
Belastungen von Polizeivollzugsbeamten

**Empirische Untersuchung zur
Posttraumatischen Belastungsstörung
bei bayerischen Polizeivollzugsbeamten/-innen**

Knut Latscha

Dissertation zum Erwerb des Dr. phil.
an der Fakultät für Psychologie und Pädagogik
der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Knut Latscha
aus Ludwigshafen am Rhein

München 2005

Erstgutachter: Prof. Dr. W. Butollo
Zweitgutachter: Prof. Dr. S. Höfling
Tag der mündlichen Prüfung: 03.02.2005

Inhaltsverzeichnis	3
„Ist der Polizeialltag wirklich so belastend?“	8
- Eine Einführung -	
1. Allgemeines zur Posttraumatischen Belastungsstörung	13
1.1. Historische Entwicklung	13
1.2. Definition von Traumata, Epidemiologie und DSM-IV Kriterien	14
1.3. Risiko- und Schutzfaktoren	18
1.4. Biologische Mechanismen und Störungen der Informationsverarbeitung	21
2. Belastungen im Polizeiberuf	24
2.1. Untersuchungen zu Belastungen und Stresssituationen im Polizeidienst	24
2.2. Studien zu traumatischen Erlebnissen und der Berufsgruppe Polizei	25
2.3. Probleme bei Untersuchungen berufsbedingter Traumatisierung und posttraumatischer Belastungsstörung in der Polizei	26
3. Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit	29
4. Methodik	31
4.1. Untersuchungsinstrumente	31
4.1.1. Posttraumatic-Diagnostic-Scale, PDS (Ehlers et al. 1996)	31
4.1.2. Soziodemographische Daten	33
4.1.3. Zusatzfragen	33
4.1.4. Coping Inventory for Stressful Situations, CISS (Dt. Kurzform, Kälin, 1995)	34
4.1.5. Brief Symptom Inventory, BSI (Dt. Version, Franke, 2000)	35

4.2.	Beschreibung der Stichprobe	37
4.2.1.	Untersuchung 1	38
4.2.2.	Untersuchung 2	40
4.3.	Statistische Auswertungsverfahren	44
5.	Darstellung der Ergebnisse	45
5.1.	Ergebnisse der PDS allgemein	45
5.1.1.	Erlebte Ereignisse	45
5.1.2.	Welches Erlebnis, welches Ereignis war am belastendsten	48
5.1.3.	Zeitpunkt des Erlebens	49
5.1.4.	Objektives und subjektives Traumakriterium A1/A2	51
5.1.5.	Kriterium F	53
5.1.6.	Diagnosestellung PTB nach DSM-IV mit der PDS	55
5.1.7.	Geschilderte Symptome nach DSM-IV	57
5.1.8.	Diagnose PTB nach DSM-IV und Ereignisse	60
5.1.9.	Zusammenhänge der Diagnosen und Symptome mit den soziodemographischen Daten und Zusatzfragen	62
5.2.	Ergebnisse der Stichproben zum Untersuchungszeitraum 1	64
5.2.1.	Symptome und PTB-Diagnosen zum Zeitpunkt des Ereignisses und zum Untersuchungszeitpunkt	64
5.2.1.1.	BFH-Stichprobe	64
5.2.1.2.	Schusswaffengebrauchstichprobe (SWG)	65
5.3.	Ergebnisse der Stichproben zum Untersuchungszeitraum 2	67
5.3.1.	Ergebnisse CISS	67

5.3.1.1.	BFH-PAKET-Stichprobe	67
5.3.1.1.1.	Geschlechtsunterschiede im CISS	67
5.3.1.1.2.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	69
5.3.1.1.3.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	71
5.3.1.2.	Schusswaffengebrauchstichprobe (SWG)	73
5.3.1.2.1.	Geschlechtsunterschiede im CISS	73
5.3.1.2.2.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	74
5.3.1.2.3.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	76
5.3.1.3.	Ausbildungstichprobe (AUS)	77
5.3.1.3.1.	Geschlechtsunterschiede im CISS	77
5.3.1.3.2.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	78
5.3.1.3.3.	Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	80
5.3.1.4.	Weitere Auswertungen mit dem CISS	80
5.3.2.	Ergebnisse BSI	82
5.3.2.1.	BFH-PAKET-Stichprobe	82

5.3.2.1.1.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	82
5.3.2.1.2.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	85
5.3.2.2.	Schusswaffengebrauchstichprobe (SWG)	88
5.3.2.2.1.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	88
5.3.2.2.2.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	90
5.3.2.3.	Ausbildungstichprobe (AUS)	92
5.3.2.3.1.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV	92
5.3.2.3.2.	BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen	93
6.	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	94
7.	Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Ausblick	112
7.1.	Zusammenfassung der empirischen Befunde	112
7.2.	Schlussfolgerungen	114
7.3.	Ausblick	116
8.	Literaturverzeichnis	118

9. Anhang	127
Fragebogen:	
Untersuchungszeitpunkt 1	127
Untersuchungszeitpunkt 2	132
Danksagung	135
Lebenslauf	136

„Ist der Polizeialltag wirklich so belastend?“

- Eine Einführung -

„..... Es hörte sich ziemlich harmlos an. Vom Bahnhofsvorplatz hatte ein Passant über Handy der Polizei mitgeteilt, ein etwa dreißigjähriger Mann würde völlig wahllos, aber sehr dreist Leute anpöbeln. Man möge doch mal nachsehen kommen. Der Doppelstreife, die wenige Minuten später eintraf, fiel der Mann sofort auf. Auch der Mann reagierte seinerseits schlagartig auf die 23-jährige Beamtin und ihren kaum älteren Kollegen. Er schien ihr Näherkommen gebannt zu beobachten. Noch bevor die beiden irgendetwas sagen konnten, zog er ein Klappmesser aus der Tasche und stieß es ruckartig in die Luft, immer in Richtung der 2 Polizisten, die jetzt in etwa 3 Meter Entfernung stehen blieben. Der männliche Beamte hob leicht die Handflächen und sprach ihn ruhig an. Mehrmals forderte er ihn auf, das Messer fallen zu lassen. Aber der Mann stieß nur wüste Beschimpfungen aus, wandte sich ab, um dann blitzschnell wie von Sinnen auf den Beamten loszurennen. Der stolperte im Zurückweichen, fiel hin, und der Mann stand nun über ihm, immer noch wild mit seinem Messer fuchtelnd. Jetzt schrie auch die seitlich stehende Kollegin den Mann an, er solle aufhören, sonst würde sie schießen. Doch der Mann hörte nicht. Dann traf ihn ein Schuss aus der Dienstwaffe der Beamtin. Es dauerte noch einen langen merkwürdigen Moment, bis er zusammenbrach. Der unten liegende Beamte wird später aussagen, er habe eigentlich gar keinen Schuss gehört, allenfalls ein Geräusch, wie wenn man eine Weinflasche entkorkt. Er habe nur eine Ewigkeit lang gedacht, dass er diesen Tag nicht überleben würde.“ (Schmalzl, 2001)

„..... In tiefer Ruhe lag das Dorf im ländlichen Bereich, als es die Polizeibeamten gegen 03.00 Uhr früh mit dem Dienstfahrzeug erreichten. Drei Stunden zuvor hatte die Tragödie in einer bayrischen Großstadt begonnen. Ein junger Polizeibeamter, kaum über die zwanzig, war während seiner Dienstausbildung von einem Rechtsbrecher, in einem U-Bahnhof angeschossen worden. Obwohl innerhalb kürzester Zeit ein Notarztteam vor Ort eintraf, erlag der Kollege seinen Schussverletzungen. Die Eltern des Getöteten mussten verständigt und betreut werden. Erst nach mehrmaligem Läuten wurde ein Lichtschein im Obergeschoss sichtbar. Der Türöffner summte monoton, die Polizeibeamten gingen zur Haustüre und wurden dort von den Eltern des Getöteten empfangen.

Angstvolle Erwartung und grauenvolle Ahnung waren in den Augen der Angehörigen erkennbar, als der Vater die bange Frage stellt: Was ist mit dem Buben...?“ (Huber, 1996)

„..... Es handelte es sich um die Festnahme eines Drogendealers. Mehrere Kollegen waren eingesetzt, wobei einer der Beamten die Aufgabe hatte, die gegenüberliegende Straßenseite zu sichern. Der Drogendealer entzog sich der Festnahme, in dem er flüchtete. Kurz darauf hörte der Kollege, der die gegenüberliegende Straßenseite sichern sollte, noch einen Schuss und sah, wie der Flüchtige über einen Zaun kletterte und die Straße überqueren wollte. Er rief noch „Pass auf!“, was der Festzunehmende wohl nicht hörte, da er im nächsten Augenblick von einem herannahenden Auto erfasst und auf die Strasse geschleudert wurde. Für den Täter kam jede Hilfe zu spät. Nach einem kurzen Aufbäumen verstarb er noch am Unfallort. Im Beratungsgespräch berichtete dieser Kollege, dass er immer und immer wieder den Mann über das Auto fliegen sehe.“

Auf die Frage „Wie stark belastend empfinden Sie die folgenden Situationen, in die Sie in Ihrem Dienst kommen können, als für Sie persönlich belastend?“ wurde von 78.7% der 2552 befragten Polizeibeamten(-innen¹) (Peinelt Institut, Mitarbeiterbefragung Polizeipräsidium München, 1999) der polizeiliche „Schusswaffengebrauch im Dienst“ als „stark“ bis „sehr stark belastend“ eingestuft, gefolgt von dem „Überbringen einer Todesnachricht“ mit 72.7% und dem „Schweren Unglück mit Toten und Verletzten“ mit 65.7%. Die weiter vorgegebenen Situationen wurden überwiegend als „wenig stark“ bis „nicht belastend“ angegeben. Die Kollegen sollten die Belastungen der vorgegebenen Ereignisse aufgrund ihrer Vorstellung einschätzen. Die tatsächlich empfundene Belastung nach solch einem Erlebnis wurde nicht eruiert.

Was also ist mit dauerhaften Belastungen, dem alltäglichen Umgang mit Schwerstverletzten, Opfern sexueller Gewalt oder Toten? Wie geht es den Kollegen nach solchen Einsätzen? Wie ist die tatsächlich empfundene Belastung nach einem traumatisierenden Ereignis? Gibt es Veränderungen in wichtigen Funktionsbereichen wie Familie, Beruf und Freizeit? Sind diese Veränderungen dauerhaft? Manifestieren sie sich nur in einzelnen Bereichen?

„..... Im Anschluss des ersten Veranstaltungstages bat ein Beamter, der seit über 10 Jahren im Bereich der Leichensachbearbeitung tätig ist, um ein kurzes Gespräch. Der Beamte fiel an diesem Tag des Workshops zu dem Thema „Belastende Situationen im Polizeialltag“ nicht weiter auf, zu Beginn äußerte er sogar, dass er mit seiner Tätigkeit wenig Probleme hätte, fast nicht belastet wäre. In diesem kurzen Gespräch gab er dann an, er hätte in diesem Workshop erkennen müssen, dass

¹ Der einfachen Lesbarkeit halber werden Begriffe wie „Polizist“, „Polizeibeamter“ usw. nur in ihrer maskulinen Form verwendet. Es sind an dieser Stelle selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

seine Tätigkeit doch nicht spurlos an ihm vorübergegangen sei und seine Probleme, Konflikte und Schwierigkeiten mit Kollegen seiner Dienststelle sowie der Familie in engem Zusammenhang mit seiner Tätigkeit stehen würden. Ihm fiel auf, dass er sich in den letzten Jahren verändert hatte.“
(Kommissari & Latscha, 2001)

Drei der aufgeführten Beispiele, in abgewandelter, leicht veränderter Form, um die Anonymität der Kollegen zu wahren, waren Beratungsfälle aus meinem Tätigkeitsbereich. In diesen Fällen zeigten sich direkt nach den Ereignissen oder auch Jahre später Belastungen, die sich im privaten und familiären Umfeld, im Dienstbereich, aber auch in Freizeitaktivitäten niederschlugen und zu Veränderungen führten.

Die polizeilichen Aufgaben erstrecken sich im Wesentlichen auf die Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung, der Aufklärung von Straftaten sowie der Unterstützung anderer Behörden. Aufgrund dieser Aufgabenvielfalt gilt dieser Berufszweig als stress- und belastungsintensiv. Um die Frage zu klären, welche Tätigkeitsfelder belastend wirken, hat Scheler (1982) eine Rangreihe der Stressbelastungen von Polizeibeamten aufgestellt. An oberster Stelle rangierte der „Schusswaffengebrauch“, neben der „Überbringung einer Todesnachricht“ oder der „Durchsuchung nach gefährlichen Gewalttätern“. Als weniger belastende, stressige Situationen wurden „Vernehmungen“ oder auch „Schreibkram“ angegeben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Spiegelhalter (1996) und Großer (1997), wobei die Kollegen bei allen diesbezüglichen Untersuchungen die Belastungen der vorgegebenen Ereignisse aufgrund ihrer Vorstellung einschätzen sollten. Wagner (1986) bildete daraufhin einen Belastungsindex aus Stärke der eingeschätzten Belastung und der mittleren Häufigkeit des Vorkommens der Ereignisse. An oberer Stelle rangierten der „Umgang mit aggressiven Personen“, „Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten“, „Schreibkram“ aber auch „Organisationsmängel“. Der Schusswaffengebrauch befand sich bei dieser Untersuchung in der Rangreihe weit hinten.

Steinbauer (2001) schreibt, dass sich in der international zu findenden Literatur zur Stressthematik im Polizeiberuf die Stressoren in zwei Bereiche einteilen lassen, zum einen in physisch/psychisch bedrohende Stressoren, zum anderen in Stressoren, die mit administrativen, organisatorischen Faktoren zusammenhängen. Im deutschsprachigen Raum treffen Hallenberger & Mueller (2000) eine Unterscheidung zwischen täglichem Berufsstress, innerdienstlichen/sozialen Aspekten und potentiell traumatisierenden Situationen.

Sowohl die physisch/psychisch bedrohenden Stressoren, als auch die potentiell traumatisierenden Situationen im Polizeiberuf sind Bestandteil und Anliegen dieser Arbeit.

Das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde erst im Jahre 1980 in die Richtlinien zur Diagnose psychischer Störungen aufgenommen. In der Forschung zu Diagnose, Therapie traumabezogener Beschwerden oder der Prävention wurde vor allem das Hauptaugenmerk auf die primären Opfer von Katastrophen, Unfällen sowie sexueller als auch körperlicher Gewalt gelegt. Arbeiten über Traumatisierungen der Helfer, also der berufsbedingten Traumatisierung, sind im deutschsprachigen Raum noch relativ wenig vorhanden. Dies könnte unter anderem in der Schwierigkeit der Datenerhebung bei diesen Berufsgruppen liegen, da es sicherlich nicht einfach ist in einer Organisation wie der Polizei Untersuchungen durchzuführen.

Die Idee zu dieser Arbeit entstand im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit als Psychologischer Psychotherapeut beim Zentralen Psychologischen Dienst der Bayerischen Polizei, in der ich für die Beratung und Betreuung der Polizeibeamten für ganz Bayern verantwortlich bin. Die Anzahl der Beratungen stieg innerhalb eines Zeitrahmens von vier Jahren um das Dreifache (Latscha & Schels, 2003) und mein Interesse galt der Fragestellung, wie hoch die Zahl der Kollegen ist, die zwar noch Belastungen nach traumatisierenden Erlebnissen aufweisen, bisher aber nicht die Möglichkeit einer Beratung nutzten oder nutzen konnten.

Im Zeitraum von Oktober 2001 bis November 2002 nahmen 550 Polizeivollzugsbeamte an der Untersuchung teil. Als Stichprobe der ersten Studie dienten 215 bayerische Polizeibeamte, die sich zum Zeitpunkt der Befragung im Studium zum Aufstieg in den gehobenen Dienst an den Beamtenfachhochschulen (BFH) Fürstenfeldbruck und Sulzbach-Rosenberg befanden. Da sich in mehreren Untersuchungen über Belastungen im Polizeivollzugsdienst die Polizisten den „Schusswaffengebrauch“ als das am stärksten belastendste Ereignis vorstellten, konnten 31 Polizeibeamte, die selbst einen solchen hatten oder dabei waren und an einem Seminar zum Umgang nach dem Schusswaffengebrauch teilnahmen, im Vorfeld befragt werden.

Die zweite Stichprobe umfasste 109 Polizeibeamte, die an einem PAKET-Lehrgang teilnahmen und weitere 25 Kollegen, die einen Schusswaffengebrauch hinter sich hatten. Zudem wurden 52 Kollegen befragt, die sich zum Zeitpunkt der Befragung gerade in Ausbildung zum gehobenen Dienst an der BFH befanden und ein halbjähriges Berufspraktikum absolviert hatten, und 118 Kollegen, die sich im Studium zum Aufstieg in den gehobenen Dienst befanden.

Ziel der Arbeit ist daher, im Rahmen zweier Studien zum einen die Prävalenz berufsbedingter Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung mit Hilfe eines Fragebogens, der „Post Traumatic Diagnostic Scale, PDS“ (Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996), zum anderen in der zweiten Studie zusätzlich Copingstrategien in Stresssituationen mit dem „Coping Inventory for Stressful Situations, CISS“ (Kälin, 1995) und subjektiv empfundener Beeinträchtigungen körperlicher wie auch psychischer Art durch das „Brief Symptom Inventory, BSI“ (Franke, 2000), bei bayrischen Polizisten zu erheben. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten und Zusatzfragen zur Betreuung nach belastenden Ereignissen oder der Teilnahme an Stressbewältigungsseminaren erhoben.

1. Allgemeines zur Posttraumatischen Belastungsstörung

1.1. Historische Entwicklung

Schon Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts gab es erste systematische Beschreibungen der Symptome, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten können wie z.B. ungewolltes Wiedererleben des Traumas durch Flashbacks oder Alpträume, Anzeichen erhöhten Erregungsniveaus oder Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen, wobei hier bezweifelt wurde, ob das Ereignis selbst als wesentliche Ursache für die Symptomatik entscheidend war. Vielmehr wurden organische Ursachen für entscheidend gehalten. Erichsen, ein Londoner Chirurg, beschrieb nach Eisenbahnunglücken Ende des 19. Jahrhunderts die „railway-spine“ als eine organische Ursache dieser Symptome. Grundlage der Störung waren seiner Ansicht nach heftige Rückenmarksirritationen nach Stoßverletzungen. Dem widersprach Page, der Ähnlichkeiten zur Hysterie (traumatische Hysterie) sah und eher psychologische oder nervöse Gründe für Symptome nach traumatischen Ereignissen annahm (aus Langkafel, 2000). Andere wiederum hielten die Simulation oder den Wunsch nach finanzieller Kompensation als ursächlich für die Symptomatik. Man war eher der Meinung, dass Personen mit labilen Persönlichkeiten oder auch bereits vorhandenen Geisteskrankheiten chronisch erkranken. Ansonsten würden die Reaktionen auf traumatische Erlebnisse normalerweise vorübergehen. Im Laufe der Zeit wurden dann nach den beiden Weltkriegen und den Problemen der Holocaust-Überlebenden viele diagnostische Bezeichnungen für die Symptome nach traumatischen Erlebnissen vorgeschlagen wie z.B. „Überlebenden-Syndrom“ (survivor-syndrom) oder „Kampf- oder Kriegsneurose“ (combat/war neurosis) (Übersicht bei Gersons & Carlier, 1992). Zwischenzeitlich ist man der Meinung, dass auch stabile Persönlichkeiten psychische Symptome entwickeln können, wenn sie potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind.

Erst mit dem Erscheinen des DSM III im Jahre 1980 wurde erstmals der Begriff der „Post-Traumatic-Stress-Disorder“ (PTSD) eingeführt, obwohl schon im DSM I (1952) die „Schwere Belastungsreaktion“ als mögliche Diagnose aufgenommen wurde, jedoch im DSM II (1968) unberücksichtigt blieb und von einer „Anpassungsreaktion“ die Rede war. Die Diagnose ist auch seit Beginn der neunziger Jahre im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD) vertreten, wobei die Kriterien des DSM IV insgesamt strenger sind. Nachdem diese diagnostische Kategorie eingeführt war, kam es zu einem Anstieg von Forschungsaktivitäten, die sich jedoch

zunächst auf die primären Opfer von Katastrophen, körperlicher oder auch sexueller Gewalt und Unfällen konzentrierten. Vor allem in den USA und den europäischen Nachbarländern wird seit Jahrzehnten zur Prävalenz und zu Behandlungskonzepten der Posttraumatischen Belastungsstörung geforscht und publiziert. Zunehmend wendet sich die Forschung auch dem Personenkreis zu, der berufsbedingt belastenden Situationen ausgesetzt ist. Dennoch ist die Beteiligung im deutschen Sprachraum, gerade was den Bereich der Polizei betrifft, noch relativ gering (ausgewählte Studien zu PTSD und Polizei werden noch genauer beschrieben).

1.2. Definition von Traumata, Epidemiologie und Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV

Traumatische Ereignisse sind im Gegensatz zu gewöhnlichen psychosozialen Belastungen dadurch charakterisiert, dass sie die Betroffenen mit existenziellen Bedrohungen konfrontieren (Teegen, 2001), wie z.B. das Erleben oder Miterleben von Unfällen, körperlicher Gewalt, Kriegseinsätzen oder auch Vergewaltigungen und Geiselnahmen. Nach dem DSM-IV (APA, 1994; dt. Übersetzung Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) sind traumatische Ereignisse als solche definiert, bei denen eine Person mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod bzw. einer Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderen Person konfrontiert wird. Die Person erlebt dabei intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Im ersten Teil der Definition (A1-Kriterium) wird die objektive Bedingung einer existenziellen Bedrohung der Person selbst oder einer anderen Person zum Ausdruck gebracht, im zweiten Teil (A2-Kriterium) die subjektive Bewertung des Betroffenen in Form einer starken emotionalen Reaktion als Folge des Ereignisses. Das DSM-III-R (APA, 1987) enthielt nur die Bedingung, dass das Ereignis „außerhalb der üblichen Erfahrung liegend“ sein musste. Sie wurde aufgrund der Willkürlichkeit der Beurteilung revidiert, welche Ereignisse „außerhalb“ oder „innerhalb“ der „üblichen Erfahrung“ liegen, aber auch aufgrund von Befunden, die zeigten, dass traumatische Ereignisse vergleichsweise häufig auftraten und demnach nicht „außerhalb der üblichen Erfahrung“ liegen.

Die epidemiologischen Daten, die zur Post-Traumatic-Stress-Disorder vorliegen, stammen überwiegend aus den USA und haben die DSM-Kriterien verwendet. In einer großen US-amerikanischen Studie zur Häufigkeit traumatischer Ereignisse nach DSM-III-R Kriterien fanden Kessler et al. (1995) heraus, dass 61% der Männer und 51% der Frauen mindestens ein traumati-

sches Erlebnis in ihrem Leben hatten. Stein et al. (1997) kamen zu dem Ergebnis, gemessen mit den DSM-IV Kriterien, dass 81% der Männer und 74% der Frauen traumatische Ereignisse erlebten. Das Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) nach einem Erlebnis zu entwickeln haben bei Kessler et al. (1995) 8% der Männer und 20% der Frauen, bei anderen Untersuchungen (Breslau et al. 1991, 1997) liegt das Gesamtrisiko bei 24%, 13% der Männer und 30% der Frauen sind davon betroffen (aus Ehlers, 1999). Die Lebenszeitprävalenz für die PTB liegt laut DSM-IV in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1-14%, wobei sich die Schwankungen durch die Auswahl der Erfassungsmethoden und der untersuchten Stichproben ergeben haben. Kessler et al. (1995) fanden zum Beispiel eine Lebenszeitprävalenz der PTB von 7.8% mit starken Geschlechterdifferenzen (Männer 5.0%, Frauen 10.4%).

Die Häufigkeit der PTB hängt wiederum von der Art eines Traumas ab. Maerker (1997) schreibt von der bewährten Unterteilung nach menschlich verursachten, gegenüber zufälligen Traumata und kurz-(Typ I) oder langfristigen (Typ II) Traumata (siehe Übersicht 1).

Es hat sich gezeigt, dass die Traumata vom Typ II und die menschlich verursachten Traumata (z.B. Vergewaltigungen, kriminelle und zivile Gewalterlebnisse und sexueller Missbrauch) in vielen Fällen zu stärkeren und schlimmeren psychischen Folgen geführt haben.

Typ I Trauma (kurzdauernde traumatische Ereignisse)	Typ II Trauma (langdauernde, wiederholte Traumata)
<ul style="list-style-type: none"> - Naturkatastrophen - Unfälle - Technische Katastrophen - Kriminelle Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme, Überfälle, Schusswechsel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit - Folter und politische Inhaftierung - Massenvernichtung (z.B. KZ-Haft)

Übersicht 1: Unterteilung Typ I- und Typ II-Traumata (aus: Maerker, 1997, S.6)

Die Traumata von Typ-I zeichnen sich meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung aus, wogegen Typ-II Traumata durch Serien verschiedener Einzelereignisse gekennzeichnet sind, die sich auch im weiteren Verlauf des traumatischen Geschehens nur kaum vorhersagen lassen. Für beide Traumata-Typen werden die gleichen Symptome beschrieben.

Diese epidemiologischen Studien zeigen, dass ca. $\frac{3}{4}$ aller untersuchten Personen mindestens einmal im Leben einem traumatischen Lebensereignis ausgesetzt sind, die Lebenszeitinzidenz einer

Posttraumatischen Belastungsstörung jedoch nach einem Trauma nur bei ca. 8-9% liegt, was bedeuten würde, dass die Entwicklung einer solchen Störung eher die Ausnahme als die Regel darstellt.

Die charakteristischen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung sind:

- Intrusionen, d.h. das ungewollte Wiedererleben von Aspekten des Traumas auf verschiedene Arten und mit großer Realitätsnähe, z.B. in Form von belastenden Erinnerungen verschiedener Sinnesqualitäten oder auch Flashbacks und Alpträumen, die sich auch im Wachzustand durch ihr willkürliches Auftreten auszeichnen und von den Betroffenen gewöhnlich als unangenehm und belastend, beängstigend erlebt werden.
- auftretendes Vermeidungsverhalten in unterschiedlichster Form, um der Belastung durch Intrusionen zu entgehen, wie z.B. die aktive Vermeidung externaler Hinweisreize (Orte, Menschen, Aktivitäten), die an das Ereignis erinnern, oder der Unterdrückung von Gedanken und Gefühlen, die in Verbindung mit dem Trauma stehen.
- starke Emotionen und autonome Übererregung, die sich in Form von Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit, von Schlafstörungen oder auch Konzentrationsschwierigkeiten äußern.

Die genauen diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV (Saß et al. 1996) sind:

Kriterium A:

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

- ◆ Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderen Personen beinhaltet.
- ◆ Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Kriterium B:

Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- ◆ Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken und Wahrnehmungen umfassen können (Intrusion)
- ◆ Wiederkehrende, belastende Träume
- ◆ Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt (Nachhallerlebnisse)
- ◆ Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen und externalen Hinweisreizen
- ◆ Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen

Kriterium C:

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der Reagibilität (mind. 3 Symptome notwendig) :

- ◆ Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen (über das Trauma)
- ◆ Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten und Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- ◆ Unfähigkeit wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- ◆ Deutlich vermindertes Interesse/Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- ◆ Gefühl der Entfremdung, Losgelöstheit anderen gegenüber
- ◆ Eingeschränkter Affektspielraum
- ◆ Gefühl einer eingeschränkten Zukunft

Kriterium D:

Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (mind. 2 Symptome notwendig) :

- ◆ Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- ◆ Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- ◆ Konzentrationsschwierigkeiten
- ◆ Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- ◆ Übertriebene Schreckreaktionen

Kriterium E & F

- ◆ Kriterium E:
Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C & D) dauert länger als einen Monat.
- ◆ Kriterium F:
Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme ob:

- | | |
|---------------------|--|
| akut: | Symptome dauern weniger als 3 Monate an. |
| chronisch: | Symptome dauern länger als 3 Monate an. |
| verzögerter Beginn: | Der Beginn der Symptome liegt mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor. |

Übersicht 2: Diagnostische Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV

Das DSM-IV unterscheidet verschiedene Formen der Posttraumatischen Belastungsstörung:

Akute vs. chronische Form der PTB: Dauern die Symptome länger als 3 Monate an, spricht man von der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Diagnose einer akuten Störung wird vergeben, wenn die Symptome bis zu 3 Monaten andauern. Diese Unterscheidung wurde zunächst aufgrund der vermuteten hohen Spontanremissionsrate innerhalb der ersten 3 Monate vorgenommen, erscheint jedoch aufgrund neuerer Befunde (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995; Ehlert, 1999) eher willkürlich.

Verzögerter Beginn der PTB: Sollten die Symptome erstmalig 6 Monaten nach dem Ereignis auftreten, wird im DSM-IV die seltenere Form der PTB mit verzögertem Beginn aufgeführt.

Gelegentlich wird auch die Unterscheidung in primäre und sekundäre PTB getroffen (Wagner, Heinrichs & Ehler, 1998, 1999). Eine primäre PTB ist dabei direkt mit der Konfrontation traumatischer Ereignisse als Opfer assoziiert. Eine sekundäre PTB wird durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis ausgelöst, das einer anderen Person widerfahren ist, d.h. sie entsteht meist durch den Versuch einer anderen leidenden oder traumatisierenden Person zu helfen (Wagner et al. 1999).

