



ROBERT BERING, CLAUDIA SCHEDLICH UND GISELA ZUREK

14. Situationstypologien der Psychosozialen Notfallversorgung

14.1 Einleitung

Psychische Beeinträchtigungen als Folge schwerer Lebensereignisse haben in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen zunehmende Aufmerksamkeit gefunden. Man spricht über sogenannte »Belastungsstörungen«. Die Notwendigkeit einer spezifischen und professionellen Hilfe wurde seit den 90er Jahren aufgrund von umfassenden epidemiologischen Studien und neuen wissenschaftlichen Kenntnissen zur Entstehung und Fortdauer psychotraumatischer Störungen erkannt. Ohne Zweifel hat dieses Thema für eine Vielzahl von Berufsgruppen und Institutionen eine große Bedeutung. Es reicht von der psychologischen Akuthilfe bis zur Rehabilitation von Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Teilhabe am Ende einer Versorgungskette.

Nur ein Teil der von schweren Lebensereignissen Betroffenen entwickelt eine dauerhafte psychische Störung (Flatten et al., 2011). Hieraus leiten sich einige zentrale Fragen der Psychotraumatologie ab: Welche Krisenintervention ist für welche Zielgruppe bei welcher Art von Schadensereignis (Situationsstypologie) hilfreich? Welche Faktoren entscheiden darüber, ob sich eine Psycho-

traumafolgestörung entwickelt oder nicht? Wie können die Faktoren erkannt und wie können die Folgen behandelt werden?

Kriseninterventionen haben somit mehrere Funktionen. Sie dienen der akuten Entlastung der Betroffenen und eröffnen die Möglichkeit, eine psychosoziale Nachsorge mit einer Risikoeinschätzung und Ressourcenmobilisierung einzuleiten. Dieser Gedanke liegt dem *Target Group Intervention Program* (TGIP) zugrunde, das wir bereits in unserem Beitrag »Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereignisse« (Kap. F3 in diesem Band) dargestellt haben. Unter TGIP verstehen wir ein differenziertes Kriseninterventionsprogramm, das sich am Risiko- und Ressourcenprofil der Betroffenen und an der Art der Traumatisierung orientiert. Mit anderen Worten: Es liegt auf der Hand, dass wir Erkenntnisse, die wir im Umgang mit häuslicher Gewalt im Opferschutz gewonnen haben, nicht beliebig auf die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) von Einsatzkräften im Katastrophenschutz übertragen können. Unsere These lautet: Die Krisenintervention am einzelnen Betroffenen richtet sich nach der individuellen Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren und nach der Situationsstypologie des Ereignisses.

Um unsere These zu belegen, rekapitulieren wir die Entwicklung der Kriseninterventionskonzepte. Im zweiten Schritt eröffnen wir die Diskussion um Risikofaktoren für die Entwicklung einer Psychotraumafolgestörung. Im dritten Schritt gehen wir auf unterschiedliche Situationstypologien ein. Hierbei möchten wir insbesondere auf die besondere Bedürfnislage von Opfern von Straftaten, Betroffenen von Arbeitsunfällen, Einsatzkräften, Betroffenen von Großschadenslagen, Psychotraumatisierungen durch das medizinische Versorgungssystem und auf behinderte Menschen eingehen.

14.2 Historischer Abriss der Krisenintervention

Im Folgenden werden wir die Begriffe *Krise* und *Krisenintervention* im historischen Überblick darstellen, indem wir drei Epochen differenzieren.

14.2.1 Die erste Epoche der Krisenintervention

Marksteine der ersten Epoche sind Belege aus dem Ersten und Zweiten Weltkrieg, die den Nutzen von Notfallinterventionen erstmalig systematisch dargelegt haben. Sie beruhen z. B. auf Salmons Aufsatz zu Kriegsneurosen (1919), einem Beitrag zur Fachliteratur mit einer Sammlung von Analysen psychiatrischer Notfälle während des Ersten Weltkrieges. Ergänzt durch Arbeiten von Kardiner & Spiegel (1947) wurden die drei Prinzipien der Krisenintervention ausformuliert. Sie lauten: 1.) rascher Beginn, 2.) räumliche Nähe und 3.) Aufbau angemessener Erwartungen. Die Etablierung von psychosozialen Versorgungseinrichtungen in den Vereinigten Staaten und in Europa hat die

Begriffe *Krise* und *Krisenintervention* in der Nachkriegszeit institutionalisiert. Hieraus haben sich auch in Deutschland für unterschiedliche thematische Schwerpunkte Beratungsstellen etabliert, und es wurden subpsychiatrische Angebote konzipiert (vgl. Kleinschmidt et al., 2006).

14.2.2 Die Epoche des Critical Incident Stress Management

Die zweite Epoche kann zu Recht als die Epoche des *Critical Incident Stress Management* (CISM) bezeichnet werden. Jeffrey T. Mitchell und George Everly haben in den USA in den 70er und 80er Jahren die Notwendigkeit gesehen, manualisierte Konzepte der psychologischen Hilfe als Bestandteil der Einsatznachsorge für Feuerwehrmänner umzusetzen (vgl. Everly & Mitchell, 2000). Somit wurde mit der Entwicklung des CISM die Notwendigkeit erkannt, psychologische Hilfestellung in die Einsatznachbereitung zu integrieren, hierfür ein multiprofessionelles Team aufzustellen, sogenannte Peers in die Konzepte einzubinden und eine Differenzierung der Bedarfslage einschließlich der klinischen Versorgung vorzunehmen. Das CISM umfasst sieben Module, die sich nach Zielgruppe, Umfang und Zeitpunkt der Durchführung unterscheiden. Hierzu gehören die Vorbereitung auf kritische Ereignisse, die individuelle Unterstützung vor Ort, die Demobilisations- und Großgruppeninformation, das Defusing, das Critical Incident Stress Debriefing (CISD), die Familienunterstützung und die psychologisch-psychiatrische Nachsorge und Weiterbetreuung. Das CISM wurde in Deutschland flächendeckend für berufliche und ehrenamtliche Einsatzkräfte sowie im militärischen Bereich nach Schadenslagen umgesetzt, wodurch sich das »De-

briefing¹ als Sammelbegriff für die psycho-soziale Nachsorge bei Schadenslagen etabliert hat.

