



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Kollegiale Erstbetreuung nach traumatischen Erlebnissen in Einrichtungen Sozialer Arbeit

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades:
Bachelor of Arts

vorgelegt von
Julia Läbe

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. phil. Susanne A. Dreas
Zweitgutachter: Herr Karsten Giertz M.A.

Abgabetermin: 31.07.2020

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0523-0

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Einleitung	1
1. Traumatische Ereignisse in sozialen Berufen und deren Folgen	3
1.1 Begriffsklärung – Trauma und traumatische Ereignisse	3
1.2 Klassifikation traumatischer Ereignisse.....	5
1.3 Zeitlicher Verlauf psychischer Traumatisierungen	6
1.4 Traumatische Ereignisse und Belastungen in sozialen Berufen	6
1.4.1 Arbeitsunfallstatistik der DGUV 2018	8
1.4.2 Studien zu gewalttätigen Übergriffen auf das Personal sozialer Berufe	11
1.5 Folgen traumatischer Ereignisse für das Personal	13
1.5.1 Akute Belastungsreaktion.....	13
1.5.2 Posttraumatische Belastungsstörung.....	14
1.5.3 Sekundärtraumatisierung	15
1.6 Folgen traumatischer Ereignisse für Unternehmen und Betriebe	16
2. Betriebliche Präventionsmaßnahmen traumatischer Erlebnisse	17
2.1 Primärprävention traumatischer Ereignisse	18
2.1.1 Psychosoziale Gefährdungsbeurteilung.....	19
2.1.2 Technische Präventionsmaßnahmen.....	20
2.1.3 Organisatorische Präventionsmaßnahmen	21
2.1.4 Personenbezogene Präventionsmaßnahmen	22
2.2 Maßnahmen der Sekundärprävention traumatischer Ereignisse	24
2.2.1 Debriefing	25
2.2.2 Kognitive verhaltenstherapeutische Frühintervention	27
2.2.3 Notfallseelsorge und Seelsorge für Einsatzkräfte	29
2.3 Maßnahmen der Tertiärprävention traumatischer Ereignisse	30
2.3.1 Psychotherapie und probatorische Sitzungen.....	31
2.3.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement	32

3. Kollegiale Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen	34
3.1 Standards und Grundlagen der Psychologischen Ersten Hilfe	35
3.2 Aufgaben und Voraussetzungen der Kollegialen Erstbetreuer*innen	39
3.3 Ausbildungsangebote	41
3.4 Organisatorische Rahmenbedingungen der Kollegialen Erstbetreuung	44
3.5 Chancen und Risiken der Erstbetreuung durch Kolleg*innen	46
3.6 Experteninterview zur Kollegialen Erstbetreuung in der Praxis	48
3.6.1 Methodisches Vorgehen.....	49
3.6.2 Ergebnisdarstellung.....	50
4. Fazit.....	58
Quellenverzeichnis	60
Anhang	65

Vorbemerkung

In der vorliegenden Arbeit werden im Zuge der geschlechtlichen Gleichstellung stets sowohl männliche als auch weibliche Formulierungen oder eine genderneutrale Sprache verwendet. Eine Ausnahme soll jedoch die Verwendung zusammengesetzter Substantive (z.B. „Klientengruppen“) bilden, bei welcher aufgrund der besseren Lesbarkeit auf männliche Formen zurückgegriffen wird. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten sind in diesen Fällen ausdrücklich mitgemeint.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
bzw.	beziehungsweise
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Ebd.	ebenda
f.	folgende
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ProDema	Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement
S.	Seite(n)
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	und andere(n)
v.a.	vor allem
Vgl.	Vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

Die Soziale Arbeit bietet vielfältige und spannende Arbeitsfelder. Beruflich kommen Sozialarbeiter*innen dabei häufig mit Menschen in kritischen Lebenslagen in Berührung. Nicht selten können in der Arbeit mit Menschen, die sich in diesen komplexen Problemlagen befinden, kritische Situationen entstehen. Gewalttätige Übergriffe, Beleidigungen und Drohungen kommen dabei immer wieder vor.¹ In der Sozialen Arbeit liegt der Fokus meist auf den Klient*innen, welche in vielen Fällen Hilfe benötigen und erwarten. Doch wer hilft den Sozialarbeiter*innen, wenn diese unter den Belastungen im Beruf oder nach Übergriffen leiden? Insbesondere psychische Verletzungen sind nach traumatischen Ereignissen nicht immer leicht zu erkennen und finden daher wenig Beachtung.²

Eine schnelle Hilfe kann in diesen Situationen die sogenannte Kollegiale Erstbetreuung leisten, welche in dieser Arbeit thematisiert werden soll. Insbesondere soll die vorliegende Arbeit den Umgang mit traumatischen Erlebnissen während der Arbeitszeit mit Hilfe des Konzepts der Kollegialen Erstbetreuung beschreiben. Das Konzept der Kollegialen Erstbetreuung umfasst die Erstversorgung traumatischer Erlebnisse im Betrieb und findet in den verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit bisher kaum Anwendung.³ Aus diesem Grund ist eine valide, quantitative Datenerhebung zum Mehrwert dieser Maßnahme und somit eine rein empirische Bearbeitung schwer umsetzbar. Die Bachelorarbeit soll deshalb vorwiegend theoretisch bearbeitet werden und untersuchen, wie traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz durch eine Kollegiale Erstbetreuung versorgt werden können. Außerdem soll anhand eines bestehenden Konzeptes die Relevanz einer Erstbetreuung für Sozialarbeiter*innen dargestellt werden, woraus sich folgende Forschungsfrage ergibt: Wie können traumatische Erlebnisse der Mitarbeiter*innen in Einrichtungen Sozialer Arbeit mit Hilfe einer Kollegialen Erstbetreuung bewältigt werden? Zur Bearbeitung der Forschungsfrage gliedert sich die folgende Arbeit in drei Abschnitte. Der erste Teil der Arbeit umfasst die Begriffe Trauma und traumatische Ereignisse. Dazu wird eine Abgrenzung beider Begriffe im Rahmen einer Definition vorgenommen. Zur Problemdarstellung werden außerdem eine Statistik und einige Studien zu deren Häufigkeit in sozialen Berufen angeführt. Die psychischen Folgen traumatischer

¹ Vgl. Littlechild 2008, S. 13.

² Vgl. Richter 2007, S. 9.

³ Vgl. Richter 2019, S. 408.

Ereignisse und Belastungen sind von großer Bedeutung für die Gesundheit der Mitarbeiter*innen.

Im Fokus des zweiten Kapitels stehen aktuelle Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention traumatischer Ereignisse, welche in Betrieben Anwendung finden. Letztlich behandeln diese Präventionsmaßnahmen analog die Vorbeugung oder Verhütung von traumatischen Ereignissen sowie deren kurzfristige und langfristige Nachsorge.

Im dritten Teil der Arbeit wird das Konzept der Kollegialen Erstbetreuung als Maßnahme der sekundären Prävention dargestellt. Dieses orientiert sich an den Grundlagen der Psychologischen Ersten Hilfe, welche zu Beginn des Kapitels thematisiert werden. Aufgaben und Voraussetzungen der Kollegialen Erstbetreuer*innen, Ausbildungsangebote und organisatorische Rahmenbedingungen dieser Maßnahme sind ebenfalls Bestandteil des dritten Kapitels. Außerdem werden die Chancen und Risiken dieser Form der Akuthilfe beleuchtet. Abschließend soll ein Experteninterview Einblicke in die praktische Anwendung der Kollegialen Erstbetreuung geben und somit eine Perspektiverweiterung schaffen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Notwendigkeit von Maßnahmen der Akuthilfe nach traumatischen Ereignissen im Beruf aufzuzeigen, so dass die Kollegiale Erstbetreuung auch zunehmend in Einrichtungen der Sozialen Arbeit Anwendung findet.

1. Traumatische Ereignisse in sozialen Berufen und deren Folgen

Traumatische Ereignisse können jedem Menschen widerfahren. Auch während der Arbeitszeit können Mitarbeiter*innen mit schwierigen Situationen und Extremerlebnissen konfrontiert werden. Einige Menschen leiden an den Folgen dieser Erlebnisse und entwickeln sogar psychische Störungen. In diesem Kapitel soll es zunächst um Ereignisse gehen, die ein psychisches Trauma auslösen können. Um zu verstehen, was ein Trauma ist, soll zuerst eine Definition des psychischen Traumas und dessen Klassifikation erfolgen.

1.1 Begriffsklärung – Trauma und traumatische Ereignisse

Das Wort „Trauma“ kommt ursprünglich aus dem Altgriechischen und bedeutet Wunde, Verletzung oder Schaden. Unter einem Trauma wird heute eine seelische Verletzung verstanden, welche durch ein oder mehrere traumatische Ereignisse ausgelöst wurde.⁴

In der Praxis wird der Terminus Trauma häufig mit einer „traumatischen Situation“ oder einem „traumatischen Ereignis“ gleichgesetzt, die Begrifflichkeiten werden miteinander vermischt. Streng genommen ist eine traumatische Situation jedoch ein Ereignis, welches vergeht, und das Trauma eine Folge dessen beziehungsweise ein Erlebnis.⁵

Fischer und Riedesser definieren in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie ein psychisches Trauma als ein

*„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.*⁶

Bei dieser Definition wird deutlich, dass die Beziehung des Subjekts, also des erlebenden Menschen, zur Umwelt bzw. zur Situation bedeutsam für ein psychisches Trauma ist. Entscheidend ist demnach, wie ein Mensch ein bedrohliches Ereignis erlebt. Die Beziehung des Individuums zur bedrohlichen Situation ist dabei von einer erheblichen Spannung, einer Diskrepanz, geprägt. Das heißt, die individuellen Bewältigungsmechanismen der erlebenden Person funktionieren nicht und stellen sich in dieser Situation als wirkungslos heraus. Gefühle der Hilflosigkeit und Angst, der bedrohlichen Situation ausgeliefert zu sein, stellen sich ein. Fischer und Riedesser gehen in ihrer

⁴ Vgl. Seidler 2013, S. 32.

⁵ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 63.

⁶ Ebd., S. 84.

Definition außerdem auf die dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ein. Mit dieser Formulierung sollen der Verlust des Vertrauens in sich selbst sowie in die soziale und pragmatische Realität angesprochen werden. Ein „unbeschwertes“ Leben ist für viele Opfer traumatischer Erlebnisse vorerst nicht möglich. Folglich können jedem Menschen traumatische Ereignisse widerfahren. Wie die Betroffenen mit dem traumatischen Ereignis umgehen und wie folgenschwer dieses für sie sein wird, ist sowohl von persönlichen Ressourcen als auch von situationsbedingten Faktoren abhängig.⁷

In der zehnten Ausgabe der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) wird unter einem Trauma ein

„belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“⁸,

verstanden. Etwas anders als bei Fischers und Riedessers Traumadefinition wird in der ICD-10 ein psychisches Trauma lediglich als besondere und katastrophale Bedrohung beschrieben, welche bei den meisten Menschen starke Gefühle der Verzweiflung auslösen würde. Auf individuelle Bewältigungsmechanismen wird in der ICD-10 nicht explizit eingegangen. Diese Definition ist somit etwas allgemeiner und kürzer gefasst. In der Praxis wird sich jedoch im Zusammenhang mit psychischen Traumata am häufigsten auf die ICD-10 bezogen.

Andere persönliche Erlebnisse, wie beispielsweise enttäuschte Erwartungen oder Vertrauensbrüche, werden in der Umgangssprache ebenfalls gelegentlich als „persönliches Trauma“ bezeichnet. Diese entsprechen jedoch nicht den oben genannten, klinischen Kriterien eines psychischen Traumas, bei welchem vor allem extreme Gefahrensituationen und emotionale Ausnahmezustände im Vordergrund stehen.⁹

Royle verweist, ähnlich wie Fischer und Riedesser, auf die Bedeutsamkeit der Reaktion des Individuums auf ein äußeres Ereignis. Diese Reaktion ist nach Royle abhängig von der Gefühlswelt und bisher gemachten Erfahrungen des Individuums. Sie ist entscheidend für die Einstufung eines Ereignisses als möglicherweise traumatisch. Dies sollte sowohl bei der Diagnostik psychischer Folgeerkrankungen als auch bei der Nachbetreuung potenziell traumatischer Ereignisse berücksichtigt werden.¹⁰

⁷ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 66-90.

⁸ DIMDI, ICD-10-GM Version 2020 S. 175.

⁹ Vgl. Maercker 2013, S. 14f.

¹⁰ Vgl. Royle 2019, S. 138.

Eine zufriedenstellende, objektive Definition traumatischer Ereignisse ist somit kaum möglich.¹¹ Ob ein Ereignis als potenziell traumatisch eingestuft werden kann, ist nicht pauschal zu beantworten und gilt es im Einzelfall zu klären, denn jedes Individuum reagiert unterschiedlich auf kritische Situationen und nimmt diese unterschiedlich wahr. Dieses Erkenntnis gilt es im gesamten Verlauf der Arbeit zu beachten, insbesondere wenn traumatische Ereignisse thematisiert werden.

1.2 Klassifikation traumatischer Ereignisse

Trotz der Schwierigkeiten bei der Definition traumatischer Ereignisse, lassen sich diese laut Maercker entsprechend ihrer Ursachen und Dauer einteilen. So unterscheidet man zwischen menschlich verursachten Traumata, auch interpersonelle Traumata genannt, und zufällig verursachten Traumata. Zu erstgenannten zählen beispielsweise sexuelle Übergriffe, körperliche Gewalt und Geiselnahmen. Zufällig verursachte Traumata können zum Beispiel Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überflutungen, Brände oder auch schwere Verkehrsunfälle sein. Eine recht neue, dritte Kategorie der möglichen Ursachen von Traumata stellen die medizinisch bedingten Traumata dar. Hierzu zählen unter anderem akute, lebensgefährliche oder chronische Erkrankungen.¹²

Auch die Dauer der traumatischen Ereignisse ist entscheidend für die Klassifikation dieser. Terr teilte 1991 erstmals Traumata nach ihrer Symptomatik in zwei verschiedene Typen ein. Die sogenannte Typ-I-Symptomatik tritt laut Terr nach unerwarteten, einmaligen Ereignissen auf, während die Typ-II-Symptomatik nach länger anhaltenden Extremereignissen auftritt.¹³

Die Einteilung in die zwei Traumatisierungstypen erfolgt auch heute noch, jedoch wird die Symptomatik-Komponente nicht mehr berücksichtigt. Lediglich die Art und Dauer des traumatischen Ereignisses ist für die Kategorisierung nach Trauma-Typ-I oder Trauma-Typ-II entscheidend. So versteht man heute unter einem Typ-I-Trauma ein plötzliches, einmaliges Ereignis und unter einem Typ-II-Trauma ein Ereignis, welches mehrmals und über einen längeren Zeitraum stattfand.¹⁴

Die Symptomatik der beschriebenen Klassifikationen Somit kann ein traumatisches Ereignis je nach Ursache (man made oder zufällig) und Häufigkeit beziehungsweise Dauer (Trauma-Typ-I oder Trauma-Typ-II) kategorisiert werden. Dabei hat sich nach Maercker

¹¹ Vgl. Royle 2019, S. 138.

¹² Vgl. Maercker 2013, S. 15f.

¹³ Vgl. Terr 1991, S. 14-16.

¹⁴ Vgl. Seidler 2013, S. 40.

herausgestellt, dass vor allem die willentlich durch Menschen ausgelösten Traumata sowie die über einen längeren Zeitraum und wiederkehrenden traumatischen Ereignisse nach Typ-II schwerwiegendere Folgen haben können als die anderen Formen. Sie führen meist zu stärkeren Beeinträchtigungen und die psychischen Folgen chronifizieren sich eher.¹⁵

1.3 Zeitlicher Verlauf psychischer Traumatisierungen

Psychische Traumatisierungen verlaufen meist in drei Phasen. Zu Beginn steht die Schockphase, in welcher die Betroffenen kaum glauben können, was geschehen ist. Häufig verleugnen die betroffenen Personen das Ausmaß schrecklicher Erlebnisse oder eigene Gefühle. Auch dissoziative Zustände oder veränderte Wahrnehmungen des Zeitgefühls sind möglich. Die Schockphase kann von einer Stunde bis hin zu einer Woche andauern. Darauf folgt die Einwirkungsphase, welche bis zu zwei Wochen anhalten kann. In dieser Phase fühlen die Betroffenen meist starke Wut und Ärger auf Vorgesetzte, den Arbeitsplatz, Helfer oder sich selbst. Betroffene geben sich die Schuld für den Vorfall und klagen sich selbst an. Kennzeichnend für diese Phase sind außerdem Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Alpträume oder auch immer wiederkehrende Erinnerungen an das Erlebnis, sogenannte Flash-Backs. Die dritte Phase ist die Erholungsphase. Ruhe, Entspannung und die Verhinderung erneuter Stressoren sollten in dieser Zeit im Vordergrund stehen. Größere Belastungen vor Abschluss dieser Phase können die Phase verlängern. Sollten die Symptome und Belastungen auch nach Abschluss der Einwirkungsphase oder Erholungsphase auftreten, ist die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe ratsam, um die Entstehung möglicher Folgeerkrankungen zu verhindern. Die Kenntnis über diese unterschiedlichen Phasen kann für Ersthelfer*innen (siehe Kapitel 3) von großer Bedeutung sein und den Umgang mit traumatisierten Menschen erleichtern.¹⁶

1.4 Traumatische Ereignisse und Belastungen in sozialen Berufen

Wie zu Beginn des Kapitels bereits erwähnt wurde, können traumatische Ereignisse auch am Arbeitsplatz eintreten. Gewalt am Arbeitsplatz kann in nahezu allen Berufsgruppen vorkommen, doch einige werden häufiger mit diesen Themen konfrontiert als andere. So zählen beispielsweise Einsatzkräfte der Feuerwehr, Polizei und des Rettungsdienstes zu

¹⁵ Vgl. Maercker 2013, S. 15.

¹⁶ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 170.

den Berufsgruppen, welche mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in ihrer Arbeit mit traumatischen Ereignissen in Berührung kommen. Aber auch Mitarbeiter*innen in sozialen Einrichtungen, Ämtern oder im Justizwesen sind immer wieder gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt, welche durchaus traumatisch sein können.¹⁷

Auch nach Royle sind einige Berufsgruppen eher gefährdet, traumatische Ereignisse wie Bedrohungen, schwere Unfälle oder Tode miterleben. So kann auch mit einigen Kundengruppen oder Klient*innen ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten oder körperliche Gewaltausübungen einhergehen. Dies gilt unter anderem für Menschen mit komplexen Problemlagen, mit welchen Sozialarbeiter*innen häufig zusammenarbeiten.¹⁸

Die Arbeitsfelder der Sozialarbeit sind sehr vielfältig. Als klassische Arbeitsfelder zählen zum Beispiel die Arbeit mit suchterkrankten und psychisch kranken Menschen, Kindern und Jugendlichen, älteren, wohnungslosen oder arbeitslosen Menschen. Auch in der Verwaltung können Sozialarbeiter*innen tätig sein.

Hervorzuheben ist außerdem die Tatsache, dass Sozialarbeiter*innen häufig aufsuchend und in häuslichen Settings tätig sind, welche besondere Gefahren und Risiken bergen. Die Helfer*innen arbeiten meist allein in einer ihnen unbekannteren Umgebung mit ihnen fremden Menschen. Müller u.a. fanden in einer Studie zum Sicherheitsempfinden von psychosozialen Helfer*innen in häuslichen Settings heraus, dass mehr als die Hälfte der befragten Fachkräfte in Deutschland sich im Rahmen einer aufsuchenden Tätigkeit schon einmal unsicher fühlten und sich Sorgen um ihre Sicherheit machten. Sicherheitsvorkehrungen, Reflexionsmöglichkeiten und Bildungsmaßnahmen primär für aufsuchende Helfer*innen, die zur Verbesserung dieser Situation beitragen können, findet man in der eher Praxis selten.¹⁹

Nicht zu unterschätzen sind nach Alice und Martina Sendera außerdem die emotionalen Anforderungen und Belastungen in sozialen Berufen. Die regelmäßige Konfrontation mit großem Leid und schweren Schicksalsschlägen vieler Klient*innen kann eine große seelische Belastung für die Helfer*innen darstellen. Außerdem haben Sozialarbeiter*innen oftmals in ihren beruflichen Anfängen hohe Ansprüche an ihre Klient*innen und sich selbst. Übermäßiger Ehrgeiz und zu hohe Erwartungen führen in der Praxis jedoch schnell zu Enttäuschungen. Die Problemlagen der Klient*innen sind häufig sehr kompliziert. Nicht alle Klient*innen sind über die professionelle Hilfe erfreut und dankbar, einige sehen sie

¹⁷ Vgl. Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 66.

¹⁸ Vgl. Royle 2019, S. 119-121.

¹⁹ Vgl. Müller u.a. 2014, S. 402f.

sogar als Feindbild an. Diese Ablehnung kann bei Sozialarbeiter*innen Frustration und Wut auslösen. Zu erkennen und zu verinnerlichen, dass nicht immer und nicht allen Klient*innen geholfen werden kann, ist nicht einfach. Unzureichende Möglichkeiten und fehlende Ressourcen verschärfen diese Situation. Diese Belastungen stellen Gesundheitsrisiken dar und können zur Entwicklung von Krankheiten wie Burnout begünstigen.²⁰

Aufgrund dieser zusätzlichen Belastungen, der unterschiedlichen Praxisfelder und der Tatsache, dass viele Helfer*innen in häuslichen Settings sich schon einmal um ihre Sicherheit sorgten, ist anzunehmen, dass Sozialarbeiter*innen häufig mit schwierigen oder traumatischen Ereignissen konfrontiert werden. Im Folgenden sollen eine Statistik und einige Studien zu gewalttätigen Übergriffen und traumatischen Situationen in Bezug auf soziale Berufe aufgeführt werden.

