiding* Cure & care Publishers: Nijmegen.
- Huizink, A. C., Slottje, P., Witteveen, A. B., Bijlsma, J. A., Twisk, J. W., Smidt, N. et al. (2006). Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med*, 63, 657-662.
- Impact. (2008). *Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland*. Amsterdam: Impact.
- Impact/Trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.
- Jacobs, J., Horne-Moyer, H. L., & Jones, R. (2004). The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*, 6, 5-14.
- Jones, E., Hyams, K. C., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *J Med Screen*, 10, 40-46.
- Jones, N., Roberts, P., & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*, 53, 469-475.
- Katz, C. L., Smith, R., Silverton, M., Holmes, A., Bravo, C., Jones, K. et al. (2006). A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiat Serv*, 57, 1335-1338.
- Koren, D., Hemel, D., & Klein, E. (2006). Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*, 11, 616-624.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiat*, 162, 276-282.
- Kuoppala, J., Lamminpaa, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med*, 50, 904-915.
- Lange, A., van, d., V, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interyp, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiat*, 32, 73-90.
- Leffler, C. T. & Dembert, M. L. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis*, 186, 574-577.
- MacGregor, A. J., Corson, K. S., Larson, G. E., Shaffer, R. A., Dougherty, A. L., Galarnacu, M. R. et al. (2009). Injury-specific predictors of post-traumatic stress disorder. *Injury*, 40, 1004-1010.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann NY Acad Sci*, 1071, 1-18.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*, 58, 23-41.
- Morren, M., Dirkwagner, A. J., Kessels, F. J., & Yzermans, C. J. (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *Can Med Assoc J*, 176, 1279-1283.
- Morren, M., Yzermans, C. J., Van Nispen, R. M., & Wevers, S. J. (2005). The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *J Occup Health*, 47, 523-532.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *National Collaborating Centre for Mental Health. Posttraumatic stress disorder (PTSD) the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. London: The Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society.
- Netherlands Center for Occupational Diseases (Nederlands centrum voor beroepsziekten, NCVB), 1999. *Registratie Richtlijnen: Traumatische Stress Stoornissen (TSS)*. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. [www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf](http://www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf)
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med*, 61, 817-823.
- Nijenhuis, J., Ven, C. v. d., Vermeij, A., & Vos, A. (2009). *Personeels selectie en opleidingsverloop: Een overzicht van studies onder gebruikmaking van psychometrisch meta-analytische technieken*. Den Haag: Ministerie van Defensie.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress order and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129, 52-73.
- Pak, V. M., O'Hara, M., & McCauley, L. A. (2008). Health effects following 9/11: implications for occupational health nurses. *Am Assoc Occup Health Nurs J*, 56, 159-165.
- Penalba, V., McGuire, H., & Leite, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Db Syst Rev*, CD005601.
- Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A. M., Fagan, J. et al. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *J Nerv Ment Dis*, 189, 442-448.

- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Mechelen, W. van (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*, *51*, 305-312.
- Rebergen, D., Asghari, E., Sluiter, J., Pal, T., Dijk, F. v., & Frings-Dresen, M. (2008). *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid/Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Academisch Medisch Centrum (AMC).
- Regel, S. (2007). Post-traumatic support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occup Med-C*, *57*, 411-416.
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: A systematic review. In D. Richter, R. Whittington, D. Richter, & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 211-225). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Db Syst Rev*, CD006869.
- Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Hull, L., Browne, T., Horn, O. et al. (2006). Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study. *Brit Med J*, *333*, 991.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD000560.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behav Res Ther*, *45*, 2527-2536.
- Sectorfonds SOVAM. (2001). *Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg Zwolle*.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*, *36*, 1515-1522.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, *189*, 150-155.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Knipe, J. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *Int J Stress Manage*, *12*, 29-42.
- Slotje, P., Twisk, J. W., Smid, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., van, M. W. et al. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Qual Life Res*, *16*, 239-252.
- Smid, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangar medewerkers ruim 8 jaar na de Vliegcramp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOVB-E)* Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Smid, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W. R., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangar medewerkers ruim 8 jaar na de Vliegcramp Bijlmermeer. Eerste deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOVB-E)* Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Social and Economic Council of the Netherlands (Sociaal Economische Raad, SER), 2009. *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Advies aan minister van VWS*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Spinhoven, P. & Verschuur, M. (2006). Predictors of fatigue in rescue workers and residents in the aftermath of an aviation disaster: a longitudinal study. *Psychosom Med*, *68*, 605-612.
- Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., & Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *J Anxiety Disord*, *18*, 51-68.
- Taal, L. (2008). Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten. *Psychologie & Gezondheid*, *36*, 176-179.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, *187*, 76-82.
- Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, *360*, 766-771.
- Velden, P. G. van der, & Kleber, R. J. (2000). *Nasleep Herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulance medewerkers*. Zaibommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Vitzthum, K., Mache, S., Joachim, R., Quarcoo, D., & Groneberg, D. A. (2009). Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*, *4*, 21.
- Wagner, S. L. (2005). Emergency Response Service Personnel and the Critical Incident Stress Debriefing Debate. *Int J Emerg MentHealth*, *7*, 33-41.
- Walburg, J. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw-Amsterdam.
- Watson, P. J., Friedman, M. J., Gibson, L. E., Ruzek, J. I., Norris, F. H., & Ritchie, E. C. (2003). Early interventions for trauma-related problems. In R. J. Ursano & A. E. Norwood (Eds.), *Trauma and Disaster Responses and Management*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wessely, S. (2005). Risk, psychiatry and the military. *Br J Psychiat*, *186*, 459-466.
- Wijmen, F. C. B. v., Ubachs-Moust, J., Everdingen, J. J. E., Swinkels, J. A., & Klundert, J. L. M. van (2004). *De juridische status van richtlijnen. Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Andrei, A. C., Yousha, S. M., Hirth, R. A., & Hoyle, K. S. (2007). STARS: strategies to assist navy recruits' success. *Mil Med*, *172*, 942-949.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Yousha, S. M., Horrocks, J., Hoyle, K. S., & Liu, D. (2004). Psychosocial effects of the BOOT STRAP intervention in Navy recruits. *Mil Med*, *169*, 814-820.
- Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W., Huizink, A. C., Slotje, P., Smid, T. et al. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 31-40.
- Wodarski, J. S. (2004). Preparing social services and public services professionals for meaningful roles in disaster services. *Stress Trauma Crisis*, *7*, 209-222.
- Woodall, S. (1998). *Ask not why the wounded fall, but how the valiant continue to march: new theory on work-related stress management in the fire service*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 59(9-A), Mar 1999, pp. 3665.
- Yzermans, C. J., Dirkszwaiger, A. J., DenOuden, D. J., Kerssens, J. J., Donker, G. A., & Veen, P. M. H. ten, et al. (2003). *Monitoring gezondheid getroffen Vuurwerkcramp Enschede*. Utrecht: Nivel.