14.2.3 Die »kritische Wende«

Ein Meilenstein in der Bewertung des »Debriefings« ist die *Cochrane Collaboration* (Rose et al., 2002), ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, das sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert. Das zentrale Ziel ist die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem. Dieses Ziel wird vor allem durch die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zur Bewertung von Therapien erreicht. Aufgrund dieser systematischen Erfassung von Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Kriseninterventionsmaßnahmen kamen erste Zweifel an der Wirksamkeit des Debriefing auf. Die Palette reicht von Studien mit Wirksamkeitsnachweis bis hin zu solchen, die sogar Negativeffekte aufzeigen (vgl. Bäumker & Bering, 2003). Während sich der Präventionsbegriff in der somatischen Medizin gut etabliert hat, wird in der Psychotraumatologie eine lebhafte Debatte geführt, welche Konzepte geeignet sind, eine primäre oder sekundäre Prävention von Psychotraumafolgestörungen zu bewirken. Diese kritische Wende ist der Beginn einer neuen Epoche, die unter dem Schlagwort der »Debriefing-kontroverse« zusammengefasst werden

kann. Von den verschiedenen Maßnahmen des CISM ist insbesondere das *Critical Incident Stress Debriefing* in die Kritik geraten, nach dem in einem Sieben-Phasen-Modell die emotionale Rekonfrontation mit dem kritischen Ereignis in einer Gruppensitzung angestrebt wird. Aufgrund der klinischen Erfahrung ist diese Vorgehensweise zu überdenken, da eine Zielgruppenorientierung fehlt und eine emotionale Rekonfrontation in der Schock- bzw. frühen Einwirkungsphase bei Betroffenen mit hohem Risiko- und geringen Ressourcenprofil kontraindiziert ist. Aktuell gewinnen im internationalen Kontext die sogenannten »Guidelines« und im nationalen Kontext die Ergebnisse der Konsensuskonferenz (vgl. Kap. F3 von Bering et al. in diesem Band) eine zunehmende Bedeutung.

Der Begriff des Debriefings wird zunehmend durch andere Bezeichnungen abgelöst. So wurde der Begriff der Psychosozialen Notfallversorgung (im Folgenden PSNV) eingeführt. »Der Begriff PSNV beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen« (BBK, 2011, S. 21). Alle konzeptionellen Beiträge zur PSNV orientieren sich zunehmend an Verlaufsmodellen der Psychotraumatisierung. Wir verstehen hierunter die einzelnen Phasen, die sich im zeitlichen Verlauf gliedern lassen in: Phase der antezendenten Bedingungen, Phase der traumatischen Situation und der peritraumatischen Reaktion, Schockphase (bis 72 Std. nach dem Ereignis), Einwirkungsphase (bis 6 Wochen nach dem Ereignis) und längerfristige Auswirkungen.

¹ Das Debriefing hat sich aus der Einsatznachsorge von Einsatzkräften als eine standardisierte Interventionsmaßnahme nach Extrembelastung im Critical Incident Stress Management (CISM) entwickelt.

14.3 Risikofaktorenmodell

Wir haben aus der Debriefingkontroverse gelernt, dass eine empirisch fundierte Erhebung der verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Belastungsstörungen ein wichtiger Schritt ist, um zu erkennen, welche differentiellen Aspekte bei der PSNV zu berücksichtigen sind. Kurzum: Risiko- und Schutzfaktoren sind unabhängig von der Symptomebene, die insbesondere in der Einwirkungsphase einer schweren Belastung starken individuellen Schwankungen unterliegt. Im Kontext medizinischer Fragestellungen orientieren wir uns in der Regel an der Symptomatik. In der PSNV müssen wir uns darauf einstellen, den Blick auf Risiko- und Schutzfaktoren zu richten, um potentielle Langzeitfolgen so frühzeitig wie möglich zu erkennen.

Zur Beantwortung der Frage, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung einer Belastungsstörung besonders relevant sind, möchten wir folgenden Weg einschlagen. Als Faustregel können wir festhalten, dass eine multimethodale Absicherung von Ergebnissen erforderlich ist, um methodische Artefakte einzudämmen, die in der Methodik einer Forschungsrichtung liegen (vgl. Fischer & Fäh, 1998, S. 37 ff.). Dieser Ansatz erweitert den klassischen Ansatz der evidenzbasierten Medizin. Die evidenzbasierte Medizin hat durchweg Evidenzstufen unter der Vorstellung formuliert, dass die Güte von Forschungsergebnissen auf einem linearen Modell basiert. An der Spitze der Validitätspyramide stehen plazebo-kontrollierte Doppel-Blind-Studien oder Meta-Analysen, die Ergebnisse verschiedener Studien auf einen Nenner bringen.

Leider ist dieser Ansatz bei der Entwicklung eines Risikofaktorenmodells für Belas-

tungsstörungen nur begrenzt geeignet. Wir sind darauf angewiesen, dass unser Modell ein hohes Maß an ökologischer und externer Validität besitzt. Das heißt: Die individuelle Reaktion auf eine schwere Belastung ist an die Konstellation der individuellen Risiko- und Schutzfaktoren, an die Situationstypologie des Ereignisses und an die Kontextfaktoren des Schadensereignisses gebunden. Aus diesem Grunde stützen wir unsere Ausführungen sowohl auf eine repräsentative Meta-Analyse von z. B. Ozer et al. (2003) als auch auf Feldstudien, die mit dem Kölner Risikoindex durchgeführt worden sind. Darüber hinaus werden wir im 4. Unterkapitel indirekt die Ergebnisse von Einzelfallstudien einfließen lassen. Diese Forschungslogik nennen wir »Konvergenzprinzip«.

Beginnen wir mit der Meta-Analyse von Ozer et al. (2003), in die 99 Studien mit insgesamt 25 122 Fällen eingeflossen sind (s. Tab. 1, folgende Seite). Es wurden insgesamt sieben Risikofaktoren mit unterschiedlichen Effektstärken für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) identifiziert. Hierzu gehören Votraumatisierungen, vorherige psychologische Anpassungsprobleme, eine familiäre psychiatrische Vorgeschichte, wahrgenommene Lebensbedrohung, soziale Unterstützung, peritraumatisches emotionales Erleben und peritraumatische Dissoziation.

