

Psychische Belastung durch traumatisierende Ereignisse im Beruf – Prävention im Polizeidienst –

G. Heuft, U. Weiss, N. Schütte, St. Reinecke, O. Bär,
B. Runde, F. Bastians

**Forschung
Projekt F 1995**

**Forschung
Projekt F 1995**

G. Heuft
U. Weiss
N. Schütte
St. Reinecke
O. Bär
B. Runde
F. Bastians

**Psychische Belastung durch
traumatisierende Ereignisse im Beruf
– Prävention im Polizeidienst –**

Dortmund/Berlin/Dresden 2008

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Psychische Belastung durch traumatisierende Ereignisse innerhalb der Berufsausübung“ - Projekt F 1995 - im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Dipl.-Psych. Nils Schütte
Dipl.-Psych. Stefan Reinecke
Dr. med. Olaf Bär
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22, 48129 Münster
Telefon: 0251 8352-901
Telefax: 0251 8352-903

Leitender Polizeidirektor Udo Weiss
Dr. rer. nat. Bernd Runde
Dr. phil. Frauke Bastians
Institut für Aus- und Fortbildung der Polizei NRW
Bildungszentrum „Carl Severing“ Münster
Weseler Str. 264, 48141 Münster
Telefon: 0251 7795-100
Telefax: 0251 7795-109

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-0
Telefax: 0231 9071-2454
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.
Aus Gründen des Umweltschutzes wurde diese Schrift auf Recyclingpapier gedruckt.

ISBN 978-3-88261-089-5

Inhaltsverzeichnis

Seite

Kurzreferat	9
Abstract	11
Résumé	12
<u>A: Einführung</u>	14
1 Einleitung	14
1.1 Psychische Belastung im Rahmen der Berufsausübung im Polizeidienst	14
1.2 Häufig auftretende psychische Belastungen im Rahmen der Berufsausübung im Polizeidienst	16
1.2.1 Psychische Belastung durch Unfälle	16
1.2.2 Psychische Belastung durch Gewalterfahrungen	17
1.3 Zur Psychopathologie und Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung	17
1.3.1 Variablen vor der Extrembelastung	19
1.3.2 Traumavariablen	19
1.3.3 Variablen nach dem Trauma	19
1.3.4 Prädiktoren für die psychosoziale Anpassung nach somatischer Traumatisierung	20
1.4 Psychotherapeutische Behandlung	20
1.4.1 Allgemeine Ansätze	20
1.4.2 Psychotherapeutische Behandlung im berufsspezifischen Kontext	21
2 Zielstellungen des Projekts im Überblick	24
2.1 Projektziel 1: Quantitative und qualitative retrospektive Erfassung polizeispezifischer Belastungsfaktoren	24
2.2 Projektziel 2: Evaluation des Spontanverlaufs nach beruflicher Traumatisierung	25
2.2.1 Teilaspekte der Fragestellung 1	26
2.2.2 Teilaspekte der Fragestellung 2	27
2.2.3 Teilaspekte der Fragestellung 3	27
2.2.4 Teilaspekte der Fragestellung 4	28
2.3 Projektziel 3: Entwicklung und Evaluation bestehender bzw. zu entwickelnder Präventionsprogramme	28

<u>B: Projektziel 1</u>	30	
3	Erfassung der psychischen Belastungsfaktoren im Untersuchungsfeld Polizei	30
3.1	Interviews zum Ausmaß und den Auswirkungen beruflich belastender Situationen im Polizeialltag	30
3.2	Untersuchungsmethoden zu den Interviews	31
3.2.1	Rekrutierungsphase	31
3.2.2	Aufbau des Interviews	31
3.2.3	Training der Interviewer	31
3.2.4	Durchführung der Pretest zu den Interviews	32
3.2.5	Durchführung der Interviews	32
3.2.6	Auswertungsverfahren	32
3.2.7	Beschreibung der Stichprobe der InterviewteilnehmerInnen	33
3.3	Ergebnisse der Interviews	33
3.3.1	Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit	33
3.3.2	Überprüfung der Taxonomie	36
3.3.3	Häufigkeit und Schwere der Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit	38
3.4	Fokusgruppen	41
3.4.1	Konzeption der Fokusgruppen	41
3.4.2	Ablauf der Fokusgruppen	42
3.4.3	Durchführung des Pretests zu den Fokusgruppen	43
3.4.4	Beschreibung der Stichprobe der Fokusgruppen	43
3.5	Ergebnisse der Fokusgruppen	44
4	Fragebogen zur Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung	45
4.1	Ausgangspunkt zur Entwicklung des Fragebogens	45
4.1.1	Dimensionen/Facetten des Fragebogens	45
4.1.2	Zeitfenster/zeitlicher Bezugsrahmen	46
4.1.3	Bewertungsdimension/Skalierung	46
4.1.4	Instruktionen	46
4.1.5	Darbietung des Fragebogens	47
4.1.6	Demografie	47
4.1.7	Beschreibung der Dimensionen	47
4.2	Vorgehensweise bei der Entwicklung, Erprobung und Normierung des Online-Fragebogens	49
4.2.1	Beschreibung der Stichprobe der Online-Befragung	49
4.2.2	Auswertung des Fragebogens – Bildung Fragebogenscore	49
4.2.3	Rückmeldung der Ergebnisse	50

4.2.4	Ausgewählte Ergebnisse der Online-Befragung	50
4.3	Zukünftige Nutzung des Online-Fragebogens	53
<u>C: Projektziel 2</u>		54
5	Ermittlung der Auswirkungen von beruflichen Extrembelastungen (traumatischen Ereignissen) im zeitlichen Längsschnitt	54
5.1	Ausgangspunkt	54
5.1.1	Kriseninterventionsteams in Nordrhein-Westfalen	54
5.1.2	Teilnehmer der Studie und Dropout-Analyse	55
5.1.3	Analyse der kompletten Datensätze	56
5.1.4	Die demographischen Charakteristika der nichtteilnehmenden PolizeibeamtInnen im Vergleich zu den teilnehmenden PolizeibeamtInnen zu T1	58
5.1.5	Die Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den gesamten Erhebungszeitraum der Studie	62
5.2	Testpsychologische Untersuchungsmethoden	64
5.2.1	Impact of Event Scale (IES-R)	64
5.2.2	Brief Symptom Inventory (BSI)	64
5.2.3	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)	64
5.2.4	Sense of Coherence (SOC-13)	65
5.2.5	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU)	65
5.2.6	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	66
6	Die Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen	67
6.1	Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T1	67
6.1.1	Inzidenzrate der Diagnose der Akuten Belastungsreaktion zu T1	67
6.1.2	Schwere der Akuten Belastungsreaktion zu T1	68
6.1.3	Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T1	72
6.1.4	Globales Funktionsniveau der PolizeibeamtInnen zu T1	74
6.1.5	Beeinträchtigungen der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome zu T1	75
6.1.6	Krankheitsverarbeitung zu T1	77
6.2	Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T2	79
6.2.1	Die demographischen Charakteristika der Stichprobe der PolizeibeamtInnen zu T2	79

6.2.2	Die demographischen Charakteristika der nichtteilnehmenden PolizeibeamtInnen im Vergleich zu den teilnehmenden PolizeibeamtInnen zu T2	80
6.2.3	Inzidenzrate der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2	82
6.2.4	Verlauf der Diagnosenhäufigkeiten vom Zeitpunkt T1 zu T2	87
6.2.5	Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörungen zu T2	88
6.2.6	Verlauf der Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen vom Zeitpunkt T1 zu T2	89
6.2.7	Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T2	94
6.2.8	Verlauf der psychischen und psychosomatischen Symptome vom Zeitpunkt T1 zu T2	95
6.2.9	Globales Funktionsniveau der PolizeibeamtInnen zu T2	98
6.2.10	Verlauf des Globalen Funktionsniveaus vom Zeitpunkt T1 zu T2	98
6.2.11	Beeinträchtigungsschwere der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome zu T2	99
6.2.12	Verlauf der psychischen Beeinträchtigungsschwere der PolizeibeamtIn- nen durch die traumainduzierten Symptome vom Zeitpunkt T1 zu T2	101
6.2.13	Krankheitsverarbeitung zu T2	102
6.3	Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T3	103
6.3.1	Die demographischen Charakteristika der Stichprobe der Polizei- beamtInnen zu T3	103
6.3.2	Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörungen zu T3	103
6.3.3	Verlauf der Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen vom Zeitpunkt T1 zu T3	105
6.3.4	Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T3	106
6.3.5	Verlauf der Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) von T1 zu T3	107
7	Zusammenhänge zwischen objektivierbaren somatischen Befun- den und psychosozialen Merkmalen sowie psychischen Störungen	109
7.1	Verlauf der objektivierbaren somatischen Befunde der PolizeibeamtIn- nen vom Zeitpunkt vor dem potenziell traumatischen Ereignis über den Zeitpunkt T1 zu T2	109

7.2	Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Merkmalen und den psychischen Störungen	110
7.2.1	Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen zu T1	110
7.2.2	Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen zu T2	111
7.2.3	Zusammenhang zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und dem Auftreten psychischer Störungen zu T1 und T2	112
7.3	Zusammenhänge zur subjektiven Bewertung der Extremlastung	114
7.3.1	Die Ausprägung der retrospektiven subjektiven Bewertung der Extremlastung der PolizeibeamtInnen zu T1	114
7.3.2	Ergebnisse der subjektiven Bewertung der Extremlastung zu T2	114
7.3.3	Verlauf der subjektiven Bewertung der Extremlastung von T1 zu T2	115
7.3.4	Die Zusammenhänge zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen zu T1, T2 und T3	117
7.3.5	Die Zusammenhänge zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen ökonomischen Traumafolgen zu T3	119
8	Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung	121
8.1	Krankheitsverlauf bei den somatisch verletzten Traumaopfern	121
8.1.1	Die somatisch verletzten Traumaopfer	121
8.1.2	Die Diagnosen der somatisch verletzten Traumaopfer und der Krankheitsverlauf unter Betrachtung der beruflichen und ökonomischen Parameter	121
8.2	Die somatisch verletzten Traumaopfer zu T1, T2 und T3	122
8.2.1	Vergleich der somatisch verletzten Traumaopfer mit den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1, T2 und T3	122
8.2.2	Vergleich der somatisch verletzten Traumaopfer mit den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen hinsichtlich der Verleugnung der Schwere ihrer Beeinträchtigung zu T1 und T2	125
8.3	Symptomatik bei den weiblichen Traumaopfern zu T1, T2 und T3	127
8.3.1	Traumaspesifische Symptome bei Polizeibeamtinnen zu T1, T2 und T3	127
8.3.2	Psychische und psychosomatische Symptome bei Polizeibeamtinnen zu T1, T2 und T3	129

9	Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung	132
9.1	Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2 und T3	132
9.2	Vorhersage der Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit zu T3	134
	<u>D: Projektziel 3</u>	135
10	Bisherige Präventionsprogramme und psychotherapeutische Behandlungen der StudienteilnehmerInnen	135
10.1	Analyse der bisherigen Präventionsprogramme	135
10.2	Psychotherapeutische Behandlungen der StudienteilnehmerInnen	140
10.2.1	Inanspruchnahme von Psychotherapie zur Behandlung der traumaassoziierten Störungen zu T2	140
10.2.2	Behandlung der traumaassoziierten Störungen mit einer traumaspezifischen manualisierten Psychotherapie	141
11	Zusammenfassung	142
12	Literaturverzeichnis	149
13	Verzeichnis der Abbildungen	158
14	Verzeichnis der Tabellen	163
	Anhang	168

Psychische Belastung durch traumatisierende Ereignisse im Beruf - Prävention im Polizeidienst -

Kurzreferat

PolizeibeamtInnen werden in der Ausübung ihres Berufes mit verschiedenen Aufgaben und Anforderungen konfrontiert. Nicht selten ergeben sich hieraus sehr unterschiedliche Belastungsmomente, und das sehr differenzierte Erleben sowie individuelle Verarbeiten löst ebenso unterschiedliche Reaktionen aus. *Projektziel 1* war die Entwicklung eines polizeispezifischen Selbst-Screening-Instruments zur Online-Einschätzung der eigenen beruflichen Belastungen. Dazu wurde eine fundierte Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit über Experteninterviews empirisch entwickelt (Oberkategorien: (1) Aus der Aufgabe/dem Einsatzgeschehen, (2) Aus der Organisation und Struktur der Arbeit, (3) Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen, (4) Belastungen aufgrund sozialer Bedingungen und (5) Belastungen aufgrund von sonstigen Bedingungen). 1154 PolizeibeamtInnen haben im Rahmen einer anonymen Online-Befragung ihre Belastungssituationen reflektiert. Diese Form des Selbst-Screenings erwies sich als ein niederschwelliges, anonymes Instrument. Für das *Projektziel 2* wurde mit einem prospektiven Design bei 59 PolizeibeamtInnen die Entwicklung des Spontanverlaufs nach schwersten beruflichen Belastungssituationen (z. B. Schusswaffengebrauch, Schwerer Verkehrsunfall) über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht. Unmittelbar nach dem Ereignis (T1) waren die Kriterien für die Diagnose einer Akuten Belastungsreaktion 25-mal (42 %) erfüllt. Für die Ausprägung der Akuten Belastungsreaktion bei PolizeibeamtInnen waren „Intrusion“ und „Übererregung“ die zentralen Symptome, die die Belastung ausmachten, während die „Vermeidung“ eher sekundär war. Trauma-induzierte psychische und psychosomatische Symptome (Brief Symptom Inventory, BSI) waren bei den PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion in den Bereichen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität und paranoides Denken signifikant erhöht. Als inadäquate Copingmechanismen wurden „Depressive Verarbeitung“, „Misstrauen und Pessimismus“, „Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug“ und „Regressive Tendenz“ genutzt. – Sechs Monate nach dem Ereignis (T2) wurde die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) 14-mal (28 %) auf der Grundlage eines ausführlichen Interviews gestellt. Nach extremen Symptomausprägungen bei fast allen PolizeibeamtInnen direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis ging der Belastungsgrad über einen Zeitraum von sechs Monaten bei den meisten Betroffenen im Sinne einer Spontanremission zurück. Nur für die Betroffenen mit einer PTBS gingen diese Symptome weniger zurück, sondern verharrten auf hohem Niveau. Den stärksten Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS hatte in einer Regressionsgleichung der Faktor „Akuter Belastungsfaktor“ (Diagnose einer Akuten Belastungsreaktion zusammen mit einer schweren psychischen Beeinträchtigung zu T1 (BSS-psy)). – Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung wurde von 10 PolizeibeamtInnen nach dem schwerwiegenden Ereignis in Anspruch genommen. Aufgrund der Datenlage wäre es also sinnvoll, „Risikopersonen“ für die Entwicklung einer PTBS zu identifizieren und diesen spezifische Unterstützungsmaßnahmen anzubieten. Daher wurden in einer Literaturarbeit bisherige Präventionsprogramme zusammengestellt und bewertet.

Schlagwörter:

Polizei, Selbst-Screening, Online-Evaluation, Berufliche Belastungen, Trauma, Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Prävention

Psychological strain implied through traumatic events within the course of work duty

- Prevention for police officers -

Abstract

Police officers are confronted in their course of duty with a variety of tasks and demanding situations. Quite often a spectrum of strain momentums is the result from this, and the different experiencing as well as the individual coping thereof triggers a number of different reactions. *Project aim 1* was the development of a police specific self-screening-instrument for an online assessment of the personal job strain. For this purpose an assessment of strain dimensions within the police tasks via expert interviews was empirically developed (Main categories: (1) from the task itself/police action, (2) from the organisational structure of the work place, (3) strain due to external factors, (4) strain due to social factors and (5) strain due to other unspecific factors). 1154 police officers reflected by means of an anonymous online-questionnaire their job stain. This approach of a self-screening proved to be an effective anonymous instrument with a low threshold. Within the *project aim 2* the spontaneous course after severe job strain situations (e.g. use of firearms, severe motor vehicle accidents) of 59 police officers was studied by means of a prospective design over the time span of one year. Directly after the event (T1) the criteria for the diagnosis of an acute stress disorder were met 25 times (42 %). For the properties of the acute stress disorder of police officers "intrusion" and "hyperarousal" were central symptoms that contributed to the impairment whereas "avoidance" played a secondary role. Trauma-induced psychiatric symptoms (Brief Symptom Inventory, BSI) were significantly higher for those police officers with an acute stress disorder in the areas somatization, compulsiveness, aggressiveness and paranoid thinking. As inadequate mechanisms of coping were used "depressive processing", "mistrust and pessimism", "emotional control and social retreat" and "regression". – Six months after the event (T2) the diagnosis of a posttraumatic stress disorder (PTSD) was given 14 times (28 %) on the basis of an extensive interview. After extreme levels of symptoms immediately after the potential traumatic event for nearly all police officers the strain level declined in terms of a spontaneous remission over a period of six months for most of the participants. Only for those police officers with a PTSD did these symptoms go back much slower but remained on a high level. The strongest influence on the development of a PTSD in a regression analysis had the factor „acute stress reaction factor“ (diagnosis of an acute stress disorder combined with a severe psychiatric impairment at T1 (Impairment-Scale, ISS-psy)). – An outpatient psychotherapeutic treatment was taken up by 10 police officers after the severe event. On the basis of this data it would be reasonable to identify persons with a high risk factor for the development of a PTSD and to offer them specific treatment measures. Therefore prevention programmes were evaluated by means of a literature analysis.

Key words:

police, self-screening, online-evaluation, job strain, trauma, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, prevention

Stress psychique résultant d'événements traumatisants vécus dans l'exercice du métier - Prévention dans la service de police -

Résumé

Dans l'exercice de leur métier, les fonctionnaires de police sont confrontés avec de multiples sortes de missions et d'exigences. Il n'est pas rare qu'en résultent des situations de surmenage très variées. L'expérience vécue et le processus de l'assumer sont individuels et déclenchent donc des réactions également diverses. *L'objectif 1* du projet était le développement d'un instrument d'auto-dépistage, spécifique à la police, permettant d'évaluer *on-line* son propre stress professionnel. Pour cela, nous avons développé de manière empirique, à l'aide d'entretiens avec des experts, une taxinomie détaillée des qualités du stress dans le cadre du travail de la police (catégories génériques: (1) du fait de la mission/des événements vécus lors des interventions, (2) en raison de l'organisation et de la structure du travail, (3) stress du fait des conditions extérieures, (4) stress du fait des conditions sociales et (5) stress résultant d'autres conditions). Dans le cadre d'un questionnaire anonyme *on-line*, 1154 fonctionnaires de police ont réfléchi à leur situations de stress. Cette forme d'auto-dépistage s'est révélée un instrument anonyme à bas seuil. Pour *l'objectif 2* du projet, nous avons étudié, à l'aide d'un *design* prospectif, chez 59 fonctionnaires de police l'évolution psychique spontanée faisant suite à des situations professionnelles de stress extrême (p.ex. l'usage de l'arme de service, accident grave de la circulation), et cela pendant une période d'un an. Immédiatement après l'événement (T1), les critères pour établir le diagnostic d'une réaction aiguë à un stress étaient remplis 25 fois (42 %). Lors de la formation de la réaction aiguë à un stress chez les fonctionnaires de police, les symptômes centraux constituant le stress étaient l'« intrusion » et la « surexcitation », alors que l'« évitement » était plutôt un symptôme secondaire. Chez les fonctionnaires de police ayant une réaction aiguë à un stress, les symptômes psychiques et psychosomatiques induits par le traumatisme (*Brief Symptom Inventory*, BSI) augmentaient de manière significative dans les domaines de la somatisation, de l'obsessivité, de l'agressivité et de la pensée paranoïde. Comme mécanismes de *coping* inadéquats, les personnes concernées ont eu recours à l'« élaboration dépressive », le « contrôle des sentiments et le repli social », ainsi qu'à la « tendance régressive ». – Six mois après l'événement (T2), le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (PTSD) a été établi 14 fois (28 %) sur la base d'entretiens approfondis. Après la formation de symptômes extrême chez les fonctionnaires de police immédiatement après l'événement potentiellement traumatique, le degré de stress diminuait dans le sens d'une rémission spontanée pendant six mois chez la plupart des personnes concernées. Ce n'est que chez les personnes concernées souffrant d'un état de stress post-traumatique, que ces symptômes diminuaient moins et restaient à un niveau élevé. Dans une équation de régression, c'est « le facteur de demande acute » (diagnostic d'une réaction aiguë à un stress, combiné à une lourde déficience psychique (BSS-psy) au moment T1) qui avait la plus forte influence sur le développement d'un état de stress post-traumatique. Après l'événement grave, 10 fonctionnaires de police ont suivi un traitement psychothérapeutique ambulatoire. En raison de ces données, il serait donc utile

d'identifier les « personnes à risques » susceptibles de développer un état de stress post-traumatique et de leur proposer des mesures de soutien spécifiques. C'est la raison pour laquelle, dans un travail sur la littérature relative à ce sujet, nous avons réuni et évalué les programmes de prévention existant jusqu'à présent.

Mots clés:

police, auto-dépistage, évaluation *on-line*, stress professionnel, traumatisme, réaction aiguë de stress, état de stress post-traumatique, prévention

A Einführung

1 Einleitung

1.1 Psychische Belastung im Rahmen der Berufsausübung im Polizeidienst

Seit Beginn der 80er Jahre wird den Folgen traumatischer Ereignisse bzw. dem Umgang mit schwersten Belastungen vermehrt Beachtung geschenkt. PolizistInnen sind durch direkte Traumaexposition in erheblicher Weise belastet und unterliegen daher möglicherweise einem erhöhten Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln. So finden sich bei PolizistInnen in der Literatur PTBS-Punktprävalenzen zwischen 5 bis 7 % (CARLIER et al., 1997; TEEGEN et al., 1997). Wesentlich häufiger waren zudem klinisch relevante subsyndromale Störungsbilder.

An fünf Hamburger Polizeiwachen wurde eine Erhebung zu hoch belasteten Einsatzerfahrungen, Bewältigungsstrategien und Belastungsstörungen durchgeführt (TEEGEN et al., 1997). Es beteiligten sich 155 PolizeibeamtInnen aller Dienstgrade. 86 % der Auskunftspersonen fühlten sich durch mangelnde Anerkennung ihrer Person bzw. Berufsrolle durch die Öffentlichkeit und Medien „ziemlich“ bis „sehr“ stark beeinträchtigt. Die Hälfte hatte an Seminaren zu allgemeinen Aspekten der Stressbewältigung teilgenommen – nur ein Drittel von ihnen bewerteten die Anleitungen als hilfreich. 72 % berichteten über traumatische Erlebnisse in ihrer persönlichen Lebensgeschichte. Am häufigsten wurde der plötzliche Tod nahe stehender Menschen genannt. Alle (!) PolizistInnen waren im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mehrfach mit als traumatisch definierten Stressoren konfrontiert. Angaben zu dem Traamakriterium A2 (extreme emotionale Belastung) machte allerdings nur knapp die Hälfte. Fast alle waren mit gewalttätigen Menschenmengen, und etwa zwei Drittel mit Großschadensfällen (Zug- und Flugzeugunglücke; Brände) konfrontiert. Die meisten waren selbst in Lebensgefahr geraten und hatten Verletzungen erlitten. Mehr als die Hälfte hatte von ihrer Schusswaffe Gebrauch machen müssen, 20 % hatte den Tod von KollegInnen durch Gewalteinwirkung und fast die Hälfte den Selbstmord von KollegInnen erlebt. Auf die Frage, welche Strategien, Gedanken und Überzeugungen helfen, extrem belastende Einsätze zu bewältigen, wurden von den meisten konstruktive Strategien genannt: guter Zusammenhalt unter KollegInnen, Gefühl, sich auf KollegInnen verlassen zu können, Glaube an die eigene Stärke und den Sinn des Einsatzes. Einige nannten jedoch auch Aspekte, die als eher ungünstig gelten, da sie durch negative Kognitionen und Identifizierung die Widerstandskraft schwächen, z. B. Galgenhumor oder Gedanken an die eigene Familie. Nach hoch belasteten Einsätzen waren Gespräche mit Vorgesetzten, KollegInnen, PartnerInnen oder auch FreundInnen für fast alle von großer Bedeutung und wurden meist als hilfreiche soziale Unterstützung erlebt. Zum Zeitpunkt der Erhebung litten 40 % der PolizistInnen unter Intrusionen. Symptome des Vermeidungsverhaltens und Beschwerden, die mit einem erhöhten körperlichen Erregungsniveau verbunden sind, wurden deutlich seltener berichtet. Bei 5 % wurde eine voll ausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und bei weiteren 15 % eine partielle PTBS festgestellt. Zusätzlich litten 23 % unter Depressivität und 43 % unter psychosomatischen Beschwerden.

Eine Analyse von Faktoren, die die Symptomentwicklung beeinflussen können, zeigte, dass PolizistInnen mit einer PTBS im Vergleich zu geringer belasteten KollegInnen signifikant häufiger Angaben machten zu:

- Traumatischen Erfahrungen in der persönlichen Lebensgeschichte
- Anzahl hochbelastender Einsätze im Berufsalltag
- Lebensgefährlichen Einsätzen
- Ungünstigen Bewältigungsstrategien
- Belastung aufgrund der Diskreditierung durch Öffentlichkeit und Medien
- Komorbiden psychischen Störungen.

VIOLANTE (1996) beobachtete ein erhöhtes Suizidrisiko bei PolizeibeamtInnen vor allem nach dem gewaltsamen Tod von KollegInnen oder eigenem Waffengebrauch im Dienst. Er weist darauf hin, dass 95 % der PolizistInnen bei einer Selbsttötung ihre Dienstwaffe benutzen, und dass der leichte Zugang zu Waffen das Suizidrisiko dieser Berufsgruppe erhöht.

Vergleichbare Ergebnisse brachte eine Untersuchung von 262 PolizeibeamtInnen in den Niederlanden, die hoch belastende Einsätze erlebt hatten. Bei 7 % wurde eine PTBS und bei weiteren 34 % eine partiell ausgeprägte PTBS festgestellt. PolizistInnen mit PTBS nutzen vergleichsweise häufiger ungünstigere Bewältigungsstrategien (z. B. Unterdrückung belastender Gefühle) und waren mit der sozialen Unterstützung im beruflichen und privaten Umfeld sowie mit der beruflichen Tätigkeit unzufriedener. Eine Befragung von 105 PolizistInnen in Cleveland/USA ergab eine höhere PTBS-Prävalenz (13 %); eine starke Symptombelastung war vor allem mit lebensgefährlichen Einsätzen verbunden (ROBINSON et al., 1997).

Zur Frage der psychischen Belastung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit wurden in einer amerikanischen Untersuchung an 103 PolizistInnen (VIOLANTI & ARON, 1994) vier besonders belastende Standardsituationen gefunden: Jemanden in Ausübung des Berufes zu töten, der Tod von ArbeitskollegInnen, körperlicher Angriff und Konfrontation mit misshandelten Kindern. Bei einer anonymen Befragung österreichischer BeamtInnen des Sicherheitswachdienstes und der Kriminalpolizei (STEINBAUER, 2001) wurden als besonders belastende Situationen Unglücke mit Kindern, Unglück von KollegInnen und Überbringen einer Todesnachricht genannt.

In einer Untersuchung über die psychosoziale Beratung von PolizeibeamtInnen in dienstlichen Belastungssituationen (SENNEKAMP & MARTIN, 2003) konnte gezeigt werden, dass je nach Belastung ein erhebliches Bedürfnis besteht, Stresssituationen mit anderen Personen als den unmittelbaren Vorgesetzten oder KollegInnen zu besprechen. Andererseits erwiesen sich die Fach- und Verfahrenkenntnisse der BeraterInnen aus dem Polizeidienst als großer Vorteil gegenüber der Hilfe durch polizeiexterne BeraterInnen. Als besonders belastend wurden die Situationen Schusswechsel mit StraftäterInnen, Überbringen einer Todesnachricht an Angehörige, sterbende KollegInnen, vergewaltigte Frauen, tote Kinder, Verbrennungsoffer und verwesene Leichen angegeben. Bei einem Fragebogenrücklauf von 31,6 % bei einer Gesamtstichprobe von 540 versandten Fragebögen litten ca. 2/3 der untersuchten BeamtInnen unter langfristigen subjektiven Auswirkungen nach Extrembelastung. 1/3 der Untersuchten hatten nach eigener Einschätzung keine Extremsituation erlebt oder diese subjektiv ausreichend verarbeitet.

In einer eigenen Studie der Projektgruppe wurde anhand einer Stichprobe von über 300 PolizeibeamtInnen aus dem Bereich des Polizeiärztlichen Dienstes Münster und Dortmund die bisherige Situation der Krisenintervention nach beruflich bedingter Extrembelastung bei PolizistInnen in den Jahren 1995 bis 2003 untersucht. Bei PolizeibeamtInnen der Kategorie 1 (Schusswaffengebrauch mit Gefahr für die eigene Person) wurden signifikant häufiger eine PTBS und andere psychische Diagnosen im Vergleich zu den anderen Kategorien gefunden (Kategorie 2: Standardsituationen mit Gewaltanwendung gegenüber Dritten; Kategorie 3: Suizide und Suizidversuche von PolizeibeamtInnen). Unter Berücksichtigung der Geschlechterdifferenz litten Polizeibeamte vermehrt unter einer PTBS, Polizeibeamtinnen vermehrt unter anderen psychischen Diagnosen (BÄR et al., 2004).

1.2 Häufig auftretende psychische Belastungen im Rahmen der Berufsausübung im Polizeidienst

Weitere Ergebnisse liegen bisher über die Folgen psychischer Belastungen durch Unfälle und Gewalterfahrungen vor.

1.2.1 Psychische Belastung durch Unfälle

Verkehrsunfälle gehören zu den häufigsten psychotraumatisierenden Ereignissen, die sowohl kurz- wie langfristige psychische Beeinträchtigungen zur Folge haben (SCHNYDER & MALT, 1998). Erst seit 1992 werden schwere Unfälle mit dem Konzept der Psychotraumatologie in Zusammenhang gebracht (MALT, 1988; MAYOU et al., 1993; BLANCHARD et al., 1994; BLANCHARD et al., 1995; SCHNYDER & BUDDEBERG, 1996). Die Inzidenz psychischer Störungen wird in diesen Untersuchungen relativ hoch eingeschätzt: in den ersten Wochen nach einem Unfall leiden 20 bis 50 % der PatientInnen an depressiven und/oder Angstsymptomen i. S. einer Akuten Belastungsreaktion. Im mittelfristigen Verlauf klingen diese häufig wieder ab, trotzdem leiden ca. 10 bis 25 % der Unfallopfer langfristig an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Im deutschsprachigen Raum existieren zwei Querschnittsuntersuchungen von STEIL (1996), die eine (vermutlich zu hohe) Prävalenz der PTBS von 54,3 % bzw. 48,4 % bei Unfällen, die im Mittel zwischen 8,3 und 6,1 Jahre zurücklagen, fand, sowie eine Längsschnittstudie von FROMM-BERGER et al. (1998), die innerhalb von 6 Monaten nach dem Unfall bei 18,4 % der Verletzten eine PTBS diagnostizierten. Dabei blieb diese PatientInnengruppe signifikant länger im Krankenhaus, sie wurde länger und häufiger in einer Rehabilitationsklinik behandelt und benötigte mehr Hilfe und Unterstützung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Da die Inzidenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung höher ist, wenn das Trauma mit körperlichen Verletzungen verbunden ist (SCHNYDER & BUDDEBERG, 1996; HELZER et al., 1987; PITMAN et al., 1989), wird bei diesen PatientInnen ein schwierigerer Rehabilitationsverlauf erwartet. Dies wirft die Frage auf, inwiefern auch im beruflichen Kontext psychische Traumatisierungen mit zusätzlichen körperlichen Verletzungen zu einer höheren und längeren Beeinträchtigungsschwere führen.

1.2.2 Psychische Belastung durch Gewalterfahrungen

Individuelle Gewalterfahrungen erlangen ihre traumatische Qualität durch „ein vitales Diskrepanzerleben 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“ (FISCHER & RIEDESSER, 1998, S. 79). Besonders pathogen sind sog. Beziehungstraumata, von Menschen an Menschen (planmäßig) begangene man-made-desaster, da diese den „Riss zwischen Individuum und Umwelt“ (a.a.O.) in besonderer Weise hervorrufen können.

Um sich angesichts mangelnder intrapsychischer Schemata zur Assimilation (PIAGET, 1947) bei Traumatisierung vor einer Reizüberflutung zu schützen, zeigen Traumatisierte in der peritraumatischen Situation überzufällig häufig dissoziative Symptome. SoldatInnen nach Kampfeinsätzen, die im Peritraumatic Dissoziative Experience Questionnaire (PDEQ) (BERNSTEIN & PUTNAM, 1986) hohe Werte aufwiesen, wiesen später ein deutlich erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer PTBS auf. In die gleiche Richtung weisen die bisherigen Ergebnisse des Kölner Opferhilfemodells (FISCHER & RIEDESSER, 1998).

1.3 Zur Psychopathologie und Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Arbeiten von HOROWITZ (1976) zur Stress- und Traumatheorie „Stress response syndroms“ haben dazu beigetragen, dass psychotraumatologische Syndrome wie die PTBS in das Diagnostische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM-IV, 1994) Eingang fand. Regelmäßig besteht ein Wechsel von intrusiven Erinnerungen (Flashbacks; Albträume) mit schweren vegetativen Begleitreaktionen und Verleugnungs- bzw. Vermeidungsstrategien. Die mittelfristige Gefahr sozialer Folgesymptome (wie Arbeitsplatzverlust; drohende vorzeitige Berentung) ist hoch.

Für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) wird ein auslösender Stressor verantwortlich gemacht, den die WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION, 1993) definiert als: „Ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.

Der Symptomkomplex besteht aus der Trias *intrusive Erinnerungsbilder*, *Verleugnung/Vermeidung* und *erhöhtes physiologisches Erregungsniveau*. Im DSM-IV finden sich sechs diagnostische Kriterien (A-F) für die PTBS, die nach dem standardisierten Interview SKID (WITTCHEN et al., 1997) erhoben werden. Das A-Kriterium erfasst das psychotraumatische Ereignis. Das B-, C-, und D-Kriterium beschreiben jeweils den Symptomenkomplex der Intrusionen, Vermeidung und Übererregung. Das E-Kriterium fordert, dass die Symptomatik länger als einen Monat besteht; und das F-Kriterium spiegelt die soziale und klinische Beeinträchtigung der/s Betroffenen wider. Chronifizierte Formen der PTBS können in eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung übergehen (ICD-10: F62.0).

Die neurobiologische Grundlage der PTBS ist Gegenstand der Forschung und wurde bereits in einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten diskutiert (z. B. VAN DER KOLK, 1996; EHLERT et al., 1999; GALLEY et al., 2000). Bahnbrechend für neurobiologische Modelle der PTBS sind Untersuchungen mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Hiernach ist unter experimentell induzierten Flashbacks besonders das Broca-Areal (motorisches Sprachzentrum) in seiner Aktivität unterdrückt und die Mandelkernregion rechtshemisphärisch besonders aktiv (RAUCH et al., 1996; SHIN et al., 1997). Diese Befunde erklären, warum viele Traumatisierte das Geschehen oft nur bildhaft wiedererleben, nicht in Worte fassen können und immer wieder von einem Zustand wortlosen Entsetzens („speechless terror“) berichten.

Bei der PTBS treten Veränderungen auch unabhängig von spezifischen Traumareizen auf. Hierzu gehören z. B. die Regulation von Botenstoffe der Stressachse, die Schreckreaktion, Schlafstörungen und die Neurovulnerabilität der Hippokampusformation. Chronische Dysregulationen sind bei PTBS-PatientInnen für die Botenstoffe der Katecholamine, Opiate und Kortikoide festzustellen. In verschiedenen Untersuchungen fanden sich deutlich höhere Noradrenalin Spiegel im Urin als bei der gesunden Kontrollgruppe (DE BELLIS et al., 1997). Bei KriegsveteranInnen mit einer PTBS führt die Präsentation von Videos über militärische Kampfhandlungen zu einer Anhebung der Schmerzschwelle, die nach Verabreichung eines Opiatantagonisten (Naloxon) reversibel ist (PITMAN et al., 1990). Befunde zur Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Stressachse) haben in Fachkreisen zu lebhaften Diskussionen geführt. Entgegen der Erwartung einer klassischen Stressreaktion mit vermehrter Ausschüttung von Kortisol wurde bei PTBS PatientInnen ein relativer Hypokortisolismus (YEHUDA 1997) bei erhöhtem Corticotropin-Releasing-Hormon-(CRH)-Spiegel (HEIM et al., 1997) festgestellt. Diese Konstellation ist als paradoxe Regulation der Stressachse bei der PTBS in die Literatur eingegangen.

Wesentlich ist weiterhin, dass die Schreckreaktion (engl. „startle response“) auf ein lautes Geräusch bei der PTBS erhöht ist. Gleichzeitig ist die Gewöhnung bei wiederholter Präsentation des Schreckreizes verringert und die Abschwächung durch einen Vorlaufreiz (sog. Pre-Pulse Inhibition) vermindert (SHALEV et al., 1992). Weiterhin findet man bei PatientInnen mit einer PTBS eine Zuspitzung motorischer Aktivität im Schlaf, vermehrte Schlafunterbrechungen und verlängerte Wachzeiten zwischen den Schlafzyklen. Der Schlaf ist kürzer und weniger erholsam (MELLMAN 1997 zitiert nach GALLEY et al., 2000). Volumetrische Untersuchungen der Hippokampusformation weisen auf eine selektive Atrophie dieser Hirnregion hin. Ob dieser Befund als Prädisposition, Folge oder als Epiphänomen (z. B. durch Alkoholabhängigkeit) zu betrachten ist, wird unterschiedlich bewertet (BERING et al., 2002).

Gegenwärtig existieren lediglich Hypothesen, wie die spezielle Psychopathologie der PTBS mit der Regulation von Katecholaminen, Opiaten und Kortikoiden zusammenhängt. Nach EHLERT et al. (1999) ist der Symptomkomplex der Intrusion und des Hyperarousals (B- und D-Kriterium) an die exzessive Freisetzung von Katecholaminen geknüpft. Die emotionale Verflachung (C-Kriterium) wird nach van der KOLK et al. (1989) Fluktuationen des Opioidsystems zugeschrieben. Die Bedeutung der paradoxen Regulation der Stressachse ist bisher unverstanden. Die Psychopathologie des Flashbacks, die Lösungsresistenz des Traumaschemas, sowie die

gestörte räumliche und zeitliche Integration psychotraumatischer Erlebnisse werden im Kontext gestörter zentralnervöser Informationsverarbeitung interpretiert. Der Forschungsstand macht deutlich, dass sich psychobiologische Konzepte zum Verständnis der PTBS abzeichnen. Dennoch ist eine „eins-zu-eins Übertragung“ von Psychopathologie, Psychodynamik und Neurobiologie noch in weiter Ferne. Dies gilt insbesondere für die Analogie von neurobiologischen Modellen und psychopharmakologischen Behandlungsstrategien (BERING et al., 2002).

In der internationalen Literatur werden folgende Variablen als Prädiktoren für die psychosoziale Anpassung nach Traumatisierungen diskutiert:

1.3.1 Variablen vor der Extrembelastung

- **Alter:** CORNES (1992) fand, dass ein höheres Alter ein wichtiger Prädiktor für eine schwierige berufliche Wiedereingliederung nach einem Unfall ist. Ein ähnliches Risiko gilt auch für jugendliche PatientInnen.
- **Geschlecht:** FROMMBERGER et al. (1998) fanden, dass mehr weibliche als männliche Unfallopfer psychische Störungen entwickeln, Frauen tragen prinzipiell ein doppelt so hohes Risiko, an einer PTBS zu erkranken als Männer und haben zudem einen längeren Krankheitsverlauf (SCHYNDER, 2000).

1.3.2 Traumavariablen

- **Subjektive Bewertung des Traumas (Todesgefahr):** Die subjektive Bewertung des Unfalls als lebensbedrohlich ist ein guter Prädiktor für die spätere Entwicklung traumaassoziierter psychischer Störungen, wogegen die objektive Bedrohung keine Rolle zu spielen scheint (DAHLMANN, 1993; GREEN et al., 1993; MALT & OLAFSEN, 1992). In der Studie von BLANCHARD et al. (1995) waren beide Bewertungen wichtige Prädiktoren für eine PTBS.
- **Organische Amnesie:** Die Bedeutung einer hirnorganisch bedingten Amnesie während des Unfallereignis wird als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer PTBS in der Literatur widersprüchlich diskutiert (MAYOU et al., 1993; MCMILLIAN, 1991).

1.3.3 Variablen nach dem Trauma

- Sowohl die **Länge des Krankenhausaufenthaltes**, als auch die **Länge der Zeit außerhalb des Arbeitsprozesses** sind Prädiktoren für eine schlechte psychosoziale Anpassung nach einem Trauma (CORNES, 1992).
- **Intrusive Erinnerungen:** In prospektiven Studien zeigte sich, dass PTBS-Symptome direkt nach dem Trauma die besten Prädiktoren für PTBS-Symptome nach 6 Monaten (FEINSTEIN & DOLAN, 1991) bzw. 12 Monaten (MAYOU et al., 1993) waren.

1.3.4 Prädiktoren für die psychosoziale Anpassung nach somatischer Traumatisierung

- **Social Support/Ressourcen:** Empirische Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zeigten, dass eine gute und enge soziale Unterstützung als einzige Umweltvariable konsistent mit einer erfolgreichen psychosozialen Anpassung an eine traumatische Amputation einherging (WILLIAMSON et al., 1994; ORR et al., 1999; RYBARCZYK et al., 1992; RYBARCZYK et al., 1995; TYC, 1992). Einschätzungen der letzten Jahre zufolge sind die psychosozialen Ressourcen eines Menschen die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Inzidenz von psychiatrischen Störungen (SCHNYDER & BUDDEBERG, 1996), den Umgang mit chronischer Krankheit und Behinderung (SCHRÖDER & SCHWARZER, 1997) und den Verlauf von Rehabilitation im Hinblick auf die Fähigkeit des Individuums, wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert zu werden.
- **Coping:** In bisher nur wenigen internationalen Studien zeigte sich, dass Coping-Strategien einen entscheidenden Einfluss auf die psychosoziale Anpassung haben (HILL et al., 1995; DUNN, 1996; LIVNEH et al., 1999). In zwei Studien (MALT, 1992; SCHNYDER & MALT, 1998) konnten sechs verschiedene akute Stress-Reaktions-Muster nach Unfällen identifiziert werden, wobei die Evaluation dieser verschiedenen Reaktionsmuster eine wichtige Grundlage für die Entwicklung spezifischer Interventionen für Traumaopfer ist. Es zeigte sich zudem, dass das Copingverhalten nicht mit der objektiven Schwere des Traumas, sondern nur mit der Psychopathologie des Traumaopfers in Zusammenhang stand.

1.4 Psychotherapeutische Behandlung

1.4.1 Allgemeine Ansätze

Im Gegensatz zum beruflichen Kontext gibt es zum psychischen Verlauf verunfallter PatientInnen einige – wenn auch relativ wenige – Studien, die die Effektivität psychotherapeutischer Intervention speziell mit Unfallopfern systematisch untersucht haben.

In einer prospektiven, kontrollierten und randomisierten Studie von TOBIASEN und HIEBERT (1985) konnte beispielsweise an 20 schwerstverbrannten PatientInnen gezeigt werden, dass psychotherapeutische Interventionen (Entspannung; kognitive Umstrukturierung u. a.) zu einem besseren physischen und psychischen Outcome führt, was mit einem signifikant kürzerem Krankenhausaufenthalt korrelierte. HICKLING & BLANCHARD (1997) entwickelten im Rahmen einer Fallstudie ein psychotherapeutisches Programm für 10 Sitzungen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen für 10 TraumapatientInnen (9 Frauen und 1 Mann; 16 bis 131 Wochen nach dem Trauma). Die Pre- und Post-treatment-Erhebungen konnten eine signifikante Verbesserung der PTBS-, der Angst- und der Depressionssymptome nachweisen.

Die aktuellste Therapiestudie aus dem Bereich Unfallforschung stammt von BRYANT et al. (1998) und untersuchte randomisiert und kontrolliert die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) und non-direktiven Beratungsgesprächen im Vergleich bei 24 PatientInnen mit einer diagnostizierten Acute Stress Disease (ASD)

nach Verkehrs- oder Arbeitsunfall. Die Autoren gingen davon aus, dass die Diagnose ASD RisikopatientInnen für die Ausbildung einer chronischen PTBS identifiziert und dass eine frühzeitige Behandlung der ASD prophylaktisch wirken könnte. Die Ergebnisse der Studie zeigen eindeutig, dass zum einen im Rahmen von 5 Sitzungen die CBT signifikant erfolgreicher war in der Behandlung der ASD-Symptomatik als die nicht spezifische Unterstützungstherapie und zum anderen die präventive Wirkung einer früheren Behandlung der ASD.

Fasst man die aktuellen internationalen Forschungsergebnisse zusammen, so bleibt festzuhalten, dass Therapiestudien mit Unfallopfern zahlreichen methodischen und inhaltlichen Mängeln oder Einschränkungen unterliegen. So gehen die AutorInnen von kleinen Fallzahlen bzw. von vorselektierten PatientInnengruppen aus, Kontrollgruppen sowie Lebensqualitätsindikatoren fehlen, es werden vorwiegend retrospektive Designs verwendet und der Behandlungsbeginn ist entweder zu kurz oder bis zu 12 Monate nach Trauma verzögert und/oder limitiert (BRYANT et al., 1998).

1.4.2 Psychotherapeutische Behandlung im berufsspezifischen Kontext

Zum Erfolg von differenzierten Präventions- und Behandlungsstrategien, speziell für das Personal in Berufen mit potenziellen Extrembelastungen, stellt sich die Datenlage im Sinne eines best-practice Modells nicht eindeutig dar. Aufgrund von klinischen Beobachtungen ist davon auszugehen, dass eine Frühintervention hilfreich ist.

Eine Beurteilung der Wirksamkeit therapeutischer Techniken zur Behandlung Posttraumatischer Belastungssymptome nach Evidence-based-Kriterien ist durch folgende Faktoren beschränkt (vgl. FLATTEN et al., 2001):

- die geringe Anzahl quasi-experimenteller bzw. experimenteller Studien;
- die Heterogenität der untersuchten PatientInnengruppen;
- die klinische Notwendigkeit von Methodenkombinationen in der Behandlung;
- die vermutlich hohe Rate an fehldiagnostizierten bzw. nicht erkannten posttraumatischen Syndromen, die anderen somatischen oder psychiatrischen Diagnosen zugeordnet werden;
- das noch ungesicherte Wissen um neurobiologische Zusammenhänge und Möglichkeiten der pharmakotherapeutischen Einflussnahme bei PTBS;
- die für die Psychotherapieforschung nur eingeschränkte Nutzbarkeit reiner Evidence-based-Kriterien und der Bedarf an psychotherapeutischen Wissenschaftlichkeitskriterien.

Eine besondere Bedeutung im Bereich Prävention für die Einsatzkräfte der Polizei erhalten sogenannte Debriefing-Maßnahmen. Sie werden von vielen Organisationen durchgeführt und bisher als hilfreich angesehen. Debriefings sind strukturierte Gruppensitzungen, die nach belastenden Einsätzen von speziell geschulten Teams durchgeführt werden und etwa 2 bis 5 Stunden dauern. Ziel der Verfahren ist, zur Entlastung von Emotionen und zur Integration der Erlebnisse in einem unterstützenden Umfeld beizutragen und der Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen vorzubeugen. Das bekannteste und weltweit sehr häufig eingesetzte

Debriefing-Verfahren ist das von MITCHELL (1983) entwickelte und in Zusammenarbeit mit verschiedenen KollegInnen erweiterte formale Critical Incidence Stress Debriefing (CISD; MITCHELL et al., 1996). Die Methode führt die Einsatzkräfte in einem gemeinsamen Gruppenprozess zum Austausch über das Geschehene sowie damit verbundene Gedanken und Gefühle und vermittelt anschließend Informationen über Belastungsreaktionen und Bewältigungsmöglichkeiten. Die Grundannahme der Debriefing-Methode ist, dass die Gruppenatmosphäre ein Gegengewicht zu Angst und Schrecken darstellt, Entlastung von inneren Spannungen bewirkt, einen heilsamen Effekt hat und der Entwicklung traumabezogener Beschwerden vorbeugt.

Während die Popularität des Debriefings im Polizeibereich ständig zunimmt, wird das Konzept in der Psychotraumatologie-Forschung inzwischen kritisch gesehen. Trotz oft hoher subjektiver Zufriedenheit der TeilnehmerInnen konnte bisher keinerlei Effektivität des Debriefings im Hinblick auf die Beeinflussung einer posttraumatischen Symptomatik nachgewiesen werden. Obwohl Debriefings sehr häufig für SoldatInnen und VeteranInnen durchgeführt werden, sind die Effekte im militärischen Bereich bisher nur selten untersucht worden (ADLER & BARTONE, 1999). Erste Kontrollstudien zeigten keine Effekte der Interventionen bei Golfkrieg-VeteranInnen (DEAHL et al., 1994) und nach einer Friedensmission in Somalia (LITZ et al., 1997) bzw. eine stärkere Zunahme der PTBS-Symptomatik bei SoldatInnen, die nach einem Einsatz in Bosnien an einem Debriefing teilgenommen hatten (DEAHL et al., 2000). Einige Studien, die die Effektivität von Debriefing-Maßnahmen nach Katastrophen überprüften, fanden keine Unterschiede zwischen Einsatzkräften, die an dem Debriefing teilnahmen bzw. nicht teilnahmen (HYTTEN & HASLE 1989; RAPHAEL et al., 1996).

CARRIER et al. (1997) kamen nach einer kritischen Sichtung der Befundlage zu dem Schluss, dass das CISD keinesfalls als Standardmethode zur Traumabewältigung oder sekundären Präventionen propagiert werden sollte. Fundierte Analysen der vorliegenden kontrollierten Studien (ROSE & BISSON 1998; ROSE et al., 2001) unterstreichen diese Einschätzung. NACHTIGALL et al. (2003) weisen in ihrer Metanalyse sehr sorgfältig nach, dass sich die mittleren Effektstärken von CISD nicht bedeutsam von Null unterscheiden. Dass kein spezifischer Einfluss des Debriefings auf die Störungsentwicklung festgestellt wurde, ist vermutlich dadurch zu erklären, dass eine einmalige Intervention zu Beginn eines längeren Entwicklungsprozesses, die nicht mit Trainings- und Unterstützungsmaßnahmen an der Arbeitsstelle (vor allem durch Vorgesetzte und KollegInnen) verbunden ist, nur geringe Auswirkungen haben kann. Negative Effekte des Debriefings sind vermutlich damit verbunden, dass normale Bewältigungsprozesse unterbrochen und gestört werden. In einer meist einmaligen Sitzung, die zudem häufig in den ersten Tagen nach einem Einsatz erfolgt, werden die TeilnehmerInnen mit vielfältigen Aspekten konfrontiert. Insbesondere die Stimulation einer emotionalen Selbstöffnung ist in einem Gruppensetting potenziell bedrohlich und kann zu einer weiteren Steigerung des Erregungsniveaus beitragen. Es scheint aufgrund der aktuellen Datenlage nicht sinnvoll, gesunden traumatisierten Einsatzkräften zwingend ein Debriefing anzubieten; sie erholen sich wahrscheinlich besser in den natürlichen familiären und beruflichen Unterstützungssystemen (GIST & WOODALL, 2000).

Zusammenfassend kann daher folgendes Fazit gezogen werden: Nach dem aktuellen Wissensstand der Psychotraumatologie wäre es sinnvoller, Risikopersonen zu identifizieren und diesen spezifische Unterstützungsmaßnahmen anzubieten, als standardisierte Verfahren, wie das Debriefing, „obligatorisch“ einzusetzen. Hier erweisen sich nach ersten kontrollierten Studien (GERSONS & CARLIER, 1997) kognitiv-behaviorale Behandlungen als effektiv.

Die Prognose für die psychotherapeutische Behandlung einer akuten Belastungsstörung und einer noch nicht lange bestehenden PTBS durch Interventionen, die sich auf das verursachende Trauma beziehen, ist ebenfalls günstig.

2 Zielstellungen des Projekts im Überblick

2.1 Projektziel 1: Quantitative und qualitative retrospektive Erfassung polizeispezifischer Belastungsfaktoren

PolizeibeamtInnen werden in der Ausübung ihres Berufes mit einer Vielzahl verschiedener belastender Situationen konfrontiert (u. a. HALLENBERGER et al., 2003; STEINBAUER, 2001). Belastungen werden hierbei als Einflüsse verstanden, die von außen auf den Menschen psychisch einwirken. In dieser Studie wurde der Fokus auf die negativen Folgen von Belastungen gelegt. Das Spektrum der psychischen Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit umfasst:

- die Konfrontation mit Extremsituationen, in denen PolizeibeamtInnen sowohl selber zu Schaden kommen können als auch vor der besonderen Herausforderung stehen, unter Umständen selber Gewalt ausüben zu müssen (BÄR et al., 2004);
- die Wechselschichtarbeit mit nachfolgender sozialer Desynchronisation und einem erhöhten Unfallrisiko (SCHWEFLINGHAUS, 2003);
- zwischenmenschliche Probleme (FLEISSNER, 2003; ZAPF, 2000) wie z. B. Konflikte in der Dienstgruppe oder Mobbing;
- eine als ungerecht empfundene Leistungsbeurteilung und einen Mangel an Wertschätzung und Anerkennung der Arbeit, mit Frustration und „Ausgebranntsein“ (Burnout) als mögliche Folge (siehe Landeszwischenbericht Mitarbeiterbefragung der Polizei NRW 2001/2002);
- Unzufriedenheit mit der Organisation und Führung (BORNEWASSER, 2003).

Die aktuelle empirische Polizeiforschung teilt die psychischen Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit bisher orientierend in zwei Gruppen von Belastungsqualitäten ein (vgl. STEINBAUER 2001; HALLENBERGER & MÜLLER, 2000; KLEMISCH et al., 2005). Die eine Gruppe der Belastungsqualitäten differenziert die Belastungen, die aus der Arbeitsaufgabe, somit oftmals dem Einsatzgeschehen entstehen. Es sind dementsprechend solche Belastungen gemeint, die sich auf den Inhaltsaspekt der Arbeit beziehen (vgl. KLEMISCH et al., 2005) wie zum Beispiel das Überbringen von Todesnachrichten, der Einsatz der Schusswaffe oder der Umgang mit Sexualstraftätern. Die andere Belastungsqualität subsumiert die Belastungen, die aus der Arbeits- und Organisationsstruktur der Polizei erwachsen, wie z. B. Zeit- und Vordrängungsdruck, Mangel an Personal und mangelhafte Ausstattung, aber auch Folgen neuer Managementsysteme.

Die Belastungen, die aus der Organisationsstruktur (der Aufbau- und Ablauforganisation) der Polizei erwachsen, werden in bisherigen Untersuchungen eher vernachlässigt. Der Fokus liegt verstärkt auf der Belastungsqualität, die aufgabenspezifische Belastungen im Zusammenhang mit dem Einsatzgeschehen von PolizistInnen beschreibt (z. B. GASCH, 2000; STEINBAUER, 2001; TEEGEN, 2003; VIOLANTI & ARON, 1994). Wesentlich ist jedoch, dass PolizeibeamtInnen neben den einsatzbedingten Tätigkeiten primär eher alltägliche (niedrigschwellige, aber unliebsame Ereignisse) administrative Tätigkeiten auszuführen haben. SENNEKAMP UND MARTIN (2003) diskutieren in diesem Zusammenhang eine mögliche Wechsel-

wirkung dieser beiden Belastungsqualitäten. Sie vermuten, dass ein Beamter, der aufgrund von administrativen Belastungen gereizt und überfordert ist, weniger Ressourcen zur Bewältigung einer einsatzbedingten Belastung zur Verfügung haben wird. Andererseits wird ein Beamter, der unter Beanspruchungsreaktionen (z. B. Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten) leidet, die eher alltäglichen, administrativen Tätigkeiten als belastender empfinden.

Daher liegt der erste Fokus dieser Untersuchung im Sinne einer induktiv-deduktiven Forschungsstrategie (vgl. GREIF et al., 1991) auf einer umfassenden Identifizierung (umfassend hinsichtlich der Qualität, Intensität und Quantität) und Beschreibung subjektiv wahrgenommener Belastungen im Polizeidienst.

Zusammenfassend ergeben sich so die diesem Projektziel 1 zugrunde liegenden Fragestellungen:

- (1) Qualität der Belastung: Welche Situationen werden im Polizeialltag als belastend erlebt? Die Ergebnisse zu dieser Fragestellung werden in die Konstruktion einer Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit münden.
- (2) Intensität der Belastung: Wie belastend werden die verschiedenen Belastungssituationen wahrgenommen?
- (3) Quantität der Belastung: Wie häufig werden solche Situationen im Polizeialltag erlebt?

Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen als Selbsterhebungsinstrument für PolizeibeamtInnen als 1. Ziel des Projektes entwickelt.

2.2 Projektziel 2: Evaluation des Spontanverlaufs nach beruflicher Traumatisierung

Da über den Spontanverlauf primär relativ symptomarmer Betroffener nach Extrembelastung noch wenig bekannt ist, soll als 2. Ziel der Studie dieser Spontanverlauf nach beruflicher Traumatisierung sorgfältig evaluiert werden. Angesichts des klinischen Eindrucks des wesentlichen Effektes einer Frühintervention erscheint jedoch ein Studiendesign mit einer Kontrollgruppe unbehandelter Betroffener ethisch nicht vertretbar, falls behandlungsbedürftige Symptome auftreten. In diesem Fall war die Studiengruppe in der fachlichen Lage, diese Intervention selber anzubieten oder (auf Wunsch) extern zu vermitteln.

Im Projektziel 2 wurde die Forschungsarbeit durch vier Fragestellungen geleitet:

- (1) Fragestellung: Wie häufig treten Posttraumatische Belastungsstörungen direkt (T1), 6 Monate (T2) sowie 12 Monate (T3) nach einer Extrembelastung auf?
- (2) Fragestellung: Bestehen Zusammenhänge zwischen objektivierbaren somatischen Befunden und psychosozialen Merkmalen Traumatisierter einerseits und dem Auftreten psychischer Störungen andererseits?

(3) Fragestellung: Welchen Einfluss hat das Ausmaß der objektiven Funktionseinschränkung auf die Entwicklung traumaassoziierter Störungen, die beruflichen und ökonomischen Parameter?

(4) Fragestellung: Lässt sich die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie anderer traumaassoziierter Störungen und die Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der akuten Behandlungsphase voraussagen?

Zu den jeweiligen Messzeitpunktes (T1, T2 und T3) wurden die übergeordneten Fragestellungen in Teilaspekte aufgegliedert.

2.2.1 Teilaspekte der Fragestellung 1

Wie häufig treten Posttraumatische Belastungsstörungen direkt (T1), 6 Monate (T2) sowie 12 Monate (T3) nach einer Extrembelastung auf?

- Wie sind die demografischen Charakteristika der Stichprobe der PolizeibeamtInnen zu dem Zeitpunkt T1, T2 und T3 verteilt (inklusive der nichtteilnehmenden PolizeibeamtInnen)?
- Wie hoch ist die Inzidenzrate der Diagnose der Akuten Belastungsreaktion (bzw. die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung) zu T1 und T2? (Wie ist der Verlauf der Diagnosen vom Zeitpunkt T1 zu T2?)
- Wie ausgeprägt ist die Schwere der Akuten Belastungsreaktion (bzw. der posttraumatischen Belastungsstörung) zu T1, T2 und T3 (inklusive Verlaufsanalyse)?
- Wie ausgeprägt ist die Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T1, T2 und T3 (inklusive Verlaufsanalyse)?
- Wie hoch ist das Globale Funktionsniveau der PolizeibeamtInnen zu T1 und T2 (Expertenrating) (inklusive Verlaufsanalyse)?
- Wie ausgeprägt ist die Beeinträchtigungsschwere der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome zu T1 und T2 (Expertenrating) (inklusive Verlaufsanalyse)?
- Welche Mechanismen der Krankheitsverarbeitung werden durch die PolizeibeamtInnen im Umgang mit den psychischen Symptomen zu T1 und T2 verwendet?

Es wurden die folgenden **Hypothesen zur Fragestellung 1** formuliert:

(1) Die Schwere der traumaassozierten psychischen Störungen, die mittels der Impact of Event-Scale (IES) erfasst wurde, nimmt im Verlauf vom Zeitpunkt T1 zu T2 (und zu T3) bei allen PolizeibeamtInnen signifikant ab.

(2) Die traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung), die mittels des Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst wurden, nehmen im Verlauf vom Zeitpunkt T1 zu T2 (und T3) bei allen PolizeibeamtInnen signifikant ab.

(3) PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion nutzen zu T1 und T2 dysfunktionale Mechanismen der Krankheitsverarbeitung.

2.2.2 Teilaspekte der Fragestellung 2

Bestehen Zusammenhänge zwischen objektivierbaren somatischen Befunden und psychosozialen Merkmalen Traumatisierter einerseits und dem Auftreten psychischer Störungen andererseits?

- Wie ist der Verlauf der Ausprägung der objektivierbaren somatischen Befunde der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt vor dem potenziell traumatischen Ereignis über den Zeitpunkt T1 zu T2 (Expertenrating)?
- Wie stark sind die Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen zu T1 und T2?
- Wie stark sind die Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychischen Symptomen zu T1 und T2?
- Wie ausgeprägt ist die subjektive Bewertung der Extremlastung der PolizeibeamtInnen zu T1 und T2? (inklusive Verlaufsanalyse)
- Wie stark sind die Zusammenhänge zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen zu T1, T2 und T3?

Zur Fragestellung 2 wurden aufgrund der explorativen Datenanalyse keine Hypothesen formuliert.

2.2.3 Teilaspekte der Fragestellung 3

Welchen Einfluss hat das Ausmaß der objektiven Funktionseinschränkung auf die Entwicklung traumaassoziierter Störungen, die beruflichen und ökonomischen Parameter?

- Wie hoch ist die Zahl der somatisch verletzten Traumaopfer?
- Welche körperlichen Diagnosen können bei den somatisch verletzten Traumaopfern festgestellt werden, und wie ist der Krankheitsverlauf unter Betrachtung der beruflichen und ökonomischen Parameter?

Es wurden die folgenden weiteren **Hypothesen zur Fragestellung 3** formuliert:

(4) Somatisch verletzte Traumaopfer leiden zu T1, T2 und T3 unter einer höheren psychischen Belastung als Traumatisierte ohne somatische Verletzung.

(5) Somatisch verletzte Traumaopfer weisen zu T1 und T2 eine stärkere Verleugnung der Schwere ihrer Beeinträchtigungen auf als Traumatisierte ohne somatische Verletzung.

(6) Der Anteil der Betroffenen, die an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, ist bei somatisch verletzten Traumaopfern zu T3 (ein Jahr nach dem traumatischen Ereignis) geringer als bei Betroffenen ohne somatische Verletzungen.

(7) Weibliche Polizeibeamtinnen leiden nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter traumaassoziierten psychischen Störungen im Vergleich zu männlichen Polizeibeamten.

(8) Weibliche Polizeibeamtinnen leiden nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter den traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen im Vergleich zu männlichen Polizeibeamten.

2.2.4 Teilaspekte der Fragestellung 4

Lassen sich die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie anderer traumaassoziierter Störungen und die Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der Akuten Behandlungsphase voraussagen?