# Anhang 1

## An dieser Richtlinie beteiligte Organisationen

*Die primäre Zielgruppe dieser Richtlinien sind uniformierte Mitarbeiter in den Niederlanden und die Organisationen, in denen sie tätig sind (uniformierte Dienstleister – USOs). Der Begriff „uniformierte Mitarbeiter“ wird wie folgt definiert: „Uniform tragende Personen, deren Aufgabe es ist, in einem organisierten professionellen Kontext nach Zwischen- und Unglücksfällen Hilfe zu leisten.“*

**Die folgenden Organisationen waren aktiv an der Entwicklung dieser Richtlinien beteiligt:**

- Niederländische Polizei (Politie Nederland)
- Nationale niederländische Landpolizei (Korps Landelijke Politiediensten – KLDP)
- Niederländische Vereinigung für Feuer- und Katastrophenbekämpfung (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding – NVBR)
- Niederländische Krankenrettung (Ambulancezorg Nederland – AZN)
- Niederländische Meldezentrale für Krankenrettung (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)
- Niederländisches Verteidigungsministerium
- Königlich Niederländische Militärpolizei (Koninklijke Marechaussee)
- Königlich Niederländischer Seenotrettungsdienst (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)
- Königlich Niederländische Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM)

**Darüber hinaus sind die in diesen Richtlinien enthaltenen Empfehlungen auch relevant für professionelles Notrettungspersonal, das evtl. zur psychosozialen Versorgung (bzw. Nachsorge) uniformierter Mitarbeiter nach potenziell schockierenden Ereignissen eingesetzt wird. Folgende Organisationen waren aktiv an der Entwicklung dieser Richtlinien beteiligt:**

- Niederländische Kammer der Allgemeinmediziner (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG)
- Niederländische Gesellschaft für Arbeits- und Betriebsmedizin (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde – NVAB)
- Niederländische Psychologenkammer (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)
- Niederländische Gesellschaft für Psychiatrie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

**Neben den oben erwähnten Organisationen, waren (u. a.) auch folgende Organisationen an der Endredaktion der Richtlinien beteiligt:**

- Spiritual Counselling (sowohl im Verteidigungsministerium wie in der niederländischen Polizeiorganisation)
- Niederländischer Presserat (Raad voor de Journalistiek – RvJ)
- Niederländisches Rotes Kreuz (Nederlandse Rode Kruis)
- Niederländische Opferhilfe (Slachtofferhulp Nederland)
- Niederländischer Gemeindetag (Vereniging van Nederlandse Gemeenten – VNG)

# Anhang 2

## Beschreibung der Literaturrecherche

*Eine erste, grundlegende Suche nach verfügbarer Literatur erfolgte Ende 2008, eine zusätzliche Literaturrecherche dann im August 2009, zum Teil auf Grundlage von zusätzlichen, von der Projektgruppe formulierten Fragen. Beide Suchen sind nachstehend beschrieben.*

### **Ergebnisse der grundlegenden Suche**

Die Suche nach relevanter wissenschaftlicher Literatur (Stand 1996) erfolgte in den Datenbanken Medline (PubMed), EMBASE und PsycINFO. Zunächst lag der Schwerpunkt auf den bestehenden Richtlinien, systematischen Durchsichten und randomisierten kontrollierten Studien („randomized controlled trials“, kurz: „RCTs“) im Bereich psychosoziale Betreuung und Beobachtung von Hilfeleistenden nach Unglücksfällen. Zur Anwendung gelangte hierbei u. a. die Suchstrategie zur Intervention bei in Zusammenhang mit Arbeit stehenden Problemen, die vom Cochrane Occupational Health Field entwickelt und validiert wurde.

*Erweiterte Suche nach Cochrane Occupational Health Field Strategie mit den englischen Suchbegriffen „traumatic stress“, „disaster workers“, „rescue workers“.*

```
(effect*[tw] OR control*[tw] OR evaluation*[tw] OR program*[tw]) AND (work[tw] OR works*[tw] OR work'*[tw] OR worka*[tw] OR worke*[tw] OR workg*[tw] OR worki*[tw] OR workl*[tw] OR workp*[tw] OR occupation*[tw] OR prevention*[tw] OR protect*[tw]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) AND disaster workers OR rescue workers
```

In EMBASE und PsycINFO wurden jeweils identische Schlüsselbegriffe verwendet. Diese Suche führte (besonders bei Einschränkung auf den Begriff „emergency service providers“, also „Notrettungspersonal“) zu 98 Treffern; dann erfolgte eine weitere Eingrenzung der Auswahl (mit Limits). Eine identische Suche mit dem Begriff „trauma workers“ anstatt „disaster workers“ ODER „rescue workers“ führte zu 93 Treffern, von denen manche mit bereits vorhandenen Treffern identisch waren; eine weitere Eingrenzung der Auswahl erfolgte wiederum mit Limits. Dann erfolgte eine Suche anhand von Suchbegriffen wie z. B. „rescue workers“, „police officers“, „fire fighters“, „ambulance personnel“, „military“, „peer support“, „recuperation“ und „sleep management“. Außerdem gelangte eine von Haafkens beschriebene, allgemeine Suchstrategie (2006) zur Anwendung. Zudem wurde die in den NICE-Richtlinien zum Thema PTSD (2005) verwendete Literatur einer Prüfung unterzogen. Dies führte zum Auffinden einiger weiterer Artikel.

### **Beschreibung der Literaturauswahl**

Die bei der ersten Suche gefundenen 132 Abstracts wurden mit Blick auf Inhalt und Qualität bewertet. Es wurden auch Artikel aufgenommen, die die Erforschung der (psychosozialen) Folgen von Unglücksfällen für (uniformierte) Hilfeleistende oder die Effektivität von Interventionen im Bereich der psychosozialen Betreuung und Beobachtung innerhalb dieser Zielgruppe beschrieben. Infolgedessen wurden zahlreiche Artikel

ausgeschlossen, deren primärer Fokus auf den zivilen Opfern von Unglücksfällen oder posttraumatischen Stress-Störungen im Allgemeinen liegt. Unter Verwendung der Schneeballmethode gingen wir die Bibliographien der restlichen 35 Artikel durch und wählten einige zusätzliche Artikel aus. Insgesamt führte dieses Verfahren zur Auswahl von 44 Artikeln, deren Gesamttext untersucht wurde. Von diesen 44 Artikeln thematisierten die meisten die allgemeinen Folgen von Unglücksfällen; deutlich geringer war bereits die Zahl der Artikel, die thematisierten, was nach einem Unglücksfall zu tun sei. Schlussendlich wurden der Projektgruppe acht Artikel vorgelegt.