Jetzt sollen die identifizierten Risikofaktoren mit den Ergebnissen von Feldstudien verglichen werden, die mit dem Instrument des Kölner Risikoindex (KRI) durchgeführt worden sind (s. Tab. 2). Fischer et al. (1998) haben das Konzept des KRI an einer Stichprobe von Gewalt- und Unfallopfern validiert (adaptiert an Großschadenslagen von Hammel, 2005). Walter (2003) hat eine Studie zur Identifikation von Risikofaktoren

Tab. 1: Prädiktoren einer PTBS oder Prädiktoren für Symptome einer PTBS

Risikofaktor	k	N	r
Vorraumatisierung	23	5308	.17
Vorherige psychologische Anpassungsprobleme	23	6797	.17
Familiäre psychiatrische Vorgeschichte	9	667	.17
Wahrnehmene Lebensbedrohung	12	3524	.26
Soziale Unterstützung	11	3537	-.28
Peritraumatisches emotionales Erleben	5	1755	.26
Peritraumatische Dissoziation	16	3534	.35

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung. k = Anzahl der Effektgrößen; N = gesamte Anzahl der Studienteilnehmer aus k; r = gewichtete mittlere Effektgröße (negative Effektgrößen r bedeuten einen gegenläufigen Zusammenhang der Variable mit der PTBS). Modifiziert nach Ozer et al. (2003)

mit Opfern von Banküberfällen durchgeführt. Bering et al. (2003) haben einen Risikoindex für die Bundeswehr entwickelt, der sich an der spezifischen Situationsdynamik humanitärer und militärischer Einsätze von Bundeswehrsoldaten orientiert und wiederum von Dunker (2009) revalidiert wurde. Bering und Kamp (2007) haben eine Validierung des KRI im klinischen Kontext an einer Stichprobe von Patienten mit einer gesicherten PTBS durchgeführt. In Tabelle 2 sind die identifizierten Risikofaktoren aufgeführt.

Zwischen den verschiedenen Varianten der Kölner Risikoindizes gibt es Schnittmen gen, die sich in der Gewichtung der disposi-

tionellen Faktoren, der Vorraumatisierung, der Situationsfaktoren und der Risiko- und Schutzfaktoren in der Einwirkungsphase widerspiegeln. Zu diesem Zweck wurden die einzelnen Faktoren semiquantitativ bewertet und mit ein bis drei Sternen gekennzeichnet. Ein Stern bedeutet eine geringe Gewichtung des Faktors, zwei Sterne eine mittlere und drei Sterne stehen für eine erhebliche Gewichtung des Faktors im KRI der jeweiligen Version.

Zu den *dispositionellen Faktoren* gehört das Item »weibliches Geschlecht«. Es wurde sowohl in der Studie mit Bundeswehrsoldaten als auch bei Bankangestellten als Risikofaktor identifiziert. Ungeklärt bleibt, ob Dis-

Tab. 2: Varianten des Kölner Risikoindex

Autoren	Fischer et al. (1998)	Walter (2003)	Bering et al. (2003)	Dunker (2009)	Bering & Kamp (2007)
Variante des Kölner Risikoindex	Gewalt- und Unfallopfer	Opfer von Banküberfällen	Soldaten im Kosovo-einsatz	Soldaten im Afghanistan-einsatz	Stationäre PTBS-Patienten
<i>Dispositionelle Faktoren</i>					
Weibliches Geschlecht		*	*		
Alter > 30 Jahre				*	

Autoren	Fischer et al. (1998)	Walter (2003)	Bering et al. (2003)	Dunker (2009)	Bering & Kamp (2007)
Variante des Kölner Risikoindex	Gewalt- und Unfallopfer	Opfer von Banküberfällen	Soldaten im Kosovo Einsatz	Soldaten im Afghanistan- einsatz	Stationäre PTBS-Patienten
Lebensgeschichtliche Faktoren					
Niedrige Schulbildung	*				
Vortraumatisierung	**	**	**	*	*
Arbeitslosigkeit	*				
Alleinstehend				*	
Fehlende Identifika- tion mit Auslands- einsatz				*	
Situationsfaktoren					
Bedrohung für Leib und Leben	*	*	*	*	*
Dauer des traumati- schen Ereignisses	*				
Dissoziation	***	**	***	***	**
Situationsfaktoren					
Eigene körperliche Verletzung	*		*	*	*
Körperliche Verlet- zung versursacht				*	
Subjektiv erlebte Belastung	*	*	*	*	*
Bekanntheit des Täters (bzw. Nähe zum Täter)	*	*			
Personen geschadet					*
Faktoren in der Einwirkungsphase					
Negative Reaktionen im sozialen Umfeld	*	**	**	**	**
Einschränkung der Heimatkontakte			*	*	
Schlechte Erfahrung mit Funktionsträgern/ Kollegen/Kameraden	*	**	*	*	**
Schwierigkeiten, über das Ereignis zu spre- chen			*		*

In der Übersicht wird deutlich, dass es Gemeinsamkeiten zwischen den Kölner Risikoindizes gibt, die sich auf die Faktorengruppen der Disposition, der Vortraumatisierung, der traumatischen Situation und der Risiko- und Schutzfakto- ren beziehen lassen. Die Sterne symbolisieren die Gewichtung.

simulationseffekte bei Männern dieses Ergebnis bestimmen oder ob es sich wirklich um eine geschlechtsspezifische Vulnerabilität handelt (Methoden-Artefakt). Zu den prätraumatischen lebensgeschichtlichen Faktoren gehören die Items »psychotraumatische Vorbelastung«, »Arbeitslosigkeit«, »Schulbildung«, »Alter« und »alleinstehend« als Familienstand. Das Ausmaß der Vortraumatatisierung hat in allen Varianten des KRI und in der Meta-Analyse von Ozer et al. (2003) eine große Bedeutung.

Die *Situationsfaktoren* lassen sich in subjektive und objektive unterteilen. Zu den subjektiven gehört die erlebte Todesangst bzw. die subjektive Einschätzung des Belastungsgrades, die sich in allen Versionen des KRI als wichtiges Item identifizieren lässt. Das Ausmaß der Verletzung, die Dauer der traumatischen Situation und die Bekanntheit des Täters sind den objektiven *Situationsfaktoren* zuzuordnen. Bei diesen Items ergeben sich partielle Überlappungen. Körperliche Verletzungen spielen bei der Bundeswehr und bei Gewalt- und Unfallopfern und in der klinischen Stichprobe eine wichtige Rolle. Bei Banküberfällen sind sie selten und entfallen aus diesem Grunde. Die Faktoren »Bekanntheit des Täters«, »Dauer der traumatischen Situation« und »anderen Personen geschadet« zeigen Schnittstellen in den unterschiedlichen Varianten des KRI.