In der letzten Zeit ist die Erfassung der partiellen oder auch subsyndromalen PTB in empirischen Studien (z.B. Carlier & Gersons, 1995, Teegen et al. 1997) zunehmend relevanter geworden. Die partielle, subsyndromale PTB beschreibt eine Symptomatik, die geringfügig unterhalb der Schwelle der Diagnose der vollständigen PTB zu finden ist. Die Definition der subsyndromalen, partiellen PTB ist allerdings sehr unterschiedlich (Schützwohl & Maerker, 1999). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die eher konservativere Methode gewählt, in dem dann von einer partiellen PTB gesprochen wird, wenn mindestens 2 der 3 Symptomcluster (B, C oder D) erfüllt sind. Kriterium E weist darauf hin, dass zeitlich unmittelbare psychische Folgen auf ein traumatisches Ereignis (Stunden bis Tage) nicht als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, sondern sich im DSM-IV als „Akute Belastungsstörung“ wiederfinden. In den meisten Fällen treten die Symptome sofort nach dem belastenden Ereignis auf und remittieren in ca. 50% der Fälle innerhalb des ersten Jahres ohne Behandlung. Bei ca. einem Drittel der Personen, die ein Störungsbild entwickeln, ist mit einem chronischen Verlauf zu rechnen (Kessler et al., 1995) und das Risiko eines chronischen Verlaufs der Erkrankung ist umso höher, je schwerer die anfänglichen Symptome sind (z.B. Ehlers et al., 1998). Ob nun ein Mensch aufgrund eines oder mehrerer traumatischer Erlebnisse an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt oder bewältigt, hängt von unterschiedlichen Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren und auch der biologischen Vulnerabilität ab.

1.3. Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren

Die Entstehung und Schwere von PTBS-Symptomen scheinen durch Art und Ausmaß der Traumexposition wie auch zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren abhängig zu sein. Als Risi-

kofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung sind unter anderem folgende Punkte maßgeblich beteiligt:

- Merkmale der Person: Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, frühere belastende Erfahrungen, frühere psychische Störungen, niedrige sozialökonomische Schicht (aus Maerker, 1997, S. 37)
- Ereignisfaktoren: Dauer und Häufigkeit des Traumas, Schwere des Traumas, Unerwartetheit des Geschehens, Kontrollierbarkeit der Situation

Einer Metaanalyse von Brewin et al. (2000) zufolge sind hierbei unter anderem ein geringes Einkommen und Bildungsniveau, ein geringes Lebensalter (Kindheit, Adoleszenz), eventuelle frühere psychische Erkrankungen und mangelnde soziale Unterstützung nach dem Ereignis (aus Teegen, 2003) ausschlaggebend.

Dass auch die Ereignisfaktoren z.T. einen unmittelbaren Einfluss auf die Entstehung posttraumatischer Störungen haben können, zeigen nicht nur empirische Studien (Foa et al. 1992; March, 1993; Ehlers, 1997), sondern auch die berufliche Erfahrung bei Betreuungen von Kollegen nach belastenden Einsätzen. Konnten sie sich auf eine Situation vorbereiten und hatten sie unmittelbare Kontrolle in der Ereignissituation, war die Verarbeitung wesentlich leichter und die Beamten berichteten über weniger Beschwerden und Probleme. Tritt das Ereignis unerwartet ein, wiederholt auf oder dauert lange an und ist es eventuell mit einer Lebensbedrohung verbunden, so ist die Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln erhöht.

Schutzfaktoren haben einen günstigen Einfluss darauf, dass traumatisierende Erlebnisse ohne psychische Störung überstanden werden können. Dazu zählen:

- Kohärenzsinn: Unter dem Kohärenzgefühl ist die Fähigkeit zu verstehen, das Geschehen kognitiv einzuordnen, dem Erlebten einen Sinn geben zu können (Antonovsky, 1987), welches durch die Komponenten „Überschaubarkeit“, d.h. der Erwartung, dass innere wie auch äußere Reize, bzw. auch Entwicklungen zu ordnen und zu überschauen sind, der „Handhabbarkeit“, d.h. Situationen aus eigener Kraft oder mit der Unterstützung anderer zu bewältigen sind und der „Sinnhaftigkeit“, der Überzeugung, dass künftige Aufgaben sinnvoll sind.

- Soziale Unterstützung: Wie schon beschrieben, ist die mangelnde soziale Unterstützung nach einem Ereignis ein Risikofaktor, d.h. je höher der Grad der sozialen Unterstützung nach einem Trauma, desto geringer ist die Ausbildung von PTSD-Symptomen (Solomon et al., 1988).
- Bewältigungsprozesse: Als weiteren Schutzfaktor sind Bewältigungsprozesse und -anstrengungen anzusehen. Bewältigungsstile, die mit persönlicher Offenheit und der Offenlegung des Traumas einhergehen, haben einen protektiven Einfluss. Pennebaker et al. (1989) konnten zeigen, dass das Reden über das Trauma die subjektive Befindlichkeit verbessert (aus Maerker, 1997).

Maerker (1997) hat alle diese Faktoren in einem Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen anschaulich dargestellt:

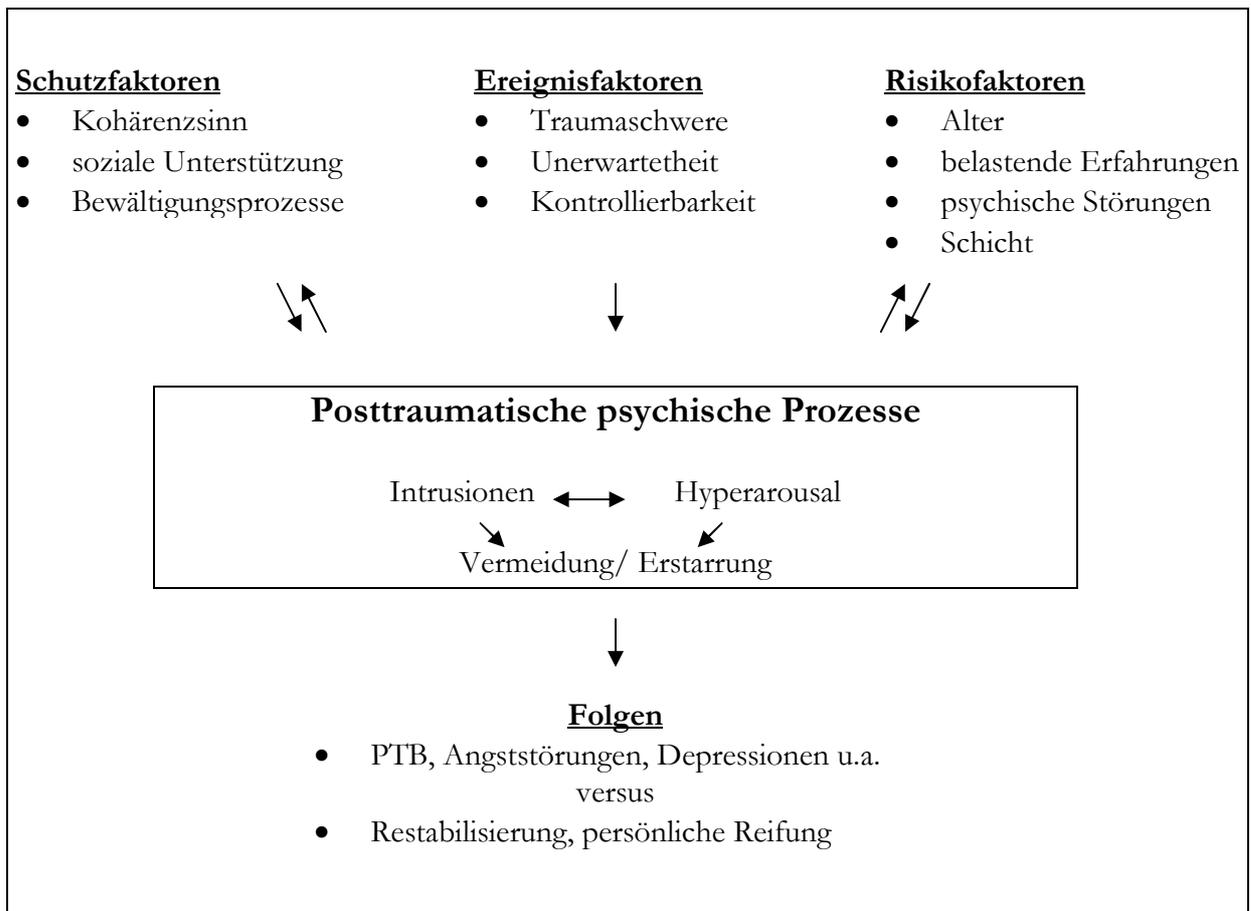


Abbildung 1: Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (aus Maerker, 1997, S.34)

1.4. Biologische Mechanismen und Störungen der Informationsverarbeitung

Die folgende Abbildung gibt zunächst einen schematischen Überblick über die neuronalen Strukturen, die am Aufbau des deklarativen Gedächtnisses beteiligt sind. Zudem zeigt sie, welche Veränderungen der in diesem System interagierenden Strukturen nach einem psychotraumatisierenden Erlebnis angenommen werden.

Das deklarative oder auch explizite Gedächtnis beinhaltet zum einen das autobiographische (oder episodische) Gedächtnis, welches autobiographische Fakten oder Ereignisse beinhaltet und zum anderen das semantische Gedächtnis, in dem unter anderem Faktenwissen und das Wissen über allgemeine Zusammenhänge gespeichert sind. Das limbische System, insbesondere der Hippocampus und die Amygdala sowie neokortikale Strukturen spielen bei der Enkodierung und Konsolidierung autobiographischer sowie semantischer Gedächtnisinhalte eine wichtige Rolle. Unter mäßiggradigem Stress scheint eine stärkere Aktivierung der Amygdala eine etwas verbesserte Erinnerungsfähigkeit (des Hippocampus) für die Informationen zu bewirken.

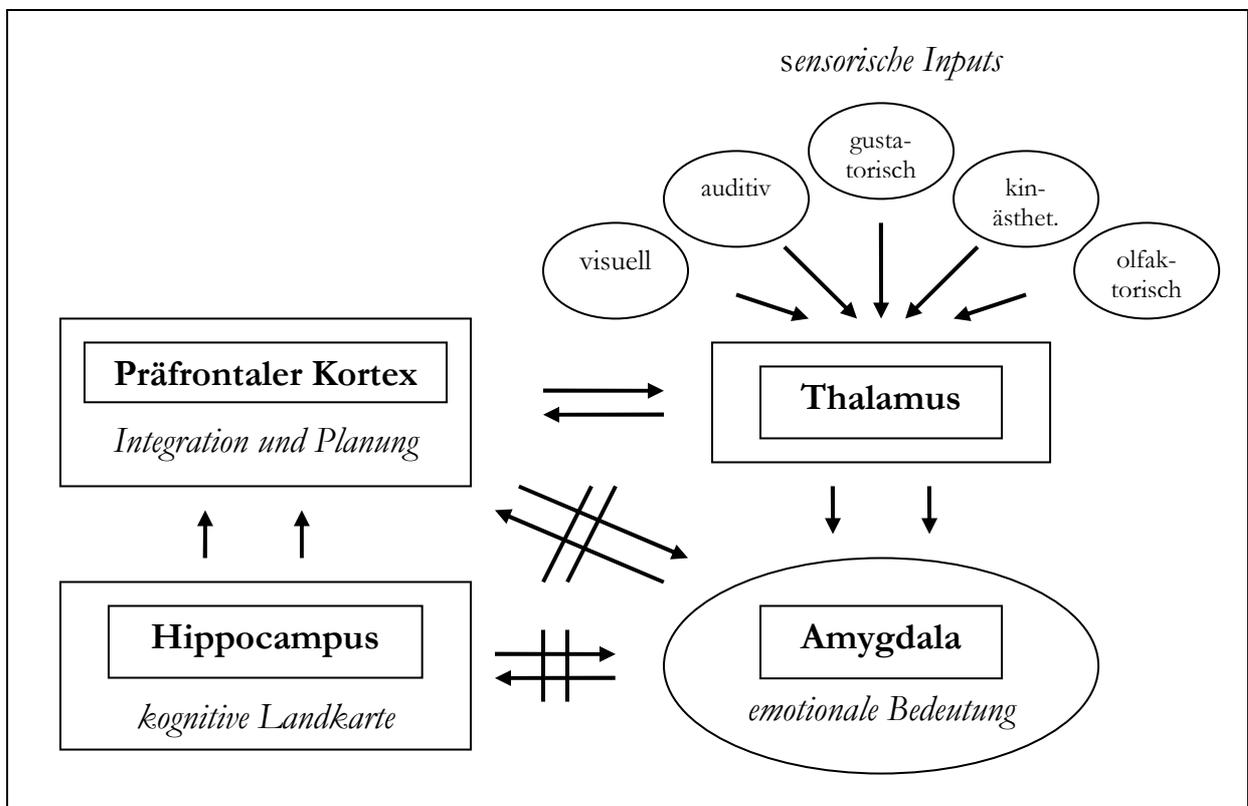


Abbildung 2: Interagierende neuronale Strukturen und ihre Hauptfunktionen, die am Aufbau des deklarativen Gedächtnisses beteiligt sind (aus Hinkeldey & Fischer, 2002)

Bei lebensbedrohlichen Ereignissen wird dieser kontinuierliche Fluss von Informationen zu ihren Verarbeitungszentren unter anderem durch die den Organismus mobilisierenden Neurohormonen unterbrochen. Cortisol und CRH können zum Beispiel aufgrund kurzfristiger Überstimulation einen neurotoxischen Effekt auf den Hippocampus haben und amnestische Symptome bewirken. Die von der Umgebung eintreffende sensorische Information (visuell, auditiv, kinästhetisch usw.) wird zunächst in tiefer gelegenen Strukturen des Gehirns abgebildet, wobei eine erste Verarbeitung von Eigenschaften eines Stimulus (z.B. Farbe, Form usw.) bereits auf der Ebene des Thalamus erfolgt, bevor sie zum Kortex weitergeleitet und dort in den kortikalen Assoziationsfeldern als Objekte erkannt werden.

Um Umgebungsreize adäquat zu kategorisieren und kontextualisieren, ist der Input des Hippocampus zur Amygdala sehr wichtig. Zur Bewertung externer (voraussichtlich auch interner) Reize treffen Informationen aus dem präfrontalen Kortex in die Amygdala ein. Sie überwacht, ob zuvor gezeigte Reaktionen auf einen Reiz oder eine Reizkonstellation noch angemessen sind oder nicht. Nach Armony & LeDoux (1997) hat der mediale präfrontale Kortex eine wichtige Funktion bei der Löschung von Furchtreaktionen. Sie nehmen an, dass infolge einer psychischen Traumatisierung bzw. einer extremen emotionalen Erregung wahrscheinlich das neuronale System entgleist, welches normalerweise der Amygdala Informationen vom sensorischen Kortex, vom Hippocampus, vom sensorischen Thalamus und vom medialen präfrontalen Kortex übermittelt. Nach van der Kolk (1996b) wird bei extremer emotionaler Erregung die Verbindung zum Hippocampus unterbrochen, was dazu führt, dass Informationen ohne zeitlichen und räumlichen Kontext als somatosensorische oder affektive Erlebniszustände gespeichert werden. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren weisen daraufhin, dass die Verhinderung von Langzeitengrammbildung von Gedächtnisinhalten und deren explizites Erinnern nicht nur mit den Funktionsbeeinträchtigungen von Strukturen des limbischen Systems und der präfrontalen Kortexanteile verbunden ist, sondern dass bei Provokation mit Erinnerungen an traumatische Erfahrungen auch die Aktivierung der vorderen Sprachregion (Broca-Areal) herabgesetzt ist. Bei dieser Untersuchung wurden bei acht Opfern unterschiedlicher Traumatisierung traumatische Erinnerungen ausgelöst. Mit Hilfe des PET wurde festgehalten in welchen Bereichen des Gehirns ein erhöhter Glucose-Verbrauch auftrat. Im Wesentlichen war die rechte Hirnseite, besonders die Regionen, die in der Verarbeitung emotionaler Informationen wichtig sind, aktiviert. In der linken inferioren Frontalregion kam es gleichzeitig zu einer signifikanten Abnahme der Aktivität. Dies würde die Schwierigkeit traumatisierter Patienten erklären, ihre Erfahrungen zu verbalisieren. Bei Opfern schwerer Traumatisierung kommt es laut bisherigen Untersuchungen wahrscheinlich zu einer Entkopplung wichtiger Funkti-

onsbereiche der beiden Hemisphären des Gehirns, die traumatische Erinnerung zu einer Art fragmentierten Erinnerung macht, d.h. dass traumatische Erinnerungen zunächst in verschiedenen, voneinander dissoziierten Sinnesmodalitäten auftreten (van der Kolk & Fisler, 1995).

2. Belastungen und Polizei

Innerhalb der Allgemeinbevölkerung existieren Subgruppen, die ein hohes Risiko für eine Traumatisierung und eine möglicherweise erhöhte Prävalenz für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung haben. Wie schon unter Punkt 1.1. geschrieben, konzentrierte sich die Forschung zur Posttraumatischen Belastungsstörung zunächst nur auf die primären Opfer traumatisierender Erlebnisse. Erst nach und nach wurde sich der Personengruppe zugewandt, die durch ihre berufliche Tätigkeit traumatischen Situationen ausgesetzt sind (kurze Übersicht zu internationalen Studien in Teegen et al. 1997). Gerade im deutschen Sprachraum gibt es bislang nur wenige Veröffentlichungen zu Belastungen und Stress für den Berufszweig der Polizei. Im folgenden Abschnitt werden einige dieser Untersuchungen zusammenfassend dargestellt, wobei einige ausgewählte Studien, die sich mit der Thematik der PTB und dem Polizeiberuf auseinandersetzen, ausführlicher behandelt werden.

2.1. Untersuchungen zu Belastungen und Stresssituationen im Polizeidienst

Der polizeiliche „Schusswaffengebrauch im Dienst“ wurde auf die Frage „Wie stark belastend empfinden Sie die folgenden Situationen, in die Sie in Ihrem Dienst kommen können, als für Sie persönlich belastend?“ von 78,7% der 2552 befragten Polizeibeamten (Peinelt Institut, Mitarbeiterbefragung Polizeipräsidium München, 1999) als „stark“ bis „sehr stark belastend“ eingestuft, gefolgt von dem „Überbringen einer Todesnachricht“ mit 72,7% und dem „Schweren Unglück mit Toten und Verletzten“ mit 65,7%. Die weiter vorgegebenen Situationen wurden überwiegend als „wenig stark“ bis „nicht“ belastend angegeben.

Um die Frage zu klären, welche Tätigkeitsfelder für den Polizisten belastend wirken, hat Scheler (1982) eine Rangreihe der Stressbelastungen von Polizeibeamten aufgestellt. An den obersten Stellen rangierten „Schusswaffengebrauch“, „Überbringung einer Todesnachricht“ oder die „Durchsuchung nach gefährlichen Gewalttätern“. Als weniger belastende, stressige Situationen wurden „Vernehmungen“ oder auch „Schreibkram“ angegeben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Spiegelhalter (1996) und Großer (1997), wobei bei allen diesbezüglichen Untersuchungen die Kollegen die Belastungen der vorgegebenen Ereignisse aufgrund ihrer Vorstellung einschätzen sollten.

Wagner (1986) bildete daraufhin einen Belastungsindex aus Stärke der eingeschätzten Belastung und der mittleren Häufigkeit des Vorkommens der Ereignisse. An oberer Stelle rangierten daraufhin „Umgang mit aggressiven Personen“, „Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten“, „Schreibkram“ aber auch „Organisationsmängel“. Der Schusswaffengebrauch befand sich bei dieser Untersuchung in der Rangreihe weit hinten. Eggers (1999) hat diese in seinem Artikel zusammengefasst und führt noch weitere Belastungen auf, die vor allem in bestimmten Tätigkeitsfeldern (z.B. Todesermittlern) aufkommen können. Bei einer Untersuchung zu psychischen Belastungen von Todesermittlern kam Gercke (1998) mit einem selbstentwickelten Fragebogen zu dem Ergebnis, dass insbesondere in den Komplexen Gerüche, Extremliechen, tragische Umstände und Kinderleichen die subjektiv empfundene Belastung am größten ist. Es wurde jedoch keine klinische Zuordnung zur Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung getroffen. Hallenberger & Mueller (2000) untersuchten 100 Beamte (50 Aufstiegsbeamte, 50 Kommissaranwärter) vor Aufnahme des Studiums an der FHöV (Fachhochschule für öffentliche Verwaltung) zum gehobenen Dienst, um Anhaltspunkte darüber zu erhalten, welche Situationen Stress bzw. Hochstress darstellen und wie damit umgegangen werden kann. Sie kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die vielfältigen Stressquellen des Polizeiberufs in zwei Bereiche eingeteilt werden können. Zum einen in den täglichen Berufsstress, wie z.B. Arbeitsbedingungen (Schichtdienst, Wochenenddienste, hohe Arbeitsbelastung) sowie den innerdienstlichen Aspekten (Zusammenarbeit, Arbeitsklima, Führung) und zum anderen in den Bereich des Erlebens von Gewalt, Verletzung und Tod. Sie geben an, dass letzteres zu akuten oder posttraumatischen Belastungsstörungen führen kann, wobei dies nicht explizit untersucht wurde.

2.2. Studien zu traumatischen Erlebnissen und der Berufsgruppe Polizei

In der deutschsprachigen Literatur gibt es bislang wenige Untersuchungen zu traumatischen Erlebnissen und dem Polizeiberuf. Gasch (1998) kam in ihrer Pilotstudie zu psychischen Traumata und Polizeidienst zu dem Ergebnis, dass noch 18.1% (n=210) der Polizeibeamten extrem hohe Belastungswerte haben, und nimmt an, dass ein PTSD mit hoher Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren sei. Die Wirkung der traumatisierenden Ereignisse erfasste sie mit einem extra dafür entwickelten Fragebogen, der 16-Items umfasste. In ihrer Untersuchung (Gasch, 2000) mit 528 Polizeibeamten aus Baden-Württemberg stellte sie fest, dass 28.7% zum Erhebungszeitraum das Vollbild

einer PTB aufwiesen. Zusätzlich wurde bei 63.4% eine derzeitige partielle Belastungsstörung diagnostiziert. Im internationalen Vergleich fällt diese Rate jedoch sehr hoch aus, sicher auch dadurch, da das Zeit-, Beeinträchtigungs- und subjektive Traumakriterium keine explizite Berücksichtigung fand. Die Rücklaufquote lag bei dieser Untersuchung bei ca. 53%. In Österreich untersuchte Steinbauer (2001) belastende Ereignisse im Polizeidienst, wobei von ihr keine genaue Zuordnung zu den diagnostischen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung getroffen werden konnte, jedoch 40% (n=91) der Befragten angaben, ihre Probleme nicht bzw. nur teilweise verarbeiten zu können. Wie viele dieser unter einem Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung leiden würden, bleibt offen. Ergebnisse einer Untersuchung der physischen und psychischen Gesundheit der Kantonspolizei von St. Gallen (Vejmola, 2001), in der auch eine Zuordnung zu Diagnose PTSD möglich sein soll, stehen noch aus bzw. sind mir derzeit nicht zugänglich. Diesbezüglich sind die Untersuchungen von Teegen et al. (1997; 1999) sehr aufschlussreich. Sie untersuchte 155 Kollegen an Hamburger Polizeiwachen, vornehmlich in sozial schwachen Gebieten mit hoher Kriminalitätsentwicklung. Unter anderem benutzte sie die PDS (Foa et al. 1993) wie auch 5 Subskalen der SCL-90R von Franke (1995). Sie kam zu dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 5% der Polizisten eine vollausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung und bei 15% eine subsyndromale PTBS festgestellt werden konnte. Zudem sind akut und chronisch hochbelastete Personen signifikant häufiger in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt. Insgesamt weisen sie auch bei den einzelnen Subskalen der SCL-90R höhere Werte auf als weniger belastete Kollegen. Leider hatte diese Untersuchung nur eine geringe Rücklaufquote von ca. 31%. Weitere Untersuchungen außerhalb deutschsprachiger Länder wurden von Teegen (2003) aufgeführt. Dabei zeigte sich in den Niederlanden bei einer Befragung von 262 Kollegen bei 7% das Vollbild und bei 34% eine partielle posttraumatische Belastungsstörung (Carlier et al., 1997). Robinson et al. (1997) befragte 105 Polizisten in den USA. 13% litten unter dem Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei anderen von Teegen aufgeführten Untersuchungen wurden spezifische Gruppen von Kollegen befragt. Gersons (1989) untersuchte dabei 37 Polizisten, die von der Schusswaffe Gebrauch machen mussten. 19 % der Befragten leiden unter einer PTBS. Bei der Untersuchung einer Spezialeinheit in Süd-Afrika wurde von 55 befragten Kollegen bei fast der Hälfte eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt (Kopel & Friedman, 1997). Die neueste Untersuchung von Sommer (2003), die 398 Thüringer Polizeibeamte befragte, berichtet davon, dass 4.3% der Befragten unter dem Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Einer Untersuchung in Österreich zufolge leiden 12.2% der Exekutivbeamten an einer PTB und 27.6% an einer partiellen PTB (Krampl, 2003). Unklar bei dieser Studie ist jedoch, inwieweit das A-Kriterium in die

Auswertung mit eingeflossen ist. Bei den psychischen Beeinträchtigungen, gemessen mit der SCL-90-R, zeigten sich auf allen Skalen bei den PTB-diagnostizierten Kollegen signifikant höhere Werte. Letztlich sind jedoch 3 Untersuchungen (Teegen, 1997; Gasch, 2000; Sommer, 2003) für die deutsche Polizei interessant und miteinander vergleichbar, da bei den anderen ausländischen Studien z. T. Spezialkräfte befragt wurden bzw. die Einsatzeinheiten, die Tätigkeitsfelder, die Ausbildung der Beamten und die Rechtssysteme der Länder nicht identisch mit denen der deutschen Systeme sind. Die Ergebnisse einiger Artikel zur Berufsgruppe Polizei und Posttraumatischer Belastungsstörung zeigt folgende Übersicht:

Studie	Stichprobe	Ergebnisse
Martin, McKean & Veltkamp (1986)	N=53 Polizisten aus den USA	26% Vollbild einer PTB
Gersons (1989)	N=37 Polizisten nach Schusswaffengebrauch	19% Vollbild einer PTB
Carlier et al. (1997)	N=262 Polizisten aus den Niederlanden	7% Vollbild einer PTB 34% partielle PTB
Teegen et al. (1997)	N=155 Polizisten Hamburg	5% Vollbild PTB 15% partielle PTB
Kopel & Friedmann (1997)	N=55 Polizisten Spezialeinheit Süd-Afrika	Fast die Hälfte erhielt Diagnose PTB
Robinson et al. (1997)	N=105 Polizisten aus den USA	13% Vollbild einer PTB
Gasch (2000)	N=528 Polizisten aus Baden-Württemberg	28.7% PTB 63.4% partielle PTB
Sommer (2003)	N=398 Polizisten aus Thüringen	4.3% PTB 3.6% partielle PTB 1.2% akute PTB
Krampl (2003)	N=272 Polizei & Gendarmerie in Österreich	12.2% PTB 27.6% partielle PTB

Übersicht 3: Darstellung einiger Studien über PTB und Berufsgruppe Polizei

2.3. Probleme bei Untersuchungen berufsbedingter Traumatisierung und posttraumatischer Belastungsstörung in der Polizei

Abschließend wird hier noch einmal kurz auf die Schwierigkeiten bei empirischen Studien zur Thematik psychischer Belastungen im Berufsfeld Polizei eingegangen. Die im vorherigen Abschnitt aufgezeigten Studien aus Deutschland hatten bis auf die Thüringer Untersuchung (Sommer, 2003) Rücklaufquoten von 31%, bzw. 53%. Es ist sehr schwierig, überhaupt Probanden der Zielgruppe für eine Teilnahme an einer solchen Studie zu bewegen. Einerseits erscheint dies schwierig für Forscher außerhalb der Organisation, die die Polizei als geschlossene Einheit erkennen müssen und die es „eindringenden Forschern“ erschwert Informationen zu erhalten, die sich möglicherweise negativ auf das Image der Polizei auswirken könnten. Für Untersucher innerhalb der Organisation, d. h. Wissenschaftler, die der Organisation angehören ist womöglich die Rücklaufquote weniger das Problem. Sie können direkt zu den Beamten gehen und die Fragebögen verteilen. Hierbei bestehen von Seiten der Untersuchten die Angst, dass Informationen, die gegeben wurden, an den Dienstherren bzw. die Vorgesetzten zurückfließen und sich negativ auf die Beurteilung der Kollegen auswirken könnten. Dementsprechend kann es sein, dass soziodemographische Daten wie auch berufliche Beeinträchtigungen nur unzulänglich ausgefüllt werden.

Ein weiteres Problem bei Untersuchungen mit dieser Berufsgruppe hängt unter anderem auch mit dem Rollenverständnis eines maskulinen, harten und durch nichts zu erschütternden Helfers zusammen (Pieper & Maerker, 1999). Das Zeigen von emotionalen Reaktionen auf Ereignisse ist nicht rollenkonform und es besteht die subjektive Meinung, dass dies als Schwäche interpretiert werden könnte (Reiser & Geiger, 1984; Wagner et al., 2001). Auch andere Autoren haben auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die bei Polizisten und anderen Einsatzkräften auftreten, wenn sie über persönliche Emotionen und Belastungen berichten sollen (Brown, Fielding & Grover, 1999; Miller 1995).