### **Ergebnisse der ergänzenden Suche**

Im Mittelpunkt dieser Suche standen die Folgen von Unglücksfällen für (uniformierte) Mitarbeiter. Sie umfasste systematische Durchsichten und Meta-Analysen (Stand: 1995) in den Sprachen Niederländisch, Englisch, Französisch, Deutsch und Spanisch. Diese Suche erfolgte in PsycInfo, PubMed und PILOTS (einer Spezialdatenbank mit Artikeln zum Thema Trauma). Um möglichst viele Treffer zu erhalten, entschied man sich für einen erweiterten Suchmodus. Bei der Definition der Suchbegriffe bediente man sich der Cochrane Occupational Health Field-Strategie.

Eine erste, allgemeine Suche zielte auf kritische Würdigungen ab und bediente sich einer Kombination von Begriffen über spezifische Berufsgruppen, Trauma und Arbeit(sbelastung). Im Zuge dieser Suche, die zum Teil derjenigen entsprach, die in den Richtlinien über „Frühe psychosoziale Interventionen nach Unglücksfällen, Terrorismus und anderen Schockerlebnissen“ erfolgte (Impact, 2007), wurden 116 Artikel gefunden. Aus diesem Pool wurden 21 Artikel ausgewählt; Themen: Aggression im Zusammenhang mit Arbeit, Eigenschaften von Mitarbeitern und gesteigertes Risiko oder Förderung von psychiatrischen Problemen.

#### **Uniformed workers**

DE "Rescue Workers" or DE "Fire Fighters" or DE "Police Personnel") or (DE "Emergency Services") OR DE "Military Personnel" OR DE "Air Force Personnel" OR DE "Army Personnel" OR DE "Coast Guard Personnel" OR DE "Commissioned Officers" OR DE "Enlisted Military Personnel" OR DE "Marine Personnel" OR DE "Military Medical Personnel" OR DE "Military Psychologists" OR DE "National Guard Personnel" OR DE "Navy Personnel" OR DE "ROTC Students" OR DE "Volunteer Military Personnel" OR TI ( red cross OR disaster responders OR disaster work\* OR rescue handler\* OR trauma work\* OR trauma intervent\* OR rescue and recovery worker\* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker\* OR rescuers OR uniformed health care work\* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs\* ) or AB ( red cross OR disaster responders OR disaster work\* OR rescue handler\* OR trauma work\* OR trauma intervent\* OR rescue and recovery worker\* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker\* OR rescuers OR uniformed health care work\* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs\* ) or KW ( red cross OR disaster responders OR disaster work\* OR rescue handler\* OR trauma work\* OR trauma intervent\* OR rescue and recovery worker\* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker\* OR rescuers OR uniformed health care work\* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs\* ) OR TI ( fire service personnel OR accident and emergency work\* OR emergency nurs\* ) or AB ( fire service personnel OR accident and emergency work\* OR emergency nurs\* ) or KW ( fire service personnel OR accident and emergency work\* OR emergency nurs\* ) OR TI ( helping profession\* OR mental health professional\* ) or AB ( helping profession\* OR mental health professional\* ) or KW ( helping profession\* OR mental health professional\* ) OR DE "Medical Personnel" or DE "Military Medical Personnel" or DE "Nurses" or DE "Health Personnel" or DE "Allied Health Personnel" or DE "Occupational Therapists" or DE "Counselors" or DE "General Practitioners" or DE "Physicians" or DE "Psychologists"

OR DE "Clinical Psychologists" OR DE "Counseling Psychologists" OR DE "Educational Psychologists" OR DE "Experimental Psychologists" OR DE "Industrial Psychologists" OR DE "Military Psychologists" OR DE "Social Psychologists" or DE "Psychotherapists" OR DE "Hypnotherapists" OR DE "Psychoanalysts" or DE "Therapists" or DE "Clinicians" or DE "Juries" or DE "Judges" OR DE "Impaired Professionals"

### Trauma

KW psychological N2 debriefing or TI psychological N2 debriefing or AB psychological N2 debriefing OR DE Debriefing (Experimental) or DE Debriefing (Psychological) or DE "Emotional Trauma" or DE "Posttraumatic Stress Disorder" or DE "Psychological Stress" or DE "Terrorism" or DE "Distress" or DE "Survivors" or DE "Stress" OR DE "Chronic Stress" OR DE "Environmental Stress" OR DE "Financial Strain" OR DE "Occupational Stress" OR DE "Physiological Stress" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Social Stress" OR DE "Stress Reactions" or DE "Acute Stress Disorder" or DE "Disasters" or DE "Natural Disasters" or DE "Violence" OR DE "Family Violence" OR DE "Patient Violence" OR DE "School Violence" OR DE "Violent Crime" or DE "Violent Crime" OR DE "Family Violence" OR DE "Homicide" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Political Assassination" OR DE "Rape" OR DE "Terrorism" or DE "Homicide" or DE "Genocide" OR TI critical incidents or AB critical incidents or KW critical incidents

### Stress im Zusammenhang mit Arbeit/allgemeine Probleme im Zusammenhang mit Arbeit

DE "Occupational Stress" or DE "Occupational Exposure" or DE "Stress" or DE "Stress Reactions" or DE "Stress Management" or DE "Caregiver Burden" or DE "Impaired Professionals" OR ((TI work OR works\* OR work\* OR worka\* OR worke\* OR workg\* OR worki\* OR workl\* OR workp\* OR occupation\* OR prevention\* OR protect\* ) or AB (work OR works\* OR work\* OR worka\* OR worke\* OR workg\* OR worki\* OR workl\* OR workp\* OR occupation\* OR prevention\* OR protect\*) AND DE "Posttraumatic Stress Disorder"

*Es erfolgte noch eine weitere Suche, um eine Antwort auf eine Reihe spezifischer Fragen zu folgenden Themen zu finden:*

#### Effektivität von Trainingsmaßnahmen (175 Artikel)

(skill based intervention\* OR social problem solving program\* OR social problem solving approach\* OR psychological skills intervention\* OR psychological skills training ) "peer support" DE "Social Support" OR DE "Social Networks" OR DE "Online Social Networks" OR DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" staff education "Prevention" coping behavior or KW coping strategies morbidity "Debriefing (Experimental)" or DE "Debriefing (Psychological)"