Eine bemerkenswerte Übereinstimmung ergibt sich in Bezug auf den Faktor »peritraumatische Dissoziation«. Dieser nimmt in allen Varianten des KRI eine besondere Stellung ein. Als Beispiel für einen Methoden-Artefakt kann angeführt werden, dass bis 2000 die peritraumatische Dissoziation als Risikofaktor durch Meta-Analysen nicht abgestützt war (vgl. Brewin et al., 2000). Mit den Studien von Ozer et al. (2003) sowie

Breh und Seidler (2005) konnte diese Frage abschließend geklärt werden.

Zu den *Faktoren in der Einwirkungsphase* gehören Risiko- und Schutzfaktoren, die insbesondere die Reaktion des sozialen Umfeldes (Familienmitglieder, Kameraden, Kollegen usw.) und der Vorgesetzten (Filialleiter einer Bank, Offiziere) bzw. der Funktionsträger (Ermittlungsbeamte, Versicherungen) betreffen. Es wird deutlich, dass negative Reaktionen im sozialen Umfeld in allen Varianten des KRI und in der Meta-Analyse von Ozer et al. (2003) in Beziehung zu den Symptomen von Belastungsstörungen stehen. Die Kategorie »schlechte Erfahrung mit Funktionsträgern, Kollegen und Kameraden« zeigt ebenfalls eine breite Schnittmenge. Darüber hinaus verdient der Risikofaktor »Schwierigkeiten, über das Ereignis zu sprechen« besondere Aufmerksamkeit. Er konnte sowohl für die Stichprobe der Bundeswehrsoldaten als auch für die klinische Stichprobe als von Bedeutung aufgezeigt werden. Für die Psychotraumatologie hat dieser Faktor eine erhebliche Relevanz.

Wir können schlussfolgern, dass eine kumulative psychotraumatologische Belastung, die peritraumatische Dissoziation, die objektive Schwere des Ereignisses, die subjektive Bewertung des Ereignisses und die Reaktion des sozialen und beruflichen Umfeldes als ubiquitäre Faktoren zu bewerten sind, die mit der Entwicklung einer Belastungsstörung in Zusammenhang stehen. Für die Krisenintervention sind sie *überindividuell* zu berücksichtigen. Hierbei müssen wir Einschränkungen geltend machen. Der Verknüpfungsgrad bzw. das Bestimmtheitsmaß, mit dem aus den diskutierten Faktoren des KRI auf die Symptombelastung geschlossen werden kann, beruht auf einem

mathematischen Modell, das die Wirklichkeit nur unzureichend abdeckt. Die Erkenntnis der Kausalitätsbeziehungen zwischen dem Ereigniskriterium und der Symptomatik ist an eine psychotraumatologische Diagnostik gebunden, die Einzelgespräche im klinischen Setting erfordert und weder mit Meta-Analysen noch mit Feldstudien erfassbar ist. Aus diesem Grunde werden wir im nächsten Abschnitt auf die spezielle Situationstypologie eingehen, die Prädiktoren in ein dynamisches Beziehungsgefüge zu setzen vermag. Im TGIP hat der KRI eine Weichenstellerfunktion. Wird der Proband der Wechsler- oder der Risikogruppe zugeordnet,² folgt die klinische Diagnostik in weiterführenden Bausteinen, die uns insbesondere Hinweise liefern sollen, welches dynamische Bedingungsgefüge im Zusammenspiel dieser Faktoren wichtig ist.

14.4 Situationstypologien

Welche Regeln sind überindividuell bei Kriseninterventionen zu berücksichtigen? Um diese Frage zu beantworten, stützen wir uns auf das Risikofaktorenmodell. Wir müssen anerkennen, dass psychosoziale Akuthelfer, psychosoziale Fachkräfte, Peers, Psychologen, psychologische Psychotherapeuten und Ärzte lediglich Einflussmöglichkeiten auf die Kompensation von Risikofaktoren (s. Tab. 2) und die Stärkung von Schutzfaktoren in der Akut- und der Einwirkungsphase haben. Hierzu gehören insbesondere die Mobilisierung von sozialen Ressourcen und

² Zu den drei Kontrastgruppen *Selbsterholer*, *Wechsler* und *Risikogruppe* vgl. unseren Beitrag F3 in diesem Band, Anmerkung im Abschnitt »Module des Target Group Intervention Program«.

die Aufklärung von Funktionsträgern darüber, wie sie ihre Schlüsselrolle salutogenetisch einsetzen können. In der Erfassung der Bedarfe und Zielvorgaben stützen wir uns in erster Linie auf die Prinzipien von Hobfoll et al. (2007, s. Tab. 3), die für viele Situationstypologien eine Hilfestellung sind.

Im Folgenden setzen wir uns mit der Frage auseinander, welche Situationstypologien bei Kriseninterventionen zu berücksichtigen sind, und orientieren uns an den Modulen des TGIP (vgl. Kap. F3 von Bering et al. in diesem Band). Hierunter verstehen wir eine differenzielle Umsetzung der Psychischen Ersten Hilfe, der Psychosozialen Akuthilfe, der administrativen und rechtlichen Hilfe, der Unterstützung bei der Organisation von Ritualen und Gedenkfeiern, der Psychoinformation, des prognostischen Screenings, der Kurzberatung und der Vermittlung an einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten. Wir stützen uns hierbei auch auf Einzelfallstudien, Fallbesprechungen und Begutachtungen, die wir seit 2001 am Zentrum für Psychotraumatologie in Krefeld im schnittstellenübergreifenden Fallmanagement von Krisendiensten (Kleinschmidt et al., 2006) bis zur beruflichen Wiedereingliederung gewonnen haben (Bering et al., 2005).

Tab. 3: Fünf Prinzipien der PSNV nach Hobfoll et al.