Demzufolge ist eine geringe Rücklaufquote nachvollziehbar, wie auch ein gewisses Unbehagen der Einsatzkräfte bei solchen Untersuchungen und wissenschaftlichen Studien zu traumatisierenden Erlebnissen und psychischer Befindlichkeit teilzunehmen.

3. Zielsetzungen und Fragestellungen der Arbeit

Das primäre Ziel der hier vorgestellten Untersuchung besteht in der Ermittlung der Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei bayerischen Polizeibeamten. Es wurden sowohl Kollegen aus Großstadtbereichen wie auch aus dem ländlichen Umfeld befragt, um eine Aussage für die gesamte bayerische Polizei treffen zu können.

Die Beamten wurden nicht für jedes erlebte Ereignis nach ihrem Befinden gefragt, sondern sollten aus Gründen der Effektivität aus einer vorgegeben Liste das Ereignis auswählen, welches für sie als am belastendsten empfunden wurde. Zunächst wurde ermittelt, ob das Ereignis den Stresskriterien des DSM-IV entspricht und ob sich gegebenenfalls posttraumatische Symptome entwickelt haben.

Aus dieser Zielstellung und den dargestellten Literaturbefunden ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie hoch ist die Häufigkeit des Erlebens potentiell traumatisierender Ereignisse bei den bayerischen Polizeibeamten?
2. Wie hoch ist die Prävalenzrate der Posttraumatischen Belastungsstörung bei bayerischen Polizeibeamten?
3. Inwieweit zeigen sich Änderungen in der Symptomatik im Verlauf der Jahre?
4. Welche Ereignisse sind „Risikoereignisse“ für Polizeibeamte, d.h. Ereignisse, die eine Entwicklung posttraumatischer Symptome begünstigen?
5. Haben die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung des DSM-IV für die Berufsgruppe der Polizei ihre Gültigkeit?

Als Risikofaktoren bei der Entwicklung posttraumatischer Symptome werden unter anderem auch das Alter, frühere belastende Erfahrungen oder das Geschlecht mit aufgeführt. Daraus ergeben sich für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellungen:

6. Sind soziodemographische Daten wie z.B. das Alter, das Geschlecht, der Familienstand oder das Dienstalder, der Dienstrang, der Dienstort Einflussfaktoren bei der Entwicklung posttraumatischer Symptome?

Als Schutzfaktoren werden in der Literatur u.a. auch die soziale Unterstützung bzw. das Reden über das Erlebte aufgeführt. Folgende Fragestellungen sind hierbei von Interesse:

7. Polizeibeamte, die betreut wurden, bzw. die Möglichkeit nutzten, über das Ereignis zu sprechen, sind weniger gefährdet eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.
8. Hat die Teilnahme an einem PAKET-Training oder einem sonstigen Stressbewältigungskurs einen Einfluss auf die Entwicklung von Symptomen?
9. Haben belastete Kollegen andere Stressbewältigungstechniken als unbelastete Kollegen?

Teegen (1997) führte in ihrer Untersuchung auf, dass sich belastete Polizeibeamte in ihrer Befindlichkeit signifikant von unbelastenden Kollegen durch höhere Werte unterscheiden. Daraus ergibt sich folgende Hypothese und Fragestellung:

10. Belastete Kollegen sind in ihrer subjektiven Befindlichkeit stärker beeinträchtigt als unbelastete Kollegen.
11. In welchen Subskalen manifestieren sich eventuelle Unterschiede?

4. Methodik

4.1. Untersuchungsinstrumente

Die für die Untersuchung verwendeten Fragebögen (siehe Anhang) setzten sich wie folgt zusammen:

1. Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Foa, 1995) von Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996, die für den Polizeibereich etwas modifiziert wurde.
2. Fragen zu soziodemographischen Daten.
3. Zusatzfragen, die die anschließende Betreuung und die Teilnahme an Stressbewältigungsseminaren betreffen.
4. Deutsche Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations, CISS“ (CISS. Endler & Parker, 1990) von Kälin (1995).
5. Deutsche Version des Brief Symptom Inventory (BSI, Kurzform der SCL-90-R, Derogatis, 1993) von Franke (2000).

Alle teilnehmenden Beamten der beiden Studien erhielten jeweils den gleichen Fragebogen, die Beamten der 1. Untersuchung zusammengesetzt aus 1.-3., die der 2. Untersuchung zusammengesetzt aus 1.-5..

4.1.1. Posttraumatic Diagnostic Scale (dt. Übersetzung, Ehlers et al. 1996)

Die deutsche Übersetzung der von Foa et al. (1995) entwickelten „Posttraumatic Diagnostic Scale“ ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches sowohl das Auftreten von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung als auch Reaktionen der Betroffenen auf das traumatisierende Ereignis erfasst. Die PDS stellt eine Nachfolgeversion der auf den DSM-III-R Kriterien basierenden PSS-SR (Posttraumatic Symptom Scale - Self Report; Foa et al. 1993) dar. Mit der PDS wird zudem auch das Vorliegen von Beeinträchtigungen in wichtigen sozialen wie auch beruflichen Funk-

tions- und Lebensbereichen, die durch die Störung verursacht wurden, abgefragt. Dadurch wird nicht nur der Schweregrad der Störung erfasst, sondern der Fragebogen ermöglicht zudem eine Diagnostik nach den Kriterien des DSM-IV. Als Vorteil dieses Fragebogens nennt Schützwohl (1997) im Vergleich zu anderen psychometrischen Verfahren die vollständige Erfassung der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung. Als Nachteil sieht er die noch ausstehenden Untersuchungen zu den Gütekriterien der deutschen Übersetzung an. In der Vorläuferversion des Fragebogens, orientiert am DSM-III-R wurde eine interne Konsistenz des Instruments von 0.92 gefunden, die sich auch weitestgehend in den einzelnen Subskalen „Wiedererleben“ (0.78), „Vermeidung“ (0.84) und „Arousal“ (0.84) zeigt. Für die Test-Retest-Reliabilität der PTB-Diagnose wurde eine Übereinstimmung zwischen den Diagnosen von 87% erreicht. Bei einem zeitlichen Abstand von ca. zwei bis drei Wochen, in denen eine Veränderung der Symptomatik möglich ist, ist dieses Ergebnis durchaus zufrieden stellend. Die konvergente Validität, gemessen mit der Übereinstimmung der Diagnosen mit dem Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID; Spitzer, Williams, Gibbons & First, 1990) erzielt eine prozentuale Übereinstimmung der Diagnosen von 82%. Die Sensitivität der PDS betrug 0.89, die Spezifität 0.75. Diese durchaus akzeptablen psychometrischen Eigenschaften der PDS wurden in einer Validierungsstudie an 248 auf verschiedenste Weise traumatisierten Personen nachgewiesen (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Für den deutschsprachigen Bereich liegen leider noch keine vollständigen Untersuchungen zur Übereinstimmung der Diagnosestellung nach PDS mit gängigen Interviewverfahren vor.

Neben den 17 Symptomen der Komplexe B, C und D des DSM IV, die durch eine Einschätzung der Befragten bezogen auf die letzten vier Wochen auf einer 4-Punkte-Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat) bis 3 (fünf mal oder öfter pro Woche/ fast immer) vorgenommen wird, wird auch das Vorliegen eines Traumas mit Hilfe von Ja – Nein - Antworten erhoben. Diese in der Originalfassung elf verschiedenen Formen der Traumatisierung wurden in der vorliegenden Untersuchung um vier polizeispezifische Erlebnisse und ein weiteres in Beratungsgesprächen häufiger genanntes Erlebnis (drei Erlebnisse betreffen den Schusswaffengebrauch, einmal den dauerhaften Umgang mit Toten, Schwerstverletzten oder Opfern sexueller Gewalt sowie den plötzlichen unerwarteten Tod eines Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person) erweitert, um eines gekürzt (Folter) und z.T. an den Polizeibereich angepasst und leicht verändert. Der Referenzzeitraum bezieht sich auf die letzten vier Wochen. Dabei wird ein Symptom als vorhanden gewertet, wenn es mit einem Punktwert von mindestens 1 angegeben wird. Hiermit ist eine direkte Diagnosestellung nach DSM-IV möglich. Der Schweregrad des Störungsbildes wird über den Mittelwert der 17 Items ermittelt.

Für die exakte Diagnosestellung wird von Steil (2000) eigentlich stets die Anwendung eines strukturierten oder standardisierten klinischen Interviews empfohlen wie z.B. das SKID für das DSM-IV (Wittchen et al., 1997). Die PDS kann ein solches Interview nicht ersetzen, ermöglicht aber potenzielle PTB-Fälle schnell herauszufinden und auch die Schwere der Symptomatik zu quantifizieren. Dabei ist zu beachten, dass Selbstbeurteilungsverfahren wie z.B. die PSS-SR das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung eher konservativ schätzen (Foa et al., 1993), d.h. sie unterschätzen den Anteil der Personen, die die Kriterien einer PTB erfüllen würden.

4.1.2. Soziodemographische Daten

Viele Beamten sehen in der Wahrung der Anonymität Probleme, gerade in den Punkten, die die Beantwortung von Fragen der psychischen Verfassung betrifft. Aufgrund dessen wurden nur folgende soziodemographische Daten erhoben: Geschlecht, Alter (in Altersgruppen), Familienstand, Kinder, Dienstalter, Dienstgrad (alle Dienstgrade des mittleren, gehobenen und höheren Polizeivollzugsdienstes; mPvD, gPvD, hPvD), Dienstbereich (Schutz- oder Kriminalpolizei) und Dienstort (ländlicher Bereich, Stadt im ländlichen Bereich, Großstadt).

4.1.3. Zusatzfragen

Die Zusatzfragen betreffen die Bereiche der nachfolgenden Betreuung nach dem am schlimmsten erlebten Ereignis und die Teilnahme an Seminaren zur Stressbewältigung. Befragt wurden die Kollegen hierbei, ob sie nach einem solchen Ereignis betreut wurden, Hilfe in Anspruch nahmen bzw. die Möglichkeit erhielten oder wahrnahmen über das Ereignis zu sprechen. Dabei ging es zum einen um interne Hilfen wie von Kollegen (z.B. Vorgesetzte, das Beratungsteam des Zentralen Psychologischen Dienstes oder Polizeiseelsorger), aber auch um externe Möglichkeiten das Ereignis nachzubearbeiten mit der Familie, Freunden oder Psychotherapeuten.

Die weiteren zwei Fragen betreffen die Teilnahme externer Schulungsmaßnahmen zur Stressbewältigung (z.B. VHS-Kurs) und/oder die Teilnahme der internen Fortbildungsveranstaltung PAKET (Polizeiliches- Antistress- Kommunikations- und Einsatzbewältigungs- Training). In der

Bayerischen Polizei wird ein 14-tägiges PAKET-Training angeboten, an dem jeder Beamte der Polizei einmal in seiner Dienstzeit teilnehmen sollte. Zudem gibt es ein 1-wöchiges Auffrischungseminar zur gleichen Thematik. Inhalte dieses Seminars sind psychologische Themen wie z.B. Stress und Stressbewältigung, Kommunikation, Handhabung von Konflikten, Informationen zur Posttraumatischen wie auch Akuten Belastungsstörung, die dem Polizisten mit Hilfe von Übungen ermöglichen sollen, mit den Belastungen des Polizeialltags besser umgehen zu können. Aufgrund der großen Anzahl bayerischer Polizisten (ca. 29000) konnten jedoch noch nicht alle Beamten daran teilnehmen.

4.1.4. Coping Inventory for Stressful Situations, CISS (Deutsche Kurzform, Kälin, 1995)

Das in dieser Studie in seiner adaptierten, deutschen Kurzform verwendete „Coping Inventory for Stressful Situations, CISS“ (Kälin, 1995) basiert auf 24 Items, die Kälin aus der 49-Items umfassenden Langform (Semmer, Schade & Tschann-Semmer, 1991) aufgrund von Datenanalysen und inhaltlichen Überlegungen ausgewählt hat. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von (1) „sehr untypisch“ bis (5) „sehr typisch“) soll der Proband angeben, was er typischerweise tut, wenn er unter Stress steht. Nach der Auswertung bietet das CISS 3 Skalen und 2 Subskalen zum Copingverhalten (Übersicht 4). Ein hoher Wert auf der jeweiligen Skala besagt, dass das jeweilige Copingverhalten hoch ausgeprägt ist. Da es sich derzeit um eine Forschungsversion handelt, liegen bislang noch keine Normdaten, sondern nur diverse Vergleichsdaten vor.

Skala 1	Aufgabenorientiertes Coping
Skala 2	Emotionsorientiertes Coping
Skala 3	Vermeidungsorientiertes Coping
- Subskala 3.1	Zerstreuungsorientiertes Coping
- Subskala 3.2	Sozial-ablenkungsorientiertes Coping

Übersicht 4: Die drei Skalen und zwei Subskalen des CISS

4.1.5. Brief Symptom Inventory, BSI (Deutsche Version, Franke, 2000)

Das BSI, Kurzform der SCL-90-R (Derogatis, 1992; Franke 1995), ist ein 53 Fragen umfassendes Selbstbeurteilungsinventar, welches die symptomatische Belastung der Probanden in einem Zeitrahmen von sieben Tagen bis heute erfasst. Mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala kann zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) die individuelle psychische Belastung auf jede einzelne Frage des BSI angegeben werden. Das BSI bietet nach der Auswertung Informationen über die psychische Belastung auf neun Skalen und drei globalen Kennwerten (Übersicht 5), die in ein graphisches Auswertungsblatt übertragen werden können. Der BSI wird eingesetzt, um eine erste Information über das vorliegende Ausmaß der psychischen Belastung zu erhalten – sozusagen als „Screening-Instrument“ (Derogatis et al. 1992).

Skala 1	Somatisierung
Skala 2	Zwanghaftigkeit
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt
Skala 4	Depressivität
Skala 5	Ängstlichkeit
Skala 6	Aggressivität / Feindseligkeit
Skala 7	Phobische Angst
Skala 8	Paranoides Denken
Skala 9	Psychotizismus
GSI	Global Severity Index
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PSI	Positive Symptom Total

Übersicht 5: Die neun Skalen und drei Globalen Kennwerte des BSI

Die einzelnen Skalen werden wie folgt kurz beschrieben (aus dem Testhandbuch, Franke, 2000):

- Somatisierung: Diese Skala bezieht sich auf psychische Belastung, die durch die Wahrnehmung von körperlicher Dysfunktion entsteht. Die Items beschreiben daher einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen.

- Zwanghaftigkeit: Diese Skala beinhaltet Symptome, die eng mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit zusammenhängen, Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Individuum konstant als vorhanden und nicht änderbar erlebt werden.
- Unsicherheit im Sozialkontakt: Sie beschreibt leichte soziale Unsicherheiten bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- Depressivität: Die Items dieser Skala umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren klinisch manifesten Depression.
- Ängstlichkeit: Diese Skala beschreibt körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst, fokussiert auf manifeste Angst mit Spannungen, Zittern, Panikattacken und Schreckgefühlen.
- Aggressivität/Feindseligkeit: Die Skala umfasst Items zu Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.
- Phobische Angst: Die Fragen beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.
- Paranoides Denken: Diese Skala umfasst Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis zu paranoidem Denken.
- Psychotizismus: Die Fragen dieser Skala beschreiben das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden.

Die globalen Kennwerte bieten eine Übersicht über die psychische Belastung auf generellem Niveau und geben Auskunft über das Antwortverhalten, da alle Items mit einbezogen werden. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Vier Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet werden können, geben Anhalt zu Schlafstörungen, schlechtem Appetit, Gedanken an den Tod und Schuldgefühlen.

Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegt zwischen 0.70 und 0.88, die Test-Retest-Reliabilitäten der Skalen und der Globalen Kennwerte zwischen 0.68 und 0.91. Ein Proband gilt als psychisch auffällig, wenn die T-Werte von mindestens 2 Skalen größer/gleich 63 sind oder der TGSI größer oder gleich 63 ist.

Das BSI ist ein Verfahren, das in mehreren wissenschaftlichen Studien zur Thematik Trauma, auch in Untersuchungen der Opfer oder Helfer nach Katastrophen, eingesetzt wurde. Eine Literaturübersicht über diese Studien gibt eine Tabelle im Testhandbuch (S. 63). Der Einsatz des BSI zu einer allgemeinen Untersuchung mit Angehörigen der Polizei in Deutschland ist bislang nicht bekannt.

4.2. Beschreibung der Stichproben

Bei der Bayerischen Polizei waren im Jahre 2002 ca. 29000 Polizeivollzugsbeamte tätig. Sie verteilen sich wie folgt auf die jeweiligen Hierarchiestufen des mittleren, gehobenen und höheren Dienstes:

- ca. 16000 Beamte im mittleren Dienst
- ca. 12650 Beamte im gehobenen Dienst
- ca. 350 Beamte im höheren Dienst

Von den ca. 12650 Beamten im gehobenen Dienst haben ungefähr 80% zunächst im mittleren Dienst bei der Polizei begonnen. Sie sind dann entweder durch ein Studium an der Beamtenfachhochschule oder prüfungsfrei bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen in den gehobenen Dienst aufgestiegen. Der derzeitige Frauenanteil in der bayerischen Polizei liegt bei ungefähr 12-15%. Bei der Ausbildung bzw. Neueinstellung in die Polizei wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Frauenanteilsquote von ca. 40% erreicht. Bei dieser Untersuchung wurden insgesamt 550 Beamte befragt. Die Motivation an der Befragung teilzunehmen war hoch, 94% (517) aller Fragebögen konnten ausgewertet werden, 6% (33) wurden, da sie unzulänglich oder falsch ausgefüllt waren, nicht in die Auswertung miteinbezogen.

4.2.1. Untersuchung 1

Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um Beamte und Beamtinnen des Polizeivollzugsdienstes der gesamten Bayerischen Polizei. In der Stichprobenauswahl wurde darauf geachtet, dass sowohl Beamte eines Flächenpräsidiums (z.B. Oberfranken), als auch eines Großstadtpräsidiums (München) mit einbezogen wurden. Dadurch wurde gewährleistet, dass eine Aussage über die Belastungen der Beamten in Bayern und nicht einzelner Direktionen, bzw. Inspektionen getroffen werden konnte. Der Fragebogen wurde 215 Beamten des mittleren Polizeivollzugsdienstes, die sich zum Zeitpunkt der Befragung im Studium zum Aufstieg in den gehobenen Polizeivollzugsdienst an den Bayerischen Beamtenfachhochschulen -Fachbereich Polizei- in Fürstenfeldbruck und Sulzbach-Rosenberg befanden, vorgelegt. 31 Beamte, die in den letzten 10 Jahren einen Schusswaffengebrauch hatten, nahmen die Gelegenheit zur Teilnahme an einem Sonderseminar zu dieser Thematik wahr und füllten vor Seminarbeginn diesen Fragebogen aus. Hierbei wurde den Kollegen der unter 4.1.1. – 4.1.3. dargestellte Fragebogen vorgelegt. Zudem hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sollte ihr schwerwiegendstes Erlebnis mehr als 1 Jahr zurückliegen, nochmals mit Hilfe der PDS die erinnerten Symptome vom damaligen Zeitpunkt, trotz der möglichen Erinnerungseffekte und –verzerrungen einzuschätzen.

Der Untersuchungszeitraum für die erste Untersuchung war Oktober 2001 – März 2002.

Als Datenbasis für diese Arbeit dienten die Daten aller ausgefüllten Fragebögen der Beamten und Beamtinnen, die vollständig oder nahezu vollständig und zum Zwecke der Untersuchung auswertbar waren. Von den 215 Fragebögen der Beamtenfachhochschule (künftig BFH abgekürzt) waren 89.7%, von den 31 Teilnehmern des Schusswaffenseminars (künftig SWG abgekürzt) 87.1% auswertbar, so dass sich die Stichprobe der beiden Gruppen auf $n=193$ bei der BFH und auf $n=27$ des SWG-Seminars reduzierte. Trotz der Ankündigung die Anonymität zu wahren, wurden bei der Stichprobe der BFH einige Daten des soziodemographischen Datenblattes nicht ausgefüllt. 10 – 28 Probanden machten zu einigen Fragen keine Angaben.

Es nahmen bei der BFH 83.9% Männer und 10.9% Frauen, bei dem SWG-Seminar 88.9% Männer und 11.1% Frauen an der Untersuchung teil, 10 Befragte der BFH machten hierzu keine Angaben. Der prozentuale Anteil der Frauen entspricht auch ungefähr dem Anteil in der gesamten Bayerischen Polizei, gemessen am Dienstalter. Der größte Teil der Beamten verfügt über eine langjährige Berufserfahrung, durchschnittlich 15 (BFH) bzw. 21 (SWG) Jahre, ist verheiratet bzw. lebt in einer

festen Partnerschaft (BFH 75%, SWG 96.3%) und hat Kinder (BFH 58%, SWG 63%). Die Dienstgrade wurden im weiteren Verlauf nicht berücksichtigt, da zum einen an der BFH nur Beamte des mittleren Dienstes studieren, zum anderen aber auch erlebte Ereignisse weiter zurückliegen, die eine Zuordnung zum damaligen Dienstgrad nicht erlaubten. 57% der BFH-Studenten gegenüber 74.1% der SWG-Seminarteilnehmer führen ihren Dienst im ländlichen Bereich oder einer Stadt im ländlichen Bereich aus, der Rest in einer Großstadt, wobei 13 BFH-Studenten hierzu keine Angaben machten. 74.7% (BFH) und 92.6% (SWG) sind bei der Schutzpolizei, 17.1% (BFH) und 7.4% (SWG) bei der Kriminalpolizei beschäftigt. 52.8% der BFH gaben an, bei einem PAKET-Lehrgang teilgenommen zu haben, weitere 12.4 % an anderen Stressbewältigungsseminaren. Die Teilnehmer des SWG-Seminars wurden hierzu nicht befragt. Über 75% der Befragten beider Gruppen liegen mit ihrem Alter über 30 Jahre. Die genaue Stichprobencharakteristik der 1. Studie ist in folgender Tabelle zu sehen.

Tabelle 1: Stichprobencharakteristik Studie 1

		BFH N=193		SWG N=27	
Dienstalter	M	15.46		21.63	
	SD	4.11		9.42	
	Range	9 – 25		7 – 43	
	keine Angabe	28 (14.5%)			
		N	%	N	%
Geschlecht:	Männlich	162	83.9	24	88.9
	Weiblich	21	10.9	3	11.1
	k.A.	10	5.2	-	-
Alter:	unter 25	-	-	1	3.7
	25 – 29	22	11.4	3	11.1
	30 – 39	143	74.1	9	33.3
	40 – 49	18	9.3	11	40.7
	über 50	-	-	3	11.1
	k.A.	10	5.2	-	-
Familienstand:	Alleine	10	5.2	1	3.7
	mit Partner(in)	45	23.3	4	14.8
	verheiratet	119	61.7	22	81.5
	geschieden	9	4.7	-	-
	k.A.	10	5.2	-	-
Kinder	Ja	112	58.0	17	63.0
	Nein	71	36.8	10	37.0
	k.A.	10	5.2	-	-

		BFH N=193		SWG N=27	
		N	%	N	%
Dienstgrad	MPvD	183	94.8	16	59.2
	GPvD	-	-	11	40.8
	k.A.	10	5.2	-	-
Dienstbereich	S	144	74.6	25	92.6
	K	33	17.1	2	7.4
	k.A.	16	8.3	-	-
Dienstort	ländlicher Bereich	52	26.9	} 20	} 74.1
	Stadt im ländlichen Bereich	58	30.1		
	Großstadt	70	36.3	-	25.9
	k.A.	13	6.7	-	-
Teilnahme PAKET	Ja	102	52.8	-	-
	Nein	81	42.0		
	k.A.	10	5.2		
Teilnahme sonstiges Stressbewältigungsseminar	Ja	24	12.4	-	-
	Nein	155	80.3		
	k.A.	14	7.3		

4.2.2. Untersuchung 2

Auch bei der vorliegenden Stichprobe der zweiten Studie handelt es sich um Beamte und Beamtinnen des Polizeivollzugsdienstes der gesamten Bayerischen Polizei. In Studie 2 wurde ebenso darauf geachtet, dass sowohl Beamte eines Flächenpräsidiums als auch eines Großstadtpräsidiums mit einbezogen wurden. Der Fragebogen dieser 2. Studie (beschrieben unter 4.1.1 – 4.1.5.) wurde 109 Beamten, die sich zum Befragungszeitraum auf einem 14-tägigen PAKET-Lehrgang befanden. Die Teilnehmer an solchen Lehrgängen kommen aus allen Polizeipräsidien Bayerns. Der Zeitpunkt der Untersuchung war zum Ende der ersten Woche und wurde bewusst so gewählt, da erst in der zweiten Woche eines solchen Seminars die Thematik von belastenden Einsätzen und die möglichen Folgen daraus in Form einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung aufgegriffen werden. Zudem wurden 118 Beamten, die sich im Studium zum Aufstieg in den gehobenen Dienst befanden und 52 Berufsanfänger, die sich zum Studium für den gehobenen Dienst befanden und zuvor ein halbjähriges Berufspraktikum absolviert hatten, gebeten, den Fragebogen aus-

zufüllen. Weitere 25 Beamte, die wie in der ersten Untersuchung in den letzten 10 Jahren einen Schusswaffengebrauch hatten oder direkt dabei waren, füllten vor der Teilnahme des Sonderseminars diesen Fragebogen aus. Der Befragungszeitraum für diese zweite Untersuchung war April bis November 2002.

Als Datenbasis dienten auch für Studie 2 die Daten aller ausgefüllten Fragebögen der Beamten und Beamtinnen, die vollständig oder nahezu vollständig und zum Zwecke der Untersuchung auswertbar waren. Bei dieser Studie konnten 95.4% der PAKET-Lehrgangsguppe und 98.3% der BFH-Gruppe ausgewertet werden. Die Fragebögen derjenigen, die einen Schusswaffengebrauch erlebt hatten, konnten alle ausgewertet werden.

An dieser Untersuchung nahmen 84.6% - 98.3% Männer teil, die Frauenquote liegt bei der PAKET-Lehrgangsguppe über (15.4%), bei den beiden anderen Gruppen (BFH, SW) mit 1.7% bzw. 4% unter dem derzeitigen Frauenanteil in der Bayerischen Polizei. Die Beamten verfügen durchschnittlich in allen Gruppen über eine langjährige Berufserfahrung (16 - 21 Jahre), leben in einer festen Partnerschaft oder sind verheiratet (85.5% - 88.8%) und haben Kinder (65%). 24% (PAKET), 25% (BFH) und 28% (SWG) verrichten ihren Dienst im ländlichen Bereich, 40.4% (PAKET), 48% (SWG) und 28.4% (BFH) in einer Stadt im ländlichen Bereich, die übrigen in einer Großstadt. 72.4% der Beamten, die sich zum Aufstieg in den gehobenen Dienst befanden, haben einen PAKET-Lehrgang absolviert. 11-24% der Befragten gaben an, an einem anderen Stressbewältigungsseminar teilgenommen zu haben und über 80% sind älter als 30 Jahre. 2-22 Beamte machten zu bestimmten Fragen keine Angaben. Die genaue Stichprobencharakteristik kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 2: Stichprobencharakteristik Studie 2

		PAKET N=104		SWG N=25		BFH N=116	
Dienstalter	M	21.01		21.26		16.15	
	SD	9.16		7.13		3.98	
	Range	2-35		7-30		6-22	
	Keine Angabe	13 (12.5%)		2 (8%)		22 (19%)	
		N	%	N	%	N	%
Geschlecht:	Männlich	88	84.6	24	96	114	98.3
	Weiblich	16	15.4	1	4	2	1.7
	k.A.	-	-	-	-	-	-

		PAKET N=104		SWG N=25		BFH N=116	
		N	%	N	%	N	%
Alter:	unter 25	5	4.8	1	4	-	-
	25 – 29	13	12.5	2	8	9	7.8
	30 – 39	25	24.0	5	20	98	84.5
	40 – 49	43	41.3	15	60	9	7.8
	über 50	18	17.3	2	8	-	-
	k.A.	-	-	-	-	-	-
Familienstand:	Alleine	9	8.7	2	8	7	6.0
	mit Partner(in)	17	16.3	2	8	20	17.2
	verheiratet	72	69.2	20	80	83	71.6
	geschieden	4	3.7	1	4	6	5.2
	verwitwet	1	1.0	-	-	-	-
	k.A.	1	1.0	-	-	-	-
Kinder	Ja	68	65.4	16	64	75	64.7
	Nein	35	33.7	9	36	36	31.0
	k.A.	1	1.0	-	-	5	4.3
Dienstgrad	MPvD	49	47.1	14	56	116	100
	GPvD	55	52.9	11	44	-	-
	k.A.	-	-	-	-	-	-
Dienstbereich	S	67	64.4	20	80	101	87.1
	K	29	27.9	3	12	10	8.6
	k.A.	8	7.7	2	8	5	4.3
Dienstort	ländlicher Bereich	25	24.0	7	28	29	25.0
	Stadt im ländl. Bereich	42	40.4	12	48	33	28.4
	Großstadt	35	33.7	6	24	53	45.7
	k.A.	2	1.9	-	-	1	0.9
Teilnahme PAKET	Ja	-	-	-	-	84	72.4
	Nein	-	-	-	-	31	26.7
	k.A.	-	-	-	-	1	0.9
Teilnahme sonstiges Stressbewältigungsseminar	Ja	12	11.5	6	24	16	13.8
	Nein	84	80.8	17	68	98	84.5
	k.A.	8	7.7	2	8	2	1.7

In der Gruppe der Ausbildungsbeamten zum gehobenen Dienst beteiligten sich fast 60% Männer. Dies spiegelt auch den derzeitigen Gesamtanteil neu eingestellter Beamten wieder, die, wie schon erwähnt, einen Frauenanteil von ca. 40% hat. Diese Ausbildungsstufe kann durchlaufen, wer die Fachhochschul- oder die allgemeine Hochschulreife besitzt. Auffällig ist, dass auch hier ein mittleres Dienstalter von ca. 2.5 Jahren angegeben wurde. Dies kann dadurch zustande kommen, da

auch Kollegen, die die Grundvoraussetzungen erfüllt haben, bislang nicht zum Studium aufgenommen wurden (ca. 60 Stellen pro Jahr bei ca. 1000 Bewerbern) und zuvor eine Ausbildung zum mittleren Dienst durchlaufen haben. Die anderen Daten sind nachvollziehbar, 86.5% der Kollegen sind unter 25 Jahre alt, 30.8% noch alleinstehend, ohne feste Partnerschaft, 1 Kollege ist verheiratet, 2 haben Kinder. 17.3% gaben an, schon einmal an einem Stressbewältigungsseminar teilgenommen zu haben. Ein Überblick gibt folgende Tabelle:

Tabelle 3: Stichprobencharakteristik Ausbildungsgruppe (AUS)

		AUS N=52	
Dienstalter	M	2.47	
	SD	1.39	
	Range	1-9	
	keine Angabe	(19.2%)	
		N	%
Geschlecht:	männlich	31	59.6
	weiblich	21	40.4
	k.A.		
Alter:	unter 25	45	86.5
	25 – 29	7	13.5
	30 – 39	-	-
	40 – 49	-	-
	über 50	-	-
	k.A.	-	-
Familienstand:	Alleine	16	30.8
	mit Partner(in)	35	67.3
	verheiratet	1	1.9
	geschieden	-	-
	k.A.	-	-
Kinder	Ja	2	3.8
	Nein	50	96.2
	k.A.	-	-
Teilnahme sonstiges Stressbewältigungs- seminar	Ja	9	17.3
	Nein	37	71.2
	k.A.	6	11.5

4.3. Statistische Auswertungsverfahren

Die Ergebnisse der Fragebogen wurden gemäß der Auswertungsanleitungen der Testautoren ausgewertet.