1.4.1 Arbeitsunfallstatistik der DGUV 2018

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) erhebt jährlich eine Statistik zum Arbeitsunfallgeschehen in Deutschland. Wenn ein*e Mitarbeiter*in aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls länger als drei Tage krankgeschrieben ist, müssen Arbeitgebende den Unfall der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse melden. Der Vorfall wird dann mit in die Statistik aufgenommen.²¹ Ein Teil der Arbeitsunfallstatistik aus dem Jahr 2018 stellt die Einwirkungen auf Personen durch Gewalt, Angriffe, Bedrohungen oder Überraschungen, welche durchaus eine traumatische Wirkung haben können, dar. Insgesamt wurden 14.566 meldepflichtige Unfälle dieser Art erfasst. In diesem Teil der Statistik wurde zunächst zwischen Gewalteinwirkungen durch betriebsinterne und -fremde Personen unterschieden. Von den 14.566 erfassten Unfällen wurden 8.441 von betriebsfremden Personen und 3.391 Unfälle von betriebsinternen Personen verursacht. Von den verbleibenden Unfällen dieser Art gehen 1.574 auf abgeschwächte Formen wie Überraschungen und Schreck zurück und bei 1.161 wurde die Ursache nicht näher bezeichnet. Bei 68% der Übergriffe durch betriebsinterne und betriebsfremde Personen kam es zu Verstauchungen, Prellungen und oberflächlichen Hautverletzungen. Bei den psychischen Folgen standen vor allem Schockzustände mit 18% im Vordergrund.²²

²⁰ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2013, S. 124-128.

²¹ Vgl. DGUV 2019, S. 5-7.

²² Vgl. ebd., S. 89.

Von großer Bedeutung sind jedoch auch die Berufszweige, in denen solche Unfälle durch Gewalteinwirkungen vermehrt auftreten. In der Arbeitsunfallstatistik wurden die Unfälle durch Gewalt, Angriff, Bedrohung oder Überraschung, welche der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet wurden, nach Wirtschaftszweig eingeteilt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: „Unfälle durch menschliche Gewalt, Angriff, Bedrohung, Überraschung – gewerbliche Berufsgenossenschaften nach Wirtschaftszweig 2018“

Wirtschaftszweig (BG)	Gewalt, Angriff, Bedrohung		Sonstige Unfälle		Anteil Gewalt an Gesamt %
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	2.429	20,4	18.503	2,6	13,1
Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	1.544	13,0	38.584	5,5	4,0
Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	1.282	10,8	2.726	0,4	47,0
Sozialwesen (ohne Heime)	1.076	9,0	16.053	2,3	6,7
Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	909	7,6	52.912	7,5	1,7
Gesundheitswesen	881	7,4	19.579	2,8	4,5
Erziehung und Unterricht	542	4,5	9.694	1,4	5,6
Gastronomie	400	3,4	22.176	3,1	1,8
Sonstige	2.859	24,0	524.651	74,4	0,5
Gesamt	11.922	100,0	704.878	100,0	1,7

Quelle: DGUV 2019, S. 91.

Die Tabelle 1 der DGUV Arbeitsunfallstatistik zeigt, dass den Berufsgenossenschaften der verschiedenen Wirtschaftszweige insgesamt 11.922 Unfälle aufgrund von Gewalt, Angriffen oder Bedrohungen verursacht wurden. Mitarbeiter*innen in Heimen, ausgenommen von Erholungs- und Ferienheimen, waren dabei besonders häufig betroffen, 2.429 Unfälle wurden von den gewerblichen Berufsgenossenschaften verzeichnet. Im Sozialwesen wurden 1.076 Unfälle dieser Art gemeldet, im Gesundheitswesen wurden 881 Unfälle gemeldet. Vor allem in diesen drei genannten Berufsgruppen ist es denkbar, dass auch Sozialarbeiter*innen unter den Opfern der Gewalteinwirkungen waren. Gewalttätige Übergriffe fanden außerdem in den Wirtschaftszweigen des Landverkehrs und Transports in Rohrfernleitungen, der Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien, des Einzelhandels, der Erziehung und des Unterrichts und der Gastronomie statt. Sozialarbeiter*Innen sind in diesen Bereichen allerdings weniger vertreten.

Die einzelnen Berufsgruppen werden in der Statistik jedoch nicht aufgeschlüsselt. Ähnlich verhält es sich mit der Erhebung der Unfälle dieser Art im öffentlichen Dienst, welche den zuständigen Unfallkassen gemeldet wurden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: „Unfälle durch menschliche Gewalt, Angriff, Bedrohung, Überraschung – Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nach Wirtschaftszweig 2018“

Betriebsart (UVTöH)	Gewalt, Angriff, Bedrohung		Sonstige Unfälle		Anteil Gewalt an Gesamt %
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Bahnbetriebe	719	27,2	5.430	9,6	13,2
Krankenhäuser	463	17,5	7.886	13,9	5,9
Allgemeine Verwaltungen (z. B. Rathäuser, Gemeindeverwaltungen)	418	15,8	12.833	22,7	3,3
Psychiatrische Krankenhäuser	310	11,7	942	1,7	32,9
Sonstige	735	27,8	29.546	52,2	2,5
Gesamt	2.644	100,0	56.638	100,0	4,7

Quelle: DGUV 2019, S. 91.

Den Unfallversicherungsträgern wurden in Tabelle 2 insgesamt 2.644 Unfälle durch Gewalt, Angriffe und Bedrohungen gemeldet. In Bahnbetrieben wurden 719 Unfälle dieser Art verzeichnet. 735 Unfallmeldungen fanden in Betrieben statt, welche in der Tabelle nicht näher bezeichnet sind. Auffällig sind allerdings auch die Zahlen der Unfallmeldungen in den Krankenhäusern (463 Meldungen), Allgemeinen Verwaltungen (418 Meldungen) und Psychiatrischen Krankenhäusern (310 Meldungen). Vor allem in diesen drei Bereichen, könnten auch Sozialarbeiter*innen tätig sein. Außerdem liegt es nahe, dass Sozialarbeiter*innen mit den Patient*innen aus beispielsweise psychiatrischen Krankenhäusern in anderen Settings in Kontakt kommen.

Die DGUV weist jedoch auch darauf hin, dass die Dokumentation der Unfallhergänge auch unvollständig oder unverständlich sein kann und somit eine genaue Klärung der Zusammenhänge nicht immer möglich ist.²³ Insgesamt bietet die Arbeitsunfallstatistik der DGUV nur einen Einblick in die möglichen und tatsächlichen Berufsrisiken und Belastungen in sozialen Berufen. Trotzdem kann der Statistik entnommen werden, dass Übergriffe auf Mitarbeiter*innen stattfinden und auch vermehrt in sozialen Berufen vorkommen. Eine differenzierte Erfassung aller Vorfälle ist durch die Statistik allein jedoch

²³ Vgl. DGUV 2019, S. 89.

nicht gegeben. Deswegen sollen im Folgenden einige Studien zu gewalttätigen Übergriffen auf das Personal und potenzielle Traumatisierungen dargestellt werden.

1.4.2 Studien zu gewalttätigen Übergriffen auf das Personal sozialer Berufe

Lange Zeit wurden gewalttätige Übergriffe auf das Personal und traumatisierende Ereignisse während der Arbeitszeit tabuisiert. Auch die möglichen Auswirkungen der traumatischen Situationen und Folgeerkrankungen wurden in Einrichtungen kaum thematisiert.²⁴

Es soll dennoch nicht verschwiegen werden, dass gewalttätige Übergriffe auch von Sozialarbeitenden ausgehen können und sie Täter*innen sein können.²⁵ In dieser Arbeit soll es jedoch vorwiegend um die Belastungen und Erlebnisse der Mitarbeiter*innen gehen.

Lange Zeit gab es kaum deutsche Studien zu diesen Themen, es existierten lediglich einige internationale Untersuchungen zu gewalttätigen Übergriffen auf das Personal. Lammers hat einige bedeutende internationale Studien in ihrer Arbeit zusammengetragen. Die „The West Sussex“ (1980) Studie von Brown u.a. setzte sich mit Gewaltrisiken von Sozialarbeiter*innen auseinander und zeigte, dass 53% der befragten Sozialarbeiter*innen Gewalt in ihrem Beruf erfahren haben. Einige erlebten auch psychische Gewalt. Ähnliche Ergebnisse brachten „The Nova Study“ (1990) von Norris, die Studie „Beware of the Client. Community Care“ (1993) von Grimwood und La Valle und die Studie „Violence against Social Care Staff“ (2000) von Brockmann und McLean. In allen Befragungen gaben mehr als die Hälfte der Sozialarbeiter*innen an, während ihrer Tätigkeit Gewalt erfahren zu haben. Die Studien unterscheiden sich zwar hinsichtlich der angewandten Methoden und es wurden auch nicht ausschließlich Fachkräfte der Sozialen Arbeit befragt, dennoch lässt sich laut Lammers anhand der Studienergebnisse verdeutlichen, dass Gewalterfahrungen für Sozialarbeiter*innen keine Seltenheit sind. Zusätzlich führte Lammers in ihrer Arbeit selbst Interviews im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe durch, in welchen Fachkräfte in verschiedenen Wohngruppen zu körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen in ihrer Arbeit und deren Häufigkeit befragt wurden. Die Ergebnisse ähnelten denen der älteren Studien. 70 bis 100% der

²⁴ Vgl. Schablon u.a. 2019, S. 87.

²⁵ Vgl. Fent 2000, S. 12.

Fachkräfte gaben an, bereits psychische Gewalt erlebt zu haben. 33 bis 50% erlebten auch physische Gewalt.²⁶

Mittlerweile existieren einige deutsche Studien, die sich mit gewalttätigen Übergriffen auf Mitarbeiter*innen in sozialen und medizinischen Berufen beschäftigen. Schablon u.a. untersuchten im Jahr 2017 die Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten in der Pflege- und Betreuungsbranche. 79,5% von insgesamt 1984 Befragten gaben an, innerhalb des letzten Jahres Gewalt erlebt zu haben. Übergriffe, wie beispielsweise Kratzen, Schläge, Beschimpfungen und Bedrohungen, kamen besonders häufig in Krankenhäusern und der stationären Hilfen für Menschen mit Behinderungen vor.²⁷

Eine häufig zitierte Studie in diesem Bereich führte Dirk Richter im Jahr 2007 durch. Schwerpunkte dieser Studie waren die psychischen Belastungen und Folgeerkrankungen der Mitarbeiter*innen nach körperlichen Patientenübergriffen. Rekrutiert wurden Teilnehmer*innen, welche in ihrer Arbeitszeit bereits Patientenübergriffe erlebten. In zwei Phasen wurden schließlich insgesamt 88 Personen aus größtenteils psychiatrischen Einrichtungen, medizinischen und pflegerischen Einrichtungen sowie Bereichen der Sozialen Arbeit wie der aufsuchenden Drogenhilfe oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu ihren Erlebnissen mit übergriffigen Patient*innen befragt. Viele Studienteilnehmer*innen schilderten die von ihnen als traumatisch erlebten Situationen. Die meisten von ihnen hatten bereits mehrmals gewalttätige Erfahrungen während ihrer Arbeitszeit gemacht. Neben den körperlichen Schäden berichteten die Studienteilnehmer*innen auch von psychischen Reaktionen wie Ängsten, Taubheitsgefühlen und Schockzuständen sowie längeren Ausfallzeiten aufgrund eines Übergriffs.²⁸

Obwohl bisher nur wenige Studien zu traumatisierenden Ereignissen und deren Folgen in Bereichen der Sozialarbeit durchgeführt wurden, zeigen die Statistik und die wenigen Studien im deutschsprachigen Raum jedoch, dass Übergriffe Teil des Arbeitsalltags von Sozialarbeiter*innen sind. Sie sind einem besonders hohen Risiko für gewalttätige Übergriffe und Bedrohungen ausgesetzt.²⁹ Von besonderer Bedeutung sind vor allem die Folgen dieser Belastungen. Diese sollen im Folgenden thematisiert werden.

²⁶ Vgl. Lammers 2019, S. 290f.

²⁷ Vgl. Schablon u.a. 2019, S. 86.

²⁸ Vgl. Richter 2007, S. 41-76.

²⁹ Vgl. Littlechild 2008, S. 13.

1.5 Folgen traumatischer Ereignisse für das Personal

Nicht immer entwickeln Betroffene nach einem traumatischen Erlebnis auch psychische Erkrankungen. Die Mehrheit der Betroffenen bleibt sogar gesund. Ob ein Mensch nach einem traumatischen Ereignis Symptome entwickelt, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. So können beispielsweise die Kenntnis über mögliche psychische Belastungen und Gefährdungen im Beruf, Unterstützung durch Kollegen, Vorgesetzte und Angehöriges sowie persönliche Resilienzfaktoren der Entwicklung psychischer Erkrankungen nach traumatischen Erlebnissen entgegenwirken und zur Bewältigung der Krise beitragen.³⁰

Je mehr belastende und traumatische Faktoren eine Situation aufweist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die betroffenen Personen über zu wenige Ressourcen verfügen, um die traumatische Situation beschwerdefrei und gesund zu bewältigen. Bei sogenannten Extremtraumatisierungen wie Folter oder anderen andauernden Lebensbedrohungen ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Traumatisierung sowie die Entwicklung von Folgeerkrankungen folglich sehr groß.³¹

Nicht immer bleibt ein traumatisches Erlebnis auch folgenlos. Menschen reagieren, fühlen und erleben Situationen immer unterschiedlich. Einige Menschen reagieren stärker auf Extremerlebnisse als andere. Die in den vorhergegangenen Kapiteln beschriebenen, kritischen Ereignisse können somit auch schwerwiegende, gesundheitliche Folgen für Mitarbeiter*innen haben.

1.5.1 Akute Belastungsreaktion

Körperliche Übergriffe sowie psychische Gewalt durch Dritte können bei den betroffenen Personen starke Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Ängsten auslösen.³² Auch Unzufriedenheit, Motivationsverlust für die Arbeit, Verunsicherung, Infragestellung der persönlichen Kompetenzen oder Erschöpfungsgefühle können Folgen traumatischer Ereignisse sein.³³

Direkt nach der traumatischen Situation kann somit eine Vielzahl an Symptomen auftreten. In den vorher beschriebenen Studien schilderten viele Betroffene Schockzustände und Taubheitsgefühle. Diese Reaktionen auf ein abnormales und ungewöhnliches Ereignis gelten zunächst als normal, sie werden als posttraumatischer Stress bezeichnet.³⁴

³⁰ Vgl. Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 66f.

³¹ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 89.

³² Vgl. Muschalla/Linden 2013, S.49.

³³ Vgl. Nienhaus u.a. 2016, S. 92.

³⁴ Vgl. Royle 2019, S. 124.

In der ICD-10 wird dieses Phänomen als Akute Belastungsreaktion beschrieben. Es handelt sich hierbei um eine normale Reaktion, welche auch bei Menschen, die vorher keine psychischen Auffälligkeiten aufwiesen, auftreten kann.³⁵

Die akute Belastungsreaktion gilt somit als Folge einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung und äußert sich durch unterschiedliche Symptome. In der ICD-10 werden Betäubungsgefühle, Desorientiertheit, Unruhe, Schwitzen und Errötung genannt. Einige Betroffene können sich zudem nicht an den genauen Ablauf des Ereignisses erinnern. Häufig vermischen sich diese Symptome oder wechseln sich ab. Sie treten meist innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und klingen in der Regel innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab.³⁶

1.5.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Auch wenn die akute Belastungsreaktion als normale Reaktion auf traumatische Ereignisse gewertet wird, kann sie sich zu einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln.³⁷ Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt als die zentrale Traumafolgestörung und wurde viel untersucht.³⁸ Nach Freyberger, Glaesmer und Stieglitz bildet sich die PTBS jedoch häufig erst Monate nach dem traumatischen Ereignis aus, ohne dass die Betroffenen in der Zwischenzeit über entsprechende Belastungssymptome klagten.³⁹ Die PTBS kann sich somit auch zeitverzögert entwickeln und ist aufgrund scheinbar fehlender Ursachen und ohne zeitliche Zusammenhänge nicht immer leicht zu erkennen.⁴⁰

In der ICD-10 wird die PTBS als Folge eines traumatischen Ereignisses beschrieben. Charakteristisch für dieses Störungsbild sind demnach sogenannte Flashbacks, in welchen die Betroffenen die belastenden Ereignisse in ihrer Gefühlswelt erneut erleben. Häufig haben die Betroffenen zudem immer wiederkehrende Träume oder Albträume.⁴¹ Außerdem zeigen die Betroffenen häufig ein Vermeidungsverhalten, das heißt, dass sie bestimmte Situationen, die dem traumatischen Ereignis ähneln oder mit diesem in Verbindung stehen, meiden. Einige Betroffene können sich zudem nicht an einzelne Aspekte der traumatischen Ereignisse erinnern und klagen über Schlafstörungen,

³⁵ Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 195.

³⁶ Vgl. DIMDI, ICD-10-GM Version 2020 S. 175.

³⁷ Vgl. Freyberger/Glaesmer/Stieglitz 2019, S. 188.

³⁸ Vgl. Seidler 2013, S. 105.

³⁹ Vgl. Freyberger/Glaesmer/Stieglitz 2019, S. 188.

⁴⁰ Vgl. Nienhaus u.a. 2016, S. 92.

⁴¹ Vgl. DIMDI, ICD-10-GM Version 2020 S. 175.

Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Schreckhaftigkeit oder übermäßige Wachsamkeit. Kennzeichnend für die PTBS ist das verzögerte Auftreten dieser Symptome. Wenn die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten, kann die Diagnose der PTBS in Erwägung gezogen werden.⁴²

Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt als gut therapierbar, eine Genesung ist laut ICD-10 möglich. In einigen Fällen kann sich die Störung jedoch chronifizieren und es kann sich eine andauernde Persönlichkeitsänderung entwickeln.⁴³

1.5.3 Sekundärtraumatisierung

Eine besondere Form der Posttraumatischen Belastungsstörung stellt die sekundäre Traumatisierung dar. Anders als bei der primären Posttraumatischen Belastungsstörung, bei welcher die Person das traumatische Ereignis selbst erlebt hat, bezieht sich die Sekundärtraumatisierung auf Belastungen, welche durch die Kenntnis über ein traumatisches Ereignis anderer Personen, entstehen. So können die Erzählungen der betroffenen Person über ihre traumatische Erfahrung Symptome einer PTBS bei den Gesprächspartner*innen auslösen, welche das Trauma dann indirekt erleben. Besonders gefährdet sind Personen, die traumatisierten Menschen helfen. Zu den weiteren Risikofaktoren für Helfer*innen gehören ausgeprägte Empathie sowie die Identifizierung mit der traumatisierten Person. Verfügt die helfende Person nicht über ausreichend Copingstrategien und Ressourcen, kann sich eine sekundäre posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Die sekundäre Traumatisierung ist gekennzeichnet durch Symptome wie Ärger, Ängste, Verhaltensänderungen, Konzentrationsschwierigkeiten und starke Unruhe. Ihre Symptomatik ähnelt somit jener der primären PTBS, auch wenn sie in einigen Fällen nicht gleiche die Intensität erreicht. Folglich kann eine Traumatisierung allein durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis sowie durch Erzählungen der betroffenen Person erfolgen.⁴⁴

Psychotherapeut*innen, Polizist*innen, Rettungskräfte sowie Seelsorger*innen zählen zu den Berufsgruppen, die häufig mit traumatisierten Menschen arbeiten und somit ein erhöhtes Risiko aufweisen, sekundär traumatisiert zu werden. Aus diesem Grund sollten die Beschäftigten in ihrer Selbstwahrnehmung geschult sein, frühzeitig auf ihren

⁴² Vgl. Maercker 2013, S. 20f.

⁴³ Vgl. DIMDI, ICD-10-GM Version 2020 S. 175.

⁴⁴ Vgl. Ehler/Brönnimann 2019, S. 435f.

Selbstschutz achten, an Supervisionen teilnehmen sowie auf einen Ausgleich in ihrer Freizeit achten.⁴⁵

Wie bereits erwähnt, sind Sozialarbeiter*innen in ihrer Arbeit ebenfalls seelischen Belastungen ausgesetzt. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen, ihren schweren Schicksalsschlägen sowie komplexen Problemlagen können sich auf Sozialarbeiter*innen auswirken und folglich zu einer sekundären Traumatisierung führen.⁴⁶

1.6 Folgen traumatischer Ereignisse für Unternehmen und Betriebe

Die Auswirkungen dieser Traumafolgestörungen beschränken sich laut Royle nicht allein auf die Betroffenen. So spüren meist auch Angehörige, Kolleg*innen sowie das gesamte soziale Umfeld der betroffenen Personen die Folgen des traumatischen Erlebnisses. Als Folgen wurden Suizide, zerbrochene Familien sowie der Missbrauch von Suchtmitteln verzeichnet.⁴⁷

Auch im Arbeitsumfeld können die Auswirkungen des traumatischen Erlebnisses wahrgenommen werden. So bleibt die längerfristige, krankheitsbedingte Abwesenheit oder auch das emotionale Abstumpfen der betroffenen Person im Betrieb nicht folgenlos. Dem Betrieb gehen durch den Verlust der Arbeitskraft wertvolles Know-how verloren, die Rekrutierung und Ausbildung neuer Mitarbeiter*innen können kostspielig sein. Außerdem können sich die kognitiven Beeinträchtigungen der Betroffenen als Reaktion auf das belastende Erlebnis oder die negative Einstellung gegenüber der Arbeit schädigend auf Kunden- bzw. Klientengruppen in sozialen Berufen auswirken. Schlechte Arbeitsbeziehungen und Konflikte unter den Kolleg*innen können die Folge sein. Das Erfüllen der Unternehmensziele kann durch traumatisierte Mitarbeiter*innen somit deutlich erschwert werden. Zudem kann das Image des Unternehmens leiden, wenn es vermehrt zu Vorfällen in der Einrichtung kommt, welche die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf sich ziehen.⁴⁸ Die mit den Traumafolgestörungen einhergehenden Belastungen zeigen, dass die Gesundheit des Personals von großer Bedeutung ist. Auch Unternehmen und Betriebe sollten demnach Interesse an der Prävention und einer guten Nachsorge traumatischer Ereignisse haben. Im folgenden Kapitel dieser Arbeit soll deshalb auf die aktuellen Maßnahmen der Prävention und nachsorgenden Hilfen eingegangen werden.