1	Promote sense of safety	Fördere das Sicherheitsgefühl
2	Promote calming	Fördere Beruhigung
3	Promote sense of self- and collective efficacy	Fördere das Gefühl von eigener und kollektiver Handlungsfähigkeit
4	Promote connectedness	Fördere Verbundenheit
5	Promote hope	Fördere das Gefühl von Hoffnung

14.4.1 Gewaltpfifer

Die Vorgehensweise im Umgang mit Opfern von Gewaltverbrechen wurde für die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen in dem Kölner Opferhilfe-Modell untersucht und im sogenannten »KOM-Reader« Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Opferschutzambulanzen zugänglich gemacht (Fischer et al., 1998). Die Verfahrensweise in NRW dient als Beispiel. Hierbei möchten wir besonders auf die Folgen von sexualisierter Gewalt eingehen. Die *Psychische Erste Hilfe* erfolgt häufig durch Funktionsträger der Polizei, die *Psychosoziale Akuthilfe durch Kriseninterventionsteams oder die Notfallseelsorge*. Der Opferschutzbeauftragte der Polizei NRW verweist z.B. an eine Opferschutzambulanz bzw. an den Weißen Ring und schafft somit den Übergang zur *administrativen/rechtlichen* und traumazentrierten Fachberatung und *psychotherapeutischen Hilfe*. Zielsetzung der Kurzberatung sind die *Mobilisierung von sozialen Ressourcen, Psychoinformation* und die Durchführung eines *prognostischen Screenings*. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Modells ist die Hilfestellung bei der Antragsstellung auf Schadensausgleich nach dem Opferentschädigungsge setz. Gesetzt den Fall, das Risiko einer Chronifizierung ist gegeben, so erfolgt die Überleitung in eine Behandlung bei einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten.

Die Situationstypologie von (sexualisierter) Gewalt ist besonders schambesetzt und zeichnet sich häufig durch die Erfahrung negativer Intimität und eine persönliche Beziehung zum Täter aus. Daher werden alle Module des TGIP in der Regel im Einzelkontakt umgesetzt. Gruppenkontakte sind nachrangig.

Aus den Ergebnissen der Feldstudien zu Risikofaktoren wissen wir (vgl. Tab. 2), dass insbesondere die Bekanntheit des Täters, bleibende körperliche Schäden (Narben usw.), mangelnde soziale Unterstützung und Schwierigkeiten mit Funktionsträgern die Situationstypologie bestimmen und das Risiko zur Entwicklung einer psychischen Störung begünstigen. Aus diesem Grunde sollten Ersthelfer und Psychotherapeuten im Umgang mit Bindungen an Täter geschult sein. Die Begleitung der medizinischen Erstuntersuchung und der weiteren Behandlung von potentiell stigmatisierenden Verletzungen ist für die Opfer eine wichtige Hilfestellung und für Funktionsträger und Akteure der Krisendienste ein wichtiges Kriterium für eine Risikoeinstufung. Zusammenfassend kann man sagen, dass die negative Intimität sexualisierter Gewalt den Helfern eine besondere Nähe-Distanz-Regulierung im Umgang mit den Opfern abverlangt.

14.4.2 Arbeitsunfälle

Besonderheiten im Umgang mit psychosozialen und allgemeinmedizinischen Folgen von Arbeitsunfällen resultieren aus unserem gegliederten Sozialsystem. Die Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen ist nach dem SGB VII eine Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der Berufsgenossenschaften (BG). Hierbei müssen wir zwei Fallgruppen unterscheiden: So kann das Schadensereignis eine vorsätzliche Straftat sein (ein Banküberfall ist wie ein Arbeitsunfall zu behandeln und fällt in den zu versichernden Bereich der Berufsgenossenschaften). Für diesen Fall haben wir z.B. Bankangestellte, Beschäftigte im Einzel-

handel, Tankwarte oder Aufsichtspersonal von Spielhallen zu berücksichtigen. Diese Fallgruppe hat Gemeinsamkeiten mit der Gruppe von Schadensfällen im Opferschutz. Bei der zweiten Fallgruppe handelt es sich um Arbeitsunfälle ohne Vorsatz. Hierbei haben wir es z.B. mit den psychischen Folgen von unfallchirurgischen Polytraumen oder Zeugenschaften von schweren Arbeitsunfällen zu tun. Zu dieser Fallgruppe zählen wir z.B. auch Lokführer, die infolge sogenannter Personenschäden häufig unter Belastungsreaktionen leiden.

Die Situationstypologie von Arbeitsunfällen zeichnet sich durch folgende Gemeinsamkeiten aus:

- 1.) Die GUV/BG ist für die gesamte Fallsteuerung, d.h. von der medizinischen Akutversorgung bis zur Rehabilitation, verantwortlich.
- 2.) Die GUV/BG prüft die Schadensabhängigkeit der psychischen Beeinträchtigung und die Leistungspflicht für das sogenannte Verletztengeld.
- 3.) Die GUV/BG hat an einer beruflichen Wiedereingliederung besonderes Interesse, da sich hierdurch die monetäre Belastung durch die Leistungsträgerschaft von Entschädigungszahlungen begrenzen lässt.
- 4.) Für die GUV/BG ist das Verursacherprinzip nachrangig.

Aufgrund dieser Faktoren haben die GUV/BG ein zunehmendes Interesse entwickelt, Standardisierungen der psychosozialen Nachsorge zu implementieren (Schuck, 2010). So werden auch externe Firmen von Leistungsträgern beauftragt, die PSNV z.B. nach einem Banküberfall oder Amoklauf sicherzustellen. Hierdurch soll eine Bereitstellung der administrativen und rechtlichen

Hilfen, der Psychoinformation, des prognostischen Screenings, der traumazentrierten Fachberatung, der Diagnostik und der Behandlung im Bedarfsfall sichergestellt sein (Walter, 2003). Aus Studien mit dem Kölner Risikoindex (s. Tab. 2) zu den Opfern von Banküberfällen wissen wir beispielsweise, dass insbesondere die Nähe des Opfers zum Bankräuber, der Führungs- und Umgangsstil der Filialleitung und die Mitarbeiterkohäsion bei der psychischen Verarbeitung der Schadenslage eine wichtige Rolle spielen. Bei der Umsetzung der Module des TGIP ist daher zu berücksichtigen, dass eine zeitnahe Umsetzung der psychosozialen weiterführenden Hilfe, die Integration der kriminologischen Bestandsaufnahme in die Psychoinformation, die Anweisung der Filialleitung, die Durchführung eines prognostischen Screenings im Einzelsetting und gegebenenfalls die Anbindung an einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten zu prüfen sind. Aufgrund des kollektiven Erlebens der Schadenslage kann die Durchführung von Modulen des TGIP in der Gruppe sinnvoll sein.

Aus Einzelfallstudien wissen wir, dass das Vermeidungsverhalten, dem Arbeitsplatz aus dem Weg zu gehen, in Konflikt mit der Angst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes und der Angst vor einer sozialen Ausgrenzung gerät. Es kann sein, dass Betroffene diesen Konflikt lösen möchten, indem sie um Entschädigung nachsuchen. Aus diesem Grunde ist es besonders wichtig, die PSNV auf die berufliche Wiedereingliederung auszurichten. Aus Sicht der Betroffenen sind Zielkonflikte zwischen Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Leistungsträger von Folgeschäden ein guter Grund, Widerstände gegen die PSNV aufzubauen.