Die statistische Datenanalyse der Untersuchung erfolgte mit dem computergestützten Statistikprogramm SPSS, Version 10.0.

Zunächst wurden die Daten deskriptiv ausgewertet, in Form von Häufigkeitstabellen und Diagrammen.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test, dem T-Test für unabhängige Stichproben und abhängige Stichproben. Im Rahmen der Auswertung wurde durch die Levenestatistik geklärt, ob die Varianzen der jeweiligen Stichproben gleich bzw. ungleich sind. Bei kleineren Stichprobenumfängen, und wenn die Voraussetzungen für den T-Test nicht erfüllt werden konnten, wurde der U-Test von Mann-Whitney verwendet.

Zudem wurden Zusammenhangsmaße berechnet, bei Nominaldaten der Phi-Koeffizient, die Pearson Produktkorrelation und die Spearman Korrelation.

Die Signifikanzprüfung in den statistischen Auswertungsverfahren bezog sich auf das allgemein übliche Alpha-Niveau von 5% bzw. 1% und erfolgte standardmäßig stets zweiseitig.

5. Darstellung der Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse der Posttraumatic Diagnostic Scale in Form deskriptiver Statistik dargestellt. Da bei beiden Untersuchungsterminen derselbe Fragebogen vorgelegt wurde, wurden die jeweiligen Untersuchungsgruppen der BFH-Aufsteiger und der Teilnehmer des Seminars „Schusswaffengebrauch“ hierfür zusammengefasst, so dass sich die Gesamtgruppe der BFH-Aufsteiger auf $n=309$ und die der Gruppe des Schusswaffenseminars auf $n=52$ für diese Auswertung erhöht. Im Anschluss an diese allgemeine Auswertung der ganzen Stichprobe werden die weiteren Berechnungen an den jeweiligen Untergruppen bzw. unterschiedlichen Stichproben der beiden Untersuchungstermine durchgeführt.

5.1. Ergebnisse der PDS allgemein

5.1.1. Erlebte Ereignisse

Die Beamten der PAKET-Stichprobe erlebten durchschnittlich 3.3 Ereignissituationen. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen wurde hierbei nicht die Häufigkeit der erlebten Ereignisse gefragt, sondern ob ein Ereignis mindestens einmal erlebt wurde. Vergleichbar ist dieses Ergebnis mit dem der BFH-Stichprobe, die durchschnittlich 3.5 Ereignissituationen erlebten. Die Zahlen der anderen beiden Stichproben ist dadurch zu erklären, dass die Ausbildungsgruppe mit durchschnittlich 2.5 Dienstjahren und einem ½-jährigen Praktikum noch nicht so viele Ereignissituationen erlebt hat (2.3 im Durchschnitt) und die Stichprobe, die an einem Schusswaffengebrauch beteiligt war aufgrund der Items im Fragebogen (3 zum Thema Schusswaffengebrauch) im Durchschnitt dadurch ca. 2 Situationen (5.3 im Durchschnitt) mehr erlebt hat. 8.3% der PAKET-Stichprobe und 3.9% der BFH-Stichprobe machten zu den Ereignissituationen keine Angaben. Es ist eher unwahrscheinlich, dass die Probanden der jeweiligen Gruppen keine der genannten Ereignisse erlebt hatten. Entweder waren für die jeweiligen Personen keine der Ereignisse belastend oder der von uns angesprochenen und gewährten Anonymität der Daten wurde kein Glauben geschenkt und aufgrund dessen die jeweiligen Items verneint (siehe auch 2.3.). Das am häufigsten

genannte Ereignis war bei den beiden Gruppen BFH und PAKET der „Schwere Unfall (Autounfall, größeres Schadensereignis, Zugunglück o. ä.)“ mit 72.1% (PAKET), bzw. 78.6% (BFH), gefolgt vom „tätlichen Angriff einer fremden Person auf die eigene Person“ mit 55% (BFH) und 46.2% (PAKET). Da nach der Ausbildung zum mittleren Dienst die Beamten zunächst überwiegend im Wach- und Streifendienst eingesetzt werden, ist dieses Ergebnis leicht zu erklären. Die beiden nächsten Ereignisse, die häufig genannt wurden, waren der „tätliche Angriff auf einen Kollegen, andere bekannte Person“ mit 54% (BFH) und 36.5% (PAKET) und der „plötzliche unerwartete Tod einer nahestehenden Person“ mit 38.5% (PAKET) und 49.5% (BFH). Bei der Schusswaffenstichprobe war das häufigste Ereignis der „Angriff auf die eigene Person“ mit 88.5%, der „schwere Unfall“ mit 84.6%, der „Angriff auf einen Kollegen, andere bekannte Person“ mit 63.5%, gefolgt vom „Schusswaffengebrauch beim tätlichen Angriff auf die eigene Person“ mit 61.5%. Die Ausbildungsgruppe erlebte, wie schon weiter oben geschildert, weniger Situationen, die häufigsten auch beim „schweren Unfall“ mit 53.8%, gefolgt vom „plötzlichen unerwarteten Tod einer nahestehenden Person“ mit 30.8% und dem „Angriff auf einen Kollegen, andere Person“ mit 26.9%. Weiterhin gaben 19.2 % – 26.9% der Kollegen andere traumatische Ereignisse an, von denen einige nun aufgeführt werden:

- Schwerer Verkehrsunfall der Ehefrau oder der Partnerin
- Oktoberfestattentat
- Überbringen einer Todesnachricht
- Plötzlicher Kindstod, Kind in gleichem Alter
- Suchen und Finden einer Kinderleiche, Täter noch am Tatort
- Kollege nach Suizid aufgefunden
- Schwerer Verkehrsunfall nach Verfolgungsfahrt
- Mitschülerin als enthauptete Bahnleiche gefunden
- Nach Doppelmord alleine als Streckenposten eingeteilt
- 16-J. nach Sexualmord aufgefunden
- Ersthelfer am Unfallort, Wiederbelebungsversuche bei 5-jährigem gescheitert
- Tatverdächtiger stürzt sich bei Festnahme aus dem Fenster
- Kleinkind (3 Jahre, lebend) neben verbrannter Mutter (Suizid) aufgefunden
- Erste Streife am Tatort, 5 Tote im Lokal liegend

Einige dieser Ereignisse wurden auch häufiger von den Kollegen genannt wie z.B. der „plötzliche Kindstod“ oder das „Überbringen einer Todesnachricht“. Eine Aufzählung von allen genannten anderen Ereignissituationen würde hier nun den Rahmen sprengen. Nachfolgend zeigt eine Tabelle die Häufigkeiten der von den Beamten erlebten Ereignissituationen.

Tabelle 4: Häufigkeit erlebter Ereignissituationen

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
Ereignissituationen gesamt	M	3.33	5.31		3.52		2.26	
	SD	1.68	1.97		1.63		1.24	
	Range	1-8	2-11		1-8		1-5	
	Keine Angabe	9 (8.3%)	-		12 (3.9%)		9 (17.3%)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schwerer Unfall, Explosion u.a .	75	72.1	44	84.6	243	78.6	28	53.8
Naturkatastrophe	20	19.2	4	7.7	62	20.1	2	3.8
Angriff auf eigene Person	48	46.2	46	88.5	170	55.0	10	19.2
Angriff auf andere Person	38	36.5	33	63.5	167	54.0	14	26.9
Geschossen bei Angriff auf eigene Person	1	1.0	32	61.5	9	2.9	-	-
Geschossen bei Angriff auf andere Person	1	1.0	19	36.5	4	1.3	1	1.9
Geschossen wegen Festnahme	5	4.8	22	42.3	15	4.8	-	-
Sexueller Angriff durch bekannte Person	2	1.9	-	-	6	1.9	2	3.8
Sexueller Angriff durch fremde Person	1	1.0	5	9.6	3	1.0	1	1.9
Dauerhafter Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt usw.	35	33.7	14	26.9	71	23.0	3	5.8
Gefangenschaft (z.B. Geisel)	-	-	1	1.9	1	0.3	1	1.9
Aufenthalt in Kriegsgebiet	3	2.9	2	3.8	9	2.9	-	-
Lebensbedrohliche Krankheit	17	16.3	12	23.1	63	20.4	9	17.3
Plötzlicher unerwarteter Tod nahe stehender Person	40	38.5	30	57.7	153	49.5	16	30.8
Anderes traumatisches Ereignis	28	26.9	12	23.1	69	22.3	10	19.2

5.1.2. Welches Erlebnis, welche Ereignisse waren am belastendsten?

Im folgenden Abschnitt werden die von den Beamten am belastendsten Ereignisse und Erlebnisse näher betrachtet. Die folgende Tabelle zeigt auch hier wieder die Häufigkeiten der am belastendsten erlebten Ereignissituationen. Unter den Gruppen zeigen sich nun erhebliche Unterschiede gegenüber den Ereignissen, die überhaupt erlebt wurden.

Tabelle 5: Häufigkeit der Ereignisse, die am belastendsten erlebt wurden

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Schwerer Unfall, Explosion u.a .	16	15.4	1	1.9	83	26.9	12	23.1
Naturkatastrophe	1	1.0	-	-	1	0.3	-	-
Angriff auf eigene Person	11	10.6	11	21.2	26	8.4	6	11.5
Angriff auf andere Person	6	5.8	2	3.8	16	5.2	1	1.9
Geschossen bei Angriff auf eigene Person	1	1.0	14	26.9	3	1.0	-	-
Geschossen bei Angriff auf andere Person	1	1.0	6	11.5	-	-	-	-
Geschossen wegen Festnahme	-	-	3	5.8	2	0.6	-	-
Sexueller Angriff durch bekannte Person	-	-	-	-	2	0.6	1	1.9
Sexueller Angriff durch fremde Person	1	1.0	-	-	1	0.3	-	-
Dauerhafter Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt usw.	7	6.7	-	-	13	4.2	1	1.9
Aufenthalt in Kriegsgebiet	1	1.0	1	1.9	2	0.6	-	-
Lebensbedrohliche Krankheit	7	6.7	-	-	15	4.9	4	7.7
Plötzlicher unerwarteter Tod nahe stehender Person	26	25.0	5	9.6	72	23.3	9	17.3
Anderes traumatisches Ereignis	14	13.5	5	9.6	50	16.2	8	15.4
mehrere Nennungen	-	-	3	5.8	4	1.3	-	-
keine Angabe, welches Ereignis am schlimmsten war	12	11.6	1	1.9	19	6.2	1	1.9

Die Stichprobe der PAKET-Teilnehmer zeigt hier in der absoluten Häufigkeit den „plötzlichen unerwarteten Tod“ mit 25% als das am schlimmsten erlebte Ereignis. Im Vergleich mit der Zahl derjenigen, die dieses Ereignis überhaupt angegeben haben, ist dies eine Quote von 65%. Gefolgt wird dies vom „schweren Unfall“ mit 15.4%, in Bezug auf die vorherige Angabe erlebten es 21% derjenigen, die dieses Ereignis angaben, als belastend. In der absoluten Häufigkeit folgt als drittes das „andere traumatische Ereignis“ mit 13.5%, im Vergleich zu den Gesamtangaben unter 5.1.1. eine Quote von 50%. Die Stichprobe der BFH hat ähnlich der PAKET-Stichprobe auch dieselben 3 Ereignisse am häufigsten genannt, nur mit anderer Häufigkeit. Am schlimmsten wurde hier der „schwere Unfall“ mit 26.9% erlebt, bezogen auf die Nennungen ergibt dies einen Wert von 34.2%. An zweiter Stelle liegt in dieser Stichprobe der „plötzliche unerwartete Tod“ mit 23.3%, bereinigt bei 47.1%, das „andere traumatische Ereignis“ mit 16.2% an dritter Stelle, jedoch in der Quote der genannten Ereignisse bei 72.5%. Die Ausbildungsstichprobe nennt den „schweren Unfall“ am häufigsten als schlimmstes Ereignis mit 23.1%, gemessen an der Zahl der genannten Ereignisse, liegt die Prozentzahl bei 42%. Als 2. wird auch hier der „plötzliche unerwartete Tod“ mit 17.3% genannt, bereinigt mit der genannten Anzahl, liegt die Quote bei 56.3%. An dritter Stelle liegt das „andere traumatische Ereignis“ mit 15.4%, die Quote im Vergleich mit den genannten Ereignissen liegt hierbei bei 80%. Bei der Stichprobe des Schusswaffengebrauchs nennen 44.2% den „Gebrauch der Schusswaffe“ als schlimmstes Ereignis, gefolgt vom „tätlichen Angriff auf die eigene Person“ mit 21.2%, so dass doch fast zwei Drittel der Betroffenen eine konkrete, gefährliche Einsatzlage als schlimmstes Ereignis benennen. Dennoch zeigt sich entgegen der Peinelt-Mitarbeiterumfrage im Polizeipräsidium München (1999) ein anderes Bild, in dem sich fast 80% der Kollegen den Schusswaffengebrauch als schlimmstes Erlebnis vorstellen konnten.

5.1.3. Zeitpunkt des Erlebens

In Tabelle 6 zeigt sich, dass die meisten erlebten, schwersten Ereignisse länger zurückliegen. Der von vielen Kollegen genannte Satz „Erster Toter, schwerster Toter“ scheint sich zu bewahrheiten. 60 - 66% der Kollegen erlebten ihr schwerstes Ereignis vor mehr als 3 Jahren, 42 - 52% sogar vor mehr als 5 Jahren. Bei der Ausbildungsgruppe, deren Praktikum erst kurz vor der Befragung abgeschlossen war, nannten doch 25% der Befragten den kurzen Zeitraum von 0 - 6 Monaten. Bei weiteren 21.2% lag das Ereignis 6 Monate bis 3 Jahre zurück. In dieser Zeitspanne lag aber auch

das Praktikum, so dass auch hier noch Ereignisse und Erlebnisse von Bedeutung sein können. Einige der Beamten nannten mehrere Zeitpunkte, andere wiederum gaben gar keine Zeitpunkte an, da sie entweder kein Erlebnis hatten, das sie als belastend einstufen oder diese Rubrik nicht ausfüllen wollten.

Tabelle 6: Häufigkeit der Zeitpunkte des Erlebens von Ereignissen

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vor weniger als einem Monat	1	1.0	-	-	1	0.3	2	3.8
Vor 1 – 3 Monaten	3	2.9	3	5.8	4	1.3	3	5.8
Vor 3 – 6 Monaten	6	5.8	4	7.7	9	2.9	8	15.4
Vor 6 Monaten bis 3 Jahren	22	21.2	9	17.3	92	29.8	11	21.2
Vor 3 – 5 Jahren	13	12.5	7	13.5	54	17.5	5	9.6
Vor mehr als 5 Jahren	49	47.1	27	51.9	132	42.7	11	21.2
Keine Angabe/ mehrere Angaben	10	9.7	2	3.8	16	5.1	12	23.1

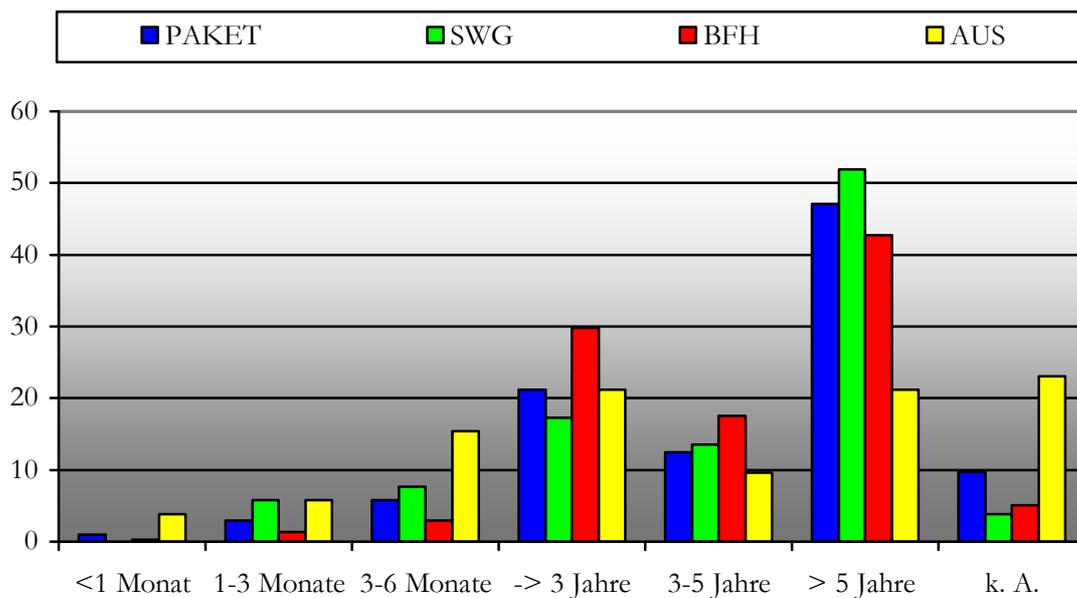


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der Zeitpunkte des Erlebens

5.1.4. Objektives und subjektives Traumakriterium A1/A2

Die Auswertung des objektiven A1-Kriteriums und des subjektiven Kriteriums A2 des DSM-IV zeigt folgende Tabelle. Die konkrete, bedrohliche Einsatzlage der Stichprobe der Schusswaffengebrauchsgruppe spiegelt sich auch in diesen Daten wieder. Über 70% der Befragten wählten sich entweder selbst in Lebensgefahr oder zogen eine Lebensgefahr der anderen Person in Betracht. Nachvollziehbar ist auch der hohe Anteil (67.3%) der Verletzung anderer Personen, wenn es sich um einen „tätlichen Angriff“ oder den „Schusswaffengebrauch“ handelt. Die anderen Gruppen haben überwiegend die Lebensgefahr anderer Personen, bzw. die Verletzung anderer Personen bei ihren Ereignissen erlebt. Trotz des lebensgefährlichen Einsatzes bei einem Schusswaffengebrauch zeigt sich im A2-Kriterium eine geringere Hilflosigkeit während des Ereignisses (57.7%) als bei den anderen Stichproben (61.5% - 65.7%). Dies ist voraussichtlich auf die entschlossene Handlungsweise der Kollegen in solchen Einsatzlagen zurückzuführen. Im weiteren Verlauf der Auswertung wird diese Frage auch nochmals genauer betrachtet, inwiefern in bestimmten Situationen überhaupt das A2-Kriterium für die Diagnose und diese Berufsgruppe zweckmäßig ist, vor allem wenn es sich um bedrohliche Situationen handelt und die Kollegen schnell, entschlossen und gemäß ihres polizeilichen Einsatztrainings handeln. Entgegen der Ergebnisse und Häufigkeiten bei der Dimension „Hilflosigkeit während des Erlebnisses“ zeigen sich andere Häufigkeiten der Dimension „Angst und/oder Entsetzen während des Erlebnisses“. Hier zeigen fast 70% der Beteiligten an einem Schusswaffengebrauch Ängste oder Entsetzen. In den anderen 3 Gruppen sind die Häufigkeiten deutlich tiefer und liegen zwischen 42.3% und 58.6%.

Tabelle 7: Häufigkeit der A1- und A2-Kriterien

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A1-Kriterium:								
Selbst körperlich verletzt	13	12.5	12	23.1	28	9.1	5	9.6
Anderer körperlich verletzt	36	34.6	35	67.3	139	45.0	18	34.6
Eigene Lebensgefahr	15	14.4	40	76.9	46	14.9	3	5.8
Lebensgefahr anderer Person	36	34.6	37	71.2	128	41.4	20	38.5

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A2-Kriterium:								
Hilflosigkeit während des Erlebnisses	66	63.5	30	57.7	203	65.7	32	61.5
Angst und/oder Entsetzen während des Erlebnisses	53	51.0	36	69.2	181	58.6	22	42.3

Im Rahmen der Diagnosestellung nach DSM-IV ist die Erfüllung des A-Kriteriums unabdingbar. Die folgende Tabelle zeigt, inwiefern die Kriterien A1, A2 und das A-Kriterium von den Befragten komplett erfüllt werden.

92.3 % der Schusswaffengruppe erfüllen das objektive Traumakriterium A1, 78.8% das subjektive Kriterium A2 und 75% das Gesamtkriterium A. Die PAKET-Stichprobe und die BFH-Stichprobe erfüllen mit 62.5% (PAKET) und mit 64.4% (BFH) das A1-Kriterium, höher liegen die Werte beim A2-Kriterium mit je 69.2% bei der PAKET- und mit 77.7% der BFH-Stichprobe. Dennoch erreicht fast nur die Hälfte der Beteiligten, nämlich 46.2% der PAKET und 51.5% der BFH-Gruppe das komplette Kriterium A. Die Ausbildungsgruppe hat mit 25% den geringsten Anteil derer, die dieses Kriterium A erfüllen, obwohl das objektive Kriterium A1 mit 59.6% und das subjektive Kriterium A2 mit 67.3% erfüllt werden.

Tabelle 8: Häufigkeit der Erfüllung des Kriteriums A

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kriterium A1 (objektives Traumakriterium) erfüllt	65	62.5	48	92.3	199	64.4	31	59.6
Kriterium A2 (subjektives Traumakriterium) erfüllt	72	69.2	41	78.8	240	77.7	35	67.3
Kriterium A (A1+A2) erfüllt	48	46.2	39	75.0	159	51.5	13	25.0

5.1.5. Kriterium F

Im DSM-IV ist weiterhin gefordert, dass es zur Diagnosestellung der Posttraumatischen Belastungsstörung in bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen kommen muss. Die folgende Auswertung zeigt die Häufigkeiten der Kollegen, die in diesen Bereichen Beeinträchtigungen angegeben haben.

Tabelle 9: Häufigkeit der Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
der Arbeit	19	18.3	16	30.8	37	12.0	1	1.9
der Hausarbeit und Haushaltspflichten	5	4.8	2	3.8	13	4.2	-	-
Beziehungen zu Freunden	8	7.7	4	7.7	21	6.8	2	3.8
Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	10	9.6	8	15.4	30	9.7	3	5.8
Beziehungen zu Familienangehörigen	12	11.5	10	19.2	36	11.6	6	11.5
Schule und oder Ausbildung	2	1.9	3	5.8	33	10.7	4	7.7
Sexualität	7	6.7	5	9.6	8	2.6	-	-
allgemeiner Lebenszufriedenheit	25	24.0	16	30.8	42	13.6	6	11.5
allgemeiner Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	15	14.4	11	21.2	18	5.8	5	9.6

Die Hauptbeeinträchtigungen der Kollegen zeigen sich überwiegend im Bereich „allgemeiner Lebenszufriedenheit“, wobei sich die Zahlen unter den Gruppen deutlich unterscheiden. Die PAKET-Stichprobe mit 24% und die Schusswaffenstichprobe mit 30.8% zeigen hier deutlich höhere Werte als die BFH-Gruppe mit 13.6% und die Ausbildungsgruppe mit 11.5%. Sonst zeigen sich zudem Probleme im Arbeitsbereich, die aber bis auf die Schusswaffengebrauchsstichprobe (30.8%) geringer (12, bzw. 18.3%) ausfallen. Da die Kollegen, die sich in der Ausbildung befinden

bislang nur ein Praktikum absolviert haben bzw. nur kurze Diensterfahrung nachweisen, ist dieses Ergebnis der geringeren Ausprägung, Probleme im Arbeitsbereich zu haben (1.9%), durchaus nachvollziehbar.

Insgesamt berichten nicht alle Kollegen über Beeinträchtigungen nach dem Kriterium F. Auch hierbei könnte der Einfluss der unter 2.3. beschriebenen Probleme bei solchen Untersuchungen eine große Rolle spielen. Kollegen, die an einem Schusswaffengebrauch teilgenommen haben, wird eine emotionale Beteiligung und entsprechende Beeinträchtigungen im Arbeits- oder sozialen Umfeld eher nachgesehen, da der Schusswaffengebrauch (Peinelt-Studie, 1999) per se als belastend eingeschätzt wird, als bei anderen Ereignissen, die man wohl „aushalten“ sollte. Immerhin berichten 44.2% dieser Stichprobe über Beeinträchtigungen nach dem Kriterium F. 38.5% der PAKET-Stichprobe, 26.5% der BFH-Stichprobe und 19.2% der Ausbildungsgruppe haben ebenfalls Beeinträchtigungen in einem dieser Bereiche.

Tabelle 10: Häufigkeit Kriterium F, Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Kriterium F erfüllt	N	%
PAKET (n= 104)	40	38.5
Schusswaffengruppe (n=52)	23	44.2
BFH (n=309)	82	26.5
Ausbildung (n=52)	10	19.2

5.1.6. Diagnosestellung PTB nach DSM-IV mit der PDS

Aufgrund der bisher dargestellten deskriptiven Statistik unter 5.1.1. bis 5.1.5. und der Berücksichtigung aller geforderten Kriterien ergeben sich in den jeweiligen Stichprobengruppen folgende Diagnosen nach DSM-IV, erhoben mit der PDS:

Tabelle 11: Diagnosen nach DSM-IV

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PTB nach DSM-IV	9	8.7	6	11.5	17	5.5	1	1.9
Subsyndromale PTB nach DSM-IV	6	5.8	7	13.5	17	5.5	4	7.7
Akute Belastungsstörung	1	1.0	-	-	4	1.3	3	5.8

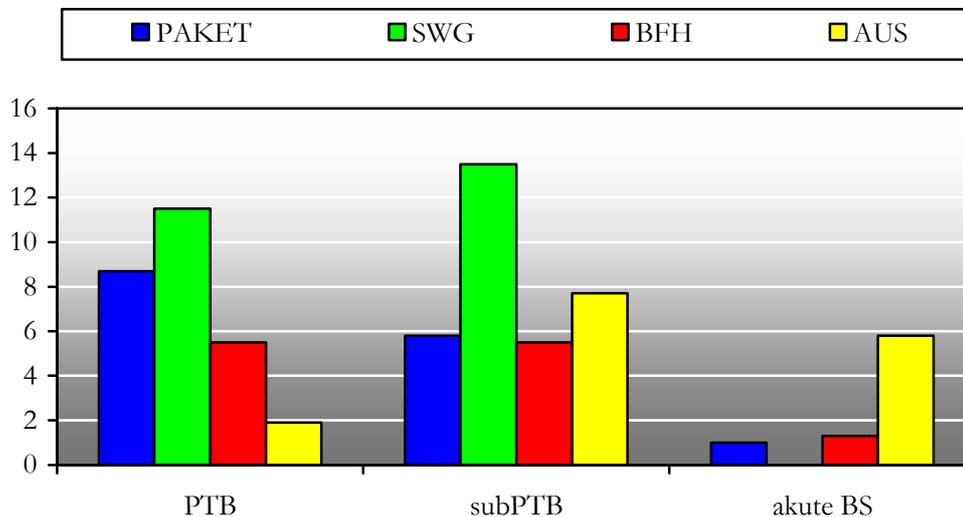


Abbildung 4: Diagnosen nach DSM-IV

In der PAKET-Stichprobe haben 8.7% aller Beteiligten alle Kriterien nach DSM-IV erfüllt und erhalten die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung. In der Gruppe der BFH erfüllen diese Kriterien 5.5%, in der Ausbildungsgruppe 1.9%. Die Stichprobe der Schusswaffenteilnehmer zeigt deutlich höhere Werte, hier erhielten 11.5% die Diagnose PTB. Die Diagnose der subsyndromalen

PTB (mind. 2 Kriterien B, C oder D müssen erfüllt sein) erhalten 5.8% der PAKET-, 5.5% der BFH- und 7.7% der Ausbildungsstichprobe. Auch hier zeigen sich erhöhte Werte bei der Gruppe der Schusswaffenteilnehmer, die mit 13.5% eine subsyndromale PTB diagnostiziert bekommen würden. Die Ausbildungsgruppe hat demgegenüber größere Häufigkeiten in der akuten Belastungsstörung mit 5.8%, voraussichtlich aufgrund der Tatsache, dass das erste Berufspraktikum erst wenige Tage vorbei war. In den Gruppen der BFH und der PAKET-Stichprobe sind diese Werte deutlich reduziert mit 1.0% (PAKET) und 1.3% (BFH). In der Schusswaffengruppe erhielt niemand die Diagnose der akuten Belastungsstörung.