- Lässt sich die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2 und T3 aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der Akuten Behandlungsphase voraussagen?
- Lässt sich die Entwicklung traumaassoziierter psychischer und psychosomatischer Störungen zu T2 und T3 aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der Akuten Behandlungsphase voraussagen?
- Lässt sich die Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit zu T3 aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der Akuten Behandlungsphase voraussagen?

Es wurde die folgende weitere **Hypothese zur Fragestellung 4** formuliert:

(9) Das akute Belastungserleben hat von allen Prädiktoren den größten Einfluss auf die langfristigen Unfallfolgen.

2.3 Projektziel 3: Entwicklung und Evaluation bestehender bzw. zu entwickelnder Präventionsprogramme

Die Möglichkeiten der Prävention im Sinne einer Erhöhung der Resilienz bzw. Widerstandsfähigkeit gegenüber potenziell als belastend erlebten Situationen sind bisher unzureichend systematisch erfasst worden. Für bestehende polizeispezifische Angebote (z. B. Debriefing, CISD; MITCHELL et al., 1996) sind nach STEIL et al. (2003) in einer Metaanalyse keine Effekte nachweisbar gewesen. Daher war durch die BearbeiterInnen geplant worden, im Rahmen dieser Studie entsprechende Daten zur Frühintervention (Debriefing) der polizeilichen Kriseninterventionsteams und einer ambulanten, traumaspezifischen Kurzzeit-Psychotherapie (bis zu 10 Therapiestunden) zu erheben und basierend auf den bisherigen retrospektiv erhobenen Daten eine Schätzung über die Effektivität einzelner aktueller und eigenentwickelter Präventionsmaßnahmen abgeben zu können.

Als Grundlage diente die Ermittlung der Ist-Situation belastender Ereignisse (Art, Häufigkeit und Schwere) in einem breit gespannten Untersuchungsfeld sowie der bisherigen Praxis der Prävention und Frühintervention, basierend auf den bisherigen Untersuchungserfahrungen aus der Kooperation mit dem Institut für Aus- und Fortbildung der Polizei Nordrhein-Westfalen in Münster.

Projektziel 1 und 2 erlaubten die Erstellung von Risikoprofilen für Betroffene von berufsbedingten Extrembelastungen im Polizeidienst, und mit dem Projektziel 3 sollten differenzielle Interventionen, Therapieindikationen und Handlungsleitfäden für die weitere Versorgung evaluiert werden.

Für das Projektziel 3 wurde die Frage gestellt:

Wie viele PolizeibeamtInnen nahmen eine ambulante Psychotherapie zur Behandlung der traumaassoziierten Störungen in Anspruch?

Es wurde die folgende **Hypothese zum Projektziel 3** formuliert:

(10) Traumaassoziierte Störungen, die innerhalb der ersten 6 Monate nach der Extrembelastung mit einer traumaspezifischen manualisierten Psychotherapie behandelt werden, erfahren eine signifikante Besserung, die zur Katamnese 6 Monate nach Therapieende stabil bleibt.

Traumaspesifische Therapien nach beruflicher Traumatisierung wurden in dieser Studie *nur* bei einer entsprechenden Indikationsstellung (Expertensicht) und Beauftragung durch die Betroffenen (Consumer-Orientierung) angeboten. Innerhalb der traumaspezifischen Interventionen werden drei Gruppen unterschieden (Differenzielle Therapieindikation):

- Frühintervention (Debriefing),
- Manualisierte Traumaspesifische Kurzpsychotherapie bis zu 10 Behandlungsstunden (MPTT; FISCHER, 2000) und
- mittelfristige Fachpsychotherapie aufgrund komplextraumatischer Störungsbilder oder einer zusätzlich bestehenden psychischen Komorbidität (z. B. einer vorbestehenden Depression oder Persönlichkeitsstörung).

Für die ambulante, traumaspezifische Kurzzeit-Psychotherapie ist eine einheitliche, valide und reliable Basisdokumentation somatischer und soziodemographischer Parameter sowie eine valide und reliable psychische Diagnostik, aufbauend auf den o. g. Vorarbeiten der BearbeiterInnen zur Diagnostik und Qualitätssicherung gegeben.

Als weiterer Schritt im Projektziel 3 war die Erstellung eines manualisierten Konzeptes in Kooperation mit den PolizeiärztInnen und PolizeipsychologInnen geplant worden, um durch eine Frühintervention aufgrund dieses Manuals die Prävention von Folgeschäden psychischer Belastung durch traumatisierende Ereignisse zu gewährleisten. Dieses geplante Vorhaben konnte jedoch nicht realisiert werden (siehe Kapitel 10.2).

B: Projektziel 1

3 Erfassung der psychischen Belastungsfaktoren im Untersuchungsfeld Polizei

Das Forschungsvorhaben wurde in Kooperation zwischen dem Institut für Aus- und Fortbildung der Polizei NRW, Fachbereich Management und Führung (LPD U. Weiss) und dem Universitätsklinikum Münster (UKM), Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Univ.-Prof. Dr. G. Heuft) durchgeführt. Als Arbeitstitel wurde „OPTI-Prävention (Optimierte Belastungsbewältigung – Prävention bei potentiell traumaexponierten Beschäftigten)“ verwendet.

3.1 Interviews zum Ausmaß und den Auswirkungen beruflich belastender Situationen im Polizeialltag

Um ein polizeispezifisches Screening-Instrument zur Erfassung der beruflichen Belastung konstruieren zu können, galt es zunächst, die unterschiedlichen Facetten polizeispezifischer Belastungen umfassend zu erheben, d. h. es musste offen gelegt werden,

- welche Situationen und Faktoren im Polizeialltag von den MitarbeiterInnen als belastend empfunden werden (Qualität der Belastung),
- welche Charakteristika diese Situationen aufweisen (subjektive Intensität, Quantität, Ablauf und Struktur und Situationsmerkmale der Belastung) sowie
- welche Folgen diese Belastungen für den einzelnen haben (Belastungsfolgen/Beanspruchung).

In der ersten Untersuchungsphase wurden PolizeibeamtInnen aus verschiedenen Behörden in Nordrhein-Westfalen zum Ausmaß und den Auswirkungen beruflich belastender Situationen in ihrem Polizeialltag befragt. Das vorrangige Ziel dieser Erhebungsphase bestand in einer umfassenden retrospektiven Erhebung subjektiv wahrgenommener Belastungssituationen innerhalb der Polizeiarbeit. Die Ergebnisse dieser ersten Untersuchungsphase mündeten in der Entwicklung einer Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit. Die anschließend folgende Erhebungsphase ergänzte die bis dahin erzielten Ergebnisse und Interpretationen, indem weitere PolizeibeamtInnen in Form von Gruppeninterviews diese kritisch reflektierten und gegebenenfalls korrigierten.

3.2 Untersuchungsmethoden zu den Interviews

3.2.1 Rekrutierungsphase

In der Zeit vom 01.02.2004 bis 15.03.2004 wurden die Leiter folgender Kreispolizei- bzw. Landratsbehörden im Rahmen eines telefonischen Erstkontaktes um eine Teilnahme an dem Projekt gebeten: PP Bielefeld, PP Gelsenkirchen, PP Recklinghausen, PP Wuppertal, PP Münster, PP Köln – UA SE, LR Soest, IAF – FB Einsatz und FB Management und Führung (Auslandseinsätze, Spezialeinheiten und Stressbewältigungstraining). Im Anschluss daran erhielten diese LeiterInnen eine Kurzbeschreibung des Projekts und in jeder Behörde wurden Koordinatoren bestimmt, die die Terminierung und Logistik der anstehenden Interviews übernahmen.

3.2.2 Aufbau des Interviews

Das Interview wurde als halbstandardisiertes Einzelinterview mit einem Projektmitarbeiter als Face-to-Face-Interview durchgeführt, mit einigen Befragten auch als (computergestütztes) Telefoninterview. Von den bekannten Interviewverfahren entspricht das hier angewendete Vorgehen am ehesten dem Experteninterview von MEUSER & NAGEL (1991), denn die Untersuchungspersonen interessierten weniger als Einzelpersonen, sondern eher als Repräsentanten einer Gruppe von ExpertInnen bzw. als VertreterInnen bestimmter Rollen in polizeibezogenen Belastungssituationen. Das Interview wurde in folgende Abschnitte aufgeteilt: (1) Begrüßung/Einleitung; (2) personenbezogene Informationen; (3) Sammlung erlebter Belastungssituationen; (4) Analyse konkreter Belastungssituationen auf Basis der „critical-incident-Technique“ (FLANAGAN 1954) und (5) gewünschte und aktuelle Unterstützungsmaßnahmen.

3.2.3 Training der Interviewer

Die notwendigen Qualifikationen zu Wissen im Bereich Belastung/Beanspruchung sowie zu Strukturfragen der Polizei wurden durch ein eintägiges Interviewtraining und eine individuelle Supervision jedes Interviewers sichergestellt. Das eintägige Interviewtraining wurde als partizipatives Verfahren zur Veränderung bzw. Optimierung intrapersonaler Informationsverarbeitungsprozesse als auch Optimierung interviewrelevanter sozialer Prozesse gestaltet. Es beinhaltete folgende Einheiten, die vorzugsweise über Methoden des selbstorganisierten Lernens vermittelt wurden: (1) Darstellung und Analyse des Verhaltens von Modellpersonen; (2) Wissensvermittlung über Interviewinhalte; (3) aktives Einüben spezifischer Zielverhaltensweisen in Rollenspielen; (4) unmittelbares Feedback bezüglich des eigenen InterviewerInnen-Verhaltens von den anderen Trainingsteilnehmern und (5) die Erfassung der geführten Interviews innerhalb eines relationalen Dokumentationssystems.

3.2.4 Durchführung der Pretest zu den Interviews

In der Zeit vom 15.03.2004 bis 20.03.2004 wurde der Ablauf des Interviews an einer kleinen Stichprobe erprobt, um den für eine Sitzung einzuplanenden Zeitrahmen abzuschätzen, die Interviewtechnik einzuüben, die methodischen Fähigkeiten im Umgang mit den verschiedenen Skalen zu testen und die Belastbarkeit der TeilnehmerInnen vor allem im Hinblick auf die zum Teil sensiblen Inhalte/Interviewpassagen abzuschätzen.

3.2.5 Durchführung der Interviews

Die Interviews von im Durchschnitt etwa einer Stunde Dauer mit einem Range von 30 Minuten bis zwei Stunden wurden in der Zeit vom 31.03.04 bis 07.06.04 durchgeführt und sowohl schriftlich als auch als Audioaufnahme (digital) nach durchgehenden Anweisungen protokolliert. Das handschriftliche Protokoll wurde möglichst bald nach dem Interview durch die InterviewerInnen in ein computergeschriebenes Format als Eingabemaske mit detaillierten Erläuterungen zu Art und Umfang der Protokollierung übertragen. Vor Beginn der Befragung wurde den UntersuchungspartnerInnen ein verantwortungsvoller Umgang mit diesen Aufzeichnungen zugesichert. Ein entscheidender Vorteil der digitalen Audioaufzeichnung war, dass die verwendeten Aufnahmegeräte im Vergleich zu den klassischerweise benutzten analogen Kassettenrekordern sehr viel kleiner waren, wodurch die Präsenz der Aufzeichnung verringert wurde, von der manche Autoren (siehe BERGOLD & FLICK, 1987; S. 13 f.) eine Verminderung der Natürlichkeit der Gesprächssituation im Interview annehmen.

3.2.6 Auswertungsverfahren

Um die Datenmenge der 109 halbstandardisierten, leitfadengestützten Interviews zu bewältigen und Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Interviewaussagen herzustellen, wurde zur Auswertung der Interviews die Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1997) eingesetzt. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Verfahren für die „systematische, d. h. regelgeleitete und theoriegeleitete Analyse sprachlichen Materials“ (MAYRING, 1985; S. 187). Mit ihrer Hilfe können auch Texte größeren Umfangs methodisch kontrolliert ausgewertet werden. Dabei bleibt das Material in seinen Zusammenhang eingebettet, und ein vorschnelles Quantifizieren wird verhindert (MAYRING, 2000). Gegenüber anderen Analyseverfahren sprachlichen Materials (wie z. B. der Hermeneutik) zeichnet sie sich durch ihre Systematik in einem dreischrittigen Verfahren aus: (1) Definition der Kategorien; (2) Aufführung von Ankerbeispielen und (3) das Aufstellen von Kodierregeln. Der Kodierleitfaden wird im Laufe der Analyse durch weiteres Material (neue Ankerbeispiele/überarbeitete Kodierregeln) ergänzt bzw. modifiziert.

In dem vorliegenden Projekt wurden die in den Interviews generierten Belastungssituationen sowohl deduktiv als auch induktiv in ein Kategoriensystem überführt. Dieses Vorgehen gewährleistet sowohl eine weit reichende Konzeptabdeckung, als auch eine Berücksichtigung der berufstypischen Tätigkeiten der Polizeiarbeit. Zunächst wurden die Oberkategorien der Belastungssituationen deduktiv in Anlehnung an die Taxonomie der Stressquellen am Arbeitsplatz von MCGRATH (1981) formuliert. Anschließend wurde die Oberkategorie „Belastungen, die aus der Aufgabe selbst heraus erwachsen“ induktiv zu weiteren Unterkategorien ausdifferenziert (siehe Kap. 3.3.1).

Das beschriebene inhaltsanalytische Vorgehen wurde in diesem Forschungsprojekt mit Hilfe des relationalen Datenbanksystems MS ACCESS realisiert. Die Kodieroberfläche wurde als Formular entwickelt, das die unabhängigen Experten bei der Zuordnung der Belastungssituationen zu den Kategorien unterstützte. Die beschreibende und schließende statistische Analyse wurde mit dem Programmpaket SPSS in der Version 11.0 für Windows XP und Microsoft Excel 2002 vorgenommen.

3.2.7 Beschreibung der Stichprobe der InterviewteilnehmerInnen

Die Basis bildete eine stratifizierte Stichprobe von 109 Personen. Um zu überprüfen ob die subjektive Wahrnehmung polizeispezifischer Belastungen und eine daraus resultierende Beanspruchung von dem Dienstalder, dem Geschlecht und der Position abhängen, wurde die Stichprobe stratifiziert nach den Kriterien Alter (18-30 Jahre; 30-45 Jahre; älter als 45 Jahre), Geschlecht (weiblich; männlich) und Dienststelle (AS - Abteilung Stab; BPH - Bereitschaftspolizei Hundertschaft; ED - Ermittlungsdienste; MEK/SEK - Mobiles Einsatzkommando/Sondereinsatzkommando; Sonstiges - z. B. Auslandeinsätze; WD - Wachdienst; ZKB - Zentrale Kriminalitätsbekämpfung). Darüber hinaus wurde eine möglichst heterogene Stichprobe aus kleinen, mittleren und großen Behörden untersucht. Insgesamt wurden die 109 Interviews in 7 Behörden in Nordrhein Westfalen (NRW) durchgeführt (detaillierte Beschreibung der Stichprobe, siehe Anhang 1a).

3.3 Ergebnisse der Interviews

3.3.1 Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit

Die in den 109 Interviews erhobenen Belastungssituationen wurden mit dem oben dargestellten Vorgehen in das nachfolgend dargestellte Kategoriensystem überführt, wobei sich fünf Qualitäten polizeilicher Belastungen unterscheiden ließen (Abb. 3.1):

- (1) Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben bzw. dem Einsatzgeschehen selbst ergeben;
- (2) Belastungen, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit sowie der Struktur der Organisation heraus erwachsen;
- (3) Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen bzw. aufgrund der zeitlichen Dimension;
- (4) Belastungen aufgrund sozialer Bedingungen;
- (5) Belastungen aufgrund „sonstiger“ Bedingungen; diese Kategorie beschreibt die Belastungen, die sich nicht in das Netz der ersten vier Hauptqualitäten überführen lassen.

Die Oberkategorie (1) „Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben/dem Einsatzgeschehen selbst ergeben“ differenziert in Anlehnung an HALLENBERGER & MÜLLER (2000), KLEMISCH et al. (2005) und STEINBAUER (2001) die Belastungen, die aus der Arbeitsaufgabe der PolizeibeamtInnen, nämlich dem operativen Einsatzgeschehen heraus resultierten: z. B. das Überbringen von Todesnachrichten, Einsatz der Schusswaffe oder Umgang mit Sexualstraf Tätern.

Um der Komplexität und der Fülle der Belastungen im Polizeialltag gerecht zu werden, wurde die Oberkategorie (1) empirisch abgesichert in sieben Unterkategorien ausdifferenziert:

- schwierige emotionale Anforderungen
- Konfrontation mit der Gefahr für das Leben anderer
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Unbekannter
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Bekannter
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern
- Konfrontation mit der Gefahr für das eigene Leben
- Sonstige (aus der Aufgabe selbst).

Die Unterkategorie „schwierige emotionale Anforderungen“ beschreibt Situationen, die von den PolizistInnen als unangenehm und emotional schwierig (schwierig zu bewältigen/schwierig auszuhalten) erlebt wurden: z. B. das Überbringen von Todesnachrichten; Angehörigenbetreuung; Umgang mit Sexualstraftätern und schwierige Vernehmungssituationen.

Die Unterkategorie „Konfrontation mit der Gefahr für das Leben anderer“ beschreibt die Gefahr für Leib und Leben anderer unbekannter Personen: z. B. der Einsatz bei einer Geiselnahme und der Einsatz der Schusswaffe zur Rettung anderer.

Die Unterkategorie „Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Unbekannter“ erfasst Belastungssituationen, in denen die PolizistInnen mit dem Tod oder der Verletzung persönlich nicht bekannter, erwachsener Personen konfrontiert worden waren: z. B. Verkehrsunfälle mit Todesfolge oder Verletzung Unbekannter; Umgang mit Leichensachen, Bahnleichen; Suizide und Todesermittlungen.

In der Unterkategorie „Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Bekannter“ werden Belastungssituationen abgebildet, in denen PolizistInnen mit dem Tod oder der Verletzung persönlich bekannter, erwachsener Personen konfrontiert wurden: z. B. der Suizid von KollegInnen; der Tod oder die Verletzung von KollegInnen und Unfälle von Bekannten.

Die Unterkategorie „Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern“ beschreibt Belastungssituationen, in denen die PolizeibeamtInnen mit dem Tod, der Verletzung oder Misshandlung von Kindern konfrontiert worden waren: z. B. der plötzliche Kindstod; Verkehrsunfälle mit Kindern; Tod/Verletzung von Kindern und Kinderpornographie.

Die Unterkategorie „Konfrontation mit der Gefahr für das eigene Leben“ erfasst die Gefahr für Leib und Leben innerhalb eines Polizeieinsatzes, d. h. es handelt sich bei dieser Kategorie um Situationen, in denen die Gefahr für die eigene Gesundheit gegeben war: z. B. die Bedrohung durch eine Schusswaffe; der Einsatz der Schusswaffe zur eigenen Verteidigung/Gefahrenabwehr; Gewalttätige Auseinandersetzungen; Gewalt gegen die eigene Person; Großeinsätze mit der Gefahr für das eigene Leben; und als Geisel genommen zu werden.

Schließlich beschreibt die Unterkategorie „Sonstige (aus der Aufgabe selbst)“ die Belastungen, die sich nicht in das Netz der ersten sechs Subkategorien der Oberkategorie „die Aufgabe selbst“ einordnen ließen, die aber dennoch aus den berufstypischen Tätigkeiten (der Aufgabe selbst) entstanden.

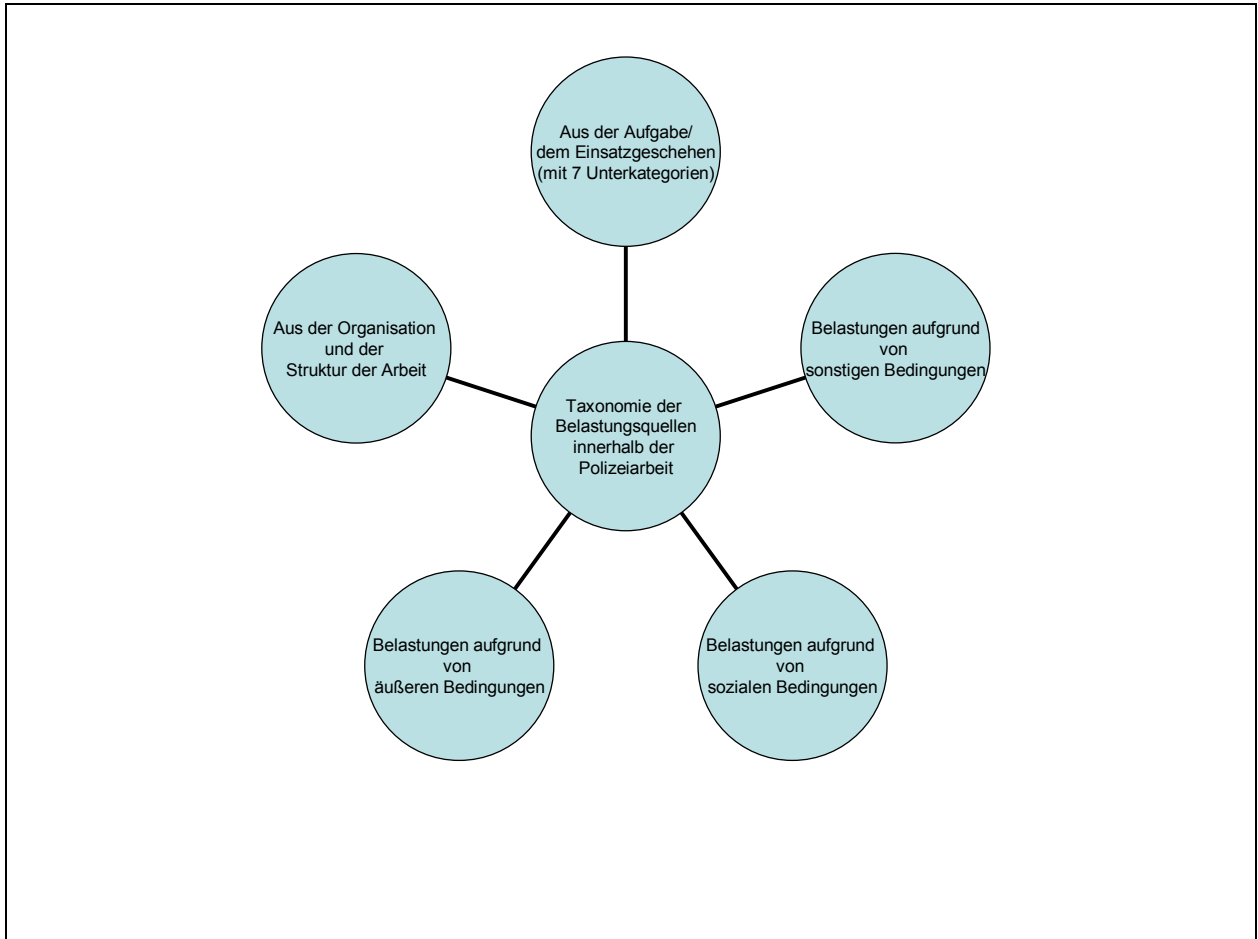


Abb. 3.1 Taxonomie der Belastungsqualitäten

In der Oberkategorie (2) „Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit“ sind Belastungen abgebildet, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit sowie der Struktur der Organisation heraus erwachsen. Es waren oftmals Bedingungen, an deren Zustandekommen die BeamtInnen keinen direkten Einfluss haben und von denen sie mittel- oder unmittelbar betroffen sind. Darüber hinaus waren auch Belastungen, die auf die organisationalen Rahmenbedingungen zurückzuführen waren, in diese Kategorie einzuordnen. Hierzu zählten die folgenden Belastungen:

- die Intensität der Arbeit (hoher Zeitdruck; hohes Arbeitstempo; Daueraufmerksamkeit)
- mangelhafte Materialien und/oder Informationen
- einen Mangel an Handlungsspielraum (Freiheitsgrade in der Arbeit)
- widersprüchliche Anweisungen
- neue Steuerungs- und Führungsinstrumente
- eine hohe Verantwortung für andere

- Status und der Anerkennung der Arbeit
- die polizeiliche Führung
- die Entlohnung
- die Informationspolitik
- die Zukunftsaussichten (Aufstieg; Sicherheit des Arbeitsplatzes).

Die Oberkategorie (3) „Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen/der zeitlichen Dimension“ beschreibt Belastungen, die aufgrund äußerer Umgebungsbedingungen (z. B. Lärm oder Hitze) entstehen sowie Belastungen, deren Qualität in der zeitlichen Dimension der Arbeit (z. B. Nachtarbeit gegen den physiologischen Tagesrhythmus) zu suchen sind. Nach SCHÖNPFLUG & SCHULZ (1979) bedingen diese Belastungen aufgrund von Umgebungsbedingungen (in diesem Fall: Lärm) nicht nur direkte physische Auswirkungen – als Beispiel führen die Autoren Schwerhörigkeit an – sondern auch psychische Auswirkungen. Im Rahmen empirischer Polizeiforschung aber auch anderer arbeitspsychologischer Untersuchungen ist immer wieder der Einfluss sowohl von Nacht- und Schichtarbeit als auch der Arbeitszeit allgemein auf die psychische Gesundheit untersucht worden (vgl. FRESE & SEMMER, 1986). Hierzu zählten folgenden Belastungen:

- ungünstige Umgebungsbedingungen (Lärm; Hitze etc.)
- körperliche Anstrengung
- zu lange Arbeitszeiten
- Schichtarbeit.

Belastungen aufgrund „sozialer Bedingungen“ gehören zu der Oberkategorie (4). SEMMER (1984) und UDRIS (1981) konnten nachweisen, dass Rollenkonflikte, also gegensätzliche Erwartungen, die an eine Person (PolizeibeamtInnen) herangetragen werden (auch Rollenambiguität), in Zusammenhang mit psychischen Beschwerden stehen. Die extremste Form einer Belastung aufgrund sozialer Bedingungen stellt sicherlich das Mobbing dar (LEYMANN, 1996; ZAPF, 1999). Beispiele für Belastungen waren:

- innerdienstliche Konflikte, Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten
- schlechtes Klima; Ärger in der Dienstgruppe
- Mobbing
- unfaire Behandlung
- zu große Abhängigkeit
- Dienststellenwechsel aufgrund von Konflikten mit KollegenInnen
- Probleme in der Familie/im sozialen Umfeld.

3.3.2 Überprüfung der Taxonomie

Zur Überprüfung wurden die Texte der in den 109 Interviews erfassten Belastungssituationen sechs unabhängigen Experten vorgelegt. Diese Experten hatten die Aufgabe, diese Texte den entwickelten Kategorien mit Hilfe eines Kodierleitfadens mit Ankerbeispielen zuzuordnen, wobei ein online Beobachter-Training eine orts- und zeitunabhängige Rückmeldung ermöglichte. Kodierleitfaden und online Beobachter-Training stellten eine gleiche Kodierung durch alle beteiligten Experten sowie die Gültigkeit der Interpretationen als auch die Zuverlässigkeit des Kategoriensystems sicher. Die Beurteilerübereinstimmungen (Cohen's Kappa) der sechs unabhängigen

Experten war für die fünf Hauptkategorien mit $K = 0,79$ gut bis sehr gut (BORTZ & DÖRING, 1995; ROBSON, 1993;), da der kritische Wert von $K = 0,7$ überschritten wurde (Tab. 3.1). Wurde die Hauptkategorie „Sonstige“ aufgrund der geringen mittleren Zellbesetzung von $n = 3$ aus der Berechnung des Übereinstimmungskoeffizienten herausgenommen, so lag Kappa bei $K > 0,80$). Eine Übereinstimmung von $K = 0,79$ bei 310 Elementen bedeutet, dass ca. 90 % der Elemente gleich kategorisiert wurden.

Tab. 3.1 Beobachterübereinstimmungen (Hauptkategorien). Die Hauptkategorie „Sonstige“ ist nicht aufgeführt, da ihre mittlere Zellbesetzung bei < 10 lag (in Klammern: mittlere Zellenbesetzungen der Hauptkategorie)

Hauptkategorie mit Zellbesetzungen > 10	Kappa
Aus der Aufgabe selbst heraus (242)	0,93
Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit (27)	0,70
Physische Bedingungen (11)	0,74
Soziale Bedingungen (24)	0,85

Die Ergebnisse innerhalb der Hauptkategorie „aus der Aufgabe“ konnten ebenfalls als gut bis sehr gut angesehen werden (Tab. 3.2), da für alle Subkategorien der kritische Wert von $K = 0,7$ überschritten wurde. Die Subkategorien „Konfrontation mit der Gefahr für das Leben anderer“ und „Sonstige (aus der Aufgabe)“ wurden nicht aufgeführt, da ihre mittlere Zellbesetzung bei < 10 lag.

Tab. 3.2 Beobachterübereinstimmung (Unterkategorien der Hauptkategorie „aus der Aufgabe“; in Klammern: mittlere Zellenbesetzungen der Hauptkategorie)

Hauptkategorie „aus der Aufgabe“ mit Zellbesetzungen > 10	Kappa
Schwierige emotionale Anforderungen (37)	0,77
Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung persönlich nicht bekannter, erwachsener Personen (95)	0,88
Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung persönlich bekannter, erwachsener Personen (25)	0,87
Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern (43)	0,92
Konfrontation mit der Gefahr für das eigene Leben (33)	0,85

3.3.3 Häufigkeit und Schwere der Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit

Insgesamt wurden in den 109 Interviews 305 Belastungssituationen erfasst (2,8 geäußerte Belastungssituationen pro Interview). Von den 305 Situationen konnten 185 (61 %) Belastungssituationen ausführlich in den Interviews exploriert werden. 120 (39 %) Belastungssituationen wurden nur in der Kernaussage der Belastung kurz beschrieben. Aus zeitlichen Gründen wurden nur diejenigen Belastungssituationen ausführlich besprochen, die von den InterviewpartnerInnen als am stärksten belastend eingeschätzt wurden. Von 84 männlichen Interviewpartnern wurden insgesamt 229 von 305 (142 davon konnten ausführlich durchgesprochen werden) Belastungssituationen genannt (2,7 geäußerten Belastungssituationen pro Interview). Bei den 25 weiblichen Interviewpartnerinnen konnten 43 von 76 Situationen ausgiebig erfasst werden (3,0 geäußerte Belastungssituationen pro Interview). Männliche und weibliche BeamtInnen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Anzahl genannter Belastungssituationen ($\chi^2 = 0,7$; $df = 1$; $p = 0,4$).

Die Tabelle 3.3 gibt Auskunft über das Lebens- und Dienstalalter der Beamten zum Zeitpunkt der Belastung. Die Belastungen, die in den Interviews geschildert wurden, lagen im Mittel 8,4 Jahre zurück (SD = 7,97). Das am längsten zurückliegende Ereignis lag 33 Jahre zurück, das am kürzesten zurückliegende weniger als ein Jahr ($n = 185$ ausführlich explorierte Ereignisse).

Tab. 3.3 Lebens- und Dienstalalter zum Zeitpunkt der Belastung
($n = 185$ ausführlich explorierte Ereignisse)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dienstalalter zum Zeitpunkt der Belastung (Jahre)	185	1	34	12,7	8,2
Alter zum Zeitpunkt der Belastung (Jahre)	185	18	56	32,4	8,3

Die Tabellen 3.4 und 3.5 geben einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der in den Interviews genannten Belastungen. Dabei fand sich hinsichtlich der genannten Belastungsquellen folgendes Muster: Es wurden signifikant mehr Belastungen genannt, die sich aus dem konkreten, polizeispezifischen Aufgabenfeld ergaben im Vergleich zu den Belastungen, deren Ursprung weitestgehend in der Aufbau- und Ablauforganisation der Polizei lag ($\chi^2 = 100,3$; $df = 1$; $p = 0,00$).

Tab. 3.4 Verteilung der Belastungen (Anzahl der Nennungen in den Interviews). Belastungen zusammengefasst in Polizeispezifische Belastungen und Belastungen, die aus der Organisation der Polizei heraus erwachsen. Belastungskategorien mit Häufigkeiten <10 gehen nicht mit ein

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Polizeispezifische Belastungen	235	79,4	79,4
Organisatorische/Administrative Belastungen	61	20,6	100,0
Gesamt	296	100,0	

Innerhalb der polizeispezifischen Belastungsquellen wurden in den ausgewerteten schweren Belastungen vor allem solche genannt, die aus dem Bereich Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung persönlich nicht bekannter Personen und Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern stammten ($\chi^2 = 121,6$; $df = 7$; $p = 0,00$). Bringt man die Belastungsquellen nach der Häufigkeit ihrer Nennungen in den Interviews in eine Rangreihe, dann werden die ersten vier Rangplätze von aufgabenspezifischen Belastungen eingenommen - unabhängig vom Geschlecht, d. h. weibliche und männliche BeamtInnen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Anzahl der Nennungen bestimmter Belastungen ($\chi^2 = 3,5$; $df = 7$; $p = 0,84$).

Tab. 3.5 Verteilung der Belastungen (Anzahl der Nennungen in den Interviews). Belastungskategorien mit Häufigkeiten <10 sind nicht mit aufgelistet

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Konfrontation mit dem Tod persönlich nicht Bekannter	95	32,1	32,1
Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern	40	13,5	45,6
schwierige emotionale Anforderungen	39	13,2	58,8
Konfrontation mit der Gefahr für das eigene Leben	35	11,8	70,6
Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit	27	9,1	79,7
Konfrontation mit dem Tod persönlich Bekannter	26	8,8	88,5
Soziale Bedingungen	24	8,1	96,6
Physische Bedingungen	10	3,4	100,0
Gesamt	296	100,0	

Das Dienstalster zum Zeitpunkt der Belastung unter Berücksichtigung der Quelle dieser Belastung war bei polizeispezifischen Belastungen bedeutsam jünger als bei den organisationsbedingten Belastungen ($t = 3,4$; $df = 178$; $p = 0,00$) (Tab. 3.6). Dazu passte auch der Befund, dass die genannten organisationsbedingten Belastungen signifikant kürzer zurücklagen als die polizeispezifischen Belastungen ($t = 5,2$; $df = 91$; $p = 0,00$).

Tab. 3.6 Dienstalster zum Zeitpunkt der Belastung und Zeitpunkt der Belastung unter Berücksichtigung der Belastungsquelle

	Kennwerte	Dienstalster zum Zeitpunkt der Belastung (Jahre)	Zeitpunkt in Jahren vor dem Interview
Polizeispezifische Belastungen	Mittelwert	11,6	9,7
	N	145	145
	Standardabweichung	7,5	8,3
Organisatorische/ Administrative Belastungen	Mittelwert	16,6	4,2
	N	35	35
	Standardabweichung	8,8	4,7

Die TeilnehmerInnen waren im Interview gebeten worden, das Ausmaß ihrer Belastung bezogen auf die jeweilig geschilderte Situation auf einer Skala von 0-100 einzuschätzen (0 bedeutete Nicht-Belastung, 100 maximale Belastung) und den Belastungsgrad während der Situation (T0), nach dem Ereignis (T1) und zum Zeitpunkt des Interviews (T2) anzugeben. Die mittlere Belastungsintensität zwischen den T0, T1 und T2 nahm signifikant ab ($F = 1697,1$; $df = 1$; $p = 0,00$). Eine Varianzanalyse (ANOVA) mit der abhängigen Variable Belastungsgrad als Messwiederholungsfaktor (T0; T1; T2) und dem Dienstalster als Zwischensubjektfaktor (Alter in Klassen) zeigte einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Belastungsgrad ($F = 730,4$; $df = 2$; $p = 0,00$), einen signifikanten Effekt des Zwischensubjektfaktors Dienstalster ($F = 1459,3$; $df = 3$; $p = 0,00$) und eine signifikante Interaktion zwischen dem Faktor Belastungsgrad und dem Dienstalster ($F = 2,8$; $df = 6$; $p = 0,01$). Der signifikante Haupteffekt für den Faktor Belastungsgrad bedeutete, dass sich die Belastung - wie weiter oben dargestellt - über die drei Zeitpunkte verringerte. Darüber hinaus wurde die Belastung über alle Zeitpunkte retrospektiv mit zunehmendem Dienstalster der BeamtInnen höher eingeschätzt (Tab. 3.7, 3.8). Die Interaktion zwischen dem Belastungsgrad und dem Dienstalster sagte aus, dass der Belastungsgrad zu den drei Zeitpunkten mit zunehmendem Dienstalster anstieg.

Tab. 3.7 Mittlere Belastung in Abhängigkeit vom Dienstalster

Dienstalster in Klassen	Mittelwert	Standardfehler	Konfidenzintervall (95 %)	
			Untergrenze	Obergrenze
≤ 14 Jahre	34,2	1,8	30,8	37,6
15 - 22 Jahre	33,3	2,1	29,2	37,4
23 - 28 Jahre	39,5	2,0	35,6	43,3
≥ 28 Jahre	43,7	2,1	39,6	47,7

Tab. 3.8 Belastungsgrad zu den drei Zeitpunkten in Abhängigkeit vom Alter der BeamtInnen

	Dienstalter in Klassen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Belastungsgrad während des Ereignisses	≤ 14 Jahre	61,7	27,8	92
	15 - 22 Jahre	68,1	22,2	64
	23 - 28 Jahre	74,9	18,2	73
	≥ 29 Jahre	77,9	22,6	67
	Gesamt	70,0	24,1	296
Belastungsgrad nach dem Ereignis	≤ 14 Jahre	34,5	28,8	92
	15 - 22 Jahre	27,4	25,8	64
	23 - 28 Jahre	35,5	30,5	73
	≥ 29 Jahre	43,1	30,9	67
	Gesamt	35,1	29,5	296
Belastungsgrad aktuell	≤ 14 Jahre	6,4	14,7	92
	15 - 22 Jahre	4,5	10,3	64
	23 - 28 Jahre	8,0	16,9	73
	≥ 29 Jahre	10,0	20,6	67
	Gesamt	7,2	16,0	296

3.4 Fokusgruppen

Im Anschluss an die Interviewphase wurden von Juli bis Oktober 2004 weitere 70 PolizeibeamtInnen im Rahmen von Fokusgruppen (6-10 TeilnehmerInnen pro Gruppe, insgesamt 10 Fokusgruppen) zu aktuellen Belastungsszenarien, Unterstützungsmaßnahmen und subjektiv eingeschätzten Risikofaktoren befragt. Diese Phase diente primär der Validierung der in den umfassenden Interviews gewonnen Erkenntnisse.

3.4.1 Konzeption der Fokusgruppen

Unter einer Fokusgruppe ist eine moderierte Diskussion einer Gruppe zu einem vorgegebenen Thema zu verstehen, das durch einen Informationsinput in die Gruppe gewährleistet wird, hier die subjektiv empfundenen psychischen Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit (KRUEGER, 1994; MORGAN, 1997). Eine Fokusgruppe von 6 - 10 Personen erlaubt ausreichend Redezeit für alle TeilnehmerInnen, und es gelingt leicht die gewünschte Gruppendynamik (z. B. Konsensbildung, Schneeball-effekt). Dem Moderator kommt innerhalb der Fokusgruppe eine entscheidende Rolle zu (KRUEGER, 1998).

Er steuert das Gespräch im Hinblick auf Fragestellung, Fokus und Ziel des Projekts und hält eine rege Diskussion aufrecht. Er nimmt weder die Rolle eines Experten ein,

der über wissenschaftliche Autorität verfügt, noch diejenige eines Teilnehmers mit einer persönlichen Meinung.

3.4.2 Ablauf der Fokusgruppen

Der Ablauf der Fokusgruppen gliederte sich in neun Phasen, unterbrochen von einer kurzen Pause. Um die Diskussion nicht zu stark einzuengen, wurde die Diskussion teilstrukturiert, d. h. die Möglichkeit bestand, Aspekte ausführlicher zu diskutieren oder kurz vom Thema abzuschweifen. Dies setzte eine Hierarchisierung der Fragen voraus, um bei knapper Zeit die wichtigsten Fragen zu behandeln und weniger bedeutende Aspekte zu vernachlässigen, am Ende zu thematisieren oder sogar ganz wegzulassen. Der Ablauf der Fokusgruppen gliederte sich in die folgenden neun Abschnitte:

(1) Begrüßung und Einleitung: Die Begrüßung und Einleitung der TeilnehmerInnen wurde möglichst kurz gehalten, so dass die TeilnehmerInnen schnell zu Wort kamen. Im Vordergrund der Einleitung standen Informationen über den Ablauf der Fokusgruppe, Informationen zu Rolle und Aufgaben der Interviewer und es galt, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Im Rahmen der Einleitung fokussierte der Moderator auf das Thema der Fokusgruppe, „die subjektive Wahrnehmung psychischer Belastungen innerhalb des Polizeialltags“. Dazu nahm er kurz zu dem Projekt-hintergrund, den Projektzielen und dem Ziel der Fokusgruppen Stellung.

(2) Identifizieren von polizeispezifischen Belastungssituationen: In dieser Phase ging es um die Sammlung subjektiv wahrgenommener Belastungssituationen im Polizeialltag: „Was sind für Sie belastende Situationen bzw. Belastungsfaktoren (Stressquellen) im Polizeiberuf?“ Die Frage wurde auf eine Leinwand projiziert und die generierten Belastungssituationen wurden an eine Metaplanwand geheftet. Es wurde unterschieden zwischen Situationen/Belastungsfaktoren, welche die TeilnehmerInnen bereits selbst erlebt und erfahren haben (rote Karten) und solchen, die sie sich nur vorstellten, bzw. von denen sie schon als besonders belastend gehört hatten (grüne Karten). In diesem Schritt betonte der Interviewer, dass es sich um subjektive Beschreibungen/Empfindungen (mit Brainstorming-Technik generiert) handeln sollte.

(3) Inhaltliche Kategorisierung polizeispezifischer Belastungssituationen: Im Anschluss an die Sammlung von Belastungssituationen wurden die InterviewpartnerInnen gebeten, die generierten Belastungssituationen inhaltlich zu kategorisieren: „Welche Belastungssituationen und/oder Belastungsfaktoren lassen sich inhaltlich gruppieren?“

(4) Belastungsintensität: Nach der Zuordnung der einzelnen Belastungssituationen zu polizeispezifischen Belastungsklassen erfolgte die Belastungsgewichtung: „Welche dieser genannten Belastungssituationen (unabhängig ob schon selbst erlebt oder nicht) stellt aus Ihrer Sicht die größte Belastung dar?“ Alle GruppeninterviewpartnerInnen erhielten dazu fünf Punkte und sollten diese subjektiven Wertungspunkte auf die belastendste Einzelsituation verteilen. Pro Einzelsituation durfte nur ein Punkt vergeben werden. Die Summen wurden für alle Einzelsituationen notiert. Gleichzeitig wurde die Anzahl der vergebenen Karten pro Belastungskategorie gezählt.

(5) Generieren von subjektiv wahrgenommenen Risikofaktoren: Danach ging es um das Aufdecken subjektiv wahrgenommener Risikofaktoren im Polizeialltag: „Unabhängig von der Seltenheit einer Belastungssituation, was glauben Sie, welche Variablen, Kriterien oder Aspekte machen bestimmte Belastungssituationen besonders und einzigartig?“

(6) Diskussion der Frage nach den Belastungsfolgen: In dieser Phase der Fokusgruppe ging es um die Ermittlung der Belastungsfolgen. Die TeilnehmerInnen sollten beschreiben, wie sich die Belastung im Verlauf des Ereignisses äußerte: „Versuchen Sie zu beschreiben, wie es sich bei Ihnen in der Situation geäußert hat bzw. äußert, dass Sie das Ereignis XY als belastend erlebt haben.“

(7) Diskussion der Unterstützungs- und Hilfsangebote: Für diesen Untersuchungsteil war vorgesehen, mit den TeilnehmernInnen die Frage nach den Unterstützungs- und Hilfsangeboten zu diskutieren: „Welche professionellen Unterstützungs- und Hilfsangebote kennen Sie, die man bei der Polizei in Anspruch nehmen kann?“ Diese Frage konnte leider aus Zeitgründen jedoch in keiner der zehn Fokusgruppen thematisiert werden.

(8) Zusammenfassung und Verabschiedung

(9) Abfrage der demografischen Angaben

Die Protokollierung und Dokumentation der Gruppeninterviews erfolgte durch Übertragung aller schriftlichen Notizen und Arbeitsergebnisse auf Metaplankarten und Flipchartblättern sowie zusätzlicher handschriftlicher Notizen der TeilnehmerInnen in ein computergeschriebenes Excel-Format. Als Dokumentation der Fokusgruppen und als Grundlage der Auswertung lagen somit folgende Materialien vor: Schriftliche Protokolldateien, handschriftliche Anmerkungen und anonymisierte TeilnehmerInnenlisten.

3.4.3 Durchführung des Pretests zu den Fokusgruppen

Am 20.06.2004 wurde der Ablauf einer Fokusgruppe in Münster erprobt. Die nachfolgenden zehn Fokusgruppen wurden in der Zeit von Juli bis Oktober 2004 durchgeführt und dauerten im Durchschnitt je drei Stunden. Um die Datenmenge von insgesamt zehn Fokusgruppen zu bewältigen und Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Fokusgruppen herzustellen, wurden diese Gruppeninterviews mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (1997) ausgewertet (vgl. Kap. 3.2.6).

3.4.4 Beschreibung der Stichprobe der Fokusgruppen

Insgesamt wurden in den zehn Fokusgruppen 70 PolizeibeamtInnen befragt. Um zu überprüfen ob die subjektive Wahrnehmung polizeispezifischer Belastungen und eine daraus resultierende Beanspruchung von dem Alter, dem Dienstalter, dem Geschlecht und der Position abhängen, wurde die Stichprobe nach diesen Kriterien analysiert, wobei eine möglichst breite Verteilung der TeilnehmerInnen auf die verschiedenen Funktionen/Dienststellen innerhalb der Polizei - ähnlich wie in den Einzelinterviews - erreicht wurde (detaillierte Beschreibung der Stichprobe, siehe Anhang 1b).

3.5 Ergebnisse der Fokusgruppen

Über alle zehn Fokusgruppen wurden insgesamt 286 Belastungssituationen genannt. Die Ergebnisse der Fokusgruppen stützten somit die Ergebnisse der Einzelinterviews. Die entwickelte Taxonomie der Belastungsquellen kann als valide und praktikabel angesehen werden.

Die gefundenen fünf Qualitäten polizeilicher Belastungen der Taxonomie konnten somit bestätigt werden (für eine ausführliche Beschreibung der Taxonomie, vgl. 3.3.1):

- (1) Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben bzw. dem Einsatzgeschehen selbst ergeben,
- (2) Belastungen, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit sowie der Struktur der Organisation heraus erwachsen,
- (3) Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen bzw. aufgrund der zeitlichen Dimension,
- (4) Belastungen aufgrund sozialer Bedingungen,
- (5) Belastungen aufgrund „sonstiger“ Bedingungen; diese Kategorie beschreibt die Belastungen, die sich nicht in das Netz der ersten vier Hauptqualitäten überführen lassen.

Ebenso konnte die Aufteilung der Oberkategorie (1) „Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben/dem Einsatzgeschehen selbst ergeben“ in sieben Unterkategorien hierdurch bestätigt werden:

- schwierige emotionale Anforderungen
- Konfrontation mit der Gefahr für das Leben anderer
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Unbekannter
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung Bekannter
- Konfrontation mit dem Tod oder der Verletzung von Kindern
- Konfrontation mit der Gefahr für das eigene Leben
- Sonstige (aus der Aufgabe selbst).

4 Fragebogen zur Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung

4.1 Ausgangspunkt zur Entwicklung des Fragebogens

Diese im Abschnitt 3 dargelegten Untersuchungsphasen bildeten die Grundlage für die Konstruktion des Fragebogens zur Selbsteinschätzung der eigenen polizei-spezifischen Belastung (SIT-POL; Situativer Test Polizeilicher Belastungen, Anhang 2). Dieser Fragebogen soll PolizeibeamtInnen bei der Analyse ihrer beruflichen Belastung helfen sowie Empfehlungen und Hinweise zur Verringerung ihres persönlichen Belastungs- und Beanspruchungsniveaus geben mit dem Ziel, schwere Erkrankungen zu vermeiden, ihre Betreuungsbedürfnisse besser erkennen zu können, Ausfallzeiten zu verringern und die Arbeitszufriedenheit zu steigern.

In Anlehnung an die Belastungs-Beanspruchungs-Forschung (ROHMERT & RUTENFRANZ, 1975) wurden zwei Elementardimensionen (Dimension der Belastungseinwirkung und die Dimension der Beanspruchung/Belastungsauswirkung) festgelegt, welche in Hinblick auf den Sinn und dem Ziel des Instrumentes sowie vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus den Einzel- und Gruppeninterviews in weitere Facetten untergliedert wurde.

Das Instrument wurde speziell für die MitarbeiterInnen der Polizei entwickelt. Es enthält eine Vielzahl von Belastungssituationen, die aus dem beruflichen Tätigkeitsfeld erwachsen. Dazu zählen einzelne schwere Belastungen (Extremsituationen), aber auch chronische berufliche Belastungen und/oder alltägliche „Ärgernisse“.

4.1.1 Dimensionen/Facetten des Fragebogens

(1) Dimension Belastungen: Analyse der beruflichen (polizeispezifischen) Belastungen

- Herkunft der Belastung (polizeispezifische Belastungsklassen)
- zeitliche Nähe zur Belastung
- subjektiv wahrgenommene Auftretenshäufigkeit der Belastungen im Polizeidienst
- „formale Situationsparameter“
- Subjektive Bewertung der Belastungsintensität
- Aktuelle Beeinträchtigung aufgrund privater Belastungen.

(2) Dimension Beanspruchung: Analyse der Folgen beruflicher Belastungen

- Folgen beruflicher Belastungen.

Zu jeder Dimension/zu jeder Facette wurden zunächst Fragen entwickelt, auf der Basis der Ergebnisse aus den Interviews und der Fokusgruppenarbeit. Die Itemsammlung wurde intern einem heuristischen Evaluationszyklus unterworfen; hierzu bewerteten die ProjektmitarbeiterInnen jedes Item anhand folgender Heuristiken:

- Relevanz: Hinter diesem Kriterium stand die Überlegung, ob die Fragen für die Erfassung der beruflichen Belastung von PolizeibeamtInnen relevant sind. Die Güte des Fragebogens ließ sich unter anderem danach beurteilen, in wieweit die zentralen Aspekte, subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen der einzelnen PolizeibeamtInnen im Rahmen beruflicher/polizeispezifischer Belastungen durch die Auswahl der Fragen abgebildet werden konnten.
- Verständlichkeit/Sprache: Jede Frage musste so formuliert werden, dass sie verständlich war (d. h., dass jede/r sie im Kern ähnlich verstehen würde) und sie die in der Polizei übliche Sprache aufnahm.
- Redundanz: Der Inhaltsbereich eines Aspektes sollte jeweils nur in einer Frage abgerufen werden, d. h. Redundanzen in Form von mehreren Fragen zu demselben Inhaltsbereich sollten vermieden werden.

Die resultierenden Fragen des Itempools wurden von drei unabhängigen Experten in die zwei Elementardimensionen bzw. die sieben Subdimensionen eingruppiert. Die Zuordnung der Items zu den Subdimensionen erfolgte nach dem Mehrheitsprinzip. Ein Item galt dann als eindeutig zugeordnet, wenn es von mindestens zwei der drei Experten einer Subdimension zugeordnet worden war. Zur Struktur (Fragenformat, Skalierung etc.) des Fragebogens wurden die nachfolgend geschilderten Überlegungen zu Grunde gelegt.

4.1.2 Zeitfenster/zeitlicher Bezugsrahmen

Für die Dimension der Belastungseinwirkung wurde kein Zeitfenster vorgegeben. Der zeitliche Bezugsrahmen wurde bewusst offen gehalten, damit auch Belastungssituationen reflektiert werden konnten, die schon einige Jahre zurücklagen. Für die Dimension Beanspruchung/Belastungsfolgen wurde ein Zeitfenster von „den letzten vier Wochen“ gewählt, um einerseits eine mittelfristige Momentaufnahme zu gewährleisten, andererseits jedoch Erinnerungsprozesse und die natürliche Variabilität der Symptomatik nicht zu sehr zu strapazieren.

4.1.3 Bewertungsdimension/Skalierung

Es wurde eine numerisch und verbal verankerte fünfstufige Ratingskala (Likertskala) gewählt (0 - überhaupt nicht/1 - ein wenig/2 - ziemlich/3 - stark /4 - sehr stark), um eine ausreichende Differenzierung zu erreichen, ohne ein zu komplexes Antwortschema vorzugeben. Aus diesem Grunde wurde auch nur eine Form der Skalierung für alle Bewertungsfragen verwendet. ROHRMANN (1978) merkt zum Skalenformat an, dass rein numerische Skalen von 0 - 100 zu abstrakt und differenziert seien und dass BeurteilerInnen kombinierte verbal und numerisch 5-stufige Antwortskalen bevorzugen würden. MATELL & JACOBY (1971) fanden heraus, dass die Anzahl der Skalenstufen auf die Reliabilität und Validität keinen Einfluss hat.

4.1.4 Instruktionen

Da der Fragebogen als ein Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt wurde, waren eine Einführung sowie eine standardisierte Instruktion notwendig, um die Validität des Verfahrens und einen sicheren Umgang der Anwender mit dem Verfahren zu gewährleisten. In die Einführung und die Instruktion des Fragebogens wurden folgende Informationen integriert:

- Das Instrument ermöglicht die Reflektion beruflicher/polizeispezifischer Belastungen.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass es sich um eine subjektive Einschätzung der Belastung handele und dass nicht alle TeilnehmerInnen eine Belastungssituation gleich empfinden würden, sondern dass unterschiedliche Personen verschieden auf diese Situation reagieren würden.
- Dass es um das aktuelle Belastungsausmaß aufgrund vergangener beruflicher Belastung/en gehe.
- Dass es keine richtigen oder falschen Antworten gebe.
- Dass die Daten vertraulich behandelt werden würden.
- Dass die Möglichkeit bestehe, mit dem Instrument mehrere zurückliegende Belastungen zu reflektieren.
- Der Fragebogen soll niemals in Eile ausgefüllt werden, dennoch wird in der Einführung darauf aufmerksam gemacht, dass der Fragebogen zügig ausgefüllt werden solle.

4.1.5 Darbietung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in einer Online-Version eingesetzt, um viele BeamtInnen möglichst leicht und in einem anonymen Raum zu erreichen, sowie den PolizistInnen die Möglichkeit zu geben, einen ersten eigenen Eindruck und eine Rückmeldung über ihr aktuelles Belastungsausmaß zu bekommen - ohne sich an Dritte wenden zu müssen und ohne das Einschalten von Vorgesetzten oder anderen Dienststellen.

4.1.6 Demografie

Der demografische Abschnitt des Fragebogens beinhaltet allgemeine Daten, wie z. B. Lebens- und Dienstalter, Dienstgrad, Einsatzgebiet, Behörde und Führungsaufgaben.

4.1.7 Beschreibung der Dimensionen

Die **Hauptdimension der Belastungseinwirkung (BE)** wurde hier in Übereinstimmung mit ROHMERT & RUTENFRANZ (1975) als von außen vorgegebene Belastungen, auf den Menschen einwirkende Faktoren, die vom Arbeitenden einen Einsatz erfordern, definiert. Die Belastungseinwirkung wurde in Anlehnung an SCHÖNPFLUG (1987) auf den folgenden sechs Dimensionen unterschieden:

(1) Qualität der Belastung

Entsprechend der oben geschilderten Taxonomie (Pkt. 3.3.1, Abb. 3.1) wurden fünf Qualitäten polizeilicher Belastungen unterschieden:

(1a) Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben bzw. dem Einsatzgeschehen selbst ergeben,

(1b) Belastungen, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit sowie der Struktur der Organisation heraus erwachsen,

(1c) Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen bzw. aufgrund der zeitlichen Dimension,

(1d) Belastungen aufgrund sozialer Bedingungen,

(1e) Belastungen aufgrund „sonstiger“ Bedingungen, diese Kategorie beschreibt die Belastungen, die sich nicht in das Netz der ersten vier Hauptqualitäten überführen lassen.

(2) Zeitliche Nähe zur Belastung

Diese zweite Dimension bezog sich auf die Zeitcharakteristik der Belastung. Es wurde erfasst, ob die Belastung aktuell erlebt wurde oder ob es sich um ein Belastungsmoment handelte, das schon länger zurücklag, um sowohl zwischen einer Akuten und einer Posttraumatischen Belastungsstörung unterscheiden zu können, als auch Beratung und Therapie planen zu können. Die zeitliche Nähe wurde als eine Art „Wirkdauer zweiter Ordnung“ aufgefasst, nämlich, wie lange die Belastung Auswirkungen auf die Betroffenen gehabt hat. So konnte ein Belastungsmoment bereits Jahre zurückliegen, aber die BeamtInnen konnten aber noch immer unter den Auswirkungen der Belastung leiden bzw. die Situation noch immer nicht verarbeitet haben. Unter „Wirkdauer erster Ordnung“ wurde der Zeitraum verstanden, in dem der Stressor auf die PolizeibeamtInnen einwirkte.

(3) Quantität der Belastung

Die Dimension „Quantität der Belastung“ bezog sich vor allem auf die subjektiv wahrgenommene Auftretenshäufigkeit von Belastungen im Dienstalltag. Die Quantität der Belastung trug der Tatsache Rechnung, dass Belastungsqualitäten und Situationen existierten, die eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit im Polizeidienst aufwiesen. Diese Dimension ließ somit Rückschlüsse auf die Neuheit und Unbekanntheit einer Belastung zu.

(4) Formale Situationsparameter der Belastung

„Vorhersagbarkeit“, „Kontrollierbarkeit“ sind die beiden am häufigsten in der Literatur beschriebenen und untersuchten formalen Situationsparameter (LAZARUS & AVERILL, 1972; FRESE & GREIF, 1978; PRYSTAV, 1979; SELIGMAN, 1992). Zu den formalen Parametern auf dieser Dimension zählten: Kontrollierbarkeit, Überforderung (Verhältnis von Wissen und Können zu den Anforderungen der Situation), Vorhersagbarkeit, Verantwortung/Teilverantwortung für Ausgang der Situation (Mitschuld), Gefahr für das eigene Leben/die eigene Gesundheit, Informationstransparenz, Veränderung des Zeitgefühls und die soziale Unterstützung im Anschluss an die Belastung.

(5) Intensität der Belastung

Das transaktionale Stressmodell von LAZARUS & AVERILL (1972) hebt hervor, dass sowohl situationale als auch subjektive Faktoren das Stresserleben beeinflussen. Vor dem Hintergrund der Kritik an den stimulusorientierten Stresskonzepten, nämlich dass verschiedene Personen auf gleiche äußere Bedingungen unterschiedlich reagieren, wurde durch diese Dimension die subjektiv wahrgenommene Intensität der Belastung erfasst.

(6) Beeinträchtigung aufgrund privater Belastungen

Da Arbeits- und Privatbereich sich gegenseitig beeinflussen können, musste zur Analyse des persönlichen Belastungs- und Beanspruchungsniveaus auch die Beeinträchtigung aufgrund privater Belastungen erfasst werden. Als Belastungen wurden hier vor allem Ehe- und Familienprobleme wie Streit mit Partner oder Kindern, Scheidung sowie Krankheits- oder Sterbefälle in der Familie erfasst.

Die **Hauptdimension Beanspruchung (BA)** behandelte die subjektiven Folgen von Belastungseinwirkungen und deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen (ROHMERT & RUTENFRANZ, 1975).

(1) Folgen beruflicher Belastungen:

Aus einer Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal infolge von Belastungen auftreten können, sollten die PolizeibeamtInnen einschätzen, wie stark sie sich durch diese Beschwerden gestört fühlten.

4.2 Vorgehensweise bei der Entwicklung, Erprobung und Normierung des Online-Fragebogens

Im März 2005 wurde ein Pretest durchgeführt, um den Fragebogen zu optimieren und von April bis November 2005 wurde das Instrument im Rahmen einer großen Online-Befragung zur Berechnung von Normwerten erprobt. Teilnehmen konnten alle MitarbeiterInnen der Polizei bundesweit – unabhängig von der gegenwärtigen Funktion oder Verwendung. Der Fragebogen war sowohl über das Intranet der Polizei NRW als auch bundesweit über das Internet aufrufbar. Parallel zur Erprobung und Normierung des Fragebogens verfolgte die Online-Befragung das Ziel, weitere Erkenntnisse über die Qualität, Intensität und Quantität der Belastungen von PolizeibeamtInnen und die Zusammenhänge dieser Variablen zu erhalten.

4.2.1 Beschreibung der Stichprobe der Online-Befragung

Insgesamt nahmen 1154 PolizeibeamtInnen an der Online-Befragung teil, davon waren 978 (85 %) männlich und 176 (15 %) weiblich. Das Durchschnittsalter der männlichen Beamten lag in der Untersuchung bei 41,1 Jahren (SD = 8,8) und bei den weiblichen Beamten bei 31,7 Jahren (SD = 7,8). Die Beamtinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung signifikant jünger als die Gruppe der Beamten ($t = 14,5$; $df = 264$; $p = 0,00$) (detaillierte Beschreibung der Stichprobe, siehe Anhang 1c).

4.2.2 Auswertung des Fragebogens – Bildung Fragebogenscore

Zur Auswertung des Fragebogens wurden die einzelnen Itemwerte aufsummiert (Anhang 3). Somit ergab sich ein individueller Score zwischen 0 und 80 (Beispielauswertung, Anhang 4). Ein hoher Testwert bedeutete eine aktuell stark ausgeprägte Belastungsempfindung, wobei die subjektive Einschätzung der aktuellen Belastungsempfindung in der Berechnung doppelt gewichtet wurde. In Bezug auf die Ausprägung psychischer Belastung in Abhängigkeit vom Geschlecht, dem Lebensalter, der Dienst erfahrung und der Qualität der Belastung liegen in der empirischen Polizeiforschung widersprüchliche Befunde vor. Daher wurden Prozentrang-Normen getrennt nach Geschlecht, Lebensalter, Dienst erfahrung und Qualität der Belastung berechnet (Anhang 5).

4.2.3 Rückmeldung der Ergebnisse

Um den PolizeibeamtInnen eine Ergebnisauswertung zu seinem persönlichen Belastungsausmaß zu geben, wurden die erhobenen Antworten verrechnet und vorformulierten Antworttexten zugeordnet. Diese Auswertung erfolgte für jede Dimension/Facette des Fragebogens einzeln und wurde in Textform dargestellt. Zunächst wurden in diesem Auswertungsbericht die Angaben der PolizeibeamtInnen nochmals qualitativ zusammengefasst und auf Basis der Normdaten hinsichtlich der Ausprägung berichtet. Der zweite Teil der Ergebnissrückmeldung beinhaltete dann die Interpretation der Angaben und Aussagen sowie allgemeine Anregungen zur Stressbewältigung, sowie Kontaktdaten von kooperierenden Instituten.

4.2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Online-Befragung

(1) Qualität der Belastung: Die TeilnehmerInnen der Online-Befragung hatten die Möglichkeit, maximal drei verschiedene Belastungssituationen zu reflektieren. 1154 TeilnehmerInnen reflektierten mindestens eine Belastungssituation (Situationszyklus I), 638 von 1154 TeilnehmerInnen reflektierten zwei Belastungssituationen (Situationszyklus II) und 142 von 1154 TeilnehmerInnen reflektierten drei Belastungssituationen (Situationszyklus III). Von den 1154 Belastungssituationen aus dem ersten Situationszyklus wurden lediglich 2,9 % der Situationen der Belastungsqualität „sonstige Bedingungen“ zugeordnet, welches als ein deutlicher Hinweis darauf zu verstehen ist, dass die empirisch ermittelten Belastungsqualitäten in der Lage waren, den Raum potentieller Belastungen innerhalb der Polizei vollständig und umfassend zu erheben (Tab. 4.1). Bei genauerer Analyse der 2,9 % Situationen aus der Gruppe „sonstige Bedingungen“ zeigte sich, dass alle eigentlich in das Netz der ersten vier Oberkategorien eingruppiert werden konnten.