⁴⁵ Vgl. Pausch/Matten 2018, S.101

⁴⁶ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2013, S. 124f.

⁴⁷ Vgl. Royle 2019, S. 125.

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 125f.

2. Betriebliche Präventionsmaßnahmen traumatischer Erlebnisse

In der Literatur zur Prävention traumatischer Ereignisse in Betrieben wird sich häufig auf Maßnahmen für besonders gefährdete Berufsgruppen, vor allem Einsatzkräfte oder Mitarbeiter*innen des Bahnverkehrs, bezogen. Dennoch wurde in den vergangenen fünf Jahren vermehrt Literatur zur Gewaltprävention in Gesundheitsberufen veröffentlicht. Die Studie von Schablon u.a. zu den Arbeitsbelastungen durch Gewalt und Aggressionen zeigt zudem, dass sich der Umgang mit diesen Themen in der Praxis verändert hat.⁴⁹ Dies kann als erster Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden. Es ist jedoch noch ein langer Weg bis die Gewaltprävention und die Prävention sämtlicher traumatischer Ereignisse flächendeckend in der Praxis thematisiert und angegangen werden.

In Anbetracht der vorliegenden Studien zur Häufigkeit gewalttätiger Übergriffe und Traumatisierungen am Arbeitsplatz sowie möglicher gesundheitlicher Folgen ist es allerdings angebracht und notwendig, diesen Ereignissen in sämtlichen Berufsgruppen entgegenzuwirken und sie zu verhindern. Eine gute Organisation und Vorbereitung der Einrichtungen auf solche Situationen können nach Nienhaus die empfundenen Belastungen der Betroffenen vermindern.⁵⁰

Die Prävention gesundheitlicher Schäden von Mitarbeiter*innen sind im Siebten Sozialgesetzbuch (SGB VII) und im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) gesetzlich geregelt und für die Arbeitgeber*innen sowie für die Unfallversicherungsträger verpflichtend. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, wie beispielsweise Gewalt am Arbeitsplatz, sind nach § 1 SGB VII mit allen Mitteln abzuwenden und liegen im Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherungsträger. Arbeitgeber*innen sind nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, mögliche gesundheitliche Risiken und Gefährdungen im Beruf zu ermitteln und diese zu minimieren.⁵¹

Auch bei der Nachsorge von Arbeitsunfällen haben die Arbeitgebenden laut § 618 BGB eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Arbeitnehmer*innen. Demnach sind Arbeitgebende verpflichtet, Maßnahmen der medizinischen ersten Hilfe zu gewährleisten. Da psychische Verletzungen ebenfalls als Arbeitsunfall anzusehen sind, sollten Betriebe auch in diesen Bereichen Angebote einer angemessenen Nachsorge schaffen.⁵²

In der Literatur werden im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen drei Bereiche der Prävention beschrieben: die Primärprävention, die Sekundärprävention und die

⁴⁹ Vgl. Schablon u.a. 2019, S. 87.

⁵⁰ Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

⁵¹ Vgl. Gehrke 2017, S. 97.

⁵² Vgl. Vaupel u.a. 2019, S. 201.

Tertiärprävention, welche sich jeweils auf verschiedene Zeitpunkte bezüglich des Erlebens traumatischer Ereignisse beziehen. Diese drei Bereiche sollen im folgenden Teil der Arbeit dargestellt und näher erläutert werden.

2.1 Primärprävention traumatischer Ereignisse

Die Primärprävention zielt nach Lasogga auf die Verhinderung potenziell traumatischer Ereignisse ab. Primärpräventive Maßnahmen setzen somit schon vor dem Eintreten eines potenziell traumatisch wirkenden Ereignisses ein. Das Entstehen kritischer Situationen sowie die Entwicklung psychischer Folgeerkrankungen sollen mit allen Mitteln verhütet werden. Der Präventionsbegriff findet in diesem Zusammenhang am meisten Anwendung.⁵³

Bei Maßnahmen der Primärprävention hat sich laut Uhle und Treier die Unterscheidung in Verhältnisprävention und Verhaltensprävention etabliert. Die Verhältnisprävention zielt auf organisatorische Faktoren ab, welche die Gesundheit der Mitarbeiter. Dazu gehören zum Beispiel die Führung, die Betriebskultur und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen oder der Arbeitsaufgaben. Bei der Verhaltensprävention geht es um die Förderung des Gesundheitsverhaltens des Personals. Mitarbeiter*innen sollen durch verschiedene Angebote animiert und sensibilisiert werden, auf ihre Gesundheit zu achten und diese zu erhalten.⁵⁴

Diese beiden Ansätze bieten die Grundlage für drei Bereiche, aus denen sich konkretere Schutzmaßnahmen ableiten lassen. Zur Primärprävention gehören somit organisatorische Maßnahmen, welche die Entstehung traumatischer Situationen verhindern, sowie subjektive Zugänge, welche das Individuum optimal auf potenziell traumatische Ereignisse vorbereiten sollen.⁵⁵ Neben diesen organisatorischen und personenbezogenen gibt es sogenannte technische oder bauliche Maßnahmen, die zum Schutz der Mitarbeiter*innen beachtet werden sollten. Zusammen werden die Schutzmaßnahmen dieser drei Bereiche, welche zudem in §4 ArbSchG verankert sind, auch TOP-Schema genannt. Das T steht für technische, O für organisatorische und P für personenbezogene Maßnahmen. Diese drei Bereiche bilden das Grundgerüst für Maßnahmen der Primärprävention. Um geeignete Schutzmaßnahmen für Arbeitnehmer*innen einzuleiten, ist zunächst die Beurteilung und Analyse möglicher Gefährdungen im Beruf notwendig.⁵⁶

⁵³ Vgl. Lasogga 2017, S. 80.

⁵⁴ Vgl. Uhle/Treier 2019, S. 166.

⁵⁵ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 261.

⁵⁶ Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

2.1.1 Psychosoziale Gefährdungsbeurteilung

Arbeitgeber*innen sind nach § 5 Abs. 1 ArbSchG verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen nach dem TOP-Schema abzuleiten, welche es bei erneuter Durchführung auf ihre Wirksamkeit zu prüfen gilt. Die Methodik der Gefährdungsbeurteilung ist jedoch nicht festgeschrieben und kann von den Arbeitgebenden selbst bestimmt werden. Als Methoden eignen sich zum Beispiel Mitarbeiterbefragungen mittels Interviews oder Fragebögen sowie die Auswertung und Analyse bereits bekannter Daten und Unfallhergänge.⁵⁷ Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sind nach § 6 ArbSchG zu dokumentieren. Außerdem muss aus der Dokumentation ersichtlich sein, dass die Gefährdungsbeurteilung angemessen durchgeführt wurde.

Das Arbeitsschutzgesetz ist in seinen Bestimmungen sehr allgemein gehalten. Es ist jedoch zu erwähnen, dass das Arbeitsschutzgesetz von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgeht, der auch die psychische Gesundheit der Mitarbeiter*innen umfasst. In Bezug auf die psychischen Belastungen des Personals wird diese Einschätzung auch psychosoziale Gefährdungsbeurteilung genannt. Es gilt jedoch zu beachten, dass es bei der Gefährdungsbeurteilung nicht um individuelle Beanspruchungen geht, sondern um die belastenden Faktoren bei der Arbeit. Dabei reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf Belastungen.⁵⁸

Für die Gefährdungsbeurteilung in Bezug auf traumatische Ereignisse während der Arbeitszeit ist der Bereich der psychischen Belastung von großer Bedeutung. Traumatische Ereignisse in sozialen Berufen gehen häufig auf gewalttätige Übergriffe durch Dritte zurück. Zu den psychischen Belastungen, die im Beruf auftreten können, gehört auch die emotionale Inanspruchnahme durch beispielsweise das ständige Eingehen auf Bedürfnisse von Klient*innen oder die Bedrohung durch Dritte.⁵⁹ Das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit und die Studien zu gewalttätigen Übergriffen zeigen, dass viele Sozialarbeiter*innen diesen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Mitarbeiter*innen des Jugendamtes werden gegebenenfalls mit massiven Kindeswohlgefährdungen und Bildern der Verwahrlosung konfrontiert. Sozialarbeiterinnen, die im Frauenhaus tätig sind, können ebenfalls mit schwierigen Schicksalen in Berührung kommen. Nicht nur in diesen zwei genannten Bereichen werden Mitarbeiter*innen

⁵⁷ Vgl. Neuner 2019, S. 53-55.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 30-45.

⁵⁹ Vgl. GDA 2018, S. 22.

emotional beansprucht. Die emotionale Inanspruchnahme zieht sich nahezu durch das gesamte Berufsfeld und kann Sozialarbeiter*innen belasten. Diese möglichen Belastungen sollten durch Arbeitgeber*innen in der Gefährdungsbeurteilung erfasst und dokumentiert werden.

Vor allem die Einschätzung psychischer Belastungen kann sich auf Grund des subjektiven Empfindens und unterschiedlicher Resilienzfaktoren der Mitarbeiter*innen als schwierig herausstellen. Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) stellt Checklisten bereit, in welchen konkrete Belastungsfaktoren verschiedener Bereiche wie Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalt oder Sozialen Beziehungen, benannt werden. Dies kann die Beurteilung psychischer Belastungen erleichtern.⁶⁰

Arbeitgeber*innen werden somit bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung für ihren Betrieb nicht allein gelassen. Auch die Berufsgenossenschaften, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die Unfallkassen und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung geben zahlreiche Hinweise, Tipps und Vorlagen zur Ausarbeitung einer Gefährdungsbeurteilung. Zudem unterstützen und beraten sie die Arbeitgeber*innen.

2.1.2 Technische Präventionsmaßnahmen

Zu den technischen oder baulichen Präventionsmaßnahmen zählen zum Beispiel die Aufteilung der Räumlichkeiten, das Schaffen zweiter Fluchtwege oder die Installation von Überwachungssystemen. Auch Alarmsysteme sowie eine ausreichende Beleuchtung auf Parkplätzen und Fluren zählen zu den technischen Sicherheitsvorkehrungen.⁶¹ Das Verbauen von Sicherheitsglas und die Beseitigung potenziell gefährlicher Gegenstände können Mitarbeiter*innen ebenfalls vor möglichen Übergriffen schützen.⁶²

Die Realisierung technischer und baulicher Präventionsmaßnahmen stellt sich in der Praxis jedoch häufig als schwierig heraus. So ist es manchmal aufgrund der Bauweise des Hauses schlicht nicht möglich, einen zweiten Fluchtweg für Mitarbeiter*innen zu schaffen. Zudem kann die Installation von Alarm- und Überwachungssystemen oder die Umgestaltung der Arbeitsräume mit hohen Kosten verbunden sein. Aufgrund möglicher Umsetzungsschwierigkeiten der technischen und baulichen Präventionsmaßnahmen konzentriert sich der Großteil deshalb auf die organisatorischen und personenbezogenen

⁶⁰ Vgl. Neuner 2019, S. 39.

⁶¹ Vgl. Gehrke 2017, S. 97.

⁶² Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

Maßnahmen. Dennoch sollten Arbeitgeber*innen sich über die Bedeutung der technischen Präventionsmaßen im Klaren sein und in solchen Fällen gegebenenfalls kreative Lösungen, wie beispielsweise eine geeignete Ausrichtung der Büromöbel zum Schutz des Personals, finden.⁶³

2.1.3 Organisatorische Präventionsmaßnahmen

Auf der Ebene der Organisation zur Prävention traumatischer Ereignisse und gesundheitlicher Folgen ist die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) denkbar. Es umfasst zahlreiche Maßnahmen, welche auf die Erhaltung der Gesundheit des Personals abzielen. Zudem soll die Motivation der Mitarbeiter*innen, auf ihre Gesundheit zu achten und die gesundheitsbewusste Gestaltung ihres Arbeitsplatzes fördern. Zu den denkbaren Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zählen einerseits Angebote zu Entspannungskursen, Rückenschule oder Gesundheitszirkel, aber auch Führungstrainings und die Herstellung eines guten Betriebsklimas durch Betriebsfeiern oder gemeinsame, außerbetriebliche Aktivitäten. Ein Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements kann beispielsweise die zuvor beschriebene Gefährdungsbeurteilung darstellen.⁶⁴

Das BGM kann allerdings sehr umfangreich sein und unzählige Maßnahmen in sämtlichen Bereichen umfassen. Die Einführung eines solchen Managementsystems ist für Betriebe und Unternehmen nicht gesetzlich verpflichtend. Für die gezielte Prävention in Bezug auf traumatische Ereignisse im Betrieb und möglichen Folgen sind somit spezifische Maßnahmen, welche nicht die Einführung eines betriebliches Eingliederungsmanagement voraussetzen, notwendig.

Betriebe und Unternehmen können beispielsweise Notfallschemata oder Notfallpläne entwerfen, welche genaue Handlungsanweisungen und wichtige Kontaktdaten für Notsituationen beinhalten.⁶⁵ Eine klare Regelung der Zuständigkeiten gibt dem Personal in entsprechenden Situationen Handlungssicherheit.⁶⁶ Schon vor dem Auftreten potenzieller Gefährdungen kann ein genauer Ablaufplan für Mitarbeiter*innen laut Stefan eine beruhigende Wirkung haben. Dennoch ist es vor allem nach traumatischen Situationen und Krisen hilfreich für die betroffenen Personen zu wissen, wo sie sich melden und an welche Person sie sich wenden können. Klar strukturierte Meldeverfahren

⁶³ Vgl. DGUV 2017b, S. 6.

⁶⁴ Vgl. Lasogga 2017, S. 83.

⁶⁵ Vgl. Gehrke 2017, S. 97.

⁶⁶ Vgl. DGUV 2017b, S. 6

traumatischer Erlebnisse sowie die Prüfung von rechtlichen Schritten stellen somit bedeutsame organisatorische Maßnahmen zur Prävention dar.⁶⁷

Außerdem können sich regelmäßige Supervisionen sowie die systematische Nachbesprechung gewalttätiger Übergriffe oder traumatischer Ereignisse als hilfreiche Präventionsmaßnahmen weiterer Fälle erweisen. Gleiches gilt für sogenannte Beinahe-Vorfälle.⁶⁸

Auch die Vermeidung von Alleinarbeitsplätzen kann nach Gehrke als eine organisatorische Präventionsmaßnahme dienen.⁶⁹ In der Praxis der Sozialen Arbeit ist dies jedoch schwer umsetzbar. Vor allem in Bereichen der aufsuchenden Hilfe sind Sozialarbeiter*innen häufig allein tätig und haben keinen direkten Kontakt zu Kolleg*innen. Personalmangel, hohe Fallzahlen und eine teils notwendige, vertrauliche Beratungsatmosphäre machen die Arbeit und Beratungen als Team in vielen Bereichen der Sozialarbeit unmöglich.⁷⁰

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen stellen zwei bedeutsame Bereiche der Prävention dar. Dennoch ist das Individuum selbst ein wichtiger Faktor im Umgang mit traumatischen Ereignissen. Aufgrund dessen haben vor allem personenbezogene Präventionsmaßnahmen einen hohen Stellenwert in Bezug auf Krisen. Das Zusammenspiel aller drei Bereiche ist für eine erfolgreiche Prävention unabdingbar.

2.1.4 Personenbezogene Präventionsmaßnahmen

Personenbezogenen Maßnahmen zielen darauf ab, ein Individuum auf mögliche traumatische Ereignisse und andere Gefahren vorzubereiten und im Vorfeld ein Bewusstsein für diese Situationen zu schaffen. Im ersten Kapitel dieser Arbeit wurde bereits erwähnt, dass sich allein die Kenntnis über mögliche Risiken und Gefahren im Beruf positiv auf die Bewältigung traumatischer Ereignisse auswirken kann. Eine umfassende Aufklärung der Arbeitnehmer*innen stellt sich somit als hilfreich heraus. Für Berufsgruppen, in denen gewalttätige Übergriffe und traumatische Situationen häufig vorkommen, ist diese Aufklärung unerlässlich. Nach §12 ArbSchG sind Arbeitgeber*innen sogar verpflichtet, das Personal über potenzielle Gefahren und Risiken zu unterrichten. Trotzdem stehen laut § 15 ArbSchG auch Arbeitnehmer*innen in der Pflicht, sich an die

⁶⁷ Vgl. Stefan 2013, S. 438.

⁶⁸ Vgl. Vaupel/Schablon/Nienhaus 2016, S. 12.

⁶⁹ Vgl. Gehrke 2017, S. 97.

⁷⁰ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2013, S. 125f.

vorgeschriebenen Sicherheitsvorkehrungen zu halten sowie auf ihre Gesundheit und Sicherheit zu achten.

Zu den personenbezogenen Maßnahmen zählen außerdem Deeskalationstrainings, Selbstverteidigungskurse sowie ähnliche Fortbildungen und Schulungen. In solchen Weiterbildungen können die Beschäftigten lernen, mit schwieriger Klientel umzugehen und angemessen in konfliktreichen Situationen zu reagieren. Schulungen und Trainings dieser Art können den Beschäftigten eine Handlungssicherheit in kritischen Situationen geben und sich positiv auf ihr Selbstbewusstsein auswirken. Deeskalierende Verhaltensweisen und -techniken können somit die Entstehung traumatischer Ereignisse durch körperliche Gewalt oder Bedrohungen verhindern.⁷¹

Kognitive Vorbereitungen und Verhaltenstrainings können zudem die Beschäftigten optimal auf eventuell eintretende Gefahrensituationen vorbereiten. In medizinischen, pflegenden und sozialen Berufen sind solche Deeskalations- oder Vorbereitungstrainings eher die Seltenheit.⁷²

Von großer Bedeutung ist nicht nur die Qualifikation des Personals, sondern auch die der Führungskräfte. Die Leitung trägt eine große Verantwortung, die Empfindungen und Belastungen des Personals zu erkennen und sollte in dieser Hinsicht gut geschult sein. Dies ist die Voraussetzung einer offenen und ehrlichen Kommunikation.⁷³

Neben den erlernbaren Techniken und Maßnahmen, wie zum Beispiel den Umgang mit Konflikten und Stresssituationen, gibt es auch persönliche Umstände und Resilienzfaktoren, welche einen positiven Einfluss auf den Umgang mit traumatischen Ereignissen haben können. Demnach sind stabile Sozialbeziehungen die beste Voraussetzung, Stresssituationen und traumatische Erlebnisse zu bewältigen. Vertrauen, Geborgenheit sowie die Möglichkeit zur Identifikation mit positiven Rollenvorbildern können den betroffenen Personen Hoffnung geben und ihnen helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen.⁷⁴ Mit diesem Wissen sollten Arbeitgeber*innen es sich zur Aufgabe machen, den Beschäftigten eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen und ein gutes Klima zwischen den Mitarbeiter*innen zu fördern.

Die Primärprävention traumatischer Ereignisse kann am besten erfolgen, wenn die technischen, organisatorischen sowie personenbezogenen Maßnahmen miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt sind. Notwendig für das Funktionieren aller

⁷¹ Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

⁷² Vgl. Richter 2019, S. 404.

⁷³ Vgl. Vaupel/Schablon/Nienhaus 2016, S. 12.

⁷⁴ Vgl. Richter 2019, S. 403f.

Maßnahmen ist außerdem ein gutes Betriebsklima sowie eine offene Betriebskultur, in welcher traumatische Ereignisse wie Gewalt und Aggressionen nicht tabuisiert, verschwiegen oder ignoriert werden.⁷⁵

Hinderlich für den Erfolg der Präventionsmaßnahmen kann zudem ein Betriebsklima sein, in welchem den Mitarbeiter*innen nicht geglaubt oder ihre Kompetenz in Frage gestellt wird. Schuldzuweisungen sind ebenfalls nicht hilfreich. Sätze wie: „Wenn du damit nicht zurechtkommst, bist du falsch in diesem Beruf!“ tragen nicht zur Verbesserung der Situation bei und können den betroffenen Personen zusätzlich schaden.⁷⁶

Ein vertrauensvoller, systematischer sowie lösungsorientierter Umgang mit traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz hingegen hilft den betroffenen Personen, sich verstanden und ernstgenommen zu fühlen. Das ist die Basis aller Präventionsmaßnahmen und Voraussetzung für ihren Erfolg.⁷⁷

Eine umfassende Primärprävention traumatischer Ereignisse ist wichtig, notwendig und sollte alle möglichen Potenziale ausschöpfen. Eine ausnahmslose Verhinderung sämtlicher Übergriffe und kritischer Situationen ist jedoch schlicht unmöglich. Trotz genauer Analyse potenzieller Gefahren sowie der Einhaltung zahlreicher, notwendiger Präventionsmaßnahmen lassen sich nicht alle traumatischen Ereignisse und Gefährdungen erfolgreich abwenden.⁷⁸ In diesen Fällen setzt die Sekundärprävention ein.

2.2 Maßnahmen der Sekundärprävention traumatischer Ereignisse

Die Sekundärprävention mildert als reaktive Maßnahme mögliche Folgen eines bereits eingetretenen kritischen Ereignisses.⁷⁹ In der Literatur werden die Maßnahmen der sekundären Prävention auch häufig als Psychologische Frühintervention, psychosoziale Notfallversorgung, psychologische erste Hilfe, psychologische Nachsorge oder psychosoziale Unterstützung bezeichnet.⁸⁰

Maßnahmen dieser Art sollen die betroffenen Personen bei ersten Versuchen der Verarbeitung des Erlebnisses unterstützen und ihnen dabei helfen, die Krise ohne die Entwicklung gesundheitlicher Folgeerkrankungen zu bewältigen. Außerdem kann mittels der Sekundärprävention die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, Krankheitszeichen frühzeitig zu erkennen und somit eine schnelle und rechtzeitige Behandlung zu

⁷⁵ Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

⁷⁶ Vgl. Walter/Nau/Oud 2019, S. 476.