Bezieht man nur diejenigen in die Berechnung mit ein, die überhaupt das objektive und das subjektive Traumakriterium (Kriterium A) erfüllen, erhöhen sich die Werte derer, die die Diagnose erhalten würden, drastisch, wie man anhand der folgenden Tabelle sieht.

Diese Ergebnisse würden der gesamten Polizei jedoch nicht gerecht werden, da sie nur eine kleine Zahl derer repräsentieren, die das A-Kriterium erfüllen würden. Inwiefern sich trotzdem geschilderte Symptome ohne Vorhandensein des A- oder F-Kriteriums auswirken, zeigen die Auswertungen des nächsten Abschnitts 5.1.7.

Tabelle 12: Diagnosen nach DSM-IV derjenigen Kollegen, die das Kriterium A erfüllen

	PAKET N=48		SWG N=39		BFH N=159		AUS N=13	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PTB nach DSM-IV	9	18.8	6	15.4	17	10.7	1	7.7
Subsyndromale PTB nach DSM-IV	6	12.5	7	17.9	17	10.7	4	30.8
Akute Belastungsstörung	1	2.1	-	-	4	2.5	3	23.1

Zur Berechnung der Schwere der posttraumatischen Symptomatik wurde jeweils die Summe aus den einzelnen Intrusions-, Vermeidungs- und Hyperarousalsymptomen herangezogen und daraus die Gesamtsumme gebildet. Die Mittelwerte der jeweiligen Stichproben in Bezugnahme auf die Diagnose zeigt folgende Tabelle. Durchschnittlich zeigt sich eine Symptom schwere bei der Diagnose PTB von 15.33 bis 17.18 bei der subsyndromalen PTB von 8.67 – 11.29. Die Werte der Stichproben untereinander unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Tabelle 13: Symptomschwere nach Diagnosen des DSM-IV (MW=Mittelwerte)

	PAKET		SWG		BFH		AUS	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
PTB nach DSM-IV	9	15.33	6	17.17	17	17.18	1	17
Subsyndromale PTB nach DSM-IV	6	8.67	7	11.29	17	9.82	4	9.75
Akute Belastungsstörung	1	16	-	-	4	11	3	10.67

5.1.7. Geschilderte Symptome nach DSM-IV

Unter 5.1.6. wurden die Ergebnisse der PDS in Form der Diagnose PTB nach dem DSM-IV erläutert. Unter 5.1.4 wurde schon die Frage gestellt, ob es immer sinnvoll erscheint, dass das A-Kriterium notwendig für die Diagnosestellung dieser Berufsgruppe ist. Kollegen geben in Betreuungsgesprächen z. T. kein A1-Kriterium an. Wenn sie z.B. zu einem Einsatz fahren, dort einen Suizidenten oder eine Leiche auffinden, haben sie beim Fragebogen angegeben, dass das Leben der anderen Person nicht in Gefahr und eventuell auch nicht körperlich verletzt war, wenn die Person zum Zeitpunkt des Eintreffens schon tot ist. Ein ähnlich gelagertes Beispiel findet sich auch für die Situation des Schusswaffengebrauchs. In Nachbetreuungen gaben Kollegen z. T. an, sich nicht hilflos, ängstlich oder entsetzt gefühlt zu haben. Vielmehr haben sie in dieser Situation gehandelt, die Probleme und Beschwerden traten erst nach der Beendigung des Einsatzes auf. Hier fehlt nach DSM-IV das subjektive Traumakriterium A2. Zieht man die unter 2.3. geschilderten Probleme bei solchen Untersuchungen zusätzlich in Betracht, ist es auch fraglich, inwiefern eine Offenheit zu den Beeinträchtigungen im privaten, sozialen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, also dem Kriterium F vorliegt. Zudem ist auch fraglich, ob die Kollegen, wenn wie es von mehreren Autoren berichtet (siehe 2.3.) nicht zum Rollenverständnis passt, Schwächen zu zeigen, diese als solche überhaupt wahrgenommen werden bzw. als Beeinträchtigungen bewusst erkannt werden.

Im Folgenden soll diese Problematik in Form von Zahlen präsentiert werden. Was ist mit Kollegen, die nach den Symptomen befragt, einer PTB oder subsyndromalen PTB zugeordnet werden

müssten, dies aber aufgrund des Fehlens des A1-, A2- oder F-Kriteriums nach DSM-IV nicht möglich ist. Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen.

Tabelle 14: Symptome nach DSM-IV

	PAKET N=104		SWG N=52		BFH N=309		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PTB-Symptome	21	20.2	10	19.2	38	12.3	2	3.8
Subsyndromale PTB-Symptome	17	16.3	13	25.0	60	19.4	9	17.3
Akute Belastungs-symptome	1	1.0	1	1.9	5	1.6	8	15.4

Es zeigt sich im Vergleich zu den Ergebnissen in 5.1.6., dass sich die Zahlen derer, die Symptome zeigen, zu den diagnostizierten PTB bzw. subsyndromalen PTB Kollegen fast verdoppeln, sogar in einer Gruppe verdreifachen. Diesen Ergebnissen zufolge zeigen von 33.3% für die BFH-Stichprobe bis zu 46.1% der Schusswaffenstichprobe Belastungen und Symptome, die nicht zwangsläufig in die Diagnose einer PTB, einer subsyndromalen PTB oder gar einer akuten Belastungsstörung nach DSM-IV einzuordnen sind.

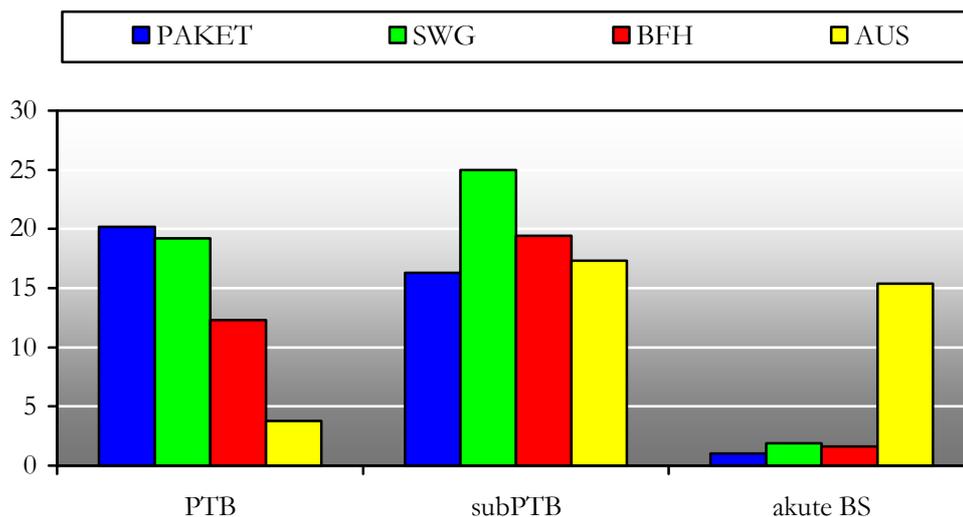


Abbildung 5: Symptome nach DSM-IV

Die zwei häufigsten genannten Symptome der drei Kriterien B - D von den jeweiligen Gruppen zeigt folgende Aufstellung (Mittelwerte in Klammern):

Kriterium B:

Emotionale Belastung, wenn das Ereignis erinnert wird (BFH: 0.62; PAKET: 0.63; SWG: 0.72; AUS: 0.52)

belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Ereignis (BFH: 0.36; PAKET: 0.58; SWG: 0.76; AUS: 0.26)

Kriterium C:

fehlende Erinnerungen an wichtigen Bestandteil des Ereignis (BFH: 0.39; PAKET: 0.35; SWG: 0.67; AUS: 0.17)

Bemühung nicht an das Erlebnis zu denken, darüber zu reden (BFH: 0.31; PAKET: 0.57; SWG: 0.51)

Gefühl, dass Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllt werden (AUS: 0.27)

Kriterium D:

Schwierigkeiten sich zu konzentrieren (BFH: 0.42; PAKET: 0.38; SWG: 0.49; AUS: 0.27)

Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen (BFH: 0.40; PAKET: 0.49; AUS: 0.19)

Übermäßige Wachsamkeit (SWG: 0.51)

Diese Auswertung zeigt, dass die Symptome bei den einzelnen Untersuchungsgruppen überwiegend gleich häufig genannt werden. Unterschiede gibt es bei der Ausbildungsgruppe bei Kriterium C, die zusätzlich das Item „Erfüllung der Zukunftspläne und Hoffnungen“ häufiger genannt hat, und bei der Schusswaffengruppe in Kriterium D, die eine „übermäßige Wachsamkeit“ stärker nennt.

5.1.8. Diagnose PTB und Ereignisse

In den Abschnitten 5.1.6. und 5.1.7. wurden die Diagnosen und die geschilderte Symptomatik ausgewertet. In diesem Abschnitt werden diese Ergebnisse mit den erlebten Ereignissen in Beziehung gesetzt. Fraglich ist nämlich, inwiefern dienstliche Ereignisse ausschlaggebend für die Diagnosestellung sind. Um die Auswertung zu vereinfachen, wurden einzelne Items der PDS, die inhaltlich zueinander passten, wie folgt zusammengefasst:

Tabelle 15: Neue Kategorien der Ereignissituationen

Neue Kategorie	
Unfall	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerer Unfall, Explosion u.a .
Angriff	<ul style="list-style-type: none"> • Angriff auf eigene Person • Angriff auf andere Person
Geschossen	<ul style="list-style-type: none"> • Geschossen bei Angriff auf eigene Person • Geschossen bei Angriff auf andere Person • Geschossen wegen Festnahme
Anderes dienstliches Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafter Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt usw. • Gefangenschaft (z.B. Geisel) • Aufenthalt im Kriegsgebiet • Naturkatastrophe • Anderes Ereignis mit dienstlichem Bezug
Plötzlicher Tod	<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher unerwarteter Tod nahe stehender Person
Anderes persönliches Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Angriff durch bekannte Person • Sexueller Angriff durch fremde Person • Lebensbedrohliche Krankheit • Anderes Ereignis mit persönlichem Bezug
Unklar	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angabe, welches Ereignis belastend erlebt wurde bzw. nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen ist.
Mehrere Nennungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrere Ereignisse wurden angegeben.

Aufgrund dieser neuen Einteilung verteilen sich die Diagnosen der einzelnen Stichproben auf die einzelnen neuen Kategorien. Es zeigt sich, dass bis auf die Schusswaffenstichprobe bei den anderen Stichproben sehr häufig auch nicht dienstlich erfahrene Erlebnisse zu erheblichen Beeinträch-

tigungen und demzufolge zur Diagnosestellung führen. Tabelle 16 zeigt die Diagnosen nach DSM-IV in Abhängigkeit der zusammengefassten, erlebten Ereignisse.

Tabelle 16: Diagnosen nach DSM-IV in Abhängigkeit der erlebten Ereignisse

	Genannte Ereignisse	N	PTB		SubPTB		Akute BS	
			N	%	N	%	N	%
BFH	Unfall	83	4	4.8	3	3.6	1	1.2
	Angriff	42	2	4.8	3	7.2	1	2.4
	Geschossen	5	-	-	-	-	-	-
	Anderes dienstl. Ereignis	51	1	2.0	2	4.0	-	-
	Plötzlicher Tod	73	6	8.4	3	4.2	1	1.4
	Anderes pers. Ereignis	29	3	10.3	4	13.8	1	3.4
	Mehrere Nennungen	4	-	-	-	-	-	-
	Unklar	22	1	4.5	2	-	-	-
PAKET	Unfall	16	2	12.5	-	-	-	-
	Angriff	17	2	11.8	2	11.8	-	-
	Geschossen	2	-	-	-	-	-	-
	Anderes dienstl. Ereignis	17	1	5.9	1	5.9	1	5.9
	Plötzlicher Tod	26	2	7.7	1	3.8	-	-
	Anderes pers. Ereignis	13	2	15.4	2	15.4	-	-
	Mehrere Nennungen	-	-	-	-	-	-	-
	Unklar	13	-	-	-	-	-	-
SWG	Unfall	1	-	-	-	-	-	-
	Angriff	13	5	38.5	1	7.7	-	-
	Geschossen	24	1	4.2	5	20.8	-	-
	Anderes dienstl. Ereignis	4	-	-	-	-	-	-
	Plötzlicher Tod	5	-	-	-	-	-	-
	Anderes pers. Ereignis	1	-	-	-	-	-	-
	Mehrere Nennungen	3	-	-	1	33.3	-	-
	Unklar	1	-	-	-	-	-	-
AUS	Unfall	10	1	10.0	-	-	1	10.0
	Angriff	9	-	-	1	11.1	-	-
	Geschossen	-	-	-	-	-	-	-
	Anderes dienstl. Ereignis	7	-	-	1	14.3	1	14.3
	Plötzlicher Tod	9	-	-	-	-	1	11.1
	Anderes pers. Ereignis	7	-	-	2	28.6	-	-
	Mehrere Nennungen	-	-	-	-	-	-	-
	Unklar	10	-	-	-	-	-	-

Der Übersicht wegen wird in der folgenden Tabelle 17 nochmals in die Kategorien „dienstliches“ und „privates“ Ereignis zusammengefasst. Der „plötzliche Tod nahe stehender Person“ wurde den privaten Ereignissen zugeordnet, obwohl aus dem Item nicht eindeutig ersichtlich wird, ob die

nahe stehende Person nicht auch ein Kollege sein könnte, der im Dienst zu Tode kam. 59.2% der BFH-Stichprobe, 50% der PAKET- und der Ausbildungsstichprobe und 84.6% der Schusswaffenstichprobe nannten dienstliche Ereignisse als belastendste Erlebnisse. In dieser Tabelle zeigen sich die Unterschiede deutlicher. Die Teilnehmer der Schusswaffenstichprobe haben häufiger Diagnosen bei dienstlich erlebten Ereignissen als die anderen Stichproben. Dies zeigt sich auch in den Mittelwerten der Schweregrade der Symptome. Bis auf die Schusswaffenstichprobe (dienstl. Ereignis, MW=7.61 vs. privates Ereignis, MW=5.17; n.s.) zeigen die anderen Gruppen höhere Mittelwerte bei privaten Ereignissen (BFH: MW=7.01; PAKET: MW=7.62; AUS: MW=4.87) als bei dienstlichen Erlebnissen (BFH: MW=3.45; PAKET: MW=5.87; AUS: MW=3.12.). Bei der BFH-Stichprobe ist dieser Unterschied hoch signifikant ($p=0.000$), bei den anderen Gruppen erreichen diese Unterschiede keine Signifikanz.

Tabelle 17: Diagnosen nach DSM-IV zugeordnet zu dienstlichen oder privaten Erlebnissen

	Genannte Ereignisse	N	PTB		SubPTB		Akute BS	
			N	%	N	%	N	%
BFH	Dienstliches Ereignis	183	7	3.8	8	4.4	2	1.1
	Privates Ereignis	102	9	8.8	7	6.9	2	2.0
	Unklar	24	1	4.2	2	8.3	-	-
PAKET	Dienstliches Ereignis	52	5	9.6	3	5.8	1	1.9
	Privates Ereignis	39	4	10.3	3	7.7	-	-
	Unklar	13	-	-	-	-	-	-
SWG	Dienstliches Ereignis	44	6	13.6	7	15.9	-	-
	Privates Ereignis	6	-	-	-	-	-	-
	Unklar	2	-	-	-	-	-	-
AUS	Dienstliches Ereignis	26	1	3.8	2	7.7	2	7.7
	Privates Ereignis	16	-	-	2	12.5	1	6.3
	Unklar	10	-	-	-	-	-	-

5.1.9. Zusammenhänge der Diagnosen und Symptome mit den soziodemographischen Daten und Zusatzfragen

Die soziodemographischen Daten wie Alter, Dienstalter, Geschlecht, Familienstand, Dienstbereich, Dienstgrad oder auch der Dienstort haben keinen Einfluss auf die Diagnosestellung oder die

Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, d.h. es bestehen keine Zusammenhänge zwischen diesen Daten und den beschriebenen Problemen. Auch die Teilnahme bei einem PAKET-Training oder eines sonstigen Stressbewältigungskurses hat keinerlei Einfluss auf die Entstehung oder auch Chronifizierung posttraumatischer Symptome in den einzelnen Untersuchungsgruppen. Ob und von wem die Beamten eine Beratung oder Betreuung erhielten bzw. mit wem sie über ihre Erlebnisse sprechen konnten, zeigt folgende Tabelle.

Tabelle18: Häufigkeiten derer, die über das Erlebte redeten

	BFH N=309		PAKET N=104		SWG N=52		AUS N=52	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Redete über das Erlebnis	168	54.4	56	53.8	43	82.7	28	53.8
Mit:								
Direktionsleiter, Dienststellenleiter	18	10.7	9	16.1	18	41.9	2	7.1
Dienstgruppenleiter	35	20.8	10	17.9	11	25.6	8	28.6
Kollegen	90	53.6	35	62.5	25	58.1	9	32.1
ZPD	13	7.7	3	5.4	17	37.2	-	-
Seelsorge	8	4.8	2	3.6	7	16.3	-	-
Familie	91	54.2	39	69.6	22	51.2	23	82.1
Partner	105	62.5	32	57.1	20	46.5	15	53.6
Freunde	76	45.2	31	55.4	15	34.9	21	75.0
Therapeut, andere	6	3.6	3	5.4	5	11.6	2	7.1

Auch die Betreuung und Beratung oder das Reden über das Erlebte nach belastenden Erlebnissen hat bis auf eine kleine Teilgruppierung keinen Einfluss auf die Diagnosestellung. Bei der Teilgruppe, die einen Schusswaffengebrauch als belastendstes Erlebnis angegeben hat (n=33), zeigte sich ein fast signifikantes Ergebnis im Chi-Quadrat Test ($p=0.065$) und ein fast signifikanter Zusammenhang (Phi-Koeffizient=0.407, $p=0.065$) zwischen der Diagnose und der Betreuung durch den Dienststellenleiter.

5.2. Ergebnisse der Stichprobe zum Untersuchungszeitraum 1

Zum Untersuchungszeitraum 1 hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sollte ihr belastendstes Ereignis länger als ein Jahr zurückliegen, ihre Symptome und Belastungen nochmals in Erinnerung des damaligen Zeitpunktes einzuschätzen. Im folgenden Abschnitt soll untersucht werden, ob und inwiefern sich die Symptomatik in dem vergangenen Zeitraum verändert hat.

5.2.1. Symptome und PTB-Diagnosen zum Zeitpunkt des Ereignisses und zum Untersuchungszeitpunkt

5.2.1.1. BFH-Stichprobe

Die BFH-Stichprobe, die zum Untersuchungszeitraum 1 ausgewertet wurde, enthielt n=193 Fragebogen. 158 Kollegen gaben an, dass ihr Ereignis länger als 1 Jahr zurücklag, und haben dementsprechend auch den zweiten Teil des Fragebogens ausgefüllt. Die folgenden Auswertungen wurden mit dieser Anzahl (n=158) durchgeführt.

Streng nach den Diagnosenkriterien des DSM-IV erhielten dann zum damaligen Zeitpunkt 13.3% die Diagnose PTB, 10.1% die Diagnose der subsyndromalen PTB und 7.0% die Diagnose einer akuten Belastungsstörung. Analog dem Punkt 5.1.7. wurden auch hier separat die geschilderten Symptome berechnet. Die folgende Tabelle zeigt den Vergleich der beiden Auswertungen.

Tabelle 19: Vergleich der Diagnose zu den Symptomen zum Zeitpunkt des Erlebens

N=158	Diagnose nach DSM-IV		Symptome nach DSM-IV	
	N	%	N	%
PTB	21	13.3	23	14.6
Subsyndromale PTB	16	10.1	42	26.6
Akute Belastungsstörung	11	7.0	16	10.1

Auch hier zeigen sich große Unterschiede. Es werden deutlich mehr Symptome geschildert als sich nach DSM-IV in der Diagnose widerspiegeln. Die Problematik der A- und F-Kriterien des DSM-IV mit dieser Berufsgruppe wurde schon im Abschnitt 5.1.7. angesprochen. Interessant ist nun die Frage, inwieweit sich die geschilderten Symptome vom Zeitpunkt des Erlebens bis zum Zeitpunkt der Untersuchung verändert haben. Insgesamt zeigten nach Tabelle 19 51.3% (von n=158) Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, einer subsyndromalen PTB oder einer akuten Belastungsstörung. Stellt man die Symptomatik in Beziehung zu den heute beklagten Symptomen, zeigt sich eine Besserung von 57.7%, d.h. 41 Kollegen, die damals über eine akute Symptomatik oder auch Symptome einer PTB bzw. einer subsyndromalen PTB klagten, zeigen zum heutigen Zeitpunkt eine Besserung der Symptome. 49.3% (35 Kollegen) zeigen heute sogar keine Symptome der vorgenannten Symptomgruppen mehr. Bei 10.1% (n=158) der Kollegen zeigte sich eine Verschlechterung der Symptome, 9.1% derer, die zum damaligen Zeitpunkt keine Symptome zeigten (n=77), entwickelten über die Jahre hinweg Symptome einer PTB oder subsyndromalen PTB. Beschränkt man die Auswertung rein auf die Diagnosestellung nach DSM-IV, zeigen sich andere Werte. Bei 6.4%, die zum damaligen Zeitpunkt keine Diagnose erhalten hätten (n=110), ist zum Untersuchungszeitpunkt eine Diagnose (subPTB oder PTB) gestellt worden. Bei 5.7% der ganzen Gruppe (n=158) verschlechterte sich die Diagnose. 70.8% (34) derer, die zum damaligen Zeitpunkt eine Diagnose erhielten, erhalten zum heutigen Zeitpunkt keine Diagnose mehr. Bei der gesamten Gruppe (n=158) zeigte sich eine hoch signifikante Verbesserung ($p=0.000$) in der Symptomschwere vom damaligen Zeitpunkt des Erlebens ($M=9.08$, $SD=8.72$) zum heutigen Untersuchungszeitpunkt ($M=4.87$, $SD=6.5$).

5.2.1.2. SWG - Schusswaffenstichprobe

Die Schusswaffenstichprobe, die zum Untersuchungszeitraum 1 ausgewertet wurde, enthielt n=27 Fragebogen. 21 Kollegen gaben an, dass ihr Ereignis länger als 1 Jahr zurücklag, und haben dementsprechend auch den zweiten Teil des Fragebogens ausgefüllt. Die folgenden Auswertungen wurden mit dieser Anzahl (n=21) durchgeführt.

Streng nach den Diagnosenkriterien des DSM-IV erhielten dann zum damaligen Zeitpunkt 14.3% die Diagnose PTB, 14.3% die Diagnose der subsyndromalen PTB und 28.6% die Diagnose einer akuten Belastungsstörung. Analog dem Punkt 5.1.7. wurden auch hier separat die geschilderten Symptome berechnet. Die folgende Tabelle zeigt den Vergleich der beiden Auswertungen.

Tabelle 20: Vergleich der Diagnose zu den Symptomen zum Zeitpunkt des Erlebens

N=21	Diagnose nach DSM-IV		Symptome nach DSM-IV	
	N	%	N	%
PTB	3	14.3	4	19.0
Subsyndromale PTB	3	14.3	5	23.8
Akute Belastungsstörung	6	28.6	6	28.6

Auch hier zeigen sich große Unterschiede. Es werden deutlich mehr Symptome geschildert, als sich nach DSM-IV in der Diagnose widerspiegeln. Die Problematik der A- und F-Kriterien des DSM-IV mit dieser Berufsgruppe wurde schon im Abschnitt 5.1.7. angesprochen. Interessant ist nun die Frage, inwieweit sich die geschilderten Symptome vom Zeitpunkt des Erlebens bis zum Zeitpunkt der Untersuchung verändert haben. Insgesamt zeigten nach Tabelle 20 71.4% (von n=21) Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, einer subsyndromalen PTB oder einer akuten Belastungsstörung. Stellt man die Symptomatik in Beziehung zu den heute beklagten Symptomen, zeigt sich bei 33.3% eine Besserung, d.h. 5 Kollegen, die damals über eine akute Symptomatik oder auch Symptome einer PTB bzw. einer subsyndromalen PTB klagten, zeigen eine Besserung der Symptome. 26.7% (4 Kollegen) zeigen zum heutigen Zeitpunkt sogar keine Symptome der vorgenannten Symptomgruppen mehr. Bei 3 von 6 Kollegen, die über Symptome der akuten Belastungsstörung klagten, entwickelten sich bei einem Kollegen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, bei zwei Kollegen Symptome der subsyndromalen PTB. Ein Kollege, der keine Symptome angab, entwickelte über die Jahre hinweg Symptome einer subsyndromalen PTB. Demnach trat bei 19% (n=21) eine Verschlechterung der Symptomatik ein. Beschränkt man die Auswertung rein auf die Diagnosestellung nach DSM-IV, zeigen sich andere Werte.

Bei 42.9% (n=21), die zum damaligen Zeitpunkt keine Diagnose erhalten hätten, ist zum Untersuchungszeitpunkt auch keine Diagnose (subPTB oder PTB) zu stellen. Bei 50% derer, die zum damaligen Zeitpunkt eine Diagnose erhielten (n=12), trat über die Jahre eine Verbesserung ein,

41.7% (n=12) erhalten zum heutigen Zeitpunkt keine Diagnose mehr. Rein auf die Diagnosestellung bezogen, traten keine Verschlechterungen auf.

Bei der gesamten Gruppe (n=21) zeigte sich eine signifikante Verbesserung ($p=0.017$) in der Symptomschwere vom damaligen Zeitpunkt des Erlebens ($M=11.86$, $SD=10.05$) bis zum heutigen Untersuchungszeitpunkt ($M=6.14$, $SD=6.05$).

5.3. Ergebnisse der Stichprobe zum Untersuchungszeitraum 2

Zum Untersuchungszeitraum 2 wurde von den Teilnehmern zusätzlich zur PDS der BSI (Brief Symptom Inventory. Franke, 2000) und der CISS (Coping Inventar for Stressful Situations. Kälin, 1995) ausgefüllt. Im folgenden Abschnitt werden diese Ergebnisse dargestellt.

5.3.1. Ergebnisse CISS

Die Werte des CISS wurden geschlechtsspezifisch, diagnoseabhängig, bzw. symptomabhängig ausgewertet und zusätzlich noch in Beziehung zur Ereignissituation gesetzt.

5.3.1.1. Stichprobe BFH-PAKET

5.3.1.1.1. Geschlechtsunterschiede im CISS

In Tabelle 21 sind die Skalenmittelwerte für den CISS getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Zwischen beiden Gruppen existieren keine signifikanten Unterschiede bezüglich der „Aufgabenorientierung“, jedoch Unterschiede in den restlichen Skalen. Frauen äußern mehr „Emotions-“ als auch „Vermeidungsbezogene Strategien“. (* Signifikanz auf dem 5%-Niveau, ** auf dem 1%-Niveau)

Tabelle 21: Geschlechtseffekte für den CISS

Copingstil:	männlich N=202		weiblich N=18		Signifikanz	
	MW	SD	MW	SD	p	
Aufgabenorientiertes Coping	3.67	0.58	3.42	0.76	0.082	n.s.
Emotionsorientiertes Coping	2.50	0.63	2.83	0.48	0.032	*
Vermeidungsorientiertes Coping	2.43	0.63	2.94	0.67	0.001	**
- Zerstreungsorientiertes Coping	1.98	0.84	2.58	0.92	0.004	**
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	2.89	0.82	3.31	0.84	0.036	*

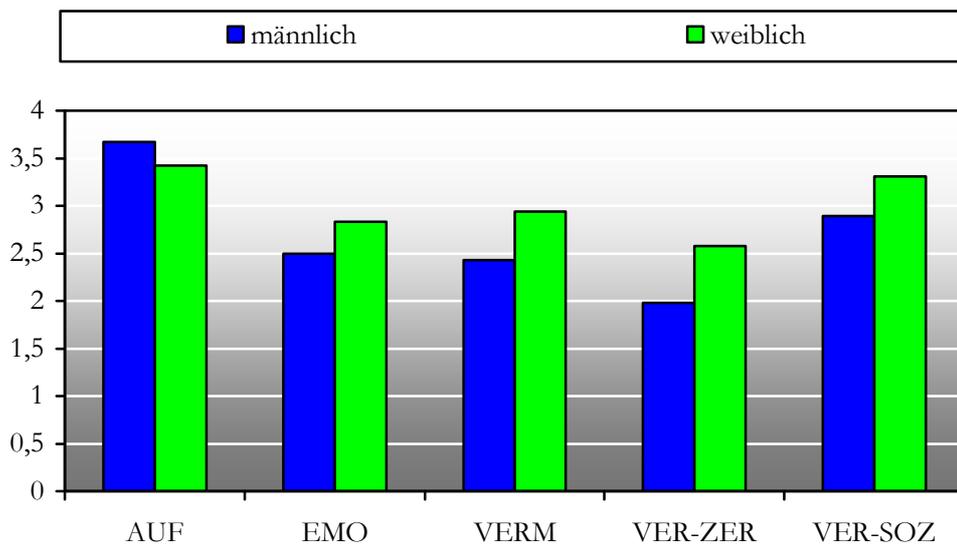


Abbildung 6: CISS-Mittelwerte geschlechtsspezifisch

Diese Werte berichtet auch Kälin (1995). Auffallend ist hierbei, dass die Mittelwerte bei dieser Stichprobe sich von der von Kälin geringfügig unterscheiden. Am deutlichsten im Bereich der „Sozial-ablenkungsorientierten Strategien“, in denen die Polizeibeamten sowohl männlich als auch weiblich niedrigere Werte haben als bei Kälin. Der Unterschied hierbei erreicht jedoch keine Signifikanz.