Tab. 4.1 Verteilung der Belastungsqualitäten (Situationszyklus I), Stichprobe Online-Befragung

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Soziale Bedingungen	303	26,3	26,3
Äußere Bedingungen/ Zeitliche Dimension	151	13,1	39,3
Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit	279	24,2	63,5
Aus der Aufgabe/dem Einsatzgeschehen selbst	387	33,5	97,1
Sonstige Bedingungen	34	2,9	100,0
Gesamt	1154	100,0	

(2) Quantität der Belastung: Die Frage, ob die geschilderte Belastungssituation eher unregelmäßig oder eher regelmäßig erlebt worden war, wurde in Abhängigkeit von der Belastungsqualität der Situation unterschiedlich von der Befragten eingeschätzt (Tab. 4.2). Die Belastungsqualitäten „Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit“ und „äußere Bedingungen/zeitliche Dimension“ kamen eher regelmäßig im Polizeialltag vor. Während die Belastungen aus den „sozialen Bedingungen“ gleichhäufig regelmäßig bzw. unregelmäßig erlebt wurden, wurden die Belastungen „aufgrund des Einsatzgeschehens selbst“ wesentlich häufiger unregelmäßig erlebt.

Tab. 4.2 Quantität in Abhängigkeit von der Belastungsqualität (Situationszyklus I)

	„Eine solche Situation erlebe ich eher regelmäßig“	„Eine solche Situation erlebe ich eher unregelmäßig“
Soziale Bedingungen	55,1 %	44,9 %
Äußere Bedingungen/ Zeitliche Dimension	93,4 %	6,6 %
Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit	79,6 %	20,4 %
Aus der Aufgabe/dem Einsatzgeschehen selbst	25,3 %	74,7 %
Gesamt	56,1 %	43,9 %

(3) Intensität der Belastung: Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Belastungsqualitäten hinsichtlich der subjektiv empfundenen Belastungsintensität ($F = 14,2$; $df = 3$; $p = 0,00$). Die Belastungsqualität „soziale Bedingungen“ war die Belastungsqualität, die als am stärksten belastend eingeschätzt wurde, gefolgt von der Belastungsqualität „Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit“. Die am drittstärksten belastend empfundene Belastungsqualität waren die Belastungen „aufgrund der äußeren Bedingungen/zeitlichen Dimension“. Die Qualität, die als am wenigsten belastend eingeschätzt wurde, war „aus dem Einsatzgeschehen selbst“ (Abb. 4.1).

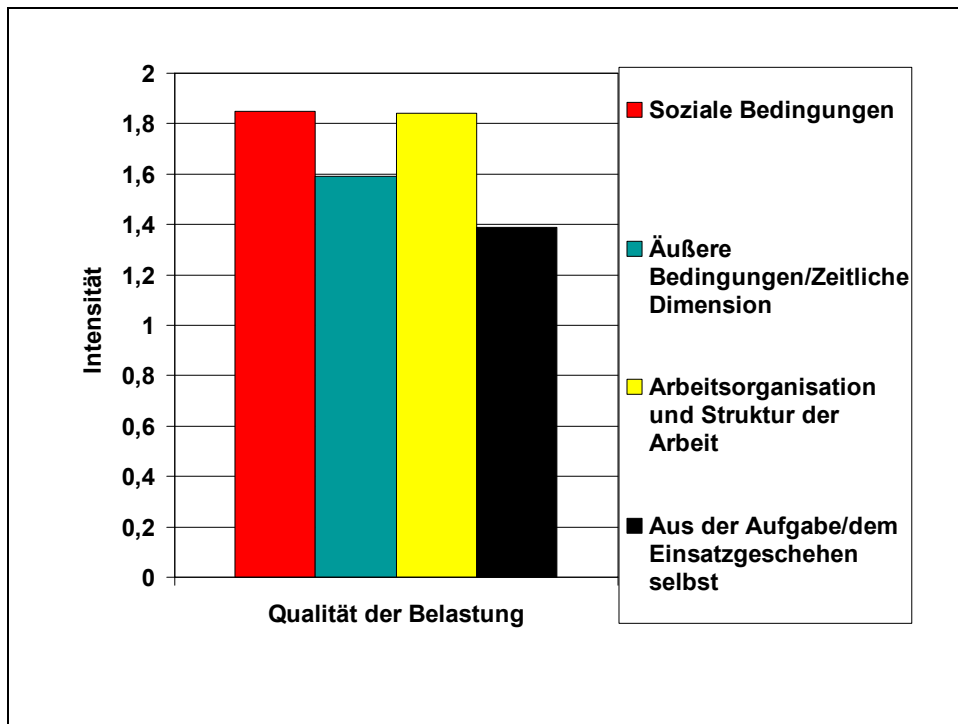


Abb. 4.1 Intensität der Belastung für die erste Nennung (Situationszyklus 1)

Tab. 4.3 Intensität der Belastung in Abhängigkeit von der Belastungsqualität (Situationszyklus I)

	„Wie belastet fühlen Sie sich aktuell noch aufgrund der angesprochenen Belastungssituation?“ (Situationszyklus I)				
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Soziale Bedingungen	11,9 %	30,7 %	27,7 %	19,1 %	10,6 %
Äußere Bedingungen/ Zeitliche Dimension	13,9 %	42,4 %	23,8 %	11,3 %	8,6 %
Arbeitsorganisation und Struktur der Arbeit	11,1 %	26,5 %	34,8 %	22,9 %	4,7 %
Aus der Aufgabe/dem Einsatzgeschehen selbst	16,8 %	48,6 %	17,3 %	14,0 %	3,4 %
Gesamt	13,7 %	37,4 %	25,4 %	17,2 %	6,3 %

4.3 Zukünftige Nutzung des Online-Fragebogens

Der Fragebogen konnte während des Projektes von den PolizeibeamtInnen online bearbeitet werden. Nach dem Abschluss der Datenerhebung (N = 1154) wurde der Online-Fragebogen jedoch aus dem Internet wieder herausgenommen, weil aufgrund ärztlicher Verantwortung zunächst nur eine betreute Handhabung via professioneller E-Mail-Unterstützung angeboten werden sollte. Ab dem 01. Mai 2007 kann eine erneute Onlinestellung mit betreuter Handhabung gewährleistet werden. Der OPTI-Fragebogen, der primär zur Selbsteinschätzung der eigenen beruflichen Belastung bei PolizeibeamtInnen dienen soll und eine professionelle E-Mail-Rückmeldung über das Belastungsniveau erlaubt, kann unter der folgenden Internetadresse gefunden werden: www.opti-online.de.

C: Projektziel 2

5 Ermittlung der Auswirkungen von beruflichen Extrembelastungen (traumatischen Ereignissen) im zeitlichen Längsschnitt

5.1 Ausgangspunkt

5.1.1 Kriseninterventionsteams in Nordrhein-Westfalen

Wenn PolizeibeamtInnen in Nordrhein-Westfalen ein potenziell traumatisierendes Ereignis widerfährt, dann stehen im Sinne einer sekundären Prävention die Kriseninterventionsteams diesen Betroffenen zur Seite. Die seit 1994 existierenden Kriseninterventionsteams bestehen aus jeweils einem Polizeiarzt und einem Polizeibeamten des höheren Dienstes. Alle haben eine spezielle Weiterbildung zur Hilfe bei der Bewältigung schwerer psychischer Belastungssituationen absolviert. In der Regel werden die Teams durch die Polizeibehörde, in der sich die Belastungssituation ereignete, oder über das Landeskriminalamt (LKA) über den Vorfall in Kenntnis gesetzt. Diese Praxis der behördlichen Informierung hat sich bewährt, weil sich die Betroffenen häufig zunächst mit der Bewältigung der Belastungssituation und deren konkreten Auswirkungen (z. B. bei Schusswaffengebrauch Einzug der Dienstwaffe; Einleitung einer Untersuchung etc.) auseinandersetzen müssen und von sich aus in diesen Situationen eher selten Kontakt zu den Kriseninterventionsteams aufnehmen. In der Regel werden die Betroffenen innerhalb von 24 Stunden persönlich auf ihrer Wache vor Ort aufgesucht. Als Standardnotfallintervention wird in Anlehnung an die Struktur des Debriefings von MITCHELL (1983) ein persönliches Gespräch geführt, in dem die Betroffenen über die möglichen Folgen einer Belastungssituation aufgeklärt werden und eine Normalisierung der akuten Belastungssymptome angestrebt wird.

Für die Studie OPTI-Prävention wurden im Anschluss an das persönliche Gespräch direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis die betroffenen PolizeibeamtInnen hinsichtlich einer Studienteilnahme angesprochen (T1). Die überwiegende Mehrheit der PolizistInnen erklärte sich bereit, an der Studie teilzunehmen, nachdem sie eine Aufklärung über die Ziele der Studie, das Procedere und die Zusage der Schweigepflicht erhalten hatten. Die Teilnehmer erhielten nach ihrer schriftlichen Einwilligung einen Satz Fragebögen mit nach Hause.

Durch die Kriseninterventionsteams wurde eine Fremdeinschätzung der Umstände der potenziell traumatischen Situation, der Belastungsschwere (BSS, SCHEPANK, 1995) und des Gesundheitszustandes (GAF; Skala V des DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) erstellt und diese Teildaten der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie zugesandt.

Als zweite Informationsquelle sandten die Betroffenen als Selbsteinschätzung die Fragebögen (inklusive einer Einverständniserklärung) per Post direkt an die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie zurück:

- Soziodemographische Daten (Psy-BaDo) (HEUFT & SENF, 1998)
- Impact of Event Scale (IES-R) (HOROWITZ et al., 1979; FERRING & FILIPP, 1994; WEISS & MARMAR, 1996)
- Brief Symptom Inventory (BSI) (FRANKE, 2000)
- Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) (MUTHNY, 1989; MUTHNY et al., 1999)
- Sense of Coherence (SOC-13) (ANTONOVSKY, 1993)
- Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU) (SOMMER & FYDRICH, 1991)

Die Teildaten der Kriseninterventionsteams und die Teildaten der Teilnehmenden wurden in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster via Codenummern zusammengefügt (Datenschutz).

5.1.2 Teilnehmer der Studie und Dropout-Analyse

Im Untersuchungszeitraum wurden durch die Kriseninterventionsteams insgesamt 87 PolizeibeamtInnen aufgesucht, wobei von 59 PolizeibeamtInnen vollständige Datensätze für die statistische Analyse nutzbar waren.

Tab. 5.1 Teilnehmer der Studie und Dropout-Analyse
(KIT: Kriseninterventionsteam)

• Gesamtteilnehmerzahl: (insgesamt durch KIT angesprochene Personen)	87
– davon komplett fehlende Daten: (Fragebögen waren leer zurückgesandt worden)	-9
	78
• Probanden mit Teildaten: (Fremderhebungsdaten der KIT)	78
– davon Selbstratingdaten nicht zurückgesandt: (Teilnahme wurde abgelehnt)	-19
	59
• Komplette Datensätze: Polizeibeamte/Polizeibeamtinnen	59

Von insgesamt neun PolizeibeamtInnen wurden die Bögen komplett leer zurückgesendet, und es lagen keine Daten von den Kriseninterventionsteams vor. Somit lagen von 78 PolizeibeamtInnen Teildaten in Form von Fremderhebungsdaten durch die Kriseninterventionsteams vor. Aufgrund der Tatsache, dass 19 Probanden die zu den Fremderhebungsdaten zugehörigen Selbstratingdaten nicht zurück gesendet haben bzw. die Teilnahme später ablehnten, lagen von 59 PolizeibeamtInnen komplette Datensätze mit sowohl Fremdeinschätzungen durch die Kriseninterventionsteams als auch Selbsteinschätzungen durch die Teilnehmenden vor (Tab. 5.1).

5.1.3 Analyse der kompletten Datensätze

Von den 59 PolizeibeamtInnen waren 43 männlich (73 %). Im Vergleich mit der Geschlechterverteilung für die Polizei Nordrhein-Westfalen im Jahr 2001 (87 % männlich, 13 % weiblich) war somit der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen in der Stichprobe im Vergleich zur Population signifikant erhöht (Abb. 5.1). Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 22 und 49 Jahren ($M = 36,6$ Jahre; $SD = 8,1$) (Abb. 5.2). Innerhalb der Alterskategorien (Alter 20 bis 29 Jahre: $n = 14$; Alter 30 bis 39 Jahre: $n = 19$; Alter 40 bis 49 Jahre: $n = 26$; Alter 50 bis 59 Jahre: $n = 0$) war die Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahre am häufigsten vertreten. Die Alterskategorie ≥ 50 Jahre war gar nicht vertreten, welches vermutlich darauf zurückgeführt werden kann, dass diese PolizeibeamtInnen tendenziell administrative Tätigkeiten ausführen und daher selten mit potenziell traumatischen Situationen konfrontiert werden. Bei der Betrachtung des Familienstandes überwogen verheiratete PolizeibeamtInnen. In der Rangfolge an zweiter Stelle stand die Kategorie ledig (Abb. 5.3). Der häufigste anzutreffende Schulabschluss war erwartungsgemäß das Abitur ($n = 30$), dicht gefolgt vom Realschulabschluss ($n = 27$). Nur zwei PolizeibeamtInnen hatten einen Hauptschulabschluss (Abb. 5.4). Der Kontakt zu den Kriseninterventionsteams wurde zu 59 % vom Landeskriminalamt, zu 22 % von der Dienstbehörde und zu 7 % von den Betroffenen selbst hergestellt (12 % keine Angaben). Bei 23 Teilnehmenden (38 %) wurde der Erstkontakt durch die Kriseninterventionsteams innerhalb von 24 Stunden hergestellt, bei 64 % der TeilnehmerInnen wurden die Betroffenen innerhalb von vier Tagen durch die Kriseninterventionsteams aufgesucht.

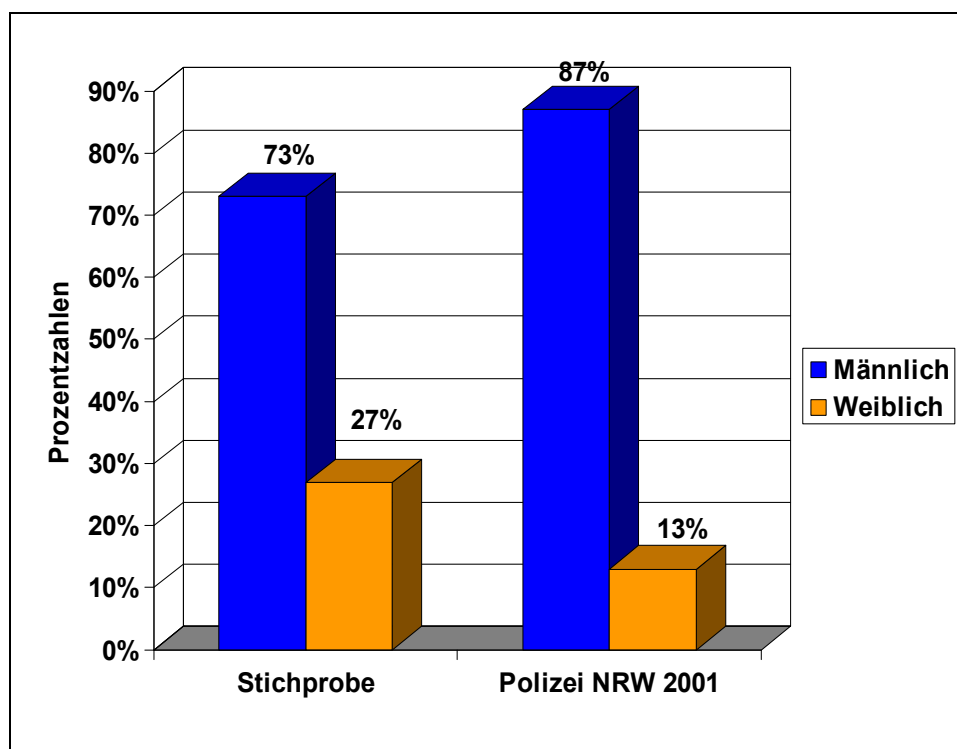


Abb. 5.1 Geschlechterverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe und ein Vergleich zur gesamten Polizei in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2001

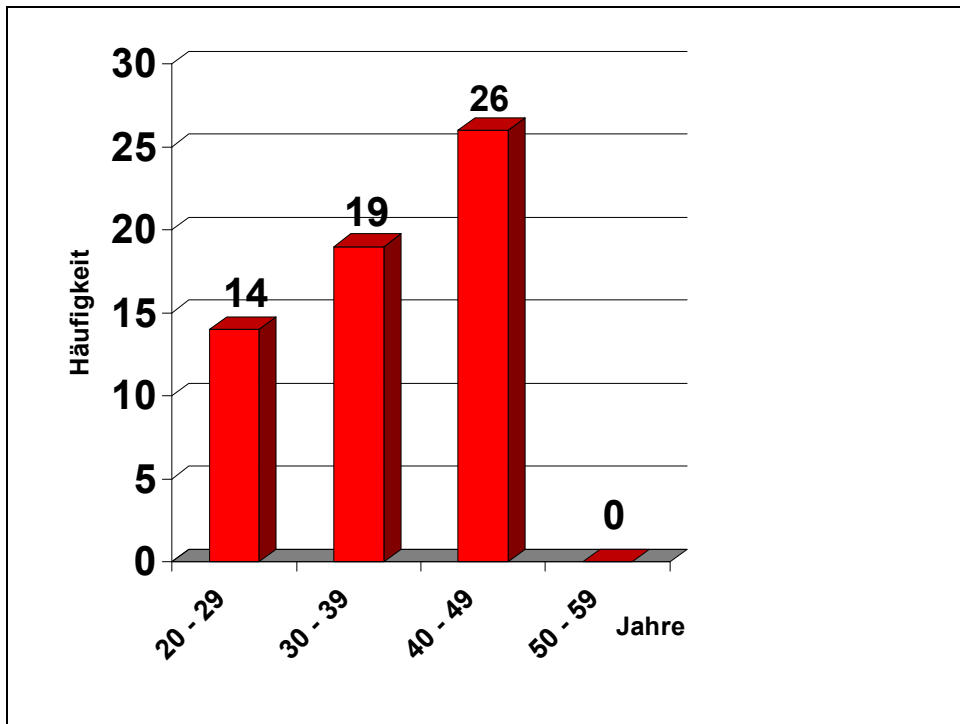


Abb. 5.2 Altersverteilung der teilnehmenden PolizeibeamtInnen

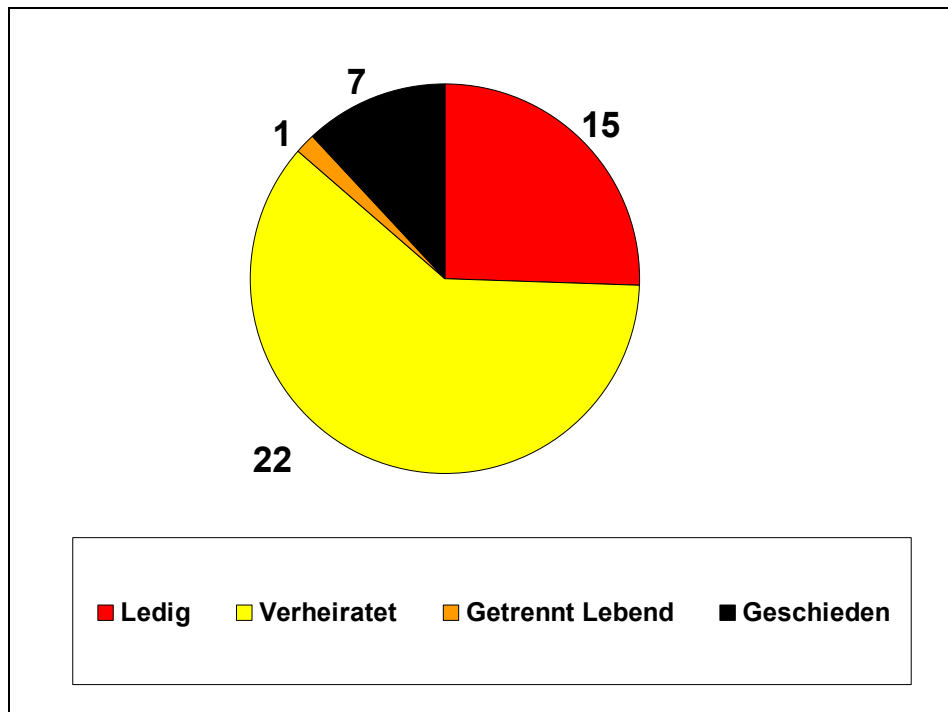


Abb. 5.3 Familienstand der teilnehmenden PolizeibeamtInnen

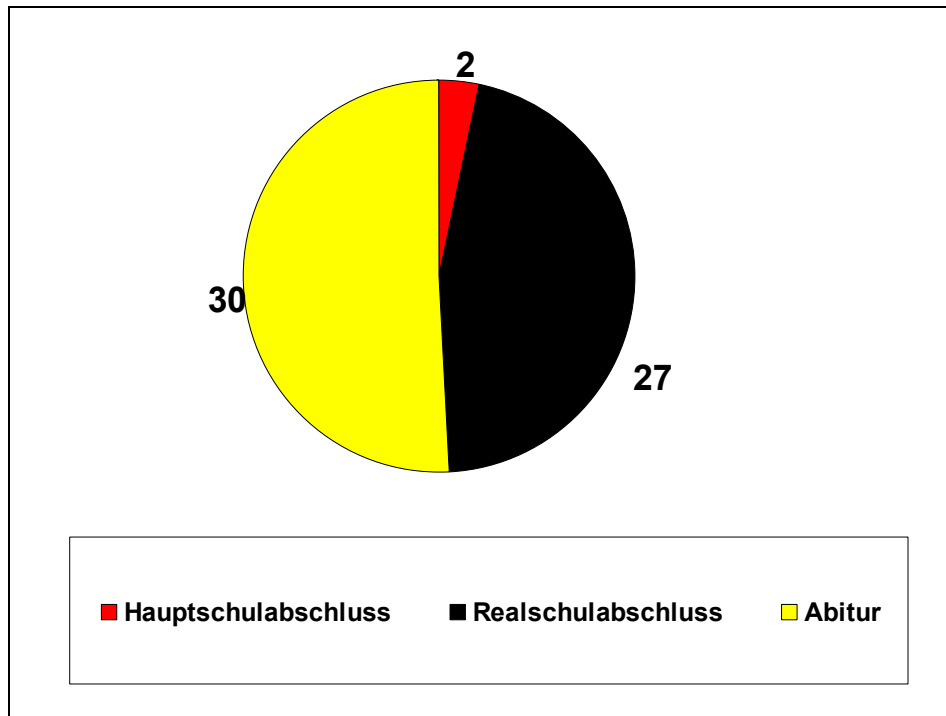


Abb. 5.4 Schulabschluss der teilnehmenden PolizeibeamtInnen

5.1.4 Die demographischen Charakteristika der nichtteilnehmenden PolizeibeamtInnen im Vergleich zu den teilnehmenden PolizeibeamtInnen zu T1

Da bei 19 TeilnehmerInnen Teildaten in Form von Fremdeinschätzungen seitens der Kriseninterventionsteams vorlagen, war es möglich abzuschätzen, aus welchen Gründen diese Gruppe von PolizeibeamtInnen es abgelehnt hatte, an der Studie teilzunehmen.

Die Geschlechterverteilung (Abb. 5.5) spielte für die Teilnahme oder Nichtteilnahme eine nachgeordnete Rolle (Mann-Whitney-U-Test: $U = 497$; $p = 0,32$).

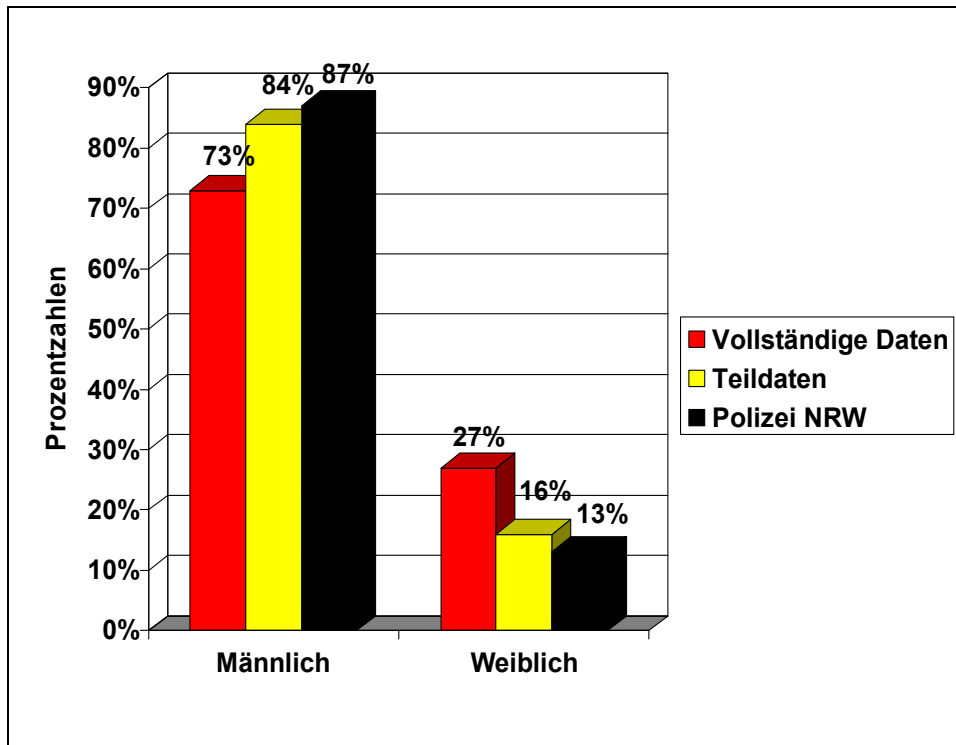


Abb. 5.5 Geschlechterverteilung der PolizeibeamtInnen mit vollständigen Daten und Teildaten im Vergleich zur Geschlechterverteilung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2001

Hinsichtlich der Altersverteilung (Abb. 5.6) lehnten tendenziell mehr junge PolizeibeamtInnen die Teilnahme ab. Dieses legte den Gedanken nahe, dass jüngere PolizeibeamtInnen die Teilnahme eher ablehnten, weil sie unter Umständen eine negative Beurteilung der Diensttauglichkeit oder eine Stigmatisierung befürchteten (statistisch nicht signifikant, Alterskategorien: Mann-Whitney-U-Test: $U = 690,5$; $p = 0,20$).

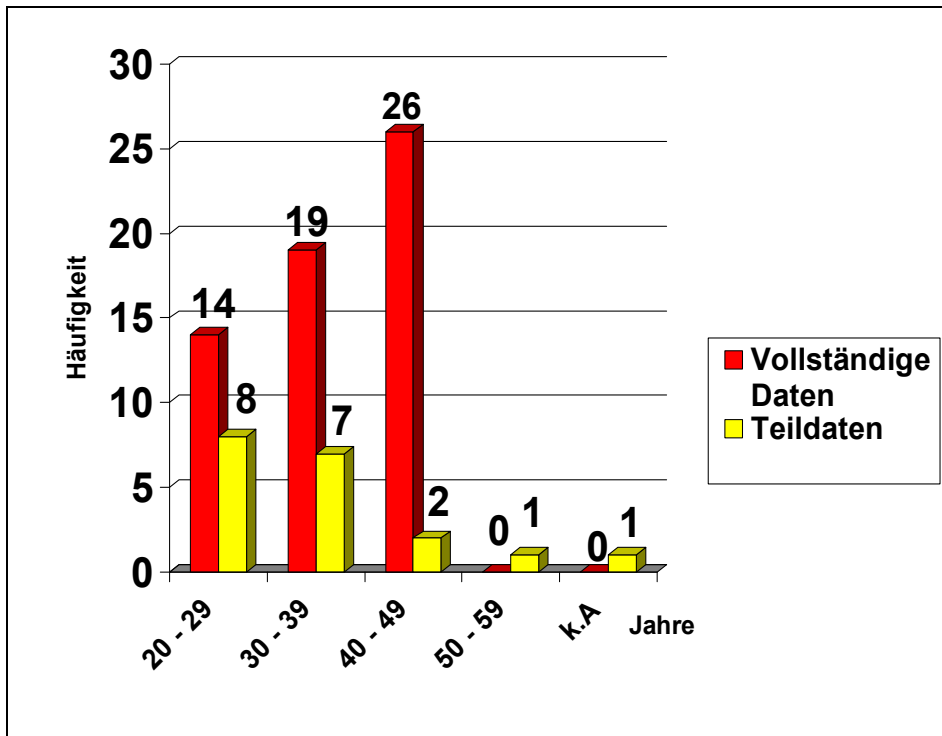


Abb. 5.6 Altersverteilung der PolizeibeamtInnen mit vollständigen Daten und Teildaten (k. A.: keine Angabe)

Fast alle PolizeibeamtInnen wurden durch das Landeskriminalamt bzw. die Dienstbehörde zu den Kriseninterventionsteams vermittelt (Abb. 5.7). Die Vermutung, dass durch das Landeskriminalamt oder die Dienstbehörde fremdmotivierte PolizistInnen die Teilnahme abgelehnt hätten, konnte daher nicht bestätigt werden (aufgrund der geringen Anzahl von vier PolizeibeamtInnen bei den vollständigen Daten bzw. einem Polizeibeamten bei den Teildaten, die sich selbstinitiativ gemeldet hatten, wurde keine statistische Analyse durchgeführt). Es lies sich somit kein Selbstselektions-effekt nachweisen.

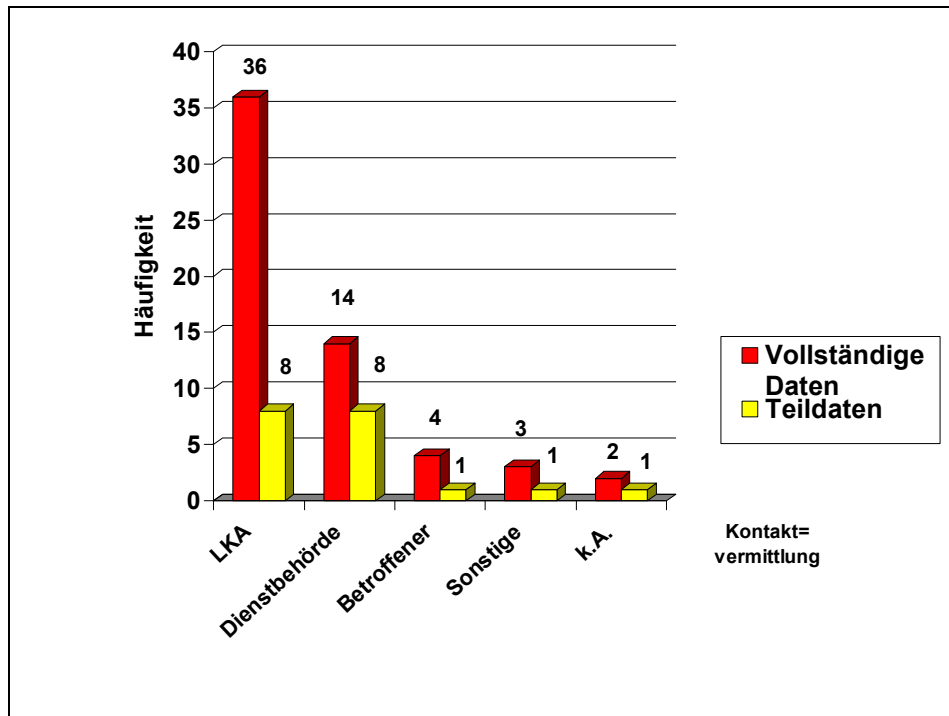


Abb. 5.7 Vermittlung des Kontaktes zu den Kriseninterventionsteams für vollständige Daten und Teildaten (LKA: Landeskriminalamt, k. A.: keine Angabe)

Bezüglich der Ereigniskategorien fiel auf, dass Betroffene mit der Ereigniskategorie „Suizid“ im Verhältnis zu den anderen Kategorien häufiger die Teilnahme ablehnten (Mann-Whitney-U-Test über alle Kategorien: $U = 590$; $p = 0,02^*$) (Abb. 5.8). In absoluten Zahlen ausgedrückt war die Ereigniskategorie „Schwerer Verkehrsunfall“ am häufigsten bei den Nicht-Teilnehmenden vertreten.

Zusammenfassend unterschied sich die Gruppe der Teilnehmenden somit bezüglich der Variablen Geschlecht, Alterskategorie und der Selbstselektion nicht signifikant von den Nicht-Teilnehmenden. Jedoch war in der Gruppe der Nicht-Teilnehmenden der Anteil mit der Ereigniskategorie „Suizid“ mit sieben PolizeibeamtInnen überrepräsentiert. Dieses letzte Ergebnis sollte jedoch aufgrund der geringen Zahl mit Vorsicht interpretiert werden.

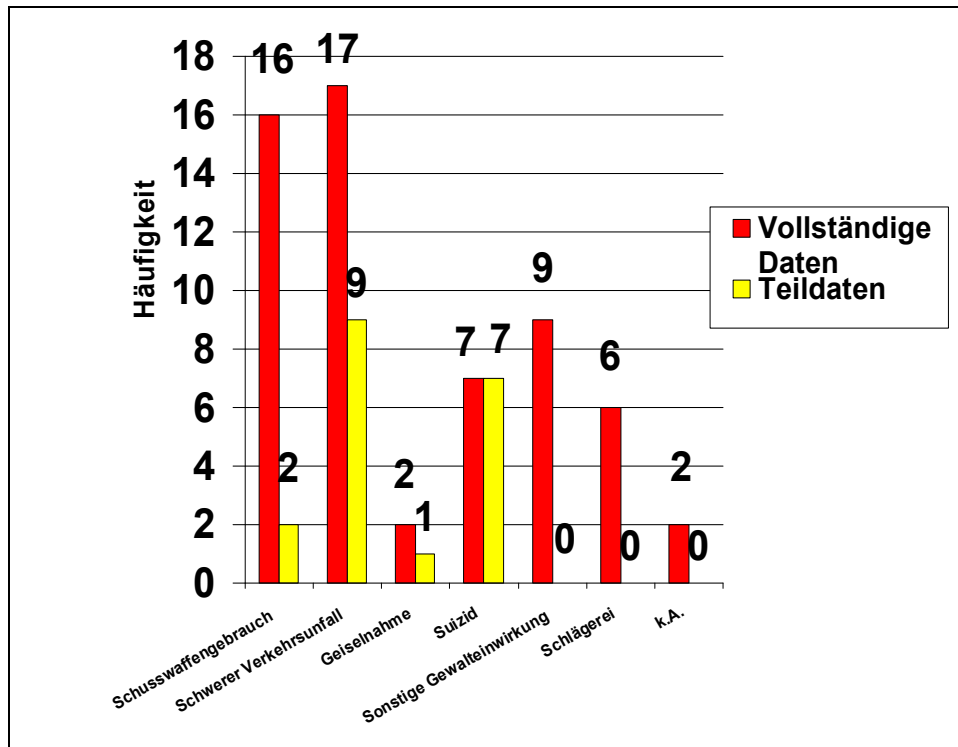


Abb. 5.8 Verteilung der Ereigniskategorien für vollständige Daten und Teildaten

5.1.5 Die Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den gesamten Erhebungszeitraum der Studie

Das zweite Einschlusskriterium neben der Tätigkeit im Polizeidienst war die Erfahrung eines berufsbedingten, traumatischen Ereignisses, welches nach dem DSM-IV-Kriterium A der Posttraumatischen Belastungsstörung (DSM-IV; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) konkretisiert wurde:

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

(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“

Aufgrund der Daten aus den Vorjahren war zu erwarten, dass etwa 60 PolizeibeamtInnen im Laufe von zwei Jahren für eine prospektive Feldstudie in Frage kämen. Somit war der Erhebungszeitraum vom April 2004 bis August 2005 geplant gewesen, um mindestens 60 ProbandInnen einschließen zu können.

Bei der Umsetzung der Studie zeigte es sich aber, dass die Wahrscheinlichkeit für ein berufsbedingtes traumatisches Ereignis bei der Polizei Nordrhein-Westfalen sehr ungleich verteilt war: der Erhebungszeitraum (01. April 2004 bis 31. Januar 2006) (Abb. 5.9) (Abb. 5.10) veranschaulicht dies. Aufgrund der geringen TeilnehmerInnenzahl wurde der Erhebungszeitraum um sechs Monate verlängert, also bis zum 31. Januar 2006. Bis dahin konnten somit insgesamt 59 PolizeibeamtInnen in der Studie einbezogen werden.

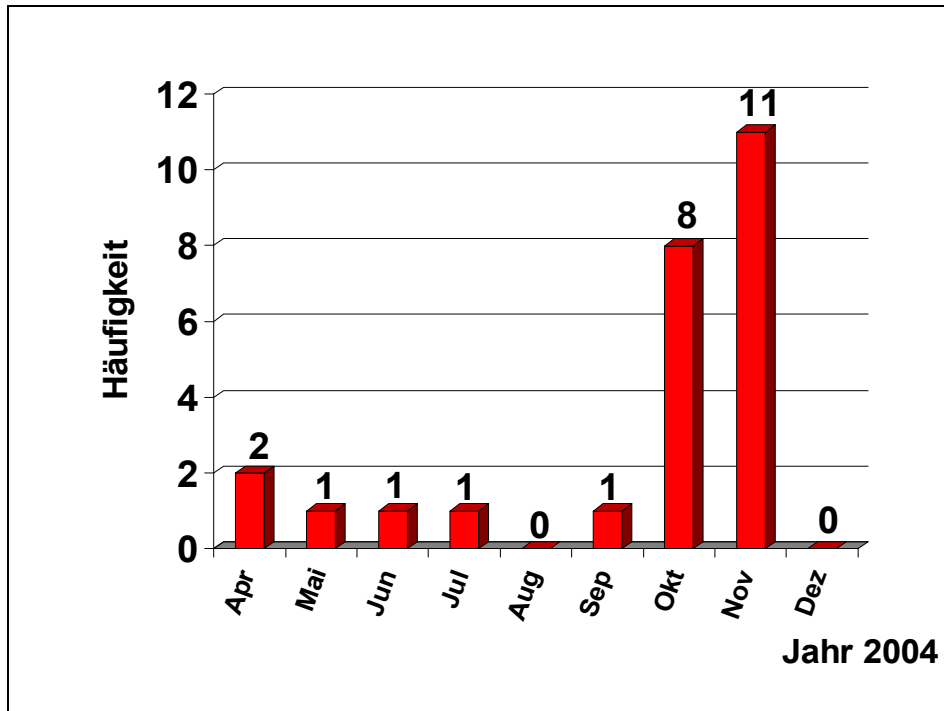


Abb. 5.9 Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den ersten Teil des Erhebungszeitraumes

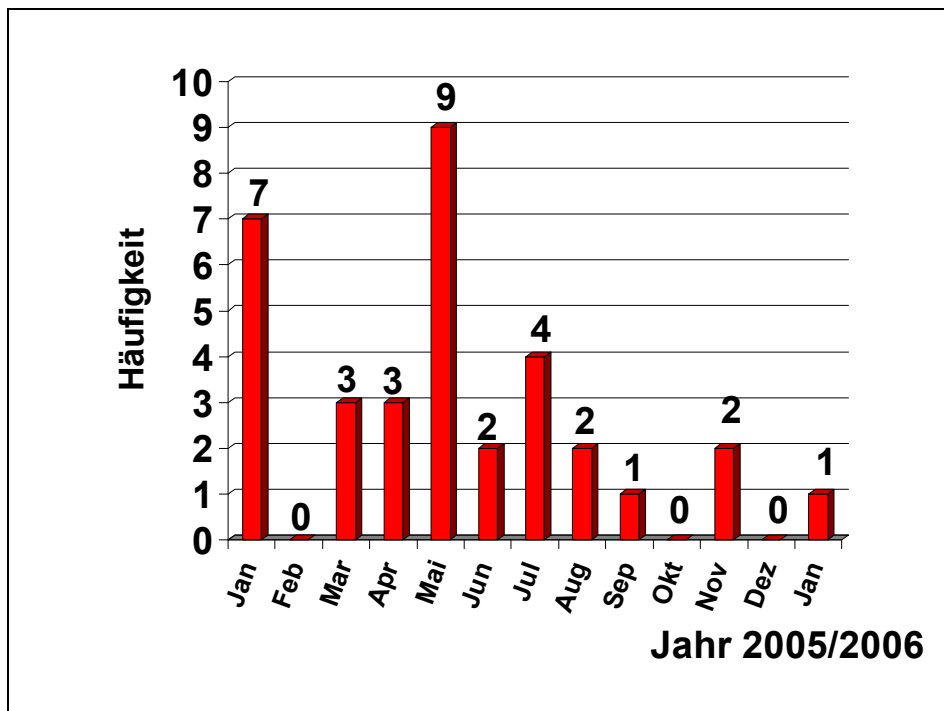


Abb. 5.10 Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den zweiten Teil des Erhebungszeitraumes

5.2 Testpsychologische Untersuchungsmethoden

Für die eingesetzten Fragebögen sollen die Gütekriterien hier kurz referiert werden.

5.2.1 Impact of Event Scale (IES-R)

Der IES-R ist ein aus dem Modell traumatischer Stressfolgen von HOROWITZ (1976) entwickelter Fragebogen, der von WEISS UND MARMER (1996; dt. Version MAERCKER & SCHÜTZWOHL, 1998) um die Subskala „Hyperarousal“ zum revidierten IES-R ergänzt wurde. Dieser erfasst durch 22 Items verschiedene trauma-spezifische Symptombereiche und kann in die drei Subskalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung unterteilt werden. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt für die Subskala Intrusion $\alpha = 0,90$, für die Skala Vermeidung $\alpha = 0,79$ und für die Skala Übererregung $\alpha = 0,90$. Die Test-Retest-Reliabilität wird mit $r_{tt} = 0,80$ (Intrusion), $r_{tt} = 0,66$ (Vermeidung) und $r_{tt} = 0,79$ (Übererregung) angegeben.

5.2.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Der BSI ist eine Kurzform der 90 Fragen umfassenden Symptom-Checkliste SCL-90-R (DEROGATIS, 1992; dt. Version FRANKE, 1995). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfasst durch 53 Items körperliche und psychische Symptome bei einem Zeitfenster von sieben Tagen. Weiterhin werden durch neun Subskalen verschiedene Symptomgruppen erfasst:

- Somatisierung SOMA
- Zwanghaftigkeit ZWAN
- Unsicherheit im Sozialkontakt UNSI
- Depressivität DEPR
- Ängstlichkeit ANGS
- Aggressivität AGGR
- Phobische Angst PHOB
- Paranoides Denken PARA und
- Psychotizismus PSYC.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) reicht von $r_{\min} = 0,71$ (PSYC) bis $r_{\max} = 0,85$ (DEPR) (DEROGATIS, 1993). Die Test-Retest-Reliabilität wird zwischen $r_{\min} = 0,68$ (SOMA) und $r_{\max} = 0,91$ (PHOB) angegeben.

5.2.3 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Zur Erfassung des Umgangs mit den psychischen und psychosomatischen Symptomen, die nach einem potenziell psychotraumatisches Ereignis entstehen, wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) von den Teilnehmenden ausgefüllt. Der FKV ist ein 102 Items umfassender Fragebogen, der den Umgang mit klinisch relevanten Symptomen erfasst. Er erhebt, wie die Personen sich in der letzten Woche bezüglich der Symptomatik gefühlt haben, was sie dazu gedacht haben bzw. was sie diesbezüglich getan haben (MUTHNY, 1989).

Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfasst sehr ausführlich ein weites Spektrum von Krankheitsverarbeitungsmodi unter Einbeziehung der Ebene des Verhaltens, der Kognitionen und der Emotionen mit einem Zeitfenster der letzten sieben Tage. Es lässt sich ein allgemeiner Wert für den Schweregrad der Symptomatik berechnen. Weiterhin werden durch zwölf Subskalen verschiedene Arten der Krankheitsverarbeitung erfasst:

- Problemanalyse und Lösungsverhalten (KV01)
- Depressive Verarbeitung (KV02)
- Hedonismus (KV03)
- Religiösität und Sinnsuche (KV04)
- Misstrauen und Pessimismus (KV05)
- Kognitive Vermeidung und Dissimulation (KV06)
- Ablenkung und Selbstaufwertung (KV07)
- Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug (KV08)
- Regressive Tendenz (KV09)
- Relativierung durch Vergleich (KV10)
- Compliance-Strategien und Arztvertrauen (KV11) und
- Selbstermutigung (KV12).

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) reicht von $r_{\min} = 0,69$ (KV11) bis $r_{\max} = 0,94$ (KV02) (MUTHNY, 1989).

5.2.4 Sense of Coherence (SOC-13)

Die Sense of Coherence-Scale (SOC) ist ein aus 13 Items bestehender Fragebogen, der von ANTONOVSKY (1993) aus dem Modell der Salutogenese entwickelt wurde. Das Modell der Salutogenese ist eine Abkehr vom bisherigen pathogenetischen Erklärungsansatz zur Entstehung von Krankheiten und fragt, wieso Menschen trotz der allgegenwärtigen Belastungen und Stressoren gesund bleiben bzw. wieder gesund werden. Im Mittelpunkt dieses Modells steht das Konstrukt des Kohärenzgefühls. Das Kohärenzgefühl wurde definiert als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann (ANTONOVSKY, 1993). Als Subskalen existieren die SOC-Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt für die SOC-13-Version 0,84 (RIMANN & UDRIS, 1998).

5.2.5 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU)

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU) wurde von SOMMER UND FYDRICH (1989; 1991) entwickelt, um die subjektive Überzeugung erfassen zu können, dass im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk erhalten werden kann. Als Subskalen wurden die Faktoren „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“ und „Soziale Belastung“ extrahiert. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) kann mit Werten zwischen 0,81 und 0,93 als gut bzw. sehr gut angesehen werden.

5.2.6 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Die Beeinträchtigungs-Schwere-Score-Fremdratingskala (BSS) schätzt als Expertenrating ein, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist (SCHEPANK, 1995). Auf den Subskalen „körperliche Beeinträchtigung (koe)“, „Beeinträchtigung im psychischen Bereich (psy)“ und „sozialkommunikative Beeinträchtigung (soko)“ wird durch den Experten ein Wert von 0 („gar nicht – praktisch ohne jegliche psychogene Störung“) bis 4 („extrem – die Symptomatik ist so stark, dass sie auf der zu beurteilenden Dimension zu einer kaum noch überbietbaren Beeinträchtigung des Individuums im Lebensalltag führt“) vergeben. Zur Beurteilung der Reliabilität mittels Interclass-Korrelationen (ICC) werden in einer Raterstudie für die körperliche Beeinträchtigung $ICC\text{-koe} = 0,70$, für die Beeinträchtigung im psychischen Bereich $ICC\text{-psy} = 0,79$ und für die sozialkommunikative Beeinträchtigung $ICC\text{-soko} = 0,81$ angegeben (SCHEPANK, 1995).

6 Die Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen

6.1 Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T1

6.1.1 Inzidenzrate der Diagnose der Akuten Belastungsreaktion zu T1

Wie häufig treten Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) direkt (T1), 6 Monate (T2) sowie 12 Monate (T3) nach einer Extrembelastung auf?

Erhebung der Diagnose

Durch die Ärzte der Kriseninterventionsteams wurde nach dem Erstkontakt eine ICD-10-Diagnose (WORLD HEALTH ORGANISATION, 1993) gestellt. Wenn das Vollbild der traumaspezifischen Symptome erfüllt war, wurde in den ersten 4 Wochen (Zeitkriterium) die Diagnose einer „Akuten Belastungsreaktion“ gestellt. Die Diagnose „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ wurde in den Fällen dokumentiert, in denen traumaspezifische Symptome vorhanden waren, aber die PTBS-Kriterien des DSM-IV nicht komplett erfüllt wurden – oft wird in diesen Fällen von anderen Autoren die Bezeichnung „partielle PTBS“ oder „subsyndromale PTBS“ verwendet.

Ergebnis

Direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis traten bei 25 PolizeibeamtInnen (42 %) Symptome einer „Akuten Belastungsreaktion“ auf (ICD-10: F43.0) (Abb. 6.1). Bei 22 PolizeibeamtInnen (37 %) wurde die Diagnose „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ gestellt (Teilbild einer PTBS; F43.8). Bei 3 Teilnehmenden (5 %) standen die Symptome einer anderen psychischen Diagnose (Depressive Störungen oder Angststörungen) im Vordergrund. Bei 9 Teilnehmenden (15 %) wurde direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis keine Störungsdiagnose festgestellt. Die weitere Analyse wurde auf die Diagnosen „Akute Belastungsreaktion“, „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ und „Keine Störung“ eingegrenzt, weil die Diagnose „Andere psychische Störung“ aufgrund ihrer Heterogenität keine sicheren Aussagen im Zusammenhang mit der hier untersuchten Fragestellung ermöglichte.

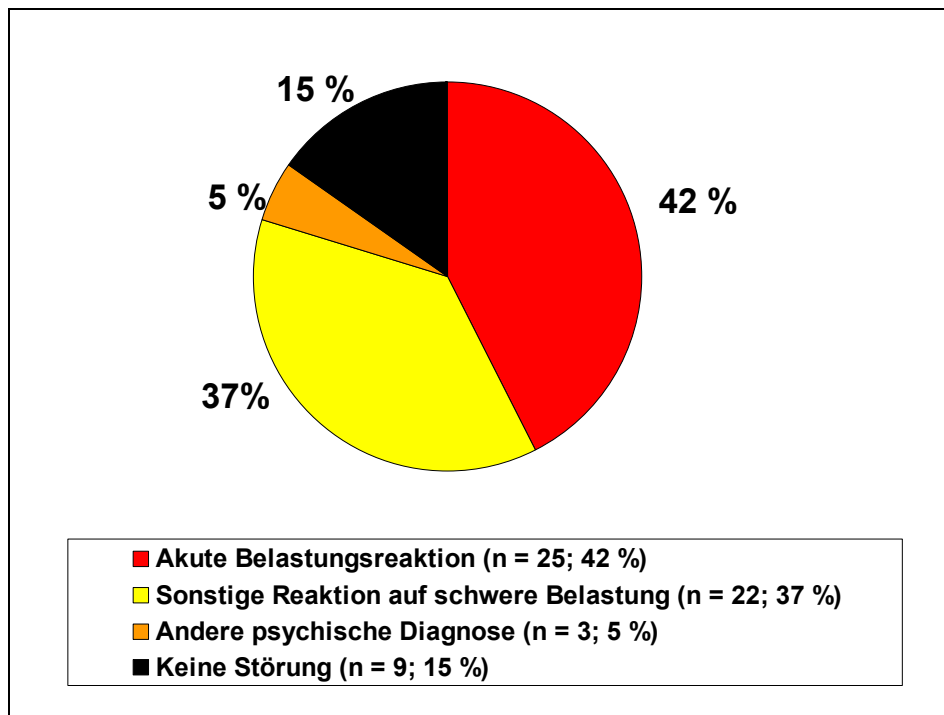


Abb. 6.1 Relative Häufigkeit der Diagnosegruppen, die bei den Betroffenen unmittelbar nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis durch die Ärzte der Kriseninterventionsteams gestellt wurde

6.1.2 Schwere der Akuten Belastungsreaktion zu T1

Als Selbstbeurteilungsinstrument wurde der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale - Revised) bei allen PolizeibeamtInnen eingesetzt, um den Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen erfassen zu können, und um die Verteilung der traumaspezifischen Symptome in Bezug zur Diagnose darstellen zu können.

Traumaspesifische Symptome als Gesamtbelastungsgrad

Bei der Analyse der traumaspezifischen Symptome zu T1 wurde deutlich, dass sich im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen bei den Betroffenen mit einer Traumadiagnose („Akute Belastungsreaktion“) ein signifikant erhöhter Summenwert (29,1) fand ($t = 2,5$; $p = 0,01^*$) (Abb. 6.2).

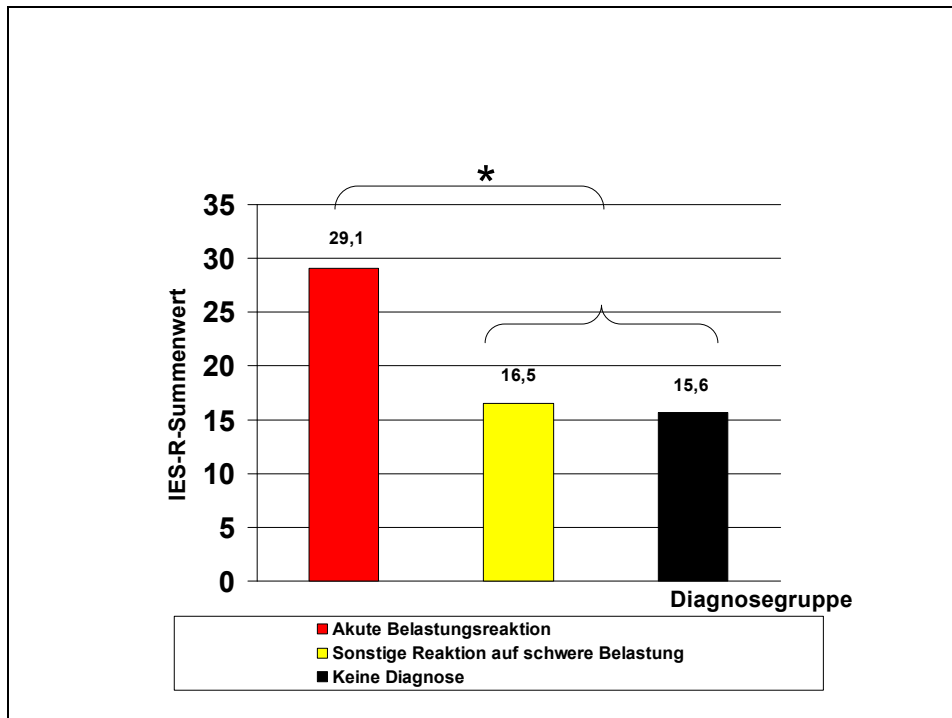


Abb. 6.2 IES-R-Summenwert (Impact of Event Skala-Revised) der PolizeibeamtInnen (N = 59) als Ausdruck der traumaspezifischen Symptome unmittelbar nach einer schwersten beruflichen Belastung bezüglich der Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)

Traumaspezifische Symptome in den einzelnen Symptomgruppen

Um der Frage nachzugehen, welche der genannten Symptomgruppen besonders betroffen waren, wurden die Subskalen des IES-R für die einzelnen Diagnosekategorien gesondert ausgewertet (Abb. 6.3). Bei den Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion waren die Werte gegenüber den anderen Diagnosegruppen in den Subskalen Intrusion und Übererregung signifikant erhöht (Intrusion ($t = 2,6$; $p = 0,01^*$), Vermeidung ($t = 1,4$; $p = 0,14$) und Übererregung ($t = 2,9$; $p = 0,01^*$)).

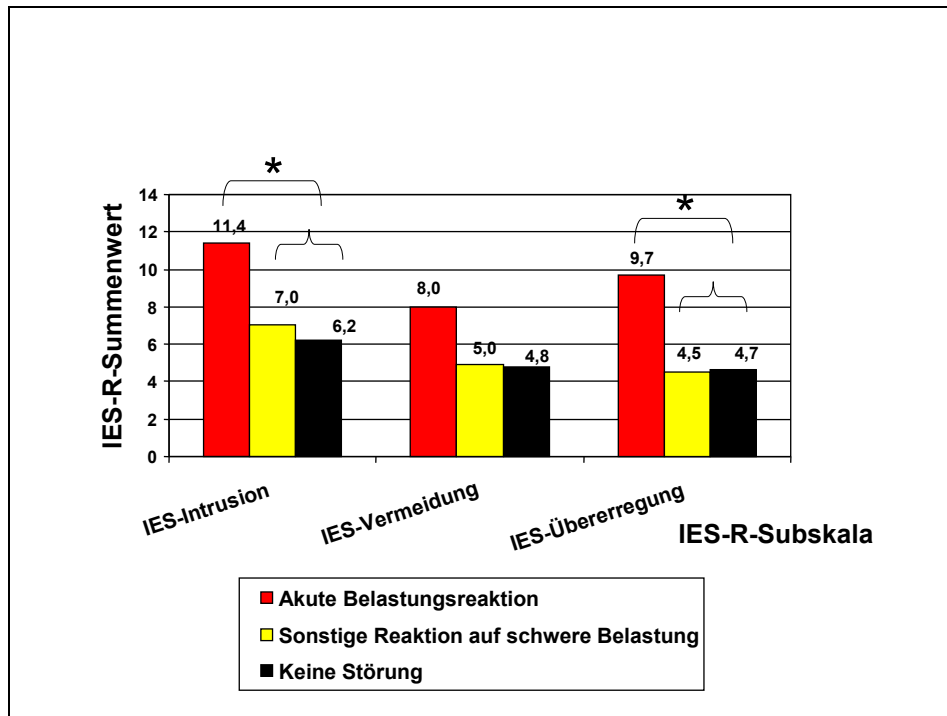


Abb. 6.3 Traumaspezifische Symptome erfasst mittels der IES-R-Subskalen (Impact of Event Skala-Revised, IES-Intrusion, IES-Vermeidung, IES-Übererregung) nach Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)

Klinische Signifikanz

Zur Beurteilung der klinischen Signifikanz der Ausprägung der Symptomwerte der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion wurden aufgrund des Fehlens von Normtabellen die Daten mit der Schätzformel von MAERCKER und SCHÜTZWOHL (1998) verglichen (PTBS-Risikoindex für die Entstehung einer PTBS nach einer Psychotraumatisierung). Bei der Validierung des IES-R-Fragebogens hatten MAERCKER und SCHÜTZWOHL Inhaftierte in der damaligen DDR als Normgruppe herangezogen, wobei ein Kappa von $\kappa = 0,63$ gefunden wurde. Die Sensitivität wurde mit $SEN = 0,76$ und die Spezifität mit $SPE = 0,88$ angegeben. Im Rahmen der Validierung des Instrumentes wurde zudem eine Kreuzvalidierung der Regressionsgewichte mit einer Kriminalitätsofopfergruppe durchgeführt. Hierbei wurden 82,8 % diagnostisch der PTBS richtig zugeordnet. Der Risikoindex wurde mit der folgenden Formel berechnet:

$$\text{Risikoindex} = -0,02 * \text{Intrusion} + 0,07 * \text{Vermeidung} + 0,15 * \text{Übererregung} - 4,36$$

Da ein negativer Ordinatenabschnitt bei der Konstruktion gewählt worden war, macht ein resultierender Wert $> 0,0$ die PTBS-Diagnose wahrscheinlich (MAERCKER & SCHÜTZWOHL, 1998).

Anhand der Verteilung der Risikoindex-Werte wurde ersichtlich, dass nach dieser Formel kein einziger Polizeibeamte das Risiko für eine PTBS tragen würde (Abb. 6.4). Die Werte aller teilnehmenden PolizeibeamtInnen beiderlei Geschlechts lagen unter der Null-Marke (mittlerer weiblicher PTBS-Risikoindex = -2,94; mittlerer männlicher PTBS-Risikoindex = -3,04).

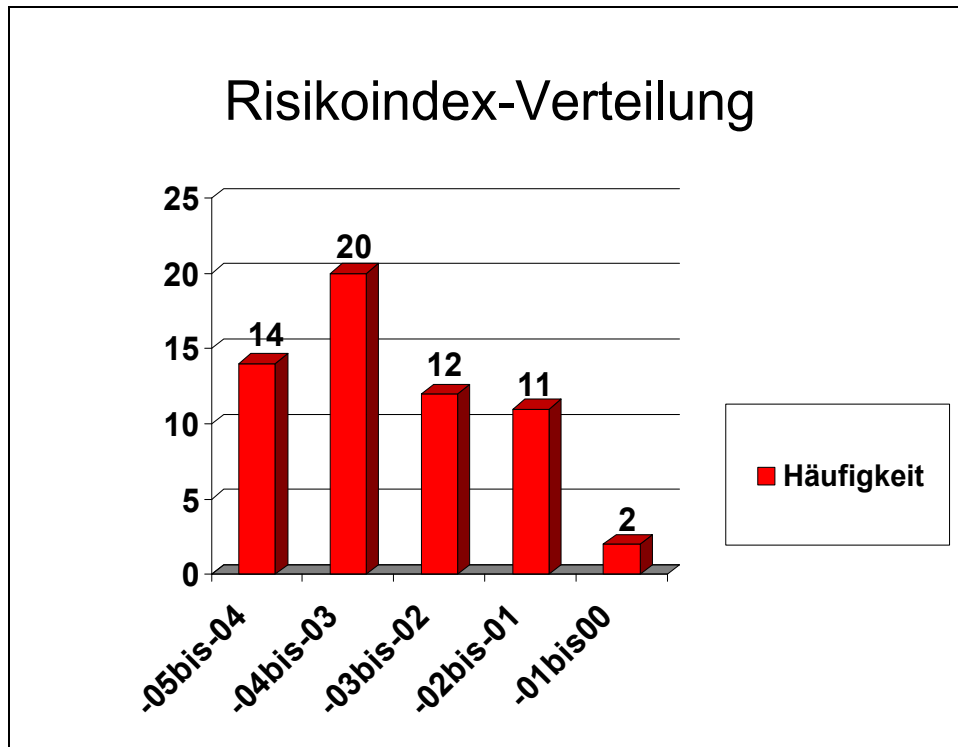


Abb. 6.4 Risikoindex-Werte für alle PolizeibeamtInnen der Studie (berechnet nach Maercker & Schützwohl, 2003)

Schätzformel für PolizeibeamtInnen

Da der Risikoindex, der für TraumapatientInnen aus den Stichproben von MAERCKER & SCHÜTZWOHL (1998) erstellt worden war, für die PolizeibeamtInnen nicht adäquat umzusetzen war, wurde eine neue Schätzformel errechnet, die für diese spezifische Stichprobe Anwendung finden kann. Als abhängige Variable wurde die Zuordnung gewählt, ob ein Betroffener die Diagnosekriterien einer Akuten Belastungsreaktion erfüllte oder nicht. Als Prädiktoren fungierten die Summenwerte der jeweiligen Subskalen, sodass die folgende binäre logistische Regressionsgleichung errechnet werden konnte:

Diagnostischer Wert = $0,06 * \text{Intrusion} - 0,06 * \text{Vermeidung} + 0,12 * \text{Übererregung} - 1,34$

Daraus lässt sich ableiten, dass die Übererregung (Hyperarousal) einen hohen diagnostischen Wert hat, so wie in der Formel von MAERCKER und SCHÜTZWOHL für traumatisierte DDR-Inhaftierte auch. Im Gegensatz zu den DDR-Inhaftierten ist jedoch das posttraumatische (typische) Vermeidungsverhalten bei den PolizeibeamtInnen nicht so stark ausgeprägt.

Interpretation

Die Analyse der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Scale, IES) zeigte für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 signifikant erhöhte, klinisch bedeutsame Werte gegenüber den anderen TeilnehmerInnen ($t = 2,5$; $p = 0,01^*$). Insbesondere bestimmten Intrusionen ($t = 2,6$; $p = 0,01^*$) und Übererregung ($t = 2,9$; $p = 0,01^*$) das Symptombild bei PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion. Das Kriterium der Vermeidung scheint bei PolizeibeamtInnen nicht so stark ins Gewicht zu fallen. Für psychotherapeutische Interven-

tionen der Akuten Belastungsreaktion folgt daraus, dass stärker auf intrusive Bilder und die körperlichen Empfindungen zentrierende Behandlungsansätze wie imaginative Stabilisierungstechniken und ggf. eine EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization Reprocessing) angeboten werden sollten.