#### Effektivität von Auswahlmethoden (54 Artikel)

(DE "Job Performance" OR DE "Employee Efficiency" OR DE "Employee Productivity") or (DE "Personnel Recruitment") or (DE "Coping Behavior") vulnerability "Susceptibility (Disorders)") or (DE "Prediction")) or (DE "Morbidity") "Personnel Selection" OR DE "Job Applicant Interviews" OR DE "Job Applicant Screening" or DE "Selection Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" or DE "Military Recruitment" (helping profession\* OR mental health professional\* ) or AB ( helping profession\* OR mental health professional\* ) or KW ( helping profession\* OR mental health professional\* )(fire service personnel OR accident and emergency work\* OR emergency nurs\* )



**Verbindung zwischen physischen Verletzungen und psychiatrischen Folgen (223 Artikel)**

(physical trauma\* OR physical damag\* ) or AB ( physical trauma\* OR physical damag\* ) or KW ( physical trauma\* OR physical damag\* ) ( DE "Wounds" or DE "Injuries" or DE "Burns" or DE "Electrical Injuries" or DE "Head Injuries" or DE "Brain Concussion" or DE "Traumatic Brain Injury")

**Rolle von chronischem (im Zusammenhang mit Arbeit stehendem) Stress und häufigen Zwischenfällen (151 Artikel)**

(secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")) OR ((TI=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or(DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")))) and((DE="burnout") or(TI=(chronic stress) or AB=(chronic stress)))) and(rct or random\*)

**Soziale Aufmerksamkeit (200 Artikel)**

(DE "Public Opinion") and (DE "Mass Media" or DE "Communications Media" OR DE "Audiovisual Communications Media" OR DE "Mass Media" OR DE "Telecommunications Media" or DE "News Media" OR DE "Newspapers" or DE "Printed Communications Media" OR DE "Books" OR DE "Magazines" OR DE "Newspapers" or DE "Television" OR DE "Closed Circuit Television" OR DE "Educational Television" OR DE "Television Advertising")"public attention" [ti] OR "public awareness" [ti] "Disaster Medicine"[Mesh]

**Effektivität von Debriefing und psychologischen Informationen (96 Artikel)**

TI ( debriefing OR crisis intervention ) or AB ( debriefing OR crisis intervention ) or KW ( debriefing OR crisis intervention) psychoeducation[tiab] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "psychological skills training\*" [tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR "patient teaching"[tiab] OR "patient instruction"[tiab] OR "patient information"[tiab] OR "patient knowledge"[tiab] OR (patient[tiab] AND (educational program[tiab] OR educational programing[tiab] OR educational programme[tiab] OR educational programmes[tiab] OR educational programming[tiab] OR educational programs[tiab] OR educational programs/schools[tiab] OR educational intervention[tiab] OR educational interventions[tiab]))

**Effektivität von Peer Support (97 Artikel)**

(DE "Impaired Professionals" DE "Vicarious Experiences""peer support"[All Fields] OR "Social Support"[Mesh] OR "Self-Help Groups"[Mesh] "colleague support")

**Rolle von Aufsichtspersonal/Vorgesetzten (112 Artikel)**

("leadership" OR "employer" OR "supervisor" OR "manager" AND "job performance")

**Effektivität von Stress Management, professioneller (Betriebs-)Medizin (167 Artikel)**

```
(adjustment disorders[MeSH Terms] OR burnout, professional[MeSH Terms] OR work stress[Text Word] OR occupational stress[Text Word] OR job stress[Text Word] OR neurasthenia[MeSH Terms] OR minor depression[Text Word] OR ((mixed[All Fields] AND (anxiety[MeSH Terms] OR anxiety[Text Word])) AND ((depressive disorder[MeSH Terms] OR depression[MeSH Terms]) OR depression[Text Word])) OR emotional disorder[Text Word]) AND ("stressmanagement\ OR timing feedback\ OR "return to work\ OR (occupational AND therap*) OR (occupational AND intervention*) OR " OR "work capacity evaluation\ OR "vocational guidance\ OR absenteeism OR "occupational health services\ OR "occupational health\ OR "sick leave\ OR "sickness absence\ OR occupation* OR job)
```

**Beschreibung der Literatursauswahl**

Diese Suchvorgänge ergaben insgesamt 1391 Artikel. Nach einer Bewertung auf Grundlage der Titel dieser Artikel wurden die Abstracts von 227 Artikeln einer Durchsicht unterzogen. Dann wurde der Gesamttext von 59 Artikeln – darunter 15 Meta-Analysen – durchsucht. Von diesen 15 Artikeln wurden die Bibliographien anhand der Schneeballmethode durchgearbeitet und einige weitere Artikel ausgewählt. Von den verbleibenden 65 Artikeln wurden sieben den Lesegruppen vorgelegt, die man aus der Projektgruppe gebildet hatte; beigelegt wurde eine Reihe von Fragen zu Qualität und Anwendbarkeit dieser Artikel. Für jede Frage beurteilte die Lesegruppe, welche Artikel passend waren. Die wissenschaftlichen Schlussfolgerungen der Artikel wurden dann in die Richtlinien eingearbeitet.

# Anhang 3

## Alle Empfehlungen im Überblick

Dieser Anhang enthält einen Überblick sämtlicher Empfehlungen, die in den Richtlinien zur psychosozialen Betreuung uniformierter Mitarbeiter formuliert wurden. Die Empfehlungen sind gemäß der Struktur der Richtlinien chronologisch aufgelistet und decken folgende Themen ab:

- Vision und Kontext (Empfehlung 1 – 12);
- Vorbereitung: Auswahl, Informationen und Rolle der Organisation (Empfehlung 13 – 16);
- Organisierter Peer Support und Monitoring (Empfehlung 17 – 48); und
- Einsatz professioneller Betreuung (Empfehlung 49 – 55).

### Vision and context

#### **Potenziell schockierende Ereignisse: Definition und mögliche Folgen**

- 1 Die Projektgruppe empfiehlt, ein potenzielles Schockerlebnis nach dem A1-Kriterium der PTSS-Diagnose (gemäß DSM-IV) zu definieren und dieses auf andere mögliche psychiatrische Beschwerden und Störungen auszudehnen. Das A1-Kriterium ist so definiert, dass die Person ein Ereignis bzw. Ereignisse erlebte, miterlebte oder mit Ereignissen konfrontiert war, bei dem/denen tatsächlich jemand zu Tode kam bzw. mit dem Tode oder einer schweren Verletzung bedroht war, oder eine Bedrohung der physischen Unversehrtheit der eigenen Person oder von Anderen erlebte.
- 2 Nach potenziell schockierenden Ereignissen sollte folgenden psychiatrischen und psychosozialen Folgen Aufmerksamkeit geschenkt werden: Dysfunktionen; Angstbeschwerden; häufigeres Nichterscheinen am Arbeitsplatz; gesteigerter Drogenmissbrauch; Probleme im Privatleben des uniformierten Mitarbeiters; emotionale Abgestumpftheit; emotionaler Rückzug; akutes Stresssyndrom; posttraumatisches Stresssyndrom; depressive Störungen; Schlafstörungen; Konflikte am Arbeitsplatz; Arbeitsunfähigkeit.