14.4.3 Einsatzkräfte

Einsatzkräfte verdienen eine besondere Be- trachtung. Es handelt sich um Berufsgruppen, die ein besonderes Risiko tragen, einer Psychotraumatisierung ausgesetzt zu sein. Hierin besteht ein prinzipieller Unterschied zu anderen Situationstypologien. Erkennbare Schwäche im Umgang mit Schadenslagen wird besonders im Berufskollektiv kritisch beurteilt. Externe psychologische Hilfestellungen werden mit besonderer Skepsis betrachtet, da sie in der Regel – bezogen auf die interne Arbeitsorganisation – als Fremdkörper gelten. Wir möchten die Situationstypologie von Einsatzkräften der Feuerwehr, Polizei und Rettungsdiensten von der psychischen Belastung von Soldaten im Auslandseinsatz gesondert berücksichtigen.

Helper der Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienste

Die Ursprünge des CISM gehen auf die Einsatznachbereitung bei Feuerwehrmännern zurück. Die Notwendigkeit, mit schweren Schadenslagen mit Todesfolge umzugehen, führt dazu, dass das Personal der Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienste eine doppelte Aufgabe hat. Für die Betroffenen sind sie Funktionsträger der Psychiatrischen Ersten Hilfe, und gleichzeitig müssen sie die Grenzen der eigenen psychischen Belastbarkeit berücksichtigen. Einige Institutionen haben damit begonnen, sogenannte »Peers« auszubilden. Es handelt sich hierbei um Mitglieder der eigenen Berufsgruppe, die als soziale Ansprechpartner für die Berufskollegen zur Verfügung stehen. Häufig sind sie für die interne psychosoziale Unterstützung zuständig und können auch administrative Hilfestellungen leisten. Das Peerkonzept dämmt potentielle Risiken der Pathologisie-

rung durch außenstehende Akteure ein und kann hilfreich sein, um in Hierarchiekonflikten zu vermitteln. Die Schwierigkeit der Aufgabe besteht darin, die eigenen Grenzen zu wahren und zum richtigen Zeitpunkt eine Überleitung in das klinische Versorgungssystem sicherzustellen. Ohne Zweifel liegt die weiterführende Diagnostik und Psychotherapie außerhalb des Zuständigkeitsbereiches von Peers. Das TGIP für Einsatzkräfte muss auf diese Schnittstelle einggerichtet sein.

Soldaten im Auslandseinsatz

50 % der Bundeswehrsoldaten in Afghanistan erleben mindestens ein potentielles Ereignis, aus dem eine PTBS resultieren kann (vgl. Dunker, 2009). Mindestens 10 % der Soldaten nach den Einsätzen im Kosovo (Bering et al., 2003) und ca. 25 % der Soldaten nach Einsätzen in Afghanistan gehören nach den Ergebnissen des prognostischen Screenings mit dem Kölner Risikoindex zur Wechsler- oder Risikogruppe für die Entwicklung einer PTBS. Somit ist die Notwendigkeit einer stringenten Implementierung der PSNV für die Bundeswehr unumstößlich gegeben. Die Situationstypologie von Auslandseinsätzen der Bundeswehr zeichnet sich durch folgende Besonderheiten aus:

- Soldaten wollen sich nach Einsätzen nicht als Opfer verstehen.
- Belastungssituationen, die in Verbindung zu Kampfhandlungen stehen, sind nicht selten mit Tätersyndromen assoziiert.
- Belastungssituationen, die in Anpassungsstörungen resultieren, beziehen sich häufig auch auf Einsatzbedingungen, Probleme in der Kameradschaft und Problem-lagen im heimatlichen sozialen Umfeld.

Für die Validierung des KRI (Bering et al., 2003; Dunker, 2009) haben wir spezifische Risikofaktoren zu berücksichtigen. Sie beziehen sich auf die Einsatzhäufigkeit, den Verlust von Kontakt mit der Heimat und die Akzeptanz des Einsatzes in der Öffentlichkeit. Wir haben zeigen können, dass ein prognostisches Screening zu großen Effekten der Varianzaufklärung führt. Die unterschiedlichen Kölner Risikoindizes liegen als Interviewleitfaden vor und einzelne Versionen auch in der Selbstbeurteilungsform.

Für die Umsetzung von Kriseninterventionen unterscheiden wir mindestens zwei Fallkonstellationen, und zwar besondere Vorkommnisse (z.B. die nicht vorhersehbare Detonation der Bombe in Kabul), von denen umschriebene Gruppen betroffen sind, und die PSNV nach regulären Bundeswehreinsätzen, von denen alle Soldaten einer militärischen Einheit betroffen sind. Für die erste Gruppe ist es sinnvoll, dass mit ihr auch vor Ort spezielle Nachsorgekonzepte durchgeführt werden. Für die zweite Gruppe sind Konzepte der Nachsorge erforderlich, die im mittel- und langfristigen Prozess auf die Reintegration im Heimatland vorbereiten. Wir unterscheiden also Kriseninterventionen vor Ort von Nachsorgekonzepten, die in Routineabläufe der Bundeswehr integriert sein sollten. Für die Modifikation des TGIP auf die Belange der Bundeswehr haben wir Vorschläge ausgearbeitet (Bering et al., 2003).

14.4.4 Von Großschadenslagen Betroffene

Großschadenslagen führen in den betroffenen Kommunen, Städten und Ländern besondere Problemlagen herbei. Wir unterscheiden die Situationsdynamik von zivilen Schadenslagen und von Terroranschlägen.

Von Naturkatastrophen Betroffene

Die Situationstypologie von Großschadenslagen zeichnet sich durch ein großes Angebot an Rettungskräften aus, die auch die Regeln der Psychiatrischen Ersten Hilfe beachten sollten. Psychosoziale Akuthelfer werden in der Regel entsprechend den verfügbaren Ressourcen alarmiert. In der Vergangenheit hat es dabei häufig Schwierigkeiten bei der Koordination der Psychosozialen Akuthilfe gegeben, was zu einer zeitweisen Über- oder Unterversorgung der Betroffenen geführt hat. Die Schadensregulierung verursacht administrative und rechtliche Schwierigkeiten, die die Resilienz negativ beeinflussen kann. Für die Umsetzung des TGIP ist zu berücksichtigen, dass der Aufbau einer zentralen Koordinierungsstelle dringend zu empfehlen ist, die auf die bestehenden psychosozialen und klinischen Institutionen in der Region zurückgreifen kann (BBK, 2011). Die Organisation von Ritualen und Gedenkfeiern spielt eine wesentliche Rolle in der öffentlichen Würdigung des Schadensereignisses und der erlittenen Verluste. Die Psychoinformation und das prognostische Screening können Angebote für die Betroffenen sein. Zur dezidierten Beschreibung der Umsetzung des TGIP verweisen wir auf Kapitel F3 von Bering et al. in diesem Band.