6.1.3 Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T1

Zur Erfassung der weiteren traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome, also der allgemeinen Beschwerden psychischer und psychosomatischer Art, wurde der Brief Symptom Inventory (BSI) von den Teilnehmenden ausgefüllt, um zum einen den allgemeinen Belastungsgrad an traumainduzierten Symptomen zu erfassen und zum zweiten, um die differenzierte Verteilung der psychischen und psychosomatischen Symptome erfassen zu können.

Psychische und psychosomatische Symptome als Gesamtbelastungsgrad

Bei der Analyse der weiteren traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome zu T1 zeigte sich, dass sich die Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion signifikant von den anderen Diagnosegruppen unterschieden: Der Gesamtwert der Belastung durch psychische und psychosomatische Symptome mit einem Summenwert von 49 in der Gruppe der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion war gegenüber den anderen Gruppen signifikant erhöht (t-Wert: $t = 2,19$; $p=0,03^*$) (Abb. 6.5).

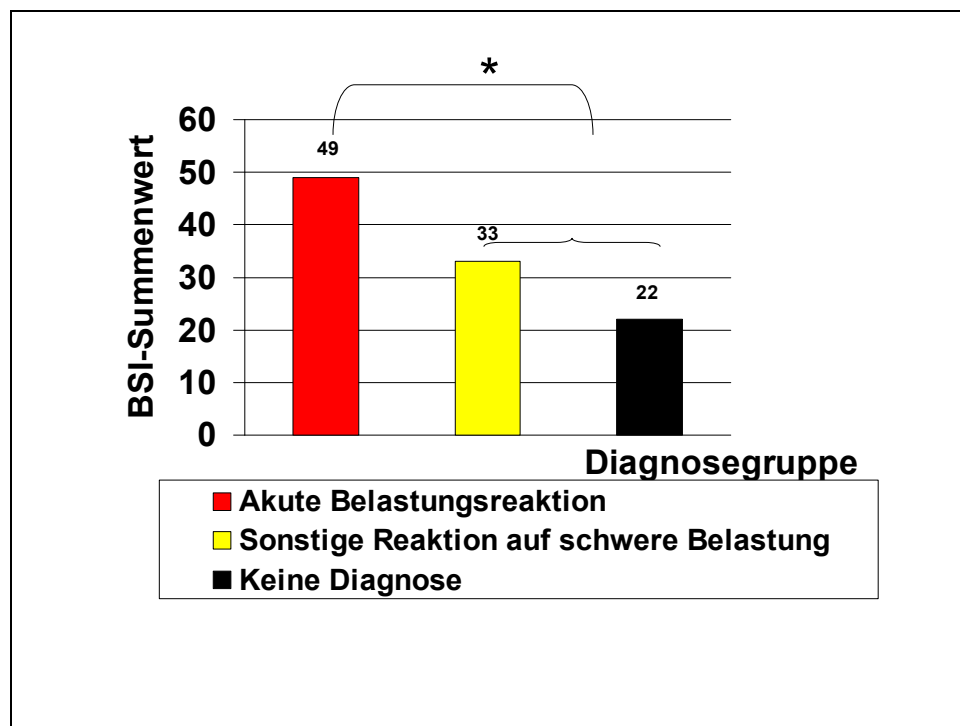


Abb. 6.5 BSI-Summenwert der PolizeibeamtInnen (N = 59) als Ausdruck von Belastungen durch psychischen Symptome unmittelbar nach einer schwersten beruflichen Belastung korreliert mit den Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)

Psychische und psychosomatische Symptome in den einzelnen Symptomgruppen

Die Symptombelastung der Gruppe der Betroffenen mit der Akuten Belastungsreaktion war gegenüber den anderen Diagnosegruppen bei den nachfolgenden Subskalen signifikant erhöht: Somatisierung (SOMA) ($t = 2,02$; $p = 0,05^*$), Zwanghaftigkeit (ZWAN) ($t = 2,36$; $p = 0,02^*$), Depressivität (DEPR) ($t = 2,17$; $p = 0,03^*$), Aggressivität (AGGR) ($t = 2,24$; $p = 0,04^*$) und Paranoides Denken (PARA) ($t = 2,05$; $p = 0,05^*$) (Abb. 6.6).

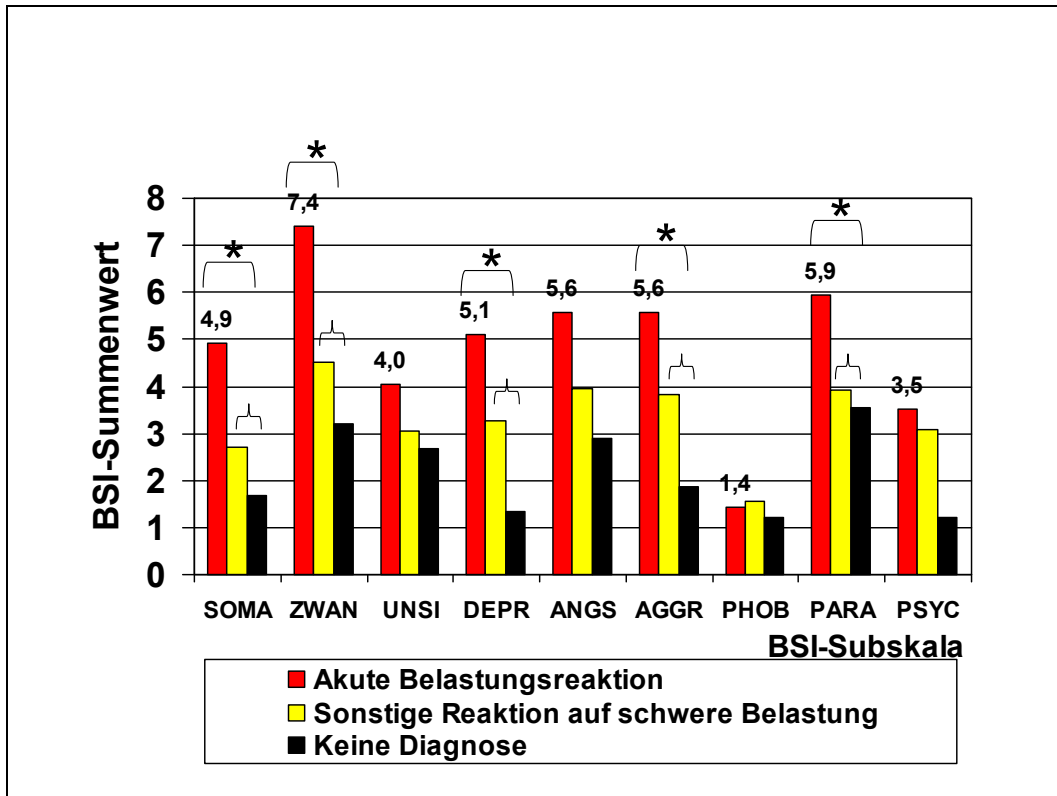


Abb. 6.6 Psychische Symptome erfasst mittels der BSI-Subskalen und bezogen auf die Diagnosegruppen zu T1 (* $p \leq 0,05$) (zur Charakterisierung der einzelnen Skalen siehe Text)

Klinische Signifikanz

Zur Beurteilung der klinischen Signifikanz der Ausprägung der Symptomwerte der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) wurde für die Daten dieser 25 PolizeibeamtInnen eine T-Wert-Transformation durchgeführt (Mittelwert 50, Standardabweichung 10). Bei allen Subskalen bis auf die Skala der phobischen Ängste wurde ein Wert von über 60 erzielt, welches bedeutet, dass die Abweichungen in diesen Skalen über einer Standardabweichung lagen und somit klinisch bedeutsam waren (Abb. 6.7).

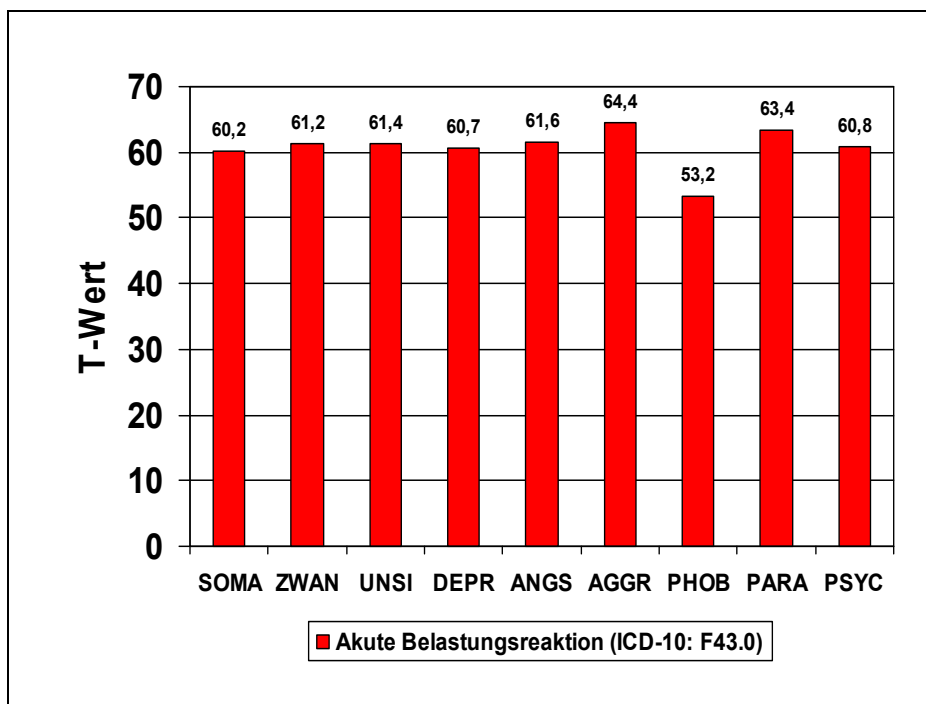


Abb. 6.7 T-Werte der BSI-Subskalen für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) nach einer schwersten beruflichen Belastungssituation (n = 25)

Interpretation

Die Symptomausprägung war in den Bereichen Somatisierung ($t = 2,02$; $p = 0,05^*$), Zwanghaftigkeit ($t = 2,36$; $p = 0,02^*$), Depressivität ($t = 2,17$; $p = 0,03^*$), Aggressivität ($t = 2,24$; $p = 0,04^*$) und paranoides Denken ($t = 2,05$; $p = 0,05^*$) signifikant erhöht. Aus therapeutischer Sicht ist es also wichtig, die Akute Belastungsreaktion frühzeitig zu identifizieren, wobei jedoch die Problembereiche „Paranoides Denken“ und „Somatisierung“ diesen Prozess für einen Teil der Betroffenen erheblich erschweren können. Sie erleben sich dann beispielsweise als „somatisch“ erkrankt. Die Bereiche „Aggressivität“ und „Depressivität“ erschweren es weiterhin für die Betroffenen, den Kontakt von sich aus zu den Hilfesystemen herzustellen, welches die wahrgenommen soziale Unterstützung herabsetzen kann. Daher ist es notwendig, dass Kriseninterventionsteams – wie hier beschrieben – selbstinitiativ auf die betroffenen PolizeibeamtInnen zugehen und ausreichend Zeit zum Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zur Verfügung haben, um die anfänglichen psychischen Hemmnisse überwinden zu können. Dazu bedarf es innerhalb der Führung der Polizeibehörde einer entsprechenden Akzeptanz solcher Frühinterventionen.

6.1.4 Globales Funktionsniveau der PolizeibeamtInnen zu T1

Die Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) sieht vor, dass eine Fremdeinschätzung des aktuellen Funktionsniveaus und retrospektiv eine Einschätzung für das letzte Jahr vorgenommen wird. Zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus wurde daher der GAF-Wert vor dem potenziell traumatischen Ereignis ins Verhältnis zu dem globalen Funktionsniveau zu T1 gesetzt.

Beim Vergleich des GAF der PolizeibeamtInnen im Jahr vor dem potenziell traumatischen Ereignis (höchste GAF-Werte im Jahr vor dem Ereignis) und dann in der Woche dieses Ereignisses zeigte sich, dass sich die Diagnosegruppen nicht unterschieden ($t = 0,80$; $p = 0,43$). In der Woche dieses Ereignisses sank das Funktionsniveau (GAF) bei allen PolizeibeamtInnen, hierbei war jedoch das Funktionsniveau der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen hoch signifikant erniedrigt ($t = 2,70$; $p = 0,01^{**}$) (Abb. 6.8).

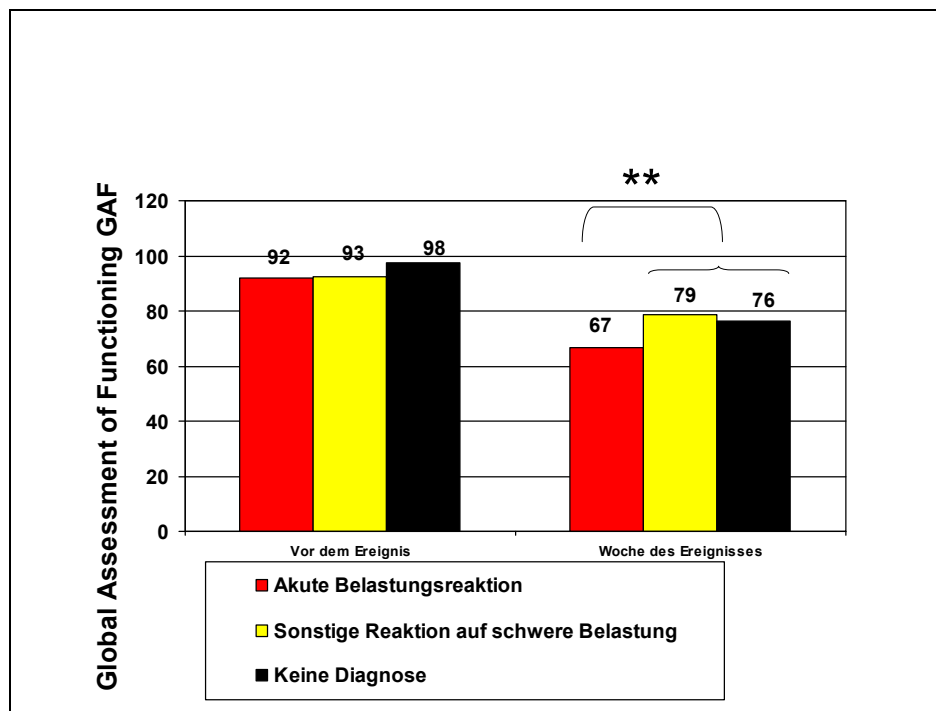


Abb. 6.8 Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning GAF) der PolizeibeamtInnen, angeordnet nach den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Interpretation

Alle PolizeibeamtInnen wiesen erhebliche Beeinträchtigungen durch die belastenden Situationen auf, wobei die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion eine signifikante Absenkung des Funktionsniveaus ($t = 2,70$; $p = 0,01^{**}$) auf einen Wert von 67 hatten. Vergleichsweise ist ein Wert von 50 der Schwellenwert, bei dem in der Regel eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus-Behandlung indiziert ist.

6.1.5 Beeinträchtigungen der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome zu T1

Die Beeinträchtigungsschwere-Skala (BSS) sieht vor, dass eine Fremdeinschätzung der aktuellen Beeinträchtigung und retrospektiv eine Einschätzung für die letzten 12 Monate vorgenommen wird. Zur Erfassung der Beeinträchtigungen durch die traumainduzierten Symptome wurde daher der BSS-Score durch die Erstuntersucher eingeschätzt und der BSS-Wert vor dem potenziell traumatischen Ereignis ins Verhältnis zu der Beeinträchtigungsschwere zu T1 gesetzt.

Die Analyse der psychischen Beeinträchtigungsschwere in den einzelnen Diagnosegruppen vor dem Ereignis ließ zwar Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen erkennen, die aber nicht signifikant waren ($t = 1,87$; $p = 0,07$). In der Woche dieses Ereignisses stieg die psychische Beeinträchtigungsschwere bei allen PolizeibeamtInnen signifikant an, zusätzlich war die Beeinträchtigung der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen hoch signifikant erhöht ($t = 2,86$; $p = 0,01^{**}$) (Abb. 6.9).

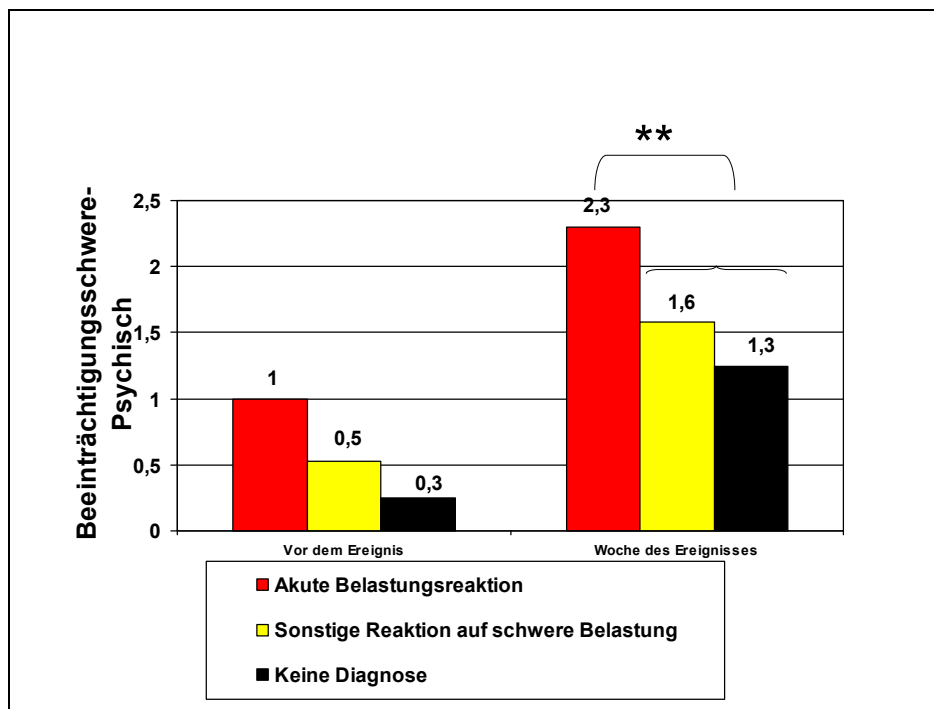


Abb. 6.9 Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Beim Vergleich der Diagnosegruppen wiesen die Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion signifikant erhöhte Werte in den Subkategorien „BSS-psychisch“ ($F = 3,78$; $p = 0,01$), aber auch „BSS-sozialkommunikativ“ ($F = 4,43$; $p = 0,00$) auf (Abb. 6.10), während die Ausprägung psychogener körperlicher Symptome nicht signifikant in Bezug zu den anderen Diagnosegruppen abwich.

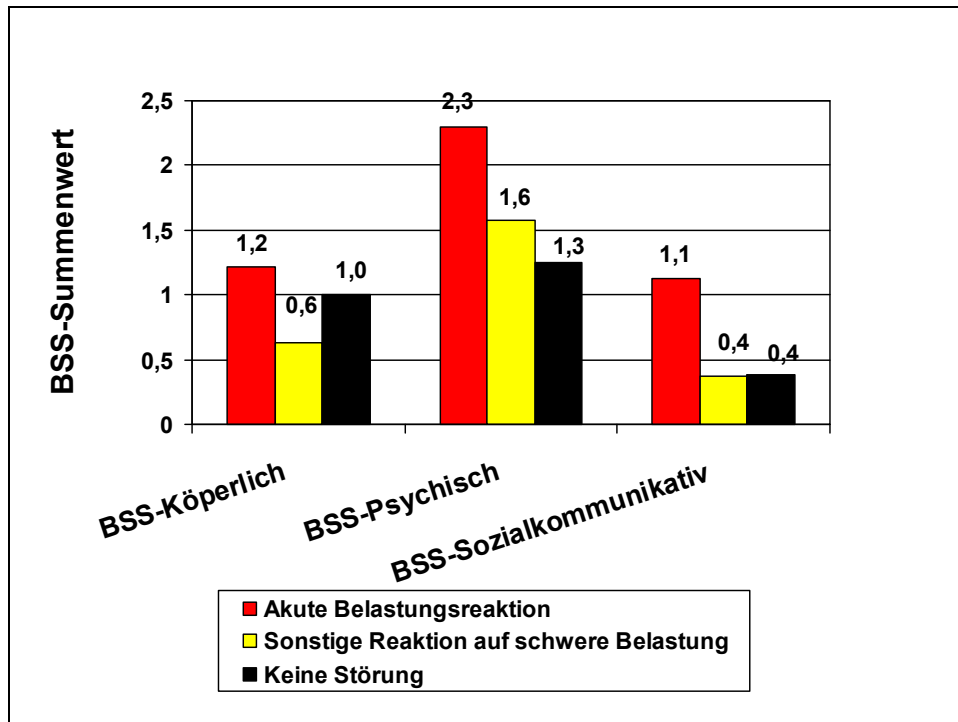


Abb. 6.10 Aktuelle Belastungen gemessen mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS); unterschieden wurden die Subdimensionen BSS-körperlich, BSS-psychisch und BSS-sozialkommunikativ in Bezug zu den Diagnosegruppen

6.1.6 Krankheitsverarbeitung zu T1

Zur allgemeinen Erfassung des Umgangs mit den psychischen Symptomen, die nach einem potenziell psychotraumatischen Ereignis entstehen, wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) herangezogen. Durch zwölf Subskalen können verschiedene Arten der Krankheitsverarbeitung (KV) erfasst werden:

- Problemanalyse und Lösungsverhalten (KV01)
- Depressive Verarbeitung (KV02)
- Hedonismus (KV03)
- Religiösität und Sinnsuche (KV04)
- Misstrauen und Pessimismus (KV05)
- Kognitive Vermeidung und Dissimulation (KV06)
- Ablenkung und Selbstaufwertung (KV07)
- Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug (KV08)
- Regressive Tendenz (KV09)
- Relativierung durch Vergleich (KV10)
- Compliance-Strategien und Arztvertrauen (KV11)
- Selbstermutigung (KV12).

Die Gruppe der Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion zeigte signifikant erhöhte Werte bei der dysfunktionalen Verarbeitung der psychischen Symptome im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen bei den nachfolgenden Subskalen:

- Depressive Verarbeitung (KV02) ($t = 3,82$; $p = 0,00^{**}$)
- Misstrauen und Pessimismus (KV05) ($t = 3,83$; $p = 0,00^{**}$)
- Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug (KV08) ($t = 2,14$; $p = 0,04^*$)
- Regressive Tendenz (KV09) ($t = 3,75$; $p = 0,00^{**}$).

Die Gruppe der Polizeibeamten mit einer Akuten Belastungsreaktion nutzte also dysfunktionale Copingstrategien bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome kurz nach dem (psycho)traumatischen Ereignis im Vergleich zu denjenigen ohne diese Diagnose.

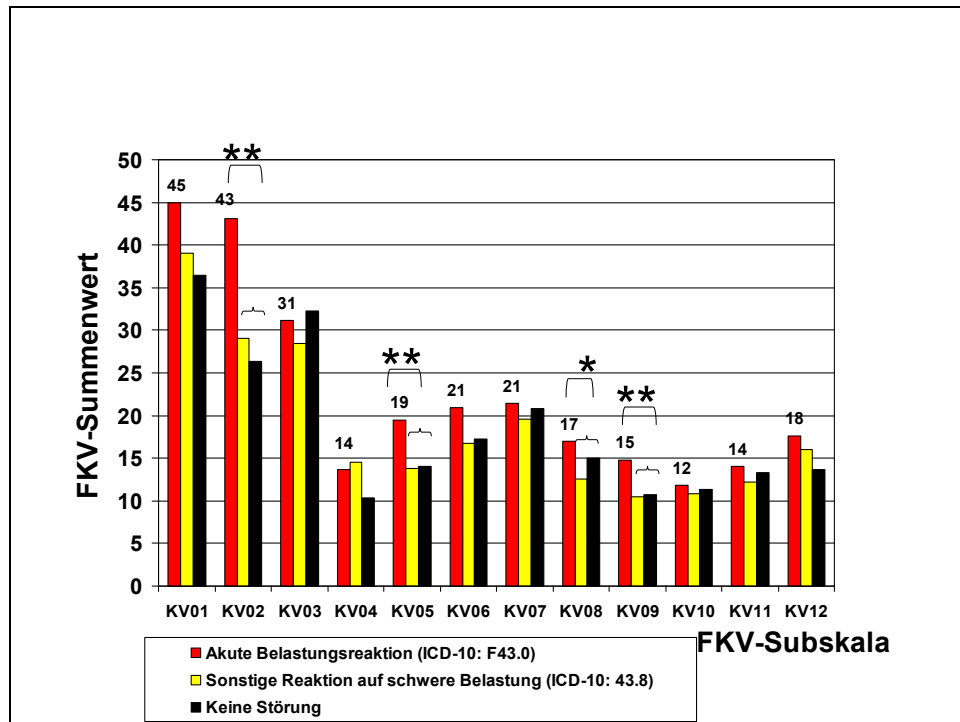


Abb. 6.11 Spezifische Krankheitsverarbeitung in den einzelnen Subskalen des FKV-Fragebogen (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) zu T1 in Bezug zu den Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

Interpretation

Als inadäquate Copingmechanismen wurden „Depressive Verarbeitung“, „Misstrauen und Pessimismus“, „Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug“ und „Regressive Tendenz“ genutzt. Aus therapeutischer Sicht ist es daher wichtig, frühzeitig der depressiven Verarbeitung und dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken, weil hierdurch eine negative Spirale in Gang gesetzt werden kann: die Betroffenen ziehen sich von anderen zurück, erhalten somit weniger positive Verstärker, sodass eine noch stärkere depressive Symptomatik entstehen kann.

6.2 Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T2

6.2.1 Die demographischen Charakteristika der Stichprobe der Polizei-beamtInnen zu T2

Wie im Aufklärungsschreiben angekündigt, wurden die TeilnehmerInnen der Studie nach sechs Monaten angeschrieben, um einen Termin für ein ausführliches Forschungsinterview, meist auf der Polizeiwache, durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projektes zu vereinbaren. Dieses mindestens 2 Stunden dauernde Forschungsinterview wurde thematisch in zwei Blöcke aufgeteilt. Nach einer Informierung über den Ablauf des Interviews und einer Aufklärung über den Datenschutz wurden im ersten Block Daten zu den Bereichen Symptomatik, bisherige Behandlungen, Selbstbild und relevante Informationen zur Biographie semistrukturiert erhoben. Diese Daten wurden anhand des Leitfadens der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (OPD, ARBEITSKREIS ZUR OPERATIONALISIERUNG PSYCHODYNAMISCHER DIAGNOSTIK, 2004) erhoben und kodiert. Nach einer Pause wurden im zweiten Block systematisch die verschiedenen Symptombereiche anhand des Strukturierten Klinischen Interview für das DSM-IV Achse I (SKID-I; WITTCHEN, WUNDERLICH, GRUSCHWITZ & ZAUDIG, 1997) semistrukturiert erfasst und mittels des Strukturierten Klinischen Interviews für das DSM-IV Achse II (SKID-II; FYDRICH, RENNEBERG, SCHMITZ & WITTCHEN, 1997) nach relevanten Persönlichkeitsstörungen gefragt.

Den TeilnehmerInnen waren vor dem Forschungsinterview die Fragebögen wie zu T1 zugesandt worden. Diese Fragebögen wurden am Ende des Interviews in das Ergebnis des Forschungsinterview eingebettet und mit den TeilnehmerInnen besprochen.

Die erhobenen Daten der Angaben der PatientInnen zu Beschwerden und Lebensumständen wurden systematisch unter den folgenden Abschnitten nach den Richtlinien der Basisdokumentation (Psy-BaDo) erfasst:

- (1) Äußere Erscheinung/Szene,
- (2) Aktuelle Beschwerden/Symptome des Patienten,
- (3) Diagnostik/Behandlung der aktuellen Problematik,
- (4) Frühere psychosomatische/-therapeutische/psychiatrische Erkrankungen und Vorbehandlungen,
- (5) Somatische Erkrankungen und Behandlungen,
- (6) Suchtmittel, Medikation und Selbstbeschädigung,
- (7) Aspekte der Sozialanamnese und
- (8) Biographie.

Aufgrund der Daten aus dem Psy-BaDo und der Berücksichtigung der Gesprächsinhalte anhand der Achsen der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik wurde für die Betroffenen eingeschätzt:

- (1) Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen,
- (2) Achse II: Repetitiv-dysfunktionale Beziehungen,
- (3) Achse III: Konflikt,
- (4) Achse IV: Strukturniveau und
- (5) Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen (ICD-10).

Weiterhin wurden wie zu T1 erneut eingeschätzt:

- (6) Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS),
- (7) Global Assessment of Functioning Scale (GAF) sowie
- (8) die (Anzahl der) Vorbehandlungen und
- (9) die empfohlenen Maßnahmen/Indikation.

Von den 59 PolizeibeamtInnen, die zu T1 an der Studie teilgenommen hatten, nahmen 50 zum Follow-up Zeitpunkt T2 nach sechs Monaten mit vollständigen Studienunterlagen teil.

6.2.2 Die demographischen Charakteristika der nichtteilnehmenden PolizeibeamtInnen im Vergleich zu den teilnehmenden PolizeibeamtInnen zu T2

Von den 50 PolizeibeamtInnen zu T2 waren 35 männlich (70 %). Somit haben acht männliche Polizeibeamten und eine weibliche Polizeibeamtin die Teilnahme zu T2 abgelehnt haben bzw. waren nicht erreichbar (Abb. 6.12). Das Alter der Teilnehmenden zu T2 lag zwischen 22 und 49 Jahren ($M = 37,1$ Jahre; $SD = 8,4$). Hinsichtlich der Alterskategorien (Alter 20 bis 29 Jahre: $n = 12$; Alter 30 bis 39 Jahre: $n = 13$; Alter 40 bis 49 Jahre: $n = 25$; Alter 50 bis 59 Jahre: $n = 0$) hatten aus der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahre mehr die Teilnahme zu T2 abgelehnt bzw. konnten nicht erreicht werden (Abb. 6.13). Damit ließ sich kein differenzierender Unterschied zwischen den Teilnehmenden der beiden Zeitpunkte T1 und T2 erkennen (Abb. 6.14).

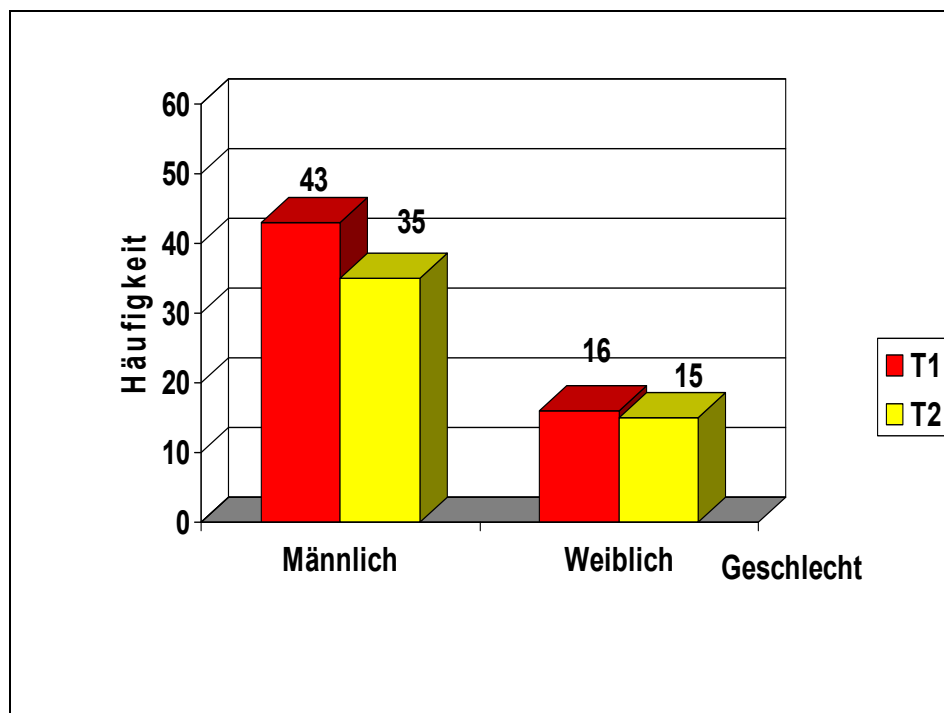


Abb. 6.12 Geschlechterverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten

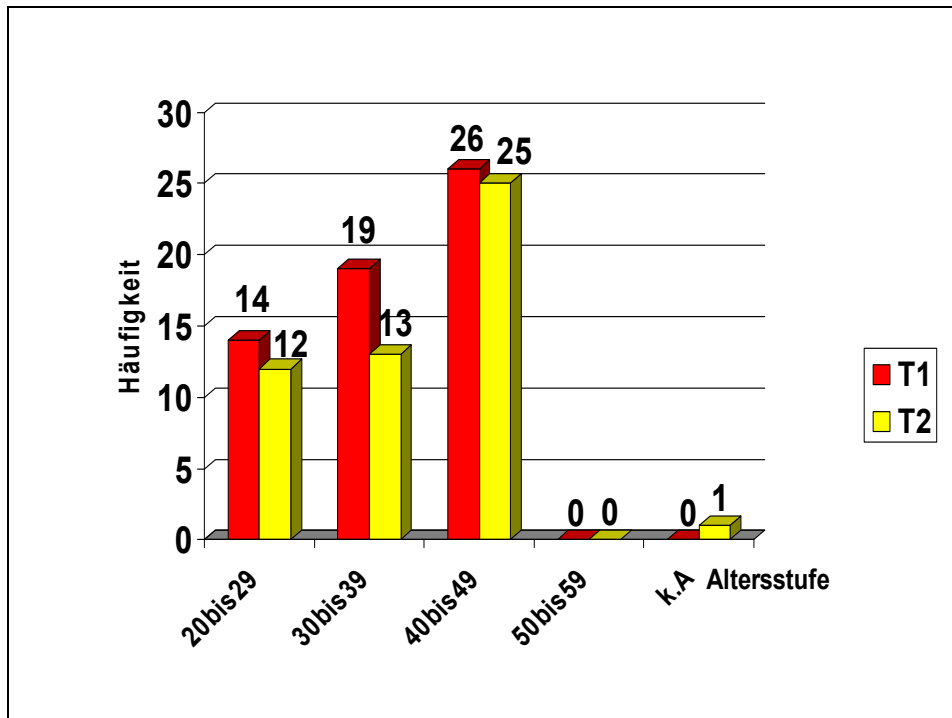


Abb. 6.13 Altersverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten

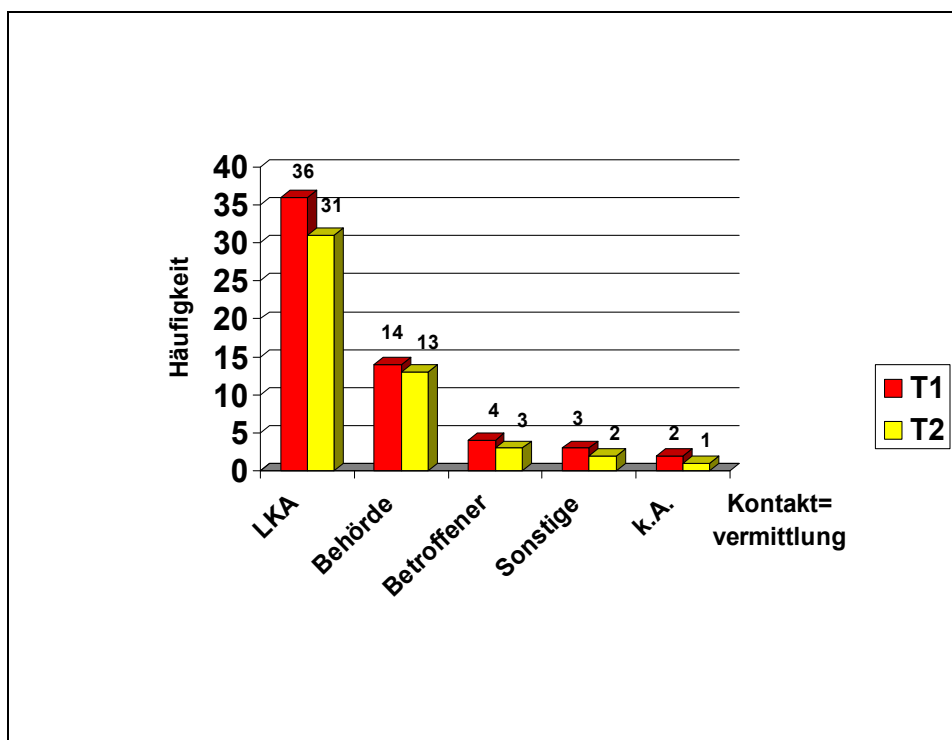


Abb. 6.14 Vermittlung des Kontaktes zu den Kriseninterventionsteams zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten (LKA: Landeskriminalamt, k. A.: keine Angabe)

6.2.3 Inzidenzrate der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2

Im Rahmen des Forschungsinterviews wurden im zweiten Interviewteil mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) systematisch alle psychischen Diagnosen mit einem konservativen Vorgehen erfasst: Wenn die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach dem SKID-II erfüllt waren und ein repetitiv-dysfunktionaler Konflikt nach der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) zu identifizieren war, wurde die Diagnose „Sonstige neurotische Störung“ gewählt, da die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst nach mehreren Diagnostikgespräche gestellt werden sollte.

Bei 14 PolizeibeamtInnen (28 %) wurde zu T2 eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Bei 10 PolizeibeamtInnen (20 %) wurde die Diagnose „Andere psychische Diagnose“ als Zusammenfassung aller depressiven Störungen und Angststörungen gestellt, bei 8 Teilnehmenden (16 %) die Diagnose „Sonstige neurotische Störung“. Bei 18 Teilnehmenden (38 %) konnten keine diagnoserelevanten Symptome festgestellt werden (Abb. 6.15).

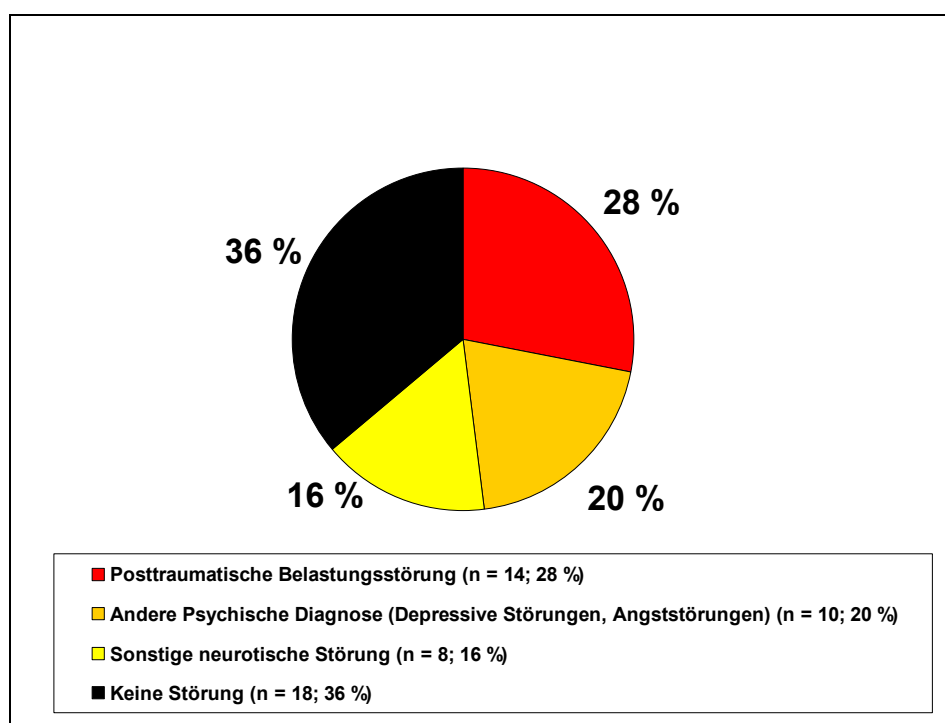


Abb. 6.15 Relative Häufigkeit der Diagnosegruppen bei den Betroffenen sechs Monate nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis im Rahmen des Forschungsinterviews anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)

Interpretation

Beim Vergleich der Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung (28 %) bei den PolizeibeamtInnen nach den beschriebenen schwersten Belastungen mit der Allgemeinbevölkerung (7,8 % bei KESSLER et al., 1995) wurde eine etwa vier Mal höhere Rate festgestellt. CARLIER et al. (1997) fanden Punktprävalenzen von 5-7 % bei allen PolizeibeamtInnen. TEEGEN et al., (1997) fanden bei Hamburger PolizeibeamtInnen ähnlich niedrige Raten von 5 % für eine voll ausgeprägte PTBS und 15 % für eine partielle PTBS. ROBINSON et al. (1997) fanden in Cleveland/USA eine PTBS-Prävalenz von 13 %. Bei diesen Studien wurde jedoch retrospektiv gefragt, es wurde keine systematische Erfassung aller Diagnosen (wie mit dem SKID) durchgeführt und es waren keine definierten Einsatzsituationen vorweg erfolgt.

Dass 15 % der TeilnehmerInnen unter Berücksichtigung der Schwere dieser potenziell traumatischen Situationen „Keine Störung“ aufwiesen, lässt sich als Hinweis auf eine zumindest teilweise angemessene Aus- und Fortbildung interpretieren, sonst hätten viele PolizeibeamtInnen diese schwerwiegenden Ereignisse nicht so gut verarbeiten können.

Verhältnis der Diagnosegruppen zu den personenbezogenen Variablen Geschlecht und Alter

Die Verteilung der Diagnosen zu T2 in Bezug zum Geschlecht (Abb. 6.16) und zum Alter (Abb. 6.17) zeigten eine relative Gleichverteilung ohne signifikante Abweichungen.

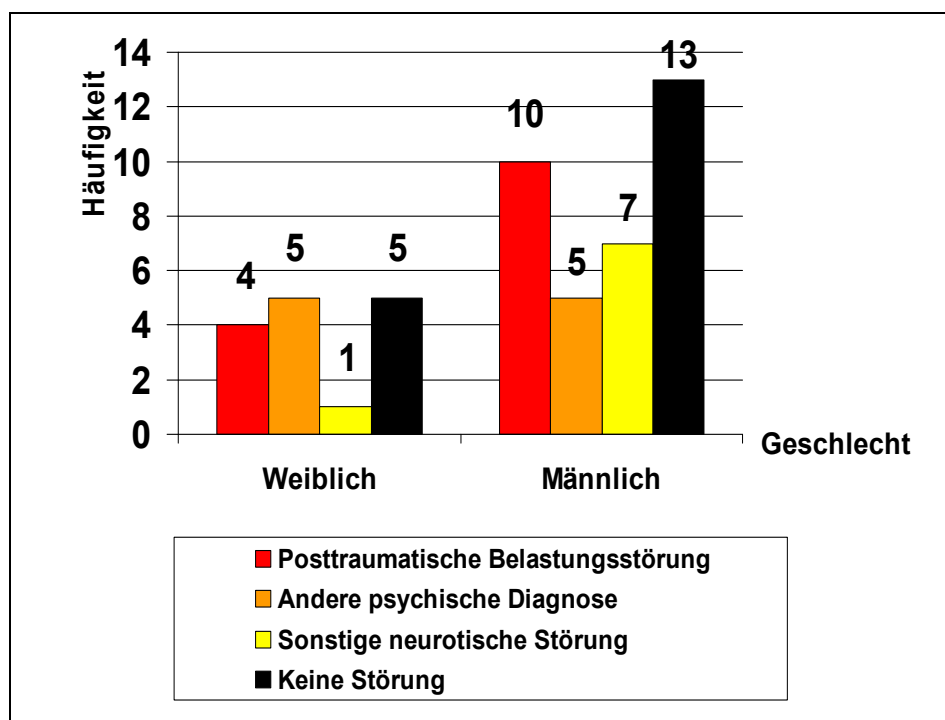


Abb. 6.16 Geschlechterverteilung in Bezug zu den Diagnosegruppen zu T2

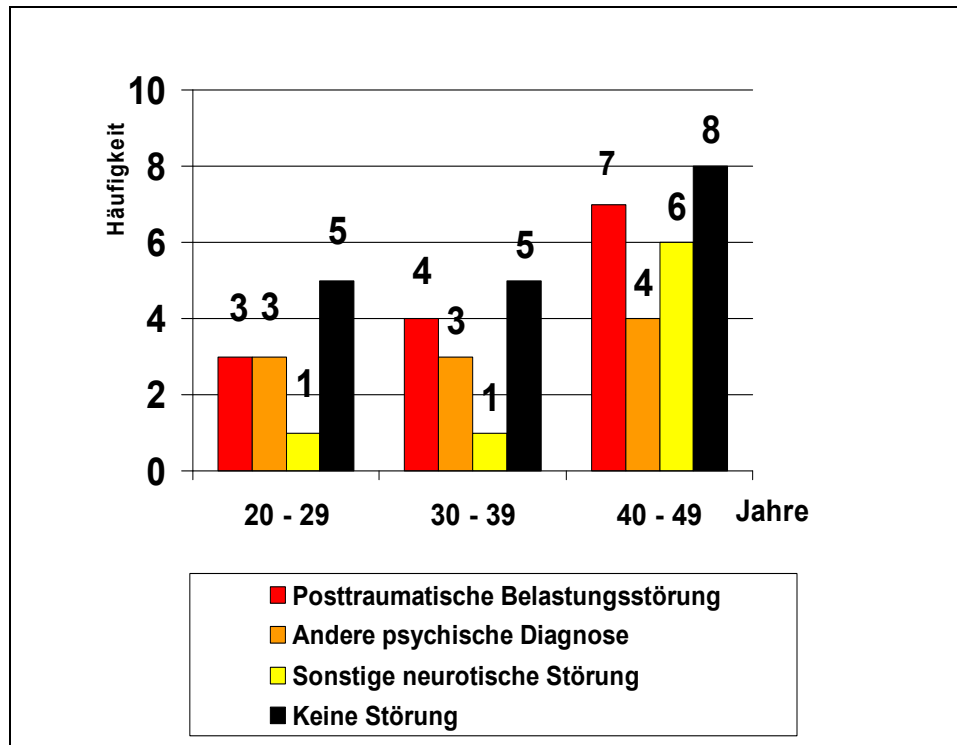


Abb. 6.17 Altersverteilung in Bezug zu den Diagnosegruppen zu T2

Verhältnis der Diagnosegruppen (T2) zu den Achsen I und III der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Mit der Achse I der OPD (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) wurde unter anderem der Leidensdruck der Betroffenen erfasst. Bei einer Aufteilung des Leidensdruckes nach den Diagnosegruppen fand sich ein hochsignifikant erhöhter Leidensdruck bei den Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ($F = 31,74$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.18).

Ebenso war das Item „Motivation zur Psychotherapie“ bei diesen PTBS-Betroffenen hoch signifikant erhöht ($F = 8,24$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.19).

Bei der Analyse der anderen Items dieser Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ wie körperliche Behinderung, sekundärer Krankheitsgewinn, Motivation zur körperlichen Behandlung, psychosoziale Integration, persönliche Ressourcen und soziale Unterstützung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Diese Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass eine körperliche Behinderung selten auftrat. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass einzelne Betroffene eine erhebliche körperliche Behinderung durch den Polizeieinsatz davontrugen. Wenn keine körperliche Behinderung festgestellt werden konnte, so war naturgemäß die „Motivation zur körperlichen Behandlung“ gering.

Die Ergebnisse der Items „Psychosoziale Integration“, „Persönliche Ressourcen“ und „Soziale Unterstützung“ zeigten einen als hoch wahrgenommenen sozialen Rückhalt durch die KollegInnen, Vorgesetzte und die Familie.

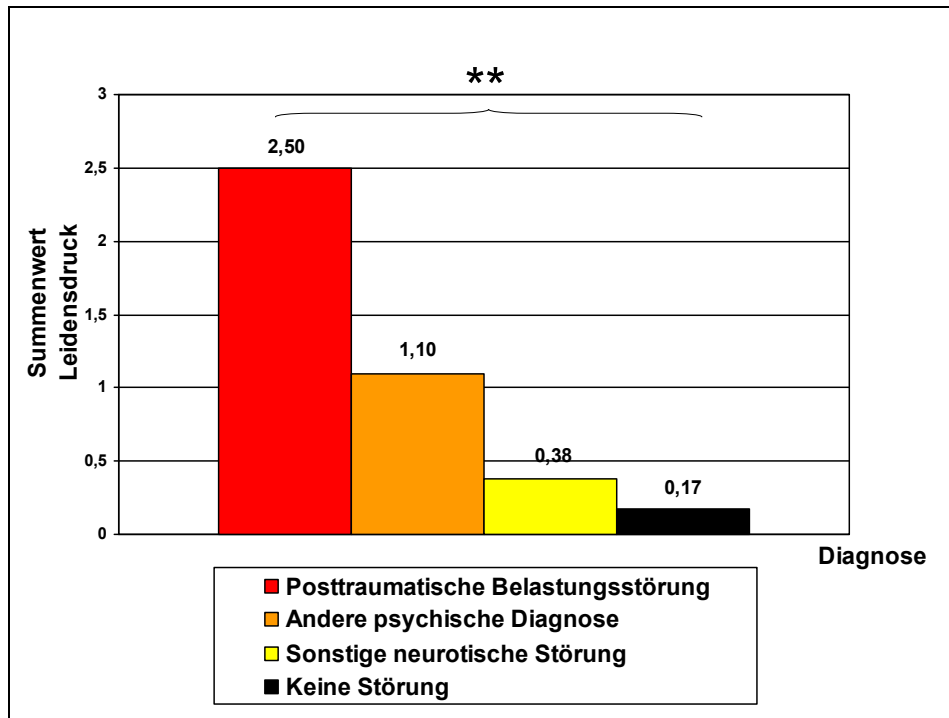


Abb. 6.18 Leidensdruck der betroffenen PolizeibeamtInnen zu den Forschungsinterviews (Zeitpunkt T2), Skala aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

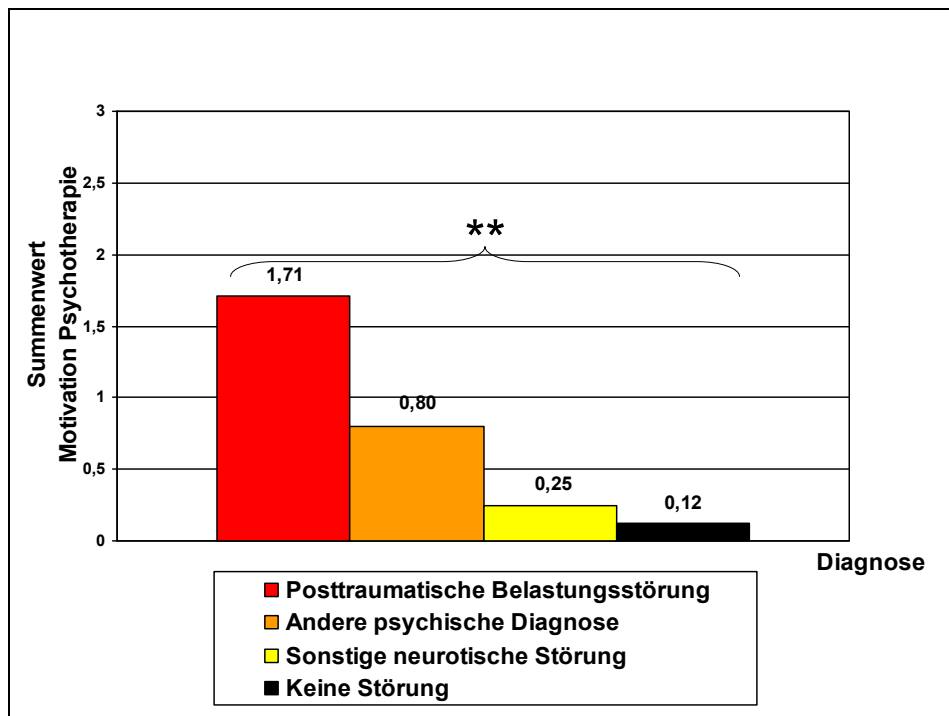


Abb. 6.19 „Motivation zur Psychotherapie“ der betroffenen PolizeibeamtInnen zu den Forschungsinterviews (Zeitpunkt T2), Skala aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Zur Erfassung der vorherrschenden Konflikte bei den Teilnehmenden wurde die Achse III der OPD (Konflikte) herangezogen:

- (0) Kein Konflikt,
- (1) Abhängigkeit vs. Autonomie,
- (2) Unterwerfung vs. Kontrolle,
- (3) Versorgung vs. Autarkie,
- (4) Selbstwertkonflikte,
- (5) Schuldkonflikte,
- (6) Ödipal-sexuelle Konflikte,
- (7) Identitätskonflikte,
- (8) Eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung und
- (9) Konflikthafte äußere Lebensbelastungen/Aktualkonflikt.

Der Konflikt „(2) Unterwerfung vs. Kontrolle“ wurde als Hauptkonflikt am häufigsten bei den Teilnehmenden identifiziert. An zweiter Rangstelle stand der Konflikt „(3) Versorgung vs. Autarkie“, an dritter Rangstelle standen die „(4) Selbstwertkonflikte“.

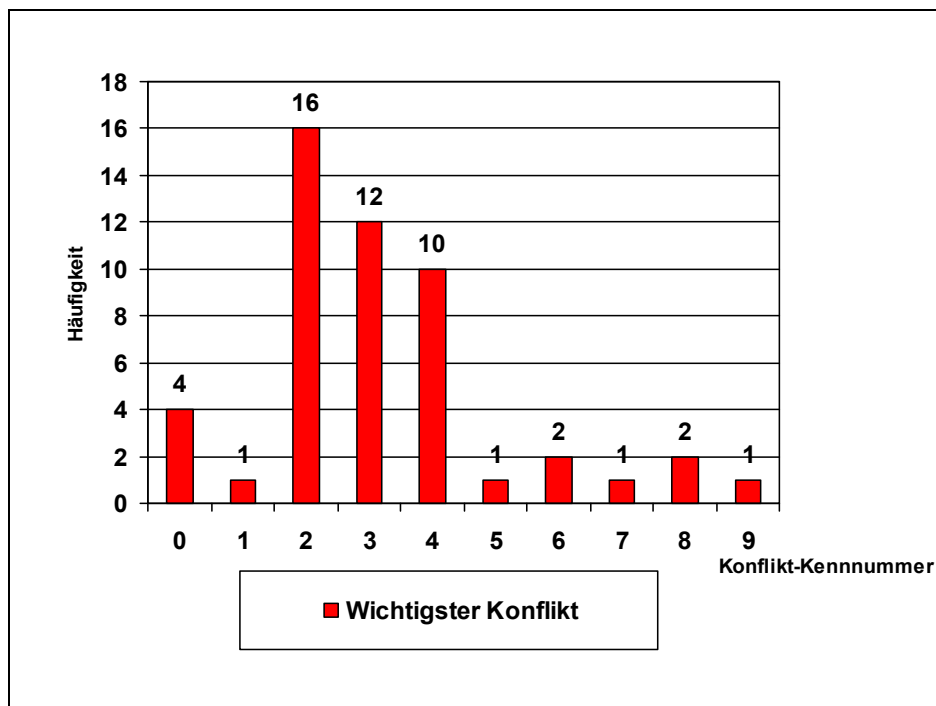


Abb. 6.20 Konfliktrating (OPD) des wichtigsten Konflikts für alle PolizeibeamtInnen (T2) ((0) Kein Konflikt, (1) Abhängigkeit vs. Autonomie, (2) Unterwerfung vs. Kontrolle, (3) Versorgung vs. Autarkie, (4) Selbstwertkonflikte, (5) Schuldkonflikte, (6) Ödipal-sexuelle Konflikte, (7) Identitätskonflikte, (8) Eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung und (9) Konflikthafte äußere Lebensbelastungen/Aktualkonflikt)

Eine Analyse der Häufigkeit des jeweils führenden Konfliktes in Bezug zu den Diagnosegruppen ergab, dass die Konflikte „(2) Unterwerfung vs. Kontrolle“ und „(4) Selbstwertkonflikte“ bei den PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung am häufigsten gefunden wurden (Abb. 6.21).

Die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung wiesen bei der Analyse der absoluten Zahlen höhere Werte bei „(4) Selbstwertkonflikten“ im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen auf (Eine statistische Analyse war aufgrund der geringen Fallzahl von fünf nicht möglich).

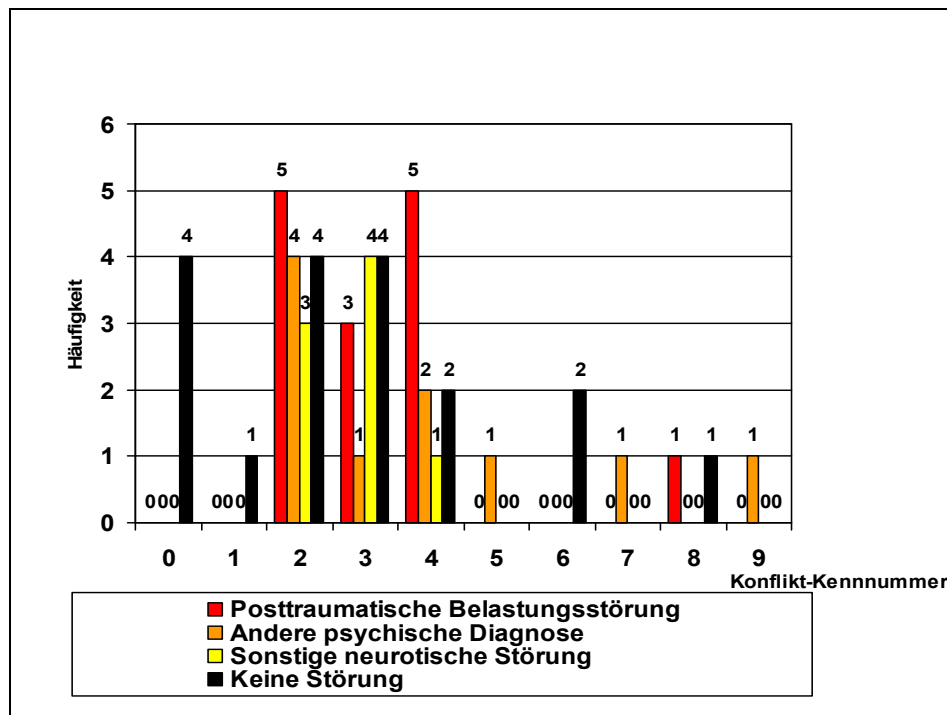


Abb. 6.21 Häufigkeit des Ratings des führenden Konfliktes (OPD) in Bezug zu den Diagnosegruppen (T2) ((0) Kein Konflikt, (1) Abhängigkeit vs. Autonomie, (2) Unterwerfung vs. Kontrolle, (3) Versorgung vs. Autarkie, (4) Selbstwertkonflikte, (5) Schuldkonflikte, (6) Ödipal-sexuelle Konflikte, (7) Identitätskonflikte, (8) Eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung und (9) Konflikthafte äußere Lebensbelastungen/Aktualkonflikt)

Interpretation

Bei der psychodynamischen Therapie stellt die Behandlung des führenden Konfliktes eine zentrale Aufgabe dar. Nach einer vorsichtigen Interpretation scheint der „Selbstwertkonflikt“ eher mit Posttraumatischen Belastungsstörungen einherzugehen, auffällig war das gehäufte Vorkommen des Konfliktes „Unterwerfung vs. Kontrolle“, der aber über alle Störungsgruppen zu T2 gleich verteilt war.

6.2.4 Verlauf der Diagnosenhäufigkeiten vom Zeitpunkt T1 zu T2

Von den 25 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T1 die Diagnose „Akute Belastungsreaktion“ gestellt worden war, wurde zu T2

- 10-mal die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt;
- bei 4 Teilnehmenden eine „Andere psychische Störung“ diagnostiziert;
- die Diagnose „Sonstige neurotische Störung“ bei 2 PolizeibeamtInnen gestellt;
- bei 5 Teilnehmenden keine Diagnose gestellt.

(4 PolizeibeamtInnen lehnten zu T2 die Teilnahme ab bzw. konnten nicht erreicht werden).

Von den 22 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T1 die Diagnose „Sonstige Reaktion auf schwere Belastungen“ gestellt worden war, wurde zu T2

- 3-mal die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt;
- bei 5 Teilnehmenden eine „Andere psychische Störung“ diagnostiziert;
- die Diagnose „Sonstige neurotische Störung“ bei 1 Polizeibeamten gestellt;
- bei 11 Teilnehmenden keine Diagnose gestellt.

(2 PolizeibeamtInnen lehnten zu T2 die Teilnahme ab bzw. konnten nicht erreicht werden).

Von den 9 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T1 keine psychische Störung festgestellt werden konnte, wurde zu T2

- 0-mal die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt;
- bei 1 Teilnehmer/in eine „Andere psychische Störung“ diagnostiziert;
- die Diagnose „Sonstige neurotische Störung“ bei 3 PolizeibeamtInnen gestellt;
- bei 2 Teilnehmenden keine Diagnose gestellt.

(3 PolizeibeamtInnen lehnten zu T2 die Teilnahme ab bzw. konnten nicht erreicht werden).

Interpretation

Dass bei den 25 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T1 die Diagnose „Akute Belastungsreaktion“ gestellt worden war, zu T2 10-mal (40 %) die Diagnose „Posttraumatische Belastungsreaktion“ gestellt wurde, entspricht den Ergebnissen von FEINSTEIN und DOLAN (1991), dass PTBS-Symptome direkt nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis die besten Prädiktoren für eine PTBS nach sechs Monaten darstellen. Dies bestätigt, dass die Diagnosen der Kriseninterventionsteams einen hohen Vorhersagewert dafür haben, welche PolizeibeamtInnen eine PTBS sechs Monaten nach einem solchen Einsatz entwickeln werden.

6.2.5 Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörungen zu T2

Als Selbstbeurteilungsinstrument wurde der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale - Revised) eingesetzt, um den Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen zu T2 erfassen zu können, und um die Verteilung der traumaspezifischen Symptome in Bezug zur Diagnose darstellen zu können. Die Betroffenen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2 wiesen gegenüber den anderen Diagnosegruppen einen hoch signifikant erhöhten IES-R-Belastungswert auf (Diagnose: $F = 15,2$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.22).