#### **Risikosteigernde und fördernde Faktoren**

- 3 Allgemein risikosteigernde und fördernde Faktoren für die Entwicklung einer PTSS nach einem Schockerlebnis sind (in der allgemeinen Bevölkerung):

##### *Prätraumatische Faktoren*

- Traumatisierung in der Anamnese
- Psychopathologie in der Anamnese
- Neurosen

##### *Peritraumatische Faktoren*

- Schweregrad des Traumas

##### *Posttraumatische Faktoren*

- sozialer Support
- zusätzliche Stressquellen

Die Projektgruppe weist außerdem darauf hin, wachsam für Situationen zu sein, in denen uniformierte Mitarbeiter nicht über das von ihnen erlebte Trauma sprechen, bestimmte Aufgaben und Aktivitäten meiden oder zu Formen der Ablenkung tendieren, die der Person selbst wie ihrem sozialen Kontext schaden (z. B. Medikamentenmissbrauch).

- 4 Die Projektgruppe ist der Meinung, dass eine psychosoziale Betreuung uniformierter Mitarbeiter damit beginnt, dass man sich als guter Arbeitgeber erweist. Zu diesem Zweck achtet die USO auf Faktoren, die die geistige Widerstandsfähigkeit fördern, so z. B. eine ansprechende Mission, Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung, Feedback und Bewertung durch Teamwork und inspirierende, engagierte Führungssarbeit. Darüber hinaus wird auch der Senkung von Risikofaktoren Aufmerksamkeit geschenkt; hierzu zählen z. B. Druck am Arbeitsplatz, emotional anstrengende Tätigkeiten sowie Ungerechtigkeit in Verfahren und Beziehungen innerhalb der USO.
- 5 Neben den zuvor erwähnten allgemeinen Faktoren, die auch für uniformierte Mitarbeiter gelten, betont die Projektgruppe die hohe Bedeutung sozialer Unterstützung. Mit Blick auf uniformierte Mitarbeiter bedürfen folgende Bereiche besonderer Aufmerksamkeit:
  - a nerkennung;
  - b Gelegenheiten, Erlebnisse zu erzählen;
  - c Nachsorge und unterstützende Diskussionen; und
  - d Informationen über die Handlungen anderer Beteiligter.
 Darüber hinaus gilt es, den uniformierten Mitarbeiter so gut wie möglich – u. a. durch Informationen und Vorbereitung – vor möglichen (negativen) Reaktionen aus dem Umfeld, sich anschließenden weiteren Untersuchungen sowie aggressiven Akten zu schützen.
- 6 Die Projektgruppe empfiehlt eine weitere Erforschung der risikosteigernden Faktoren sowie insbesondere der fördernden Faktoren, weil die USO dadurch befähigt wird, Maßnahmen zu treffen, die spätere Probleme im Genesungsprozess vermeiden.
- 7 Die Projektgruppe empfiehlt, auch zu berücksichtigen, dass physische Verletzungen während eines potenziell schockierenden Erlebnisses die psychosoziale Wirkung auf uniformierte Mitarbeiter noch verstärken können.
- 8 Medienberichterstattung (insbesondere negative Berichte) verdient ebenfalls Aufmerksamkeit bei der Betreuung uniformierter Mitarbeiter nach entsprechenden Ereignissen. Die Projektgruppe empfiehlt den USOs wachsameres Verhalten gegenüber den Auswirkungen von Medienberichterstattung nach Schockerlebnissen im Hinblick auf die Gesundheit des betreffenden uniformierten Mitarbeiters.
- 9 Die Projektgruppe empfiehlt die Verwendung (bereits vorliegender) Protokolle zur Auseinandersetzung mit Aggressionen, sofern das Thema innerhalb der USO von Bedeutung ist.

#### **Verantwortung für das psychiatrische Wohlbefinden uniformierter Mitarbeiter**

- 10 Obwohl die Gesetzgebung der Niederlande dem Arbeitgeber Verantwortung für das psychische Wohlbefinden uniformierter Mitarbeiter zuweist, machen die jüngsten gesetzlichen Bestimmungen keinerlei klare Aussagen zur spezifischen Umsetzung. Es wird daher empfohlen, dass USOs ihre Verantwortlichkeiten für die entsprechenden Maßnahmen für ihre Mitarbeiter bestimmen und dokumentieren.
- 11 Eine USO muss stets wachsam für bestehende Risikofaktoren zur Ausbildung arbeitsbedingter Stressstörungen nach Schockerlebnissen sein. Dies kann z. B. durch Aufnahme dieses Themenbereiches des psychosozialen Wohlbefindens in betriebsärztliche Untersuchungen erfolgen.
- 12 Organisationen müssen Arbeitsbedingungen schaffen, die die Negativfolgen von Schockerlebnissen auf die psychische Gesundheit uniformierter Mitarbeiter senken.

## Auswahl, Informationen und Rolle der Organisation

- 13** Es liegen nicht genügend Beweise vor, um ein Screening potenzieller uniformierter Mitarbeiter mit dem Ziel zu empfehlen, das Auftreten psychologischer Beschwerden oder eine verringerte Arbeitsleistung zu senken.
- 14** Die Projektgruppe empfiehlt das Beschreiben von Beispielen erfolgreicher Nachsorge und Peer- Support-Praktiken und ein Eingliedern dieser Praktiken in die verschiedenen USOs.
- 15** Im Rahmen der Bemühungen, ein guter Arbeitgeber zu sein, betont die Projektgruppe die Wichtigkeit regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen, präventiver Untersuchungen und/oder Umfragen zur Mitarbeiterzufriedenheit. Darüber hinaus ist eine organisierte Handhabung von Zwischenfällen erforderlich, die folgende Eigenschaften aufweist:
- 1 Bereitstellung von kompetentem Trainings- und sonstigem Fachpersonal;
  - 2 klare Dokumentation von Rollen und Verantwortlichkeiten des Gesundheitspersonals;
  - 3 schnelle Verfügbarkeit professioneller Hilfe.
- 16** Die Projektgruppe empfiehlt eine verstärkte (qualitative) Forschung über die Wirkung von Präventionsmaßnahmen zur Senkung der Beschwerden uniformierter Mitarbeiter.

## Organisierter Peer Support und Monitoring

### Grundprinzipien

Unterstützender Kontext: welche Art von Unterstützung ist effektiv?