⁷⁷ Vgl. Nienhaus 2016, S. 93.

⁷⁸ Vgl. Gehrke 2017, S. 98.

⁷⁹ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 261.

⁸⁰ Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 190.

ermöglichen, was sich positiv auf das Belastungsempfinden der betroffenen Personen auswirken kann. Maßnahmen der Sekundärprävention setzen in der Regel innerhalb kurzer Zeit, meist wenige Minuten, Stunden oder auch Tage nach dem traumatischen Ereignis ein und sollen den betroffenen Personen eine erste Stütze bieten. In den sekundären Präventionsmaßnahmen ist es jedoch essenziell, eventuell auftretende Sprachlosigkeit und Gefühlsausbrüche wie Wut oder Trauer auszuhalten.⁸¹

Die allgemeinen Maßnahmen der sekundären Prävention verfolgen nach Bengel u.a. die gleichen Ziele und Prinzipien: Sie sollen den betroffenen Personen Schutz und Sicherheit geben, Grundbedürfnisse befriedigen, eine Gesprächsmöglichkeit bieten, informieren, die Selbstwirksamkeit fördern und bei Bedarf den Zugang zu professionellen Behandlungsangeboten erleichtern. Ein weiteres wichtiges Ziel stellt außerdem der Perspektivenwechsel vom Opfer einer traumatischen Situation zur aktiven Person mit Bewältigungsoptionen dar.⁸²

Sekundäre Präventionsmaßnahmen finden vor allem in gefährdeten Berufsgruppen wie zum Beispiel bei Einsatzkräften der Feuerwehr oder Polizei Anwendung.⁸³ Vor allem im Rettungswesen wurde in den vergangenen Jahren viel Literatur zu sekundären wie auch primären Präventionsmaßnahmen traumatischer Ereignisse veröffentlicht. Somit gibt es unterschiedliche Maßnahmen der Sekundärprävention, die in der Praxis angewandt werden.

2.2.1 Debriefing

Eine der bekanntesten Maßnahmen der Sekundärprävention stellt nach Alice und Martina Sendera das sogenannte Debriefing, zu deutsch „Nachbesprechung“, dar. Mitchell und Everly entwickelten das Critical Incident Stress Debriefing (CISD) als Teil eines Konzepts des Stressmanagements nach traumatischen kritischen Situationen (Critical Incident Stress Management, CISM). Das Debriefing ist eine Methode, welche weder Beratung noch Psychotherapie beinhaltet. Die Leitung dieser Maßnahme sollte dennoch von einer Fachkraft mit entsprechender, psychotraumatologischer Zusatzqualifikation übernommen werden. Beim Debriefing geht es in erster Linie um die Schilderungen, Erlebnisse und Wahrnehmungen der Teilnehmer*innen nach einer krisenhaften Situation.⁸⁴ Die Nachbesprechung findet somit meist innerhalb einer Gruppe statt, welche nach

⁸¹ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2013, S. 173.

⁸² Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 197.

⁸³ Vgl. ebd., S.192.

⁸⁴ Vgl. Sendera A./Sendera, M. 2013, S. 173.

Möglichkeit homogen bezüglich ihrer gemachten Erfahrung sowie empfundenen Belastungen sein sollte.⁸⁵

In der Regel erfolgt diese Maßnahme der Gruppenintervention zeitnah, das heißt meist innerhalb weniger Stunden, auf ein traumatisches Ereignis und verläuft nach einem festen Schema. Debriefings bestehen aus sieben Phasen: Zuerst werden den Teilnehmer*innen der Ablauf und die Gruppenregeln erklärt, diese Phase wird auch Konstitutionsphase genannt. Im nächsten Schritt berichten die Betroffenen über die ihre Erlebnisse in Bezug auf das traumatische Ereignis. In der dritten und vierten Phase können die Teilnehmer*innen ihre Gedanken zum Ereignis und ihre Gefühlsreaktionen offenlegen. Anschließend werden im fünften Schritt auftretende Belastungen und Symptome besprochen. Die Aufklärung durch die Gruppenleitung über die Stresssymptomatik und ihrer Normalität, auch Psychoedukation genannt, stellt einen wichtigen Teil des Debriefings dar und erfolgt in der sechsten Phase. Zudem werden mögliche Bewältigungsstrategien besprochen. Abschließend gilt es in der siebten Phase, die Thematik noch einmal zusammenzufassen, offene Fragen zu klären sowie weitere Hilfsmöglichkeiten anzubieten.⁸⁶

Diese klassische Form des Debriefings kommt ursprünglich aus dem militärischen Bereich und kann vor allem im Gruppensetting hilfreich sein, wenn die Beteiligten die gleiche traumatische Situation erlebten. Aus diesem Grund finden Debriefings vor allem im Rettungswesen, im militärischen Bereich und in der Polizei Anwendung.⁸⁷

Pausch und Matten beschreiben das Debriefing in ihrer Arbeit als therapeutische Behandlung, welche es nach Alice und Sendera ausdrücklich nicht ist. Es wird außerdem deutlich, dass Nachbesprechungen auch als Einzelintervention erfolgen können und nicht immer eine Gruppe erforderlich ist.⁸⁸ Dies zeigt, dass das Debriefing in unterschiedlichen Formen und Bereichen angewandt werden kann. Über den Nutzen dieser Formen der Nachbesprechung in der Sozialarbeit ist in der Literatur nur wenig zu finden.

In der Literatur stand diese sekundäre Präventionsmaßnahme häufig in der Kritik. Der tatsächliche Beitrag zur Gesundheitsförderung wurde angezweifelt. Die Ergebnisse einiger Studien zeigten, dass eine zu frühe Konfrontation mit den Erlebnissen den

⁸⁵ Vgl. Ferner/Willkomm 2002, S. 465.

⁸⁶ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2018, S. 173f.

⁸⁷ Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 204.

⁸⁸ Vgl. Pausch/Matten 2018, S. 23.

betroffenen Personen mehr schadeten und zur Verschlimmerung der Symptome führten, statt zur Bewältigung des Erlebnisses beizutragen.⁸⁹

Ferner und Willkomm hingegen zeigten in einem Artikel die positiven Effekte bei angemessener Anwendung des Debriefings auf. Bei richtiger Gruppenzusammensetzung und der Durchführung zu einem günstigen Zeitpunkt können laut Ferner und Willkomm die gewünschten Erfolge dieser Intervention erreicht werden.⁹⁰

Die Studienlage zum Nutzen des Debriefings bleibt dennoch unübersichtlich. Während Alice und Martina Sendera durchaus positive Wirkungen auf die betroffenen Personen feststellten⁹¹, raten Pausch und Matten von der obligatorischen Durchführung dieser Maßnahme ab.⁹² Auch wenn die Resonanzen der Teilnehmer*innen laut Becker u.a. meist positiv waren, lassen sich eine Verbesserung der Symptomatik durch Debriefings nicht in Studien nachweisen.⁹³ Aus diesen Gründen sollte der Einsatz dieser Form der Frühintervention nach traumatischen Ereignissen genau durchdacht werden. Es gilt abzuwägen, ob diese Maßnahme eine unterstützende Wirkung auf den Bewältigungsprozess der betroffenen Person haben könnte.

2.2.2 Kognitive verhaltenstherapeutische Frühintervention

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist eine geläufige Methode der Psychotherapie und wird unter anderem zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen angewandt. Die KVT wurde auch auf den Bereich der sekundären Prävention, sprich der Frühintervention, übertragen. Mit dem Fokus auf potenziell traumatisierte Menschen wurde diese Methode zunächst für Opfer von Verkehrsunfällen und gewalttätigen Übergriffen entwickelt. In diesem Zusammenhang wird die kognitive Verhaltenstherapie auch als traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie der Frühintervention bezeichnet.⁹⁴

Ähnlich wie beim Debriefing ist die Psychoedukation auch bei der traumafokussierten KVT von großer Bedeutung. Die Erklärung und Normalisierung der Symptome können die Betroffenen entlasten und somit zur Bewältigung der Krise beitragen.⁹⁵

⁸⁹ Vgl. Pausch/Matten 2018, S. 23.

⁹⁰ Vgl. Ferner/Willkomm 2002, S. 464f.

⁹¹ Vgl. Sendera, A./Sendera, M., S. 173.

⁹² Vgl. Pausch/Matten 2018, S. 23.

⁹³ Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 204.

⁹⁴ Vgl. ebd., S. 200.

⁹⁵ Vgl. Ehring 2019, S. 256.

Kennzeichnend für die KVT ist außerdem die Exposition in sensu sowie in visu. Bei Expositionen in sensu werden die Betroffenen angeleitet, sich in ihrer Vorstellung erneut mit der traumatischen Situation zu konfrontieren. Die Betroffenen sollen dabei die Erlebnisse und Eindrücke des Ereignisses genau schildern, wiedergeben und dabei lernen, dass sie nun in Sicherheit sind und von ihren Gedanken an das Ereignis keine Gefahr ausgeht. Sie werden von den Therapeut*innen unterstützt und angeleitet. Anschließend wird die Exposition in sensu ausführlich nachbesprochen.⁹⁶

Bei Expositionen in visu sollen für die Betroffenen als schwierig empfundene Situationen gemeinsam mit dem Therapeuten oder der Therapeutin örtlich aufgesucht werden. Diese Maßnahme bietet sich nach Ehring vor allem bei ausgeprägten Vermeidungsverhalten an. Die Betroffenen sollen dabei solange in der vermeintlich gefährlichen Umgebung bleiben, bis sie eine Verbesserung der Angstgefühle verspüren. Auch diese Konfrontation wird mit Unterstützung der Therapeut*innen durchgeführt.⁹⁷ In der Regel umfasst die traumafokussierte KVT als Frühintervention fünf bis zehn Sitzungen.⁹⁸

Für Verkehrsunfallopfer ist die Effektivität der traumafokussierten KVT gut belegt. Doch auch Opfer gewalttätiger Übergriffe profitierten von dieser Maßnahme. Bengel u. a. bezeichnen die traumafokussierte KVT als die wirksamste Methode Frühinterventionen für diese Patientengruppen.⁹⁹

Im Gegensatz zum Debriefing wurde der Erfolg der traumafokussierten KVT als Frühintervention in vielen Studien belegt. Obwohl beide Maßnahmen sich ähnlichen Methoden, wie der Psychoedukation und der Konfrontation mit der traumatischen Situation, bedienen, gilt das Debriefing als nicht hilfreich oder gar schädlich. Michael, Lajtman und Graf nehmen an, dass dieses Phänomen durch eine zu frühe Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis verursacht wird. Die Betroffenen benötigen Zeit, um zu erkennen, dass die von der traumatischen Situation ausgehende Gefahr vorüber ist. Geschieht eine Konfrontation mit dem Trauma zu früh, können die Betroffenen die Situation noch nicht als Teil der Vergangenheit ansehen. Das kann im schlimmsten Fall retraumatisierend wirken. Aus diesem Grund wird die traumafokussierte KVT als Frühintervention meist erst einige Wochen nach dem traumatischen Ereignis begonnen.¹⁰⁰

⁹⁶ Vgl. Ehring 2019, S. 258

⁹⁷ Vgl. ebd., S. 271.

⁹⁸ Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2013, S. 174.

⁹⁹ Vgl. Bengel/Becker-Nehring/Hillebrecht 2019, S. 200.

¹⁰⁰ Vgl. Michael/Lajtman/Graf 2005, S. 422.

Für Sozialarbeiter*innen, welche Gewalt in ihrer Arbeitszeit erlebten, könnte traumafokussierte KVT als Frühintervention ebenfalls hilfreich sein. Meist wird die traumafokussierte KVT jedoch von ausgebildeten Therapeut*innen und Psycholog*innen durchgeführt wird. Das könnte allerdings zu organisatorischen Schwierigkeiten in Bezug auf die Niederschwelligkeit dieser Maßnahme in der Praxis führen. Die Methoden der KVT erweisen sich dennoch als nützlich für die betroffenen Personen. Als problematisch könnte sich in einigen Fällen der Zeitpunkt der Durchführung erweisen. Die traumafokussierte KVT wird zwar als Frühintervention bezeichnet, stellt sich aber als Sofortmaßnahme nach traumatischen Ereignissen als ungeeignet heraus. Eine schnelle Hilfe und emotionaler Beistand nach erlebten Krisen kann durch die KVT nicht geboten werden.

2.2.3 Notfallseelsorge und Seelsorge für Einsatzkräfte

Allgemein bekannt ist der Einsatz von sogenannten Notfallseelsorger*innen, die sich um Menschen nach traumatischen Ereignissen, wie beispielsweise schweren Unfällen, den Verlust eines geliebten Menschen oder Katastrophen, kümmern. Sie sind Teil der Psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland, einem Versorgungsnetz zur Hilfe von Opfern psychosozialer Krisen in der Allgemeinbevölkerung oder bestimmter Berufsgruppen.¹⁰¹

Die Notfallseelsorge soll die Betroffenen psychosozial betreuen und orientiert sich dabei den Standards der sogenannten Psychologischen Ersten Hilfe, welche im dritten Kapitel näher erläutert wird. Nach Lasogga sind die Zielgruppe der klassischen Notfallseelsorge sowohl direkte Notfallopfer – also Betroffene – als auch indirekte Notfallopfer – deren Angehörige. Die Notfallseelsorge wird dabei in der Regel von speziell ausgebildeten Theolog*innen durchgeführt und ist an die Kirche angegliedert. Aber auch ehrenamtliche Helfer*innen können als Notfallseelsorger*innen tätig werden.¹⁰²

Besonders gefährdete Berufsgruppen, wie die Polizei, Feuerwehr, Rettungssanitäter*innen oder Lokführer*innen, welche hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, haben häufig Kontakt zu Notfallseelsorger*innen.¹⁰³ Lasogga spricht in diesem Zusammenhang von der Seelsorge für Einsatzkräfte statt der Notfallseelsorge. Er grenzt die Begriffe voneinander ab. In der Literatur verschwimmen beide Begrifflichkeiten jedoch häufig miteinander. Bei der Seelsorge für Einsatzkräfte ist die Hilfe für Helfer*innen

¹⁰¹ Vgl. Kröger 2013, S. 33.

¹⁰² Vgl. Lasogga 2011, S. 198.

¹⁰³ Vgl. Richter 2019, S. 405.

vordergründig, wird aber meist ebenfalls von speziell ausgebildeten Theolog*innen ausgeführt. In allen Fällen ist die Inanspruchnahme dieser Hilfe kostenlos. Die zuvor genannten Berufsgruppen verfügen meist über sehr gute Anbindungen zu den kirchlichen Seelsorger*innen. Die Notfallseelsorger*innen werden in der Regel über die Leitstellen der Polizei oder der Rettungsdienste kontaktiert.¹⁰⁴

Für die Arbeitsbelastungen der Fachkräfte Sozialer Arbeit findet die Notfallseelsorge eher selten Anwendung. In der Praxis der Sozialarbeit sind vorwiegend primäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen geläufig, während sich die Akutversorgung psychischer Verletzungen in der Wohlfahrtspflege bislang kaum etabliert hat.¹⁰⁵

Die bisher beschriebenen, geläufigsten sekundären Präventionsmaßnahmen traumatischer Ereignisse stellen sich für die Soziale Arbeit als ungeeignet heraus. Eine Maßnahme der sekundären Prävention könnte jedoch auch für Sozialarbeiter*innen von großer Bedeutung sein. Der Einsatz sogenannter „Peers“ beinhaltet die Hilfe von Kolleg*innen – für Kolleg*innen. Diese Maßnahme der Akutversorgung traumatischer Ereignisse im Betrieb bietet laut Karutz viele Vorteile.¹⁰⁶

In der Literatur werden für diese Art der sekundären Prävention traumatischer Ereignisse unterschiedliche Bezeichnungen angewandt. So bezeichnen Vaupel u.a. den Einsatz von Peers als psychosoziale Ersthelfer im Betrieb auch als Kollegiale Erstbetreuung.¹⁰⁷ Die Kollegiale Erstbetreuung wird aufgrund ihrer Vorteile und Chancen im dritten Kapitel dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Im Folgenden sollen zunächst in der Praxis geläufige Maßnahmen der Nachsorge und Rehabilitation erläutert werden.

2.3 Maßnahmen der Tertiärprävention traumatischer Ereignisse

Die Maßnahmen der Sekundärprävention haben ihre Grenzen, denn sie dienen in der Regel nur der Akutversorgung traumatischer Ereignisse und haben keinen therapeutischen Charakter. Wenn die betroffenen Personen unter schwerwiegenden Problemen aufgrund eines traumatischen Ereignisses leiden und die Symptome nicht mehr selbst bewältigen können, sollten sie Maßnahmen der tertiären Prävention in Anspruch nehmen und professionelle Unterstützung bekommen.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Vgl. Lasogga 2011, S. 198.

¹⁰⁵ Vgl. Vaupel/Adler/Nienhaus 2018, Abs. 4.

¹⁰⁶ Vgl. Karutz 2011, S. 199.

¹⁰⁷ Vgl. Vaupel u.a. 2019, S. 200.

¹⁰⁸ Vgl. Richter 2019, S. 413.

Aufgabe der tertiären Prävention ist es, die Verschlechterung einer bereits eingetretenen Störung zu verhindern und zur Rehabilitation beizutragen. Sie umfasst Angebote für die betroffenen Personen, welche zur Feststellung ihres Gesundheitszustandes und zu dessen Verbesserung dienen sollen.¹⁰⁹ In der Literatur ist die Tertiärprävention häufig unter den Begriffen „Nachsorge“ und „Rehabilitation“ zu finden.

Während körperliche Schäden nach Unfällen meist gut diagnostiziert und behandelt werden, werden psychische Schäden häufig nicht sofort in Betracht gezogen.¹¹⁰ Psychische Beschwerden sind für Außenstehende häufig nicht äußerlich zu erkennen. In einigen Fällen, insbesondere wenn Krankheitsanzeichen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, können sich diese Störungen chronifizieren. Dies gilt es mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu verhindern.

Eine angemessene Aufarbeitung traumatischer Ereignisse und eine frühzeitige Versorgung psychischer Folgeerkrankungen stellen sich somit als notwendig heraus. Dabei können sich der Umfang und die Methoden unterscheiden, eine individuelle Abstimmung und Anpassung auf die betroffene Person ist notwendig. Im weiteren Sinne dient die Nachsorge traumatischer Ereignisse laut Lasogga auch der Rückfallprophylaxe und soll die betroffene Person soweit stärken, dass sie die durchlebte Krise nicht erneut erlebt. Jede Nachsorge ist somit Teil der persönlichen Primärprävention und kann sich positiv auf den Umgang mit weiteren traumatischen Ereignissen auswirken.¹¹¹

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung leistete in den vergangenen Jahren vermehrt Aufklärungsarbeit zum Umgang mit traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz, denn sie sind zuständige Ansprechpartner für die Betroffenen und Betriebe. Das frühzeitige Erkennen der psychischen Belastungen und Symptomatik ist die Voraussetzung einer umfassenden Diagnostik, welche die Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung ermöglicht.¹¹²

2.3.1 Psychotherapie und probatorische Sitzungen

Der Zugang zur Psychotherapie stellt nach Royle den zentralen Bestandteil der Nachsorge dar. Die Betroffenen erfahren hier eine professionelle Behandlung ihrer Symptomatik.¹¹³ Die Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung sind in der Regel sehr lang,

¹⁰⁹ Vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 261.

¹¹⁰ Vgl. Richter 2007, S. 9.

¹¹¹ Vgl. Lasogga 2017, S. 82.

¹¹² Vgl. DGUV 2017b, S. 8.

¹¹³ Vgl. Royle 2019, S. 136.

Erkrankte müssen teilweise wochen- oder gar monatelang auf einen Termin bei Psychotherapeut*innen warten.¹¹⁴

Aus diesem Grund stellt die DGUV durch die zuständigen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ein Psychotherapeutenverfahren zur Verfügung, welches eine zeitnahe Versorgung und Anbindung an psychotherapeutische Behandlungen gewährleistet. Betroffene, die aufgrund eines Arbeitsunfalls unter psychischen Störungen leiden, erhalten professionelle Hilfe von Therapeut*innen, welche zusätzliche Ausbildungen auf diesem Gebiet absolvierten. Die zeitnahe Versorgung wird durch sogenannte probatorische Sitzungen ermöglicht. In der Regel ist ein Ersttermin innerhalb einer Woche nach Auftrag durch den zuständigen Unfallversicherungsträger möglich.¹¹⁵

Nach der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) werden den betroffenen Personen bis zu fünf probatorische Sitzungen gewährleistet, in welchen eine Trauma- und Belastungsanamnese sowie die Diagnostik erfolgen und Ressourcen der Betroffenen wieder aktiviert werden sollen. Für die Betroffenen entstehen keine Kosten. Die Inanspruchnahme der probatorischen Sitzungen ist unkompliziert und wird von den zuständigen Unfallversicherungsträgern, wie beispielsweise der BGW, organisiert. Notwendige Weiterbehandlungen über die fünf Sitzungen hinaus sowie weitere Maßnahmen zur Rehabilitation werden ebenfalls von den Unfallversicherungsträgern ermöglicht.¹¹⁶

Die probatorischen Sitzungen stellen somit ein wichtiges Mittel zur frühzeitigen Behandlung psychischer Störungen von Arbeitnehmer*innen nach traumatischen Ereignissen dar. Die Niederschwelligkeit dieses Angebots, das Netzwerk der Unfallversicherungsträger sowie deren Unterstützung erleichtern die Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Behandlung. In der Praxis haben diese Aspekte zur Rehabilitation der Betroffenen beigetragen.¹¹⁷

2.3.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Sobald die Psychotherapie stattgefunden hat, sind laut Royle einige Unternehmen davon überzeugt, dass die Krise und das Trauma des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin überwunden sind. Dies ist jedoch eine Fehlannahme, denn die Genesung kann ein langer Prozess von mehreren Wochen, Monaten oder sogar Jahren sein. Führungskräfte sollten

¹¹⁴ Vgl. Richter 2019, S. 413.