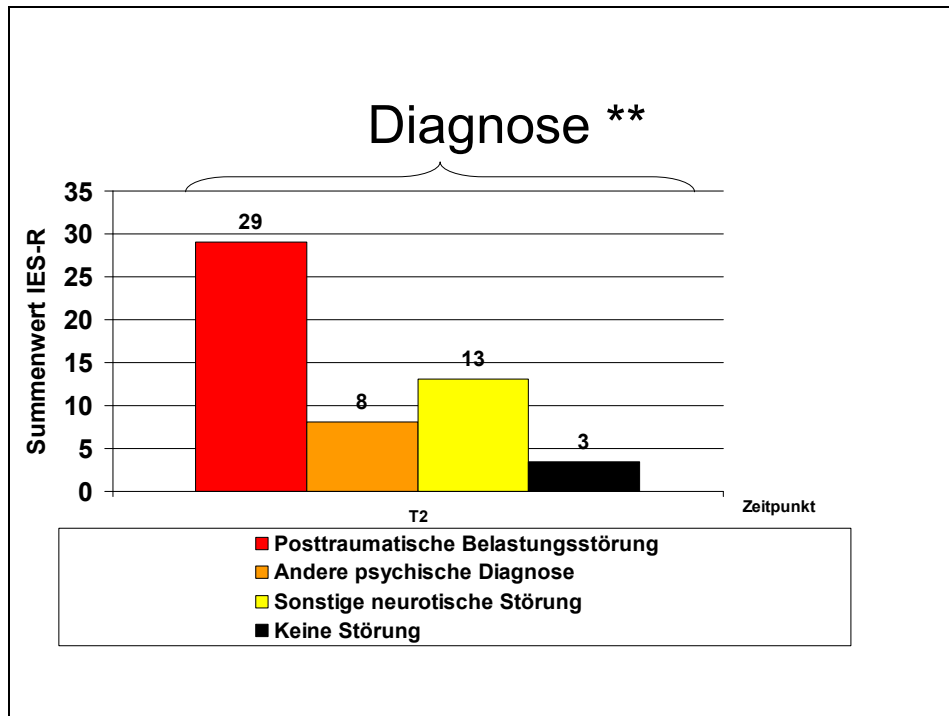


Abb. 6.22 Gesamtbelastung (Summenwert IES-R) der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen zu T2 (** $p \leq 0,01$)

6.2.6 Verlauf der Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen vom Zeitpunkt T1 zu T2

Als fortführende Analyse wurde der Verlauf der traumaspezifischen Symptome über die Zeit von T1 zu T2 analysiert. Hierbei wurde für diejenigen PolizeibeamtInnen, die zu T2 die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhalten hatten, retrospektiv im Hinblick die Symptomausprägung zu T1 analysiert. In gleicher Weise wurde für die anderen Diagnosegruppen verfahren.

Es wurde eine hoch signifikante Abnahme der IES-R-Werte über den Zeitraum vom potenziell traumatischen Ereignis (T1) bis zum Forschungsinterview nach sechs Monaten (T2) festgestellt (Zeit: $F = 41,9$; $p = 0,00^{**}$). Die **Hypothese (1)**, dass die Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen im Spontanverlauf von T1 zu T2 signifikant abnimmt, konnte somit bestätigt werden.

Die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine fast gleich bleibende Belastung mit traumaspezifischen Symptomen über die Zeit haben würden, während die anderen Diagnosegruppen im Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen absinken würden, zeigte sich von der Tendenz her, war aber nicht signifikant (Zeit: $F = 41,9$; $p = 0,00^{**}$; Zeit X Diagnose: $F = 2,0$; $p = 0,12$) (Abb. 6.23) (Tab. 6.1).

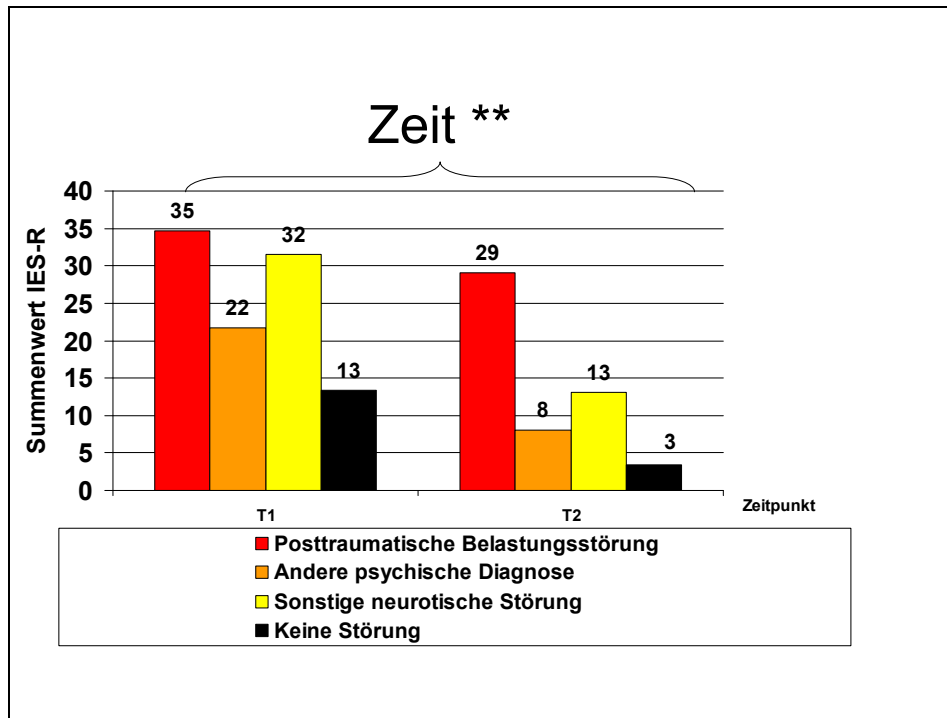


Abb. 6.23 Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen von T1 zu T2 (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.1 Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	3217	1	3217	41,9	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	9206	3	3069	15,2	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	468	3	156	2,0	0,12

Verlauf der traumaspezifischen Symptome in den einzelnen Symptomsubgruppen

Bei der Untersuchung des Verlaufs in den einzelnen Symptomgruppen wurde bei der Subskala „Intrusion“ des IES-R eine hoch signifikante Abnahme der intrusiven Symptome über den Zeitraum festgestellt.

Die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine fast gleich bleibende Belastung in der Subskala „Intrusion“ über die Zeit aufweisen würden, während die anderen Diagnosegruppen im Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen absinken würden, zeigte sich von der Tendenz her, war aber nicht signifikant (Zeit: $F = 38,9$; $p = 0,00^{**}$; Zeit X Diagnose: $F = 2,3$; $p = 0,09$) (Abb. 6.24) (Tab. 6.2).

Auch der Grad der Vermeidung aufgrund der traumaspezifischen Symptome, der in der Subskala „Vermeidung“ des IES-R erfasst wurde, zeigte eine hoch signifikante Abnahme über die Zeit. Hier zeigte sich zwischen den Diagnosegruppen bezogen auf den Zeitraum jedoch kein Unterschied (Abb. 6.25) (Tab. 6.3).

Für die Subskala „Übererregung“ des IES-R wurde ebenso eine hoch signifikante Abnahme der Symptomausprägung über die Zeit von T1 zu T2 festgestellt, aber auch hier wurde die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass sich die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Gegensatz zu den anderen Diagnosegruppen nicht bessern, zwar von der Tendenz her bestätigt, war aber nicht signifikant (Zeit: $F = 28,7$; $p = 0,00^{**}$; Zeit X Diagnose: $F = 2,2$; $p = 0,10$) (Abb. 6.26) (Tab. 6.4).

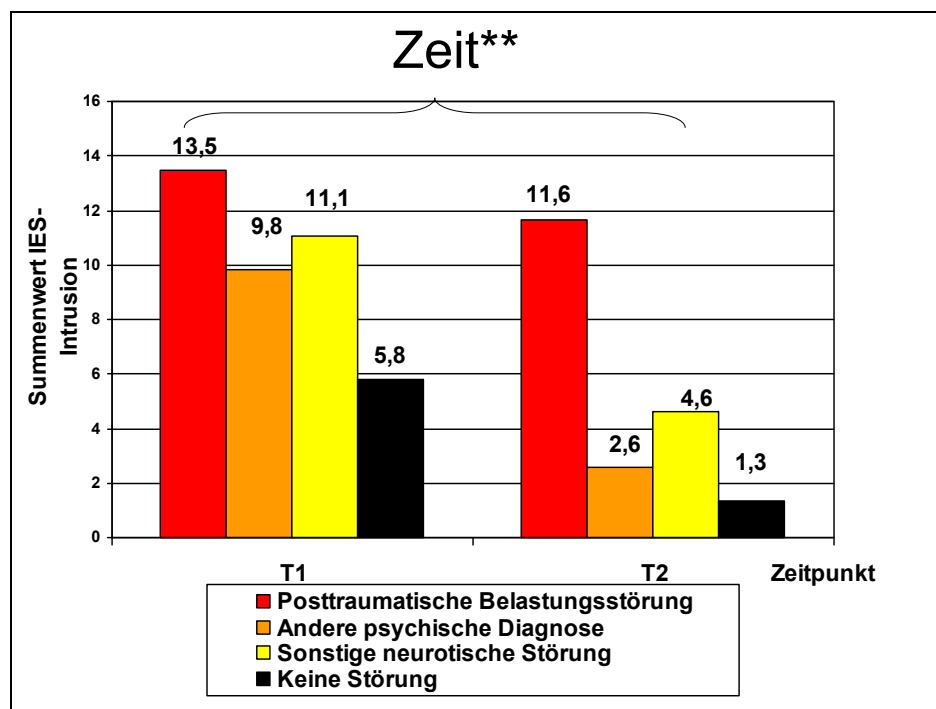


Abb. 6.24 Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Intrusion“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.2 Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Intrusion“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	566	1	566	38,9	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	1312	3	437	17,2	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	101	3	101	2,3	0,09

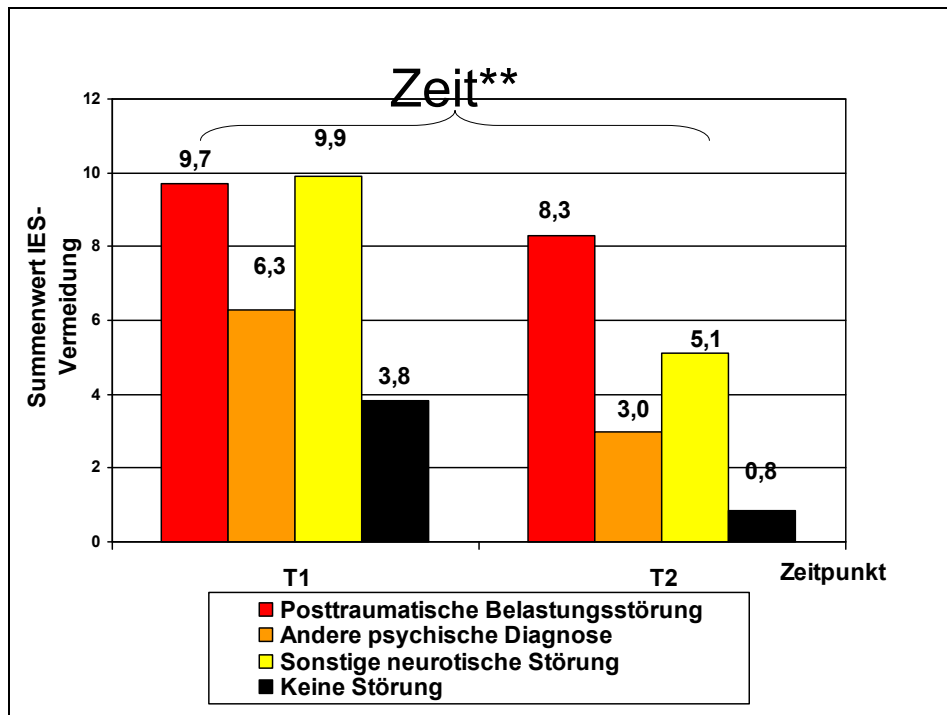


Abb. 6.25 Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Vermeidung“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.3 Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Vermeidung“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	222	1	222	18,3	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	785	3	262	7,8	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	30	3	10	0,8	0,49

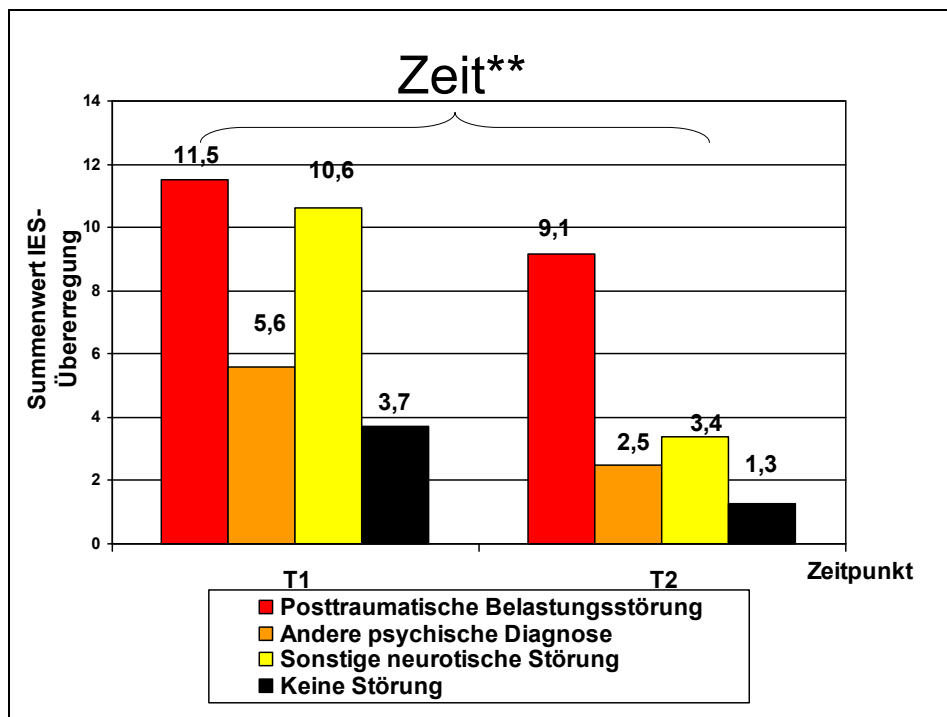


Abb. 6.26 Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Übererregung“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.4 Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Übererregung“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (**p ≤ 0,01)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	3256	1	326	28,7	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	1048	3	349	12,1	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	75	3	25	2,2	0,10

Interpretation

Nach extremen Symptomausprägungen bei fast allen PolizeibeamtInnen direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis geht der Belastungsgrad über einen Zeitraum von sechs Monaten bei den meisten Betroffenen im Sinne einer Spontanremission zurück. Nur für die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung gehen diese Symptome weniger zurück, sie bleiben auf hohem Niveau stehen. Nach dem aktuellen Wissensstand der Psychotraumatologie wäre es also sinnvoll, und das belegen die Daten, „Risikopersonen“ für die Entwicklung einer PTBS zu identifizieren und diesen spezifische Unterstützungsmaßnahmen anzubieten. Hier erwiesen sich nach GERSONS und GALIER (1997) kognitiv-behaviorale Behandlungen als effektiv.

6.2.7 Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T2

Zur Erfassung der weiteren traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome, also der allgemeinen Beschwerden psychischer und psychosomatischer Art, wurde das Brief Symptom Inventory (BSI) von den Teilnehmern nach sechs Monaten kurz vor dem Forschungsinterview (T2) noch einmal ausgefüllt.

So wie zu T1 wiesen die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung signifikant erhöhte psychische und psychosomatische Symptome auf (Diagnose: F = 6,8; p = 0,00**) (Abb. 6.27) (Tab. 6.5).

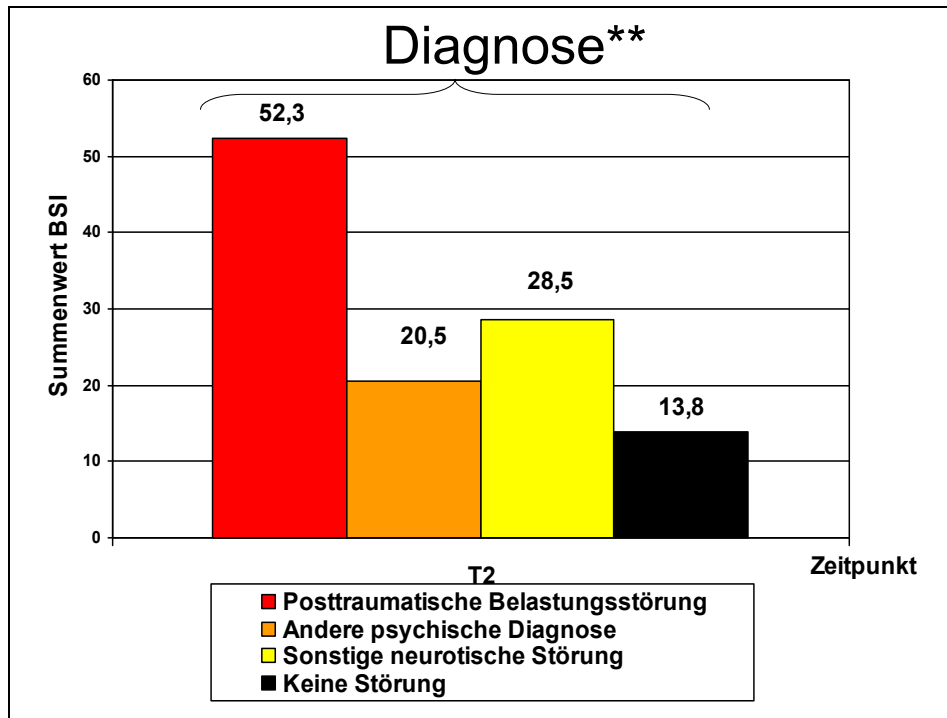


Abb. 6.27 Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen als BSI-Summenwert bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

6.2.8 Verlauf der psychischen und psychosomatischen Symptome vom Zeitpunkt T1 zu T2

Insgesamt nahm die Belastung an psychischen und psychosomatischen Symptomen bei allen Diagnosegruppen vom Zeitpunkt T1 zu T2 ab. Das heißt direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis wiesen fast alle PolizeibeamtInnen verschiedenartige psychische und psychosomatische Symptome auf. Nach sechs Monaten (T2) nahm die Ausprägung an diesen Symptomen hoch signifikant in den verschiedenen Diagnosegruppen ab (Zeit: $F = 22,4$; $p = 0,00^{**}$). Die **Hypothese (2)**, dass die Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen im Spontanverlauf von T1 zu T2 signifikant abnimmt, konnte somit bestätigt werden.

Die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu beiden Zeitpunkten T1 und T2 eine etwa gleich hohe Belastung mit psychischen und psychosomatischen Symptomen zeigen würden, während die anderen Teilnehmenden erhebliche Besserungen dieser Symptome aufzeigen würden, zeigte sich von der Tendenz her, war aber nicht signifikant (Zeit X Diagnose: $F = 1,8$; $p = 0,16$) (Abb. 6.28) (Tab. 6.5).

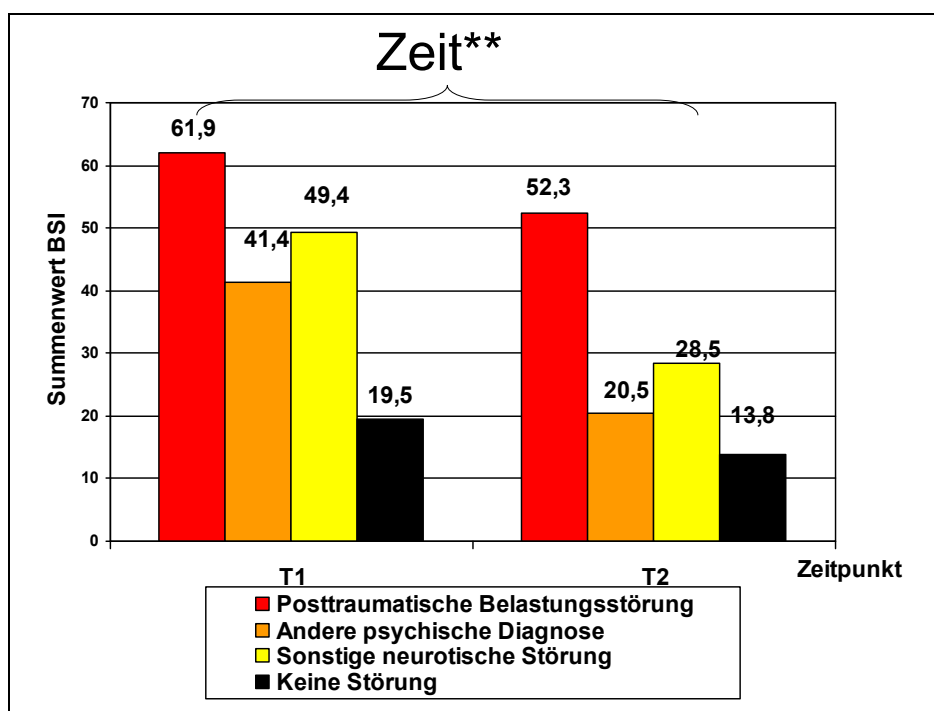


Abb. 6.28 Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T2, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.5 Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T2, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	4626	1	4626	22,4	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	26317	3	8772	6,8	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	1111	3	370	1,8	0,16

Die Symptombelastung der Gruppe der Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung war gegenüber den anderen Diagnosegruppen bei den nachfolgenden Subskalen signifikant erhöht (Abb. 6.29):

- Somatisierung (SOMA) ($t = 1,93$; $p = 0,06^*$)
- Zwanghaftigkeit (ZWAN) ($t = 2,18$; $p = 0,04^*$)
- Depressivität (DEPR) ($t = 2,73$; $p = 0,01^{**}$)
- Angst (ANGS) ($t = 2,670$; $p = 0,01^{**}$) (NEU)
- Phobische Angst (PHOB) ($t = 2,26$; $p = 0,03^*$) (NEU)
- Paranoides Denken (PARA) ($t = 2,42$; $p = 0,02^*$)
- Psychotizismus (PSYC) ($t = 2,35$; $p = 0,03$) (NEU)

Die Skala Aggressivität (AGGR), die zu T1 signifikant erhöht gewesen war, war zu T2 nicht mehr signifikant erhöht ($t = 1,04$; $p = 0,31$). Neu hinzugekommene Symptomgruppen gegenüber dem Zeitpunkt T1 waren die Symptomgruppen „Angst (ANGS)“, „Phobische Angst (PHOB)“ und „Psychotizismus (PSYC)“.

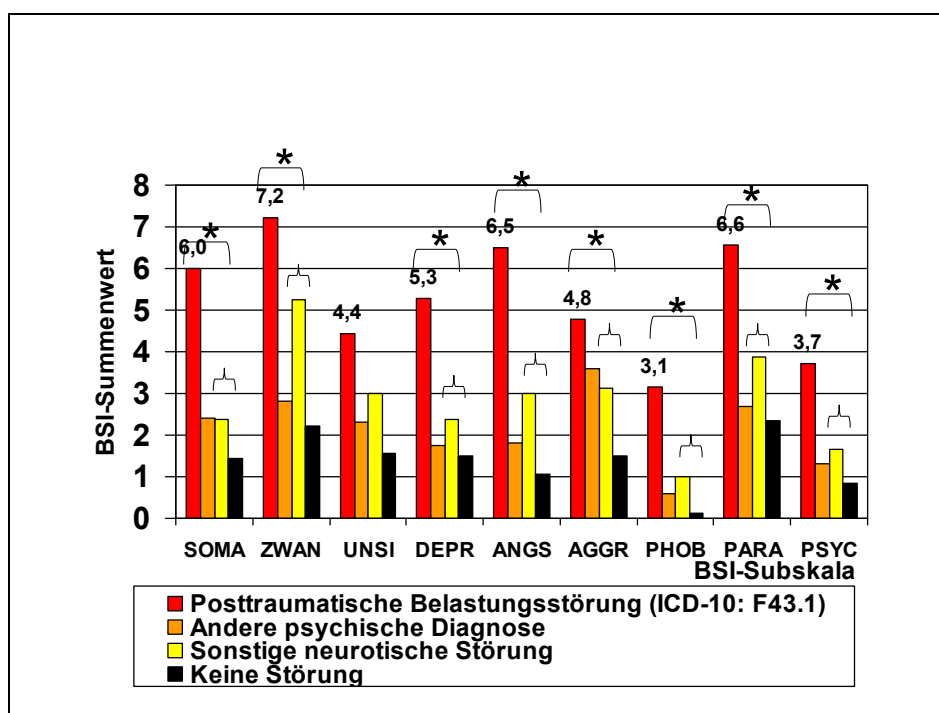


Abb. 6.29 Psychische Symptome erfasst mittels der BSI-Subskalen und bezogen auf die Diagnosegruppen zu T2 ($*p \leq 0,05$) (zur Charakterisierung der einzelnen Skalen siehe Text)

Interpretation

Die Analyse der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory, BSI) zeigte signifikant erhöhte Werte für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Diagnose: F = 6,8; $p = 0,0^{**}$). Diese signifikant erhöhte Symptomausprägung zusätzlich zu den Bereichen des Zeitpunktes T1 in der Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität und im paranoiden Denken in den Bereichen Angst ($t = 2,67$; $p = 0,01^{**}$), Phobische Angst ($t = 2,26$; $p = 0,03^*$) und Psychotizismus ($t = 2,35$; $p = 0,03$) könnten so interpretiert werden, dass die Betroffenen mit einer PTBS ein hohes Niveau an Symptombelastung halten, während die anderen PolizeibeamtInnen eine erhebliche Besserung ihrer Symptomatik erfahren.

6.2.9 Globales Funktionsniveau der PolizeibeamtInnen zu T2

Zu T2 war das Funktionsniveau der betroffenen PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen hoch signifikant erniedrigt ($F = 9,81$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.30).

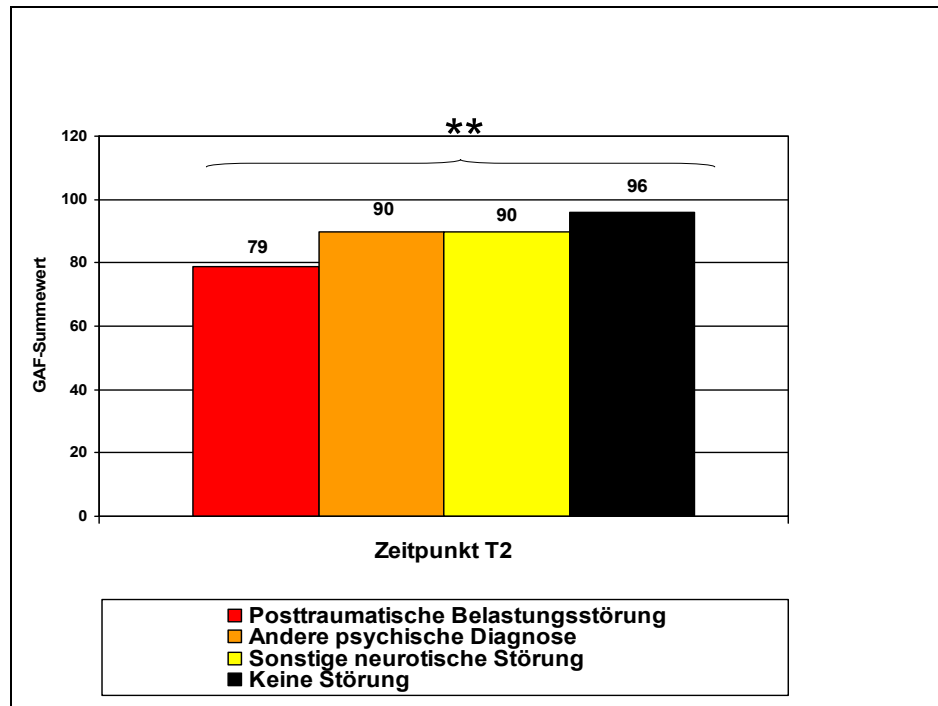


Abb. 6.30 Ausprägung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) der PolizeibeamtInnen zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

6.2.10 Verlauf des Globalen Funktionsniveaus vom Zeitpunkt T1 zu T2

Um einen Anhaltspunkt dafür zu gewinnen, wie stark das berufliche Funktionsniveau durch das potenziell traumatische Ereignis beeinträchtigt wurde, wurde mittels Fremdeinschätzung das Funktionsniveau anhand der im DSM-IV gebräuchlichen Skala des GAF (Global Assessment of Functioning) ermittelt. Hierbei wurde in Bezug zur gestellten Diagnose analysiert, welches höchste Funktionsniveau die PolizeibeamtInnen im Jahr vor dem potenziell traumatischen Ereignis und in der Zeit nach diesem Ereignis aufwiesen. Wie bereits erwähnt (Kap 6.1.4), waren die höchsten GAF-Werte im Jahr vor dem Ereignis in den Diagnosegruppen nicht unterschieden ($F = 1,8$; $p = 0,16$). In der Zeit nach diesem Ereignis sank das Funktionsniveau bei den betroffenen PolizeibeamtInnen mit einer PTBS signifikant ab und war im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen hoch signifikant erniedrigt ($F = 9,8$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.31).

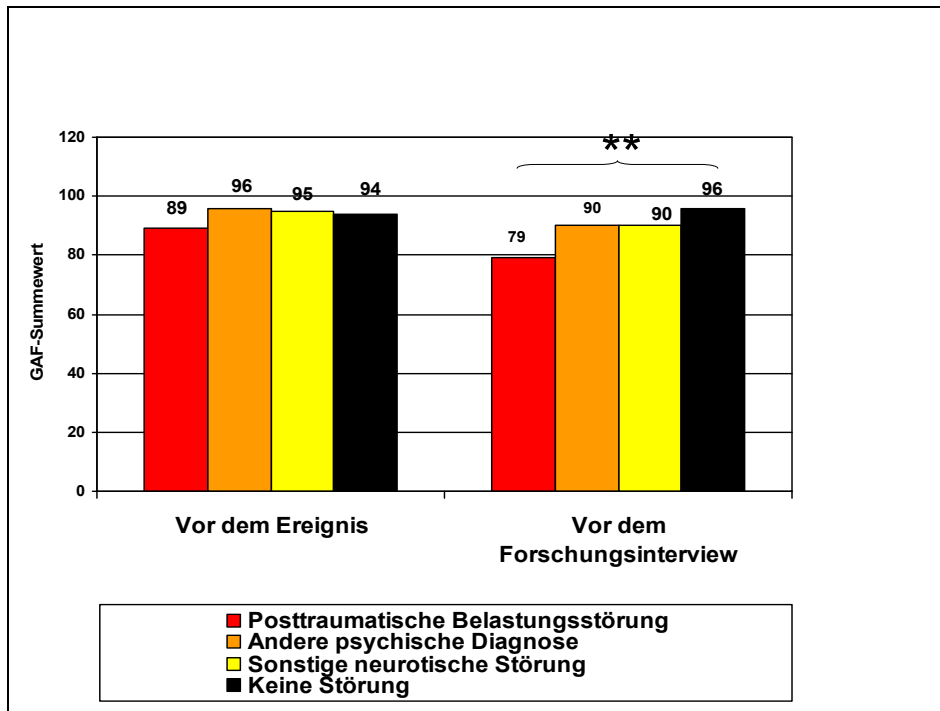


Abb. 6.31 Verlauf des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning GAF) der PolizeibeamtInnen im Jahr vor dem Ereignis und zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

6.2.11 Beeinträchtigungsschwere der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome zu T2

Zur Erfassung der Beeinträchtigungen durch die traumainduzierten Symptome in den Bereichen des körperlichen, psychischen und sozial-kommunikativen Erlebens wurde der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) durch den Interviewer eingeschätzt.

Die psychische Beeinträchtigungsschwere der Betroffenen mit einer PTBS war im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen hoch signifikant erhöht ($F = 25,5$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.32).

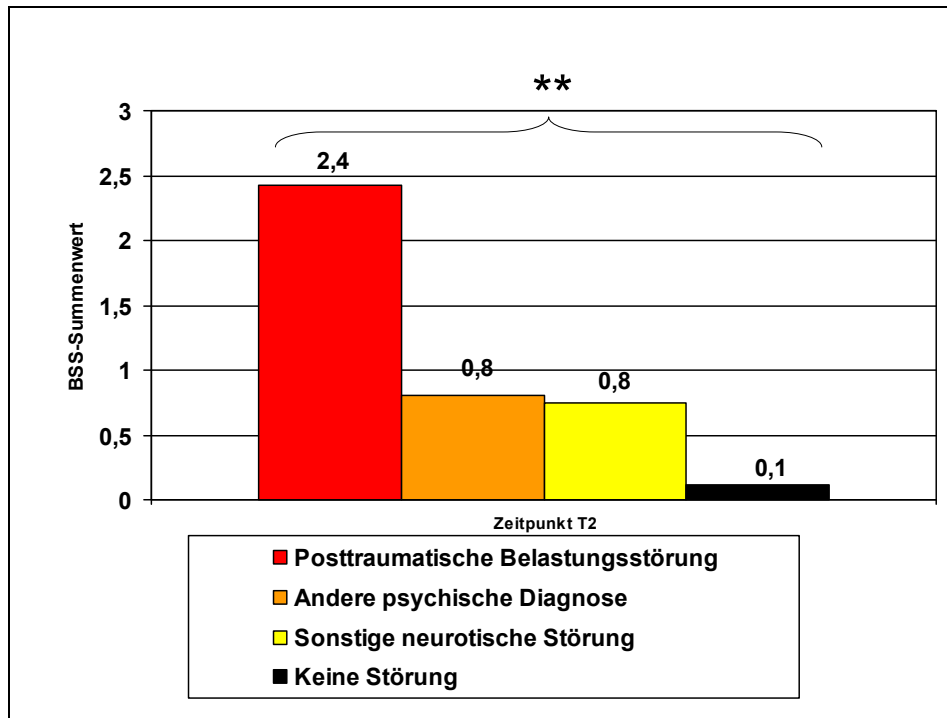


Abb. 6.32 Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Um einen Vergleich über die verschiedenen Zeitpunkte zu ermöglichen, wurden die Beeinträchtigungen dargestellt (Abb. 6.33):

- vor dem Ereignis (Kriseninterventionsteams, KIT),
- Woche des Ereignisses (Kriseninterventionsteams, KIT),
- Woche des Ereignisses (T1) (Forschungsinterview, FOR),
- vor dem Forschungsinterview (FOR) und
- zum Forschungsinterview (T2) (FOR).

Methodischer Exkurs zur statistischen Absicherung der Interraterreliabilität

Die Experteneinschätzung durch die Kriseninterventionsteams in der Woche des Ereignisses und die Experteneinschätzung im Forschungsinterview rückblickend für die Woche des Ereignisses kann als ein Indikator für die Übereinstimmung beider Fremdratings dienen. Bei beiden Ratings stieg der Wert der Beeinträchtigung in der Woche des Ereignisses mit einer hoch signifikanten Interrater-Übereinstimmung erheblich an (BSS-körperlich: $r = 0,42^{**}$; BSS-psychisch: $r = 0,55^{**}$; BSS-sozialkommunikativ: $r = 0,50^{**}$). Ebenso wurde für den GAF eine hoch signifikante Interrater-Übereinstimmung von $r = 0,45^{**}$ ermittelt, sodass beide Expertenratings über die Zeit vergleichend verwendet werden können.

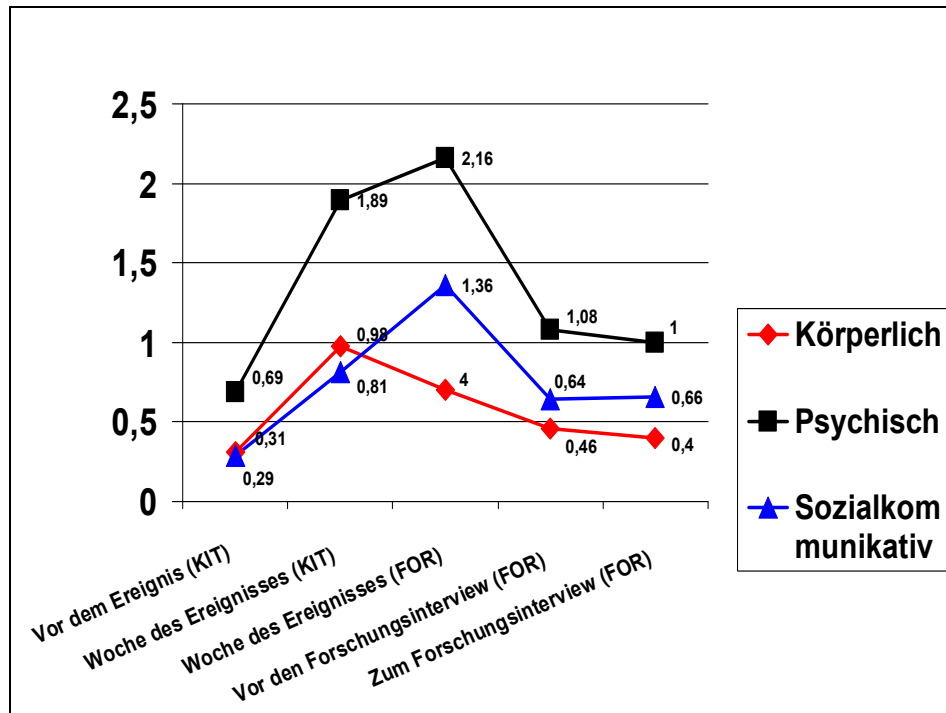


Abb. 6.33 Verlauf der Beeinträchtigungsschwere vom Zeitpunkt T1 zu T2 (KIT: Einschätzung durch die Kriseninterventionsteams, FOR: Einschätzung der Werte im Rahmen des Forschungsinterviews)

6.2.12 Verlauf der psychischen Beeinträchtigungsschwere der PolizeibeamtInnen durch die traumainduzierten Symptome vom Zeitpunkt T1 zu T2

Die Beeinträchtigungsschwere-Score-Skala (BSS) sieht vor, dass eine Fremdeinschätzung der aktuellen Beeinträchtigung und retrospektiv eine Einschätzung für die letzten 12 Monate vorgenommen wird. Die psychische Beeinträchtigungsschwere in Bezug zu den Diagnosegruppen zeigte vor dem potenziell traumatischen Ereignis zwar bereits signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen ($F = 3,22$; $p = 0,03^*$), die aber im Verlauf bis zum Forschungsinterview hoch signifikant wurden (Woche des Ereignisses: $F = 3,86$; $p = 0,02^*$; Zeitraum vor dem Forschungsinterview: $F = 18,74$; $p = 0,00^{**}$; Zeitpunkt des Forschungsinterviews: $F = 25,47$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.34). Die Gruppe der Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung ließen keine so starke Rückbildung der BSS-psychisch erkennen.

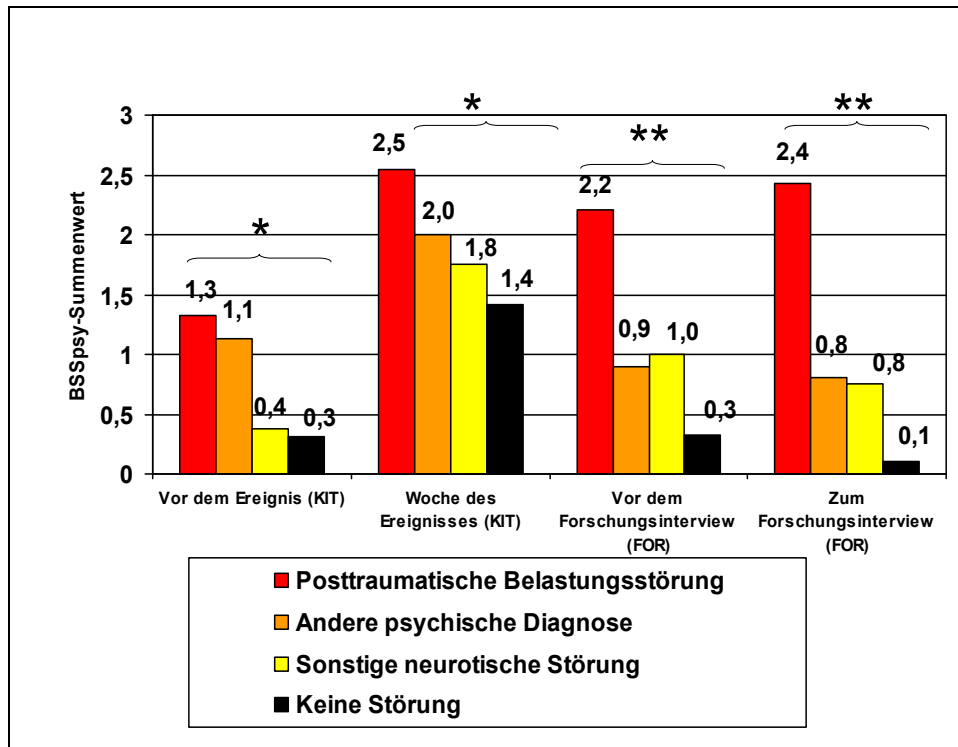


Abb. 6.34 Verlauf der psychischen Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt T1 zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

Interpretation

Die Analyse des Verlaufs der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory, BSI), des Verlaufs des Funktionsniveaus und der Beeinträchtigungsschwere (BSS) bestätigte das Bild: Nach extremen Symptomausprägungen mit starken Beeinträchtigungen und einem plötzlichem Abfall der Funktionsfähigkeit bei fast allen PolizeibeamtInnen direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis gehen diese über einen Zeitraum von sechs Monaten bei den meisten Betroffenen im Sinne einer Spontanremission zurück. Nur die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen weiterhin Symptome und Beeinträchtigungen und diese bleiben auf hohem Niveau bestehen.

6.2.13 Krankheitsverarbeitung zu T2

Zur allgemeinen Erfassung des Umgangs mit den psychischen Symptomen, die nach einem potenziell psychotraumatischen Ereignis entstehen, wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) auch zu T2 herangezogen, der durch zwölf Subskalen verschiedene Arten der Krankheitsverarbeitung erfasst (siehe Kap. 5.2).

Die Gruppe der Betroffenen mit einer PTBS zeigte – im Gegensatz zu T1 – keine Unterschiede mehr bei der dysfunktionalen Verarbeitung der psychischen Symptome im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen (Depressive Verarbeitung (KV02) ($t = 1,95$; $p = 0,06$), Misstrauen und Pessimismus (KV05) ($t = 1,57$; $p = 0,13$), Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug (KV08) ($t = 0,47$; $p = 0,64$), Regressive Tendenz (KV09) ($t = 1,42$; $p = 0,17$)).

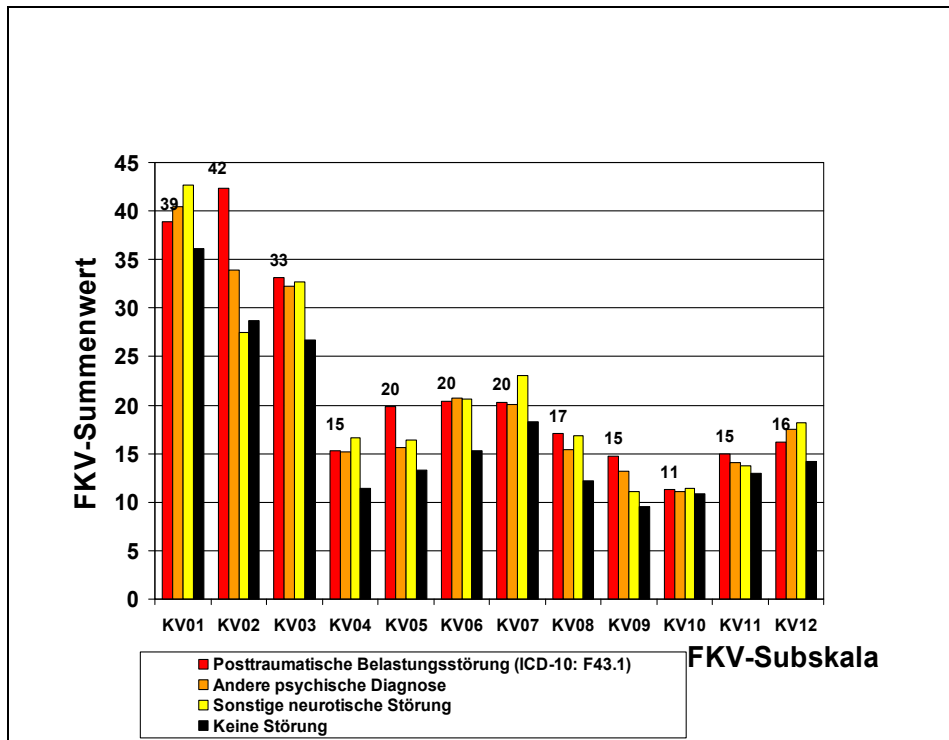


Abb. 6.35 Spezifische Krankheitsverarbeitung in den einzelnen Subskalen des FKV-Fragebogen (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) zu T2 in Bezug zu den Diagnosegruppen

Interpretation

Die **Hypothese (3)**, dass sich die Gruppe der PolizeibeamtInnen mit einer PTBS in der Art des Copings bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome von denjenigen ohne diese Diagnose in dysfunktionaler Art unterscheiden, konnte somit zu T1 bestätigt werden (siehe Kap. 6.1.6). Zu T2 ließ sich die Hypothese überraschenderweise nicht bestätigen, aber es bestand eine Tendenz zur „Depressiven Verarbeitung (KV02)“ ($t = 1,95$; $p = 0,06$) bei den PolizeibeamtInnen mit einer PTBS.

6.3 Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen zu T3

6.3.1 Die demographischen Charakteristika der Stichprobe der PolizeibeamtInnen zu T3

Wie im Aufklärungsschreiben angekündigt, wurden die TeilnehmerInnen der Studie zwölf Monaten nach der Situation schwerster Belastung angeschrieben mit der Bitte, Katamnese-Fragebögen auszufüllen, um den weiteren Verlauf der beruflichen Belastung vom Zeitpunkt T1 (direkt nach dem Ereignis) über den Zeitpunkt T2 (sechs Monate nach dem Ereignis) zu T3 (zwölf Monate nach dem Ereignis) erfassen zu können. Zur Katamnese (T3) nahmen 40 PolizeibeamtInnen teil.

6.3.2 Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörungen zu T3

Auf der Basis der Diagnose zu T2 wurde ein Vergleich zwischen den Zeitpunkten T1, T2 und T3 für diese 40 PolizeibeamtInnen zu T3 hergestellt:

- Von den 14 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T2 eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ diagnostiziert worden waren, nahmen zu T3 noch 12 teil.
- Von den 10 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T2 eine „Andere Psychische Diagnose (Depressive Störungen, Angststörungen)“ diagnostiziert worden waren, nahmen zu T3 noch 9 teil.
- Von den 8 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T2 eine „Sonstige neurotische Störung“ diagnostiziert worden waren, nahmen zu T3 noch 5 teil.
- Von den 18 PolizeibeamtInnen, bei denen zu T2 ein „Keine Störung“ diagnostiziert worden waren, nahmen zu T3 noch 14 teil.

Traumaspesifische Symptome als Gesamtbelastungsgrad

Als Selbstbeurteilungsinstrument wurde der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale - Revised) eingesetzt, um den Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen zu T3 erfassen zu können und um die Verteilung der traumaspezifischen Symptome in Bezug zur Diagnose darstellen zu können. Bei der Analyse der traumaspezifischen Symptome zu T3 wurde deutlich, dass die Betroffenen mit der Diagnose einer PTBS zu T2 gegenüber den anderen Diagnosegruppen zu T3 trotz einer erheblichen Abnahme der Unterschiede weiterhin signifikant erhöhte Werte aufwiesen (Diagnose: $F = 7,0$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 6.36).

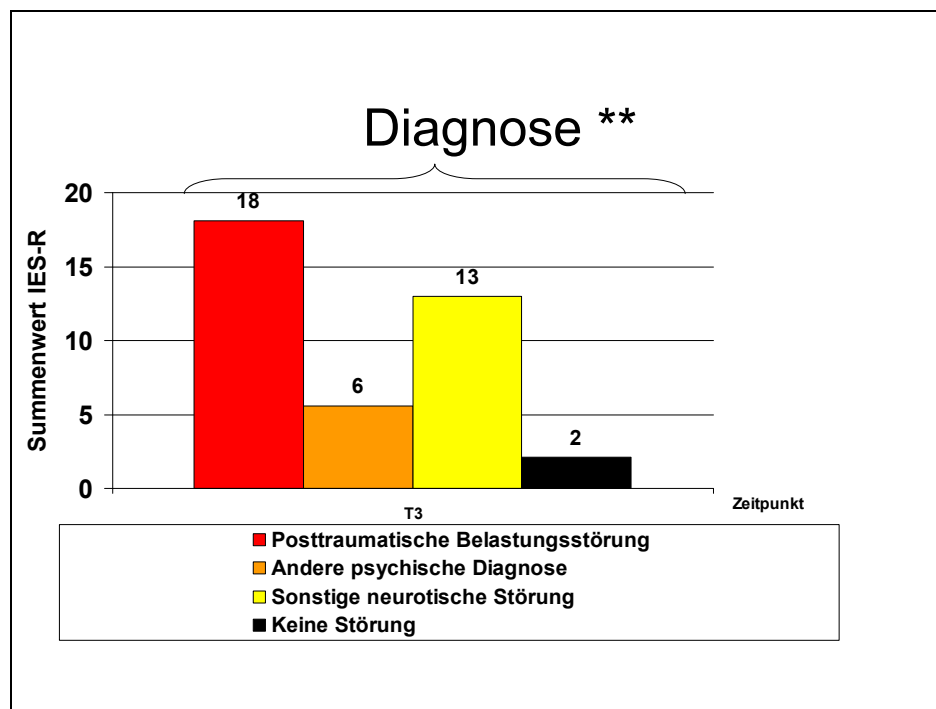


Abb. 6.36 Gesamtbelastung (Summenwert IES-R) der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen zu T3 (** $p \leq 0,01$)

6.3.3 Verlauf der Schwere der traumaassoziierten psychischen Störungen vom Zeitpunkt T1 zu T3

Im Hinblick auf den Verlauf der traumaspezifischen Symptome über die Zeit von T1 zu T3 wurde für die 12 PolizeibeamtInnen, die zu T2 die Diagnose einer PTBS erhalten hatten, retrospektive analysiert, wie die Symptomausprägung zu T1 ausgefallen war. In gleicher Weise wurde für die anderen Diagnosegruppen verfahren. Zudem wurde die Symptomausprägung für den Zeitpunkt T3 berechnet.

Es wurde eine hoch signifikante Abnahme der IES-R-Werte über den Zeitraum vom potenziell traumatischen Ereignis (T1) bis zu nach zwölf Monaten (T3) ermittelt (Zeit: $F = 34,6$; $p = 0,00^{**}$).

Die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass die Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine fast gleich bleibende Belastung mit traumaspezifischen Symptomen über die Zeit haben würden, während die anderen Diagnosegruppen im Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen absinken würden, war aber nicht signifikant (Zeit: $F = 34,6$; $p = 0,00^{**}$; Zeit X Diagnose: $F = 1,2$; $p = 0,30$) (Abb. 6.37) (Tab. 6.6).

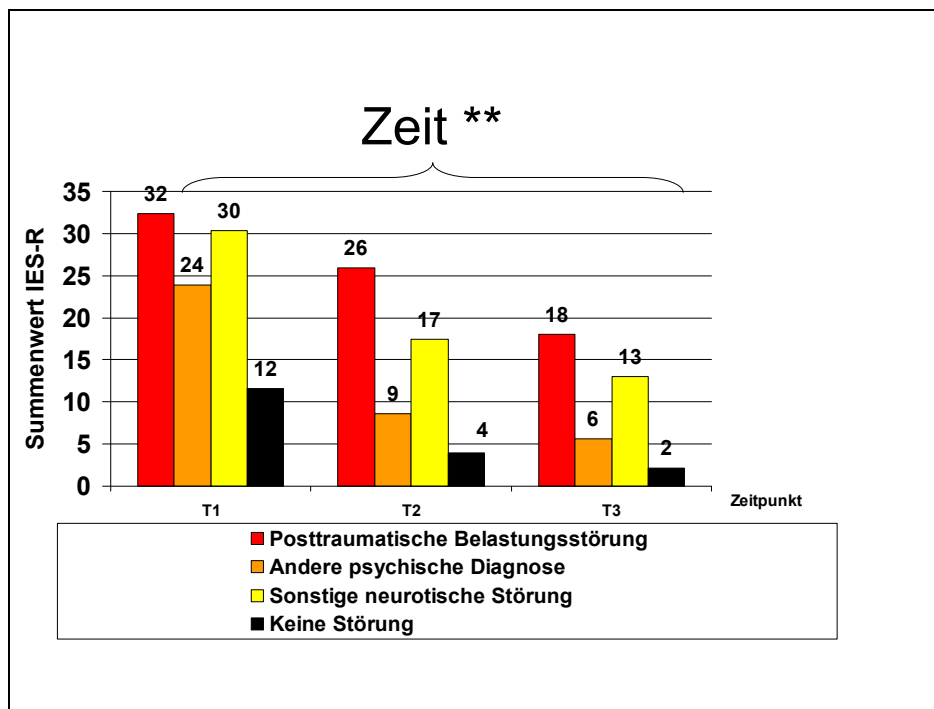


Abb. 6.37 Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen von T1 zu T3 (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.6 Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (**p ≤ 0,01)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	4019	1	2009	34,6	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	8010	3	2670	8,3	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	423	3	71	1,2	0,30

Interpretation

Nach extremen Symptomausprägungen bei fast allen PolizeibeamtInnen direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis gehen diese über einen Zeitraum von zwölf Monaten zurück. Nur für die Betroffenen mit einer PTBS gehen die Symptome weniger stark zurück. Zu T3 zeigten außerdem die PolizeibeamtInnen mit der Diagnose einer „Sonstigen neurotischen Störung“ (zu T2), die also im Sinne der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) einen bedeutsamen Konflikt aufwiesen, einen geringeren Rückgang der traumaspezifischen Symptome. Obwohl das Ziel der Studie war, den Spontanverlauf zu messen, sollte aus ethischen Gründen die Aufnahme einer Psychotherapie nicht erschwert oder gar verwehrt werden, sodass die Abnahmeeffekte von T2 zu T3 auch auf eine laufende psychotherapeutische Behandlung zurückführbar sein könnten. Die Zahl von sieben laufenden psychotherapeutischen Behandlungen war jedoch zu klein, um zuverlässige statistische Aussagen zu erlauben.

6.3.4 Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) zu T3

Zur Erfassung der weiteren traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome, also der allgemeinen Beschwerden psychischer und psychosomatischer Art, wurde das Brief Symptom Inventory (BSI) von den Teilnehmern zu nach zwölf Monaten (T3) noch einmal ausgefüllt. So wie zu T1 und T2 hatten auch zu T3 die Betroffenen mit einer PTBS erhebliche psychische und psychosomatische Symptome, auch wenn die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen absolut betrachtet abgenommen hatten (Diagnose: F = 4,5; p=0,00**) (Abb. 6.38) (Tab. 6.7).

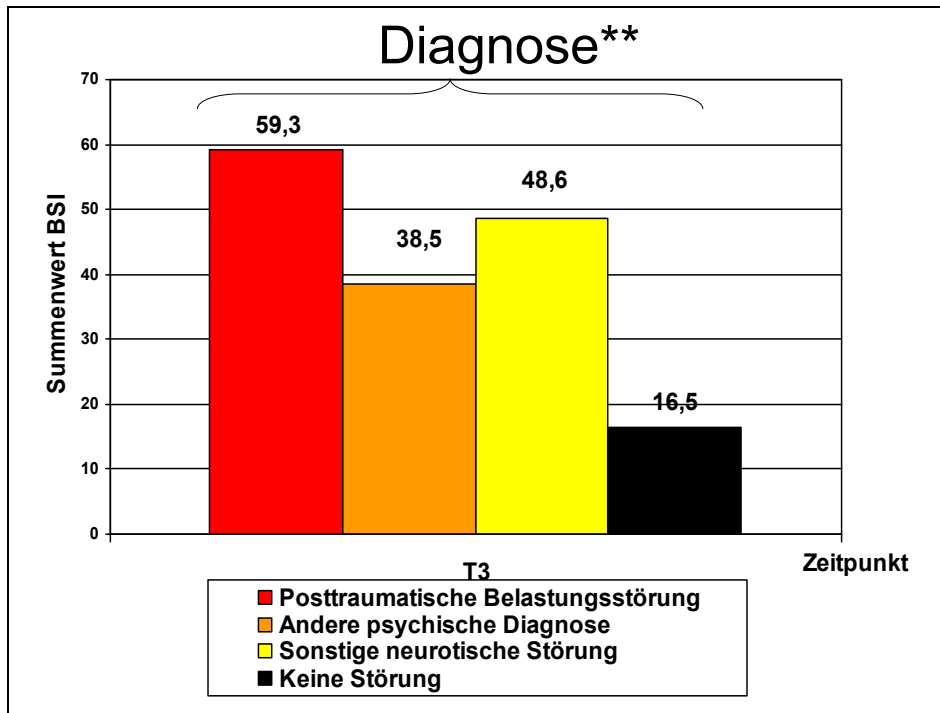


Abb. 6.38 Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen als BSI-Summenwert zu T3 bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

6.3.5 Verlauf der Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) von T1 zu T3

Insgesamt nahm die Belastung an psychischen und psychosomatischen Symptomen bei allen Diagnosegruppen vom Zeitpunkt T1 zu T3 ab. Das heißt direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis wiesen fast alle PolizeibeamtInnen verschiedenartige psychische und psychosomatische Symptome auf. Nach zwölf Monaten (T3) nahm die Ausprägung an diesen Symptomen hoch signifikant in den verschiedenen Diagnosegruppen ab (Zeit: $F = 17,5$; $p = 0,00^{**}$).

Die Diagnosegruppe-Zeitraum-Interaktion, dass die Betroffenen mit einer PTBS zu allen Zeitpunkten T1, T2 und T3 eine etwa gleich hohe Belastung mit psychischen und psychosomatischen Symptomen zeigen würden, während die anderen Teilnehmenden erhebliche Besserungen dieser Symptome erkennen ließen, zeigte sich von der Tendenz her, war aber nicht signifikant (Zeit X Diagnose: $F = 2,1$; $p = 0,11$) (Abb. 6.39) (Tab. 6.7).

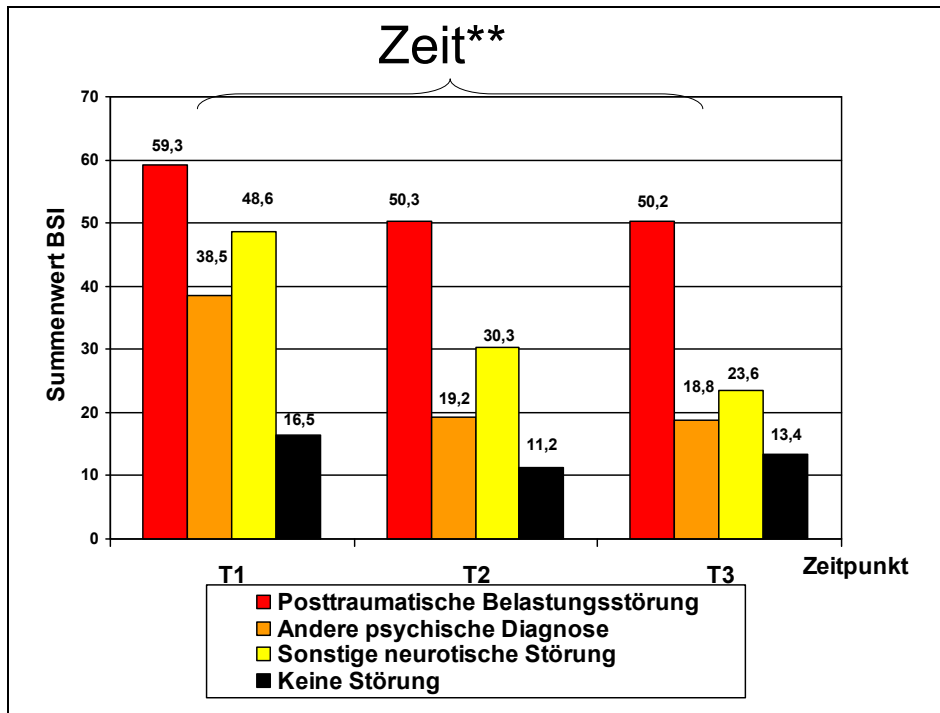


Abb. 6.39 Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T3, mittels des BSI (Brief Symptom Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 6.7 Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T3, mittels des BSI (Brief Symptom Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	3482	1	3482	17,5	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	31356	3	10452	4,5	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	1279	3	426	2,1	0,11

7 Zusammenhänge zwischen objektivierbaren somatischen Befunden und psychosozialen Merkmalen sowie psychischen Störungen

7.1 Verlauf der objektivierbaren somatischen Befunde der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt vor dem potenziell traumatischen Ereignis über den Zeitpunkt T1 zu T2

Bestehen Zusammenhänge zwischen objektivierbaren somatischen Befunden und psychosozialen Merkmalen Traumatisierter einerseits und dem Auftreten psychischer Störungen andererseits?

Die Beeinträchtigungsschwere-Score-Skala (BSS) sieht vor, dass eine Fremdeinschätzung der aktuellen Beeinträchtigung und retrospektiv eine Einschätzung für die letzten 12 Monate vorgenommen wird. Zur Erfassung der objektivierbaren somatischen Befunde durch das potenziell traumatische Ereignis wurde aus dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) die Subskala „BSS-koe“ herangezogen, die die Beeinträchtigungsschwere auf der körperlichen Ebene (koe) abbildet. Der Verlauf der objektivierbaren somatischen Befunde von der Zeit vor dem potenziell traumatischen Ereignis über den Zeitpunkt T1 zu T2 zeigte, dass vor dem Ereignis relativ niedrige BSS-koe-Werte vorlagen, die in der Woche des potenziell traumatischen Ereignisses stark anstiegen, um dann wieder zu T2 auf das Maß vor dem Ereignis zurückzufallen, und zwar für alle Diagnosegruppen (Abb. 7.1).

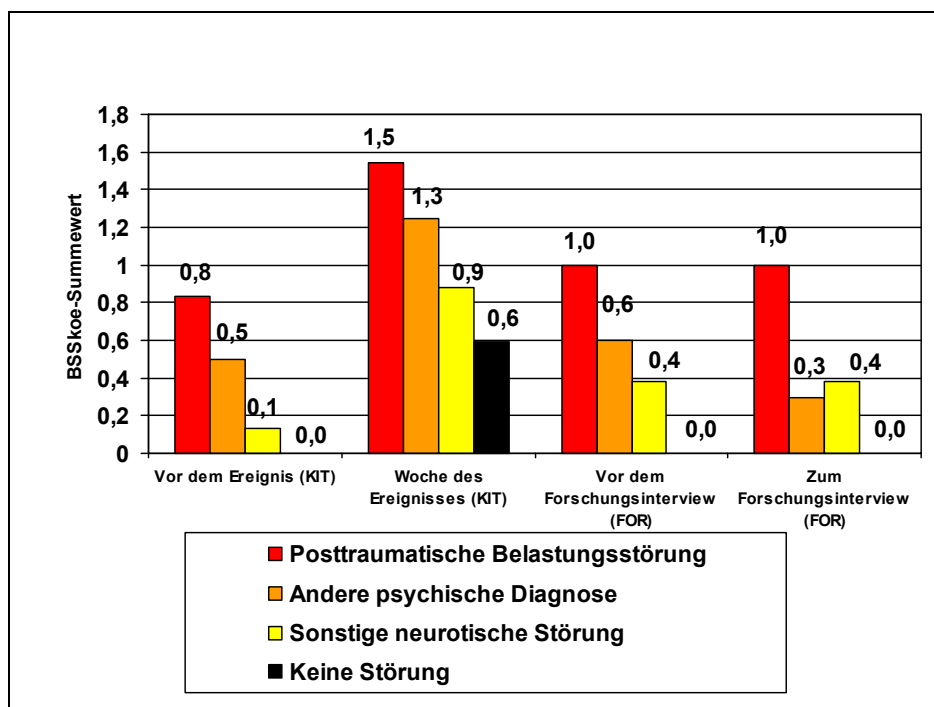


Abb. 7.1 Verlauf der Ausprägung der körperliche Beeinträchtigungsschwere (BSS-Koe) der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt vor dem potenziell traumatischen Ereignis über T1 zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (KIT: Kriseninterventionsteams) (FOR: Forschungsinterview)

7.2 Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Merkmalen und den psychischen Störungen

7.2.1 Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen zu T1

Zur Erfassung der psychosozialen Merkmale wurden als Variablen erfasst: (1) Alter, (2) Geschlecht, (3) Soziale Unterstützung (F-SOZU zu T1) und (4) Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) zu T1.