- 17** Die Projektgruppe rät zur Schaffung eines unterstützenden Kontextes durch eine „Form von Peer Support, bei der versucht wird, Mitarbeiter, die im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit potenziell traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind, zu unterstützen und psychosozial zu betreuen, um einer eingeschränkten Einsatzfähigkeit entgegenzuwirken“. Dieser Peer Support entspricht auch der Vorgehensweise, die derzeit in den meisten USOs in den Niederlanden praktiziert wird.
- 18** Um eine optimale psychosoziale Betreuung in Organisationen zu leisten, empfiehlt die Projektgruppe das Leisten von Peer Support, der unter Verwendung der in dieser Richtlinie beschriebenen Herangehensweise und Rahmenbedingungen von der USO optimal eingerichtet und unterstützt werden kann.

### Peer Support und ähnliche Interventionsformen

- 19** Die Projektgruppe empfiehlt die Verwendung der Begriffe „Debriefing nach Einsätzen“ und „psychologische Informationen“ und die Vermeidung des Begriffs „psychologisches Debriefing“.
- 20** Die Projektgruppe empfiehlt, genug Zeit für das Debriefing nach Einsätzen (sofern möglich, auch fachgebietsübergreifend) zu reservieren und weist darauf hin, dass die emotionalen Aspekte der gemachten Erfahrungen in diesem Kontext keine explizite Aufmerksamkeit erhalten sollten.
- 21** D Trotz unzureichender wissenschaftlicher Beweise für die Effektivität der Bereitstellung solcher Informationen empfiehlt die Projektgruppe, uniformierten Mitarbeitern „psychologische Informationen“ zur Verfügung zu stellen, um deren mentale Widerstandsfähigkeit zu stärken. Diese Informationen sollten darauf ausgerichtet sein, das praktische Selbstvertrauen uniformierter Mitarbeiter und ihr Arbeitsumfeld zu stärken: durch Wertschätzung und Anerkennung ihrer Erfahrungen, Betonung der Wichtigkeit von Aspekten wie aufmerksamem Warten, Monitoring der Einsatzfähigkeit uniformierter Mitarbeiter sowie

ggf. auch durch Fördern adäquaten Verhaltens beim Suchen nach Hilfe. Diese Form von Informationen ist nicht erst nach Eintreten eines Zwischenfalls zur Verfügung zu stellen, sondern sollte dem Mitarbeiter bereits früher vermittelt werden.

## Organisation von peer support

### *Kernelemente von organisiertem Peer Support*

**22** Die Projektgruppe empfiehlt den Einsatz von organisiertem Peer Support. Peer Support ist für uniformierte Mitarbeiter erkennbar und senkt die Hemmschwelle einer evtl. Inanspruchnahme konkreter Hilfe. Von diesem allgemeinen Punkt ausgehend, bleibt jeder USO die weitere Gestaltung einer in ihre Organisation passenden Struktur selbst überlassen.

**23** Die Projektgruppe weist darauf hin, dass organisierter Peer Support Kollegen nach einem Schockerlebnis unterstützen sollte, wobei folgende Aspekte besonderer Aufmerksamkeit bedürfen:

- 1 Bereitstellung praktischer Unterstützung;
- 2 Anregen eines gesunden Genesungsprozesses;
- 3 Früherkennung möglicher (psychosozialer) Probleme und rechtzeitige Übergabe an entsprechend geschultes Personal;
- 4 Monitoring des Genesungsprozesses;
- 5 Aktivierung des sozialen Netzwerkes;
- 6 (negative) Reaktionen aus dem Umfeld.

Innerhalb der jeweiligen USO können diese Aspekte durch weitere, organisationsspezifische Aspekte ergänzt werden.

**24** Die Projektgruppe empfiehlt fachgebietsübergreifende Nachbesprechungen (Debriefing nach Einsätzen) für USOs, die gemeinsam ein schockierendes Ereignis erlebt haben.

**25** Die Projektgruppe empfiehlt, organisierten Peer Support in vier Schritten zu vollziehen:

- 1 Feststellung, dass eine Exposition (potenzielles Schockereignis) vorliegt;
- 2 Einstieg in den Peer Support (Kontaktieren / Ernennen von Peer Support Leistenden);
- 3 Bereitstellung von organisierten Peer Support für den/die Kollegen (unter Berücksichtigung der sechs Aspekte aus Empfehlung Nr. 23);
- 4 (wenn erforderlich:) Empfehlung zur Inanspruchnahme von geschultem Fachpersonal.

Briefing sollte während des organisierten Peer Support weitergehen. Auch der Vorgesetzte selbst kann organisierten Peer Support organisieren, z. B. in Form von Debriefings nach Einsätzen. Die USO legt fest, wer diese Schritte implementiert.

### *Einstieg in organisierten Peer Support*

**26** Wird erwogen, mit organisiertem Peer Support zu beginnen, empfiehlt die Projektgruppe die Verwendung der Definition potenzieller Schockerlebnisse gemäß Beschreibung in Empfehlung 1.

**27** Die Projektgruppe empfiehlt folgende, allgemeine Einsatzkriterien, die von der USO ergänzt werden können. Ein Einstieg in Peer Support ist zu erwägen, wenn sich Zwischenfälle ereignet haben, auf die folgende Beschreibungen zutreffen:

- ernsthafte Verletzung oder Bedrohung (besonders, wenn Kinder beteiligt sind);
- Beteiligung von Familie oder Kollegen;
- Gefühle der Ohnmacht beim (uniformierten) Mitarbeiter;
- uniformierte Mitarbeiter signalisieren entsprechenden Unterstützungsbedarf;
- Anwendung direkter Gewalt gegen den uniformierten Mitarbeiter.

- 28** Organisierter Peer Support wird prinzipiell nur dann eingesetzt, wenn sich Zwischenfälle im Zusammenhang mit der Arbeit ereignen haben. Wer ein guter Arbeitgeber sein möchte, kann freilich auch für nicht im Zusammenhang mit Arbeit stehende Zwischenfälle einen Peer Support erwägen.
- 29** Die Projektgruppe empfiehlt den USOs, eine eigene Liste grundsätzlicher Zwischenfälle mit spezifischen Einsatzkriterien zu erstellen, die die oben stehenden wichtigen Aspekte und Erwägungen berücksichtigt.
- 30** Die Projektgruppe empfiehlt, dass verschiedene USOs untereinander ihre grundlegende Zwischenfall-Liste austauschen. Dies ermöglicht einen Abgleich und den Austausch von Erfahrungen und Überlegungen.
- 31** Ein Vorgesetzter kann einen organisierten Peer Support im Anschluss an ein Debriefing nach Einsätzen in die Wege leiten. Die Projektgruppe empfiehlt, dass Vorgesetzte so qualifiziert/trainiert werden, dass sie uniformierte Mitarbeiter, die Unterstützung benötigen, erkennen.