¹¹⁵ Vgl. DGUV 2017b, S. 8.

¹¹⁶ Vgl. BGW 2016, S. 21-23.

¹¹⁷ Vgl. DGUV 2017b, S. 8.

in dieser Zeit rücksichtsvoll auf die Bedürfnisse und Ängste der betroffenen Mitarbeiter*innen eingehen. Die Wiedereingliederung in den Betrieb kann sowohl für die Betroffenen als auch für die Arbeitgeberinnen mit einigen Anstrengungen verbunden sein.¹¹⁸

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) soll den Wiedereinstieg in den Beruf erleichtern, die Arbeitsfähigkeit der länger erkrankten Arbeitnehmer*innen wiederherstellen und diese erhalten.¹¹⁹ Gemäß § 167 Abs. 2 des Neunten Sozialgesetzbuches sind Arbeitgeber*innen verpflichtet, allen Beschäftigten, die „*innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig*“ waren, ein BEM-Gespräch anzubieten. Den Arbeitnehmer*innen damit geholfen werden, schrittweise an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Die zuständigen Unfallkassen oder Berufsgenossenschaften unterstützen sowohl die Arbeitgeber*innen als auch die betroffenen Arbeitnehmer*innen bei der Umsetzung ausgewählter Rehamaßnahmen, beispielsweise bei der stufenweisen Wiedereingliederung oder der Anpassung des Arbeitsplatzes. Die Inanspruchnahme des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist jedoch immer freiwillig.¹²⁰

Held beschreibt einige Faktoren, die vor allem bei der Wiedereingliederung von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung sind. So stellen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Führungskräften, transparente Kommunikation, strukturelles Vorgehen, die Bereitschaft zur Kooperation sowie die Prävention erneuter Belastungen und traumatischer Ereignisse wichtige Faktoren dar, die für den Erfolg des betrieblichen Eingliederungsmanagements relevant sind.¹²¹

Die Prävention traumatischer Ereignisse kann somit auf drei Ebenen erfolgen. Diese Maßnahmen nicht anzubieten, wäre in Anbetracht der möglichen gesundheitlichen Folgen für die Mitarbeiter*innen fahrlässig. Eine weitere Maßnahme der sekundären Prävention traumatischer Ereignisse stellt die Kollegiale Erstbetreuung dar. Im folgenden Kapitel dieser Arbeit soll diese Form der Akutintervention beschrieben und ihr Nutzen für die Soziale Arbeit dargestellt werden.

¹¹⁸ Vgl. Royle 2019, S. 136f.

¹¹⁹ Vgl. Held 2017, S. 176.

¹²⁰ Vgl. BGW 2016, S. 23.

¹²¹ Vgl. Held 2017, S. 179-182.

3. Kollegiale Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen

Mitarbeiterinterne Krisenhilfe, Psychologische Erste Hilfe durch Mitarbeiter*innen oder betriebliche psychologische Erstbetreuung – in der Literatur existieren viele Bezeichnungen für die Kollegiale Erstbetreuung. Doch die verschiedenen Begrifflichkeiten beschreiben die gleiche Maßnahme: die psychologische Erstversorgung nach traumatischen Erlebnissen im Betrieb.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung verwendet den Begriff der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung und definiert diese wie folgt:

„Betriebliche psychologische Erstbetreuung ist die durch Arbeitgebende kurzfristig und ereignisnah angebotene methodisch-strukturierte, nicht-therapeutische psychosoziale Beratung und Unterstützung für Betroffene von traumatischen Ereignissen durch speziell qualifizierte Erstbetreuerinnen und Erstbetreuer. Die betriebliche psychologische Erstbetreuung beinhaltet die Bedürfnis- und Bedarfserhebung, die psychische Stabilisierung sowie die Vermittlung in das soziale Netzwerk der Betroffenen und/oder in mittel- und ggf. längerfristige psychosoziale Hilfen. (In Anlehnung an DIN 13050)“¹²²

Die Kollegiale Erstbetreuung wird in der Definition als kurzfristiges und ereignisnahes Angebot, organisiert durch Arbeitgeber*innen, beschrieben. Sie erfolgt meist innerhalb weniger Stunden nach einem traumatischen Ereignis während der Schockphase der Betroffenen. Sie kann somit den sekundären Präventionsmaßnahmen zugeordnet werden. Bis zu 48 Stunden nach dem traumatischen Vorfall gilt die Kollegiale Erstbetreuung als sinnvoll, danach sollten andere, koordinierende Maßnahmen im Betrieb veranlasst werden. Die Besonderheit dieser Akuthilfe ist, dass sie, statt von professionellen Notfallpsycholog*innen oder Notfallseelsorger*innen, von speziell ausgebildeten Arbeitskräften innerhalb des Betriebes geleistet wird. Die Kollegiale Erstbetreuung soll die Betroffenen laut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung psychosozial unterstützen und beraten. Ihre Bedürfnisse und Bedarfe sollen geklärt und gegebenenfalls befriedigt werden. Zudem können die Betroffenen durch Kollegiale Erstbetreuung psychisch stabilisiert und in ihre sozialen Netzwerke begleitet werden. Auch die Vermittlung weiterer, professioneller Hilfen kann mittels der Kollegialen Erstbetreuung erfolgen.¹²³

¹²² DGUV 2017a, S. 7.

¹²³ Vgl. ebd.

Eine wichtige Studie zur Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege wurde im Jahr 2018 von Vaupel, Adler und Nienhaus durchgeführt. Sie untersuchten, wie die Studienteilnehmer*innen ihre Kompetenzen nach der Ausbildung zu Kollegialen Erstbetreuer*innen einschätzen und welche Schwierigkeiten bei der Implementierung einer solchen Akutversorgung in der Praxis auftreten können. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die psychologische Erstbetreuung durch Kolleg*innen eine Möglichkeit sein kann, negative Auswirkungen und Belastungen nach traumatischen Ereignissen im Betrieb zu reduzieren.¹²⁴

Die Kollegiale Erstbetreuung stellt somit eine weitere Maßnahme der Akuthilfe dar, welche für die Soziale Arbeit von Bedeutung ist. Im Folgenden sollen zunächst die Grundlagen dieses Hilfeangebotes dargestellt werden.

3.1 Standards und Grundlagen der Psychologischen Ersten Hilfe

Während die Erstversorgung von Verletzungen durch die Medizinische Erste Hilfe in Betrieben mittlerweile als Selbstverständlichkeit gilt, stellt die Anwendung der sogenannten Psychologischen Ersten Hilfen nach traumatischen Ereignissen in vielen Betrieben immer noch eine Ausnahme dar. Dabei besteht die Psychologische Erste Hilfe aus Standards und einigen Regeln, die erlernbar und in psychischen Notlagen praktikabel sind.¹²⁵

Auch Kollegiale Erstbetreuer*innen handeln in ihrem Einsatz nach den Standards der sogenannten Psychologischen Ersten Hilfe, welche in verschiedenen Bereichen der Bereichen der Psychosozialen Notfallversorgung angewandt werden.¹²⁶ Der Begriff Psychologische Erste Hilfe hat sich nach Richter sowohl in der Praxis als auch in der Literatur etabliert und deutet darauf hin, dass es sich nicht um eine therapeutische Intervention handelt, sondern um Erstmaßnahmen, welche die Betroffenen in psychischen Notlagen frühzeitig unterstützen und bei Bedarf weitere, auch therapeutische Behandlungen in die Wege leiten. Die Psychologische Erste Hilfe kann somit von jedem Menschen geleistet werden. Idealerweise sollte die ausführende Person dennoch in diesem Bereich geschult sein, um für die betroffenen Personen eventuell ungünstige Formulierungen und Handlungen zu vermeiden.¹²⁷

¹²⁴ Vgl. Vaupel u.a. 2019, S. 200f.

¹²⁵ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 191.

¹²⁶ Vgl. Kröger 2013, S. 44.

¹²⁷ Vgl. Richter 2019, S. 408.

Die Psychologische Erste Hilfe orientiert sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Notfallpsychotherapie, der Psychotraumatologie, der Medizin und der Psychotherapie. Aus diesen Erkenntnissen leiten Walter und Marianne Wilk in ihrem Handbuch zur Psychologischen Ersten Hilfe erlernbare Grundregeln, Prinzipien und Standards ab, welche in psychischen Notfällen ein sicheres Handeln gewährleisten.¹²⁸ Es gibt zwei übergeordnete psychologische Grundregeln, welche es nach Walter und Marianne Wilk stets zu beachten gilt:

- „1. Jeder Mensch darf Hilfe annehmen oder Hilfe ablehnen. [...]*
- 2. Jeder Mensch ist eine individuelle Persönlichkeit. Das besagt, dass er sich in seinen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen von anderen Menschen grundsätzlich unterscheidet.“¹²⁹*

Die erste Grundregel bezieht sich auf alle Angebote, die der betroffenen Person gemacht werden. Den Betroffenen steht es immer frei, Hilfe anzunehmen oder abzulehnen. Die Entscheidung sollte von den Ersthelfer*innen stets respektiert werden. Eine Ausnahme stellt jedoch eine Grenzsituation, der sogenannte psychische Notfall, dar. Ein psychischer Notfall tritt dann ein, wenn eine betroffene Person nicht mehr für sich selbst verantwortlich Entscheidungen treffen kann und sich selbst oder andere in Lebensgefahr bringt. Ersthelfer*innen sollten diese Ausnahmesituation erkennen und vorübergehend Verantwortung für die Betroffenen übernehmen, um ihnen zu helfen. Die zweite übergeordnete Regel soll verdeutlichen, dass Menschen individuelle Persönlichkeiten sind und Situationen unterschiedlich wahrnehmen. Die Reaktionen von Menschen auf ein Ereignis können sehr stark variieren und sind nicht immer voraussehbar. Psychologische Ersthelfer*innen sollten diese Tatsache verinnerlichen, individuelle Unterschiede erfassen und respektvoll auf die Betroffenen eingehen.¹³⁰

Neben diesen zwei Grundregeln basiert die Psychologische Erste Hilfe nach Walter und Marianne Wilk auf vier Grundprinzipien: Sichern, Sprechen, Schützen, Stützen. Diese vier Aspekte der Akutversorgung traumatischer Ereignisse stellen die Grundpfeiler der Psychologischen Ersten Hilfe dar. Das Prinzip der Sicherung gilt dabei sowohl für die Betroffenen als auch für die Ersthelfer*innen, denn auch Ersthelfer*innen sind der Gefahr der Sekundärtraumatisierung ausgesetzt. Ihre Eigensicherung und die Wahrnehmung der eigenen psychischen Verfassung sollte oberste Priorität haben, denn nur so ist eine

¹²⁸ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 120f.

¹²⁹ Ebd., S. 123.

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 123f.

erfolgreiche Hilfeleistung für andere möglich. Die Herstellung einer äußeren sowie inneren Sicherheit ist für die Betroffenen bedeutsam. Diese kann beispielsweise durch einen Ortswechsel und durch behutsames Ansprechen der betroffenen Person erreicht werden. Das Sprechen mit den Betroffenen stellt das zweite Grundprinzip der Psychologischen Erste Hilfe dar. Nach Walter und Marianne Wilk nimmt der Erstkontakt einen besonders hohen Stellenwert ein. In ihrem Handbuch legen sie einige konkrete Verhaltensregeln dar, die für eine gelungene Kontaktaufnahme entscheidend sind. So sollten die Ersthelfer*innen die betroffenen Personen direkt ansprechen und ihnen in die Augen schauen. Falls die betroffene Person keinen Blickkontakt herstellt, kann die helfende Person sie freundlich darum bitten. Außerdem sollten sich Ersthelfer*innen vorstellen, ihre Funktion und Aufgaben erklären und verdeutlichen, dass sie sich um die betroffene Person kümmern. So kann eine vertrauensvolle und sichere Situation hergestellt werden. Ersthelfer*innen sollten zudem die Bedürfnisse der Betroffenen erfragen, ihnen Informationen und eine Gesprächsmöglichkeit geben sowie ihnen Mut zusprechen.¹³¹

Durch gezieltes, aber dennoch einfühlsames Erfragen können die Notwendigkeit der Inanspruchnahme und der Umfang der Hilfe abgeschätzt werden. So können laut Richter die Ersthelfer*innen beispielsweise nach vorherigen traumatischen Erlebnissen, Belastungen oder früheren Bewältigungsstrategien fragen. Zusätzliche Belastungen oder psychische Vorerkrankungen können andere, umfangreichere Maßnahmen oder die Inanspruchnahme professioneller Hilfe erfordern.¹³²

Das dritte Grundprinzip der Psychologischen Ersten Hilfe stellt nach Walter und Marianne Wilk der Schutz der Betroffenen dar. Ähnlich wie beim Grundprinzip der Sicherheit geht es darum, die betroffene Person vor weiteren psychischen Verletzungen zu schützen. Dies kann unter anderem durch das Aufsuchen eines sicheren Raumes erfolgen oder durch gezieltes Erfragen des gegenwärtigen Sicherheitsgefühls. Zudem sollten Ersthelfer*innen die Wünsche und Bedürfnisse nach Schutz und Sicherheit aufmerksam wahrnehmen und nach Möglichkeit erfüllen. Informationen und Erklärungen über weitere Vorgehensweisen helfen den Betroffenen, Klarheit über die Situation zu schaffen. Das vierte Grundprinzip der Psychologischen Ersten Hilfe ist das Stützen der Betroffenen. Traumatische Situationen können starke Gefühle bis hin zu Todesangst sowie körperliche Beschwerden auslösen. Psychologische Ersthelfer*innen können den Betroffenen bei diesen Gefühlsausbrüchen Halt und Unterstützung geben. Mögliche Umsetzungen können

¹³¹ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 127-148.

¹³² Vgl. Richter 2019, S. 409.

vorsichtiger Körperkontakt oder auch schweigender Beistand sein. Vor allem bei körperlicher Nähe ist jedoch das Gespür der Ersthelfer*innen gefragt, sie sollten die Reaktionen der betroffenen Person genau beobachten. Psychologische Ersthelfer*innen sollten die Betroffenen zudem über weitere Hilfsangebote informieren und sie bei der Inanspruchnahme unterstützen.¹³³

Es existiert somit eine Vielzahl an Empfehlungen hilfreicher Gesprächstechniken, Formulierungen und Verhaltensweisen für den Umgang mit Betroffenen nach traumatischen Ereignissen. Diese müssen jedoch für den praktischen Einsatz erlernt und wiederholt werden, um eine positive Wirkung zu erzielen.¹³⁴

Lasogga hingegen beschreibt einige Verhaltensweisen und Ausdrücke, welche psychologische Ersthelfer*innen und somit auch Kollegiale Erstbetreuer*innen vermeiden sollten. Obwohl Menschen sehr unterschiedlich auf traumatische Ereignisse reagieren, Hilfsangebote individuell wahrnehmen und auf unterschiedliche Weisen kommunizieren, wurden einige Verhaltensweisen und Reaktionen der Ersthelfer*innen von den betroffenen Personen als besonders unangenehm empfunden. So sind beispielsweise Vorwürfe sowie Beschuldigungen nach kritischen Ereignissen unangebracht und helfen den Betroffenen in dieser Situation nicht weiter. Hektik und Unruhe wurden ebenfalls als störend empfunden. Ausgelöst wurde die Hektik meist durch Nervosität der Ersthelfer*innen und ihrem Ehrgeiz, den potenziell traumatisierten Menschen unbedingt helfen zu wollen. In Anbetracht der im Voraus beschriebenen Grundregeln der Psychologischen Ersten Hilfe sind Ehrgeiz und Überaktivität in diesen Situationen unangebracht. Zudem wurden Gleichgültigkeit und Abgestumpftheit der Ersthelfer*innen als störend empfunden, welche sich vor allem nach langer Routine und häufigen Einsätzen einstellen kann. Die zuvor genannten Verhaltensweisen führen dazu, dass sich die Betroffenen nicht ernst- und wahrgenommen fühlen, was wiederum zu einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes führen kann.¹³⁵

Auch Richter führt einige Verhaltensweisen und Bemerkungen auf, die für den Gesundheitszustand der Betroffenen nicht förderlich sind. So sollten psychologische Ersthelfer*innen nicht direktiv handeln. Das heißt, dass die Wünsche der betroffenen Person von den Ersthelfer*innen respektiert und beachtet werden. Aufgezwungene Nachbesprechungen, wie beispielsweise in Form eines Debriefings, können schädigend

¹³³ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 153-160.

¹³⁴ Vgl. ebd., S. 125-127.

¹³⁵ Vgl. Lasogga 2011b, S. 83f.

auf die Betroffenen wirken. Zudem sollten die psychologischen Ersthelfer*innen ohne Vorerwartungen in die Hilfssituation gehen, denn jeder Mensch reagiert individuell auf kritische Ereignisse. Eine wichtige Tatsache, welche es zu beachten gilt, ist, dass nicht jede Person nach einem traumatischen Ereignis auch traumatisiert ist. Außerdem sollten Bagatellisierungen und Bemerkungen wie „so schlimm war es doch jetzt nicht“ oder „es hätte auch viel schlimmer kommen können“ unterlassen werden. Aussagen, dass diese Vorfälle ein Teil des Berufes sind, erweisen sich nach traumatischen Ereignissen ebenfalls als nicht hilfreich. Darüber hinaus empfanden es Betroffene als belastend, wenn während der Akuthilfe von Symptomen, Diagnosen und Störungen gesprochen wurde. Auch wenn vor allem in psychiatrischen Berufsfeldern eine Pathologisierung von Verhaltensweisen zur Normalität gehören, kann dies für Opfer einer traumatischen Situation beängstigend sein und die Regeneration der Betroffenen verzögern. Zudem können aussagekräftige Diagnosen erst nach einigen Tage oder auch Wochen, gestellt werden. Statt von Symptomen, Diagnosen und Störungen zu sprechen, sollten psychologische Erstbetreuer*innen Begriffe wie Phänomene oder Gefühle verwenden.¹³⁶

Auch wenn einige Verhaltensweisen bei der Anwendung der Psychologischen Ersten Hilfe beachtet werden müssen, lassen sich diese Maßnahmen und Techniken bis zum sicheren Umgang mit Betroffenen erlernen.¹³⁷

3.2 Aufgaben und Voraussetzungen der Kollegialen Erstbetreuer*innen

Die Maßnahmen der Psychologischen Ersten Hilfe zählen zu den Aufgabenbereichen der Kollegialen Erstbetreuung. Doch Kollegiale Erstbetreuer*innen übernehmen noch weitere Aufgaben bei der Betreuung von Opfern traumatischer Ereignisse im Betrieb. Die Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung hat Richtlinien festgelegt und gibt Hinweise für die Kollegiale Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen, auf welche sich in der Literatur häufig bezogen wird. In den Richtlinien der DGUV wurden weitere, konkrete Aufgaben für Kollegiale Erstbetreuer*innen zusammengetragen, welche sich zum Teil aus den Standards und Prinzipien der Psychologischen Ersten Hilfe ergeben. So gilt es vor dem Einsatz der Kollegialen Erstbetreuer*innen zu klären, ob sie in der Lage sind, die Betreuung selbst durchzuführen. Wenn diese Handlungsfähigkeit beispielsweise aufgrund eigener psychischer Belastungen oder aus zeitlichen Gründen nicht besteht, sollten andere ausgebildete Helfer*innen die Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen

¹³⁶ Vgl. Richter 2019, S. 411f.

¹³⁷ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 191.

übernehmen. Aufgabe der Erstbetreuer*innen ist außerdem die zeitnahe Kontaktaufnahme zu den betroffenen Personen, welche nach Möglichkeit noch am Ereignisort erfolgen sollte. Kollegiale Erstbetreuer*innen sollten zudem für eine sichere Umgebung sorgen und den Ereignisort mit den Betroffenen verlassen. Gegebenenfalls sollten sie die Betroffenen vor äußeren Einflüssen, beispielsweise neugierigen Personen, schützen. Auch die Begleitung nach Hause oder zu einem Durchgangsarzt können zu den Aufgabenbereichen der Kollegialen Erstbetreuer*innen gehören. Sie sind außerdem für die Aufklärung der betroffenen Personen über die weiteren, betrieblichen Vorgehensweisen zuständig. Die Meldung des Arbeitsunfalls, die Anzeigenerstattung oder der Eintrag ins Verbandsbuch zählen beispielsweise zu wesentlichen Formalitäten, welche nach traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz besprochen werden sollten. Die Kollegialen Erstbetreuer*innen können die Betroffenen bei diesen Angelegenheiten unterstützen, denn insbesondere in emotionalen Ausnahmezuständen kann die Bearbeitung der betrieblichen und rechtlichen Formalitäten eine zusätzliche Belastung darstellen. Darüber hinaus stellt die Anbindung der Betroffenen an ihre sozialen Netzwerke, wie Familie, Partner oder Freunde, eine weitere Aufgabe der Kollegialen Erstbetreuer*innen dar. Die Information der Angehörigen sollte jedoch nur nach Absprache mit der betroffenen Person und mit deren Einverständnis erfolgen. Als eine weitere, wichtige Tätigkeit ist das bereits erwähnte Hinzuziehen professioneller, therapeutischer Hilfe zu nennen. Kollegiale Erstbetreuer*innen sollten sich der Grenzen ihrer Hilfen bewusst sein, diese in der Praxis wahrnehmen und erkennen.¹³⁸

Die konkreten Aufgaben der Kollegialen Erstbetreuer*innen können entsprechend des Betriebes angepasst werden.¹³⁹ Die Aufgaben und erforderlichen Tätigkeiten können sich somit je nach Berufsgruppe und Betriebsart unterscheiden. Auch die Reaktionen und persönlichen Bedürfnisse der betroffenen Person sind maßgeblich für den Umfang der Kollegialen Erstbetreuung.¹⁴⁰

Nach Lasogga eignet sich jedoch nicht jede*r Mitarbeiter*in für den Einsatz als Kollegiale*r Erstbetreuer*in. Um die beschriebenen Aufgaben zu bewältigen, sollten Kollegiale Erstbetreuer*innen einige Voraussetzungen erfüllen. So sollten sie laut Lasogga absolutes Vertrauen im Kollegium genießen, ein hohes Maß an Sozialkompetenz besitzen sowie gut in die Gemeinschaft der Kolleg*innen integriert sein. Er beschreibt außerdem, dass in

¹³⁸ Vgl. DGUV 2017a, S. 8.