Die Stärke des Zusammenhangs zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen wurde einmal für alle Teilnehmenden (Tab. 7.1) und für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion errechnet (Tab. 7.2).

Tab. 7.1 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für alle Teilnehmenden der Studie (*p ≤ 0,05)

Für alle Teilnehmenden		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Alter	- 0,02	0,87
Geschlecht	- 0,12	0,37
Soziale Unterstützung	- 0,15	0,28
Ressourcen	- 0,34*	0,01*

Tab. 7.2 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 (*p ≤ 0,05)

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Alter	0,01	0,66
Geschlecht	0,04	0,85
Soziale Unterstützung	- 0,22	0,31
Ressourcen	- 0,45*	0,03*

Interpretation

Diese Analyse zeigt, dass diese psychosozialen Merkmale fast keinen Zusammenhang zur Entstehung der Akuten Belastungsreaktion aufwiesen. Nur PolizeibeamtInnen, bei denen starke Ressourcen vorhanden waren (im Sinne einer ausgeprägten Sense of Coherence, SOC), zeigten einen statistisch negativen Zusammenhang zu den objektivierbaren somatischen Befunden. Diese Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass das potenziell traumatische Ereignis ggf. auch für den polizeilichen Kontext so außergewöhnlich war, dass die resultierende körperliche Beeinträchtigung unabhängig von den persönlichen Merkmalen war.

7.2.2 Zusammenhänge zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen zu T2

Es wurde die Stärke des Zusammenhangs zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychosozialen Merkmalen einmal für alle Teilnehmenden (Tab. 7.3) und danach für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung errechnet (Tab. 7.4).

Tab. 7.3 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für alle Teilnehmenden der Studie (**p ≤ 0,01)

Für alle Teilnehmenden			
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit		Korrelation r	Signifikanz p
Alter		0,05	0,74
Geschlecht		0,05	0,73
Soziale Unterstützung		- 0,44**	0,00**
Ressourcen		- 0,56**	0,00**

Tab. 7.4 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 (*p ≤ 0,05)

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung			
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit		Korrelation r	Signifikanz p
Alter		0,21	0,47
Geschlecht		0,36	0,20
Soziale Unterstützung		- 0,43	0,13
Ressourcen		- 0,65*	0,01*

Interpretation

Diese psychosozialen Merkmale wiesen ebenfalls fast keinen Zusammenhang zur Entstehung der PTBS auf. Nur PolizeibeamtInnen, bei denen starke Ressourcen vorhanden waren (im Sinne einer ausgeprägten Sense of Coherence, SOC), zeigten einen Zusammenhang zu den objektivierbaren somatischen Befunden, d. h. sie konnten besser die Situation schwerster Belastung verarbeiten. Auch die Daten zu T2 legen somit nahe, dass das potenziell traumatische Ereignis auch für den polizeilichen Kontext so außergewöhnlich war, dass die körperliche Beeinträchtigung unabhängig von den persönlichen Merkmalen war.

7.2.3 Zusammenhang zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und dem Auftreten psychischer Störungen zu T1 und T2

Als Selbstbeurteilungsinstrument wurde der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale - Revised) eingesetzt, um den Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen erfassen zu können. Zur Erfassung der weiteren traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome, also der allgemeinen Beschwerden psychischer und psychosomatischer Art, wurde der Brief Symptom Inventory (BSI) herangezogen. Es wurde die Stärke des Zusammenhangs zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychischen Störungen einmal für alle Teilnehmenden (Tab. 7.5) und danach für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 errechnet (Tab. 7.6).

Tab. 7.5 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für alle Teilnehmenden der Studie (**p ≤ 0,01)

Für alle Teilnehmenden		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspezifische Symptomen (IES-R)	0,40**	0,00**
Traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (BSI)	0,39**	0,00**

Tab. 7.6 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 (* p ≤ 0,05)

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspezifische Symptomen (IES-R)	0,37	0,08
Traumainduzierte psychischen und psychosomatischen Symptome (BSI)	0,42*	0,05*

Tab. 7.7 zeigt die Stärke des Zusammenhangs zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychischen Störungen zu T2 einmal für alle Teilnehmenden und danach nur die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer PTBS (Tab. 7.8).

Tab. 7.7 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für alle Teilnehmenden der Studie (**p ≤ 0,01)

Für alle Teilnehmenden		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R)	0,65**	0,00**
Traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (BSI)	0,71**	0,00**

Tab. 7.8 Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 (**p ≤ 0,01)

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung		
Körperliche Beeinträchtigungsschwere korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R)	0,71	0,01**
Traumainduzierte psychischen und psychosomatischen Symptome (BSI)	0,67	0,01**

Interpretation

Die Analyse zeigte einen starken Zusammenhang zwischen den objektivierbaren somatischen Befunden und den psychischen Symptomen zu T2 für alle Teilnehmenden, welcher auch für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion/Posttraumatischen Belastungsstörung galt. Dieses bedeutet, dass PolizeibeamtInnen, die in Folge des potenziellen psychotraumatischen Ereignisses objektivierbare somatische Befunde aufwiesen, auch eher psychische Symptome entwickelt hatten.

7.3 Zusammenhänge zur subjektiven Bewertung der Extrembelastung

7.3.1 Die Ausprägung der retrospektiven subjektiven Bewertung der Extrembelastung der PolizeibeamtInnen zu T1

Die Teilnehmenden wurden zu T2 (Forschungsinterview) gefragt, wie sie auf einer Skala von 0 bis 100 (Visuelle Analogskala, VAS) retrospektiv ihre subjektive Bewertung der Extrembelastung einschätzten. Die visuelle Analogskala (VAS) wird dann eingesetzt, wenn eine kontinuierliche subjektive Einschätzung einer Erlebensweise gewünscht wird. Auf einer zehn Zentimeter langen Linie kann der Belastungswert frei eingezeichnet werden. Die Betroffenen mit einer PTBS zu T2 zeigten in der retrospektiven subjektiven Bewertung der Extrembelastung schon zu T1 signifikant höhere subjektive Belastungswerte als die anderen Diagnosegruppen (Diagnose: $F = 3,86$; $p = 0,01^*$) (Abb. 7.2).

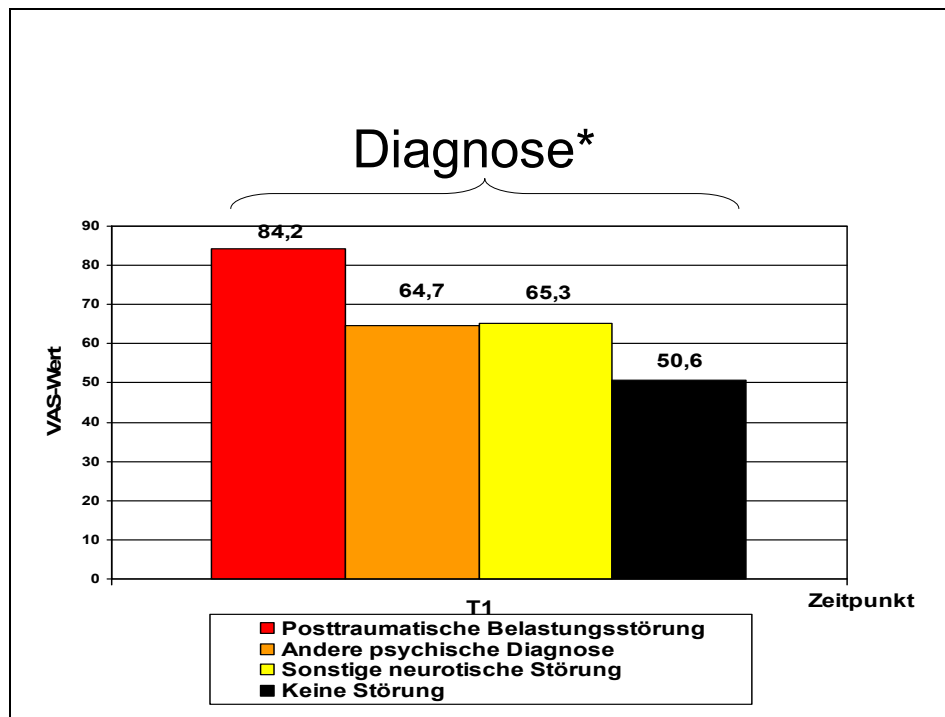


Abb. 7.2 Die retrospektive subjektive Bewertung der Extrembelastung, mittels der visuellen Analogskala (VAS) erfasst, angeordnet nach den Diagnosegruppen zu T2 (* $p \leq 0,05$)

7.3.2 Ergebnisse der subjektiven Bewertung der Extrembelastung zu T2

Mit Hilfe einer weiteren visuellen Analogskala wurde erfasst, wie stark die subjektive Belastung durch das Ereignis zu T2 war: „Bitte markieren Sie, wie belastend Sie die aus dem damaligen Ereignis entstandenen Symptome heute subjektiv empfinden“. Die Betroffenen mit einer PTBS zu T2 zeigten noch stärkere, also hoch signifikante Belastungen im Unterschied zu den anderen Diagnosegruppen (Diagnose: $F = 12,1$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 7.3).

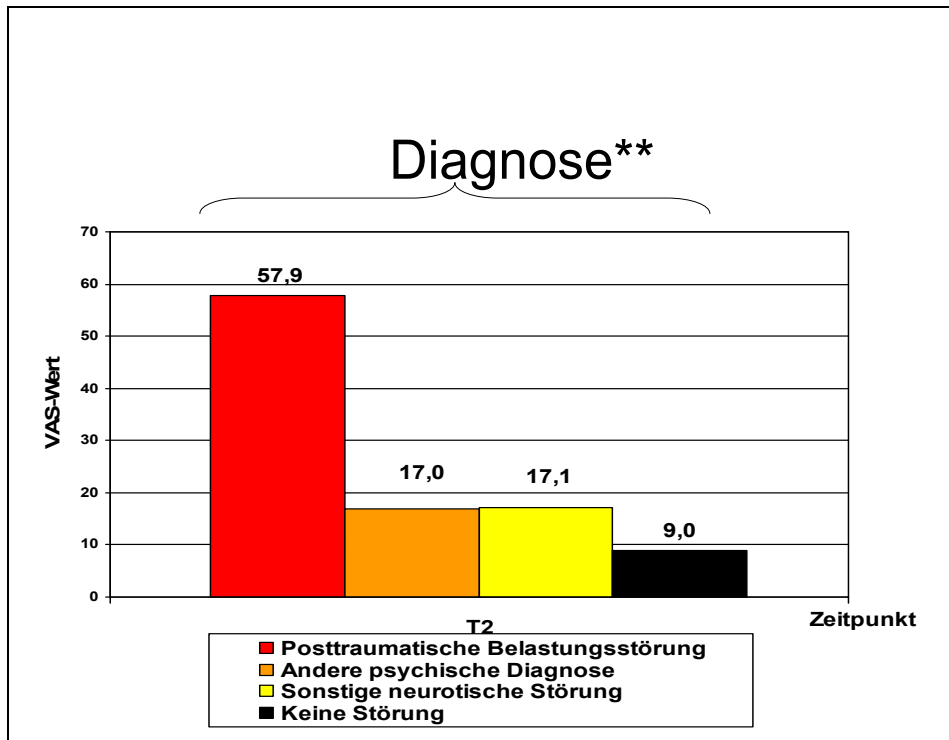


Abb. 7.3 Die subjektive Bewertung der Extremlastung, mittels der visuellen Analogskala (VAS) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

7.3.3 Verlauf der subjektiven Bewertung der Extremlastung von T1 zu T2

Der Verlauf der subjektiven Bewertung der Extremlastung zeigte, dass alle StudienteilnehmerInnen eine signifikante Abnahme der subjektiv wahrgenommenen Belastung durch das Ereignis vom Zeitpunkt T1 zu T2 erfuhren (Zeit: $F = 79,7$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 7.4) (Tab. 7.9).

Zu beiden Zeitpunkten T1 und T2 fühlten sich die Betroffenen mit einer PTBS subjektiv erheblich belasteter als die Teilnehmenden mit einer anderen oder keiner Diagnose (Diagnose: $F = 12,1$; $p = 0,00^{**}$) (Abb. 7.4) (Tab. 7.9).

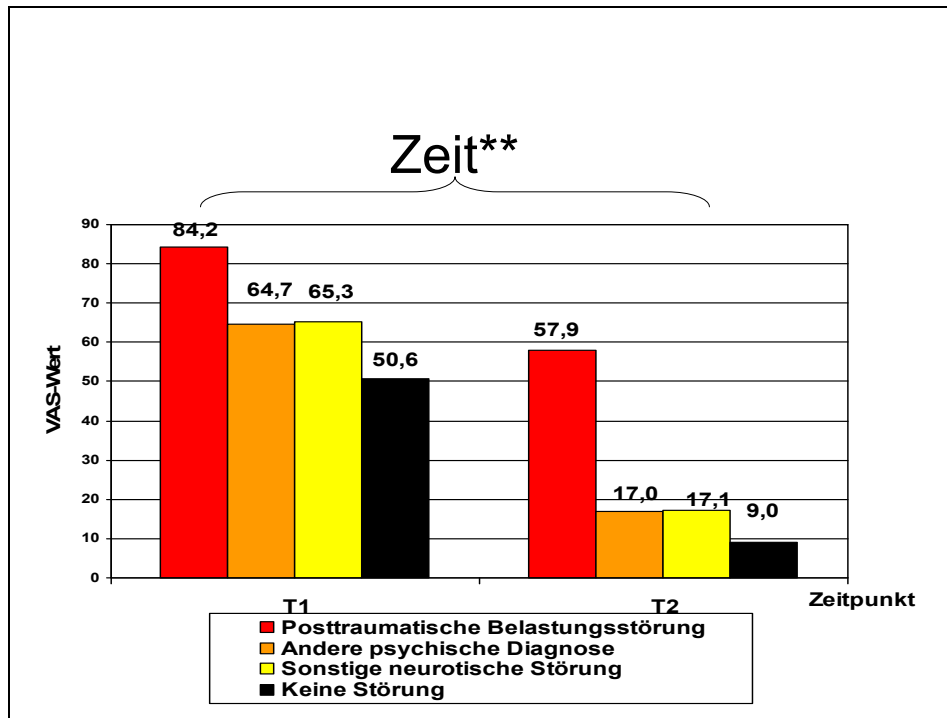


Abb. 7.4 Verlauf der subjektiv wahrgenommenen Belastung der PolizeibeamtInnen durch das potenziell traumatische Ereignis, mittels der VAS (Visuelle Analogskala) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Tab. 7.9 Analyse des Verlaufs der subjektiv wahrgenommenen Belastung der PolizeibeamtInnen durch das potenziell traumatische Ereignis, mittels der VAS (Visuelle Analogskala) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)

Effekt	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Zeit (Innersubjekt)	38110	1	38110	79,7	0,00**
Diagnose (Zwischensubjekt)	27854	3	9285	12,1	0,00**
Zeit X Diagnose (Innersubjekt)	1883	3	628	1,3	0,28

7.3.4 Die Zusammenhänge zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen zu T1, T2 und T3

Als Indikatoren für die langfristigen Traumafolgen wurden ausgewählt:

- der Belastungsgrad durch traumaspezifische Symptome (IES-R zu T1, T2 und T3)
- die traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (BSI zu T1, T2 und T3).

Es wurde die Stärke des Zusammenhangs zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen zu T1, T2 und T3 für alle Teilnehmenden (T1: Tab. 7.10; T2: Tab. 7.12; T3: Tab. 7.14) und für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer PTBS ermittelt (T1: Tab. 7.11; T2: Tab. 7.13; T3: Tab. 7.15)

Tab. 7.10 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T1 für alle StudienteilnehmerInnen (** $p \leq 0,01$)

Für alle Teilnehmenden		
Subjektive Bewertung der Extrembelastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R) zu T1	0,44**	0,00**
Traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T1	0,42**	0,00**

Tab. 7.11 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T1 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung		
Subjektive Bewertung der Extrembelastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R) zu T1	0,24	0,41
Traumainduzierte psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T1	0,32	0,27

Tab. 7.12 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T2 für alle StudienteilnehmerInnen (** $p \leq 0,01$)

Für alle Teilnehmenden		
Subjektive Bewertung der Extremlastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R) zu T2	0,76**	0,00**
Traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T2	0,59**	0,00**

Tab. 7.13 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T2 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung		
Subjektive Bewertung der Extremlastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R) zu T2	0,68**	0,00**
Traumainduzierte psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T2	0,60	0,02*

Tab. 7.14 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T3 für alle StudienteilnehmerInnen (* $p \leq 0,05$)

Für alle Teilnehmenden		
Subjektive Bewertung der Extremlastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspesifische Symptomen (IES-R) zu T3	0,35*	0,03*
Traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T3	0,31*	0,05*

Tab. 7.15 Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T3 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS

Für die PolizeibeamtInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung		
Subjektive Bewertung der Extremlastung korreliert mit	Korrelation r	Signifikanz p
Traumaspzifische Symptomen (IES-R) zu T3	0,06	0,86
Traumainduzierte psychischen und psychosomatischen Symptomen (BSI) zu T3	0,18	0,57

Interpretation

Es ließ sich zu T1 und T3 ein starker Zusammenhang zwischen der retrospektiven subjektiven Bewertung der Extremlastung und den Traumafolgen für alle Teilnehmenden erkennen, aber für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer PTBS galt dieses nicht. Dieses bedeutet überraschenderweise, dass die Betroffenen mit einer PTBS die Schwere des Ereignisses offensichtlich zu unterschätzen schienen, während die PolizeibeamtInnen ohne das spätere Auftreten einer PTBS die Schwere des Ereignisses als sehr außergewöhnlich einschätzen und somit die subjektive Belastung adäquat wahrnehmen können. Für T2 galt dieses nicht, welches auf einen Methodenartefakt hindeuten könnte: Die VAS-Werte zu T1 und T2 wurden gemeinsam erhoben, sodass T1 subjektiv angemessen eingeschätzt wurde, während T2 durch diesen Erstanter („vergleichend“) verzerrt worden sein könnte. Der VAS-Wert zu T3 wurde alleine ein Jahr nach der Situation schwerster Belastung erhoben und konnte nicht durch einen Erstanter verzerrt werden.

Wenn die Betroffenen mit einer PTBS die Schwere des Ereignisses unterschätzen, dann bedeutet dieses, dass die Hemmschwelle, um Unterstützung aufzusuchen, sehr hoch ist. Diese Betroffenen sind folglich der Auffassung, dass das Ereignis und die damit verbundenen Symptome nicht „ausreichend schlimm“ sind um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieses würde dafür sprechen, dass Kriseninterventionsteams selbstinitiativ auf die Betroffenen zugehen – wie hier beschrieben – und diesen ihre Unterstützung anbieten. Allerdings haben die Betroffenen nach sechs Monaten, wenn die PTBS voll ausgeprägt ist, wiederum eine Hemmschwelle nochmals die Kriseninterventionsteam von sich aus aufzusuchen oder außerhalb der Polizei psychotherapeutische Unterstützung nachzufragen.

7.3.5 Die Zusammenhänge zwischen der subjektiven Bewertung der Extremlastung und den langfristigen ökonomischen Traumafolgen zu T3

Für den Zeitpunkt T3 wurden als weitere Indikatoren für die langfristigen Traumafolgen die folgenden ökonomischen Variablen definiert:

- Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Psy-BaDo Nr. 13: „Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?“)
- Zurruesetzungsverfahren (Psy-BaDo Nr. 14: „Gibt es ein laufendes Zurruesetzungsverfahren?“)

Keine von den 40 PolizeibeamtInnen, die zu T3 an der Studie teilnahmen, hatten ein laufendes Zurrhesetzungsverfahren initiiert und nur 3 PolizeibeamtInnen litten unter einer Arbeitsunfähigkeit, die mehr als eine Woche gedauert hatte, sodass sich eine Korrelationsberechnung erübrigte.

Wenn die Symptomatik durch die Situation schwerster Belastung einen hohen Schweregrad hatte, wurde im Rahmen des Interviews zu T2 gefragt, warum diese PolizeibeamtInnen sich nicht krankschreiben lassen würden bzw. keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würden. Einzelne, speziell junge PolizeibeamtInnen (Alterskategorie 20-29 Jahre), schilderten, dass sie ihre Karrierechancen nicht gefährden wollten bzw. gegenüber den älteren KollegInnen als belastbar gelten wollten. Diese Gründe wurden auch hinsichtlich der jungen KollegInnen genannt, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, obwohl sie an der Situation schwerster Belastung mit im Einsatz gewesen seien. PolizeibeamtInnen mittleren Alters (Alterskategorie 30-39 Jahre) äußerten in Einzelfällen, dass sie eine Stigmatisierung durch KollegInnen befürchten würden. Beispielsweise wurden bezüglich der Kriseninterventionsteams diametral auseinandergelungene Äußerungen gemacht: Dienststellen, auf denen seitens der Führungsebene die Kriseninterventionsteams regelmäßig und selbstverständlich angefordert wurden, berichteten eine hohe Akzeptanz dieser Krisenbetreuung. Auf anderen Dienststellen wurde allein die Teilnahme an den Angeboten der Kriseninterventionsteams bzw. später am Interview mit negativen Bemerkungen im Sinne einer Stigmatisierung in Anwesenheit von anderen KollegInnen versehen. PolizeibeamtInnen höheren Alters (Alterskategorie 40-49 Jahre) äußerten, dass sie im Laufe ihrer langen Diensterfahrung nicht gelernt hätten, Kriseninterventionen bzw. psychotherapeutische Unterstützungen von sich aus anzufordern. Negativen Erfahrungen sei meist mit schwarzem Humor begegnet worden. Einzelne äußerten sich dahingehend, dass sie die Kriseninterventionsteams in Anspruch nehmen würden, weil dieses ein niedrighwelliges Angebot sei, das unter Anleitung Raum für einen Erfahrungsaustausch jenseits der taktischen Einsatznachbesprechung erlaube.

8 Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

8.1 Krankheitsverlauf bei den somatisch verletzten Traumaopfern

Welchen Einfluss hat das Ausmaß der objektiven Funktionseinschränkung auf die Entwicklung traumaassoziierter Störungen, die beruflichen und ökonomischen Parameter?

8.1.1 Die somatisch verletzten Traumaopfer

Zur Erfassung der somatischen Verletzungen wurden im Rahmen des Forschungsinterviews (T2) neben den psychischen Diagnosen auch die somatischen Diagnosen erfasst. Im Falle von somatischen Verletzungen lagen den PolizeibeamtInnen die Untersuchungsergebnisse der behandelnden Ärzte vor, sodass auf diese Quelle abgesicherter Befunde zurückgegriffen werden konnte.

Von den 14 PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 lag bei 3 Betroffenen eine somatische Verletzung durch das Ereignis vor: *Betroffener A*, *Betroffener B* und *Betroffener C*. Alle 3 Betroffenen waren männlichen Geschlechts. Ein Betroffener war in der Alterskategorie 30 bis 39, zwei Betroffene in der Alterskategorie 40 bis 49 Jahre. Den Betroffenen waren die Ereigniskategorien „Verkehrsunfall“ (Schwere körperliche Verletzung im Rahmen einer Verkehrskontrolle) und zwei Mal „Sonstige Gewalteinwirkung“ widerfahren.

8.1.2 Die Diagnosen der somatisch verletzten Traumaopfer und der Krankheitsverlauf unter Betrachtung der beruflichen und ökonomischen Parameter

Die Diagnosen beim *Betroffenen A* lauteten: Wirbelkörperfraktur (ICD-10: S22.06; S22.05); Krankschreibung: Mehr als sechs Monate. Zum Zeitpunkt des Forschungsinterviews (T2) war der *Betroffene A* eingeschränkt dienstfähig. Es wurde bisher keine Fachpsychotherapie aufgenommen. Zur Linderung der schweren Symptome der Übererregung, Schmerzen und Schlafstörungen wurde eine Selbstmedikation durchgeführt.

Die Diagnosen beim *Betroffenen B* lauteten: Wirbelkörperfraktur (ICD-10: S12.9; M54.2); bis zum Zeitpunkt des Forschungsinterviews lag eine Krankschreibung vor. Zum Zeitpunkt des Forschungsinterviews (T2) war der *Betroffene B* nicht dienstfähig. Er war in psychotherapeutischer Behandlung, aber aufgrund anderer Problemfelder werde eine EMDR-Therapie erst im späteren Verlauf der Therapie geplant. Ein laufendes Gerichtsverfahren im Zusammenhang mit dem Ereignis behinderte aus Sicht des Betroffenen den Fortschritt der Therapie.

Die Diagnosen beim *Betroffenen C* lauteten: Offene Verletzungen (ICD-10: S51.9); Krankschreibung: bis 14 Tage nach dem traumatischen Ereignis. Zum Zeitpunkt des Forschungsinterviews (T2) war der Betroffene C voll dienstfähig. Bisher hatte er keine Fachpsychotherapie in Anspruch genommen.

Aufgrund einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz und einer Angst vor Diskriminierung wollte der Polizeibeamte keine Fachpsychotherapie aufnehmen.

Von allen 3 Betroffenen wurde bemängelt, dass man sich anfangs intensiv um sie bemüht habe, dass jedoch die langfristige Betreuung fehle. So wurde der Wunsch geäußert, dass Unterstützung bei der Suche nach Therapiemöglichkeiten gegeben würde, Informationen über Bezüge und Zulagen, auch zum Schmerzensgeld, transparenter würden und dass die Beantragung von Kuren und nun benötigten Hilfsmittel einfacher würde. Alle 3 Betroffenen äußerten das Gefühl, „im Stich gelassen“ worden zu sein sowie eine starke Wut und Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung bei der Bewältigung der körperlichen Schäden.

8.2 Die somatisch verletzten Traumaopfer zu T1, T2 und T3

8.2.1 Vergleich der somatisch verletzten Traumaopfer mit den somatisch nicht-verletzten PolizeibeamtInnen zu T1, T2 und T3

Nachfolgend werden 3 Gruppen miteinander verglichen:

- Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N = 45 zu T1) (N = 36 zu T2)
- Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11) (T1 und T2)
- Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3) (T1 und T2)
- Faktorwert C zu A: Den Faktor, um den die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe C die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe A übersteigen

Die Daten der Erhebungsinstrumente werden mittels einer Tabelle dargestellt, wobei ein Vergleich der Mittelwerte hergestellt und ein Faktorwert berechnet wurde (Tab. 8.1) (Tab. 8.2). Aufgrund der geringen Anzahl von 3 Personen konnten keine fundierten statistischen Aussagen mittels t-Test-Vergleiche gemacht werden.

In Anlehnung an die Struktur der Teilaspekte der ersten Fragestellung (für alle PolizeibeamtInnen) werden die folgenden Teilaspekte der Fragestellung 3 (für somatisch verletzten Polizeibeamten) ausführlicher dargestellt.

- Wie ausgeprägt ist die Schwere der Akuten Belastungsreaktion der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2? (IES-R)
- Wie ausgeprägt ist die Schwere der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Depression, Somatisierung) der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2? (BSI)
- Wie hoch ist das Globale Funktionsniveau der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2 (Expertenrating)? (GAF)

- Wie ausgeprägt ist die körperliche Beeinträchtigungsschwere durch die trauma-induzierten Symptome der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2 (Expertenrating)? (BSS-körperlich)
- Wie ausgeprägt ist die psychische Beeinträchtigungsschwere durch die trauma-induzierten Symptome der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2 (Expertenrating)? (BSS-psychisch)
- Wie ausgeprägt ist die sozialkommunikative Beeinträchtigungsschwere durch die traumainduzierten Symptome der somatisch verletzten Traumaopfer im Vergleich zu den somatisch nichtverletzten PolizeibeamtInnen zu T1 und T2 (Expertenrating)? (BSS-sozialkommunikativ).

Ergebnisse zu T1

Tab. 8.1 Mittelwerte der einzelnen Kategorien aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T1 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N = 45)
 Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N = 11)
 Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N = 3))
 Faktorwert C:A: Den Faktor, um den die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe C die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe A übersteigen

<u>Erhebungsinstrument</u>	<u>Gruppe A</u>	<u>Gruppe B</u>	<u>Gruppe C</u>	<u>Faktor C zu A</u>
Traumasppezifische Symptome (IES-R)	19,36	30,73	49,33	2,55
Traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI)	31,07	53,15	94,00	3,03
GAF	75,73	64,00	56,67	0,75
Körperliche Beeinträchtigungsschwere (BSS-körperlich)	0,80	1,30	2,33	2,91
Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-psychisch)	1,68	2,30	3,33	1,98
Sozialkommunikative Beeinträchtigungsschwere (BSS-sozialkommunikativ)	0,55	1,40	2,33	4,24

Ergebnisse zu T2

Tab. 8.2 Mittelwerte der einzelnen Kategorien aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T2 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne einer PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N = 36)
 Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N = 11)
 Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N = 3))
 Faktorwert C:A: Den Faktor, um den die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe C die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe A übersteigen

<u>Erhebungsinstrument</u>	<u>Gruppe A</u>	<u>Gruppe B</u>	<u>Gruppe C</u>	<u>Faktor C zu A</u>
Traumaspesifische Symptome (IES-R)	6,88	24,91	44,33	6,44
Traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI)	18,94	45,09	78,67	4,15
GAF	93,61	72,73	60,00	0,64
Körperliche Beeinträchtigungsschwere (BSS-körperlich)	0,17	0,73	2,00	11,76
Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-psychisch)	0,44	2,27	3,00	6,82
Sozialkommunikative Beeinträchtigungsschwere (BSS-sozialkommunikativ)	0,31	1,55	1,67	5,39

Interpretation

Die Faktorwerte der Gruppe C im Vergleich zur Gruppe A zeigen, dass das Ausmaß der objektiven Funktionseinschränkung einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung traumaassoziierter Störungen (IES-R und BSI) aufweist. Das globale Funktionsniveau war erheblich herabgesetzt. Die Beeinträchtigungsschwere war in allen Bereichen sehr stark ausgeprägt. Bei einer Analyse des Verlaufs der Werte von T1 zu T2 wurde deutlich, dass der Unterschied zwischen den PolizeibeamtInnen ohne somatische Verletzung und denjenigen mit einer somatischen Verletzung noch weiter auseinander ging. Aufgrund der geringen Anzahl von drei Personen konnten jedoch keine fundierten statistischen Aussagen mittels t-Test-Vergleiche gemacht werden. Die **Hypothese (4)**, dass somatisch verletzte Traumaopfer zu T1 und T2 unter einer höheren psychischen Belastung als Traumatisierte ohne somatische Verletzung leiden, konnte somit klinisch bestätigt werden.

Ergebnisse zu T3

Zu T3 nahmen nur noch 2 der somatisch verletzten Traumaopfer an der Studie teil, sodass sowohl von einer statistischen als auch einer fallorientierten Auswertung abgesehen wurde, weil der Wegfall eines weiteren Polizeibeamten die Aussage des Zeitpunktes T2 erheblich verzerren könnte.

Bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz war zu T3 zu sehen:

Der *Betroffene A* war zu T3 arbeitsfähig. Ob die eingeschränkte Dienstfähigkeit, wie sie zu T2 vorliegen hatte, noch weiterhin vorlag, wurde durch den Fragebogen nicht so detailliert erhoben.

Der *Betroffene B*, der zu T2 dienstunfähig gewesen war, nahm an der Studie zu T3 nicht mehr teil.

Der *Betroffene C* war wie auch zu T2 voll dienstfähig und nicht krankgeschrieben.

Die **Hypothese (6)**, dass der Anteil der Betroffenen, die an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, bei den somatisch verletzten Traumaopfern zu T3 geringer ist als bei den Betroffenen ohne somatische Verletzungen, konnte aufgrund der geringen Zahlen weder bestätigt noch verworfen werden.

8.2.2 Vergleich der somatisch verletzten Traumaopfer mit den somatisch nicht-verletzten PolizeibeamtInnen hinsichtlich der Verleugnung der Schwere ihrer Beeinträchtigung zu T1 und T2

Es wurde die **Hypothese (5)** untersucht, dass somatisch verletzte Traumaopfer zu T1 und T2 eine stärkere Verleugnung der Schwere ihrer Beeinträchtigungen aufweisen als Traumatisierte ohne somatische Verletzung. Zur Erfassung der Verleugnungstendenz der Schwere der Beeinträchtigungen wurde aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) die Subskala „Kognitive Vermeidung und Dissimulation“ (KV06) analysiert.

Ergebnisse zu T1

Tab. 8.3 Mittelwerte der einzelnen Subskalen aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T1 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N = 45)
Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N = 11)
Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N = 3))

<u>FKV-Subskala</u>	<u>Gruppe A</u>	<u>Gruppe B</u>	<u>Gruppe C</u>
FKV-Allgemein	244,00	271,83	328,95
KV01	39,36	39,83	42,33
KV02	31,05	43,64	58,00
KV03	29,58	30,82	40,67
KV04	13,02	15,00	13,28
KV05	15,38	18,82	22,67
KV06	18,04	19,36	25,67
KV07	20,31	21,36	22,67
KV08	14,29	15,55	23,33
KV09	11,40	14,45	17,33
KV10	11,11	12,00	13,67
KV11	13,13	12,64	16,00
KV12	15,90	16,73	21,00

Ergebnisse zu T2

Tab. 8.4 Mittelwerte der einzelnen Subskalen aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T2 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N=36)
 Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11)
 Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3))

<u>FKV-Subskala</u>	<u>Gruppe A</u>	<u>Gruppe B</u>	<u>Gruppe C</u>
FKV-Allgemein	241,81	259,73	334,94
KV01	38,80	38,64	40,00
KV02	29,86	37,09	61,67
KV03	29,56	30,91	41,33
KV04	13,64	15,00	16,61
KV05	14,65	18,27	25,67
KV06	17,98	19,18	24,67
KV07	19,83	19,73	22,33
KV08	14,13	15,18	24,00
KV09	10,92	13,91	17,67
KV10	11,05	10,36	14,67
KV11	13,45	14,73	15,67
KV12	16,00	15,55	18,33

Interpretation

Für die Subskala „Kognitive Vermeidung und Dissimulation“ (KV06) wurde zu T1 für die Gruppe A der Wert 18,04 (T2: 17,98), für die Gruppe B der Wert 19,36 (T2: 19,18) und für die Gruppe C der Wert 25,67 (T2: 24,67) gefunden. Der Faktor C zu A betrug also: $25,67 : 18,04 = 1,42$ (T2: 1,37).

Die **Hypothese (5)**, dass somatisch verletzte Traumaopfer zu T1 und T2 eine stärkere Verleugnung der Schwere ihrer Beeinträchtigungen aufwiesen als Traumatisierte ohne somatische Verletzung, konnte somit unter Berücksichtigung der statistischen Beschränkungen bestätigt werden. Ein Vergleich des Faktorwertes zwischen T1 (Faktorwert = 1,42) und T2 (1,37) zeigte, dass die Faktorwerte in etwa gleich blieben.

8.3 Symptomatik bei den weiblichen Traumaopfern zu T1, T2 und T3

8.3.1 Traumaspezifische Symptome bei Polizeibeamtinnen zu T1, T2 und T3

Es wurde die **Hypothese (7)** untersucht, dass weibliche Polizeibeamtinnen nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter traumaassoziierten psychischen Störungen im Vergleich zu männlichen Polizeibeamten leiden.

Zu T1 nahmen 43 männliche Polizeibeamten (Zeitpunkt T2: 35) und 16 weibliche Polizeibeamtinnen (Zeitpunkt T2: 15) an der Studie teil.

Als Selbstbeurteilungsinstrument wurde der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale - Revised) eingesetzt, um den Belastungsgrad an traumaspezifischen Symptomen erfassen zu können, und um die Verteilung der traumaspezifischen Symptome in Bezug zum Geschlecht ermitteln zu können.

Entgegen der **Hypothese (7)** waren zu T1 keine signifikanten Abweichungen der weiblichen Polizeibeamtinnen in der Ausprägung dieser Symptome im Vergleich zu den männlichen Polizeibeamten nachweisbar ($t = 0,33$; $p = 0,74$) (Abb. 8.1). Bei der Analyse der traumaspezifischen Symptome zu T2 bezüglich des Geschlechts wurde deutlich, dass entgegen der Hypothese keine signifikanten Abweichungen der weiblichen Polizeibeamtinnen in der Ausprägung dieser Symptome im Vergleich zu den männlichen Polizeibeamten nachweisbar waren ($t = 1,7$; $p = 0,09$) (Abb. 8.2). Vielmehr waren die absoluten Zahlen des IES zu T2 genau entgegengesetzt zur Hypothese: Es zeigte sich eine starke Tendenz, dass die Polizeibeamten männlichen Geschlechts höhere Werte für traumaspezifische Symptome zu T2 und T3 (Abb. 8.3) aufwiesen.

Das bedeutet zusammenfassend, dass die Polizeibeamtinnen zu T1 hohe Belastungswerte an traumaspezifischen Symptomen zeigten, diese jedoch im Vergleich zu den männlichen Polizeibeamten bis zu T3 schneller zurückgingen.

Die **Hypothese (7)**, dass weibliche Polizeibeamtinnen nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter traumaassoziierten psychischen Störungen im Vergleich zu männlichen Polizeibeamten leiden, konnte nicht bestätigt werden.

Ergebnisse zu T1

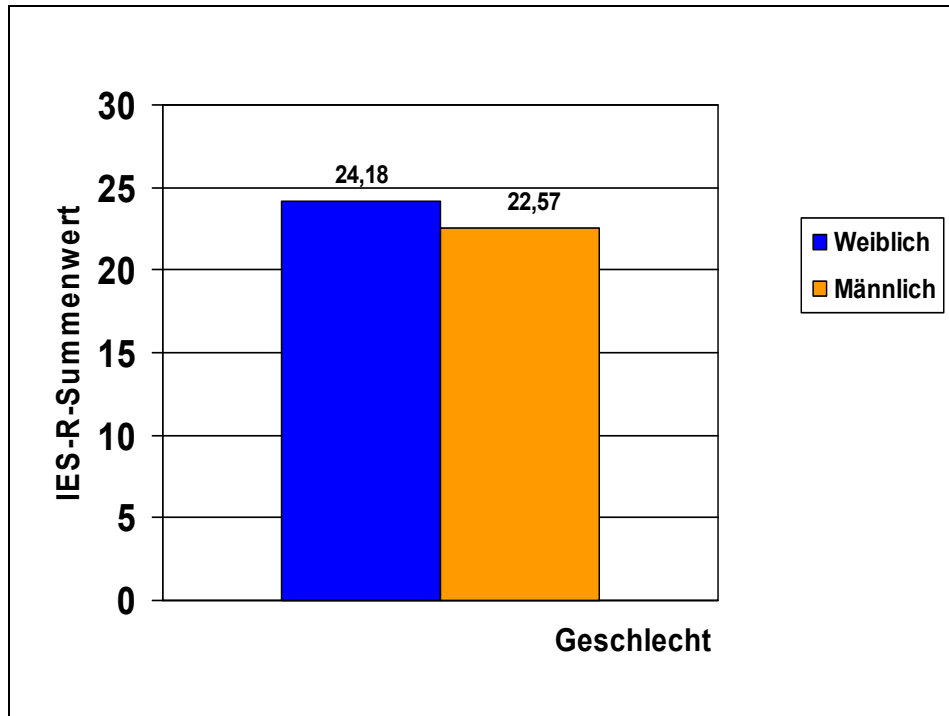


Abb. 8.1 Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptomen (Impact of Event Skala-Revised) zu T1

Ergebnisse zu T2

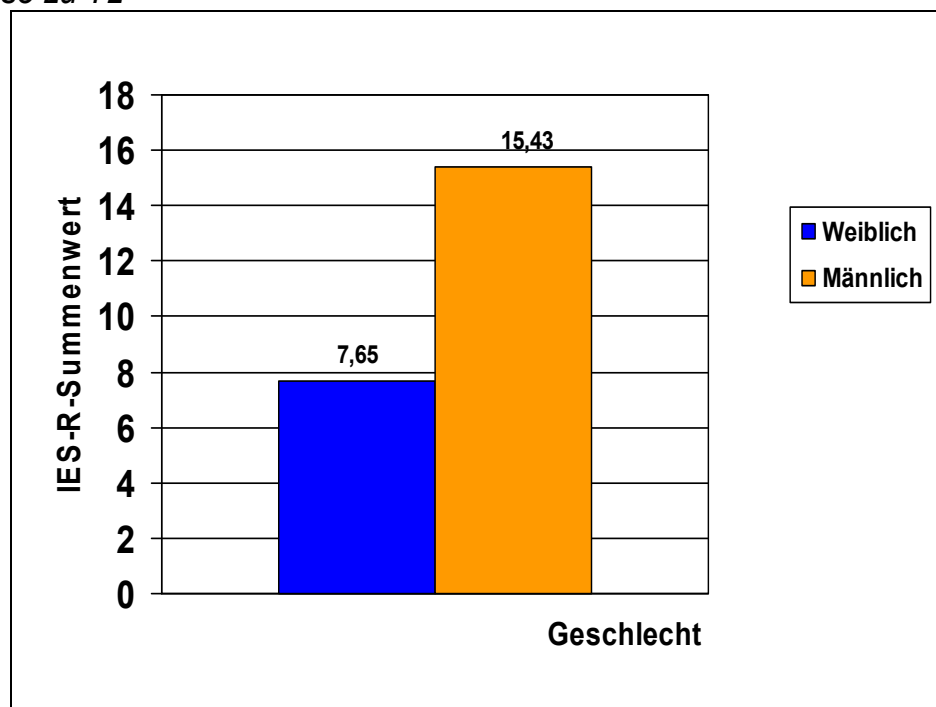


Abb. 8.2 Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Skala-Revised) zu T2

Ergebnisse zu T3

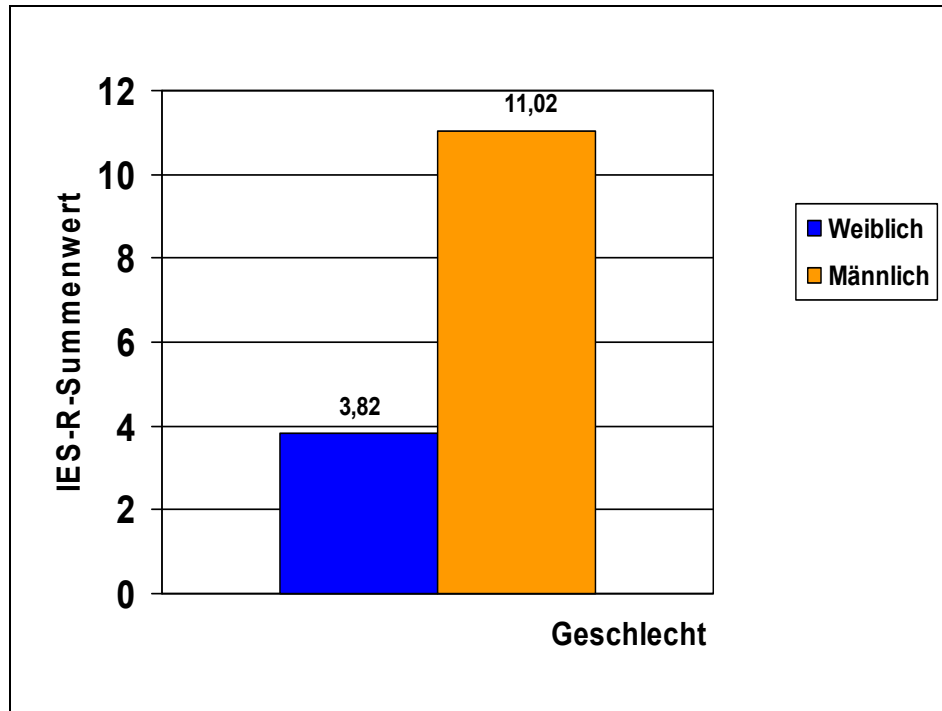


Abb. 8.3 Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Skala-Revised) zu T3

8.3.2 Psychische und psychosomatische Symptome bei Polizeibeamtinnen zu T1, T2 und T3

Unter der **Hypothese (8)** wurde untersucht, ob weibliche Polizeibeamtinnen nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter den traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen als männliche Polizeibeamte leiden.

Zur Erfassung der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome, also der allgemeinen Beschwerden psychischer und psychosomatischer Art, wurde der Brief Symptom Inventory (BSI) erhoben.

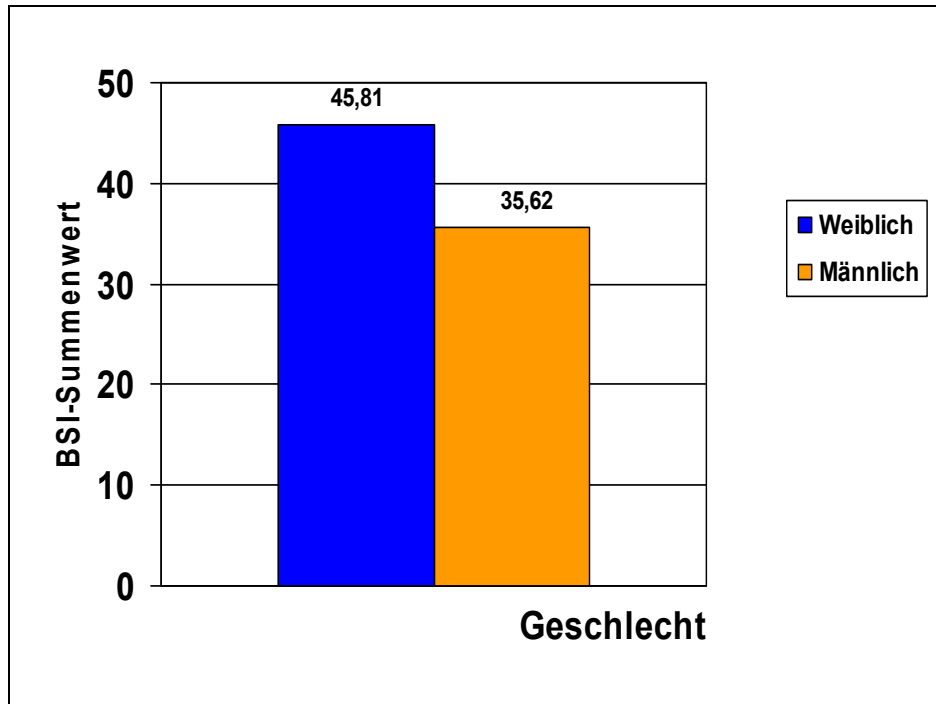
Ergebnisse zu T1

Abb. 8.4 Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T1

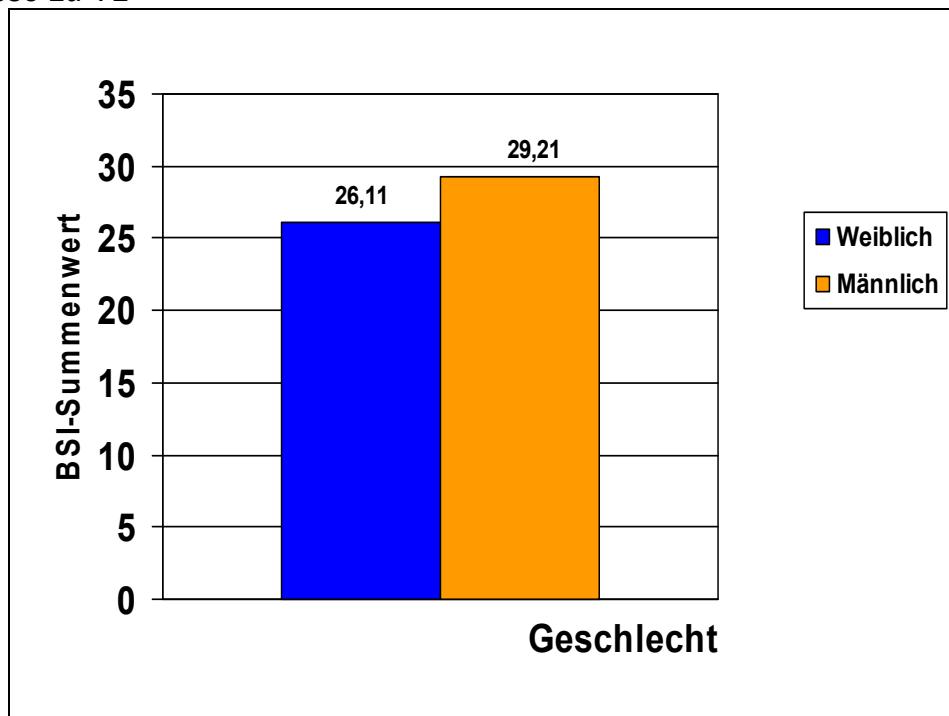
Ergebnisse zu T2

Abb. 8.5 Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T2

Ergebnisse zu T3

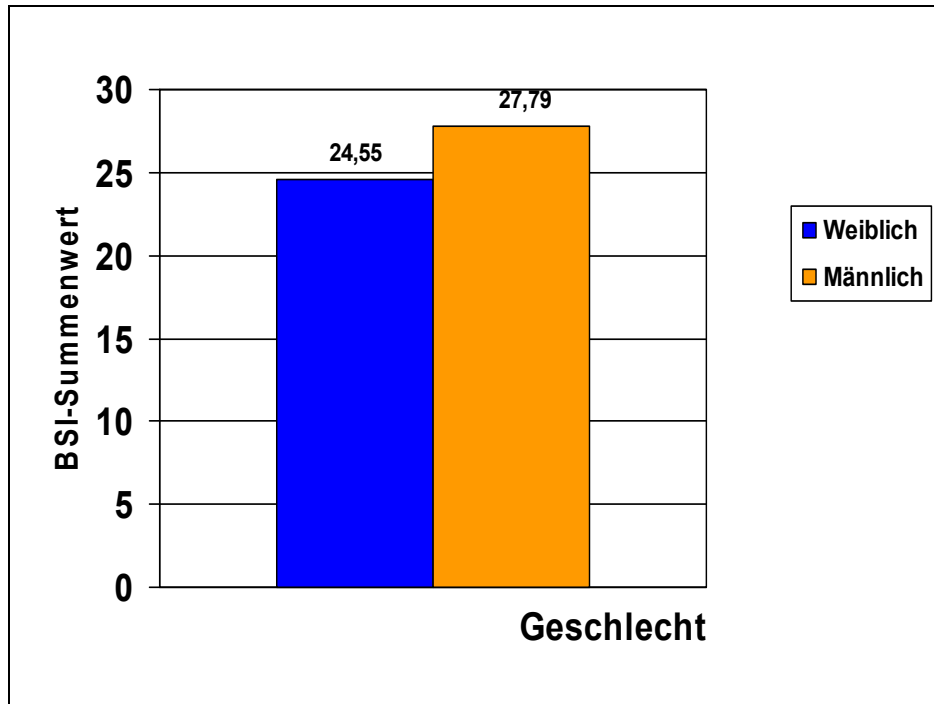


Abb. 8.6 Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T3

Interpretation

Entgegen der **Hypothese (8)** waren keine signifikanten Abweichungen der Polizeibeamtinnen in der Ausprägung dieser Symptome im Vergleich zu den Polizeibeamten nachweisbar ($t = 1,07$; $p = 0,29$) (Abb. 8.4). Zu T2 waren ebenfalls entgegen der **Hypothese (8)** keine signifikanten Abweichungen nachweisbar ($t = 0,33$; $p = 0,74$) (Abb. 8.5), vielmehr war die Richtung in absoluten Zahlen der BSI-Werte genau entgegengesetzt zur Hypothese: Es zeigte sich in den absoluten Zahlen, dass die Polizeibeamten männlichen Geschlechts höhere Werte an traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen zu T2 aufwiesen. Also zeigte sich zu T2 eine Umkehrung der Verhältnisse der absoluten Zahlen im Vergleich zu T1. Auch zu T3 wurde dasselbe Muster ($t = 0,25$; $p = 0,80$) wie zu T2 gefunden (Abb. 8.6).

Das bedeutet zusammenfassend, dass die Polizeibeamtinnen zu T1 hohe Belastungswerte zeigten, aber diese im Vergleich zu den Polizeibeamten bis zu T3 wie bei den traumaspezifischen Symptomen (Kap. 8.3.1) schneller zurückgingen.

Die **Hypothese (8)**, dass weibliche Polizeibeamtinnen nach berufsbedingter Extrembelastung zu T1, T2 und T3 stärker unter den traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen im Vergleich zu männlichen Polizeibeamten leiden, konnte somit nicht bestätigt werden.

9 Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Lassen sich die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie anderer traumaassoziierter Störungen und die Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der akuten Behandlungsphase voraussagen?

Hypothese (9) fragt, ob das akute Belastungserleben von allen Prädiktoren den größten Einfluss auf die langfristigen Unfallfolgen hat.

9.1 Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2 und T3

Zur Erhebung der „Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ wurden die traumaspezifischen Symptome der Impact-of-Event-Skala (IES-R) herangezogen. Für den somatischen Befund sowie die persönlichen und psychosozialen Merkmale wurden erfasst: (1) „Akuter Belastungsfaktor“ (Index bestehend aus der ICD-10-Diagnose und dem BSS-Wert, siehe Anhang 6), (2) Alter, (3) Geschlecht, (4) Soziale Unterstützung zu T1 (F-SOZU) und (5) Ressourcen zu T1 (Sense of Coherence, SOC).

Ergebnisse zu T2

Tab. 9.1 Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)

Faktoren	Nicht-Standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t-Wert	p-Wert
	B	Standardfehler	B		
Konstante c	8,70	15,18		0,57	0,57
„Akuter Belastungsfaktor“ (IndexICDxBSS)	13,97	3,69	0,44	3,79	0,00**
Alter	0,39	0,26	0,22	1,50	0,14
Geschlecht	3,42	4,80	0,11	0,71	0,48
Soziale Unterstützung (F-SOZU)	- 0,13	0,16	- 0,11	- 0,84	0,41
Ressourcen (Sense of Coherence, SOC)	- 0,27	0,15	- 0,25	-1,81	0,08

Tab. 9.2 Güte der Anpassung der linearen Regressionsgleichung zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)

	Quadratsumme	Freiheitsgrad df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Regression	5505,68	5	1101,14	8,86	0,00**
Residuen	5471,29	44	124,35		
Gesamt	10976,97	49			

Ergebnisse zu T3

Tab. 9.3 Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T3, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (* $p \leq 0,05$)

Faktoren	Nicht-Standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t-Wert	p-Wert
	B	Standardfehler	B		
Konstante c	24,12	15,24		1,58	0,12
„Akuter Belastungsfaktor“ (IndexICDxBSS)	10,10	4,01	0,32	2,52	0,02*
Alter	0,28	0,26	0,17	1,07	0,29
Geschlecht	2,80	5,09	0,09	0,55	0,59
Soziale Unterstützung (F-SOZU)	- 0,24	0,16	- 0,23	- 1,56	0,13
Ressourcen (Sense of Coherence, SOC)	- 0,32	0,15	- 0,32	- 2,14	0,04*

Tab. 9.4 Güte der Anpassung der linearen Regressionsgleichung zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T3, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)

	Quadratsumme	Freiheitsgrad df	Mittel der Quadrate	F-Wert	p-Wert
Regression	4577,00	5	915,40	9,07	0,00**
Residuen	3430,76	34	100,91		
Gesamt	8007,76	39			

Die Regressionsgleichung zur Vorhersage des Risikos einer PTBS zu T2 lautete:
 Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung = $8,70 * \text{Konstante} + 13,97 * \text{„Akuter Belastungsfaktor“} + 0,39 * \text{Alter} + 3,42 * \text{Geschlecht} - 0,13 * \text{Soziale Unterstützung} - 0,27 * \text{Ressourcen}$ (Tab. 9.1).

Die Regressionsgleichung zur Vorhersage des Risikos einer PTBS zu T3 lautete:
 Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung = $24,12 * \text{Konstante} + 10,10 * \text{„Akuter Belastungsfaktor“} + 0,28 * \text{Alter} + 2,80 * \text{Geschlecht} - 0,24 * \text{Soziale Unterstützung} - 0,32 * \text{Ressourcen}$ (Tab. 9.3).

Den stärksten Einfluss auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hatte somit der Faktor „Akuter Belastungsfaktor“ mit einem unstandardisierten B von 13,97 (Zeitpunkt T3: 10,10) und war signifikant ($t = 3,79$; $p = 0,00^{**}$, Zeitpunkt T3: $t = 2,52$; $p = 0,02^{*}$). Aus den Vorzeichen der Regressionskoeffizienten wird ersichtlich, dass die soziale Unterstützung und die Ressourcen protektive Faktoren darstellen, also die Entwicklung einer PTBS wiederum hemmen helfen. Das Bestimmtheitsmaß betrug zu T2 und T3 $R^2 = 0,50$ und das Signifikanzniveau $p = 0,00^{**}$ (Tab. 9.2) (Tab. 9.4).

Es lässt sich schlussfolgern, dass die Diagnose einer Akuten Belastungsreaktion zusammen mit einer schweren psychischen Beeinträchtigung (BSS) (hier als Indikator „Akuter Belastungsfaktor“ benannt) eine starke Vorhersagekraft für die Entwicklung von Symptomen einer PTBS besitzt.

Die **Hypothese (9)**, dass das akute Belastungserleben von allen Prädiktoren den größten Einfluss auf die langfristigen Unfallfolgen hat, wurde somit bestätigt.

9.2 Vorhersage der Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit zu T3

Nur 3 PolizeibeamtInnen gaben zu T3 eine Dauer der Arbeitsunfähigkeit von mehr als einer Woche an: 1x „zwei Wochen arbeitsunfähig“ und 2x „mehr als zwei Wochen arbeitsunfähig“. Alle anderen PolizeibeamtInnen gaben an, dass sie weniger als eine Woche arbeitsunfähig geschrieben worden waren. Somit wurde die geplante Berechnung einer Vorhersage aufgrund der geringen Zahl von ereignisbedingter Arbeitsunfähigkeit nicht vorgenommen, weil das statistische Ergebnis nicht sinnvoll interpretierbar gewesen wäre.

Die Frage, ob sich die Dauer der ereignisbedingten Arbeitsunfähigkeit zu T3 aufgrund somatischer Befunde, persönlicher und psychosozialer Merkmale in der akuten Behandlungsphase voraussagen lässt, konnte durch diese Studie nicht beantwortet werden.

D: Projektziel 3

10 Bisherige Präventionsprogramme und psychotherapeutische Behandlungen der StudienteilnehmerInnen

Für das Projektziel 3 war geplant, die bisherigen Präventionsprogramme zusammenzustellen, die psychotherapeutischen Behandlungen der StudienteilnehmerInnen zu erfassen und aus den eigenen ambulanten, traumaspezifischen Kurzzeit-Psychotherapien Evaluationen der protokollierten Behandlungen durchzuführen mit dem Ziel, Ansätze eines manualisierten Verfahrens für zu entwickelnde Präventionsprogramme abzuleiten.

10.1 Analyse der bisherigen Präventionsprogramme

Im Jahr 1994 wurde innerhalb der Polizei des Landes Nordrhein-Westfalen eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein Programm zur Sekundärprävention bei PolizeivollzugsbeamtlInnen nach besonderen beruflichen Belastungen entwickelt hat. Eine solche Sekundärprävention sollte helfen, dass die Betroffenen nach belastenden beruflichen Ereignissen nicht mehr dem Zufall oder den Möglichkeiten bzw. der zeitnahen Verfügbarkeit externer Anbieter überlassen bleiben. Vielmehr wurde diese Prävention aufgrund der Fürsorgepflicht des Dienstherrn als Bestandteil der polizeilichen Professionalität definiert. Die Etablierung eines solchen Programms sollte die frühestmögliche Stabilisierung sowie ggf. Diagnostik und Therapie von Folgen beruflich bedingter psychischer Belastung sicherstellen.

Neben dieser Maßnahme der Sekundärprävention wurden auch Maßnahmen der Primärprävention durchgeführt, z. B. vermehrte Schulung und kognitive Vorbereitung auf Belastungssituationen. Deren Auswirkungen wurden hier aber nicht untersucht.

Der Dienst des hier untersuchten Präventionsprogrammes für die Polizei Nordrhein-Westfalen wird NRW-weit durch Teams geleistet, die jeweils aus einem Polizeivollzugsbeamten im höheren Dienst und einem beamteten Polizeiarzt bestehen. Diese Teams sind in Notfallsituationen jederzeit abrufbar und bereit, wenige Stunden nach dem Ereignis mit den betroffenen PolizeibeamtlInnen in Kontakt zu treten.

Im Zeitraum von 1994 bis Sommer 2003 führten diese Teams bei 250 Anlässen eine Sekundärprävention durch. Bei diesen 250 Anlässen wurden mit 649 PolizeibeamtlInnen Erst- und Folgegespräche geführt, da häufig mehrere PolizistInnen in die Situationen involviert waren. Die behandelnden Polizeiärzte nahmen sowohl eine Einschätzung der Art und Schwere der Belastung als auch eine Diagnostische Zuordnung nach ICD-10 vor.

Methode der Auswertung

Für die Auswertung (BÄR et al., 2004) wurden die gestellten ICD-10–Diagnosen zu folgenden Gruppen zusammengefasst:

- ohne psychische Diagnose
- Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)
- andere Belastungsreaktion (ICD10: F43.2, F43.8)
- sonstige Psychische Diagnosen

Darüber hinaus wurde die jeweilige Belastungssituation retrospektiv inhaltsanalytisch ihrem klinisch und empirisch zugehörigen Grad an psychotraumatischer Potenz zugeordnet. Daraus ergab sich eine Liste von typischen, potentiell psychotraumatischen Situationen bzw. Ereignissen im Polizeidienst, die zu drei Inhaltsclustern von Belastungssituationen eines ähnlichen Belastungsgrades zusammengefasst wurden. Alle Datenanalysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 11.0.

Ergebnisse

Die 649 PolizeibeamtInnen, mit denen innerhalb der 250 Anlässe Erst- und Folgegespräche geführt wurden, waren im Mittel 33,5 Jahre alt ($SD \pm 9,7$). Der Anteil der weiblichen Polizeibeamten lag bei 20,2 % (Alter: MW 27,3 Jahre, $SD \pm 4,6$). Die männlichen Polizeibeamten waren durchschnittlich 34,8 Jahre ($SD \pm 10,0$) alt. Damit unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterrelation der hier untersuchten Stichprobe nicht bedeutsam vom gesamten Polizeivollzugsdienst

Die von den Teams durchgeführten Interventionen wurden in den Kategorien Defusing, Debriefing, strukturiertes Gespräch und sonstige Interventionen erfasst. Bei 425 PolizeibeamtInnen und Beamten wurde Defusing, bei 278 Debriefing, bei 183 strukturierte Gespräche als Interventionstechniken eingesetzt. Darüber hinaus erhielten alle Betroffenen weitere, nicht im engeren Sinne psychotherapeutische Interventionen (z. B. rechtliche Beratung).

Bei 141 Betroffenen (21,7 %) war zum Abschluss der Intervention keine psychische Diagnose zu stellen, d.h. sie waren im Wesentlichen frei von psychischen Symptomen von Krankheitswert. Bei 330 Betroffenen (50,8 %) musste die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion, bei 19 (2,9 %) die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, bei 94 (14,5 %) die Diagnose einer anderen Reaktion auf psychische Belastung und bei 61 (9,4 %) eine andere psychische Diagnose gestellt werden. Bei 4 Betroffenen (0,6 %) blieb die differentialdiagnostische Zuordnung unklar und damit offen.