#### *Leisten von organisiertem Peer Support*

- 32** Das Erstgespräch sollte innerhalb der organisierten Peer-Support-Struktur ein paar Tage nach dem Ereignis (Exposition) stattfinden, d. h. nicht gleich nach dem Zwischenfall. Dies ändert allerdings nichts an der Tatsache, dass es innerhalb der Organisation auch einen unterstützenden Kontext geben muss, in dem, sofern gewünscht, die Möglichkeit besteht, über Gefühle zu sprechen und seine Erlebnisse mitzuteilen.
- 33** Die Projektgruppe empfiehlt, organisierten Peer Support in folgenden Zeitabständen zu leisten:
- Erstgespräch: einige Tage nach dem Zwischenfall.
  - Zweites Gespräch: nach vier bis sechs Wochen.
  - Drittes Gespräch: nach drei Monaten.
- 34** Die Projektgruppe empfiehlt, im Rahmen eines organisierten Peer Support und gemäß obigem Zeitschema höchstens drei Gespräche abzuhalten. Danach ist dem uniformierten Mitarbeiter die Inanspruchnahme professioneller Hilfe in nahe zu legen.
- 35** Neben seiner unterstützenden Funktion fungiert Peer Support aber auch als Früherkennungsmechanismus.
- 36** Diskretion ist ein zentrales Element im Kontakt mit Personen, die organisierten Peer Support erhalten/leisten; dennoch gilt auch hier Folgendes:
- 1 Diskretion ist kein „Privileg“, aus dem z. B. ein Peer Support Leistender das Recht ableiten könnte, vor Gericht unter Berufung auf seine Beziehung zum betreffenden, uniformierten Mitarbeiter die Aussage zu verweigern<sup>4</sup>;
  - 2 auf Grundlage der während des Kontaktes besprochenen Aspekte kann ein Peer Support Leistender beschließen, dass ein uniformierter Mitarbeiter vor sich selbst geschützt werden muss;
  - 3 enthüllt der uniformierte Mitarbeiter während des Kontaktes anstößige, gemeine oder kriminelle Handlungen, kann dies den Peer Support Leistenden in einen Gewissenskonflikt bringen.
- Vor dem Peer-Support-Gespräch müssen diese Umstände dem betreffenden uniformierten Mitarbeiter klar gemacht werden; das Gespräch kann also bei Bedarf auch abgebrochen werden.
- 37** Der Kontakt mit organisiertem Peer Support sollte wichtiger sein als das Eruiieren von Tatsachen – es sei denn, die untersuchende Behörde/Staatsanwaltschaft hat wichtige Gründe, hierüber anders zu entscheiden.

<sup>4</sup> Auf Grundlage der Rechtsdefinition von „Privileg“ gemäß Internetseite zum Fallrecht des Obersten Gerichtshofes der Niederlande, <http://www.rechtspraak.nl>, abgerufen am 24. September 2010.

### *Zur Teilnahme an organisiertem Peer Support erforderliches Wissen und Qualifikationen*

- 38** Die Projektgruppe empfiehlt, Schulungen zur Teilnahme an organisiertem Peer Support solide in die Organisation einzugliedern. Wichtige Aspekte: Diskussionsfähigkeit (einzeln und im Gruppenkontext), Grundkenntnisse über psychologische Traumata, Schockerlebnisse und potenzielle Folgen davon sowie die Fähigkeit zum Erkennen von Problemen bei der Erholung von entsprechenden Zwischenfällen.
- 39** Jeder Mitarbeiter ist verantwortlich dafür, seine eigene Einsatzfähigkeit am Arbeitsplatz zu bewahren, und zwar nicht nur durch Aktuell-Halten von Wissen und beruflichen Qualifikationen, sondern auch durch Achten auf seine körperliche und seelische Gesundheit. Die Mitarbeiter müssen regelmäßig von der Möglichkeit in Kenntnis gesetzt werden, hier (professionelle) Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- 40** Kompetenzen, die Peer Support Leistende benötigen, und die im Training behandelt werden sollten:
- kommunikative Fähigkeiten;
  - gute Fähigkeit zum Zuhören;
  - Empathie;
  - robuste, durchsetzungsfähige Persönlichkeit;
  - Unabhängigkeit;
  - Zuverlässigkeit.

### **Monitoring**

- 41** Wenn ein Peer Support Leistender dies für erforderlich hält, empfiehlt er in Absprache mit dem uniformierten Mitarbeiter diesem, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei kann der Peer Support Leistende auf die wichtigen Aspekte aus Empfehlung Nr. 50 zurückgreifen.
- 42** Die Projektgruppe rät vom Einsatz von vorhandenem klinischem Screening im Rahmen von Peer Support zur „klinischen Erfassung von Beschwerden“ ab; der Einsatz von Screening-Listen ist professionellen Betreuern als diagnostisches Instrument vorbehalten. Werden Screening-Listen aber als Themenlisten (zur Diskussion) eingesetzt, lassen sie sich als Grundlage bei Peer-Support-Gesprächen heranziehen.
- 43** Die Projektgruppe empfiehlt, dass Vorgesetzte über gewisse Kenntnisse und Qualifikationen verfügen, um bei uniformierten Mitarbeitern nach Schockerlebnissen psychosoziale Probleme festzustellen. Diese Kenntnisse und Qualifikationen umfassen mindestens folgende Aspekte:
- Wissen über Wirkungen traumatischer Ereignisse auf Menschen und ihr soziales Umfeld;
  - Fähigkeiten zur Frühentdeckung psychosozialer Probleme;
  - Kenntnisse zum Verlauf des Genesungsprozesses;
  - Kenntnis von Faktoren, die den Genesungsprozess beeinflussen;
  - Kenntnis der möglichen (temporären) Folgen für die Einsatzfähigkeit;
  - Kenntnis der zu ergreifenden Maßnahmen bei traumabedingten Absenzen des Mitarbeiters;
  - Kenntnis der Möglichkeiten praktischer und sozialer Unterstützung;
  - Kenntnis des Einsatzes von und des möglichen Bedarfs von Anpassungen bei den Arbeitsaktivitäten;
  - Kenntnis der Bestimmungen für (professionelle psychologische) Betreuung innerhalb der USO;
  - Fähigkeiten zur Unterstützung des uniformierten Mitarbeiters;
  - Kenntnis von Aufgaben, Organisation und Funktionsweise des Peer-Support-Systems und der Einsatzweise von Peer Support;
  - bei psychosozialen Problemen sind auch Fähigkeiten zur Motivierung uniformierter Mitarbeiter erforderlich, damit diese sich um fachliche Unterstützung an entsprechend geschultes Personal wenden.