Von Terroranschlägen Betroffene

Die Situationstypologie von Terroranschlägen zeichnet sich dadurch aus, dass durch Anschläge das kollektive Sicherheitsgefühl gezielt geschwächt werden soll. Das nationale, kulturelle und religiöse Gemeinschaftsgefühl soll an der »affektiven Sollbruchstelle« getroffen werden. Im Unterschied zur speziellen Situationsdynamik der Gewaltkriminalität geht es den Attentätern darum,

eine kollektive Schädigung einer Gesellschaft zu erreichen. Der individuelle Schaden ist dabei nur Mittel zum Zweck. Die Unvorhersehbarkeit von Anschlägen hat für die Dynamik eine besondere Bedeutung. Eine Studie von DiMaggio und Galea (2006) liefert Erkenntnisse über spezielle Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PTBS infolge terroristischer Anschläge erhöhen. Hierzu gehören neben den allgemeinen Faktoren die *mediale Berichterstattung, der Verlust von Besitz, die Beteiligung an Rettungsmaßnahmen und der Verlust des Arbeitsplatzes*. 2018 haben Weber & Bering einen Herausgeberband vorgelegt, der sich systematisch mit der aktuellen Entwicklung der PSNV nach islamistisch motivierten Terroranschlägen beschäftigt. Ein Terroranschlag richtet sich gegen die Gesellschaft und damit gegen jeden Einzelnen, als auch die staatliche Ordnung und das Wertesystem einer Gesellschaft. In diesem Kontext übernehmen die Betroffenen eine Stellvertreterfunktion. Die mediale Aufmerksamkeit kann hier als postexpositoriver Schutz- wie Risikofaktor fungieren und die Betroffenen unterstützen und würdigen oder täterzentriert berichten und Überlebende und deren Angehörige sowie Hinterbliebene bloßstellen. Helmerichs et al. (2017) beschreiben dies als Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Anteilnahme und dem Wunsch nach Privatsphäre und Anonymität. Als wesentlicher postexpositorischer Risikofaktor für die Belastung von Betroffenen nach Terroranschlägen sind die Gerichtsverfahren zu benennen. Die Ermittlungen vor den Gerichtsverfahren sowie auch die Eröffnung und Dauer der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Auseinandersetzungen sind in der Regel zeitlich von langer Dauer. Die psychische Belastung in der Zeugen-

schaft vor Gericht, als Besucher oder in der Nebenklage, kann das Erlittene potentiell reaktivieren oder Betroffene auch retramatisieren (vgl. Zurek, 2018). Zur Modifikation des TGIP verweisen wir auf Bering et al. (2006).

14.4.5 Gesundheitswesen

Viele Erkenntnisse und Entwicklungen in der Psychotraumatologie führen in die allgemeinmedizinische Versorgung. Es stellt sich die Frage, welchen Belastungssituationen Betroffene im Gesundheitswesen ausgeliefert sind und welche Vorgehensweise dem medizinischen Personal in Praxen und Krankenhäusern empfohlen werden kann. Zum einen ist die Medizin aus Sicht der Patienten Verursacher psychischer Belastungssituationen; zum anderen ist der Mediziner für den Patienten Hoffnungsträger, und mit ihm wird die Erwartung verknüpft, dass er die Verletzungen heilen und für die Bewältigung der quälenden Symptome von Belastungsstörungen sorgen kann.

In der allgemeinmedizinischen Versorgung sind Mediziner in der Praxis und im Krankenhaus mit vielfältigen Belastungssituationen der Patienten konfrontiert. Eine wesentliche Belastungssituation entsteht durch psychische Reaktionen der Patienten auf erlittene Todesnähe, die sich objektiv durch Lebensbedrohlichkeit und subjektiv in erlebter Todesangst äußert. In der akuten Belastungssituation kommt es darauf an, dass das involvierte medizinische Personal im Umgang mit solchen Situationen geschult ist. In der frühen Einwirkungsphase stehen im geschützten Umfeld des Krankenhauses alle Möglichkeiten offen, einen Psychiater oder psychologischen Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Hier verbinden sich

zwei Aufgaben. Zum einen geht es darum, eine akute Entlastung herbeizuführen. Darüber hinaus ist auch hier wesentlich, dass Risiko für die Entwicklung einer chronischen Belastungsstörung einzuschätzen. Hierbei kann das prognostische Screening als semi-standardisiertes Interview durchgeführt werden.

In der hausärztlichen Versorgung ist ein Grundlagenwissen über das Kriseninterventionsmanagement sehr hilfreich, um viele Standardsituationen zu meistern (vgl. Reddemann, 2006). Hierbei darf die fachliche Grenze zwischen dem Allgemeinmediziner und dem psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten nicht verwischt werden. Als Faustregel können wir festhalten, dass viele der aufgeführten Module des TGIP auch vom Allgemeinmediziner und Krankenhausarzt durchgeführt werden können. Im Gegenzug gehören diagnostische und psychotherapeutische Interventionen in die Hände eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten mit einem entsprechenden Qualifikationsprofil.

14.4.6 Behinderte Menschen

Menschen mit geistigen und motorischen sowie Sinnesbehinderungen haben in akuten Schadenslagen besondere Bedarfe. Diese Zielgruppe ist bei der PSNV bisher wenig berücksichtigt worden. Die Komplexität und Variabilität von Behinderungen bringt es mit sich, dass schwerlich ein definierter Risiko- und Schutzfaktorenkatalog vorgelegt werden kann. Das BBK hat 2017 einen Sammelband von Empfehlungen vorgelegt, der sich mit dem Umgang mit Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Es werden allgemeine Empfehlungen, Empfehlungen zur Vorbereitung und Empfehlungen zur aku-

ten psychosozialen Hilfe bis zur mittel- und langfristigen Nachsorge differenziert formuliert. Zur Vorbereitung der PSNV sollten Behinderte und ihre Verbände einbezogen sein. Einsatzkräfte können durchaus von wenigen Leitsätzen im Umgang mit diesem Personenkreis in der akuten psychosozialen Hilfe profitieren. Zur schnellen Übersicht verweisen wir auf www.eunad-info.eu.