5.3.1.1.2. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Die Kollegen, die die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV erhalten würden, äußern mehr „emotionsorientierte Strategien“ und weniger „vermeidungsorientierte“ und „sozial-ablenkungsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Diagnose oder eine subsyndromale PTB diagnostiziert bekommen würden. Tabelle 22 zeigt die Mittelwerte und entsprechenden Standardabweichungen der einzelnen Gruppen.

Tabelle 22: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=191		PTB N=17		subPTB N=12	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.67	0.61	3.56	0.43	3.48	0.52
Emotionsorientiertes Coping	2.45	0.60	3.14	0.44	2.74	0.76
Vermeidungsorientiertes Coping	2.47	0.64	2.24	0.69	2.76	0.64
- Zerstreuungsorientiertes Coping	2.01	0.87	1.99	0.83	2.38	0.78
- Sozial-ablenkungs orientiertes Coping	2.95	0.81	2.50	0.83	3.15	1.01

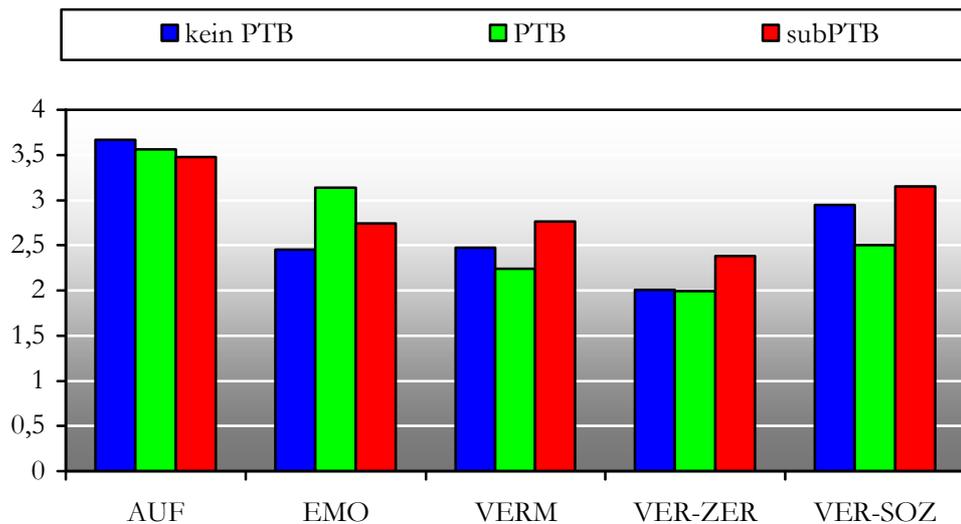


Abbildung 7: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Dieser Unterschied erreicht bei dem Vergleich der jeweiligen Gruppen wie folgt Signifikanzen. Die anderen Unterschiede der jeweiligen Gruppen sind geringfügig und erreichen keine Signifikanz. Für die Auswertung wurden die 2 Kollegen, die eine akute Belastungsstörung diagnostiziert bekommen hätten, den PTB-Diagnosen zugeordnet.

- Kein PTB - PTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (**; $p=0.000$),
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (*; $p=0.031$)
- PTB - subPTB:
 - o Vermeidungsorientiertes Coping (*; $p=0.049$)

Die Kollegen, die die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung haben, äußern ebenso mehr „emotionsorientierte Strategien“ und weniger „vermeidungsorientierte“ und „sozial-ablenkungsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Symptome oder Symptome einer sub-syndromale PTB haben. Tabelle 23 zeigt die Mittelwerte und entsprechenden Standardabweichungen der einzelnen Gruppen. Dieser Unterschied erreicht bei dem Vergleich der jeweiligen Gruppen wie folgt Signifikanzen, die anderen Unterschiede erreichen keine Signifikanz.

- Kein PTB - PTB (Symptome):
 - o Emotionsorientiertes Coping (**; $p=0.000$),
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (*; $p=0.039$)
- Kein PTB - subPTB (Symptome):
 - o Aufgabenorientiertes Coping (*; $p=0.04$)
- PTB - subPTB (Symptome):
 - o Emotionsorientiertes Coping (*; $p=0.016$)

Tabelle 23: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit mit den Symptomen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=153		PTB N=35		subPTB N=32	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.69	0.57	3.67	0.57	3.45	0.73
Emotionsorientiertes Coping	2.48	0.59	2.91	0.61	2.51	0.70

Copingstil:	Kein PTB N=153		PTB N=35		subPTB N=32	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Vermeidungsorientiertes Coping	2.45	0.63	2.41	0.75	2.64	0.56
- Zerstreungsorientiertes Coping	1.95	0.84	2.17	0.87	2.25	0.94
- Sozial-ablenkungs orientiertes Coping	2.96	0.80	2.64	0.90	3.03	0.84

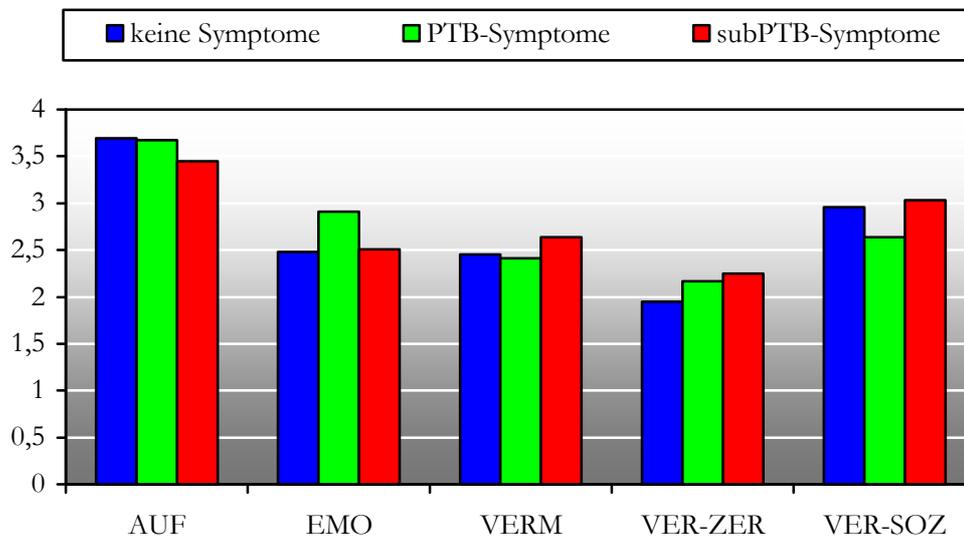


Abbildung 8: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Symptome nach DSM-IV

5.3.1.1.3. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV, in Bezug zu den Ereignissituationen

Bei dieser Auswertung wurden zusätzlich noch die Ereignissituationen in Beziehung gesetzt und weiter unterschieden in „dienstliche“ und „privat“ erlebte Ereignisse (siehe auch 5.1.8).

Die Kollegen, die bei dienstlichen Erlebnissen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer subsyndromale PTB nach DSM-IV erhalten würden, äußern mehr „emotionsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Diagnose diagnostiziert bekommen würden. Die Kollegen mit einer subsyndromalen PTB zeigen zudem signifikant mehr „zerstreungsorientierte“ Strategien als die Beamten mit oder ohne PTB. Bei „privaten“ Erlebnissen zeigen sich nur bei den

PTB-diagnostizierten Unterschiede im Bereich „emotionsorientierter“ Strategien zu den beiden anderen Gruppen. Die Kollegen mit einer subsyndromalen PTB zeigen signifikant weniger soziale Ablenkungsstrategien zu den beiden anderen Gruppen. Diese Unterschiede erreichen bei dem Vergleich der jeweiligen Gruppen wie folgt Signifikanzen:

Dienstliches Ereignis:

- Kein PTB - PTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (*; $p=0.019$),
- Kein PTB - subPTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (*; $p=0.018$)
 - o Zerstreuungsorientiertes Coping (*; $p=0.019$)
- PTB - subPTB:
 - o Zerstreuungsorientiertes Coping (*; $p=0.047$)

Privates Ereignis:

- Kein PTB - PTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (**; $p=0.000$),
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (**; $p=0.005$)
- PTB - subPTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (**; $p=0.000$),
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (*; $p=0.018$)

Die anderen Unterschiede der jeweiligen Gruppen zeigen keine Signifikanz. Für die Auswertung wurden auch hier die 2 Kollegen, die eine akute Belastungsstörung diagnostiziert bekommen hätten, den PTB-Diagnosen zugeordnet.

Kollegen, die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung haben, äußern ebenso mehr „emotionsorientierte Strategien“ als die Kollegen ohne eine PTB oder einer subsyndromalen PTB sowohl bei „dienstlichen“ als auch bei „privaten“ Erlebnissen. Demgegenüber zeigen sie bei privaten Erlebnissen weniger „sozial-ablenkungsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Symptome oder Symptome einer subsyndromalen PTB hätten. Die Gruppe der subsyndromalen Symptome zeigt bei dienstlichen Ereignissen weniger „aufgabenorientiertes Coping“ als die anderen

Gruppen. Dieser Unterschied erreicht bei dem Vergleich der jeweiligen Gruppen wie folgt Signifikanzen:

Dienstliches Ereignis:

- Kein PTB - PTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (**; $p=0.001$),
- Kein PTB - subPTB:
 - o Aufgabenorientiertes Coping (*; $p=0.045$)

Privates Ereignis:

- Kein PTB - PTB:
 - o Emotionsorientiertes Coping (*; $p=0.027$),
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (*; $p=0.019$)
- PTB - subPTB:
 - o Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (*; $p=0.026$)

5.3.1.2. Stichprobe SWG

5.3.1.2.1. Geschlechtsunterschiede im CISS

Da sich in dieser Stichprobe nur eine Frau befand, kann eine geschlechtsbezogene Auswertung des CISS nicht durchgeführt werden. In Tabelle 24 sind dennoch die Skalenmittelwerte des CISS für die Männer dargestellt.

Tabelle 24: Mittelwerte der männlichen Kollegen für den CISS

Copingstil:	Männlich N=24	
	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.45	0.44
Emotionsorientiertes Coping	2.82	0.74

Copingstil:	Männlich N=24	
	MW	SD
Vermeidungsorientiertes Coping	2.50	0.58
- Zerstreungsorientiertes Coping	2.14	0.81
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	2.86	0.95

Die Mittelwerte bei dieser Stichprobe unterscheiden sich von der von Kälin, vor allem im Bereich „emotionsorientiertes Coping“, bei der die Männer höhere Werte angaben als bei Kälin. Auch im Bereich der „Sozial-ablenkungsorientierten Strategien“ finden sich Unterschiede, nämlich niedrigere Werte als bei Kälin. Die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz.

5.3.1.2.2. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Die Kollegen, die die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV erhalten würden, äußern mehr „emotionsorientierte Strategien“ und weniger „vermeidungsorientierte“ und „sozial-ablenkungsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Diagnose bekommen würden. Tabelle 25 zeigt die Mittelwerte und entsprechenden Standardabweichungen der einzelnen Gruppen. Die Unterschiede in der zentralen Tendenz erreichen keine Signifikanzen (U-Test). Da die subPTB-Untergruppe mit n=2 sehr klein ist, wurden keine Signifikanzen bestimmt.

Tabelle 25: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=19		PTB N=4		subPTB N=2	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.45	0.43	3.34	0.24	3.75	0.88
Emotionsorientiertes Coping-	2.76	0.55	3.31	1.38	2.31	0.09
Vermeidungsorientiertes Coping	2.51	0.56	2.12	0.42	3.31	0.09
- Zerstreungsorientiertes Coping	2.14	0.78	2.00	1.20	3.12	0.53
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	2.89	0.94	2.25	0.98	3.50	0.35

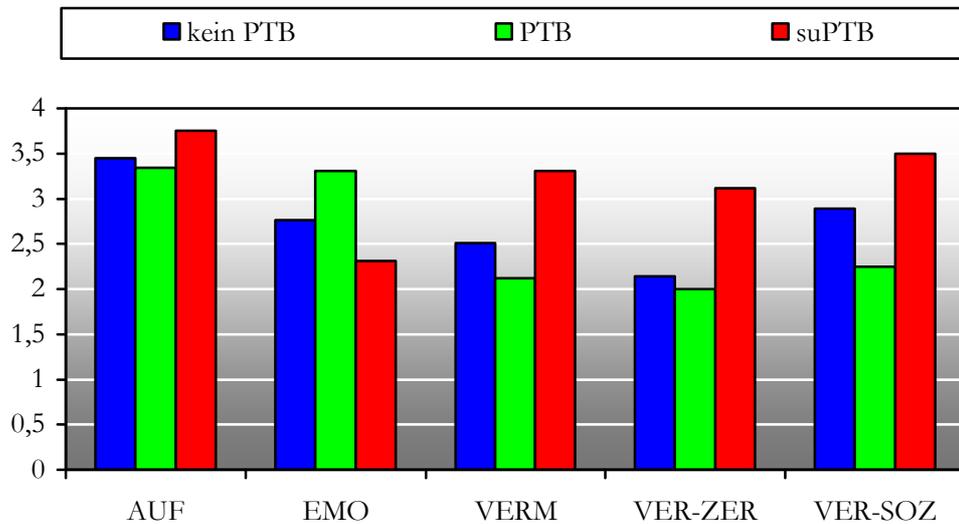


Abbildung 9: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Die Kollegen, die die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung haben, äußern mehr „emotionsorientierte Strategien“ als diejenigen, die keine Symptome oder Symptome einer subsyndromale PTB haben. Kollegen mit einer subsyndromalen PTB äußern mehr „Vermeidungsstrategien“ und hierbei „zerstreuungsorientierte“ Strategien. Tabelle 26 zeigt die Mittelwerte und entsprechenden Standardabweichungen der einzelnen Gruppen.

Tabelle 26: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit mit den Symptomen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=14		PTB N=7		subPTB N=4	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.55	0.38	3.17	0.39	3.61	0.57
Emotionsorientiertes Coping	2.67	0.43	3.40	1.05	2.31	0.16
Vermeidungsorientiertes Coping	2.45	0.61	2.32	0.45	3.12	0.34
- Zerstreungsorientiertes Coping	2.11	0.80	1.92	0.97	3.00	0.46
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	2.76	1.00	2.71	0.90	3.25	0.89

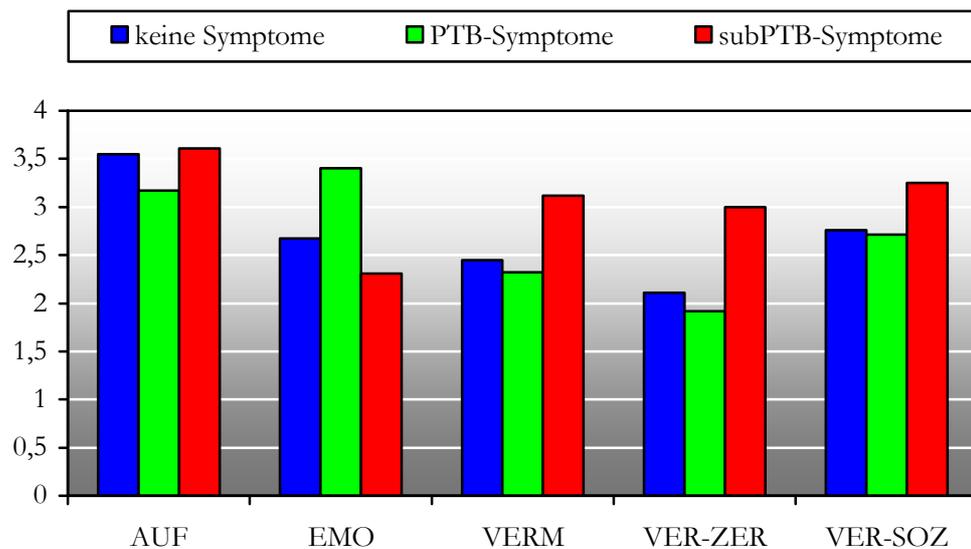


Abbildung 10: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Symptome nach DSM-IV

Dieser Unterschied erreicht bei dem Vergleich der jeweiligen Gruppen nur wie folgt Signifikanzen:

- Kein PTB - PTB (Symptome):
 - o Emotionsorientiertes Coping (*; $p=0.025$),
- Kein PTB - subPTB (Symptome):
 - o Vermeidungsorientiertes Coping (*; $p=0.025$)
 - o Zerstreungsorientiertes Coping (*; $p=0.043$)
- PTB - subPTB (Symptome):
 - o Vermeidungsorientiertes Coping (*; $p=0.023$)

5.3.1.2.3. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen

Bei dieser Auswertung wurden zusätzlich noch die Ereignissituationen in Beziehung gesetzt und weiter unterschieden in „dienstliche“ und „privat“ erlebte Ereignisse (siehe auch 5.1.8.). Da sich die Diagnosen wie auch Symptome nur bei dienstlich erlebten Ereignissen zeigten, 92% der Kollegen schilderten dienstliche Erlebnisse, ändert sich in den Ergebnissen und Signifikanzen wenig und sind mit den unter 5.3.1.2.2. geschilderten Ergebnissen fast identisch.

5.3.1.3. Stichprobe AUS

5.3.1.3.1. Geschlechtsunterschiede im CISS

In Tabelle 27 sind die Skalenmittelwerte für den CISS getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Zwischen beiden Gruppen existieren keine signifikanten Unterschiede bezüglich der „Aufgabenorientierung“ und der „emotionalen Strategien“, jedoch Unterschiede in den restlichen Skalen. Frauen äußern mehr „Vermeidungsbezogene Strategien“. (* 5%-Niveau, ** 1%-Niveau)

Tabelle 27: Geschlechtseffekte für den CISS

Copingstil:	männlich N=31		weiblich N=21		Signifikanz	
	MW	SD	MW	SD	p	
Aufgabenorientiertes Coping	3.46	0.56	3.46	0.58	0.987	n.s.
Emotionsorientiertes Coping	2.68	0.70	2.80	0.76	0.579	n.s.
Vermeidungsorientiertes Coping	2.43	0.67	3.04	0.47	0.001	**
- Zerstreungsorientiertes Coping	1.94	0.73	2.50	0.78	0.011	*
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	2.92	0.92	3.58	0.76	0.009	**

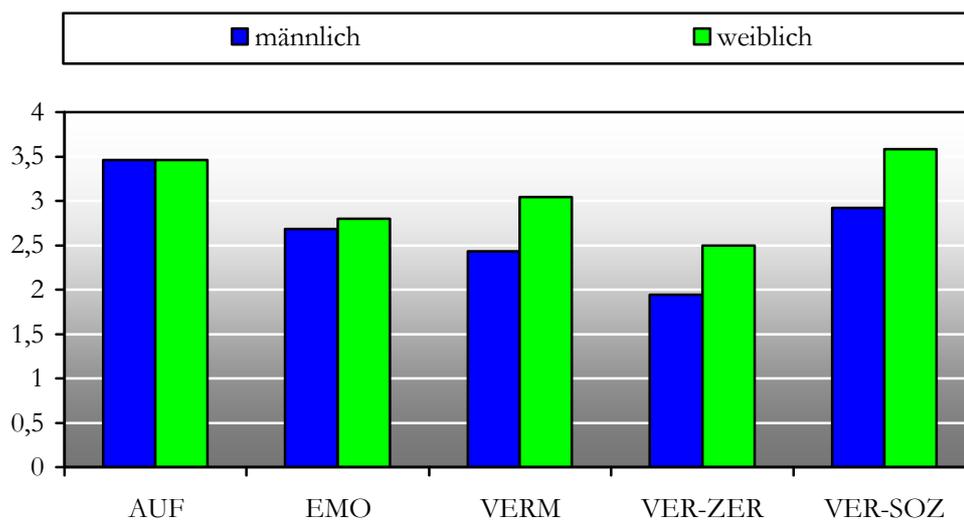


Abbildung 11: CISS-Mittelwerte geschlechtsspezifisch

Diese Werte sind unterschiedlich zur BFH-Stichprobe und den Werten von Kälin (1995), der auch Signifikanz bei den „emotionsorientierten“ Strategien findet. Die jungen männlichen Beamten zeigen hier höhere Werte als bei Kälin, die jedoch keine Signifikanz erreichen. Auffallend ist hierbei, dass die Mittelwerte bei dieser Stichprobe sich von der von Kälin geringfügig unterscheiden. Am deutlichsten auch hier im Bereich der „Sozial-ablenkungsorientierten Strategien“, in denen die Polizeibeamten sowohl männlich als auch weiblich niedrigere Werte haben als bei Kälin. Der Unterschied hierbei erreicht jedoch keine Signifikanz.

5.3.1.3.2. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Kollegen, die eine Diagnose einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV erhalten würden, äußern mehr „emotionsorientierte Strategien“ und weniger „aufgabenorientierte“ als diejenigen, die keine Diagnose erhalten würden. Tabelle 28 zeigt die Mittelwerte und entsprechenden Standardabweichungen der einzelnen Gruppen. Die Gruppe der PTB-diagnostizierten ist mit $n=2$ zu gering und wurde nicht ausgewertet. Die genannten Unterschiede der jeweiligen Gruppen erreichen keine Signifikanz. Für die Auswertung wurden von den 3 Kollegen, die eine akute Belastungsstörung diagnostiziert bekommen hatten, aufgrund ihrer Symptome einer den PTB-Diagnosen zugeordnet und 2 der subsyndromalen PTB.

Tabelle 28: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=44		PTB N=2		subPTB N=6	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.48	0.56	4.00	0.17	3.10	0.48
Emotionsorientiertes Coping	2.68	0.73	2.68	0.44	3.02	0.73
Vermeidungsorientiertes Coping	2.68	0.64	2.50	1.17	2.68	1.01
- Zerstreungsorientiertes Coping	2.16	0.77	1.75	0.00	2.33	1.10
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	3.20	0.88	3.25	0.35	3.04	1.33

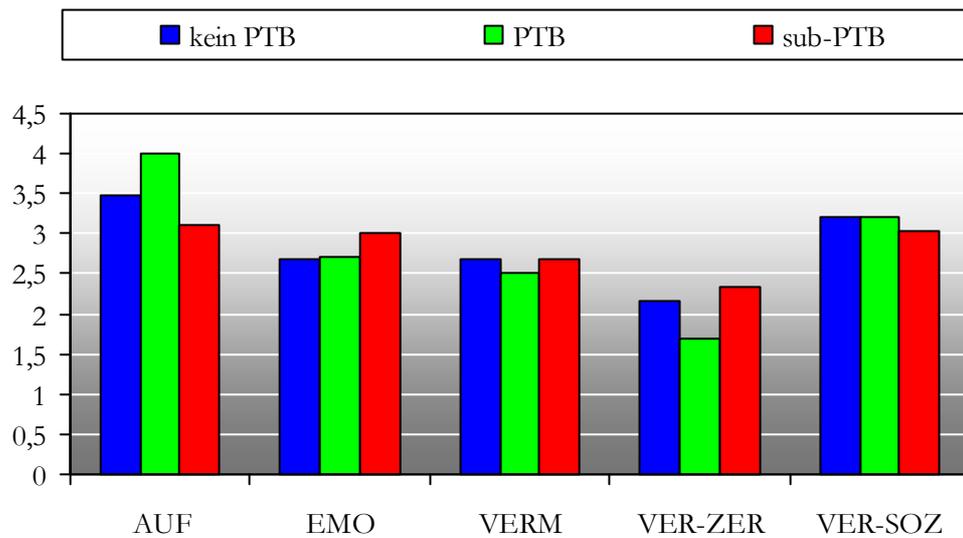


Abbildung 12: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Diagnosen nach DSM-IV

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte des CISS bezogen auf die Symptomatik. Die zu sehenden Unterschiede erreichen auch hierbei keine Signifikanz. Hier zeigen sich Unterschiede der PTB-Gruppe zu den anderen Gruppen in den Bereichen „aufgabenorientiertes Coping“, welches erhöht ist und den „vermeidungsorientierten“ Strategien mit den jeweiligen Untergruppen, welche niedriger sind als bei den anderen Gruppen. Aber die PTB-Gruppe ist mit $n=3$ auch zu klein für eine statistische Auswertung.

Tabelle 29: Ergebnisse des CISS in Abhängigkeit mit den Symptomen nach DSM-IV

Copingstil:	Kein PTB N=38		PTB N=3		subPTB N=11	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Aufgabenorientiertes Coping	3.49	0.57	3.79	0.38	3.24	0.55
Emotionsorientiertes Coping	2.68	0.73	2.79	0.36	2.85	0.80
Vermeidungsorientiertes Coping	2.68	0.63	2.17	0.59	2.81	0.79
- Zerstreungsorientiertes Coping	2.16	0.73	1.50	0.43	2.36	0.99
- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping	3.20	0.89	2.83	0.76	3.25	1.08

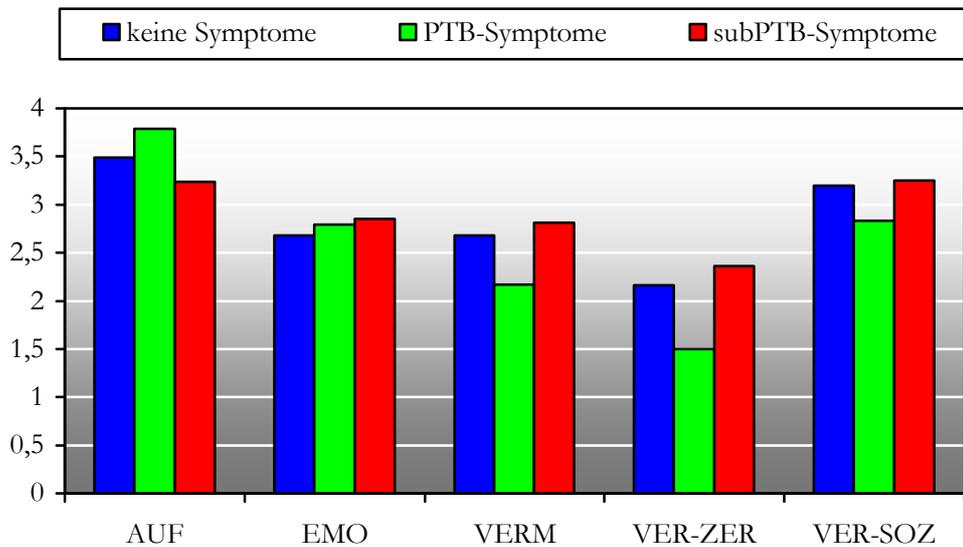


Abbildung 13: CISS-Mittelwerte in Abhängigkeit der Symptome nach DSM-IV

5.3.1.3.3. Strategien in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV, in Bezug zu den Ereignissituationen

Äquivalent zur BFH-PAKET-Stichprobe sollten bei dieser Auswertung zusätzlich noch die Ereignissituationen in Beziehung gesetzt und weiter unterschieden werden in „dienstliche“ und „privat“ erlebte Ereignisse (siehe auch 5.1.8.). Es zeigten sich keine Signifikanzen zwischen den einzelnen Diagnosen und den Symptomen in Beziehung zu den Ereignissituationen. Die entstehenden Stichproben wurden durch diese weitere Unterscheidung zudem auch sehr klein, so dass eine Auswertung nur für die Untergruppe der subsyndromalen PTB und der subsyndromalen Symptome durchgeführt werden konnte.

5.3.1.4. Weitere Auswertungen mit dem CISS

In den Abschnitten 5.3.1. bis 5.3.3. wurde die CISS mit den entsprechenden Copingstrategien ausgewertet. Im Hinblick auf die Fürsorgepflicht durch die Polizei wird in diesem Abschnitt unter-

sucht, ob sich bestimmte Items des CISS in Bezug auf die Diagnosestellung oder der Symptomatik im Hinblick auf dienstliche Ereignisse herauskristallisieren. Dementsprechend könnten Hilfestellungen für die Kollegen angeboten werden. Da die Gruppen mit den entsprechenden Diagnosen und Symptomen z. T. sehr klein sind, wurde hierfür ausschließlich die BFH-PAKET Stichprobe ausgewertet.