- 44** Der Vorgesetzte muss auch die negativen Auswirkungen von Zwischenfällen und nachträglichen Untersuchungen (einschließlich Bewertungen) wie z. B. internen Nachforschungen, Medienberichterstattung, etc. berücksichtigen. Dieser Aspekt sollte beim Informieren und Training von Unternehmensführung, Führungskräften und Teilnehmern am organisierten Peer Support eingebaut werden.
- 45** Die Projektgruppe empfiehlt, die Entdeckung psychosozialer Probleme nicht nur nach Zwischenfällen erfolgen zu lassen, sondern auch im Rahmen täglicher Routineaufgaben.

#### **Verantwortlichkeiten und Bewertung von organisiertem Peer Support**

- 46** Die Projektgruppe empfiehlt, die Aufgaben von Koordination, Monitoring und Bewertung der Aktivitäten des Peer Support solide in die Organisation einzugliedern und zu dokumentieren und hiermit im Idealfall nur eine Person zu betrauen.
- 47** Die Koordination von organisiertem Peer Support beinhaltet folgende Aufgaben:
- eingehende Beobachtung von Peer Support;
  - Beobachtung von und Verantwortung für die Qualität von Peer Support;
  - Coaching von Peer Support Leistenden;
  - Ermöglichen von Peer-Support-Aktivitäten;
  - Unterstützung von Recruitment-Aktivitäten für Peer Support;
  - Abgleich und Halten von Kontakten mit anderen relevanten Partnern in diesem Bereich;
  - Organisation des Trainings von Peer Support Leistenden;
  - Gewährleistung der Verfügbarkeit von Peer Support;
  - periodisches Monitoring und Evaluierung des geleisteten Peer Support;
  - periodisches Reporting zu den oben genannten Aspekten innerhalb der Organisation.
- 48** Die Projektgruppe empfiehlt die sorgfältige Beachtung bestehender Datenschutzbestimmungen bei der Einführung von Registrierungssystemen für den Peer Support. Informationen über Einzelpersonen, die im Kontext des Peer Support übermittelt werden, dürfen außerhalb dieses Kontextes nicht benutzt werden.

## Einsatz professioneller Betreuung

#### **Indikatoren für Bedarf nach professioneller Hilfe**

- 49** Im Einvernehmen mit dem Begriff der psychologischen Triage lassen sich nach Schockerlebnissen drei Gruppen von Betroffenen unterscheiden: 1) Menschen, die keine Beschwerden entwickeln; 2) Menschen, die eventuell Beschwerden ausbilden; und 3) Menschen, die Signale aufweisen, die auf einen gestörten Genesungsprozess hindeuten (und die daher sofort identifiziert und an adäquate Betreuung durch psychologisches Fachpersonal überwiesen werden müssen). Für den Peer Support sollte klar sein, dass die erste Gruppe (Betroffene ohne Beschwerden) die zahlenmäßig größte ist und sich die Arbeit des Peer Support auf Gruppe 2 und 3 konzentriert.
- 50** Folgende Anzeichen/Signale eines gestörten Genesungsprozess sollten während eines Gesprächs mit organisiertem Peer Support diskutiert und durchgegangen werden.
- störende Erinnerungen an oder Träume von dem Ereignis;
  - Aufgewühltsein durch immer wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis;
  - physische Stressreaktionen;
  - Vermeidungsverhalten, Nichterscheinen am Arbeitsplatz;
  - Schlafstörungen;

- erhöhte Reizbarkeit oder Aggression bei der Beilegung von Problemen (leichtes „In-die-Luft-Gehen“);
- Gefühle von Unsicherheit und/oder sBeklemmung, übersteigerte Alarmbereitschaft;
- Stimmungsschwankungen, düstere Stimmungen;
- Konzentrationsprobleme;
- gesteigerter Alkohol- und/oder Medikamentenkonsum;
- Unfähigkeit zu „funktionieren“ (am Arbeitsplatz und privat);
- Schuld- und Schamgefühle.

**51** Weist ein uniformierter Mitarbeiter nach dem Schockerlebnis bei einem der Gespräche mit dem Peer Support Leistenden auffällig viele der oben genannten Anzeichen/Signale auf, sollte man ihm am besten dazu raten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bestehen diese Symptome vier bis sechs Wochen nach dem Schockerlebnis fort, wird die Kontaktaufnahme mit professioneller Betreuung mit Fachkenntnissen im Trauma-Bereich dringend empfohlen. Darüber hinaus sollte in Zweifelsfällen dem betreffenden uniformierten Mitarbeiter dazu geraten werden, Kontakt zu professioneller Hilfe aufzunehmen.

**52** Es sollte kein „Behandlungsverhältnis“ zwischen dem Peer Support Leistenden und dem uniformierten Mitarbeiter entstehen.

**53** Die USO muss ein Protokoll zur Überweisung uniformierter Mitarbeiter an psychologisches Fachpersonal führen; der organisierte Peer Support ist über dieses Protokoll in Kenntnis zu setzen.

#### **Effektivität professioneller Betreuung**

**54** Die Projektgruppe rät, von den bestehenden Richtlinien und Protokollen im Bereich Unterstützung und psychosoziale Nachsorge (z. B. den Richtlinien mit dem Titel Early Psychosocial Interventions after Disasters, Terrorism and Other Shocking Events (Impact, 2007)) Gebrauch zu machen.

**55** Die Projektgruppe misst der Tatsache, dass die Organisation Kenntnisse über mögliche Behandlungsmethoden besitzt, große Bedeutung bei. Hier ließe sich z. B. auch ein Betriebsarzt hinzuziehen.

---

Impact ist das niederländische Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen. Ziel von Impact ist die Förderung hochwertiger und adäquat organisierter psychosozialer Betreuung nach traumatischen Ereignissen. Zu den Aufgaben von Impact gehört das Zusammenführen von Erfahrungen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, die verständliche Vermittlung entsprechenden Wissens, dessen Bereitstellung für verschiedene Zielgruppen sowie die Förderung der Zusammenarbeit von sämtlichen beteiligten Akteuren. Impact arbeitet aber auch daran, Menschen besser auf traumatische Ereignisse vorzubereiten und möchte der psychosozialen Betreuung einen festen Platz auf der Agenda von Krisenmanagern zuweisen. Impact ist Partner von Arq, einer niederländischen Vereinigung von Experten für psychische Traumen.

### **Impact**

Niederländisches Forschungs- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach traumatischen Ereignissen

Nienoord 5  
NL- 1112 XE Diemen  
T +31 (0)20 660 1901

**[www.impact.arq.org](http://www.impact.arq.org)**  
[info@impact.arq.org](mailto:info@impact.arq.org)



partner in



---

# **Richtlinien**

psychosoziale Betreuung  
von uniformierten  
Mitarbeitern

---

ISBN 978-90-78273-12-7 / NUR 740

---