¹³⁹ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 192.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S. 125.

einigen Berufsgruppen und Betrieben ein Mindestalter von 25 Jahren für Kollegiale Erstbetreuer*innen festgelegt wurde. Zudem sollten Kollegiale Ersthelfer*innen keine Führungspositionen bekleiden, da sich dies laut Lasogga negativ auf das nötige Vertrauensverhältnis auswirken kann.¹⁴¹

Nach Walter und Marianne Wilk sollten Menschen mit psychischen Vorerkrankungen oder akuten Belastungen von der Erstbetreuung als Kollegiale*r Helfer*in nach traumatischen Ereignissen vorerst Abstand nehmen. Zudem erwiesen sich Eigenschaften wie ausgeprägte Neugier oder Sensationslust als ungünstig für Kollegiale Erstbetreuer*innen. Personen, die mit Vorliebe extreme Situationen erleben und den sogenannten Nervenkitzel suchen, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, bei ihren Einsätzen als Kollegiale Ersthelfer*innen ebenfalls psychische Schäden zu erleiden. Bei diesen Eigenschaften sollte eine Ausübung dieser Tätigkeit genau abgewogen und überlegt werden.¹⁴²

Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung legt einige Anforderungen an Kollegiale Erstbetreuer*innen fest. Konfliktfähigkeit, Souveränität, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit sowie eine stabile Persönlichkeit zählen laut der DGUV zu den Kriterien Kollegialer Erstbetreuer*innen. Sie sollten zudem belastbar sein und ein klares Aufgaben- und Rollenverständnis besitzen. Ein wichtiges Kriterium stellt zudem die Freiwilligkeit dar. Demnach sollten die Mitarbeiter*innen sich nicht zu Kollegialen Erstbetreuer*innen ausbilden lassen, nur weil sie dazu ausgewählt und delegiert wurden. Meist spüren die Betroffenen, ob die Ersthelfer*innen aus eigenem Willen oder aus Zwang handeln. Eine gewisse Eigenmotivation ist deshalb Voraussetzung für eine erfolgreiche Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen.¹⁴³

Somit gibt es einige Grundlagen und Aufgaben, die Kollegiale Erstbetreuer*innen erfüllen sollten. Diese Anforderungen können in speziellen Ausbildungen erlernt und gefestigt werden.

3.3 Ausbildungsangebote

Nach Richter steht die Ausbildung zur psychologischen, kollegialen Erstbetreuung in Deutschland noch am Anfang. Einige Anbieter versuchen derzeit, sich in dieser Branche zu etablieren.¹⁴⁴

¹⁴¹ Vgl. Lasogga 2011a, S. 207f.

¹⁴² Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 267f.

¹⁴³ Vgl. DGUV 2017a, S. 8.

¹⁴⁴ Vgl. Richter 2019, S. 414.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und die Berufsgenossenschaften fördern die Ausbildung zu Kollegialen Erstbetreuer*innen in Betrieben. Die zuständigen Unfallversicherungsträger können sich unter Erfüllung einiger Voraussetzung an den Kosten beteiligen. Höhe und Umfang der Kostenbeteiligten liegen jedoch im Ermessen der Unfallversicherungsträger. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung fasst einige Kriterien zusammen, welche für eine Kostenbeteiligung an der Ausbildung Kollegialer Erstbetreuer*innen erfüllt sein müssen. Die Berücksichtigung traumatischer Ereignisse in der Gefährdungsbeurteilung sowie die Beratung durch den zuständigen Unfallversicherungsträger bei der Erarbeitung eines Konzepts der Kollegialen Erstbetreuung zählen zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine Kostenbeteiligung. Zudem legt die DGUV einige Qualitätsstandards für die Ausbildung Kollegialer Erstbetreuer*innen fest. Demnach sollte sie von Expert*innen mit Erfahrungen in psychologischen oder psychiatrischen Bereichen, bestenfalls mit traumatisierten Menschen, durchgeführt werden. Die Ausbildung, welche sich nach der DGUV aus 16 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten zusammensetzt, sollte in einer kleinen Gruppe mit maximal zwölf Teilnehmenden erfolgen. Zu Beginn der Ausbildung sollten die Teilnehmer*innen über verschiedene Begrifflichkeiten, Krankheitsbilder und deren Folgen im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen aufgeklärt werden. Grundlagen der Gesprächsführung und -techniken im Umgang mit Betroffenen bilden den zweiten Teil der Ausbildung. Die Teilnehmer*innen lernen, angemessen Kontakt zu den Betroffenen herzustellen und individuell auf ihre Bedürfnisse einzugehen, die Maßnahmen der Psychologischen Ersten Hilfe stehen im Vordergrund. Wichtige Bestandteile der Schulung stellen zudem das Rollenverständnis der Kollegialen Erstbetreuer*innen sowie die Grenzen der Hilfe, Selbstfürsorge und die Bedeutung von Supervisionen dar. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Schulung sollte das Situationstraining darstellen. Mittels praktischer Übungen und Rollenspiele können die Ersthelfer*innen gelernte Inhalte anwenden und sich auf mögliche Situationen und Reaktionen der Betroffenen vorbereiten.¹⁴⁵

Auch nach Richter erwiesen sich Rollenspiele und Videodemonstrationen von Kriseninterventionen als hilfreiche Methoden in der Ausbildung.¹⁴⁶ Betriebliche Konzepte und organisatorische Regelungen, wie beispielsweise die Meldung des Arbeitsunfalls,

¹⁴⁵ Vgl. DGUV 2017a, S. 9-13

¹⁴⁶ Vgl. Richter 2019, S. 415.

wichtige Ansprechpartner, die Dokumentation des Vorfalles sowie rechtliche Aspekte sind nach der DGUV weitere Inhalte der Ausbildung.¹⁴⁷

Die BGW listet auf ihrer Webseite insgesamt neun Anbieter für Schulungen zur Kollegialen Erstbetreuung auf, welche die genannten Ausbildungskriterien der DGUV erfüllen. Nach der Auswahl eines dieser Anbieter haben Betriebe die Möglichkeit, eine Förderung durch die BGW zu beantragen. Eine weitere Förderungsbedingung ist jedoch, dass die Betriebe nachweisen können, sich im Vorfeld für Arbeitsschutz und Gesundheitsfürsorge eingesetzt zu haben. Mindestens 25% des Rechnungsbetrages der Ausbildung sind dann förderungsfähig. Alle Leistungen, die im Zusammenhang mit der Kollegialen Erstbetreuung erbracht und in Anspruch genommen wurden, können ebenfalls bei der BGW eingereicht werden. Dazu zählen vor allem Seminare, aber auch Auffrischkurse, Supervisionen bei den Anbietern sowie begleitende Beratungen.¹⁴⁸

Diese finanzielle Unterstützung kann die Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung für die Betriebe attraktiver gestalten, denn die Ausbildungskosten stellen sich als nicht unerheblich dar. Das Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement, kurz ProDema, welches nach der BGW als ein förderungsfähiger Anbieter gilt, informiert auf seiner Internetseite über das Ausbildungsangebot für die Kollegiale Erstbetreuung und dessen Kosten. Für eine dreitägige Ausbildung zum*zur Kollegialen Erstbetreuer*in mit maximal zwölf Teilnehmer*innen werden 4.800€ veranschlagt. Da die Schulung direkt bei den Betrieben vor Ort erfolgt, können zusätzliche Kosten für den Anfahrtsweg und die Unterkunft der Ausbilder*innen anfallen. Ein eintägiger Supervisionstag, an dem die Ausbildungsinhalte noch einmal vertieft und aufgefrischt werden können, kostet bei ProDema 1.600€ zuzüglich möglicherweise anfallender Übernachtungs- und Anfahrtskosten. Offene, regionale Ausbildungen werden ebenfalls von ProDema angeboten. Dort betragen die Kosten 750€ pro Teilnehmer*in. Die Ausbildungsinhalte sind an den Kriterien der DGUV angepasst. Grundlagen der Psychotraumatologie, Verhaltens- und Kommunikationstechniken der Psychologischen Ersten Hilfe, organisatorische und arbeitsrechtliche Richtlinien gehören somit zu den Ausbildungsinhalten bei ProDema.¹⁴⁹

Nach Richter unterscheiden sich die Ausbildungsangebote in der Regel je nach Kenntnisstand der Teilnehmenden.¹⁵⁰ Somit lässt sich festhalten, dass Schulungen zu diesen Themen angeboten werden und die Psychologische Erste Hilfe oder die Kollegiale

¹⁴⁷ Vgl. DGUV 2017a, S. 9-13.

¹⁴⁸ Vgl. BGW 2020 (Internetquelle)

¹⁴⁹ Vgl. ProDema 2020 (Internetquelle)

¹⁵⁰ Vgl. Richter 2019, S. 414.

Erstbetreuung nicht nur bei Einsatzkräften, sondern auch in anderen Berufsgruppen Anwendung finden.

Die Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung kann insbesondere für kleinere Betriebe und Einrichtung eine finanzielle Hürde darstellen. Dennoch kann sie durch finanzielle Unterstützung der Unfallversicherungsträger erleichtert werden. Voraussetzung für die Einführung des Konzepts der Kollegialen Erstbetreuung ist dennoch eine offene Haltung der Führungskräfte. Ohne die Genehmigung und Unterstützung seitens der Leitung ist die Implementierung dieser sekundären Präventionsmaßnahme nicht möglich.

3.4 Organisatorische Rahmenbedingungen der Kollegialen Erstbetreuung

Die Ausbildung und erforderlichen Kompetenzen, welche Kollegialer Erstbetreuer*innen für eine erfolgreiche Hilfeleistung benötigen, können nur durch eine unterstützende Betriebskultur und das Erfüllen organisatorischer Rahmenbedingungen gewährleistet werden. Die Implementierung dieser sekundären Präventionsmaßnahme erfordert einen organisatorischen Aufwand.

Die DGUV weist auf einige Rahmenbedingungen innerhalb des Betriebes hin, die für die Implementierung und den Einsatz der Kollegialen Erstbetreuung erfüllt und beachtet werden sollten. Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Hilfeleistung stellt die Gefährdungsbeurteilung dar (siehe Kapitel 2.1.1). Diese gibt Aufschluss über mögliche Gefährdungen, welche die Arbeitgebenden mit allen Mitteln verhüten müssen. Sie bietet somit die Grundlage für die Einführung der Kollegialen Erstbetreuung. Aus dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung lässt sich ein betriebliches Konzept ableiten, welches auf sämtliche Ebenen der Prävention abgestimmte Ziele und Maßnahmen festlegen sollte. Wichtige Bausteine des Konzepts in Bezug auf die Kollegiale Erstbetreuung sind die Information der Beschäftigten über das Angebot, die Klärung der Verantwortlichkeiten, gegebenenfalls Kooperationen mit Nachsorgeeinrichtungen, das Eingliederungsmanagement nach einem Vorfall sowie die Betreuung der Kollegialen Erstbetreuer*innen, beispielsweise durch Supervisionen und Teamsitzungen, um sekundären Traumatisierungen vorzubeugen.¹⁵¹

Diese wesentlichen Aspekte sollten vor der Implementierung dieses Angebots im Betrieb ausführlich besprochen und geklärt werden, um eine erfolgreiche Hilfe sowie die Gesundheit der Helfer*innen gewährleisten zu können. In Anbetracht der bestehenden

¹⁵¹ Vgl. DGUV 2017a, S. 11.

Gefahr der Sekundärtraumatisierung ist eine umfassende Betreuung der Ersthelfer*innen notwendig.

Die Studie von Vaupel u.a. zeigt, dass es bei der Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung vor allem zu organisatorischen Schwierigkeiten kam. Das Hilfsangebot wurde zwar von den Mitarbeiter*innen genutzt, doch die betrieblichen Strukturen bereiteten Probleme bei der erfolgreichen Umsetzung der Maßnahme. So erschwerten beispielsweise in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung fehlendes Personal oder die Erreichbarkeit die uneingeschränkte Inanspruchnahme der Kollegialen Erstbetreuung. Vor allem aufgrund großer Entfernungen zwischen den Einrichtungen innerhalb einer dezentralen Organisationsstruktur standen die Kollegialen Erstbetreuer*innen nicht immer zur Verfügung.¹⁵²

Dieser Aspekt der räumlichen Verteilung kann insbesondere für Einrichtungen der Sozialen Arbeit ein erschwerender Faktor für die Implementierung und Inanspruchnahme der Kollegialen Erstbetreuung sein. Kleine Außenstellen und ambulante Angebote, wie sie in der Sozialen Arbeit häufig vorzufinden sind, könnten einer schnellen Hilfe und einer reibungslosen Umsetzung der Kollegialen Erstbetreuung entgegenstehen.

Einige der befragten Personen gaben nach Vaupel u.a. außerdem an, dass sie das Hilfsangebot aufgrund von Ängsten vor Stigmatisierungen oder vor Verlust ihres Arbeitsplatzes nicht annahmen. Andere fühlten sich nicht ausreichend über das Angebot informiert. Dies zeigt, dass die Unterstützung durch die Führungskräfte von großer Bedeutung ist. Ihr offener Umgang mit diesem Thema kann einen Beitrag zur Enttabuisierung leisten und somit Einfluss auf die Gesundheit des Personals nehmen.¹⁵³

Um die Kollegiale Erstbetreuung im Betrieb anzubieten, müssen demnach eine ausreichende Anzahl an Kollegiale Erstbetreuer*innen ausgebildet werden. Eine genaue Anzahl erforderlicher Kollegiale*r Erstbetreuer*innen nennt die DGUV jedoch nicht, denn sie richtet sich unter anderem nach der Häufigkeit der traumatischen Ereignisse im Betrieb. Es sollte zu jeder Zeit sichergestellt werden, dass im Schadensfall mindestens ein*e Kollegiale Erstbetreuer*in zur Verfügung steht. Zudem sind die Arbeitszeiten oder die regionale Verteilung der Einrichtungen maßgebend für die Anzahl der benötigten Kollegialen Erstbetreuer*innen.¹⁵⁴

¹⁵² Vgl. Vaupel u.a. 2019, S. 206f.

¹⁵³ Vgl. ebd.

¹⁵⁴ Vgl. DGUV 2017a, S. 11.

Von großer Bedeutung ist nach Lasogga außerdem, dass die Ersthelfer*innen ausreichende Erfahrungen in der psychologischen Erstbetreuung sammeln können. Eine sehr niedrige Einsatzfrequenz sollte mittels Schulungen und Situationstrainings ausgeglichen werden, um die Erstbetreuer*innen optimal auf ihre Einsätze vorzubereiten.¹⁵⁵

Als weitere Rahmenbedingung und organisatorische Notwendigkeit ist die Ausstattung der Helfer*innen zu nennen. Die Erreichbarkeit der zuständigen Erstbetreuer*innen sollte beispielsweise durch Diensthandys gewährleistet werden. Gegebenenfalls sollte über die Nutzung von Dienstfahrzeugen für die Einsätze nachgedacht werden. Zur möglichen Ausstattung der Kollegialen Erstbetreuer*innen gehören laut DGUV außerdem Informationsblätter über weitere Hilfsangebote für die Betroffenen, Taschentücher, Wasser, eine Decke, Kugelschreiber und Schreibblock.¹⁵⁶

Neben einer guten Qualifikation der Kollegialen Erstbetreuer*innen stellen die Ausstattung sowie die damit verbundene Erreichbarkeit, die Unterstützung durch die Führungskräfte und die Klärung der Zuständigkeiten wichtige Faktoren für die Implementierung dieses Hilfeangebots dar. Nach Vaupel u.a. ist deshalb nicht nur die Kompetenz der Kollegialen Erstbetreuer*innen ausschlaggebend für den Erfolg der Hilfe, sondern insbesondere auch die organisatorischen Rahmenbedingungen.¹⁵⁷

3.5 Chancen und Risiken der Erstbetreuung durch Kolleg*innen

Obwohl verschiedene Maßnahmen der frühen Hilfen nach traumatischen Ereignissen im Betrieb existieren, nimmt die kollegiale Unterstützung einen besonders hohen Stellenwert ein und bietet, trotz organisatorischer Hürden, viele Vorteile. In Befragungen des Rettungsdienstes wurde die Erstbetreuung durch Kolleg*innen als besonders hilfreich empfunden und positiv hervorgehoben. Die soziale Unterstützung durch Kolleg*innen stellt eine wichtige Ressource dar, um posttraumatischen Belastungsstörungen entgegenzuwirken.¹⁵⁸

Nicht nur die positive Resonanz der Betroffenen spricht für die Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen durch Kolleg*innen. Die schnelle Erreichbarkeit und kurzen Wege der Mitarbeiter*innen innerhalb eines Betriebes gewährleisten eine zeitnahe Versorgung in psychischen Notlagen. Im Gegensatz zu externen Kräften, wie

¹⁵⁵ Vgl. Lasogga 2011a, S. 211.

¹⁵⁶ Vgl. DGUV 2017a, S. 11.

¹⁵⁷ Vgl. Vaupel u.a. 2019, S. 206f.

¹⁵⁸ Vgl. Karutz 2011, S. 201.

beispielsweise Notfallseelsorger*innen, sind betriebsinterne Ersthelfer*innen in der Regel innerhalb weniger Minuten am Einsatzort. Für den Einsatz von Kolleg*innen spricht außerdem die Kenntnis und das fachliche Verständnis über den Arbeitsbereich der betroffenen Person. Die Helfer*innen kennen die betrieblichen Umstände und Gegebenheiten. Ein weiterer Vorteil des Einsatzes von Kolleg*innen zur Erstbetreuung psychischer Notfälle ist laut Karutz die Tatsache, dass es den Betroffenen leichter fällt, Hilfe von Kolleg*innen anzunehmen, statt von fremden Personen. Die betriebsinternen Helfer*innen haben möglicherweise ähnliche Erfahrungen in dieser Tätigkeit gemacht und können die Situation der Betroffenen teilweise nachvollziehen. Vor allem in helfenden Berufen, wie beispielsweise der Sozialen Arbeit, kann es für die Mitarbeiter*innen ein schwieriger Schritt sein, von der Rolle der helfenden Person in die der hilfesuchenden Person zu wechseln. Nach Karutz ist die Hemmschwelle mit Kolleg*innen über kritische Ereignisse und psychische Belastungen zu sprechen deutlich niedriger, als beispielsweise die Vorstellung bei einer psychotherapeutischen Praxis. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Hilfe von Kolleg*innen sind jedoch ein gutes Betriebsklima sowie Vertrauen im Kollegium. Das Sprechen und Verstehen der gleichen Fachsprache und ähnliches Hintergrundwissen können weitere Vorteile des Einsatzes von betriebsinternen Erstbetreuer*innen nach traumatischen Ereignissen sein.¹⁵⁹

Auch nach Richter bietet das bereits bestehende Vertrauensverhältnis unter Kolleg*innen einen erheblichen Vorteil gegenüber dem Einsatz fremder Personen. Die psychologische Erste Hilfe sollte demnach von dem unmittelbaren Arbeitsumfeld der betroffenen Person geleistet werden.¹⁶⁰

Gleichzeitig ist die Erstbetreuung durch Kolleg*innen mit einigen Risiken verbunden. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Kolleg*innen kann laut Lasogga zwar einerseits als hilfreich für die betroffene Person betrachtet werden, auf der anderen Seite erhöht sich jedoch das Risiko einer sekundären Traumatisierung der Helfer*innen. Gegebenenfalls kann die Nähe zu den Kolleg*innen auch ein hemmender Faktor für die Inanspruchnahme der Hilfe sein, da einige Menschen sich ungern vor Personen, mit denen sie zusammenarbeiten, öffnen. In einigen Fällen können Gespräche mit externen Helfer*innen, welche zudem aus einer anderen Perspektive auf die Situation blicken, hilfreich sein. Zudem können Probleme auftreten, wenn die Zuständigkeit und die Grenzen der Hilfe nicht klar definiert sind. Unklarheiten in diesen Bereichen können Kollegiale

¹⁵⁹ Vgl. Karutz 2011, S. 200-202.

¹⁶⁰ Vgl. Richter 2019, S. 408.

Erstbetreuer*innen überfordern. Auch in diesen Fällen können sich externe Hilfen besser eignen. Trotz der genannten Risiken kann der Einsatz von Kolleg*innen zur Erstbetreuung nach traumatischen Ereignissen ein niederschwelliges und hilfreiches Angebot zur psychologischen Erstversorgung sein. Die positiven Eigenschaften und Möglichkeiten dieses Hilfsangebot überwiegen.¹⁶¹

Für die Soziale Arbeit stellt das Konzept der Kollegialen Erstbetreuung somit eine vielversprechende Alternative zu anderen sekundären Präventionsmaßnahmen dar. Obwohl einige organisatorische Schwierigkeiten und Risiken für die Helfer*innen entstehen können, bietet die Form der Akuthilfe viele Vorteile. Risiken für Kollegiale Erstbetreuer*innen, welche ebenfalls für Helfer*innen anderer sekundärer Präventionsmaßnahmen bestehen, können durch regelmäßige Supervisionen und eine professionelle Ausbildung minimiert werden. Die frühzeitige Versorgung der betroffenen Personen nach traumatischen Erlebnissen durch geschulte Kolleg*innen könnte somit auch für Einrichtungen der Sozialen Arbeit von großer Bedeutung sein.