14.5 Ausblick

Zur Weiterentwicklung der PSNV stellen wir Folgendes fest:

- Die Terminologie des Debriefings wird zugunsten einer differenzierten Terminologie abgelöst.
- In der PSNV werden zunehmend Verlaufskonzepte der Psychotraumatisierung berücksichtigt.
- Die Weiterentwicklung der PSNV orientiert sich immer mehr an der speziellen Situationstypologie.
- Modelle der Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Belastungsstörungen in spezifischen Situationstypologien (z. B. Terror, Naturkatastrophen, Amok, Opferschutz) sorgen zunehmend für eine empirische Fundierung der Konzepte.
- Biomedizinische Modelle haben eine begrenzte Aussagekraft, wenn wir die ökopychologischen Zusammenhänge bei der Umsetzung der PSNV berücksichtigen wollen.
- Die Resilienzforschung hat für die PSNV großes Gewicht, da sich die Frage stellt, warum so viele von einer akuten Schadenslage Betroffene keine psychische Störung auf Dauer entwickeln.
- In der Zukunft sollte sich die PSNV an der Bedarfslage von spezifischen Ziel-

gruppen orientieren. Hierzu gehören nicht nur Menschen mit geistigen und motorischen sowie Sinnesbehinderungen, sondern auch Demente oder Kinder und Jugendliche, die altersspezifische Bedarfslagen haben

14.6 Literatur

- Bäumker B. & Bering R. (2003). Die Debriefing-kontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In: Bering R., Schedlich C., Zurek G. & Fischer G. (Hrsg.). *Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr*. (Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr, 38) München: Bundesministerium der Verteidigung – PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften, 13–34.
- Bering R. & Kamp M. (2007). Unveröffentlichter Datensatz zur Validierung des Kölner Risikoindex-Metaversion im stationären Setting. Zentrum für Psychotraumatologie, Krefeld.
- Bering R., Schedlich C., Zurek G. & Fischer G. (2003). *Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr*. (Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr, 38) München: Bundesministerium der Verteidigung – PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering R., Horn A., Bredenbeck C. & Fischer G. (2005). Das Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld: Therapie- und Versorgungskonzept. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 7–21.
- Bering R., Schedlich C., Zurek G. & Fischer G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering R., Schedlich C., Zurek G. & Fischer G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: Bering R. & Reddemann L. (Hrsg.). *Jahrbuch Psychotraumatologie 2007: Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie*. Heidelberg: Asanger, 47–62.
- Breh C. D. & Seidler H. (2005). Zum Zusammenhang von peritraumatischer Dissoziation und PTBS: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 79–89.
- Brewin C. R., Andrews B. & Valentim J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2011). *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil I und II)*. Bonn: BBK.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2017). *Assisting people with disabilities in case of disaster. European Network for Psychosocial Crisis Management*. Bonn: Federal Office of Civil Protection and Disaster Assistance. (Im Internet über www.mvcr.cz/soubor/assisting-people-with-disabilities-in-case-of-disaster.aspx herunterzuladen; Zugriff: 21.8.2018.)
- DiMaggio C. & Galea S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: A meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13 (5), 559–566.
- Dunker S. (2009). *Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr. Längsschnittstudie zur Neuvalidierung des Kölner Risikoidex-Bundeswehr (KRI-Bw)*. Diss. Universität Köln. <https://kups.ub.uni-koeln.de/3021/1/100128DissertationDunker.pdf>.
- Everly G. S. & Mitchell J. T. (2000). The debriefing »controversy« and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (4), 211–225.
- Fischer G. & Fäh M. (1998). Zur Kritik der empi-

- rischen Vernunft in der Psychotherapie-
(forschung). In: Fäh M. & Fischer G. (Hrsg.). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 29–50.
- Fischer G., Becker-Fischer M. & Dückting C. (1998). *Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe-Modell (KOM)*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelrud C., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L. & Wöller W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 5 (3), 202 – 210.
- Hammel A. (2005). *Entwicklung des Kölner Risikoindex für Betroffene von Verkehrsunfällen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Köln.
- Helmerichs J., Fröschke K. & Hahn T. (2017). Psychosoziale Betreuung nach Terroranschlägen im Ausland. *Bevölkerungsschutz*, 1, 24 – 27. Im Internet: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Publ_magazin/bsmag_1_17.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 20.8.2018).
- Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Friedman M., Gersons P. R., de Jong J. T. V. M., Layne C. M., Maguen S., Neria Y., Norwood A. E., Pynoos R. S., Reissman D., Ruzeck J. I., Shalev A. Y., Solomon Z., Steinberg A. M. & Ursano R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70 (4), 283 – 315.
- Kardiner A. & Spiegel H. (1947). *War, stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kleinschmidt M., Wagner D., Grundel A. & Bering R. (2006). Krefelder Krisenhilfe: Ein Bericht aus der Praxis. Institutionelle Ko-
- Existenz von Beratung und psychotherapeutischer Fokaltherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychotherapeutische Medizin*, 1, 77 – 90.
- Ozer E. J., Best S. R., Lipsey T. L. & Weiss D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults – a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52 – 73.
- Reddemann L. (Hrsg.) (2006). *Psychotraumata*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Rose S., Bisson J. & Wessely S. (2002). *Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD)* (Cochrane Review). The Cochrane Library, 1. Update Software. Oxford.
- Salmon T. W. (1919). War neuroses and their lessons. *New York Medical Journal*, 109, 993 f.
- Schuck G. (2010). Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen. In: Schliebe P. & Schmidt-Oehlemann M. (Hrsg.). *Rehabilitation und Innovation*. Stuttgart: Gentner Verlag, 378 – 381.
- Walter C. (2003). *Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigung nach Banküberfällen: Validierung und Adaptierung des Kölner Risiko-Index für die spezielle Situation von Banküberfällen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Weber T. & Bering R. (Hrsg.) (2018). Schwerpunkt: Amok und Terror. *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung*, 16 (2).
- Zurek G., Schedlich C. & Bering R. (2018). Das Europäische Projekt Survivors für Betroffene nach Terroranschlägen – «To turn the Victory of our Grief into Peace». *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung*, 16 (2) (Schwerpunkt: Amok und Terror), 72 – 82.