Die Cluster-Einteilung der Belastungssituationen, die jeweils einen vergleichbaren Schweregrad aufweisen, ist in Tab. 10.1 dargestellt.

Tab. 10.1 Zuordnung von berufsbedingten Belastungssituationen im Polizeidienst zu Inhaltsclustern mit ähnlicher Belastungsschwere

	Belastungssituation
Cluster 1	<ul style="list-style-type: none"> • Schusswaffengebrauch mit Todesfolge von Polizeibeamten oder einer anderen Person (durch oder gegen Polizeibeamte) • Dienstlicher Verkehrsunfall mit schwerer Verletzung oder Todesfolge des betroffenen Polizeibeamten • Andere Gewalteinwirkung mit tödlichem Ausgang gegen Polizeibeamte • Geiselnahme eines Polizeibeamten
Cluster 2	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstlicher Verkehrsunfall mit Verletzung oder Tod von anderen • Androhung von Schusswaffengebrauch durch und gegen Polizeibeamte ohne Verletzung • Schusswaffengebrauch mit Verletzung und Tod anderer durch Polizeibeamte • Schwerer Zwischenfall im Rahmen einer Sonderrechtsfahrt ohne Verletzung eines Polizeibeamten • Andere Gewalteinwirkung mit Verletzung oder Tod anderer oder Verletzung von Polizeibeamten • Suizid oder Suizidversuch von anderen
Cluster 3	<ul style="list-style-type: none"> • Suizid oder Suizidversuch einer Kollegin oder eines Kollegen

Im Cluster 1 finden sich Situationen mit schwersten Belastungen durch Schusswaffengebrauch mit Todesfolge sowie andere Todesfälle im Einsatz und Geiselnahme von PolizeibeamtInnen – alles Situationen, die glücklicherweise auch im Polizeialltag nicht häufig vorkommen.

Dem Cluster 2 wurden Situationen des Polizeialltag zugeordnet, die zwar auch gefährlich oder/und bedrohlich sind, jedoch nicht einen derart verheerenden Ausgang wie die Ereignisse in Cluster 1 finden. Die Häufigkeitsangaben in der linken Spalte der Tab. 10.2 machen deutlich, dass es sich dabei um im Dienstalltag durchaus häufigere Erfahrungen handelt.

Das Cluster 3 wurde generiert aus Situationen, in denen es zu einem Suizid oder einem Suizidversuch eines Polizeibeamten gekommen war. Dies geschah aus der Erfahrung mit Betroffenen, die einem solchen, offensichtlich nicht ganz seltenen Ereignis in ihrem beruflichen Umfeld einen besonderen Stellenwert zumaßen.

Tab. 10.2 Verteilung der ICD-10-Diagnosen in den drei Belastungsclustern gemäß Tab. 10.1

	ICD-10-Diagnose					Signifikanz Chi ² -Test P
	PTSD (F43.1)	Akute Belastungs- reaktion (F43.0)	sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (F43.8)	andere psychische Diagnosen	ohne psychische Diagnose	
Cluster 1 (n = 165) (25,1 %)	14 (8,5 %)	95 (57,6 %)	8 (4,8 %)	32 (19,4 %)	16 (9,7 %)	≤ .000 für „PTSD u. andere psych. Diagnose“
Cluster 2 (n = 442) (67,2 %)	12 (2,7 %)	238 (53,9 %)	50 (11,3 %)	26 (5,9 %)	116 (26,2)	≤ .000 für „ohne psychische Diagnose“
Cluster 3 (n = 51) (7,7 %)	0	11 (21,6 %)	27 (52,9 %)	2 (3,9 %)	11 (21,6 %)	≤ .000 für „sonstige Reakt. auf psych. Bel.“

Bei neun Betroffenen wurde durch die Komplexität der Belastungssituation eine Zuordnung zu zwei Clustern notwendig (z. B. ein Zwischenfall mit Todesfolge und anschließend ein Suizid im kollegialen Umfeld). In diesen Fällen wäre es willkürlich gewesen, sie nach vermeintlicher „Schwere“ nur einem Cluster zuzuordnen. Wie Tab. 10.2 ausweist, finden sich 165 Betroffene (25,4 %) in Cluster 1, 446 (68,7 %) Betroffene in Cluster 2 und 51 Betroffene (7,9 %) in Cluster 3.

Korreliert man die zum Abschluss der Interventionen erhobenen ICD-10-Diagnosen mit den drei Belastungsclustern (Chi²-Test), zeigt sich für Cluster 1 ein hochsignifikanter Anstieg der PTSD-Fälle und Betroffener mit „anderen psychischen Diagnosen“ – zu Lasten der „sonstigen psychischen Reaktionen auf schwere Belastung“ und derjenigen „ohne psychische Diagnose“.

Demgegenüber war im Cluster 2 der Anteil Betroffener „ohne psychische Diagnose“ signifikant höher als in den beiden anderen Clustern. Die Zahl der „sonstigen psychischen Reaktionen auf Belastung“ war im Cluster 3 statistisch bedeutsam erhöht, während der Anteil akuter Belastungsreaktionen bemerkenswert niedrig blieb.

Hinsichtlich des Geschlechts fanden sich bei männlichen Polizeibeamten im Cluster 1 hochsignifikant mehr PTSD und „andere psychische Diagnosen“, während bei den betroffenen Polizistinnen im Cluster 1 „andere psychische Diagnosen“ hochsignifikant erhöht waren (wie z. B. depressive Störungen oder Somatisierungen). Eine weitere Unterdifferenzierung dieser „anderen“ Störungen wurde angesichts der zu geringen Zellenbesetzungen nicht vorgenommen.

Im Cluster 2 fanden sich bei männlichen Polizeibeamten eine statistisch bedeutsame Absenkung der „sonstigen psychischen Reaktionen“ und „anderer psychischer Diagnosen“. Bei den Polizeibeamtinnen gab es im Cluster 2 keine signifikante Abweichung von den statistisch erwartbaren Diagnosehäufigkeiten. Im Cluster 3 wiesen männliche Polizeibeamten hochsignifikant mehr „sonstige Reaktionen auf Belastung“ auf.

Sowohl hinsichtlich der Zuordnung zu den typischen Belastungssituationen (Cluster) als auch den Diagnosen zeigten sich im Hinblick auf das Alter der Betroffenen keine signifikanten Zusammenhänge. Ursache der geringen Varianzaufklärung ist vermutlich die doch relativ hohe Altershomogenität der Stichprobe, ganz überwiegend angesiedelt in der ersten Hälfte des Erwachsenenlebens.

Diskussion der Befunde

Zweifellos handelt es sich bei der hier untersuchten Stichprobe um eine hochselegierte Gruppe von Berufstätigen, die in ganz besonderer Weise bereits vorbereitet mit schwersten Belastungen konfrontiert werden. Berücksichtigt man, dass hier überwiegend über Erwachsene des mittleren Lebensalters berichtet wird, lassen sich die Daten keinesfalls auf alle Lebensalter übertragen.

Die Stärke dieser retrospektiven Untersuchungen liegt in der großen Stichprobe von extremen Belastungen und einer sehr guten Dokumentation seitens des Polizeiärztlichen Dienstes über die geleisteten Kriseninterventionseinsätze der letzten Jahre, sodass die hier getroffenen Befunde auf einem umfangreichen Datenmaterial basieren. Besonders bemerkenswert erscheint, dass immerhin ein Fünftel aller Betroffenen (n=141; 21,7 %) nach derartig schwerwiegenden Ereignissen und Erfahrungen im Dienst im Wesentlichen frei von psychischen Symptomen von Krankheitswert war. Weiterhin scheint kognitiv-vorwegnehmendes Training (bezüglich Cluster-2-Ereignissen) offensichtlich im Sinne der Primärprävention zu helfen, die Entwicklung von PTSD zu verringern.

Wie zu erwarten, fanden sich im Cluster 1 nach dienstlichen Situationen mit einem besonders hohen Belastungspotenzial (durch die direkte Lebensbedrohung) ein erhöhter Anteil von PTSD und anderen psychischen Diagnosen. Bei der geschlechterspezifischen Betrachtung zeigte sich, dass männliche Polizeibeamte signifikant häufiger eine PTSD und weibliche Polizeibeamte signifikant häufiger „andere psychische Diagnosen“ entwickelt haben. Dieser Effekt ist bisher nicht ausreichend erklärt. Ein Ansatz könnte in der leicht unterschiedlichen Altersstruktur der Geschlechtergruppen mit dementsprechend längerer Diensterfahrung (die als Parameter nicht erfasst wurde) liegen.

Überraschend fand sich im Cluster 2 eine absolut gesehen hohe und im Vergleich der Cluster untereinander deutlich höhere Anzahl an Betroffenen, bei denen keine psychische Diagnose gestellt wurde, obwohl es sich keineswegs um polizeiliche „Alltags“- oder Standardsituationen handelte. Dies bedeutet, dass die Betroffenen ohne nachweisbare psychische Symptomatik mit schweren dienstlichen Belastungssituationen umgehen konnten, die für die Allgemeinbevölkerung als potenziell traumatisch eingestuft werden müssten.

Dies kann als Hinweis auf die gute Primärprävention im Bereich der Ausbildung und für das Management von Belastungssituationen der Polizei in Nordrhein-Westfalen gewertet werden. Eine Studie der Effektivität dieser Interventionen steht aus.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das Cluster 3, da die darin erfassten Ereignisse von Suiziden oder Suizidversuchen von KollegInnen (nicht selten mit der Dienstwaffe) eine hohe Belastung im Polizeidienst darstellen. Dies vor allem auch auf dem Hintergrund der gegenseitigen Sicherung in Einsätzen („Eigenschutz ist immer auch Kollegenschutz!“). Unter den Diagnosen der im Umfeld mitbetroffenen Kollegen fanden sich erwartungsgemäß keine PTSD-Fälle, da die Suizidhandlung in aller Regel nicht unmittelbar miterlebt wird. Allerdings fand sich eine signifikante Vermehrung „sonstiger psychischer Reaktionen auf Belastung“. Dies lässt sich anhand der komplexen psychodynamischen Vorgänge in einem eng zusammen arbeitendem Team, in dem jeder seine eigene Sicherheit der Verlässlichkeit des Anderen anvertrauen muss, gut nachvollziehen, wenn der Andere dann für den Rest des Teams in nicht vorhersehbarer Weise einen Suizidversuch oder Suizid unternimmt.

Die Ergebnisse in dieser „Extremgruppe“ weisen darauf hin, dass Situationen, auch wenn sie phänomenologisch als „traumatisch“ charakterisiert werden, noch lange nicht „psychisch traumatisierend“ im Sinne einer operationalisierten ICD-10-Diagnostik wirken müssen. Die Zusammenhänge zwischen (traumatischen) biographischen Vorerfahrungen, Persönlichkeit und aktueller Belastung im Hinblick auf die Entwicklung einer PTSD sind noch weitgehend unverstanden. Unsere Daten stützen die differenzielle Perspektive auf psychisch potenziell traumatisierende Situationen. Dies ist im Hinblick sowohl auf Auswahl und Einsatz von Frühinterventionen nach schwer belastenden Ereignissen als auch auf die Behandlungsplanung bei etwaigen psychischen Störungen von erheblicher sozial- und versorgungsrechtlicher Relevanz. Über die Langzeitfolgen psychotraumatischer Erfahrungen im Sinne möglicher Traumareaktivierungen im Alter (HEUFT, 1999) kann die berichtete Untersuchung keine Antworten geben.

10.2 Psychotherapeutische Behandlungen der StudienteilnehmerInnen

10.2.1 Inanspruchnahme von Psychotherapie zur Behandlung der traumaassoziierten Störungen zu T2

In den ersten sechs Monaten nach der potenziell traumatischen Situation wurde eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von 10 betroffenen PolizeibeamtInnen in Anspruch genommen.

Bei 2 betroffenen PolizeibeamtInnen war die Behandlung mit einer manualisierten, traumaspezifischen EMDR-Behandlung bereits abgeschlossen. Beide Betroffenen, die aufgrund der Symptome einer Akuten Belastungsreaktion eine EMDR-Behandlung in Anspruch genommen hatten, schilderten, dass die Symptomatik der Akuten Belastungsreaktion nicht mehr vorhanden sei.

Bei einem weiteren Betroffenen war eine Behandlung zwar begonnen worden, aber aufgrund von Vorbehalten gegenüber dem Verlauf der Psychotherapie vorzeitig abgebrochen worden.

Somit bestand zum Zeitpunkt des Forschungsinterviews, also sechs Monate nach dem potenziell traumatischen Ereignis, bei 7 PolizeibeamtInnen eine laufende ambulante Psychotherapie.

Von den insgesamt 10 PolizeibeamtInnen, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, hatten 3 PolizeibeamtInnen ein Kontingent von bisher 5 Therapiestunden und 5 PolizeibeamtInnen ein Kontingent von 5 - 25 Therapiestunden bisher in Anspruch genommen. 2 PolizeibeamtInnen wurden über mehr als 25 Therapiestunden bis dahin behandelt.

Nur bei einem der Betroffenen, die eine Therapie aufgenommen hatten, war diese eine Fortsetzung einer Therapie, die schon vor dem potenziell traumatischen Ereignis aufgenommen worden war. Bei dieser vorausgehenden Psychotherapie war der Inhalt ein in der Vergangenheit weit zurückliegendes traumatisches Ereignis, das während eines Polizeieinsatzes aufgetreten war.

10.2.2 Behandlung der traumaassoziierten Störungen mit einer traumaspezifischen manualisierten Psychotherapie

Die **Hypothese (10)**, dass traumaassoziierte Störungen, die innerhalb der ersten 6 Monate nach der Extrembelastung mit einer traumaspezifischen manualisierten Psychotherapie behandelt werden, eine signifikante Besserung erfahren, die zur Katamnese 6 Monate nach Therapieende stabil bleibt, konnte aufgrund der geringen Anzahl an PolizeibeamtInnen, die eine traumaspezifische, manualisierte Psychotherapie in Anspruch genommen und beendet hatten ($n = 2$), nicht beantwortet werden. Für eine empirisch abgesicherte Aussage wäre eine größere Zahl von PolizeibeamtInnen notwendig, die eine traumaspezifische, manualisierte Psychotherapie beendet hätten.

Im Rahmen der Forschungsinterviews wurden zwar Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung besprochen, aber aufgrund der weiten Entfernungen nach Münster (Forschungsinterviews in Köln, Düsseldorf oder Dortmund) wurde es als angemessener betrachtet, die psychotherapeutischen Möglichkeiten am Wohnort zu nutzen.

11 Zusammenfassung

PolizeibeamtInnen werden in der Ausübung ihres Berufes mit verschiedenen Aufgaben und Anforderungen konfrontiert. Nicht selten ergeben sich hieraus sehr unterschiedliche Belastungsmomente mit differenzierten Erlebens- und individuellen Verarbeitungsformen. Werden derartige Reaktionen (Belastungen) nicht bewältigt, kann sich ein längerfristiges Krankheitsbild anschließen. Die International Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO) legt die diagnostischen Kriterien für derartige Störungsbilder fest. Bisherige Untersuchungen aus dem Bereich der empirischen Polizeiforschung fokussierten verstärkt auf isolierte und sehr aufgabenspezifische Belastungen im Zusammenhang mit dem Einsatzgeschehen.

Im **Projektziel 1** sollten sämtliche Situationen im Polizeiberuf identifiziert werden, die von den PolizeibeamtInnen als belastend erlebt und wahrgenommen werden. Diese Belastungssituationen bildeten die Basis einer empirisch fundierten Taxonomie der Belastungsqualitäten innerhalb der Polizeiarbeit. Diese Taxonomie der Belastungsqualitäten erlaubte es, die Belastungen innerhalb der Polizeiarbeit in trennscharfe Klassen von Qualitäten zu differenzieren, um daraus praktische Konsequenzen für die Belastungsprävention und Gesundheitsförderung ziehen zu können. Darüber hinaus stellte die Taxonomie die Grundlage zur Entwicklung eines polizeispezifischen Fragebogens zur Selbsteinschätzung der eigenen beruflichen Belastungen dar. Vorausgegangen war eine retrospektive Erhebung von 496 extremen Einsatzsituationen hinsichtlich ihrer quantitativen und qualitativen Auswirkungen.

Die Taxonomie besteht aus den fünf Oberkategorien: (1) Belastungen, die sich aus der Polizeitätigkeit, den polizeispezifischen (berufstypischen) Aufgaben bzw. dem Einsatzgeschehen selbst ergeben, (2) Belastungen, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit sowie der Struktur der Organisation heraus erwachsen, (3) Belastungen aufgrund äußerer Bedingungen bzw. aufgrund der zeitlichen Dimension, (4) Belastungen aufgrund sozialer Bedingungen, (5) Belastungen aufgrund „sonstiger“ Bedingungen; diese Kategorie beschreibt die Belastungen, die sich nicht in das Netz der ersten vier Hauptqualitäten überführen lassen.

Auf dieser Basis gelang die Entwicklung eines online-basierten Fragebogens zur Selbsteinschätzung der eigenen beruflichen Belastung, die PolizeibeamtInnen bei der Analyse ihrer eigenen beruflichen Belastung helfen und ihnen eine leicht verstehbare Rückmeldung zu ihren aktuellen Belastungs- und Beanspruchungsniveaus geben soll, ohne sich an Dritte wenden zu müssen und ohne das Einschalten von Vorgesetzten oder anderen Dienststellen. Darüber hinaus soll ihnen der Fragebogen Empfehlungen und Hinweise zur Verringerung ihres persönlichen Belastungs- und Beanspruchungsniveaus geben. 1154 Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte haben im Rahmen einer Online-Befragung ihre Belastungssituationen reflektiert. Dass eine so große Anzahl an PolizeibeamtInnen den Online-Fragebogen genutzt haben, zeigt das hohe Interesse der PolizeibeamtInnen, die eigenen Belastungen anonym einschätzen zu können. Eine zusätzliche online-basierte professionelle Rückmeldung durch PsychotherapeutInnen wurde denjenigen Betroffenen angeboten, die ihre E-Mail-Adresse hinterlassen hatten. Diese Form der Belastungsrückmeldung stellte

somit ein niederschwelliges Instrument dar, um eine erste Einschätzung der eigenen Belastungen zu erhalten und ggf. eine anonyme Fremdeinschätzung zu erhalten.

Für das **Projektziel 2** wurde mit einem prospektiven Design die Entwicklung des Spontanverlaufs nach schwersten beruflichen Belastungssituationen über einen Zeitraum von einem Jahr erhoben: Unmittelbar nach der Situation schwerster Belastung (Zeitpunkt T1), sechs Monate nach der potenziell traumatischen Situation (Zeitpunkt T2) und zwölf Monate nach dem belastenden Ereignis (Zeitpunkt T3). Die häufigsten potenziell psychotraumatisierend wirkenden Ereigniskategorien (siehe Taxonomie), denen die PolizeibeamtInnen ausgesetzt waren, stellten die Ereigniskategorien „Schusswaffengebrauch“ (n = 16) und „Schwerer Verkehrsunfall“ (n = 17) dar.

59 PolizeibeamtInnen wurden zu T1, 50 PolizeibeamtInnen zu T2 und 40 PolizeibeamtInnen zu T3 mit der Frage untersucht, wie häufig Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auftraten, welche traumaspezifischen und traumaassoziierten psychischen und psychosomatischen Symptome gefunden wurden, wie schwer die Funktionalität im Berufsleben eingeschränkt war, wie starke Beeinträchtigungen psychischer Art entstanden waren und mit welchen Krankheitsverarbeitungsmechanismen die PolizeibeamtInnen versuchten, das extreme Ereignis zu verarbeiten.

Zu T1 wurde im Rahmen der Tätigkeit der Kriseninterventionsteams, die aus je einem Polizeiarzt und einem Beamten des gehobenen Dienstes bestanden, durch den Polizeiarzt eine psychische Diagnostik durchgeführt. Dabei wurde nach dem Krisenkontakt die Diagnose einer „Akuten Belastungsreaktion“ 25-mal (42 %) gestellt, da in den ersten vier Wochen nach einem Ereignis die Diagnose einer PTBS noch nicht gestellt werden kann (Zeitkriterium). Als trauma-assoziierte Störung wurde die Diagnose der „Sonstigen Reaktion auf schwere Belastung“ (ICD-10: F43.8) bei 22 Betroffenen (37 %) erhoben. Bei insgesamt 9 TeilnehmerInnen der Studie (15 %) war trotz der Konfrontation mit einem traumatischen Stressor keine Störungsdiagnose erkennbar. Bei 3 PolizeibeamtInnen wurde die Diagnose „Andere psychische Störung“ vergeben. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass für die Gesamtpopulation der PolizeibeamtInnen in Deutschland der Schusswaffengebrauch zahlenmäßig von nachgeordneter Bedeutung ist, wird der sehr häufige Schusswaffeneinsatz in dieser Studie mit 16 von 59 Fällen deutlich. Das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) gibt keine Prävalenzzahlen für die Akute Belastungsreaktion an und im Bereich der Traumatisierung von PolizeibeamtInnen gibt es wenige zuverlässige Zahlen. Einen ähnlichen Prozentsatz an Akuter Belastungsreaktion (50,8 %) jedoch fanden BÄR et al. (2004) in einer früheren, retrospektiven Studie bei PolizeibeamtInnen nach Situationen schwerster Belastung.

Die Analyse der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Scale, IES) zeigte für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 signifikant erhöhte, klinisch bedeutsame Werte gegenüber den anderen TeilnehmerInnen ($t = 2,5$; $p = 0,01^*$). Insbesondere bestimmten Intrusionen ($t = 2,6$; $p = 0,01^*$) und Übererregung ($t = 2,9$; $p = 0,01^*$) das Symptombild bei PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion. Das Kriterium der Vermeidung scheint bei PolizeibeamtInnen nicht so stark ins Gewicht zu fallen. Für psychotherapeutische Interventionen der Akuten Belastungsreaktion folgt daraus, dass stärker auf intrusive Bilder und die körperlichen Empfindungen zentrierende Behandlungsansätze wie imaginative Stabi-

lisierungstechniken und ggf. eine EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization Reprocessing) angeboten werden sollten.

Traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (Brief Symptom Inventory, BSI) zeigten signifikant erhöhte Werte bei PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion (t-Wert: $t = 2,19$; $p = 0,03^*$), die zudem klinisch bedeutsam waren (T-Werte mit mehr als einer Standardabweichung für fast alle Symptombereiche). Die Symptomausprägung war in den Bereichen Somatisierung ($t = 2,02$; $p = 0,05^*$), Zwanghaftigkeit ($t = 2,36$; $p = 0,02^*$), Depressivität ($t = 2,17$; $p = 0,03^*$), Aggressivität ($t = 2,24$; $p = 0,04^*$) und paranoides Denken ($t = 2,05$; $p = 0,05^*$) signifikant erhöht. Aus therapeutischer Sicht ist es also wichtig, die Akute Belastungsreaktion frühzeitig zu identifizieren, wobei jedoch die Problembereiche „Paranoides Denken“ und „Somatisierung“ (im BSI) diesen Prozess für einen Teil der Betroffenen erheblich erschweren können. Sie erleben sich dann beispielsweise als „somatisch“ erkrankt. Die Bereiche „Aggressivität“ und „Depressivität“ erschweren es weiterhin für die Betroffenen, den Kontakt von sich aus zu den Hilfesystemen herzustellen. Daher ist es notwendig, dass Kriseninterventionsteams – wie hier beschrieben – selbstinitiativ auf die betroffenen PolizeibeamtInnen zugehen und ausreichend Zeit zum Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zur Verfügung haben, um die anfänglichen psychischen Hemmnisse überwinden zu können. Dazu bedarf es innerhalb der Führung der Polizeibehörde auch einer entsprechenden Akzeptanz solcher Frühinterventionen.

Die Analyse des psychischen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) zeigte vor dem potenziell psychotraumatischen Ereignis bei allen PolizeibeamtInnen ein hohes Funktionsniveau. Durch die belastende Situation kam es zu einer signifikanten Absenkung des Funktionsniveaus ($t = 2,70$; $p = 0,01^{**}$) auf einen Wert von 67. Vergleichsweise ist ein Wert von 50 der Schwellenwert, bei dem in der Regel eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus-Behandlung indiziert ist. Die Beeinträchtigungsschwere (BSS) erbrachte ein ähnliches Bild: vor dem Ereignis lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den PolizeibeamtInnen vor ($t = 1,87$; $p = 0,07$), nach dem Ereignis wiesen alle PolizeibeamtInnen erhebliche Beeinträchtigungen auf und die Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion hatten signifikant erhöhte Werte im Vergleich zu den anderen ($t = 2,86$; $p = 0,01^{**}$).

In der Analyse der Krankheitsverarbeitung (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV) wurden signifikant erhöht dysfunktionale Verarbeitungsmechanismen durch die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion (T1) gefunden. Als inadäquate Copingmechanismen wurden „Depressive Verarbeitung (KV02)“ ($t = 3,82$; $p = 0,00^{**}$), „Misstrauen und Pessimismus (KV05)“ ($t = 3,83$; $p = 0,00^{**}$), „Gefühlkontrolle und sozialer Rückzug (KV08)“ ($t = 2,14$; $p = 0,04^*$) und „Regressive Tendenz (KV09)“ ($t = 3,75$; $p = 0,00^{**}$) genutzt. Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig, frühzeitig der depressiven Verarbeitung und dem sozialen Rückzug frühzeitig entgegenzuwirken, weil hierdurch eine negative Spirale in Gang gesetzt werden kann, die Betroffenen sich von anderen zurückziehen und wenig positive Verstärker bekommen, sodass eine noch stärkere depressive Symptomatik entstehen kann.

Wir empfehlen, die professionelle Unterstützung aus Fürsorgegründen gegenüber diesen schwer beeinträchtigten Betroffenen mit einer Akuten Belastungsreaktion kurz nach dem potenziell traumatischen Ereignis fortzuführen. Die NICE-Richtlinien

(National Institute for Health and Clinical Excellence/Großbritannien) empfehlen, dass den Betroffenen bei sehr starken Symptomen eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) angeboten werden sollte. Der Einsatz von Psychopharmaka wird zurückhaltend bewertet: Paroxetin und Mirtazapin werden als evidenzbasierte Medikamente der Wahl empfohlen. Für milde Symptome wird ein Zuwarten von einem Monat empfohlen, um dann nochmals Kontakt mit den Betroffenen aufzunehmen, weil eine hohe Spontanremission im ersten Monat zu erwarten ist.

Zu T2 wurde ein mindestens zwei Stunden dauerndes Interview mit den betroffenen PolizeibeamtInnen (n = 50) durchgeführt, um eine valide psychische Diagnostik zu ermöglichen. Unter Anwendung des semi-strukturierten SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-IV) musste die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) 14-mal (28 %), eine „Andere psychische Diagnose“ 10-mal (20 %), eine „Sonstige neurotische Störung“ 8-mal (16 %) und keine Störung 18-mal (36 %) gestellt werden. CARLIER et al. (1997) fanden Punktprävalenzen für eine PTBS von 5-7 % bei allen PolizeibeamtInnen. TEEGEN et al. (1997) fanden bei Hamburger PolizeibeamtInnen ähnlich niedrige Raten von 5 % für eine vollausgeprägte PTBS und 15 % für eine partielle PTBS, ROBINSON et al. (1997) in Cleveland/USA eine Prävalenz von 13 %. Bei diesen Studien wurde jedoch retrospektiv ohne direkten Bezug auf ein signifikantes Ereignis gefragt, es wurde keine systematische Erfassung aller Diagnosen (wie mit dem SKID) durchgeführt und es waren keine definierten Einsatzsituationen vorweg erfolgt. Dass 15 % der TeilnehmerInnen unter Berücksichtigung der Schwere dieser potenziell traumatischen Situationen „Keine Störung“ aufwies, lässt sich als Hinweis auf eine zumindest teilweise angemessene Aus- und Fortbildung interpretieren, sonst hätten viele PolizeibeamtInnen diese schwerwiegenden Ereignisse nicht so gut verarbeiten können.

Von den 25 PolizeibeamtInnen mit der Diagnose „Akute Belastungsreaktion“ zu T1 wurde zu T2 10-mal die Diagnose PTBS gestellt (40 %). FEINSTEIN und DOLAN (1991) fanden, dass PTBS-Symptome direkt nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis die besten Prädiktoren für eine PTBS nach sechs Monaten darstellen. Diese Hypothese wurde bestätigt und bedeutet, dass die Diagnosen der Kriseninterventionsteams eine hohe Vorhersagekraft dafür haben, welche PolizeibeamtInnen eine PTBS nach sechs Monaten entwickeln werden und welche nicht.

PolizeibeamtInnen mit einer PTBS hatten signifikant erhöhte Werte traumaspezifischer Symptome (Impact of Event Scale, IES) im Vergleich mit den anderen PolizistInnen ohne PTBS (Diagnose: $F = 15,2$; $p = 0,00^{**}$). Über den Zeitraum vom potenziell traumatischen Ereignis (T1) bis zum Interview nach sechs Monaten (T2) kam es zu einer hoch signifikanten Abnahme der IES-R-Werte (Zeit: $F = 41,9$; $p = 0,00^{**}$). Nach extremen Symptomausprägungen bei fast allen PolizeibeamtInnen direkt nach dem potenziell traumatischen Ereignis geht der Belastungsgrad über einen Zeitraum von sechs Monaten bei den meisten Betroffenen im Sinne einer Spontanremission zurück. Nur für die Betroffenen mit einer PTBS gehen diese Symptome weniger zurück, sondern verharren auf hohem Niveau. Nach dem aktuellen Wissensstand der Psychotraumatologie wäre es also sinnvoll, und das belegen die Daten, „Risikopersonen“ für die Entwicklung einer PTBS zu identifizieren und diesen spezifische Unterstützungsmaßnahmen anzubieten. Hier erwiesen sich nach GERSONS UND GALIER (1997) kognitiv-behaviorale Behandlungen als effektiv.

PolizeibeamtInnen mit einer PTBS ließen in der Krankheitsverarbeitung (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV) als inadäquaten Copingmechanismus tendenziell die „Depressive Verarbeitung (KV02)“ ($t = 1,95$; $p = 0,06$) erkennen.

Zum Zeitpunkt T3 wurden die TeilnehmerInnen der Studie zwölf Monaten nach der Situation schwerster Belastung angeschrieben mit der Bitte, Katamnese-Fragebögen auszufüllen, um den Verlauf der beruflichen Belastung von T1 (direkt nach dem Ereignis) über T2 (sechs Monate nach dem Ereignis) bis zu T3 (zwölf Monate nach dem Ereignis) erfassen zu können.

Die Analyse der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Scale, IES) erbrachte, dass die Betroffenen mit der Diagnose einer PTBS zu T2 gegenüber den anderen Diagnosegruppen zu T3 trotz einer erheblichen Abnahme der Unterschiede in absoluten Zahlen weiterhin signifikant erhöhte Werte aufwiesen (Diagnose: $F = 7,0$; $p = 0,00^{**}$). Zu T3 zeigten außerdem PolizeibeamtInnen mit der Diagnose einer „Sonstigen neurotischen Störung“ (zu T2) ebenso wie die Diagnosegruppe der PTBS einen geringeren Rückgang der traumaspezifischen Symptome. So wie zu T1 und T2 hatten auch zu T3 die Betroffenen mit einer PTBS erhebliche psychische und psychosomatische Symptome, auch wenn die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen absolut betrachtet abgenommen hatten (Diagnose: $F = 4,5$; $p = 0,00^{**}$). Obwohl das Ziel der Studie war, den Spontanverlauf zu messen, sollte aus ethischen Gründen die Aufnahme einer Psychotherapie nicht verwehrt werden, sodass die Abnahmeeffekte vom Zeitpunkt T2 zu T3 auch auf laufende psychotherapeutische Behandlungen zurückführbar sein könnten.

Bei Betrachtung des Verlaufs der objektivierbaren somatischen Befunde von der Zeit vor dem potenziell traumatischen Ereignis über den Zeitpunkt T1 zum Interview (T2) wurde deutlich, dass vor dem Ereignis bei allen PolizeibeamtInnen relativ niedrige somatische Beschwerdewerte vorlagen, die in der Woche des potenziell traumatischen Ereignisses insgesamt stark anstiegen, um dann wieder auf das Maß vor dem Ereignis zurückzufallen. Die psychosozialen Merkmale wiesen fast keinen Zusammenhang zur Entstehung der Akuten Belastungsreaktion bzw. der PTBS auf. Nur PolizeibeamtInnen, bei denen starke Ressourcen vorhanden waren (im Sinne einer ausgeprägten Sense of Coherence, SOC), zeigten einen negativen Zusammenhang zu den objektivierbaren somatischen Befunden, d. h. sie konnten körperliche Beeinträchtigungen verarbeiten. Diese Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass die hier untersuchten potenziell traumatischen Ereignisse auch für den polizeilichen Kontext so außergewöhnlich waren, dass die resultierende körperliche Beeinträchtigung unabhängig von den persönlichen Merkmalen war.

Zu T1 und T3 ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der retrospektiven subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den Traumafolgen für alle Teilnehmenden erkennen, aber für die Subgruppe der PolizeibeamtInnen mit einer PTBS galt dies überraschenderweise nicht. Dieses könnte bedeuten, dass die Betroffenen mit einer PTBS die Schwere des Ereignisses unterschätzen, während die PolizeibeamtInnen ohne eine Diagnose die Schwere des Ereignisses als sehr außergewöhnlich einschätzen und somit die subjektive Belastung adäquater wahrnehmen können.

Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS wurden die somatische Verletzung von Traumaopfern und das weibliche Geschlecht untersucht. Von den 14 PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 lag bei 3 Betroffenen eine somatische Verletzung durch das potenziell traumatische Ereignis vor. Das Ausmaß der objektiven Funktionseinschränkung zu T1 und T2 zeigte somit einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung traumaassoziierter Störungen (Impact of Event Scale, IES-R und Brief Symptom Inventory, BSI). Das globale Funktionsniveau war erheblich herabgesetzt. Die Beeinträchtigungsschwere war in allen Bereichen sehr stark erhöht. Der Unterschied zwischen den PolizeibeamtInnen ohne somatische Verletzung und denjenigen mit einer somatischen Verletzung ging von T1 zu T2 noch weiter auseinander, wobei aufgrund der geringen Anzahl von 3 Personen jedoch keine fundierten statistischen Aussagen mittels t-Test-Vergleiche gemacht werden konnten. Die Hypothese, dass somatisch verletzte Traumaopfer zu T2 unter einer höheren psychischen Belastung als Traumatisierte ohne somatische Verletzung leiden, konnte allerdings klinisch bestätigt werden.

Von den Betroffenen mit einer somatischen Verletzung wurde bemängelt, dass man sich anfangs intensiv um sie bemüht habe, aber dass die langfristige Betreuung fehlte. So wurde der Wunsch geäußert, dass Unterstützung bei der Suche nach Therapiemöglichkeiten gegeben werde, Informationen über Bezüge und Zulagen, auch zum Schmerzensgeld, transparenter würden und die Beantragung von Kuren und nun benötigten Hilfsmittel einfacher werde. Alle Betroffenen äußerten das Gefühl, „im Stich gelassen“ worden zu sein, sowie eine starke Wut und Enttäuschung über die mangelnde Unterstützung bei der Bewältigung der langfristigen körperlichen Schäden.

FROMMBERGER et al. (1998) fanden, dass das weibliche Geschlecht ein doppelt so hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS darstellt. Bei der Analyse der traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptome zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3 wurden hier entgegen dieser Hypothese keine signifikanten Abweichungen der weiblichen Polizeibeamtinnen in der Ausprägung dieser Symptome im Vergleich zu den männlichen Polizeibeamten deutlich ($t = -0,33$; $p = 0,74$). Vielmehr zeigten sich zu T2 und T3 in absoluten Zahlen (Impact of Events Scale, IES und Brief Symptom Inventory, BSI) genau die entgegengesetzte Tendenz, dass die Polizeibeamten männlichen Geschlechts höhere Werte an traumainduzierten psychischen und psychosomatischen Symptomen zu T2 und T3 aufwiesen. Die Hypothese, dass weibliche Polizeibeamtinnen stärkere Belastungen aufweisen würden, konnte somit nicht bestätigt werden.

Den stärksten Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS hatte in einer Regressionsgleichung der Faktor „Akuter Belastungsfaktor“ mit einem unstandardisierten B von 13,97. Die soziale Unterstützung und die Ressourcen stellten protektive Faktoren vor der Entwicklung einer PTBS dar (das Bestimmtheitsmaß betrug $R^2 = 0,50$ und das Signifikanzniveau betrug $F = 0,00^{**}$). Es lässt sich schlussfolgern, dass die Diagnose einer Akuten Belastungsreaktion zusammen mit einer schweren psychischen Beeinträchtigung (BSS-psy) zu T1 (hier als Indikator „Akuter Belastungsfaktor“ benannt) eine starke Vorhersagekraft für die Entwicklung einer PTBS besitzt.

Für das **Projektziel 3** war geplant worden, die bisherigen Präventionsprogramme zusammenzustellen. Dies ist erfolgt. Außerdem sollten die psychotherapeutischen Behandlungen der StudienteilnehmerInnen erfasst und aus den eigenen ambulanten, traumaspezifischen Kurzzeit-Psychotherapien Evaluationen der protokollierten Behandlungen durchgeführt werden, um hieraus Ansätze für zu entwickelnde Präventionsprogramme abzuleiten, um somit ein manualisiertes Verfahren erstellen zu können.

Im Zeitraum der sechs Monate nach der potenziell traumatischen Situation wurde eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von 10 betroffenen PolizeibeamtInnen in Anspruch genommen. Nur bei einem der Betroffenen war diese Psychotherapie die Fortsetzung einer Therapie, die schon vor dem potenziell traumatischen Ereignis aufgenommen worden war, wobei hier ein zurückliegendes traumatisches Ereignis, das während eines Polizeieinsatzes aufgetreten war, bearbeitet wurde. Bei 2 betroffenen PolizeibeamtInnen war die Behandlung mit einer manualisierten, traumaspezifischen EMDR-Behandlung bereits abgeschlossen. Beide Betroffenen, die aufgrund der Symptome einer Akuten Belastungsreaktion eine EMDR-Behandlung in Anspruch genommen hatten, schilderten, dass die Symptomatik der Akuten Belastungsreaktion nicht mehr vorhanden sei. Zum Zeitpunkt des Interviews, also sechs Monate nach dem potenziell traumatischen Ereignis, gaben 7 PolizeibeamtInnen an, eine laufende ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Aus ethischen Gründen war bei der Projektplanung festgelegt worden, dass StudienteilnehmerInnen, die eine traumaspezifische Behandlung suchen würden, unter anderen eine Kurzzeit-Psychotherapie in der Traumaambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie angeboten werden sollte. Im Rahmen der Forschungsinterviews wurden Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung besprochen, aber aufgrund der weiten Entfernungen nach Münster (Forschungsinterviews in Köln, Düsseldorf oder Dortmund), wurde es als angemessener betrachtet, die psychotherapeutischen Möglichkeiten am Wohnort zu nutzen. Somit nahm kein Polizeibeamter diese Möglichkeit wahr, sodass keine Analysen der Kurzzeit-Psychotherapien durchgeführt werden konnten.

12 Literaturverzeichnis

Adler, A.B.; Bartone, P.T.: International survey of military mental health professionals. *Military Medicine* 164 (1999), 788-792

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4. Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association 1994

Antonovsky, A.: The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 36 (1993), 725-733

Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik: *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber 2004

Bär, O.; Pahlke, C.; Dahm, P.; Weiss, U.; Heuft, G.: Sekundärprävention bei schwerer Belastung und Traumatisierung durch beruflich bedingte Exposition im Polizeidienst. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50 (2004), 190-202

Bergold, J.; Flick, U.: *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. Tübingen: DGVT-Verlag 1987

Bering, R.; Fischer, G.; Johansen, F.F.: Neurovulnerabilität der Hippokampusformation bei der posttraumatischen Belastungsstörung: Forschungsstand und Forschungshypothesen. *Psychotraumatologie* [Online: www.thieme.de/psychotrauma] 2 (2002)

Bering, R.; Horn, A.; Fischer, G.: Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotraumatologie* [Online: www.thieme.de/psychotrauma] 1 (2002)

Bernstein, E.M.; Putman, F.W.: Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease* 174 (1986), 727-735

Blanchard, E.B.; Hickling, E.J.; Taylor, A.E.; Loos, W.R.: Psychological morbidity associated with motor vehicle accident. *Behaviour Research and Therapy* 32 (1994), 283-290

Blanchard, E.B.; Hickling, E.J.; Taylor, A.E.; Loos, W.R.: Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of nervous and mental disease* 18 (1995), 3495-3504

Bornewasser, M.: Mitarbeiterzufriedenheit in der Polizei: Erfassung veränderbarer Einstellung zur Arbeit oder Messung von änderungsresistenten Vorurteilen? In: Lorei, C. (Hrsg.): *Polizei und Psychologie. Kongressband der Tagung „Polizei & Psychologie“ am 18. und 19. März 2003 in Frankfurt am Main*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft 2003

Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Aufl. Berlin: Springer 2001

Bryant, R.A.; Harvey, A.G.; Dang, S.T.; Sackville, T.; Basten, C.: Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998), 862-866

Carlier, I.; Lamberts, R.D.; Gerson, B.: Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *Journal of Mental Diseases* 185 (1997), 498-506

Cornes, P.: Return to work of road accident victims claiming compensation for personal injury. *Injury* 23 (1992), 234-235

Dahlmann, W.: Psychological sequelae of accidents. Symptoms are seldom recognized. *Fortschritte der Medizin* 111 (1993), 234-238

Deahl, M.; Gillham, A.B.; Thomas, J.; Searle, M.M.; Srinivasan, M.: Psychological sequelae following the gulf war: Factors associated with the subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry* 165 (1994), 60-65

Deahl, M.; Srinivasan, M.; Jones, N.; Thomas, J.; Neblett, C.; Jolly, A.: Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology* 73 (2000), 77-85

DeBellis, M.D.; Baum, A.S.; Birmaher, B.; Ryan, N.D.: Urinary catecholamine excretion in childhood overanxious and posttraumatic stress disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821 (1997), 451-455

Derogatis, L.R.: SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc 1992

Derogatis, L.R.: Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring and procedures manual 3. ed. Mineapolis: National Computer Services 1993

Dunn, D.S.: Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation-Psychology* 41 (1996), 285-302

Ehlert, U.; Wagner, D.; Heinrichs, M.; Heim, C.: Psychobiological aspects of posttraumatic stress disorder. *Nervenarzt* 70 (1999), 773-779

Feinstein, A.; Dolan, R.: Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. *Psychological Medicine* 21 (1991), 85-91

Ferring, D.; Filipp, S.: Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica* 40 (1994), 344-362

Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt 1998

Flanagan, J.: The Critical Incident Technique. Psychological Bulletin 51 (1954), 327-358

Flatten, G.; Reddemann, L.; Wöller, W.; Hofman, A.: Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Liebermann, P.; Reddemann, L.; Siol, T.; Wöller, W.; Petzold, E. R. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer 2001

Fleissner, A.: Mobbing in der Polizei. In: Lorei, C. (Hrsg.): Polizei und Psychologie. Kongressband der Tagung „Polizei & Psychologie“ am 18. und 19. März 2003 in Frankfurt a. M. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft 2003

Franke, G.H.: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz 1995

Franke, G.H.: Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen: Hogrefe 2000

Frese, M.; Greif, S.: Humanisierung der Arbeit und Stress-Kontrolle. In: Frese, M.; Greif, S.; Semmer, N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie. Bern: Huber 1978

Frese, M.; Semmer, N.: Shiftwork, stress and psychosomatic complaints: A comparison between workers in different shiftwork schedules, non-shiftworkers and former shiftworkers. Ergonomics 29 (1986), 99-114

Frommberger, U.; Schlickewei, W.; Stieglitz, R.D.; Nyberg, E.; Kuner, E.; Berger, M.: Die psychischen Folgen nach Verkehrsunfällen, Teil II: Ergebnisse einer prospektiven Studie. Unfallchirurgie 24 (1998), 122-128

Fydrich, T.; Renneberg, B.; Schmitz, B.; Wittchen, H.: SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (Interviewheft). Göttingen: Hogrefe 1997

Galley, N.; Hofmann, A.; Fischer, G.: Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. Psychotraumatologie [Online: www.thieme.de/psychotrauma] 1 (2000)

Gasch, U.: Traumaspezifische Diagnostik von Extremsituationen im Polizeidienst. Polizisten als Opfer von Belastungsstörungen (Dissertation). Universität Tübingen: Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften 2000

Gersons, B.P.; Carlier, I.V.: Integrated individual treatment protocol for posttraumatic stress disorder from the longitudinal research project on critical incidents in police work. Unpublished treatment protocol. University of Amsterdam 1997

Gist, R.; Woodall, S.: There are no simple solutions for complex problems. In: Violante, J.M.; Douglas, P. (eds.): Posttraumatic stress interventions: Challenges, issues, and perspectives. Springfield: Charles C. Thomas 2000

Green, M.M.; McFarlane, A.C.; Hunter, C.E.; Griggs, W.M.: Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Medical Journal of Australia* 159 (1993), 529-534

Greif, S.; Bamberg, E.; Semmer, N.: *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe 1991

Hallenberger, F.; Heidrich, M.; Rieger, S.: Stress und Stressbewältigung im Polizeiberuf. *Polizei und Wissenschaft* 3 (2003), 36-49

Hallenberger, F.; Müller, S.: Was bedeutet für Polizistinnen und Polizisten Stress? *Polizei und Wissenschaft* 1 (2000), 58-65

Heim, C.; Owens, M.J.; Plotsky, P.M.; Nemeroff, C.B.: The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder. Focus on corticotropin-releasing factor. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821 (1997), 194-207

Helzer, J.E.; Robins, L.N.; McEvoy, L.: Post-traumatic stress disorder in the general population - findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine* 317 (1987), 1630-1634

Heuft, G.: Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Z. Gerontol. Geriat.* 32 (1999), 225 – 230

Heuft, G.; Senf, W.: *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme 1998

Hickling, E.J.; Blanchard, E.B.: The private practice psychologist and manual-based treatments: post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research & Therapy* 35 (1997), 191-203

Hill, A.; Niven, C.A.; Knussen, C.: The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain* 6 (1995), 279-286

Horowitz, M.J.: *Stress response syndroms*. New York: Aronson 1976

Horowitz, M.J.; Wilner, N.; Alvarez, W.: Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41 (1979), 209-218

Hytten, K.; Hasle, A.: Fire fighter: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 80 (1989), 50-55

Klemisch, D.; Kepplinger, J.; Muthny, F.: Belastungen, Belastungsbewältigung und psychische Störungen von Polizeibeamten – eine Literaturanalyse. *Polizei und Wissenschaft* 1 (2005), 27-42

Krueger, R.: *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 2. Aufl. Thousand Oaks: Sage Publications 1994

- Krueger, R.: Analyzing and reporting focus groups results (Vol. 6). Thousand Oaks: Sage Publications 1998
- Lazarus, R.S.; Averill, J.R.: Emotion and cognition: With special references to anxiety. In: Spielberger, C.D. (Hrsg.): Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic press 1972
- Leymann, H.: The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology* 5 (1996), 165-184
- Litz, B.T.; Orsillo, S.M.; Friedman, N.; Ehrlich, P.; Batres, A.: Posttraumatic stress disorder associated with peace keeping duty in Somalia for US military personnel. *American Journal of psychiatry* 154 (1997), 179-184
- Livneh, H.; Antonak, R.F.; Gerhardt, J.: Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping strategies. *International Journal of Rehabilitation Research* (1999), 21-31
- Maercker, A.; Schützwohl, M.: Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version. *Diagnostica* 44 (1998), 130-141
- Maercker, A.; Schützwohl, M.: Impact of Event Scale - revidierte Form (IES-R). In: Hoyer, J.; Margraf, J. (Hrsg.): *Angstdiagnostik*. Berlin: Springer 2003
- Malt, U.: The long-term psychiatric consequences of accidental injury. *British Journal of Psychiatry* 153 (1988), 810-818
- Malt, U.: Coping with accident injury. *Psychiatric Medicine* 10 (1992), 117-134
- Malt, U.; Olafsen, O.M.: Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults. *Psychiatric Medicine* 10 (1992), 117-134
- Matell, M.; Jacoby, J.: Is there an optimal number of alternatives for Likert-scale items? Study I: Reliability and validity. *Educational and psychological measurement* 31 (1971), 657-674
- Mayou, R.; Bryant, B.; Duthie, R.: Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal* 307 (1993), 647-651
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz 1985
- Mayring, P.: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* 6. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1997
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* [Online-Journal: <http://qualitativeresearch.net/fqs/fqsd.htm>] 1 (2000)

McGrath, J.: Stress und Verhalten in Organisationen. In: Nitsch, J. (Hrsg.): Stress-Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Huber 1981

McMillian, T.M.: Post-traumatic stress disorder and severe head injury. *British Journal of Psychiatry* 159 (1991), 431-433

Mellman, T.A.: Psychobiology of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821 (1997), 142-149

Meuser, M.; Nagel, U.: ExpertInneninterview – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D.; Kraumer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag 1991

Mitchell, J.: When disaster strikes. The critical incidence stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services* 8 (1983), 36-39

Mitchell, J.T.; Everley, G.S.; Igl, A.: *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen*. Ein Handbuch. Wien: Stumpf & Kossendey 1996

Morgan, D.: *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications 1997

Muthny, F.A.: *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung - Manual*. Weinheim: Beltz 1989

Muthny, F.A.; Bullinger, M.; Kohlmann, T.: Variablen und Erhebungsinstrumente in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Würdigung und Empfehlungen. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“*. Frankfurt. 1999

Nachtigall, C.; Mitte, K.; Steil, R.: Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 35 (2003), 273-281

Orr, D.A.; Reznikoff, M.; Smith, G.M.: Body image, self esteem and depression in burn injured adolescents and young adults. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 10 (1999), 454-461

Piaget, J.: *Psychologie der Intelligenz*. Zürich: Rascher 1947

Pitman, R.K.; Altman, B.; Macklin, M.L.: Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989), 667-669

Pitman, R.K.; van der Kolk, B.A.; Orr, S.P.; Greenberg, M.S.: Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Archives of General Psychiatry* 47 (1990), 541-544

Prystav, G.: Die Bedeutung der Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Stressoren für Klassifikationen von Belastungssituationen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8 (1979), 283-301

Raphael, B.; Meldrum, I.; McFarlane, A.C.: Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal* 310 (1996), 1479-1480

Rauch, S.L.; van der Kolk, B.A.; Fislter, R.E.; Alpert, N.M.; Orr, S.P.; Savage, C.R.; Fischman, A.J.; Jenike, M.A.; Pitman, R.K.: A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry* 53 (1996), 380-387

Rimann, M.; Udris, I.: "Kohärenzerleben" (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In: Schüffel, W.; Brucks, U.; Johnen, R.; Koellner, V.; Lamprecht, F.; Schnyder, U. (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998

Robinson, H.M.; Sigman, M.R.; Wilson, J.P.: Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports* 81 (1997), 835-845

Rohmert, W.; Rutenfranz, J.: *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Industriearbeitsplätzen*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1975

Rohrmann, B.: Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 9 (1978), 222-245

Rose, S.; Bisson, J.: Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress* 11 (1998), 697-710

Rose, S.; Bisson, J.; Wessely, S.: *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) [Update Software]*. Oxford: The cochrane Library 2001

Rybarczyk, B.D.; Nyenhuis, D.L.; Nicholas, J.J.; Cash, S.: Body image, perceived social stigma and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation-Psychology* 40 (1995), 95-110

Rybarczyk, B.D.; Nyenhuis, D.L.; Nicholas, J.J.; Schulz, R.; Alioto, R.J.; Blair, C.: Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 73 (1992), 1169-1173

Schepank, H.: *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) - Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz Test 1995

Schnyder, U.: Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 50 (2000), 123-133

Schnyder, U.; Buddeberg, C.: Psychosocial aspects of accidental injuries - an overview. *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 38 (1996), 1125-1131

Schnyder, U.; Malt, U.: Acute stress response patterns to accidental injuries. *Journal of Psychosomatic Research* 11 (1998), 419-424

- Schönpflug, W.: Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit – Konzepte und Theorien. In: Kleinbeck, U.; Rutenfranz, J. (Hrsg.): Enzyklopädie der Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe 1987
- Schönpflug, W.; Schulz, P.: Lärmwirkungen bei Tätigkeiten mit komplexer Informationsverarbeitung. Berlin: Bundesumweltamt 1979
- Schröder, K.E.E.; Schwarzer, R.: Bewältigungsressourcen. In: Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G. (Hrsg.): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1997
- Schweflinghaus, W.: Belastungen durch Schichtarbeit im Wach- und Wechseldienst – Möglichkeiten der Gesundheitsprävention. In: Lorei, C. (Hrsg.): Polizei & Psychologie. Frankfurt: Verlag für Polizei und Wissenschaft 2003
- Seligman, M.: Erlernte Hilflosigkeit 4. Aufl. Weinheim: PVU 1992
- Semmer, N.: Stressbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz. Weinheim: Beltz 1984
- Sennekamp, W.; Martin, H.: Psychosoziale Beratung von Polizeibeamten in dienstlichen Belastungssituationen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 1 (2003), 1-13
- Shalev, A.Y.; Orr, S.P.; Peri, T.; Schreiber, S.; Pitman, R.K.: Physiologic responses to loud tones in Israeli patients with posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry 49 (1992), 870-875
- Shin, L.M.; Kosslyn, S.M.; McNally, R.J.; Alpert, N.M.; Thompson, W.L.; Rauch, S.L.; Macklin, M.L.; Pitman, R.K.: Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder. A positron emission tomographic investigation. Archives of General Psychiatry 54 (1997), 233-241
- Sommer, G.; Fydrich, T.: Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1989
- Sommer, G.; Fydrich, T.: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung. Diagnostica 37 (1991), 160-178
- Steil, R.: Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen. Faktoren der Aufrechterhaltung. Frankfurt: Lang 1996
- Steinbauer, M.: Stress im Polizeiberuf und die Verarbeitung von belastenden Ereignissen im Dienst. Polizei und Wissenschaft 4 (2001), 46-59
- Teegen, F.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz - Prävention - Behandlung. Bern: Hans Huber 2003
- Teegen, F.; Domnick, A.; Heerdegen, M.: Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29 (1997), 583-599

- Tobiasen, J.M.; Hiebert, J.M.: Burns and adjustment to injury: Do psychological coping strategies help? *Journal of Trauma* 25 (1985), 1151-1155
- Tyc, V.L.: Psychosocial adaptation of children and adolescents with limb deficiencies: a review. *Clinical Psychology Review* 12 (1992), 275-291
- Udris, I.: Stress in arbeitspsychologischer Sicht. In: Nitsch, J. (Hrsg.): *Stress*. Bern: Huber 1981
- Van der Kolk, B.A.: Trauma and memory. In: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hrsg.): *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press 1996
- Van der Kolk, B.A.; Greenberg, M.S.; Orr, S.P.; Pitman, R.K.: Endogenous opioids, stress induced analgesia and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989), 417-421
- Violante, J.M.: Violence turned inward: Police suicide in the workplace. In: van den Bos, G.R.; Bulatao, E.Q. (eds.): *Violence on the job. Identifying risks and developing solutions*. Washington DC: American Psychiatric Association 1996
- Violanti, J.; Aron, F.: Ranking Police Stressors. *Psychological Reports* 75 (1994), 824-826
- Weiss, D.S.; Marmar, C.R.: The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson, J.P.; Keane, T.M. (eds.): *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford 1996
- Williamson, G.M.; Schulz, R.; Bridges, M.W.; Behan, A.M.: Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Journal of Social Behavior and Personality* 9 (1994), 249-268
- Wittchen, H.; Wunderlich, U.; Gruschwitz, S.; Zaudig, M.: *SKID-I: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Psychische Störungen: Interviewheft und Beurteilungsheft*. Göttingen: Hogrefe 1997
- World Health Organisation: *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F). Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organisation 1993
- Yehuda, R.: Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821 (1997), 57-75
- Zapf, D.: Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 43 (1999), 1-25
- Zapf, D.: Mobbing – eine extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen. In: Musahl, H.; Eisenhauer, A. (Hrsg.): *Psychologie der Arbeitssicherheit*, 10. Workshop 1999. Heidelberg: Asanger 2000

13 Verzeichnis der Abbildungen	Seite	
Abb. 3.1	Taxonomie der Belastungsqualitäten	35
Abb. 4.1	Intensität der Belastung für die erste Nennung (Situationszyklus 1)	52
Abb. 5.1	Geschlechterverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe und ein Vergleich zur gesamten Polizei in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2001	56
Abb. 5.2	Altersverteilung der teilnehmenden PolizeibeamtInnen	57
Abb. 5.3	Familienstand der teilnehmenden PolizeibeamtInnen	57
Abb. 5.4	Schulabschluss der teilnehmenden PolizeibeamtInnen	58
Abb. 5.5	Geschlechterverteilung der PolizeibeamtInnen mit vollständigen Daten und Teildaten im Vergleich zur Geschlechterverteilung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2001	59
Abb. 5.6	Altersverteilung der PolizeibeamtInnen mit vollständigen Daten und Teildaten (k. A.: Keine Angabe)	60
Abb. 5.7:	Vermittlung des Kontaktes zu den Kriseninterventionsteams für vollständige Daten und Teildaten (LKA: Landeskriminalamt, k.A.: Keine Angabe)	61
Abb. 5.8	Verteilung der Ereigniskategorien für vollständige Daten und Teildaten	62
Abb. 5.9	Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den ersten Teil des Erhebungszeitraumes	63
Abb. 5.10	Verteilung der einbezogenen PolizeibeamtInnen über den zweiten Teil des Erhebungszeitraumes	63
Abb. 6.1	Relative Häufigkeit der Diagnosegruppen, die bei den Betroffenen unmittelbar nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis durch die Ärzte der Kriseninterventionsteams gestellt wurde	68
Abb. 6.2:	IES-R-Summenwert (Impact of Event Skala-Revised) der PolizeibeamtInnen (N = 59) als Ausdruck der traumaspezifischen Symptome unmittelbar nach einer schwersten beruflichen Belastung bezüglich der Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)	69
Abb. 6.3	Traumaspezifische Symptome erfasst mittels der IES-R-Subskalen (Impact of Event Skala-Revised, IES-Intrusion, IES-Vermeidung, IES-Übererregung) nach Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)	70
Abb. 6.4	Risikoindex-Werte für alle PolizeibeamtInnen der Studie (berechnet nach Maercker & Schützwohl, 2003)	71

Abb. 6.5	BSI-Summenwert der PolizeibeamtInnen (N = 59) als Ausdruck von Belastungen durch psychischen Symptome unmittelbar nach einer schwersten beruflichen Belastung korreliert mit den Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$)	72
Abb. 6.6	Psychische Symptome erfasst mittels der BSI-Subskalen und bezogen auf die Diagnosegruppen zu T1 (* $p \leq 0,05$) (zur Charakterisierung der einzelnen Skalen siehe Text)	73
Abb. 6.7	T-Werte der BSI-Subskalen für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) nach einer schwersten beruflichen Belastungssituation (n = 25)	74
Abb. 6.8	Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning GAF) der PolizeibeamtInnen, angeordnet nach den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	75
Abb. 6.9	Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	76
Abb. 6.10	Aktuelle Belastungen gemessen mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS); unterschieden wurden die Subdimensionen BSS-körperlich, BSS-psychisch und BSS-sozialkommunikativ in Bezug zu den Diagnosegruppen	77
Abb. 6.11	Spezifische Krankheitsverarbeitung in den einzelnen Subskalen des FKV-Fragebogen (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) zu T1 in Bezug zu den Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)	78
Abb. 6.12	Geschlechterverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten	80
Abb. 6.13	Altersverteilung in der aktuellen Polizeistichprobe zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten	81
Abb. 6.14	Vermittlung des Kontaktes zu den Kriseninterventionsteams zu T1 unmittelbar nach dem potenziell traumatischen Ereignis und zu T2 nach sechs Monaten (LKA: Landeskriminalamt, k.A.: Keine Angabe)	81
Abb. 6.15	Relative Häufigkeit der Diagnosegruppen bei den Betroffenen sechs Monate nach dem potenziell psychotraumatischen Ereignis im Rahmen des Forschungsinterviews anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)	82
Abb. 6.16	Geschlechterverteilung in Bezug zu den Diagnosegruppen zu T2	83
Abb. 6.17	Altersverteilung in Bezug zu den Diagnosegruppen zu T2	84

Abb. 6.18	Leidensdruck der betroffenen PolizeibeamtInnen zu des Forschungsinterviews (Zeitpunkt T2), Skala aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	85
Abb. 6.19	„Motivation zur Psychotherapie“ der betroffenen PolizeibeamtInnen zu des Forschungsinterviews (Zeitpunkt T2), Skala aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	85
Abb. 6.20	Konfliktrating (OPD) des wichtigsten Konflikts für alle PolizeibeamtInnen (T2) ((0) Kein Konflikt, (1) Abhängigkeit vs. Autonomie, (2) Unterwerfung vs. Kontrolle, (3) Versorgung vs. Autarkie, (4) Selbstwertkonflikte, (5) Schuldkonflikte, (6) Ödipal-sexuelle Konflikte, (7) Identitätskonflikte, (8) Eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung und (9) Konflikthafte äußere Lebensbelastungen/Aktualkonflikt)	86
Abb. 6.21	Häufigkeit des Ratings des führenden Konfliktes (OPD) in Bezug zu den Diagnosegruppen (T2) ((0) Kein Konflikt, (1) Abhängigkeit vs. Autonomie, (2) Unterwerfung vs. Kontrolle, (3) Versorgung vs. Autarkie, (4) Selbstwertkonflikte, (5) Schuldkonflikte, (6) Ödipal-sexuelle Konflikte, (7) Identitätskonflikte, (8) Eingeschränkte Konflikt-/Gefühlswahrnehmung und (9) Konflikthafte äußere Lebensbelastungen/Aktualkonflikt)	87
Abb. 6.22	Gesamtbelastung (Summenwert IES-R) der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen zu T2 (** $p \leq 0,01$)	89
Abb. 6.23	Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen von T1 zu T2 (** $p \leq 0,01$)	90
Abb. 6.24	Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Intrusion“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	91
Abb. 6.25	Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Vermeidung“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	92
Abb. 6.26	Verlauf der traumaspezifischen Symptome in der Subskala „Übererregung“, erfasst mit der Impact of Event Scale (IES-R), bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	93
Abb. 6.27	Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen als BSI-Summenwert bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	95

Abb. 6.28	Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T2, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	96
Abb. 6.29	Psychische Symptome erfasst mittels der BSI-Subskalen und bezogen auf die Diagnosegruppen zu T2 (* $p \leq 0,05$) (zur Charakterisierung der einzelnen Skalen siehe Text)	97
Abb. 6.30	Ausprägung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) der PolizeibeamtInnen zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	98
Abb. 6.31	Verlauf des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning GAF) der PolizeibeamtInnen im Jahr vor dem Ereignis und zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	99
Abb. 6.32	Psychische Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	100
Abb. 6.33	Verlauf der Beeinträchtigungsschwere vom Zeitpunkt T1 zu T2 (KIT: Einschätzung durch die Kriseninterventionsteams, FOR: Einschätzung der Werte im Rahmen des Forschungsinterviews)	101
Abb. 6.34	Verlauf der psychischen Beeinträchtigungsschwere (BSS-Psy) der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt T1 zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)	102
Abb. 6.35	Spezifische Krankheitsverarbeitung in den einzelnen Subskalen des FKV-Fragebogen (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) zu T2 in Bezug zu den Diagnosegruppen	103
Abb. 6.36	Gesamtbelastung (Summenwert IES-R) der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen zu T3 (** $p \leq 0,01$)	104
Abb. 6.37	Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen von T1 zu T3 (** $p \leq 0,01$)	105
Abb. 6.38	Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen als BSI-Summenwert zu T3 bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	107
Abb. 6.39	Verlauf der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T3, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	108

Abb. 7.1	Verlauf der Ausprägung der körperliche Beeinträchtigungsschwere (BSS-Koe) der PolizeibeamtInnen vom Zeitpunkt vor dem potenziell traumatischen Ereignis über T1 zu T2, bezogen auf die Diagnosegruppen (KIT: Kriseninterventionsteams) (FOR: Forschungsinterview)	109
Abb. 7.2	Die retrospektive subjektive Bewertung der Extremlastung, mittels der visuellen Analogskala (VAS) erfasst, angeordnet nach den Diagnosegruppen zu T2 (* $p \leq 0,05$)	114
Abb. 7.3	Die subjektive Bewertung der Extremlastung, mittels der visuellen Analogskala (VAS) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	115
Abb. 7.4	Verlauf der subjektiv wahrgenommen Belastung der PolizeibeamtInnen durch das potenziell traumatische Ereignis, mittels der VAS (Visuelle Analogskala) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	116
Abb. 8.1	Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptomen (Impact of Event Skala-Revised) zu T1	128
Abb. 8.2	Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Skala-Revised) zu T2	128
Abb. 8.3	Vergleich der weiblichen Polizeibeamtinnen mit den männlichen Polizeibeamten bezüglich der traumaspezifischen Symptome (Impact of Event Skala-Revised) zu T3	129
Abb. 8.4	Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T1	130
Abb. 8.5	Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T2	130
Abb. 8.6	Vergleich der Polizeibeamtinnen mit den Polizeibeamten bezüglich der psychischen und psychosomatischen Symptome (Brief Symptom Inventory) zu T3	131

14	Verzeichnis der Tabellen	Seite
Tab. 3.1	Beobachterübereinstimmungen (Hauptkategorien). Die Hauptkategorie „Sonstige“ ist nicht aufgeführt, da ihre mittlere Zellbesetzung bei < 10 lag (in Klammern: mittlere Zellenbesetzungen der Hauptkategorie)	37
Tab. 3.2	Beobachterübereinstimmung (Unterkategorien der Hauptkategorie „aus der Aufgabe“; in Klammern: mittlere Zellenbesetzungen der Hauptkategorie)	37
Tab. 3.3	Lebens- und Dienstalter zum Zeitpunkt der Belastung (n = 185 ausführlich explorierte Ereignisse)	38
Tab. 3.4	Verteilung der Belastungen (Anzahl der Nennungen in den Interviews). Belastungen zusammengefasst in Polizeispezifische Belastungen und Belastungen, die aus der Organisation der Polizei heraus erwachsen. Belastungskategorien mit Häufigkeiten <10 gehen nicht mit ein	39
Tab. 3.5	Verteilung der Belastungen (Anzahl der Nennungen in den Interviews). Belastungskategorien mit Häufigkeiten <10 sind nicht mit aufgelistet	39
Tab. 3.6	Dienstalter zum Zeitpunkt der Belastung und Zeitpunkt der Belastung unter Berücksichtigung der Belastungsquelle	40
Tab. 3.7	Mittlere Belastung in Abhängigkeit vom Dienstalter	40
Tab. 3.8	Belastungsgrad zu den drei Zeitpunkten in Abhängigkeit vom Alter der BeamtInnen	41
Tab. 4.1	Verteilung der Belastungsqualitäten (Situationszyklus I), Stichprobe Online-Befragung	50
Tab. 4.2	Quantität in Abhängigkeit von der Belastungsqualität (Situationszyklus I)	51
Tab. 4.3	Intensität der Belastung in Abhängigkeit von der Belastungsqualität (Situationszyklus I)	52
Tab. 5.1	Teilnehmer der Studie und Dropout-Analyse (KIT: Kriseninterventionsteam)	55
Tab. 6.1	Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** p ≤ 0,01)	90

Tab. 6.2	Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Intrusion“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	92
Tab. 6.3	Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Vermeidung“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	93
Tab. 6.4	Statistische Analyse des Verlaufs der Subskala „Übererregung“, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	94
Tab. 6.5	Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T2, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	96
Tab. 6.6	Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit traumaspezifischen Symptomen, gemessen mit der Impact of Event Scale (IES-R), in Bezug zu den Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	106
Tab. 6.7	Statistische Analyse des Verlaufs der Gesamtbelastung der PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen von T1 zu T3, mittels des BSI (Brief Symptome Inventory) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	108
Tab. 7.1	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für alle Teilnehmenden der Studie (* $p \leq 0,05$)	110
Tab. 7.2	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 (* $p \leq 0,05$)	110
Tab. 7.3	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für alle Teilnehmenden der Studie (** $p \leq 0,01$)	111
Tab. 7.4	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den psychischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Soziale Unterstützung (F-SOZU) und den Ressourcen (Sense of Coherence, SOC) für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 (* $p \leq 0,05$)	111

Tab. 7.5	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für alle Teilnehmenden der Studie (** $p \leq 0,01$)	112
Tab. 7.6	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für die PolizeibeamtInnen mit einer Akuten Belastungsreaktion zu T1 (* $p \leq 0,05$)	112
Tab. 7.7	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für alle Teilnehmenden der Studie (** $p \leq 0,01$)	113
Tab. 7.8	Korrelationen zwischen der körperlichen Beeinträchtigungsschwere und dem Auftreten psychischer Störungen als traumaspezifische Symptome (IES-R) und als traumainduzierte psychische und psychosomatische Symptome (BSI) für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS zu T2 (** $p \leq 0,01$)	113
Tab. 7.9	Analyse des Verlaufs der subjektiv wahrgenommenen Belastung der PolizeibeamtInnen durch das potenziell traumatische Ereignis, mittels der VAS (Visuelle Analogskala) erfasst, bezogen auf die Diagnosegruppen (** $p \leq 0,01$)	116
Tab. 7.10	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T1 für alle StudienteilnehmerInnen (** $p \leq 0,01$)	117
Tab. 7.11	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T1 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS	117
Tab. 7.12	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T2 für alle StudienteilnehmerInnen (** $p \leq 0,01$)	118
Tab. 7.13	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T2 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)	118
Tab. 7.14	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T3 für alle StudienteilnehmerInnen (* $p \leq 0,05$)	118

Tab. 7.15	Korrelationen zwischen der subjektiven Bewertung der Extrembelastung und den langfristigen Traumafolgen (IES-R) (BSI) zu T3 für die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS	119
Tab. 8.1	Mittelwerte der einzelnen Kategorien aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T1 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N=45) Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11) Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3)) Faktorwert C:A: Den Faktor, um den die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe C die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe A übersteigen	123
Tab. 8.2	Mittelwerte der einzelnen Kategorien aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T2 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne einer PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N=36) Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11) Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3)) Faktorwert C:A: Den Faktor, um den die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe C die PolizeibeamtInnen aus der Gruppe A übersteigen	124
Tab. 8.3	Mittelwerte der einzelnen Subskalen aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T1 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N=45) Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11) Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3))	125
Tab. 8.4	Mittelwerte der einzelnen Subskalen aufgeteilt nach den Gruppen A, B, C zu T2 (Gruppe A: Die PolizeibeamtInnen, ohne eine PTBS und ohne einer somatischen Verletzung (N=36) Gruppe B: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS, aber ohne einer somatischen Verletzung (N=11) Gruppe C: Die PolizeibeamtInnen mit einer PTBS und einer somatischen Verletzung (N=3))	126
Tab. 9.1	Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)	132
Tab. 9.2	Güte der Anpassung der linearen Regressionsgleichung zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T2, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)	133

Tab. 9.3	Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T3, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (* $p \leq 0,05$)	133
Tab. 9.4	Güte der Anpassung der linearen Regressionsgleichung zur Vorhersage der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu T3, gemessen mit der Impact of Event-Scale (IES-R), aus den Prädiktoren „Akuter Belastungsfaktor“, Alter, Geschlecht, soziale Unterstützung und den Ressourcen (** $p \leq 0,01$)	133
Tab. 10.1	Zuordnung von berufsbedingten Belastungssituationen im Polizeidienst zu Inhaltsclustern mit ähnlicher Belastungsschwere	137
Tab. 10.2	Verteilung der ICD-10–Diagnosen in den drei BelastungsClustern gemäß Tab. 10.1	138

Anhang

Anhang 1: Beschreibung der Interview-Stichprobe, der Fokusgruppen-Stichprobe und der Online-Befragungs-Stichprobe

Anhang 2: Der OPTI-Fragebogen SIT-POL

Anhang 3: Die Skalen des OPTI-Fragebogens

Anhang 4: Die Auswertung des OPTI-Fragebogens

Anhang 5: Die Prozentrang-Normen des OPTI-Fragebogens

Anhang 6: Berechnung des IndexICDxBSS

Anhang 1:

Beschreibung der Interview-Stichprobe, der Fokusgruppen-Stichprobe und der Online-Befragungs-Stichprobe

1a) Beschreibung der Interview-Stichprobe

Die behördenspezifische Verteilung der InterviewpartnerInnen zeigt, dass im Pretest die meisten Teilnehmenden aus Münster kamen und in der Hauptuntersuchung aus Wuppertal und Bielefeld (Anh. 1, Tab. 1 und Anh. 1, Tab. 2).