Es konnten mehrere Items herausgearbeitet werden, die sich in den jeweiligen Gruppen mit PTB oder subPTB Diagnosen oder Symptomen von der Gruppe keine Symptome bzw. keine PTB z. T. signifikant voneinander unterscheiden (Tabelle 30):

C2: „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe“

C3: „Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin.“

C7: „Ich habe die Befürchtung, dass ich diese Situation nicht bewältigen kann.“

C8: „Ich bin sehr angespannt.“

C13: „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.“

C14: „Ich denke über die Situation nach, dass ich sie verstehen kann.“

C18: „Ich verbringe Zeit mit einem mir nahe stehenden Menschen.“

C19: „Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme.“

C24: „Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme.“

Tabelle 30: Items des CISS (> = mehr, < = weniger, ~ fast gleich)

	C2	C3	C7	C8	C13	C14	C18	C19	C24
PTB	> *	> **	> n.s.	> n.s.	> *	> n.s.	< *	> n.s.	> n.s.
subPTB	> n.s.	> **	> n.s.	~ n.s.	> n.s.	< n.s.	< n.s.	< *	< *
PTB-Symptome	> **	> n.s.	> **	> *	> **	< n.s.	< *	< n.s.	> n.s.
subPTB-Symptome	> *	~ n.s.	> n.s.	> *	~ n.s.	< **	< n.s.	< n.s.	< n.s.

5.3.2. Ergebnisse BSI

Die Werte des BSI werden diagnoseabhängig bzw. symptomabhängig ausgewertet und zusätzlich noch in Beziehung zur Ereignissituation gesetzt. Die Bewertung der Schwere der Beeinträchtigung erfolgte nach den Auswertungsrichtlinien. Hat ein Proband in der Skala TGSI oder bei mindestens 2 anderen Skalen einen Wert größer/gleich 63, liegt eine auffällige psychische Belastung vor (Franke, 2000). Die Skalenbeschreibung findet sich unter Punkt 4.1.5.

5.3.2.1. Stichprobe BFH-PAKET

5.3.2.1.1. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Bei der Auswertung des BSI ergab sich, dass die Gruppe, die eine Diagnose PTB erhalten würde, eine auffällige psychische Belastung aufweist. Einzig die beiden Skalen „Somatisierung“ und „Aggressivität/Feindseligkeit“ liegen unter dem geforderten T-Wert von 63. Die Skalen unterscheiden sich durchweg signifikant von der Gruppe, die keine Belastungsstörung aufweist. Auch die Gruppe der subsyndromalen PTB zeigt erhöhte Werte gegenüber der Gruppe, die keine Diagnose erhalten würde, erreicht aber insgesamt auch keine Werte der psychischen Auffälligkeit. Die Mittelwerte und Signifikanzen der einzelnen Skalen zeigt die folgende Tabelle. Die Auffälligkeiten sind in der graphischen Darstellung deutlich zu erkennen.

Tabelle 31: Unterschiede in den T-Werten (MW) der einzelnen BSI-Skalen nach Diagnosen nach DSM-IV

BSI-Skala	Kein PTB N=189		PTB N=17		subPTB N=12		Signifikanz		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Kein PTB- PTB	Sub- PTB	Sub- PTB
T1	48.75	9.42	60.73	9.53	52.50	11.97	**	n.s.	n.s.
T2	53.30	9.80	63.86	9.84	59.41	8.79	**	*	n.s.
T3	52.19	10.22	64.00	9.71	58.25	9.13	**	*	n.s.

BSI-Skala	Kein PTB N=189		PTB N=17		subPTB N=12		Signifikanz		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Kein PTB- PTB	Kein PTB- Sub- PTB	PTB- Sub- PTB
T4	49.89	8.71	64.60	8.28	58.91	12.16	**	**	n.s.
T5	54.24	10.05	68.33	8.62	57.08	11.04	**	n.s.	*
T6	53.21	10.41	61.93	10.40	58.50	6.45	**	*	n.s.
T7	49.78	7.57	63.73	11.18	52.83	7.80	**	n.s.	*
T8	52.85	9.45	65.93	10.68	59.16	9.89	**	*	n.s.
T9	51.52	9.43	66.46	9.10	60.16	13.03	**	**	n.s.
TGSI	52.05	11.16	69.40	8.23	60.75	9.98	**	**	*
TPST	51.08	11.20	68.33	8.51	60.50	8.37	**	**	n.s.
TPSDI	52.03	11.61	62.26	8.35	56.33	12.90	**	n.s.	n.s.

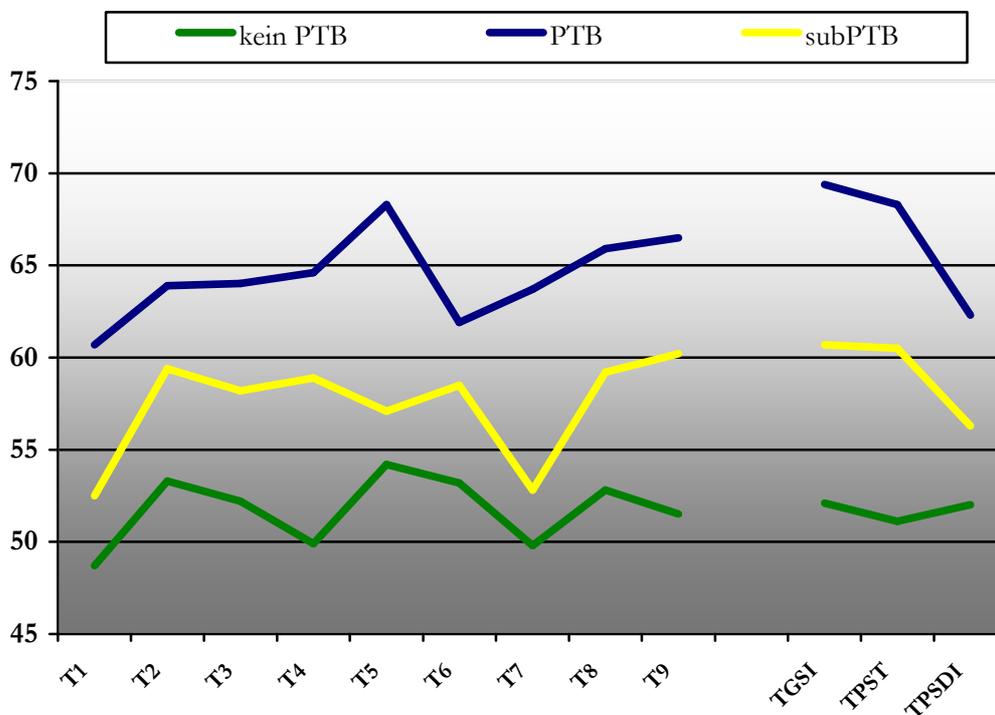


Abbildung 14: BSI-Profil bezogen auf Diagnosen nach DSM-IV

Betrachtet man dann diejenigen, die Symptome aufweisen, zeigt sich ein anderes Bild. Hierbei erreichen bei denjenigen, die PTB-Symptome aufweisen, nur 2 Werte den geforderten Wert größer/gleich 63 (TGSI und T5). Die gesamten Werte unterscheiden sich dennoch signifikant von der Gruppe, die keine Symptome aufweist. Die Werte der Gruppe mit subsyndromaler Symptomatik liegen im Normbereich, sind aber auch gegenüber der Gruppe, die keine Symptome aufweisen, erhöht. Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte und die graphische Darstellung veranschaulicht die Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 32: T-Werte (Mittelwerte) der einzelnen BSI-Skalen in Abhängigkeit mit den Symptomen nach DSM-IV

BSI-Skala	Keine PTB-Symptome N=151		PTB-Symptome N=35		subPTB-Symptome N=32		Signifikanz Kein PTB-		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	PTB	Sub-PTB	Sub-PTB
T1	47.68	8.78	57.14	10.45	51.93	11.10	**	*	*
T2	52.72	9.94	60.11	10.19	56.12	8.51	**	n.s.	n.s.
T3	51.74	9.85	59.41	11.82	54.53	10.26	**	n.s.	n.s.
T4	48.80	7.78	59.88	10.98	54.78	10.89	**	**	*
T5	53.78	9.92	63.29	10.29	54.28	10.52	**	n.s.	**
T6	52.66	10.53	59.58	9.66	54.96	9.11	**	n.s.	*
T7	49.43	7.21	57.91	11.66	50.31	7.39	**	n.s.	*
T8	52.13	9.30	60.29	11.81	56.78	8.95	**	*	n.s.
T9	50.54	8.88	61.70	11.15	55.68	11.14	**	**	*
TGSI	50.99	11.00	63.23	11.58	56.56	10.25	**	**	*
TPST	50.16	11.19	61.88	12.22	55.59	8.88	**	*	*
TPSDI	51.49	11.68	57.85	10.40	54.71	12.03	**	n.s.	n.s.

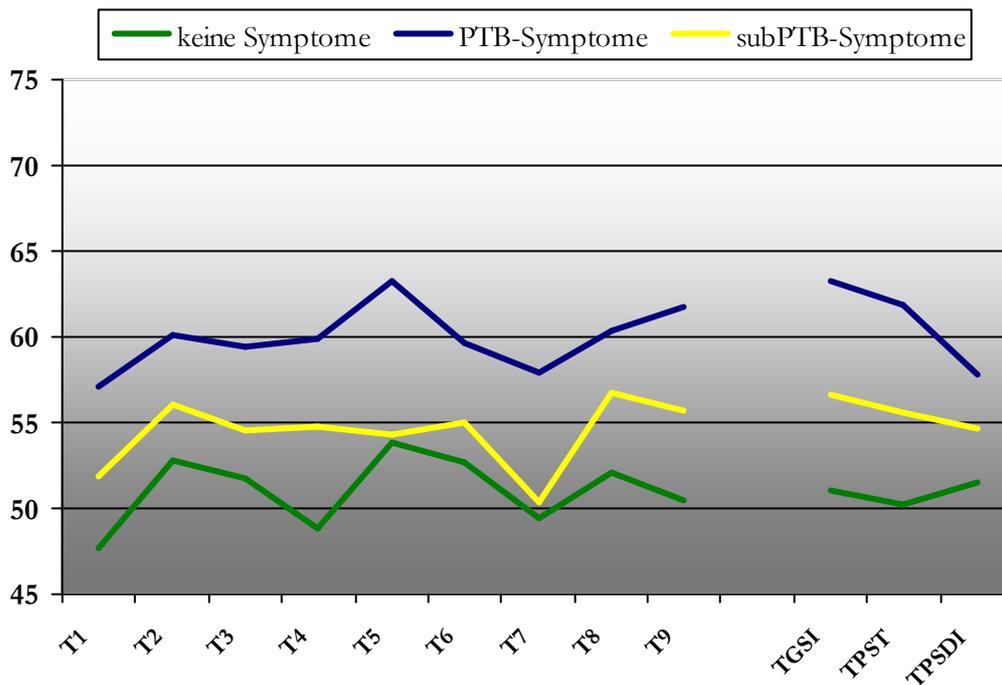


Abbildung 15: BSI-Profil bezogen auf Symptome nach DSM-IV

5.3.2.1.2. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen

Von Bedeutung bei dieser Auswertung ist vornehmlich das dienstliche Ereignis. Hier zeigt die Gruppe derjenigen, die die Diagnose PTB erhalten würden, auf 3 Skalen Werte größer 63, der Skala T5, TGSI und TPST. Die Gruppe mit subsyndromaler PTB zeigt auf deutlich mehr Skalen höhere Werte als 63 (T 2, 3, 4, 9, TGSI, TPST, PSDI) als die PTB-Gruppe, d.h. diese Gruppe zeigt deutlich mehr psychische Belastungen. Die graphische Darstellung belegt diese Unterschiede.

Bezogen auf die Symptome zeigen sich keine so deutlichen Unterschiede (siehe graphische Darstellung). Keine der Symptomgruppe hat BSI-Werte, die größer als 63 sind, dennoch sind sie gegenüber der Gruppe ohne Symptome erhöht.

Die folgende Tabelle zeigt die Signifikanzen bei den jeweiligen Untergruppen, bezogen auf dienstliche und privat erlebte Ereignisse

Tabelle 33: Signifikanzen der Mittelwerte der einzelnen BSI-Skalen zwischen den Gruppen „kein PTB, PTB, subPTB“ nach DSM-IV und der Symptome nach DSM-IV, bezogen auf die Ereignissituationen

		Signifikanzen DSM-IV			Signifikanzen Symptome		
		Kein PTB- PTB	Sub- PTB	PTB- Sub- PTB	Kein PTB- PTB	Sub- PTB	PTB- Sub- PTB
T1	Dienstliches Ereignis	**	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	n.s.	**	n.s.	*
T2	Dienstliches Ereignis	n.s.	**	n.s.	*	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	*	**	n.s.	**
T3	Dienstliches Ereignis	n.s.	**	n.s.	**	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.
T4	Dienstliches Ereignis	**	**	n.s.	**	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	*
T5	Dienstliches Ereignis	*	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	**
T6	Dienstliches Ereignis	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.
T7	Dienstliches Ereignis	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	**
T8	Dienstliches Ereignis	*	*	n.s.	**	*	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	*	**	n.s.	n.s.
T9	Dienstliches Ereignis	**	**	n.s.	**	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	*
TGSI	Dienstliches Ereignis	**	**	n.s.	**	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	**
TPST	Dienstliches Ereignis	**	**	n.s.	**	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	*
TPSDI	Dienstliches Ereignis	n.s.	**	*	n.s.	**	n.s.
	Privates Ereignis	**	n.s.	**	**	n.s.	**

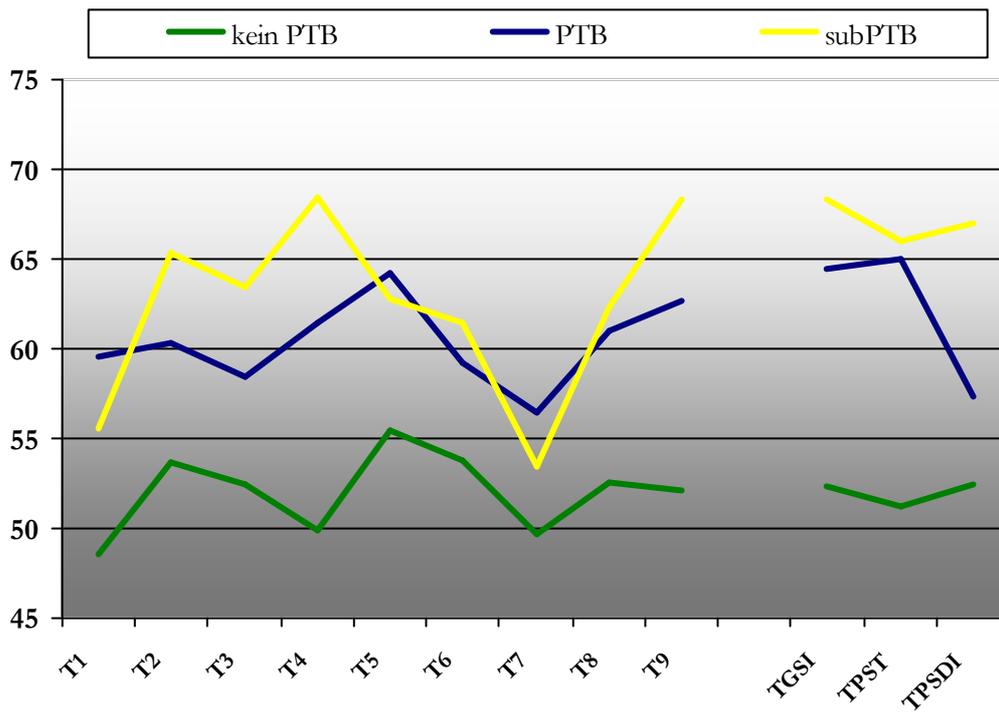


Abbildung 16: BSI-Profil bezogen auf Diagnosen nach DSM-IV und dienstliche Ereignisse

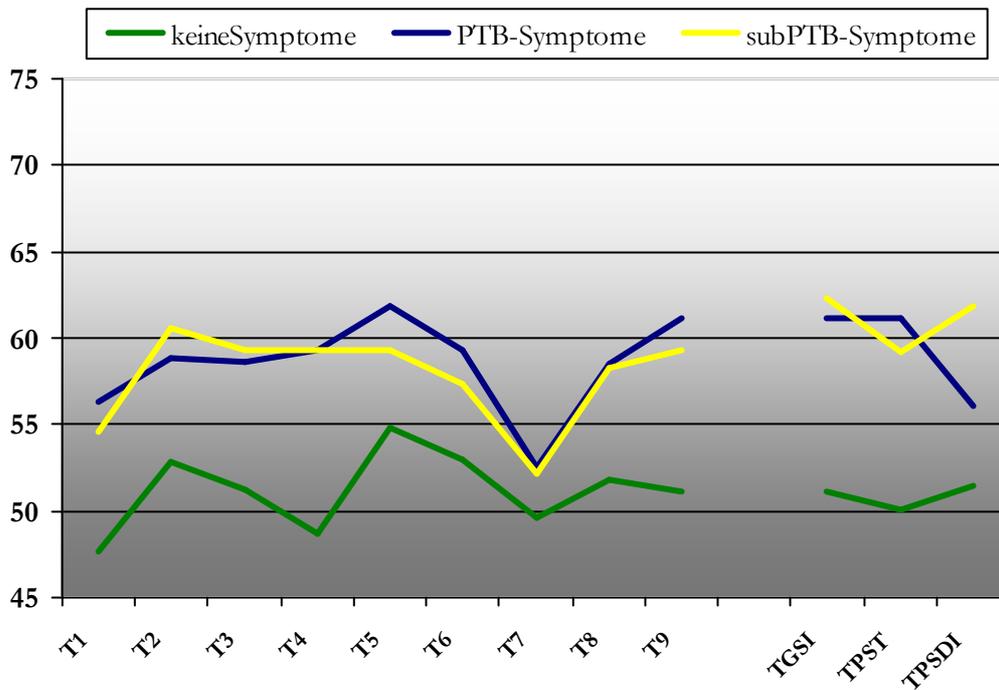


Abbildung 17: BSI-Profil bezogen auf Symptome nach DSM-IV und dienstliche Ereignisse

5.3.2.2. Stichprobe Schusswaffengebrauch SWG

5.3.2.2.1. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Die folgende Tabelle zeigt den einzigen T-Mittelwert, den PSDI-Wert der PTB-Gruppe, der im Vergleich zur Kein-PTB-Gruppe Signifikanz auf dem 5%-Niveau erreicht. Die anderen Werte liegen unter dem geforderten T-Wert von 63. Die Teilgruppen sind sehr klein (PTB, N=4; subPTB, N=2), eine Auswertung schwer möglich. Alle anderen BSI-Werte erreichen keine Signifikanzen untereinander. Abbildung 16 zeigt alle Werte in einer graphischen Darstellung.

Tabelle 34: T-Wert (Mittelwert) BSI-Skala in Abhängigkeit mit den Diagnosen nach DSM-IV

	Kein PTB N=19		PTB N=4		subPTB N=2		Signifikanz		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Kein PTB-		
							PTB	Sub-PTB	Sub-PTB
TPSDI	52.05	12.37	69.50	13.67	67.5	7.77	*	-	-

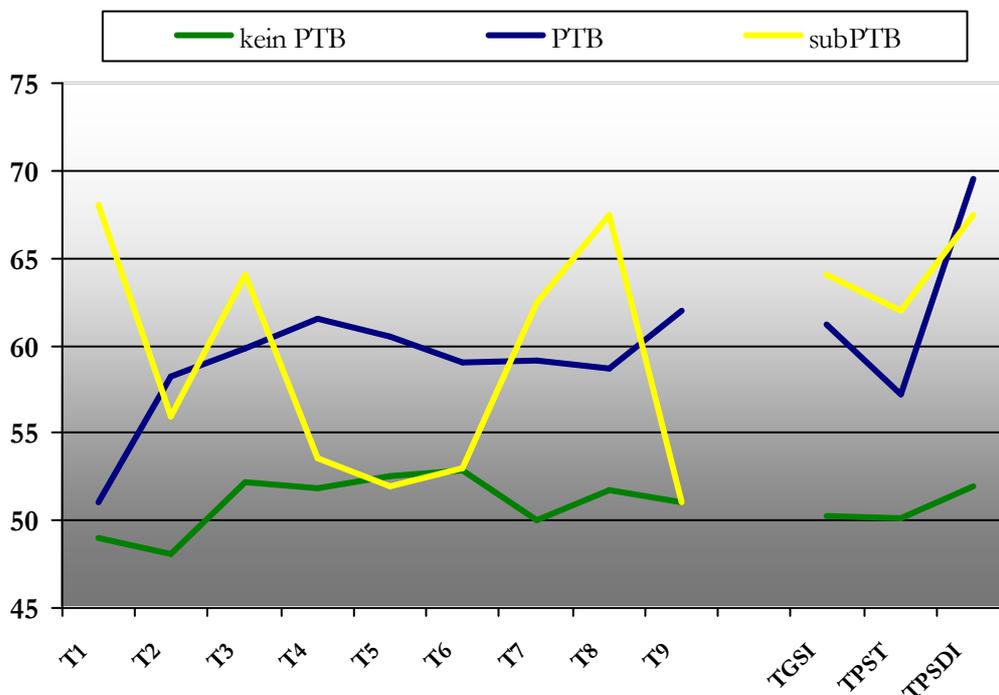


Abbildung 18: BSI-Profil bezogen auf die Diagnose nach DSM-IV

In folgender Tabelle sind die Mittelwerte des BSI für die einzelnen Symptomgruppen aufgeführt. Hier zeigen sich bei der Gruppe mit PTB-Symptomatik auf 5 Skalen erhöhte Werte (>63), so dass von auffälliger psychischer Belastung gesprochen werden kann. Auch die Werte der subsyndromalen Symptomgruppe sind höher gegenüber denjenigen, die keine Symptome aufweisen, die Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz. Die graphische Darstellung verdeutlicht die Unterschiede.

Tabelle 35: T-Werte (Mittelwerte) der einzelnen BSI-Skalen in Abhängigkeit mit den Symptomen nach DSM-IV

BSI-Skala	Keine PTB-Symptome N=14		PTB-Symptome N=7		subPTB-Symptome N=4		Signifikanz		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Kein PTB-PTB	Sub-PTB	Sub-PTB
T1	46.42	8.37	54.85	14.07	59.25	12.97	n.s.	n.s.	n.s.
T2	44.57	11.00	61.57	15.15	51.00	11.48	*	n.s.	n.s.
T3	50.64	11.68	60.71	15.47	56.25	11.32	n.s.	n.s.	n.s.
T4	49.92	10.07	63.57	17.48	48.25	6.39	n.s.	n.s.	n.s.
T5	50.57	8.95	63.42	15.69	48.00	11.31	n.s.	n.s.	n.s.
T6	50.57	10.64	60.85	8.27	53.25	10.99	*	n.s.	n.s.
T7	49.92	4.99	59.71	14.70	59.25	6.50	*	**	n.s.
T8	49.57	9.78	61.00	14.59	57.75	13.40	*	n.s.	n.s.
T9	48.57	7.74	63.14	15.69	50.00	7.11	*	n.s.	n.s.
TGSI	47.21	11.66	63.57	14.16	55.50	11.38	*	n.s.	n.s.
TPST	46.78	11.32	61.42	14.80	55.00	12.19	*	n.s.	n.s.
TPSDI	50.14	12.05	66.42	13.77	58.75	11.05	*	n.s.	n.s.

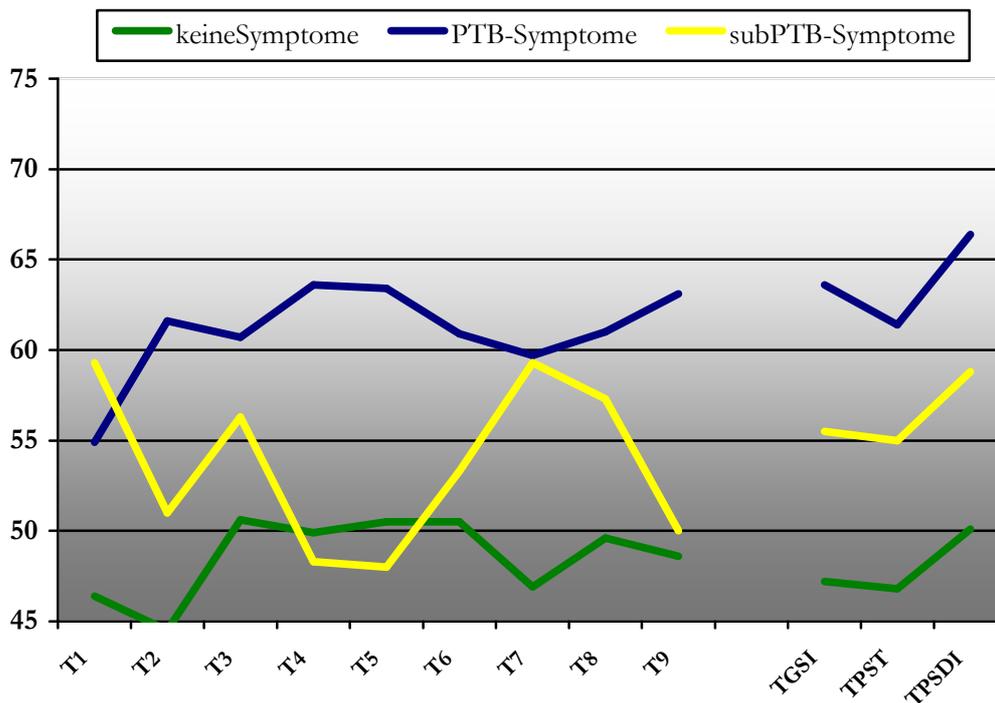


Abbildung 19: BSI-Profil bezogen auf die Symptome nach DSM-IV

5.3.2.2.2. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen

Die Auswertung erfolgte nur für dienstliche Ereignisse, da 23 von 25 Teilnehmer (92%) solche Erlebnisse als belastendstes Ereignis angaben. Signifikante Unterschiede zwischen den Werten zeigen sich bei folgenden Gruppen und Skalen:

Kein PTB-PTB (n=17; 4):	TPSDI p=0.027	
Keine Symptome - PTB-Symptome (n=13; 6):	T2 p=0.034	T6 p=0.048
	T7 p=0.025	T9 p=0.01
	TGSI p=0.018	TPSDI P=0.003
Keine Symptome – subPTB-Symptome(n=13; 4):	T1 p=0.031	T7 p=0.004

Die Gruppe derer, die Symptome einer PTB zeigen, ist psychisch auffällig, belastet mit Werten >63 auf den Skalen T4, 5, 9 sowie TGSI und TPST.

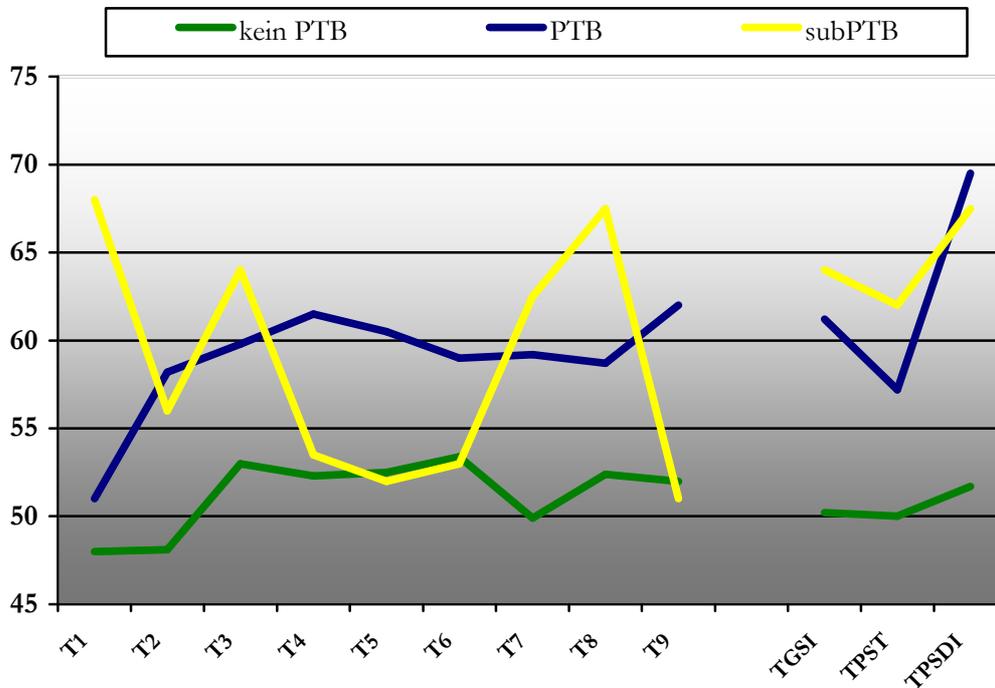


Abbildung 20: BSI-Profil bezogen auf Diagnosen nach DSM-IV und dienstliche Ereignisse

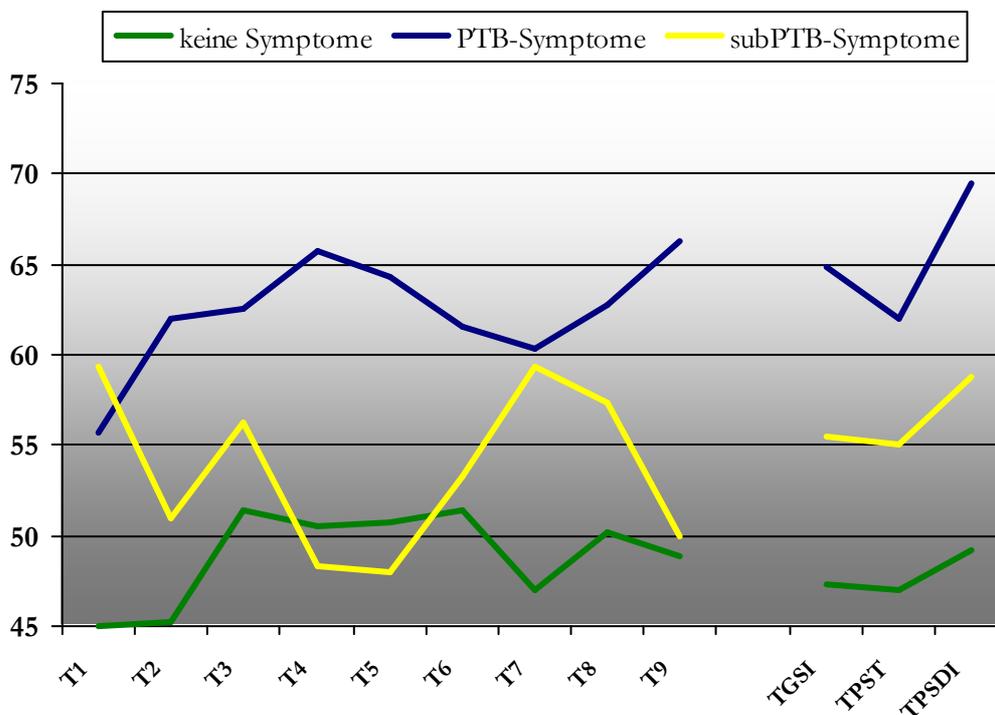


Abbildung 21: BSI-Profil bezogen auf Symptome nach DSM-IV und dienstliche Ereignisse

5.3.2.3. Stichprobe Ausbildung AUS

5.3.2.3.1. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV

Die Stichproben der einzelnen Gruppen sind sehr klein. Auffällig ist, dass die beiden Kollegen, die die Diagnose PTB erhalten würden, deutlich niedrigere Werte in ihrem BSI-Profil haben als die beiden anderen Gruppen, wobei dies eher als Ausnahme zu sehen ist. Signifikanzen wurden für die anderen Gruppen berechnet. Keine Mittelwerte übersteigen die Grenze von 63.