Nicht unerwähnt bleiben sollte die Tatsache, dass der Erfolg der Kollegialen Erstbetreuung in Einrichtungen Sozialer Arbeit bisher nicht ausreichend erforscht wurde. Insbesondere die Höhe der Ausbildungskosten sowie die organisatorischen und strukturellen Hürden, welche die Einrichtungen bei der Implementierung dieses Angebots auf sich nehmen müssen, begründen den Forschungsbedarf und die Notwendigkeit der Evaluation dieser Hilfeform. Solange jedoch keine negativen Auswirkungen der Kollegialen Erstbetreuung nachgewiesen werden, sollten nach Richter diese Maßnahmen der Akuthilfe angeboten werden. In Anbetracht der möglichen gesundheitlichen Schäden, die für Mitarbeiter*innen durch traumatische Ereignisse entstehen können, ist eine Ersthilfe durch Kollegiale Erstbetreuer*innen angebracht.¹⁶²

3.6 Experteninterview zur Kollegialen Erstbetreuung in der Praxis

Bisher ist in der Literatur über die Anwendung der Kollegialen Erstbetreuung in der Praxis wenig zu finden. Die Wirkungen und der Erfolg dieser Maßnahme sollten weiter erforscht werden. Wie Richter in seiner Arbeit bereits belegte, steht die Ausbildung für die Kollegiale Erstbetreuung sowie andere Maßnahmen der Akuthilfe im deutschsprachigen Raum erst

¹⁶¹ Vgl. Lasogga 2011a, S. 209-213.

¹⁶² Vgl. Richter 2019, S. 415.

am Anfang.¹⁶³ Aus diesem Grund stellt sich eine groß angelegte qualitative Arbeit in der vorgegebenen Bearbeitungszeit als äußerst schwierig dar.

Dennoch kann die Kollegiale Erstbetreuung als eine vielversprechende Präventionsmöglichkeit angesehen werden. Um in dieser Arbeit einen Einblick in die praktische Ausübung dieser Form der Akuthilfe nach traumatischen Ereignissen zu gewähren, soll im Folgenden die Befragung eines Experten aufgeführt werden. Die Perspektive des Experten kann auf die theoretischen Erkenntnisse bezogen werden. Dennoch soll erwähnt werden, dass für allgemeingültige Ergebnisse der Wirkung der Kollegialen Erstbetreuung umfassendere Forschungen notwendig sind. Die Befragung des Experten und dessen Perspektive sollen an dieser Stelle lediglich einen Einblick in die Praxis der Kollegialen Erstbetreuung geben.

3.6.1 Methodisches Vorgehen

Als zu befragender Experte diente ein Krankenpfleger mit zusätzlicher Ausbildung als Deeskalationstrainer in einem psychiatrischen Krankenhaus in Norddeutschland. Der Befragte entwickelte im Jahr 2019 mit einem weiteren Krankenpfleger, welcher ebenfalls als Deeskalationstrainer ausgebildet ist, sowie zwei Psychologinnen ein eigenes Konzept der Kollegialen Erstbetreuung. Zudem führte der Befragte bereits einige Schulungen durch und bildete Mitarbeiter*innen zu Kollegialen Erstbetreuer*innen aus. Aufgrund seiner Expertise in diesen Bereichen eignete er sich besonders als Interviewpartner. Im psychiatrischen Krankenhaus wurden insgesamt 20 Kollegiale Erstbetreuer*innen ausgebildet, welche im Krisenfall für ungefähr 200 Mitarbeiter zuständig sind.

Als Befragungsmethode diente ein teilstandardisiertes Interview. Die Formulierungen und Reihenfolge der Fragen wurden an den Verlauf des Gespräches angepasst. Das Interview bestand aus sechs Themengebieten mit einigen Leitfragen, welche für die Fragestellung der Arbeit relevant sind:

1. „Welche Kompetenzen sollte Ihrer Meinung nach ein*e Kollegiale*e Erstbetreuer*in besitzen? Lassen sich diese Kompetenzen erlernen oder gibt es auch persönliche soziale Kompetenzen, die man mitbringen sollte?“
2. „In welchen Situationen sollte die Kollegiale Erstbetreuung angewendet werden? In welchen Situationen eher nicht?“

¹⁶³ Vgl. Richter 2019, S. 415.

3. „Welche Techniken der Kollegialen Erstbetreuung haben sich Ihrer Meinung nach in der Praxis besonders bewährt? Was empfanden Betroffene als besonders hilfreich?“
4. „Was sind aus Ihrer Sicht typische Fehler, die man als kollegiale*r Erstbetreuer*in vermeiden sollte?“
5. „Für welche Berufsgruppen erachten Sie die Einführung eines Konzepts der Kollegialen Erstbetreuung als besonders sinnvoll?“
6. „Welche möglichen Potenziale sehen Sie für die Anwendung der Kollegialen Erstbetreuung in der Sozialen Arbeit?“

Zu Beginn des Interviews erfolgte die Aufklärung über die Verarbeitung der Informationen. Der Befragte unterzeichnete eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung. Das Führen des Interviews war mit Intention verbunden, die Kerninhalte der Ausbildung, mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung sowie das Potenzial der Kollegialen Erstbetreuung für verschiedene Berufsgruppen, mit besonderem Hinblick auf die Soziale Arbeit, zu ermitteln. Das Interview dauerte 35 Minuten.

Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring. Das Experteninterview wurde mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend in anonymisierter Form transkribiert. Es ergaben sich aus den oben genannten Leitfragen und den Antworten des Befragten insgesamt neun Kategorien (siehe Anhang 1). Die wesentlichen Aussagen des Experten wurden in Abschnitte zusammengefasst, den jeweiligen Kategorien zugeordnet und in einem mehrstufigen Verfahren paraphrasiert. Die Ergebnisse des Interviews sollen auf die Erkenntnisse aus der Literatur, welche in den vorhergegangenen Kapiteln dieser Arbeit thematisiert wurden, bezogen werden.¹⁶⁴

3.6.2 Ergebnisdarstellung

Aus der Zusammenfassung des Interviews (siehe Anhang 1) ergeben sich folgende Grundaussagen:

Bedarf und Anzahl der Kollegialen Erstbetreuer*innen

Der Befragte gab an, dass in seinem Arbeitsfeld eine Form der Akuthilfe bzw. eine Ausweitung der Gesprächsmöglichkeit für Betroffene nach traumatischen Ereignissen benötigt wurde. In dem psychiatrischen Krankenhaus arbeiten circa 200 Mitarbeiter*innen,

¹⁶⁴ Vgl. Mayring 2010, S. 65

welche bei Problemen vor der Implementierung der Erstbetreuung lediglich auf zwei Deeskalationstrainer zugreifen konnten. Nach Aussage des Befragten „[...] *hat das einfach nicht ausgereicht*“.

Daraus lässt sich schließen, dass die Anzahl der Ersthelfer*innen entscheidend für eine erfolgreiche Erstbetreuung der Betroffenen ist. Diese Hypothese wurde ebenfalls in der Literatur belegt und zuvor Kapitel 3.4 beschrieben.¹⁶⁵ Das Angebot zur Gesprächsmöglichkeit sollte ausgeweitet und somit die Wahrscheinlichkeit zur angemessenen Versorgung der Mitarbeiter*innen nach traumatischen Ereignissen erhöht werden. Aus diesem Grund wurden insgesamt 20 Kollegiale Erstbetreuer*innen im psychiatrischen Krankenhaus ausgebildet.

Der Befragte machte zudem auf eine fachrichtungsspezifische Ausbildung Kollegialer Erstbetreuer*innen beispielsweise in Krankenhäusern aufmerksam, „[...] *denn nicht jeder traut sich, einen Chefarzt anzusprechen*.“ In der Literatur wird diese Auffassung kaum thematisiert. Lediglich Lasogga vertritt in seiner Arbeit den Standpunkt, dass die Kollegiale Erstbetreuung aufgrund unterschiedlicher Machtverhältnisse nicht von Führungskräften ausgeübt werden sollte.¹⁶⁶ Dennoch ist die Ausbildung Kollegialer Erstbetreuer*innen auf verschiedenen Berufsebenen vorteilhaft, um der Tabuisierung psychischer Erkrankungen und Belastungen im Beruf entgegenzuwirken und Hemmschwellen niedrig zu gestalten.

Auswahl der Auszubildenden

Die Teilnehmer*innen konnten sich laut dem Befragten freiwillig für die Ausbildung zu Kollegialen Erstbetreuer*innen melden, dennoch wurde eine Auswahl anhand einiger Kriterien getroffen. So stellte die Berufserfahrung eine Voraussetzung für die Teilnahme dar. Grundlegende Einstellungen, wie Empathie, eine wertschätzende Haltung gegenüber anderen Menschen sowie Echtheit waren ebenso von Bedeutung, zählten aber auch zu den Ausbildungsinhalten und gelten zum Teil als erlernbar. Eine therapeutische Ausbildung war nicht erforderlich, kann aber als hilfreich in Bezug auf das Verständnis der Psychotraumatologie gelten. Die genannten Voraussetzungen ähneln denen der DGUV, bei welchen die Berufserfahrung jedoch nicht thematisiert wurden.¹⁶⁷

¹⁶⁵ Vgl. DGUV 2017a, S. 11.

¹⁶⁶ Vgl. Lasogga 2011a, S. 207f.

¹⁶⁷ Vgl. DGUV 2017a, S. 8.

Ausbildungsinhalte

Die Ausbildung des Befragten erstreckte sich über zwei Tage und wurde inhaltlich in vier Bereiche gegliedert: Emotionen und Emotionsregulierung, Psychotraumatologie, Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung sowie Organisatorisches und Abläufe. Traumadefinitionen, Traumaentwicklung und das Erkennen von Traumata stellten weitere wichtige Ausbildungsinhalte dar. Techniken der Gesprächsführung waren ebenfalls wesentlicher Bestandteil der Schulung. Der befragte Experte äußerte sich dazu wie folgt: *„Viele können reden, aber Kommunizieren muss man doch erlernen. Es gibt einfach grundlegende Sachen, Gesprächsführungstechniken.“* Rogers, Schultz von Thuns und Watzlawicks Theorien zur Kommunikation sollten demnach in der Schulung erlernt und verinnerlicht werden. Diese genannten Inhalte sind laut der DGUV ebenfalls elementar für die Ausbildung zur Kollegialen Erstbetreuung.¹⁶⁸ Situationstrainings, in welchen Beispielsachverhalte nachgestellt werden, sind laut dem Befragten ebenfalls Bestandteil der Schulung. Nach Möglichkeit sollten diese mit einer Kamera aufgezeichnet werden, um anschließend aus der Metaebene die Situation zu besprechen. Außerdem sollten zukünftige Krisenhelfer*innen in diesen Situationstrainings beide Rollen spielen, die der Betroffenen und die der Krisenhelfer*innen. Die Leitung des Situationstrainings wurde von einem Deeskalationstrainer und einer Psychologin übernommen.

In der Literatur wird in Bezug auf die Ausbildung zur Kollegialen Erstbetreuung kaum auf den Ablauf der Situationstraining eingegangen. Lasogga und die DGUV beschreiben lediglich die Notwendigkeit zur Durchführung dieser Beispielsachverhalte.¹⁶⁹

Grundlagen und Prinzipien

Im Verlauf des Interviews wurde die Frage zu geeigneten Situationen, in welchen die Kollegiale Erstbetreuung angewendet werden kann, gestellt. Der Befragte gab an, dass er keine Situationen ausschließen würde: *„Grundsätzlich kann die Kollegiale Erstbetreuung in jeder Situation angewendet werden, die für Mitarbeiter emotional schwierig ist.“* Vor allem nach Anwendung massiver körperlicher oder psychischer Gewalt, nach langanhaltender belastender Arbeit, Suizidgeschehen oder suizidalen Handlungen sollte die Kollegiale Erstbetreuung angeboten werden. Aber auch nach privaten Belastungen ist die Inanspruchnahme der Kollegialen Erstbetreuung laut dem Experten denkbar. In der

¹⁶⁸ Vgl. DGUV 2017a, S. 8.

¹⁶⁹ Lasogga 2011a, S. 211.; vgl. DGUV 2017a, S. 12.

Literatur wird sich jedoch eher weniger auf Belastungen und Probleme im Privatleben bezogen.

Der Befragte gab außerdem an, dass in einigen Fällen eine Pflicht zur Kollegialen Erstbetreuung bestehen sollte. Das bedeutet, dass die Kollegiale Erstbetreuung nach schwerwiegenden Ereignissen, wie beispielsweise nach einem Suizid oder nach Anwendung massiver Gewalt, automatisch startet. Helfer*innen würden in diesen Fällen auf die betroffene Person zugehen, ohne, dass diese zuvor nachfragen müssen. Die Betroffenen können die Hilfe dennoch jederzeit ablehnen.

Der Experte versteht Kollegiale Erstbetreuer*innen als erste Ansprechpartner nach traumatischen Erlebnissen. Sie nehmen eine Erstüberprüfung vor und fungieren als Bindeglied zu therapeutischen Maßnahmen, welche bei Notwendigkeit hinzugezogen werden sollten. Die Kollegiale Erstbetreuung hat ihre Grenzen, welche erkannt werden sollten. Richter und die DGUV unterstreichen diese Aussage (siehe Kapitel 3.2).¹⁷⁰

Grundlage der Kollegialen Erstbetreuung ist laut dem Experten außerdem die Klärung der Grundbedürfnisse der betroffenen Person. Er äußerte sich dazu wie folgt: *„Grundbedürfnisse sind zu klären. Was ist aktuell gerade wichtig? Hunger, Durst, Schlaf, diese Sachen. Wenn man sich die Bedürfnispyramide anguckt, sollte man relativ weit unten anfangen. Es geht nicht um Selbstverwirklichung in diesen Momenten, sondern um wirklich grundlegende Sachen, die auch befriedigen.“* Die Gefühle und Bedürfnisse der betroffenen Person sind somit zentraler Bestandteil der Kollegialen Erstbetreuung. Eine weitere wichtige Aussage des Experten dazu lautet: *„Es geht ja gar nicht um die Situation. Es geht ja darum, was es mit mir macht. Also, was ist mein Gefühl!“* Im Laufe dieser Arbeit wurde vermehrt deutlich, dass die Gefühle der Betroffenen sowohl bei der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung und der akuten Belastungsreaktion (siehe Kapitel 1.5.1 und Kapitel 1.5.2) als auch bei den Hilfemaßnahmen (siehe Kapitel 2.2.) einen hohen Stellenwert einnehmen.

Laut dem Experten gibt es vier Begriffe, die für die Kollegiale Erstbetreuung zentral sind. Diese lauten: Ruhe, Sicherheit im Sinne von Kontrollierbarkeit der Situation, Verbundenheit und Hoffnung. Eine ruhige Atmosphäre kann durch einen Ortswechsel erreicht werden. Auch Lasogga beschreibt in seiner Arbeit, dass Betroffene hektik und nervöse Helfer*innen als störend im Hilfeprozess empfanden.¹⁷¹ Der Schutz der Betroffenen ist nach dem Befragten ebenfalls von großer Bedeutung, da sonst die Gefahr

¹⁷⁰ Vgl. Richter 2019, S. 413.; vgl. DGUV 2017a, S. 9-13.

¹⁷¹ Vgl. Lasogga 2011b, S. 83f.

einer Retraumatisierung besteht. Walter und Marianne Wilk beschreiben diesen Aspekt der Hilfe ebenfalls in ihrer Arbeit und sehen den Schutz der Betroffenen als ein Grundprinzip der Psychologischen Ersten Hilfe an.¹⁷²

Der betroffenen Person empathisch zur Seite zu stehen, aber ihr auch Hoffnung aufzuzeigen, sind weitere Grundlagen der Kollegialen Erstbetreuung. Hoffnung besteht, da, wie Bode, Maurer und Kröger bereits feststellten, die Mehrheit der Betroffenen keine psychischen Folgeerkrankungen entwickelt.¹⁷³

Organisation und Ablauf

Der Experte gab an, dass die Anbindung an Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften gewährleistet sein sollte. Zu den organisatorischen Angelegenheiten gehört außerdem der Austausch unter den Kollegialen Erstbetreuer*innen. Dem Experten zufolge treffen sich die Kollegialen Erstbetreuer*innen des psychiatrischen Krankenhauses viermal im Jahr, um sich zu beraten und gegebenenfalls Fälle zu besprechen. Ein Austausch unter ihnen findet bei Unklarheiten auch außerhalb dieser Treffen statt. Auch hier ist die multiprofessionelle Sicht von Vorteil. Der konkrete Ablauf der Kollegialen Erstbetreuung, welchen der Befragte im Interview näher beschrieb, orientiert sich an den Vorgaben der DGUV, welche in Kapitel 3.2 unter den Aufgaben und Voraussetzungen der Kollegialen Erstbetreuer*innen zusammengetragen wurden. Ein Aspekt, der in der Literatur nicht thematisiert wird, ist die Nachbetreuung im Sinne des Nachfragens. Laut dem Experten sollten Kollegiale Erstbetreuer*innen nach einigen Tagen oder Wochen erneut Kontakt zu den Betroffenen aufnehmen und ihre Befindlichkeit erfragen. Da sich Posttraumatische Belastungsstörungen (siehe Kapitel 1.5.2) über einen längeren Zeitraum entwickeln, erscheint diese Maßnahme als sinnvoll und hilfreich, um Symptome frühzeitig zu erkennen und weitere Hilfen einzuleiten.

Hilfreiche Gesprächstechniken

Die Frage „*Was brauchst du?*“ ist laut dem Befragten elementar für die Kollegiale Erstbetreuung nach traumatischen Erlebnissen. Sie ermöglicht es, die Bedürfnisse der betroffenen Person zu ermitteln und gegebenenfalls zu befriedigen.

¹⁷² Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 127-148.

¹⁷³ Vgl. Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 66f.

Der Befragte gab außerdem an, dass Kollegiale Erstbetreuer*innen sich in Gelassenheit üben und auch eine Ablehnung der Hilfe akzeptieren sollten. Diese Auffassung findet sich auch in der Literatur wieder. Walter und Marianne Wilk stellten zwei Grundregeln der Psychologischen Ersten Hilfe auf, welche in Kapitel 3.1 dargestellt wurden. Die erste Grundregel bezieht sich auf die Akzeptanz bei Ablehnung der Hilfe und belegt somit die Aussage des Experten.¹⁷⁴

Des Weiteren ist es nach dem Befragten hilfreich, die betroffene Person sprechen zu lassen, statt auf sie einzureden. Sich als Kollegiale*r Erstbetreuer*in Zeit für die Betreuung zu nehmen, ist seiner Meinung nach ebenfalls von großer Bedeutung. Falls die helfende Person merkt, dass sie nicht ausreichend Zeit aufwenden kann, sollte sie mit der betroffenen Person einen späteren Termin vereinbaren oder den Fall abgeben.

Nicht hilfreiche Gesprächstechniken

In Kapitel 3.1 dieser Arbeit wurden unter anderem Gesprächstechniken beschrieben, welche für den Verlauf der Kollegialen Erstbetreuung, bzw. der Psychologischen Ersten Hilfe als nicht hilfreich gelten. Auch der befragte Experte nannte im Verlauf des Interviews einige Gesprächstechniken, welche in der Regel für das Wohlbefinden der Betroffenen während der Hilfeleistung nicht förderlich sind. Dazu gehört unter anderem die Verharmlosung des Vorfalls durch Floskeln wie *„Wieder rauf aufs Pferd! Wird schon wieder! Das passiert halt so...“*. Das Ereignis zu dramatisieren oder die Inanspruchnahme der Hilfe zu kritisieren, sind ebenfalls nicht geeignet für die angemessene Hilfe der Betroffenen. Ausgeprägte Sensationslust und Neugier werden in Bezug auf die Hilfeleistung von dem Experten als gefährlich eingeschätzt. Walter und Marianne Wilk machen in ihrer Arbeit ebenfalls auf diese ungeeigneten Verhaltensweisen aufmerksam.¹⁷⁵ Die Gefühle der Betroffenen rücken in diesen Momenten in den Hintergrund. Außerdem birgt der Fokus auf das Ereignis die Gefahr einer sekundären Traumatisierung.

Fragen, die Betroffene zur Rechtfertigung zwingen, wie beispielsweise *„Warum geht es dir denn jetzt so?“*, können ebenfalls als unangenehm empfunden werden. Übermäßigen Ehrgeiz empfindet der Experte ebenfalls als ungeeignet, denn: *„Nicht jeder Betroffene ist auch geschädigt.“* Dies gilt es zu akzeptieren. Auch Lasogga beschreibt das Phänomen

¹⁷⁴ Vgl. Wilk, W./Wilk, M. 2014, S. 123.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 267f.

des Ehrgeizes in seiner Arbeit und schätzt es als nicht hilfreich ein.¹⁷⁶ Zu wenig Zeit bei der Betreuung kann ebenfalls problematisch sein. Aus diesem Grund sollten sich Kollegiale Erstbetreuer*innen laut dem Befragten mit Kolleg*innen absprechen. Auch hier zeigt sich, dass eine ausreichende Anzahl an Kollegialen Erstbetreuer*innen im Betrieb notwendig ist.

Wirkung auf die Betroffenen

Besonders interessant sind die Wirkungen dieser Akuthilfe auf die Betroffenen, denn sie wurden bisweilen nicht ausreichend erforscht. Die persönlichen Eindrücke der Betroffenen können somit als erster Richtwert für die Auswirkungen gelten. Der Befragte gab an, positive Rückmeldungen erhalten zu haben und äußerte sich wie folgt: *„Was wir erleben, ist wirklich dann auch Dankbarkeit, dass es so etwas gibt.“* Diese empfundene Dankbarkeit der betroffenen Personen zeigt, dass die Kollegiale Erstbetreuung angenommen und geschätzt wird. *„Nicht über die Situation sprechen zu müssen, sondern gehört, aufgefangen und wahrgenommen zu werden [...]“* empfanden die Betroffenen nach Aussage des Befragten als besonders hilfreich. Auch die Möglichkeit zum Gespräch sowie die Nachbetreuung, also *„[...] dass jemand nach ein paar Tagen noch einmal nachfragt [...]“*, wurde als positiv bewertet.