Anh. 1, Tab. 1 Verteilung der Interviews auf die beteiligten Behörden (Pretest, n = 15)

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Münster (Pretest)	10	66,7	66,7
Osnabrück (Pretest)	5	33,3	100,0
Gesamt	15	100,0	

Anh. 1, Tab. 2 Verteilung der Interviews auf die beteiligten Behörden (Hauptuntersuchung, n = 109)

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
Bielefeld	27	24,8	24,8
Brühl	12	11,0	35,8
Gelsenkirchen	14	12,8	48,6
Münster	11	10,1	58,7
Selm	8	7,3	66,1
Soest	7	6,4	72,5
Wuppertal	30	27,5	100,0
Gesamt	109	100,0	

Der Überblick über die Verteilung der InterviewpartnerInnen auf die unterschiedlichen Funktionen/Dienststellen innerhalb der Polizei zeigte (Anh. 1, Tab. 3), dass das in der Stichprobenkonzeption formulierte Ziel einer möglichst breiten heterogenen Verteilung auf die verschiedenen Funktionen/Dienststellen innerhalb der Polizei erreicht wurde.

Anh. 1, Tab. 3 Funktionen/Dienststellen der Interviewpartner
 (AS -Abteilung Stab; BPH - Bereitschaftspolizei Hundertschaft;
 ED - Ermittlungsdienste; MEK/SEK - Mobiles Einsatzkommando/
 Sondereinsatzkommando; Sonstiges - z. B. Auslandseinsätze;
 WD - Wachdienst; ZKB - Zentrale Kriminalitätsbekämpfung)

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
AS	5	4,6	4,6
BPH	20	18,3	22,9
ED	17	15,6	38,5
MEK/SEK	9	8,3	46,8
Sonstiges	8	7,3	54,1
WD	27	24,8	78,9
ZKB	23	21,1	100,0
Gesamt	109	100,0	

Die geschlechterbezogene Verteilung innerhalb der Stichprobe wies ein deutliches Übergewicht an männlichen Interviewpartnern auf (Anh. 1, Tab. 4), entsprechend dem zum Zeitpunkt der Datenerhebung innerhalb der Polizei vorliegenden Geschlechterverhältnis: im Jahr 2001 lag der Frauenanteil im Polizeivollzugsdienst insgesamt bei 13 %. Somit bildete die vorliegende Stichprobe die Verteilung der Geschlechter innerhalb der Polizei NRW annähernd genau ab.

Anh. 1, Tab. 4 Beschreibung der Interview-Stichprobe nach dem Geschlecht

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
männlich	84	77,1	77,1
weiblich	25	22,9	100,0
Gesamt	109	100,0	

Das Alter der befragten PolizistInnen zeigte ebenfalls das in der Stichprobenkonzeption angestrebte heterogene Bild (Anh. 1, Tab. 5). Das Durchschnittsalter der Befragten betrug zum Zeitpunkt der Interviews 40,5 Jahren (SD 8,4). Der jüngste Interviewpartner war 24, der älteste 57 Jahre alt.

Anh. 1, Tab. 5 Lebensalter zum Zeitpunkt des Interviews in Abhängigkeit vom Geschlecht

Alter in Klassen		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
≤ 34 Jahre	Anzahl	13	16	29
	% von Geschlecht	52,0 %	19,0 %	26,6 %
35 - 41 Jahre	Anzahl	5	23	28
	% von Geschlecht	20,0 %	27,4 %	25,7 %
42 - 47 Jahre	Anzahl	4	25	29
	% von Geschlecht	16,0 %	29,8 %	26,6 %
> 47 Jahre	Anzahl	3	20	23
	% von Geschlecht	12,0 %	23,8 %	21,1 %
Gesamt	Anzahl	25	84	109
	% von Geschlecht	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Die interviewten Beamtinnen waren zum Zeitpunkt der Interviews mit einem Durchschnittsalter von 35,6 Jahren (SD = 7,8; Min = 24; Max = 51 Jahre) signifikant jünger als die Gruppe der männlichen Beamten, die zum Zeitpunkt der Interviews ein mittleres Alter von 42 Jahren (SD = 8,0; Min = 24; Max = 57) aufwiesen ($t = 3,5$; $df = 40,3$; $p = 0,00$). Dies lies sich auf den Umstand zurückführen, dass Frauen zwar schon seit Jahrzehnten in der Kriminalpolizei erfolgreich eingesetzt wurden, in der Schutzpolizei allerdings erst seit 1982.

Ein ähnliches Bild ergab sich für die Auswertung hinsichtlich der Dienstefahrung der Auskunftspersonen. Auch hier zeigte sich zunächst eine breite Verteilung der Zugehörigkeit zur Polizei und somit der zum Zeitpunkt der Interviews gemachten Dienstefahrung (Anh. 1, Tab. 6). Die durchschnittliche Dienstefahrung der Befragten betrug zum Zeitpunkt der Interviews 21,1 Jahren (SD = 9,2; Min = 4; Max = 37 Jahre), wobei die weiblichen Beamtinnen wiederum signifikant kürzere Dienstefahrungen aufwiesen ($t = 4,7$; $df = 40$; $p = 0,00$). Das durchschnittliche Dienstalder der Frauen lag bei 14,2 Jahren (SD = 8,3; Min = 4; Max = 32), das der männlichen Beamten bei 23,2 Jahren (SD = 8,4; Min = 4; Max = 37).

Anh. 1, Tab. 6 Dienstalter zum Zeitpunkt des Interviews in Abhängigkeit vom Geschlecht

Dienstalter		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
≤ 14 Jahre	Anzahl	16	16	32
	% von Geschlecht	64,0 %	19,0 %	29,4 %
15 - 22 Jahre	Anzahl	4	16	20
	% von Geschlecht	16,0 %	19,0 %	18,3 %
23 - 27 Jahre	Anzahl	2	26	28
	% von Geschlecht	8,0 %	31,0 %	25,7 %
> 27 Jahre	Anzahl	3	26	29
	% von Geschlecht	12,0 %	31,0 %	26,6 %
Gesamt	Anzahl	25	84	109
	% von Geschlecht	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Bezüglich der Qualifikation (Dienstgrad) der Interviewpartner lässt sich ebenfalls ein angemessen heterogenes Bild festhalten (Anh. 1, Tab. 7).

Anh. 1, Tab. 7: Beschreibung der Interview-Stichprobe nach Qualifikation (Dienstgrad) (EPHK/EKHK - Erster Polizeihauptkommissar/Erster Kriminalhauptkommissar, PHM - Polizeihauptmeister, PM - Polizeimeister, POM - Polizeiobermeister, PHK/KHK - Polizeihauptkommissar/Kriminalhauptkommissar, POK/KOK - Polizeioberkommissar/Kriminaloberkommissar, PK/KK - Polizeikommissar/Kriminalkommissar)

	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
EPHK/EKHK	2	1,8	1,8
PHM	2	1,8	3,7
PM	4	3,7	7,3
POM	5	4,6	11,9
PHK/KHK	27	24,8	36,7
POK/KOK	29	26,6	63,3
PK/KK	40	36,7	100,0
Gesamt	109	100,0	

1b) Beschreibung der Fokusgruppen-Stichprobe

In den zehn Fokusgruppen wurde bei den 70 PolizeibeamtInnen eine möglichst breite Verteilung der InterviewpartnerInnen auf die verschiedenen Funktionen/ Dienststellen innerhalb der Polizei – ähnlich wie in den Interviews – erreicht (Anh. 1, Tab. 8).

Anh. 1, Tab. 8 Funktionen/Dienststellen der TeilnehmerInnen in den Fokusgruppen (AS - Abteilungstab; BPH - Bereitschaftspolizei Hundertschaft; ED - Ermittlungsdienst; MEK/SEK - Mobiles Einsatzkommando/ Sondereinsatzkommando; Sonstiges - z. B. Auslandeinsätze; WD - Wach- und Wechseldienst; ZKB - Zentrale Kriminalitätsbekämpfung)

Dienststelle			
	Häufigkeit	Prozente	Kumulierte Prozente
WD	26	37,1	37,1
BPH	17	24,3	61,4
ZKB	11	15,7	77,1
ED	7	10,0	87,1
Sonstiges	5	7,1	94,3
AS	4	5,7	100,0
Gesamt	70	100,0	

Die geschlechterbezogene Verteilung innerhalb der Stichprobe der FokusgruppenteilnehmerInnen wies ein deutliches Übergewicht an männlichen Interviewpartnern auf: 45 (64,3 %) waren männlich und 25 (35,7 %) weiblich. Dies war eine im Vergleich zu den Einzelinterviews (77 % männlich, 23 % weiblich) etwas abweichende Geschlechterverteilung, die in der zweiten Stichprobenkonzeption jedoch bewusst gewählt wurde, um einen möglichen Stichprobenartefakt der ersten Stichprobe ausschließen zu können. Das Alter der befragten PolizistInnen zeigte ebenfalls eine angestrebte breite Verteilung, der jüngste Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Fokusgruppen 23 Jahre alt, der Älteste 58 Jahre (Anh. 1, Tab. 9). Das Durchschnittsalter der Befragten betrug zum Zeitpunkt der Fokusgruppen 38,5 Jahre (SD 9,3).

Anh. 1, Tab. 9 Lebensalter zum Zeitpunkt der Fokusgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Lebensalter					
Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung	Min.	Max.
weiblich	31,5	25	6,6	23	49
männlich	42,4	45	8,4	23	58
Gesamt	38,5	70	9,4	23	58

Die interviewten Beamtinnen waren zum Zeitpunkt der Fokusgruppen mit einem Durchschnittsalter von 31,5 Jahren (SD = 6,6) signifikant jünger als die Gruppe der

männlichen Beamten, die zum Zeitpunkt der Gruppeninterviews ein mittleres Alter von 42,4 Jahren (SD = 8,4) aufwiesen ($t = 5,6$; $df = 68$; $p = 0,00$). Wie bereits erwähnt, wurden weibliche Polizeibeamtinnen zwar schon seit Jahrzehnten in der Kriminalpolizei eingesetzt, in der Schutzpolizei allerdings erst seit 1982.

Beim Vergleich der Stichprobe der Einzelinterviews mit der Stichprobe der Fokusgruppen hinsichtlich des Lebensalters (Anh. 1, Tab. 11) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($t = 1,5$; $df = 177$; $p = 0,13$).

Ein ähnliches Bild ergab sich für die Auswertung nach Dienstalter der TeilnehmerInnen (Anh. 1, Tab. 10). Die durchschnittliche Dienst Erfahrung der Befragten betrug zum Zeitpunkt der Fokusgruppen 18,6 Jahre (SD 9,6), wobei die weiblichen Beamtinnen wiederum signifikant niedrigere Werte aufwiesen ($t = 5,0$; $df = 68$; $p = 0,00$). Das durchschnittliche Dienstalter der weiblichen Teilnehmerinnen lag bei 12 Jahren (SD = 7,4), demgegenüber wiesen die männlichen Teilnehmer ein durchschnittliches Dienstalter von 22,3 Jahren (SD = 8,8) auf.

Anh. 1, Tab. 10 Dienstalter zum Zeitpunkt des Interviews in Abhängigkeit vom Geschlecht

Dienstalter					
Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung	Min.	Max.
weiblich	12,0	25	7,5	3	32
männlich	22,3	45	8,8	4	36
Gesamt	18,6	70	9,7	3	36

Bei Vergleich der Stichprobe der Einzelinterviews mit der Stichprobe der Fokusgruppen hinsichtlich des Dienstalters der befragten TeilnehmerInnen (Anh. 1, Tab. 11) zeigten sich ähnlich wie zum Lebensalter keine signifikanten Unterschiede ($t = 1,7$; $df = 177$; $p = 0,09$).

Anh. 1, Tab. 11 Lebensalter und Dienstalter zum Zeitpunkt der Befragung in Abhängigkeit von der Methode

	Methode	N	Mittelwert	Standardabweichung
Lebensalter	Interview	109	40,6	8,4
	Fokusgruppe	70	38,5	9,4
Dienstalter	Interview	109	21,1	9,2
	Fokusgruppe	70	18,6	9,7

1c) Beschreibung der Online-Befragungs-Stichprobe

Insgesamt nahmen 1154 PolizeibeamtInnen an der Online-Befragung teil, davon waren 978 (85 %) männlich und 176 (15 %) weiblich. Beim Vergleich dieser Werte der Stichprobe mit der Geschlechterverteilung innerhalb der Polizei NRW aus dem Jahr 2001 (Frauenanteil lag bei 13 %) wurde eine ähnliche Verteilung der Geschlechter gefunden.

Das Durchschnittsalter der männlichen Beamten lag in der Untersuchung bei 41,1 Jahren (SD = 8,8) und bei den weiblichen Beamten bei 31,7 Jahren (SD = 7,8). Die Beamtinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung signifikant jünger als die Gruppe der Beamten ($t = 14,5$; $df = 264$; $p = 0,00$).



Ein ähnliches Bild ergab die Auswertung hinsichtlich der Dienstefahrung der BeamtInnen. Die durchschnittliche Dienstefahrung der Befragten betrug zum Zeitpunkt der Online-Befragung 20,3 Jahre (SD = 9,8), wobei die weiblichen Beamtinnen wiederum signifikant niedrigere Werte erzielten ($t = 15,6$; $df = 300$; $p = 0,00$). Das durchschnittliche Dienstalder der weiblichen TeilnehmerInnen lag bei 12,1 Jahren (SD = 7,1), demgegenüber wiesen die männlichen Beamten ein durchschnittliches Dienstalder von 21,8 Jahren (SD = 9,6) auf (Anh. 1, Tab. 12).

Anh. 1, Tab. 12 Beschreibung der Normierungsstichprobe
 (AS - Abteilungsstab; BPH - Bereitschaftspolizei Hundertschaft;
 ED - Ermittlungsdienst; MEK/SEK - Mobiles Einsatzkommando/
 Sondereinsatzkommando; Sonstiges - z. B. Auslandseinsätze;
 WD - Wach- und Wechseldienst; ZKB - Zentrale
 Kriminalitätsbekämpfung;
 EPHK/EKHK - Erster Polizeihauptkommissar/
 Erster Kriminalhauptkommissar; PHM - Polizeihauptmeister;
 PM - Polizeimeister; POM - Polizeiobermeister;
 PHK/KHK - Polizeihauptkommissar/Kriminalhauptkommissar;
 POK/KOK - Polizeioberkommissar/Kriminaloberkommissar;
 PK/KK - Polizeikommissar/Kriminalkommissar)

		Gesamt (N=1154)	Prozentangaben (N = 1154)	Männer (N=978)	Frauen (N=176)	Prozentangaben Männer/Frauen
Alter	M	39,6		41,1	31,6	
	SD	9,4		8,9	7,8	
Alter in Klassen	bis 35 Jahre	399	34,5 %	265	134	27,1 % / 76,1 %
	36 bis 45 Jahre	405	35,1 %	372	33	38,0 % / 18,7 %
	älter als 45 Jahre	350	30,4 %	341	9	24,9 % / 5,2 %
Dienst erfahrung	M	20,3		21,8	12,1	
	SD	9,9		9,6	7,2	
	bis 12 Jahre	322	27,9 %	216	106	22,0 % / 60,2 %
	13 bis 25 Jahre	411	35,6 %	353	58	36,1 % / 33,0 %
	mehr als 25 Jahre	421	36,5 %	409	12	41,9 % / 6,8 %
Bundesland (Einsatz)			77,6 %			78,2 % / 74,4 %
	Nordrhein Westfalen außerhalb Nordrhein Westfalen	896 258		765 213	131 45	21,8 % / 25,6 %
Führungskraft	Ja	331	28,7 %	300	31	30,7 % / 17,6 %
	Nein	823	71,3 %	678	145	69,3 % / 82,4 %
Verwendung	ZKB	129	11,2 %	105	24	10,7 % / 13,6 %
	ED	133	11,5 %	116	17	11,9 % / 9,7 %
	WD	575	49,8 %	486	89	49,7 % / 50,6 %
			6,2 %			6,2 % / 6,3 %
	BPH	72		61	11	
	MEK/SEK	8	0,7 %	8	0	0,7 % / 0,0 %
	AS	50	4,3 %	49	1	5,0 % / 0,6 %
	VL	41	3,5 %	34	7	3,5 % / 4,0 %
	Sonstige	146	12,6 %	119	27	12,2 % / 15,3 %
Dienstgrad	PM	65	5,6 %	46	19	4,7 % / 10,8 %
	POM	70	6,1 %	57	13	5,8 % / 7,4 %
	PHM	64	5,5 %	56	8	5,7 % / 4,5 %
	PK/KK	379	32,8 %	295	84	30,2 % / 47,7 %
	POK/KOK	276	23,9 %	254	22	26,0 % / 12,5 %
	PHK/KHK	217	18,8 %	203	14	20,8 % / 8,0 %
	EPHK/EKHK	28	2,4 %	26	2	2,7 % / 1,1 %
	Sonstige	55	4,8 %	41	14	4,2 % / 8,0 %

Anhang 2:

Der OPTI-Fragebogen SIT-POL

	IAF - Institut für Aus- und Fortbildung der Polizei NRW ■ Weseler Str. 264 ■ D-48151 Münster	UKM - Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie ■ Domagkstraße 22 ■ D-48149 Münster	
Projekt „OPTI - Optimierte Belastungsbewältigung – Prävention bei potentiell traumaexponierten Beschäftigten“			

SIT-POL (Opti-Fragebogen)

Korrespondenzanschrift:

SIT-POL (Opti-Fragebogen):

Mit Hilfe dieses Fragebogens können Sie das Ausmaß Ihrer aktuellen beruflichen Belastung ermitteln.

Beschreibung:

Der Fragebogen hilft Ihnen bei der Betrachtung Ihrer beruflichen Belastung. Sie werden einige Fragen zu Ihren bisherigen Erfahrungen innerhalb der Polizeiarbeit beantworten und erhalten daraus Empfehlungen und Hinweise, die Sie in Anspruch nehmen können, um ihr persönliches Belastungsniveau zu reduzieren.

Hinweise zum Fragebogen und zum Ausfüllen des Fragebogens:

Entscheidend bei der Beantwortung der Fragen ist, dass es immer um Ihre ganz eigene subjektive Empfindung und Wahrnehmung der Belastungen geht. So können verschiedene Personen auf dieselben Belastungen unterschiedlich reagieren. Dennoch lassen sich bestimmte Belastungen finden, die mit großer Wahrscheinlichkeit von einer Vielzahl von Polizeibeamten/innen als belastend wahrgenommen werden.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Um den Fragebogen konzentriert und sachlich ausfüllen zu können, sollten Sie sich etwa 15 bis 20 Minuten Zeit nehmen. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 7 Abschnitten. Jeder Abschnitt enthält eine unterschiedliche Anzahl von Fragen. Eine Übersicht am oberen Rand zeigt Ihnen, in welchem Abschnitt Sie sich gerade befinden.

Datenschutzhinweise:

Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden anonym und vertraulich behandelt und ausgewertet.

Zugang zu den Daten dieser Erhebung haben lediglich die mit der Studie befassten Forscher/innen, die strengen Schweigeverpflichtungen unterliegen. Sollten Sie noch Fragen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an ...:

Kontaktadresse:

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:**1**

Wenn Sie an Ihre Erfahrungen bei der Polizei (vor allem in der jüngsten Vergangenheit) zurückdenken – welche Situation haben Sie erfahren, die aktuell noch eine Belastung für Sie darstellt?

Vergegenwärtigen Sie sich bitte die Situation, die aktuell noch belastend für Sie ist.

Haben Sie sich eine Situation vergegenwärtigt, beginnen Sie bitte mit der Beantwortung der ersten Frage. Zu der Situation, an die Sie dann denken, werden Ihnen noch weitere Fragen gestellt.

Möglicherweise gibt es mehr **als eine Situation**, die **aktuell** noch eine Belastung für Sie darstellt. Für diesen Fall haben Sie am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, weitere Belastungssituationen anzusprechen. Sie können bis zu **drei verschiedene Situationen** ansprechen.

--	--

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:

1.1

Wie ist die Situation entstanden, die Sie vor Augen haben?

Um diese Frage zu beantworten, bekommen Sie fünf Quellen polizeilicher Belastungen präsentiert.

In **welche** der **folgenden Belastungsklassen** lässt sich die von Ihnen **erlebte** Situation **einordnen**?

Die **Belastungssituation**, die ich vor **Augen** habe, ist **entstanden**:

Belastungsklasse		weiter mit
aufgrund eines zwischenmenschlichen, sozialen Konfliktes und/oder Problems. In diese Klasse sind Belastungen einzuordnen, die aus dem Umgang mit Kollegen/innen oder Vorgesetzten entstanden sind.	<input type="checkbox"/>	2.1 - Seite 6
aufgrund äußerer Bedingungen des Arbeitsplatzes, aufgrund der Arbeitszeit und/oder aufgrund physischer Bedingungen der Arbeit; z. B. Schichtdienst, lange Einsatzzeiten, schlecht planbare Dienstzeiten, schlechte Umgebungsbedingungen im Großeinsatz, etc.	<input type="checkbox"/>	2.2 - Seite 7
aufgrund der Organisation und der Struktur der Arbeit. In diese Klasse sind Belastungen einzuordnen, die aus der Organisation und dem Ablauf der Arbeit, deren Koordination und Steuerung sowie der Struktur der Organisation resultieren; z. B. Vorgangsdruck, eine mangelhafte Ausstattung, neue Steuerungs- und Führungsinstrumente, eine ungerecht empfundene Leistungsbeurteilung, etc.	<input type="checkbox"/>	2.3 - Seite 8
aufgrund einer polizeispezifischen Tätigkeit/Aufgabe (meiner Ursprungs-/Kerntätigkeit bei der Polizei). In diese Klasse sind Belastungen einzuordnen, die sich aus den berufstypischen Aufgaben/dem Einsatzgeschehen selbst ergeben; z. B. Überbringen einer Todesnachricht, Klären von Familienstreitigkeiten, der Gebrauch der Schusswaffe, die Anwendung von Gewalt gegenüber Dritten, Konfrontation mit Sexualstraftätern, der Umgang mit Leichen etc.	<input type="checkbox"/>	2.4 - Seite 9
aufgrund sonstiger Umstände. In diese Klasse sind Belastungen einzuordnen, die sich nicht in die ersten vier Klassen einordnen lassen.	<input type="checkbox"/>	2.5 - Seite 10

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:

2.1

Nun möchten wir versuchen, die von Ihnen erlebte Belastungssituation genauer zu differenzieren.

Dazu bekommen Sie eine Liste mit konkreten Einzelsituationen dargeboten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Mehrzahl aller Polizisten und Polizistinnen als belastend empfunden werden.

Wählen Sie bitte aus dieser Liste die Situation aus, die der von Ihnen erlebten Situation am ehesten entspricht!

Einzelsituation		weiter mit
Konflikte mit Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	→ 3 - Seite 11 →
Schlechtes Klima	<input type="checkbox"/>	
Ärger in der Dienstgruppe/Arbeitsgruppe/Team	<input type="checkbox"/>	
Konflikte mit Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	
Mobbing	<input type="checkbox"/>	
Unvereinbarkeit in Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>	
Unfaire Behandlung durch Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:

2.2

Nun möchten wir versuchen, die von Ihnen erlebte Belastungssituation genauer zu differenzieren.

Dazu bekommen Sie eine Liste mit konkreten Einzelsituationen dargeboten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Mehrzahl aller Polizisten und Polizistinnen als belastend empfunden werden.

Wählen Sie bitte aus dieser Liste die Situation aus, die der von Ihnen erlebten Situation am ehesten entspricht!

Einzelsituation		weiter mit
Schichtdienst (Wechseldienst)	<input type="checkbox"/>	→ 3 - Seite 11 →
Lange Einsatzzeiten und Dienstzeiten	<input type="checkbox"/>	
Schlecht planbare Dienstzeiten	<input type="checkbox"/>	
Schlechte Umgebungsbedingungen im Einsatz	<input type="checkbox"/>	
Hitze in der Arbeitsumgebung	<input type="checkbox"/>	
Körperliche Anstrengung	<input type="checkbox"/>	
Lärm in der Arbeitsumgebung	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:

2.3

Nun möchten wir versuchen, die von Ihnen erlebte Belastungssituation genauer zu differenzieren.

Dazu bekommen Sie eine Liste mit konkreten Einzelsituationen dargeboten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Mehrzahl aller Polizisten und Polizistinnen als belastend empfunden werden.

Wählen Sie bitte aus dieser Liste die Situation aus, die der von Ihnen erlebten Situation am ehesten entspricht!

Einzelsituation		weiter mit
Hoher Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	→ 3 - Seite 11 →
Hohes Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	
Daueraufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	
Monotonie in der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	
Mangelhafte Materialien/Ausstattung/technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	
Widersprüchliche Anweisungen	<input type="checkbox"/>	
Eine hohe Verantwortung für andere	<input type="checkbox"/>	
Neue Steuerungs- und Führungsinstrumente	<input type="checkbox"/>	
Polizeiliche Führung	<input type="checkbox"/>	
Informationspolitik	<input type="checkbox"/>	
Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung	<input type="checkbox"/>	
Eine ungerecht empfundene Leistungsbeurteilung	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:

2.4

Nun möchten wir versuchen, die von Ihnen erlebte Belastungssituation genauer zu differenzieren.

Dazu bekommen Sie eine Liste mit konkreten Einzelsituationen dargeboten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Mehrzahl aller Polizisten und Polizistinnen als belastend empfunden werden.

Wählen Sie bitte aus dieser Liste die Situation aus, die der von Ihnen erlebten Situation am ehesten entspricht!

Einzelsituation		weiter mit
Unglück mit Kindern	<input type="checkbox"/>	→ 3 - Seite 11 →
Einsatz bei einer Geiselnahme	<input type="checkbox"/>	
Amoklauf	<input type="checkbox"/>	
Unglück eines Kollegen/in	<input type="checkbox"/>	
Kinderpornografie/sexueller Missbrauch von Kindern	<input type="checkbox"/>	
Eigener Schusswaffengebrauch	<input type="checkbox"/>	
Eigener Waffengebrauch (außer Schusswaffe)	<input type="checkbox"/>	
Nahestehende Personen als Opfer	<input type="checkbox"/>	
Schusswaffengebrauch des Gegenübers	<input type="checkbox"/>	
Überbringen einer Todesnachricht	<input type="checkbox"/>	
Waffengebrauch des Gegenübers (außer Schusswaffen)	<input type="checkbox"/>	
Verkehrsunfall mit Toten und/oder Verletzten	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ursprung der Belastung:**2.5**

Nun möchten wir versuchen, die von Ihnen erlebte Belastungssituation genauer zu differenzieren.

Dazu bekommen Sie eine Liste mit konkreten Einzelsituationen dargeboten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Mehrzahl aller Polizisten und Polizistinnen als belastend empfunden werden.

Wählen Sie bitte aus dieser Liste die Situation aus, die der von Ihnen erlebten Situation am ehesten entspricht!

Einzelsituation		weiter mit
Sonstige, welche: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	→ 3 - Seite 11 →

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	----------	---	---	---	---	---	---	---

Zeitpunkt der Belastung:**3**

Wann haben Sie die angesprochene Situation letztmalig erlebt?		weiter mit
Heute	<input type="checkbox"/>	→ 4 - Seite 12 →
Gestern	<input type="checkbox"/>	
In der letzten Woche	<input type="checkbox"/>	
Im letzten Monat	<input type="checkbox"/>	
Im letzten Jahr	<input type="checkbox"/>	
Vor mehr als zwölf Monaten	<input type="checkbox"/>	

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	----------	---	---	---	---	---	---

Häufigkeit der Belastung im Dienst:**4**

Wie häufig erleben Sie eine solche oder vergleichbare Situation?

weiter mit

eine solche oder vergleichbare Situation erlebe ich eher regelmäßig

5 - Seite 12

eine solche oder vergleichbare Situation erlebe ich eher unregelmäßig

6 - Seite 13**Häufigkeit der Belastung im Dienst:****5**

Sie haben angegeben, eine solche oder vergleichbare Situation eher **regelmäßig** zu erleben.

Wie **regelmäßig** erleben Sie sie?

weiter mit

Täglich

mehrmals pro Woche

einmal pro Woche

ein- bis dreimal pro Monat

weniger als einmal im Monat

ein- bis dreimal im Jahr

weniger als einmal im Jahr

→ 7 - Seite 14 →

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	----------	---	---	---	---	---	---

Häufigkeit der Belastung im Dienst:**6**

Sie haben angegeben, eine solche oder vergleichbare Situation eher **unregelmäßig** zu erleben.

Wie **häufig** haben Sie eine solche oder ähnliche Situation bereits erlebt?

weiter mit**7 - Seite 14**

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	----------	---	---	---	---	---

Geschehen während der Situation:

7

Nachfolgend werden Ihnen einige Fragen zum Ablauf und zum Geschehen während der Situation gestellt.

Beantworten Sie dazu bitte folgende Fragen:

(Wählen Sie dazu den jeweils den Punkt auf der Skala aus, der Ihre jetzige Sicht zu der formulierten Frage am besten wiedergibt.)

(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
---------------------	---------------	--------------	----------	----------------

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, die Sie nicht direkt beeinflussen können.

Hatten Sie irgendwann während der Belastungssituation das Gefühl, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben/zu verlieren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in denen ihr polizeiliches Wissen und Können nicht ausreicht, um die Situation zu meistern.

Inwieweit hatten Sie irgendwann während der Belastungssituation das Gefühl, dass Ihr polizeiliches Wissen und Können nicht ausreichte, um den Anforderungen der Situation gerecht zu werden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, die für Sie selbst nicht vorhersehbar sind.

Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass Sie die Situation nicht vorhersehen konnten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, deren Ausgang Sie selbst mitverschuldet haben.

Inwieweit haben Sie das Gefühl, am Ausgang der Situation mitschuldig zu sein?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	----------	---	---	---	---	---

Geschehen während der Situation:

7.1

(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
---------------------	---------------	--------------	----------	----------------

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in denen Gefahr für das eigene Leben oder die eigene Gesundheit besteht.

Für wie wahrscheinlich hielten Sie es während der Situation, dass Sie getötet oder verletzt würden?

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in denen unklare oder unzureichende Informationen über die Situation oder Situationsmerkmale vorliegen, was eine Einschätzung der Situation erschwert.

Hatten Sie irgendwann während der Situation das Gefühl, unklare und oder unzureichende Informationen über die Situation oder Situationsmerkmale zu haben?

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in denen Sie das Gefühl haben, als ob sich ihr Zeitgefühl verändert hat.

Hatten Sie im Zusammenhang mit der Situation das Gefühl, dass sich Ihr Zeitgefühl verändert hatte? Schien für Sie alles im Zeitlupentempo oder in Zeitraffer zu passieren?

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in denen Sie das Gefühl haben, als ob Sie neben sich stehen.

Standen Sie während der Situation "neben sich"?

Polizeibeamtinnen und Polizeibeamte werden innerhalb des Dienstes manchmal mit Situationen konfrontiert, in deren Anschluss sie das Fehlen einer sozialen Unterstützung erleben.

Inwieweit hatten Sie nach der Situation das Gefühl, dass Ihnen soziale Unterstützung fehlte?

--	--

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	----------	---	---	---	---

Intensität der Belastung:**8**

Selbst wenn manche Ereignisse einige Zeit zurückliegen, so kann es vorkommen, dass wir diese Erlebnisse auch aktuell noch als schwierig oder belastend empfinden.

Beantworten Sie dazu bitte folgende Frage:

(Wählen Sie dazu den Punkt auf der Skala aus, der Ihre jetzige Sicht zu der formulierten Frage am besten wiedergibt.)

	(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
Wie belastet fühlen Sie sich aktuell noch aufgrund der angesprochenen Belastungssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	----------	---	---

Weitere aktuelle Belastungen:**9**

Gibt es noch **weitere berufliche Situationen**, die Sie **aktuell als belastend** empfinden?

Wenn Ja, beantworten Sie bitte auch zu dieser Situation die Fragen 1.1 (Seite 5) bis Frage 8 (Seite 15). Sie können maximal drei verschiedene Situationen reflektieren (d.h. die Fragen 1.1 (Seite 5) bis 8 (Seite 15) dreimal durchlaufen).

Wenn Nein, gehen Sie bitte weiter zu Frage 10 auf Seite 18.

Gibt es noch weitere berufliche Situationen, die Sie aktuell als belastend empfinden?		weiter mit
Ja	<input type="checkbox"/>	1.1 – Seite 5
Nein	<input type="checkbox"/>	10 - Seite 18

Hinweis für den Interviewer: Die Fragen 1.1 (Seite 5) bis 8 (Seite 15) müssen dreifach vorliegen, damit ein Teilnehmer bei Bedarf seine 3 Situationen reflektieren kann.

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	----------	---	---

Aktuelle private Belastungen:
10

Manchmal gibt es auch aktuelle private Belastungen, die sich in den beruflichen Alltag übertragen und als eine Belastung empfunden werden?

Beantworten Sie dazu bitte folgende Frage:

(Wählen Sie dazu den Punkt auf der Skala aus, der Ihre jetzige Sicht zu der formulierten Frage am besten wiedergibt.)

(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
---------------------	---------------	--------------	----------	----------------

Wie stark fühlen Sie sich aktuell aufgrund privater Belastungen beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	----------	---	---

Folgen beruflicher Belastungen:**11**

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen vier Wochen bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Hinweis:

Die folgende Liste fokussiert nun nicht mehr ein von Ihnen gewähltes spezifisches Erlebnis, sondern fragt nach Ihren aktuellen Beschwerden und Problemen aufgrund beruflicher Belastungen.

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Folgen beruflicher Belastungen:
11.1

	(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen bis heute unter...					
Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Folgen beruflicher Belastungen:

11.2

	(0) überhaupt nicht	(1) ein wenig	(2) ziemlich	3) stark	(4) sehr stark
Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen bis heute unter...					
Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt	A	B	C	D	E	F	G	H	I
-----------	---	---	---	---	---	---	----------	---	---

Folgen beruflicher Belastungen:
11.3

Sie haben die Möglichkeit noch weitere Beschwerden und Probleme anzugeben. Tragen Sie dazu die Beschwerden und Probleme, die Sie noch nicht haben angeben können in das unten stehende Textfeld ein.

Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen bis heute unter...

weiter mit

→ Seite 11 →

Angaben zur Person:

Angaben zur Person:**12**

Bitte beantworten Sie uns abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person. Die Angaben werden ausschließlich für die Statistik der Auswertung benötigt und keinesfalls als Einzeldaten ausgewertet oder weitergegeben.

Falls Sie noch Fragen zur Demografie und zum Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an Herrn Stefan Reinecke.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Wie alt sind Sie? (Bsp.: 39)		

Seit wie vielen Jahren sind Sie im Dienst der Polizei beschäftigt? (Bsp.: 22)		

Angabe des Geschlechts?		
Weiblich	<input type="checkbox"/>	
Männlich	<input type="checkbox"/>	

Angaben zur Person:**12**

Welchen Dienstgrad haben Sie?		
PM	<input type="checkbox"/>	
POM	<input type="checkbox"/>	
PHM	<input type="checkbox"/>	
PK/KK	<input type="checkbox"/>	
POK/KOK	<input type="checkbox"/>	
PHK/KHK	<input type="checkbox"/>	
EPHK/EKHK	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/>	
In welcher Dienststelle sind Sie tätig?		
zentrale Kriminalitätsbekämpfung (ZKB)	<input type="checkbox"/>	
Ermittlungsdienst (ED)	<input type="checkbox"/>	
Wach- und Wechseldienst (WWD)	<input type="checkbox"/>	
Bereitschaftspolizeihundertschaft/Polizei Sonderdienste (BPH/PSD)	<input type="checkbox"/>	
Mobiles Einsatzkommando/Spezialeinheiten (MEK/SE)	<input type="checkbox"/>	
Abteilung Stab (AS)	<input type="checkbox"/>	
Verwaltung (VL)	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/>	

Anhang 3:

Die Skalen des OPTI-Fragebogens

Der OPTI-Fragebogen: Aufbau, Inhalte und Anwendung

Anh. 3, Tab. 1 Skalen, die in die Berechnung des Gesamtwertes eingehen

Facette/Skala	Itemformulierung
Intensität	
	Wie belastet fühlen Sie sich aktuell noch aufgrund der angesprochenen Belastungssituation ?
Situationsmerkmale	
	Hatten Sie irgendwann während der Belastungssituation das Gefühl, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben/zu verlieren?
	Inwieweit hatten Sie irgendwann während der Belastungssituation das Gefühl, dass Ihr polizeiliches Wissen und Können nicht ausreichte, um den Anforderungen der Situation gerecht zu werden?
	Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass Sie die Situation nicht vorhersehen konnten?
	Inwieweit haben Sie das Gefühl, am Ausgang der Situation mitschuldig zu sein?
	Für wie wahrscheinlich hielten Sie es während der Situation, dass Sie getötet oder verletzt würden?
	Hatten Sie irgendwann während der Situation das Gefühl, unklare und oder unzureichende Informationen über die Situation oder Situationsmerkmale zu haben?
	Hatten Sie im Zusammenhang mit der Situation das Gefühl, dass sich Ihr Zeitgefühl verändert hatte? Schien für Sie alles im Zeitlupentempo oder in Zeitraffer zu passieren?
	Standen Sie während der Situation " neben sich "?
	Inwieweit hatten Sie nach der Situation das Gefühl, dass Ihnen soziale Unterstützung fehlte?
Belastungsfolgen	
	<i>Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen bis heute unter...</i>
Aggressivität/Feindseitigkeit	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein
	Gefühlausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren
	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen
	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern
	Der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten
Ängstlichkeit	Nervosität oder innerem Zittern
	plötzlichem Erschrecken ohne Grund
	Furchtsamkeit
	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein
	Schreck- oder Panikanfällen

	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können
Depressivität	Gedanken, sich das Leben zu nehmen
	Schwermut
	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft
	dem Gefühl, wertlos zu sein
Phobische Angst	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße
	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug
	Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil sie durch diese erschreckt werden
	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino
	Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden
Somatisierung	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen
	Herz- oder Brustschmerzen
	Übelkeit oder Magenverstimmung
	Schwierigkeiten beim Atmen
	Hitzewallungen oder Kälteschauern
	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen
	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen
Unsicherheit im Sozialkontakt	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen
	starker Befangenheit im Umgang mit anderen

Zusatzitem	schlechtem Appetit
	Einschlafschwierigkeiten
	Gedanken an den Tod und ans Sterben
	Schuldgefühlen
Zwanghaftigkeit	Gedächtnisschwierigkeiten
	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen"
	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun
	Schwierigkeiten sich zu entscheiden
	Leere im Kopf
	Konzentrationsschwierigkeiten

Internetadresse des OPTI-Fragebogens: www.opti-online.de

Unter dieser Adresse konnte der Fragebogen von den PolizeibeamtInnen während des Projektes bearbeitet werden.

Nach dem Abschluss der Datenerhebung (N = 1154) wurde der Online-Fragebogen aus dem Internet wieder herausgenommen, weil aufgrund ärztlicher Verantwortung zunächst nur eine betreute Handhabung via professioneller Email-Unterstützung angeboten werden sollte. Ab dem 01. Mai 2007 kann eine erneute Onlinestellung mit betreuter Handhabung gewährleistet werden.

Anhang 4:

Die Auswertung des OPTI-Fragebogens

Auswertung des Fragebogens – Berechnungsgrundlage Score

Anh. 4, Tab. 1 Berechnungsgrundlage des OPTI-Score

OPTI Algorithmus [Berechnungsgrundlage OPTI-Score]						
Erfasste Facette	Erfasste Items/Skalen	Scoring	min. Score Item	max. Score Item	Itemformulierung	Skalierung
Intensität						
	<i>aktuelle Belastungsintensität</i>	<i>doppelt gewichtet</i>	0	8	...	<i>Skalierung</i>
Teilscore I Intensität: Range von 0 – 8						
Situationsmerkmale						
	Kontrolle	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Wissen & Können	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Unvorhersehbarkeit	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Mitschuld	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Eigene Verletzung	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Informationstransparenz	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Zeitraffer	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	„neben sich“	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>
	Soziale Unterstützung	<i>einfach gewichtet</i>	0	4	...	<i>Skalierung</i>

Teilscore II Situationsmerkmale: Range von 0 – 36						
Belastungsfolgen						
	Ängstlichkeit	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Somatisierung	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Zwanghaftigkeit	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Aggressivität/Feindseligkeit	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Phobische Angst	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Depressivität	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
	Unsicherheit im Sozialkontakt	<i>einfach gewichtet</i>	0	5,14		<i>Skalierung</i>
Teilscore III Belastungsfolgen: Range von 0 – 36						
Gesamtscore OPTI			0	80		

Auswertung des Fragebogens – Beispiel einer Berechnung für einen Probanden

Anh. 4, Tab. 2 Beispiel Auswertung für einen Probanden

Beispiel Auswertung für einen Probanden				
Items	erreichter Proband	Wert	Entscheidung OPTI Score	OPTI Score
Intensität	3		Doppelt	6
Kontrolle	2		Einfach	2
Wissen & Können	1		Einfach	1
Unvorhersehbarkeit	3		Einfach	3
Mitschuld	4		Einfach	4
eigene Verletzung	2		Einfach	2
Informationstransparenz	3		Einfach	3
Zeitraffer	4		Einfach	4
"neben sich"	2		Einfach	2
soziale Unterstützung	0		Einfach	0
Ängstlichkeit	0,5		>< MW 0,83	0
Somatisierung	0,8		>< MW 0,71	5,14
Zwanghaftigkeit	1,2		>< MW 1,00	5,14
Aggressivität/Feindseligkeit	0,66		>< MW 0,80	0
Phobische Angst	1,23		>< MW 0,40	5,14
Depressivität	0,54		>< MW 0,67	0
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,84		>< MW 1,00	0
Gesamt OPTI-Score				42
Der Teilnehmer erreicht einen OPTI-Score von 42 Punkten				

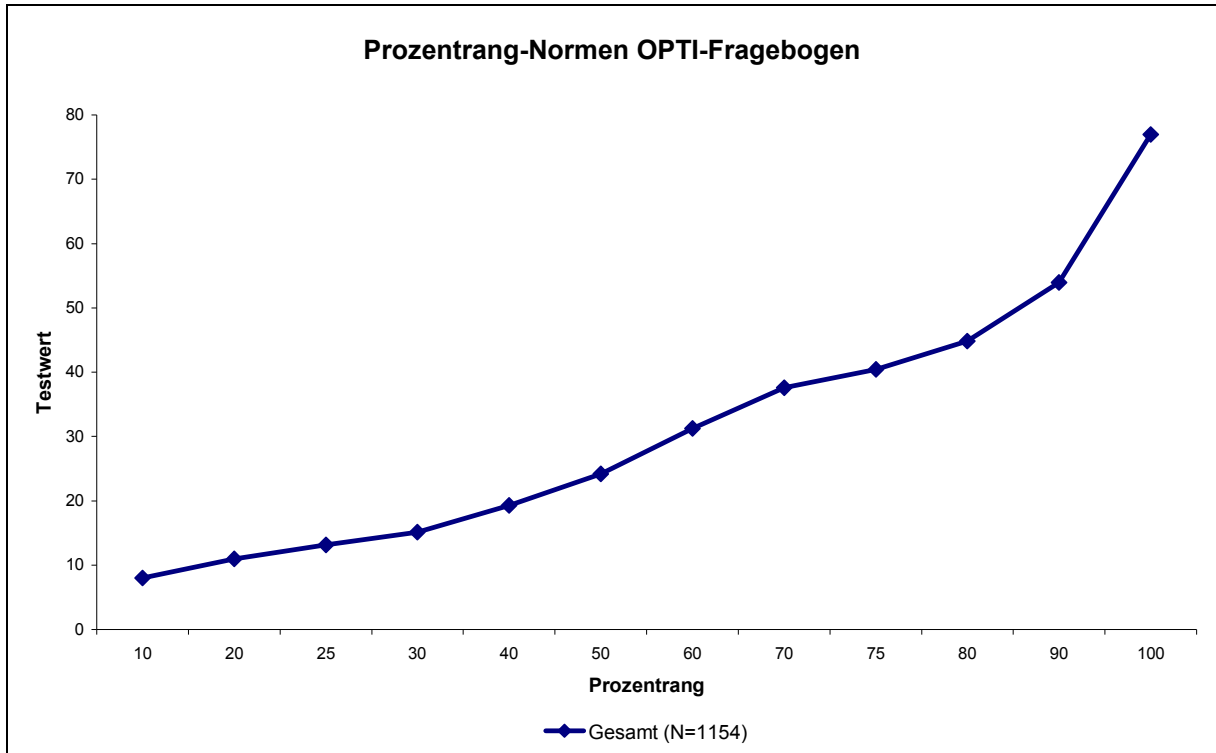
Anhang 5:

Die Prozentrang-Normen des OPTI-Fragebogens

Auswertung des Fragebogens – Normdaten

Anh. 5, Tab. 1 Prozentrang-Normen für alle Altersstufen und alle PolizeibeamtInnen (ohne Geschlechtsspezifität)

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
PR	Gesamt (N = 1154)	Männer (N = 978)	Frauen (N = 176)
10	8	8	8
20	11	11	12
25	13	13	14
30	15	15	16
40	19	19	21
50	24	24	26
60	31	31	33
70	38	38	37
75	40	40	42
80	45	45	47
90	54	54	53
100	77	77	73
M	27,80	27,62	28,79
SD	17,33	17,35	17,25



Anh. 5, Abb.1 Prozentrang-Normen (OPTI-Score)

Anh. 5, Tab. 2 Prozentrang-Normen für alle PolizeibeamtInnen für die Lebensaltersstufen bis 35 Jahre, 36 bis 45 Jahre und älter als 45 Jahre

Lebensalter			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
	Bis 35 Jahre (N = 399)	36 bis 45 Jahre (N = 405)	älter als 45 Jahre (N = 350)
PR			
10	7	9	7
20	10	12	11
25	12	14	13
30	14	16	15
40	18	20	20
50	23	25	24
60	30	33	31
70	36	39	37
75	38	42	42
80	41	47	46
90	50	56	55
100	77	69	74
M	26,29	29,22	27,88
SD	16,77	17,53	17,63

Anh. 5, Tab. 3 Prozentrang-Normen für alle PolizeibeamtInnen für die Dienstaltersstufen bis 12 Jahre, 13 bis 25 Jahre und mehr als 25 Jahre

Dienstalter			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
	bis 12 Jahre (N = 322)	13 bis 25 Jahre (N = 411)	mehr als 25 Jahre (N = 421)
PR			
10	7	8	7
20	11	12	11
25	12	14	13
30	15	15	15
40	18	20	20
50	24	24	24
60	30	31	32
70	36	38	38
75	39	41	42
80	41	45	47
90	50	55	56
100	73	77	74
M	26,51	28,24	28,35
SD	16,57	17,30	17,90

Anh. 5, Tab. 4 Prozentrang-Normen für die männlichen Polizeibeamten bezüglich der Lebensaltersstufen

Lebensalter Männer			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
Männer			
PR	bis 35 Jahre (N = 265)	36 bis 45 Jahre (N = 372)	älter als 45 Jahre (N = 341)
10	7	9	7
20	10	12	11
25	12	14	13
30	14	16	15
40	18	19	20
50	22	24	23
60	30	32	30
70	35	39	37
75	38	42	41
80	41	47	46
90	50	56	55
100	77	69	74
M	25,62	29,01	27,65
SD	16,63	17,56	17,56

Anh. 5, Tab. 5 Prozentrang-Normen für die weiblichen Polizeibeamtinnen bezüglich der Lebensaltersstufen

Lebensalter Frauen			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
Frauen			
PR	bis 35 Jahre (N = 134)	36 bis 45 Jahre (N = 33)	älter als 45 Jahre (N = 9)
10	8	10	14
20	12	15	14
25	12	15	14
30	16	16	14
40	19	26	32
50	25	31	39
60	31	35	43
70	36	43	52
75	39	46	52
80	47	49	52
90	50	59	68
100	73	60	68
M	27,60	31,57	36,39
SD	17,03	17,23	19,40

Anh. 5, Tab. 6 Prozentrang-Normen für die männlichen Polizeibeamten bezüglich der Dienstaltersstufen

Dienstalter Männer			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
Männer			
PR	bis 12 Jahre (N = 216)	13 bis 25 Jahre (N = 353)	mehr als 25 Jahre (N = 409)
10	6	9	7
20	10	12	11
25	12	13	13
30	14	14	16
40	18	19	20
50	24	23	24
60	30	31	32
70	35	38	38
75	39	41	42
80	41	44	47
90	50	55	56
100	66	77	74
M	25,78	27,93	28,33
SD	16,22	17,41	17,83

Anh. 5, Tab. 7 Prozentrang-Normen für die weiblichen Polizeibeamtinnen bezüglich der Dienstaltersstufen

Dienstalter Frauen			
Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen			
Frauen			
PR	bis 12 Jahre (N = 06)	13 bis 25 Jahre (N = 58)	mehr als 25 Jahre (N = 12)
10	9	8	4
20	12	15	12
25	12	16	13
30	16	19	14
40	19	25	14
50	24	29	23
60	32	34	37
70	37	37	44
75	40	44	49
80	47	46	52
90	52	56	63
100	73	63	68
M	27,99	30,15	29,29
SD	17,24	16,62	21,15

Anh. 5, Tab. 8 Prozentrang-Normen für alle PolizeibeamtInnen bezüglich der Oberkategorien des OPTI-Fragebogens

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen					
	Gesamt	soziale Bedingungen	äußere Bedingungen	Arbeitsorganisation	Einsatzgeschehen
PR	(N = 1154)	(N = 303)	(N = 151)	(N = 279)	(N = 387)
25	13	15	14	13	12
50	24	24	28	24	22
75	40	39	45	41	40
M	27,80	27,66	30,71	27,33	27,23
SD	17,33	16,60	18,41	16,13	17,86

Anh. 5, Tab. 9 Prozentrang-Normen für die männlichen Polizeibeamten bezüglich der Oberkategorien des OPTI-Fragebogens

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen Männer					
	Gesamt	soziale Bedingungen	äußere Bedingungen	Arbeitsorganisation	Einsatzgeschehen
PR	(N = 951)	(N = 250)	(N = 142)	(N = 247)	(N = 312)
25	13	15	14	13	12
50	24	24	29	24	22
75	41	39	45	41	39
M	27,73	27,18	30,71	27,53	26,97
SD	17,23	16,45	18,73	16,29	17,80

Anh. 5, Tab. 10 Prozentrang-Normen für die weiblichen Polizeibeamtinnen bezüglich der Oberkategorien des OPTI-Fragebogens

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen Frauen					
	Gesamt	soziale Bedingungen	äußere Bedingungen	Arbeitsorganisation	Einsatzgeschehen
PR	(N = 169)	(N = 53)	(N = 9)	(N = 32)	(N = 75)
25	14	15	24	16	12
50	26	32	25	26	22
75	40	40	41	37	47
M	28,47	29,93	30,78	25,77	28,30
SD	17,05	17,29	13,12	15,03	18,21

Anh. 5, Tab. 11 Prozentrang-Normen für alle PolizeibeamtInnen bezüglich der Oberkategorien bis 22 Jahre Dienstefahrung

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen bis 22 Jahre Dienstefahrung					
	Gesamt	soziale Bedingungen	äußere Bedingungen	Arbeits- organisation	Einsatz- geschehen
PR	(N = 570)	(N = 137)	(N = 83)	(N = 117)	(N = 233)
25	13	14	11	16	12
50	24	23	24	27	23
75	40	39	36	39	41
M	27,34	27,74	25,24	28,24	27,41
SD	16,67	17,10	16,79	14,53	17,40

Anh. 5, Tab. 12 Prozentrang-Normen für alle PolizeibeamtInnen bezüglich der Oberkategorien mit mehr als 22 Jahre Dienstefahrung

Prozentrang-Normen für den OPTI-Fragebogen mehr als 22 Jahre Dienstefahrung					
	Gesamt	soziale Bedingungen	Äußere Bedingungen	Arbeits- organisation	Einsatz- geschehen
PR	(N = 550)	(N = 166)	(N = 68)	(N = 162)	(N = 154)
25	13	15	21	12	12
50	24	24	39	22	21
75	42	40	55	41	38
M	28,354	27,59	37,39	26,67	26,96
SD	17,738	16,24	18,22	17,21	18,60

Anhang 6:

Berechnung des IndexICDxBSS

Berechnung des Index für „Akuter Belastungsfaktor“

Zur Erfassung des akuten Belastungserlebens wurde ein Index aus der Skala „ICD-Diagnose zum Zeitpunkt T1“ (IndexICD) und der Skala „Beeinträchtigungsschwere im letzten Jahr“ (IndexBSS) erstellt.

Zuerst wurde ein Index für die ICD-Diagnose erstellt (IndexICD), der folgendermaßen definiert wurde:

Wenn zum Zeitpunkt T1 keine Diagnose vergeben worden war, so wurde dem IndexICD der Skalenwert Null zugeordnet, sonst 1. Hiermit wurde eine Dimensionalisierung der ICD-Diagnose möglich. PolizeibeamtInnen ohne ICD-Diagnose erhielten also den Wert 0, diejenigen mit einer ICD-Diagnose erhielten den Wert 1.

Danach wurde ein Index für den Beeinträchtigungsschwere-Summenwert erstellt (IndexBSS), der folgendermaßen definiert wurde:

Wenn im Jahr vor dem Zeitpunkt T1 eine geringe Beeinträchtigungsschwere in den Bereichen körperlich, psychisch und sozialkommunikativ vorlag (Summenwert des BSS unter 5), so wurde dem IndexBSS der Skalenwert Null zugeordnet, sonst 1. Hiermit wurde eine Dimensionalisierung der BSS-Skala mit Null und Eins möglich. PolizeibeamtInnen mit geringen Beeinträchtigungen erhielten also den Wert 0, diejenigen mit hohen BSS-Werten erhielten den Wert 1.

Zuletzt wurde ein Index aus den beiden Indices IndexICD und IndexBSS erstellt, indem diese summiert wurden.

Also bekam der IndexICDxBSS, der ein Maß für das akute Belastungserleben darstellte, folgende Bedeutung:

- Skalenwert des IndexICDxBSS ist 0: Kein akutes Belastungserleben
- Skalenwert des IndexICDxBSS ist 1: Geringes akutes Belastungserleben
- Skalenwert des IndexICDxBSS ist 2: Starkes akutes Belastungserleben.