Diese Rückmeldungen zeigen, dass die Kollegiale Erstbetreuung von den betroffenen Personen als hilfreich empfunden und anerkannt wird. Die zwanglose Inanspruchnahme und die Möglichkeit, die Hilfe jederzeit zu beenden, machen das Angebot zusätzlich attraktiv. Aufgrund der positiven Resonanz ist die Anwendung der Kollegialen Erstbetreuung auch in anderen Berufsgruppen, beispielsweise in der Sozialen Arbeit, denkbar.

Kollegiale Erstbetreuung in anderen Berufsgruppen

Der Befragte bildete unter anderem Mitarbeiter*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Kollegialen Erstbetreuer*innen aus. Er gab an, dass sich der Bedarf zur Kollegialen Erstbetreuung auch in dieser Berufsgruppe zeigte. Die Mitarbeiter*innen gaben an, mit gereizten, aggressiven oder übergriffigen Klient*innen gearbeitet zu haben. Eine wichtige Aussage, welche der Experte traf, lautete wie folgt: *„Überall, wo man mit Situationen und Menschen zu tun hat, die schwierig werden können, ist die Kollegiale Erstbetreuung eine notwendige Sache. Es muss eigentlich noch mehr verbreitet werden.“* Vor allem

¹⁷⁶ Vgl. Lasogga 2011b, S. 83f.

Sozialarbeiter*innen sind nach Littlechild einem erhöhten Risiko für Übergriffe ausgesetzt.¹⁷⁷ Die Daten zur Häufigkeit von Übergriffen auf Mitarbeiter*innen in sozialen Berufen, welche in Kapitel 1.4.2 dieser Arbeit dargestellt wurden, belegen die Notwendigkeit der Maßnahme zusätzlich. Der befragte Experte äußerte sich außerdem zu diesem Thema wie folgt: *„Ich finde die Möglichkeit muss da sein, mit Problemen irgendwo hingehen zu können. Und dann auf jemanden zu treffen, der mit der Situation umgehen kann und weiß, ob mehr Hilfe notwendig ist oder ausreicht, was dort gemacht wird. Es ist gar nicht so viel.“* Gesprächsmöglichkeiten und Anlaufstellen zu schaffen sollten somit in jeglichen Berufsgruppen von Bedeutung sein. Prinzipiell ist die Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung laut dem Experten in allen Berufen möglich, das Konzept muss jedoch fachrichtungsspezifisch angepasst werden. Das Grundprinzip bleibt seiner Meinung nach gleich.

Erkenntnisse des Interviews für die Kollegiale Erstbetreuung in der Sozialen Arbeit

Das Interview hat gezeigt, dass die Anwendung der Kollegialen Erstbetreuung in der Praxis gelingen kann. Viele Aspekte, die in der Literatur beschreiben wurden, lassen sich praktisch umsetzen. Vor allem die im Interview beschriebenen Reaktionen der Betroffenen lassen auf eine positive Wirkung schließen. Auch wenn der befragte Experte in einem psychiatrischen Krankenhaus tätig ist, kann seine Perspektive wertvoll für die Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung in Einrichtungen der Sozialen Arbeit sein. Die Praxiserfahrung des Experten hat zudem einige neue Erkenntnisse gebracht, die in der Literatur nicht thematisiert wurden. Dazu zählt zum Beispiel die Ausbildung Kollegialer Erstbetreuer*innen unterschiedlicher Fachrichtungen, welche vor allem in größeren Einrichtungen mit vielen Mitarbeiter*innen nützlich sein könnte.

Der Experte ging außerdem auf die bestehende Notwendigkeit solcher Akuthilfen in einigen Berufsgruppen ein. Demnach sind Sozialarbeiter*innen besonders gefährdet, in ihrem Beruf mit traumatischen Ereignissen konfrontiert zu werden. In Anbetracht der möglichen gesundheitlichen Folgen erscheint die Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung als sinnvoll. Auch wenn einige organisatorische Dinge beachtet und geklärt werden müssen, kann die Kollegiale Erstbetreuung nach der Implementierung eine angemessene Akuthilfe nach traumatischen Ereignissen, welche mit einfachen Mitteln erfolgt, darstellen.

¹⁷⁷ Vgl. Littlechild 2008, S. 13.

4. Fazit

In der Bachelorarbeit galt es zu klären, wie traumatische Ereignisse in Einrichtungen der Sozialen Arbeit durch die Kollegiale Erstbetreuung bewältigt werden können. Hierzu war zunächst das Verständnis über traumatische Ereignisse und deren Folgen notwendig. Es wurde deutlich, dass traumatische Ereignisse jedem Menschen widerfahren können. Die Reaktionen und die Folgen für die Betroffenen sind jedoch sehr individuell und können sich sehr stark unterscheiden. Die Ergebnisse der Studien und die Statistik über die Häufigkeit traumatischer Ereignisse in sozialen Berufen belegen jedoch, dass Sozialarbeiter*innen einem erhöhten Risiko für das Erleben gewalttätiger Übergriffe und traumatischer Ereignisse ausgesetzt sind. Viele Sozialarbeiter*innen wurden in ihrer Arbeitszeit mit kritischen Situationen konfrontiert, fühlten sich bedroht oder wurden tätlich angegriffen.

Auch wenn eine Versorgung nach traumatischen Ereignissen für die Betroffenen selbst nicht immer notwendig erscheint und viele Menschen diese ohne Folgeschäden bewältigen, sollte in Anbetracht der möglichen, schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für die Mitarbeiter*innen angemessen auf diese Vorkommnisse mittels sinnvoller Maßnahmen reagiert werden. Die Maßnahmen der Prävention traumatischer Ereignisse wurden im zweiten Kapitel der Arbeit ausführlich beleuchtet. Arbeitgeber*innen müssen demnach im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht die Gesundheit der Mitarbeiter*innen schützen, potenzielle Gefährdungen ermitteln und verhüten. Eine psychosoziale Gefährdungsbeurteilung kann dabei Aufschluss über mögliche Gefahren am Arbeitsplatz geben. Da sich jedoch nicht alle Gefahren und traumatische Erlebnisse im Vorfeld verhindern lassen, erweisen sich nachsorgende Hilfen als sinnvoll. Maßnahmen der sekundären Prävention nehmen einen besonderen Stellenwert ein, denn sie dienen als Sofortmaßnahme und werden in der Regel innerhalb kurzer Zeit nach dem traumatischen Erlebnis angewandt. Tertiäre Präventionsmaßnahmen sind von großer Bedeutung für die Versorgung länger anhaltender Belastungen und psychischer Folgeerkrankungen der betroffenen Personen. Durch sekundäre Präventionsmaßnahmen kann die Anbindung an die nachsorgenden Hilfen der tertiären Prävention erleichtert werden.

Sekundäre Maßnahmen existieren zwar in der Praxis, sie finden jedoch vorwiegend im Rettungswesen und eher selten in sozialen Berufen Anwendung. Einige Formen der Sekundärprävention stellen sich außerdem als ungeeignet oder gar schädlich für die Betroffenen heraus.

Die Kollegiale Erstbetreuung stellt eine mögliche Alternative zu anderen Maßnahmen der sekundären Prävention dar. Durch die Kollegiale Erstbetreuung kann in der Regel eine

schnelle Versorgung der Mitarbeiter*innen nach traumatischen Ereignissen und bei Bedarf eine Anbindung an weitere, nachsorgende Hilfen erfolgen. Diese Form der Akuthilfe passt sich an die Bedürfnisse der betroffenen Personen an und soll ihnen eine Stütze in schwierigen Gefühlslagen bieten. Die Kollegiale Erstbetreuung handelt dabei ausschließlich im Sinne der Betroffenen.

Diverse Leitfäden sowie die Unterstützung der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger können die Implementierung dieser sekundären Präventionsmaßnahme für Einrichtungen und Betriebe erleichtern. Kompetenzen und Techniken zur optimalen Durchführung der Kollegialen Erstbetreuung können in Ausbildungen, welche von einigen Organisationen in Deutschland angeboten werden, erlernt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine unterstützende Führungsebene, denn die Ausbildungskosten sind nicht unerheblich. Auch wenn es bei der Umsetzung in sozialen Berufen aufgrund von Schichtarbeit oder dezentralen Strukturen zu organisatorischen Schwierigkeiten kommen kann, stellt die Kollegiale Erstbetreuung eine vielversprechende Alternative zu anderen Maßnahmen der sekundären Prävention dar. Die Chancen dieser Form der Akuthilfe überwiegen und bestehende Risiken für die Helfer*innen können durch gezielte Aufklärung und Supervisionen minimiert werden.

Auch das Experteninterview zeigte, dass die Umsetzung der Kollegialen Erstbetreuung in der Praxis gelingen kann und von den Mitarbeiter*innen durchaus angenommen wird. Die Notwendigkeit eines Betreuungsangebots und einer Gesprächsmöglichkeit nach traumatischen Ereignissen im Beruf wurde verdeutlicht. Auch wenn das Interview die Kollegiale Erstbetreuung in einem psychiatrischen Krankenhaus thematisiert, ist zu berücksichtigen, dass durch den Befragten bereits Mitarbeiter*innen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Kollegialen Erstbetreuer*innen ausgebildet wurden, was die Notwendigkeit nochmals unterstreicht.

Die Betrachtung dieses Themas ist trotz dieser Arbeit nicht abschließend. Um die tatsächlichen Auswirkungen der Kollegialen Erstbetreuung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen in der Sozialen Arbeit eindeutig belegen zu können, bedarf es weiterer empirischer bzw. quantitativer Untersuchungen im deutschsprachigen Raum. Voraussetzung dafür ist eine voranschreitende Implementierung der Kollegialen Erstbetreuung oder ähnlicher Krisenhelfersysteme.

Quellenverzeichnis

Literaturquellen:

- Bengel, Jürgen/Becker-Nehring, Katharina/Hillebrecht, Jennifer: Psychologische Frühinterventionen. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin 2019. S. 189-216.
- (BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Gewalt und Aggressionen gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Hamburg 2016.
- Bode, Katharina/Maurer, Frederike/Kröger, Christoph: Arbeitswelt und psychische Störungen. Göttingen 2017.
- (DGUV) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Arbeitsunfallgeschehen 2018. Statistik. Berlin 2019.
- (DGUV) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: DGUV Grundsatz 206-023. Standards der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. Berlin 2017a.
- (DGUV) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: DGUV Grundsatz 306-001. Traumatische Ereignisse. Prävention und Rehabilitation. Berlin 2017b.
- Ehlert, Ulrike/Brönnimann, Rebecca: Traumafolgestörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. In: Seidler, Günter u.a. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. Stuttgart 2019. S. 434-446.
- Ehring, Thomas: Kognitive Verhaltenstherapie. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin 2019. S. 249-274.
- Fent, Hanspeter: Gewalt gegenüber Sozialarbeitenden – Sie fällt nicht aus heiterem Himmel! In: SozialAktuell. Fachzeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozio-kulturelle Animation. Juli 2000. S. 12-19.
- Ferner, Stephanie/Willkomm, Bernd: Psychologische Notfallhilfe. Positive Effekte des Debriefings. In: Deutsches Ärzteblatt. Nr. 10. Oktober 2002. S. 464-465.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München 2009.

- Freyberger, Harald J./Glaesmer, Heide/Stieglitz, Rolf-Dieter: Die Posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen in der ICD-10, im DSM-IV und DSM-5. In: Seidler, Günter u.a. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. Stuttgart 2019. S. 187-197.
- (GDA) Gemeinsamer Deutsche Arbeitsschutzstrategie: Arbeitsschutz gemeinsam anpacken. Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Berlin 2018.
- Gehrke, Anne: Gewalt am Arbeitsplatz und Möglichkeiten der Prävention. In: Badura u.a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin 2017. S. 93-99.
- Held, Gabriele: Krisen bewältigen – Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. In: Badura u.a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin 2017. S. 175-193.
- Karutz, Harald: Kollegen für Kollegen: Peers. In: Lasogga, Frank/Gasch, Bernd (Hrsg.): Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg 2011. S. 199-213.
- Kröger, Christoph: Psychologische Erste Hilfe. Göttingen 2013.
- Lammers, Michaela: Gewalt als Berufsrisiko. Auswirkungen von Gewalt in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, der richtige Umgang und das Gefühl von Sicherheit. In: Sozial Extra. Nr. 4. 24. Juli 2019, S. 290-293.
- Lasogga, Frank: Krisenbewältigung und Möglichkeiten der Prävention bei Einsatzkräften. In: Badura u.a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin 2017. S. 77-86.
- Lasogga, Frank: Gruppierungen. In: ders./Gasch, Bernd (Hrsg.): Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg 2011a. S. 197-199.
- Lasogga, Frank: Psychische Erste Hilfe (PEH). In: ders./Gasch, Bernd (Hrsg.): Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2. Aufl. Heidelberg 2011b. S. 73-84.
- Littlechild, Brian: Übergriffige Klienten. Lassen sich Sozialarbeiter von den Klienten einschüchtern? In: Sozialmagazin. 33 (2008), H. 6. S. 12-22.
- Maercker, Andreas: Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: ders.: Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Berlin/Heidelberg 2013. S.14-32.

- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim/Basel 2010.
- Michael, Tanja/Lajtman, Marta/Margrafl Jürgen: Frühzeitige psychologische Interventionen nach Traumatisierung. In: Deutsches Ärzteblatt. 142 (2005), H. 33, S. 420-423.
- Muschalla, Beate/Linden, Michael: Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin. Stuttgart 2013.
- Müller, Matthias u. a.: „... da sind da die Tassen geflogen und ich mittendrin ...“. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. 12 (2014), H. 4, S. 401-424.
- Neuner, Ralf: Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Gefährdungsbeurteilung und Betriebliches Gesundheitsmanagement. 3. Aufl. Wiesbaden 2019.
- Nienhaus, Albert u.a.: Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt. 1 (2016). S. 88-97.
- Pausch, Markus J./Matten, Sven J.: Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden 2018.
- Richter, Dirk: Patientenübergrieffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention. Bonn 2007.
- Richter, Dirk: Prävention psychischer Folgen und Nachsorge nach Gewaltereignissen im Gesundheitswesen. In: Nau, Johannes/Walter, Gernot/Oud, Nico (Hrsg.): Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Aufl. Bern 2019. S. 397-415.
- Royle, Liz: Trauma Management am Arbeitsplatz. In: Stefanie Hartung (Hrsg.): Trauma in der Arbeitswelt. Berlin 2019. S. 119-141.
- Schablon u.a.: Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – Ein Survey. In: Angerer, Peter u.a. (Hrsg.): Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Zwickau 2019. S. 86-105.
- Seidler, Günther H.: Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart 2013.

- Sendera, Alice/Sendera, Martina: Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Wien 2013.
- Stefan, Harald: Aggression und Gewalt gegen Angehörige medizinischer Berufe. In: Grassberger, Martin/Türk, Elisabeth. E./Yen, Kathrin (Hrsg.): Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien 2013. S. 429-437.
- Uhle, Thorsten/Treier, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. 4. Aufl. Wiesbaden 2019.
- Terr, Leonore C.: Childhood traumas. An Outline and Overview. In: American Journal of Psychiatry. 148 (1991), H. 1, S. 10-20.
- Vaupel, Claudia/Schablon, Anja/Nienhaus, Albert: Gefährliche Situationen erkennen. Prävalenz von Gewalt. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 66 (2016), H. 6, S. 10-13.
- Vaupel u.a.: Wie kann die Einführung von psychosozialer Unterstützung durch kollegiale Erstbetreuung in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gelingen? In: Angerer, Peter u.a. (Hrsg.): Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Zwickau 2019. S. 200-208.
- Walter, Gernot/Nau, Johannes/Oud, Nico: Organisationsbezogene Interventionen. In: dies.: Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Aufl. Bern 2019. S. 471-497.
- Wilk, Werner W./Wilk, Marianne: Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz: Arbeitsunfall – Gewaltverbrechen – Tod. Praxisleitfaden mit zahlreichen Beispielen und Checklisten. Berlin 2014.

Internetquellen:

(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrt: Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuerinnen und -betreuern. URL:

https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Qualifizierung-kollegiale-Erstbetreuer.html

[Stand 06.07.2020]

(DIMDI) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.): *ICD-10-GM Version 2020. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification)*. 2019.

URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>

[Stand: 07.06.2020]

(ProDema) Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement: Kollegiale Begleitung und Unterstützung.

URL: <https://prodema-online.de/bildungsangebote/kollegiale-erstbetreuung>

[Stand 10.07.2020]

Vaupel, Claudia/Adler, Mareike/Nienhaus, Albert: Psychosoziale Unterstützung durch kollegiale Erstbetreuung in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege — eine Implementationsstudie. In: ASU. Zeitschrift für medizinische Prävention. 2018.

URL: <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/psychosoziale-unterstuetzung-durch-kollegiale-erstbetreuung/originalia-psychosoziale-unterstuetzung>

[Stand 25.06.2020]

Anhang

Anhang 1: Zusammenfassung des Experteninterviews

Kategorie	Paraphrasierung
Bedarf/Anzahl	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarf bestand → 2 Krisenhelfer auf 200 Mitarbeiter waren zu wenig - Kollegiale Erstbetreuung → Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Mitarbeitende Angebot nutzen - Aufteilung Kollegiale Erstbetreuung auf verschiedene Bereiche → Abdeckung verschiedener Bereiche → Mehr Ansprechpartner*innen bieten, Tabuisierung psychischer Belastungen entgegenwirken
Auswahl der Auszubildenden	<ul style="list-style-type: none"> - freiwillig, aber: Berufserfahrung - Grundvoraussetzungen: Empathie, wertschätzende Haltung, Echtheit → Teil der Schulung - Therapeutische Ausbildung hilfreich, aber nicht notwendig
Ausbildungsinhalte	<p>Fortbildungsdauer: zwei Tage</p> <p>4 Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emotionen + Emotionsregulierung - Trauma Definition, Entwicklung, Erkennen von Traumata - Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung, (Schultz von Thun, Watzlawick, Rogers), Situationstrainings - Organisatorisches/Ablauf <p>- Situationstraining mit Kamera aufzeichnen → Metaebene beide Rollen spielen (Betroffener + Krisenhelfer)</p> <p>Leitung: Psychologin und Deeskalationstrainer</p> <p>echte Situationen</p>
Grundlagen und Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> - nach jeder Situation anwendbar, die emotional schwierig für Mitarbeitende ist → kein Ausschluss von Situationen, eher Krisenhilfe verpflichtend machen → v.a. nach: massiver körperlicher/psychischer Gewalt, langanhaltender belastender Arbeit, Suizidgeschehen oder suizidalen Handlungen, privaten Belastungen

	<ul style="list-style-type: none"> - falls therapeutische Arbeit notwendig → Schritte einleiten - Grenzen erkennen = Übungs- und Erfahrungssache - Kollegiale Erstbetreuung = Einstieg, Erstüberprüfung - Gefühle und Bedürfnisse des Betroffenen = zentral - Vier zentrale Begriffe: Ruhe, Sicherheit (Kontrollierbarkeit der Situation), Verbundenheit/Empathie, Hoffnung - Schutz der Betroffenen → sonst Gefahr der Retraumatisierung - Beziehung/Bindung zu den Betroffenen herstellen
Organisatorisches und Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zu Berufsgenossenschaft/Unfallversicherungsträger - Teambesprechung der Erstbetreuer*innen 4x jährlich + Fallbesprechungen/Nachbesprechungen - bei Unsicherheiten Kontakt zum Team → multiprofessionelle Sicht vorteilhaft - Typischer Ablauf: Durch Kolleg*innen informiert werden Selbstschutz der Erstbetreuer*innen → Geschehensort verlassen Grundbedürfnisse des Betroffenen klären/befriedigen Psychoedukation Soziale Anbindung klären Angehörige informieren/aufklären Organisatorische und rechtliche Angelegenheiten → Krankenschein, Berufsgenossenschaft und Vorgesetzte informieren... Nachbetreuung
Gesprächstechniken (hilfreich)	<ul style="list-style-type: none"> - Ablehnung der Hilfe akzeptieren, Gelassenheit üben - Nachfragen innerhalb einiger Tage - „Was brauchst du“ → Bedürfnisse erfragen und befriedigen Situativ anpassen → Gesprächsmöglichkeit bieten - Betroffene Person sprechen lassen
Gesprächstechniken (nicht hilfreich)	<ul style="list-style-type: none"> - Verharmlosung des Ereignisses - Dramatisieren, Inanspruchnahme der Hilfe kritisieren - Fokus auf Umstände + Ablauf der Situation/des Vorfalls legen (statt auf Gefühle der betroffenen Person)

	<ul style="list-style-type: none"> - Sensationsgier/Voyerismus → Gefahr der eigenen Traumatisierung + Gefühle der Betroffenen rücken in den Hintergrund - Betroffene zu Rechtfertigung bewegen: Frage „Warum geht es dir jetzt so?“ - Frage „Was kann ich für dich tun“ - Zu viel Ehrgeiz, keine Zeit haben, zu wenig Zeit nehmen
Wirkung auf die Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> - Dankbarkeit, → dass sich jemand kümmert, Not wahrnimmt, jemand zuhört, akzeptiert - Gesprächsmöglichkeit + Nachbetreuung = positiv
Anwendung Kollegialer in verschiedenen Berufsgruppen	<p>Ausbildung Mitarbeitende SpDi → Bedarf hat sich auch dort gezeigt (Vorfälle mit Klient*innen, die übergriffig wurden, gereizt waren, aggressiv kommunizierten)</p> <p>In SA Potenzial der Kollegialen Erstbetreuung → „Arbeit mit Menschen und Situationen, die schwierig werden könnten“ (auch in Ämtern, Schulsozialarbeit, Streetwork...)</p> <p>Kollegiale Erstbetreuung in allen Arbeitsbereichen möglich, auf alle Berufsgruppen auszuweiten, wenn Notwendigkeit besteht → Gesprächsmöglichkeiten und Ansprechpartner*innen bieten → wichtig → Anpassung erforderlich, Grundprinzip bleibt gleich</p>

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Neubrandenburg, 29.07.2020

Julia Läbe