Kein PTB – subPTB (n=44, 5):	T4	p=0.04	T8	p=0.016
	T9	p=0.009	TGSI	p=0.028
	TPST	p=0.018		

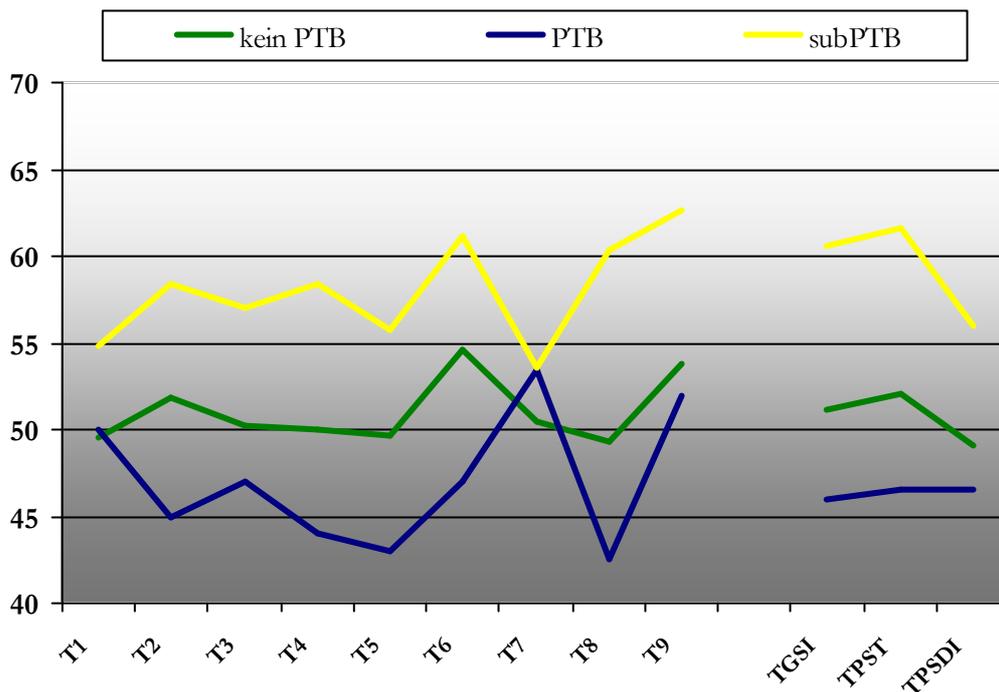


Abbildung 22: BSI-Profil in Bezug auf Diagnosen nach DSM-IV

Bei den Symptomen zeigen sich unter den Gruppen keinerlei signifikanten Unterschiede in den BSI-Werten (keine PTB-Symptome n=38, PTB-Symptome n=3, subPTB-Symptome n=10). Alle liegen im Normbereich.

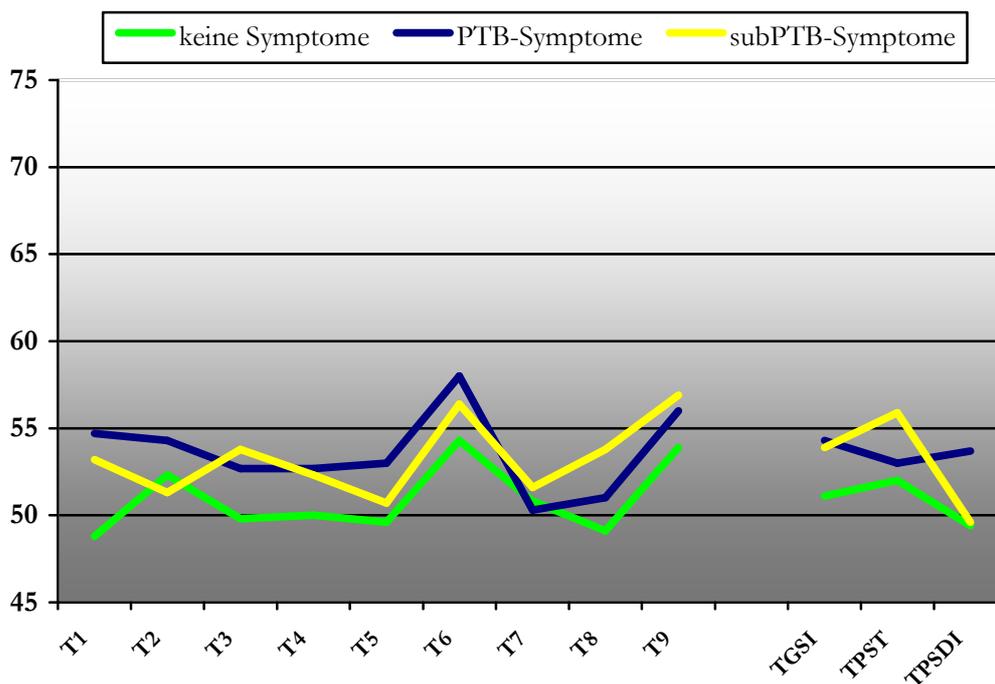


Abbildung 23: BSI-Profil in Bezug auf Symptome nach DSM-IV

5.3.2.3.2. BSI-Werte in Abhängigkeit der Diagnosen und Symptome nach DSM-IV in Bezug zu den Ereignissituationen

Genau wie unter Punkt 5.3.1.3.3. geschildert, wurden die einzelnen Stichproben durch die weitere Unterteilung immer kleiner (siehe Auswertung AUS mit dem CISS). Ausgewertet werden konnte nur die Gruppe der subsyndromalen Symptome, für die sich jedoch keine Signifikanzen gegenüber den unbelasteten Kollegen in den T-Mittelwerten des BSI finden konnten. Auf eine graphische Darstellung wurde aufgrund dessen verzichtet.

6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Das primäre Ziel der hier vorgestellten Untersuchung besteht in der Ermittlung der Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei bayerischen Polizeibeamten. Die Beamten wurden nicht für jedes erlebte Ereignis nach ihrem Befinden gefragt, sondern sollten aus Gründen der Effektivität aus einer vorgegebenen Liste das Ereignis auswählen, welches für sie als am belastendsten empfunden wurde. Zunächst wurde ermittelt, ob das Ereignis den Stressorkriterien des DSM-IV entspricht und ob sich gegebenenfalls posttraumatische Symptome entwickelt haben.

1. Häufigkeit des Erlebens potentiell traumatisierender Ereignisse

Zunächst sollte geprüft werden, ob Polizeibeamte häufiger potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind als der Durchschnittsmensch der Bevölkerung. Zur Beantwortung dieser Fragestellung kommen sowohl die PAKET- als auch die BFH-Stichprobe für die Auswertung in Frage. Die Stichprobe der Kollegen, die einen Schusswaffengebrauch erlebt haben, wie auch die Ausbildungsgruppe repräsentieren nur einen geringen Teil der bayerischen Polizei. Sowohl die BFH-Stichprobe als auch die PAKET-Stichprobe spiegelt den größten Teil der bayerischen Polizei wieder und kann als repräsentativ angesehen werden. Beide Stichproben erlebten annähernd gleich viele Ereignissituationen (durchschnittlich 3.3 bis 3.5). Entgegen anderen Untersuchungen (Teegen, 1997; Sommer, 2003) wurde nicht die Häufigkeit des Auftretens der belastenden Ereignisse erfragt, sondern nur, ob eine Ereignissituation mindestens einmal erlebt wurde. Letztlich stellt sich die Frage, ob sich Kollegen über ihre Dienstzeit hinweg an alle erlebten Ereignisse erinnern können und demnach die berichteten Zahlen von durchschnittlich 22 (Teegen, 1997) bzw. 43 belastenden Einsätzen (Sommer, 2003) stimmig sind. 4-8% machten zu den Ereignissituationen keine Angaben, wobei es unwahrscheinlich scheint, dass diese Beamten keine dieser Situationen erlebt haben. Entweder waren die erlebten Ereignisse nicht belastend und wurden deshalb nicht angekreuzt oder die Kollegen glaubten nicht an die Wahrung der Anonymität.

62.5 - 64.4% der Befragten (PAKET, BFH) erfüllten das objektive Kriterium A1 nach DSM-IV, gemessen mit der Posttraumatic Diagnostic Scale. Die Kollegen waren also mit Ereignissen konfrontiert, die die körperliche Verletzung oder auch Lebensgefahr der eigenen oder einer anderen Person beinhaltete. Die Zahl erscheint gegenüber der Untersuchung von Teegen mit 100% Koll-

gen, die das A1-Kriterium erfüllen, und der von Sommer mit 92.6% eher gering. Dies liegt voraussichtlich auch an dem verwendeten Fragebogen, der die Verletzung oder Lebensgefahr der Person abfragt, jedoch nicht den tatsächlichen Tod. Ein Leichensachbearbeiter wird die Items körperliche Verletzung bzw. Lebensgefahr einer anderen Person vielleicht nicht bejahen, wenn diese schon tot ist. Dennoch wurde er mit tatsächlichem Tod konfrontiert. Bezieht man diese Überlegungen mit ein, wird man auch bei dieser Untersuchung die Zahl des A1-Kriteriums zwangsläufig nach oben korrigieren müssen, da die Praxis eben genau diese Häufigkeiten des Erlebens solcher Ereignisse zeigt.

Das subjektive Traumakriterium A2, welches sich in Hilflosigkeit, Entsetzen und Angst während des Ereignisses auswirkt, bejahen 69.2 - 77.7% der Befragten. Auch bei diesem Kriterium stellt sich die Frage, ob es für jeden Einsatz bzw. jedes Ereignis eine Gültigkeit für diese Berufsgruppe hat. Kollegen, die einen Schusswaffengebrauch erlebten, berichteten in der Nachbetreuung keineswegs von Ängsten, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Vielmehr haben sie in diesem Augenblick, während dieses Ereignisses ähnlich eines „Auto-Piloten“ gehandelt, also ihre eintrainierten Verhaltenssequenzen für solche Fälle durchgeführt. Dennoch bleiben wir zunächst bei dem festgelegten Kriterium A, welches also insgesamt gerade von 46.2 - 51.5% der Kollegen erfüllt wird, da entweder das objektive Kriterium erfüllt war, aber keine Angst bzw. Entsetzen verspürt wurde oder das subjektive Kriterium erfüllt war, das Ereignis aber den objektiven Kriterien nicht stand hielt.

Zurück zur Frage, ob Polizeibeamte häufiger potentiell traumatisierende Ereignisse erleben als der Durchschnittsmensch der Bevölkerung. Die Prävalenzraten von Norris (1992; 69%) und Kessler et al. (1995; 55.8%) basieren auf den Kriterien nach dem DSM-III-R, welches das subjektive Erleben des Individuums nicht berücksichtigt. Die Daten von Breslau et al. (1998; 89.6%) beruhen zwar auf dem DSM-IV, scheinen jedoch auch das subjektive Kriterium vernachlässigt zu haben. Einer Studie von Perkonig (2001) zufolge, die die Lebenszeitprävalenz für das Erleben mindestens eines Traumas exakt nach dem derzeitigen Diagnosesystem erstellten, ergaben sich für das objektive Kriterium A1 Werte von 21.4% und für das beides umfassende Kriterium A 17%. Die Altersspanne der Untersuchung umfasste 14-24 Jahre, so dass hier ein Vergleich mit der Ausbildungsgruppe (86.5% jünger als 25 Jahre) möglich ist. In der Ausbildungsgruppe erfüllten 59.6% das objektive Kriterium A1, 67.3% das subjektive Kriterium A2 und 25% erfüllten beide Kriterien. 9.6% der Ausbildungsgruppe wiesen aufgrund von dienstlichen Erlebnissen und Ereignissen, die überwiegend im Rahmen ihres Praktikums erlebt wurden, Belastungen auf. Es zeichnet sich also insgesamt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ab, dass Polizeibeamte per se häufiger mit objektiven, potenziell traumatisierenden Ereignissen konfrontiert werden. Inwiefern das subjektive

Empfinden mit einhergeht, lässt sich mit anderen Studien nicht vergleichen. Es ist sicher denkbar, dass Kollegen aufgrund der höheren Frequenz des Erlebens eine gewisse Routine und gerade für berufliche Ereignisse eine professionelle Distanz entwickelt haben. Dadurch werden sie womöglich bei Ereignissen, die bei anderen Menschen Ängste, Entsetzen oder Hilflosigkeit auslösen würden, nicht mehr so stark beeindruckt.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass Polizeibeamte zur Risikopopulation für das Erleben potentiell traumatisierender Ereignisse zählen, d.h. sie werden definitiv häufiger mit Ereignissen konfrontiert, die den objektiven Traumakriterien (Tod, Lebensgefahr, ernsthafte Verletzung usw.) entsprechen.

2. Wie hoch ist die Prävalenzrate der Posttraumatischen Belastungsstörung bei bayerischen Polizeibeamten?

Zu dieser Fragestellung werden zunächst die gefundenen Prävalenzraten für die bayerische Polizei zusammenfassend dargestellt und im Vergleich zu Ergebnissen anderer PTB-Studien mit Polizeibeamten diskutiert. Im Gegensatz zu anderen Studien wurde in dieser Untersuchung die Prävalenzrate nicht nur auf dienstliche Ereignisse bzw. einen spezifischen Einsatz bestimmt, sondern die Beamten hatten die Möglichkeit aus einer Liste das für sie belastendste Ereignis auszuwählen, welches sie auch privat erlebt haben konnten. Dienstliches und privat Erlebtes sind nur schwer voneinander zu trennen, zeigt die berufliche Beratungserfahrung. Dieser Erfahrung wurde in dieser Untersuchung bewusst Rechnung getragen.

In der PAKET-Stichprobe haben 8.7% aller Beteiligten (n=104) die Kriterien nach DSM-IV erfüllt und erhalten die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung. In der Gruppe der BFH (n=309) erfüllen diese Kriterien 5.5%, in der Ausbildungsgruppe 1.9% (n=52). Die Stichprobe der Schusswaffenteilnehmer (n=52) zeigt deutlich höhere Werte, hier erhielten 11.5% die Diagnose PTB. Die Diagnose der subsyndromalen PTB (mind. 2 Kriterien B, C oder D müssen erfüllt sein) erhalten 5.8% der PAKET-, 5.5% der BFH- und 7.7% der Ausbildungsstichprobe. Auch hier zeigen sich erhöhte Werte bei der Gruppe der Schusswaffenteilnehmer, die mit 13.5% eine subsyndromale PTB diagnostiziert bekommen würden. Die Ausbildungsgruppe hat demgegenüber größere Häufigkeiten in der akuten Belastungsstörung mit 5.8%, voraussichtlich aufgrund der Tatsache, dass ihr erstes Berufspraktikum zum Zeitpunkt der Untersuchung erst wenige Tage vorbei war. In den Gruppen der BFH und des PAKET's sind diese Werte deutlich reduziert mit 1.0%

(PAKET) und 1.3% (BFH). In der Schusswaffenstichprobe erhielt niemand die Diagnose der akuten Belastungsstörung.

Vergleicht man zunächst die beiden Stichproben der BFH- und der PAKET-Stichprobe, zeigt sich ein Unterschied in der Diagnosestellung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die PAKET-Teilnehmer weisen hierbei deutlich höhere Werte auf. Die Ursache hierfür könnte in folgenden beiden Punkten begründet liegen. Zum einen sind die Studenten der BFH seit ca. einem $\frac{3}{4}$ Jahr aus dem praktischen Polizeialltag herausgelöst, was bedeuten könnte, dass sie über diese Zeit hinweg das ein oder andere Erlebte verarbeitet oder gar verdrängt haben, sich damit nicht konfrontieren bzw. durch den täglichen Dienst damit nicht konfrontiert werden. Zum anderen wäre auch möglich, dass die Teilnehmer eines PAKET-Seminars, in dem psychologische Inhalte vermittelt werden und offen über Probleme und Ereignisse innerhalb des Dienstes und im privaten Bereich gesprochen wird, hier für sich ein Forum gefunden haben, ihre Beschwerden, ihre Einsatzerfahrungen oder auch privaten Probleme im Kreise Gleichgesinnter offen anzusprechen, ohne gleich als „Weichei“ angesehen zu werden. Die Werte der subsyndromalen PTB und der akuten Belastungsstörung sind bei den beiden Gruppen annähernd gleich. Die Werte für das Vorliegen einer PTB oder einer subsyndromalen PTB liegen bei der Stichprobe der Schusswaffenteilnehmer z. T. doppelt bis fast dreimal höher, was aber aufgrund des Erlebens dieser besonderen Ereignissituation leicht nachvollziehbar ist.

Die häufigsten Symptome, die von den jeweiligen Gruppen genannt wurden, sind für das Kriterium B die „emotionale Belastung, wenn das Ereignis erinnert wird“ und „wiederkehrende belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Ereignis“. Für das Kriterium C wurden „fehlende Erinnerungen an das Ereignis“ und die „Bemühung nicht an das Ereignis zu denken, darüber zu reden“ genannt. Für das Kriterium C waren die beiden häufig genannten Symptome die „Schwierigkeit ein- und/oder durchzuschlafen“ und „sich zu konzentrieren“. Unterschiede gab es nur bei der Schusswaffengruppe, die die „übermäßige Wachsamkeit“ häufiger als Schlafprobleme nannte und bei der Ausbildungsgruppe, die häufiger „das Gefühl, dass Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllt werden“, angab. Dies könnte bei der Schusswaffengruppe konkret Erlebnis bezogen zu werten sein, wogegen bei der Ausbildungsgruppe, womöglich eher die zukünftigen Überlegungen eine Rolle spielen, nämlich die Fragestellung, ob der Polizeiberuf die richtige Berufswahl war.

Interessant ist auch die Replikation des Ergebnisses von McNally (aus Ehlers, 1999, S.10), der den verzögerten Beginn der Symptome einer PTB bei höchstens 11% der Fälle findet. In dieser Untersuchung, BFH- und PAKET-Stichprobe wurde zusammengefasst, zeigt sich in 10.8% der Fälle ein verzögerter Beginn der Symptomatik.

3. Inwieweit zeigen sich Änderungen im Verlauf der Symptomatik über die Jahre?

Im ersten Untersuchungszeitraum konnten die Kollegen, sofern ihr erlebtes Ereignis länger als ein Jahr zurückliegt, aus der Erinnerung heraus bestimmen, wie sie das Ereignis zum damaligen Zeitpunkt erlebt haben. Dies wurde sowohl einem Teil der BFH-Stichprobe ermöglicht und auch einem Teil der Schusswaffenstichprobe. Trotz eventuell methodischer Mängel aufgrund Erinnerungsverzerrungen soll hier auf diese Ergebnisse eingegangen werden. In der Literatur wird beschrieben, dass im ersten Jahr nach dem traumatischen Erlebnis ca. 50% der Fälle ohne Behandlung remittieren. Von den n=158 Kollegen, dessen Ereignis länger als ein Jahr zurücklag nahmen 1.9% therapeutische Hilfe in Anspruch. Da die erlebten Ereignisse der Kollegen z. T. weitaus länger als ein Jahr zurücklagen kann dieses Ergebnis der ca. 50% hohen Spontanremissionen nicht repliziert werden. Dennoch zeigt sich bei 70.8% der Kollegen, die zum damaligen Zeitpunkt eine Diagnose der PTB oder auch der subsyndromalen PTB erhielten, zum heutigen Zeitpunkt keine Diagnose mehr. Demgegenüber sei auch erwähnt, dass sich bei 5.7% der gesamten Gruppe die Diagnosenstellung zum heutigen Zeitpunkt verschlechterte und bei 6.4%, die zum damaligen Zeitpunkt keine Diagnose erhalten hätten (n=110), zum heutigen Untersuchungszeitpunkt eine Diagnose (PTB oder subPTB) gestellt wurde. Gesamt gesehen zeigt sich ein Rückgang der Symptomschwere über die Zeit.

Nach Ehlers et al. (1998) ist das Risiko eines chronischen Verlaufs der PTB umso höher, je schwerer die anfänglichen Symptome sind. Auch dieses Ergebnis konnte repliziert werden. Die Kollegen, die auch noch zum heutigen Zeitpunkt die Diagnose PTB gestellt bekommen würden, hatten zum damaligen Zeitpunkt signifikant höhere Werte in der Symptomschwere als die anderen Kollegen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Schusswaffenstichprobe. Bei dieser Gruppe trat in 50% der Fälle über die Jahre hinweg eine Verbesserung der Symptomatik ein. 41.7%, die zum damaligen Zeitpunkt eine Diagnose erhielten, erhalten zum Untersuchungszeitpunkt keine Diagnose mehr. Auch in dieser Gruppe zeigt sich, dass das Risiko für einen chronischen Verlauf höher ist, wenn die Schwere der anfänglichen Symptomatik hoch ist.

4. Welche Ereignisse sind „Risikoereignisse“ für Polizeibeamte, d.h. Erlebnisse, die eine Entwicklung posttraumatischer Symptome begünstigen?

Die Beamten hatten die Aufgabe aus einer vorgegebenen Liste das Erlebnis auszuwählen, welches für sie retrospektiv am belastendsten erschien. Den Ergebnissen unter 5.1.2. zufolge wurde von den Kollegen, ausgenommen der Schusswaffenstichprobe, das Item „schwerer Unfall, Zugunglück, größeres Schadensereignis, Explosion o. ä.“, das Item „plötzlicher Tod eines Familienangehörigen, einer nahe stehenden Person“ und das Item „anderes traumatisches Ereignis“ am häufigsten als belastend genannt. Hierbei ist zu erkennen, dass es sich nicht nur um rein dienstlich erlebte Ereignisse handelt. Man kann zwar nicht zweifelsfrei ausschließen, dass „der plötzliche Tod eines Familienangehörigen, einer nahe stehenden Person“ nichts mit dem dienstlichen Umfeld zu tun hat, wenn z.B. ein Kollege verstorben ist oder gar bei einem dienstlichen Einsatz ums Leben kam, dennoch wird es im Folgenden den persönlich, nicht dienstlich erlebten Ereignissen zugeordnet. Den Auswertungen zufolge zeigt sich, dass Beamten der PAKET- und BFH-Stichprobe durch privat erlebte Ereignisse mehr Belastungen aufweisen als durch dienstliche Erlebnisse. Die Ergebnisse der BFH-Stichprobe liegen hier deutlicher auseinander. 8.8% gegenüber 3.8% erhalten die Diagnose PTB, 6.9% gegenüber 4.4% die Diagnose einer subsyndromalen PTB bei privaten Ereignissen. Bei der Paket-Stichprobe sind die Unterschiede nicht so deutlich, dennoch sind auch in dieser Gruppe mehr PTB-Diagnosen (10.3% vs. 9.6%) und Diagnosen der subsyndromalen PTB (7.7% vs. 5.8%) bei privat erlebten Ereignissen.

Epidemiologischen Untersuchungen von Breslau et al. (1998) und Kessler et al. (1995, 1998) zufolge ist das häufigste Trauma, das erlebt wird, der „plötzliche Tod nahe stehender Menschen“ mit 60%. In dieser Untersuchung liegen diese Raten je nach Untersuchungsgruppe im Erleben des Ereignisses zwischen 30.8% und 57.7%, die Häufigkeit derer, die dieses Erlebnis als belastendstes Ereignis klassifizierten, liegt zwischen 9.6% und 25%.

Als mögliche Ereignisfaktoren für das Entstehen posttraumatischer Symptome werden unter anderem die Unerwartetheit des Geschehens und die Unkontrollierbarkeit der Ereignissituation mit aufgeführt (Foa et al. 1992; March, 1993; Ehlers, 1997). Die Polizeibeamten werden in der Regel in ihrer Ausbildung und sich anschließender Fort- und Weiterbildung auf viele Situationen in ihrem täglichen Dienst vorbereitet, so dass sie wohl zu vielen potentiell traumatisierenden Erlebnissen eine professionelle Distanz aufbauen können und dementsprechend gut damit umgehen lernen. In Fällen privat erlebter Ereignisse kann dieses Bewältigungssystem wahrscheinlich nicht mehr in

diesem Maße aufrechterhalten werden und als Folge davon stärkere Belastungen zu Tage treten, die wiederum auch im dienstlichen Alltag von Bedeutung sein können.

Für die Organisation Polizei wird jedoch am meisten von Interesse sein, welche dienstlichen Ereignisse und Erlebnisse zu potentiellen Belastungen führen. In der Mitarbeiterbefragung des Münchner Polizeipräsidiums (Peinelt-Institut, 1999) wurde von 78.7% der 2552 befragten Polizeibeamten der polizeiliche „Schusswaffengebrauch im Dienst“ als „stark“ bis „sehr stark belastend“ eingestuft, gefolgt von dem „Überbringen einer Todesnachricht“ mit 72.7% und dem „Schweren Unglück mit Toten und Verletzten“ mit 65.7%. Die Kollegen sollten die Belastung aufgrund ihrer Vorstellung einstufen, es wurde nicht gefragt, ob sie diese schon erlebt hatten, d.h. die tatsächlich empfundene Belastung in solchen Situationen wurde nicht erhoben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass der schwere Unfall, das große Schadensereignis oder ähnliche Lagen tatsächlich zu den Ereignissen gehört, welche am belastendsten erlebt werden, sofern der Beamte nicht schon einmal an einem Schusswaffengebrauch beteiligt war. Diese Gruppe wird gesondert betrachtet.

Innerhalb der Untersuchungsgruppen BFH und PAKET gibt es dabei wiederum Unterschiede, inwiefern sich diese Erlebnisse auf eine eventuelle Diagnose ausgewirkt haben. Dies könnte, wie schon oben ausgeführt, in der Tatsache begründet liegen, dass die Kollegen, die sich im Studium befinden, Abstand vom beruflichen Alltag haben. Zusammengenommen jedoch zeigen sich bei 6.1% derjenigen, die den Unfall als belastendstes Ereignis angaben (n=99), ein Vollbild der PTB, bei 3% eine subsyndromale Symptomatik und bei 1% eine akute Belastungsstörung. Von den 59 Kollegen, die einen Angriff auf die eigene oder eine andere Person als belastendstes Erlebnis angegeben haben (n=59), zeigen 6.8% das Vollbild einer PTB, 8.5% eine subsyndromale PTB und 1.7% eine akute Belastungsstörung. Bei anderen dienstlichen Ereignissen (n=68) haben 2.9% das Vollbild einer PTB, 4.4% eine subsyndromale PTB und 1.5% eine akute Belastungsstörung. Eine Untergruppe, die zu den „anderen dienstlichen Ereignissen“ gehört, ist der „dauerhafte Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt u.a.“. Hierbei zeigen sich bei 5% derer, die diese Ereignissituation als belastendste Situation angegeben haben, sowohl das Vollbild einer PTB und einer subsyndromalen PTB.

Diesen Ergebnissen zufolge führt die Ereignissituation „Angriff auf die eigene oder eine andere Person“ in 16.9% aller Fälle zu Belastungen und ist als Risikoereignis für die Entstehung einer posttraumatischen, einer subsyndromalen oder akuten Belastungsstörung nach DSM-IV aus dienstlicher Sicht anzusehen. Der „Angriff auf die eigene oder eine andere Person“ könnte aufgrund der schon aufgeführten Risikofaktoren Unerwartetheit und Unkontrollierbarkeit eines Ereignisses für

eine posttraumatische Belastungsstörung zu einem „Risikoereignis“ für Polizeibeamte werden. Einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN, 2002) zufolge, untersucht wurden gravierende Gewalttaten gegenüber Polizeibeamten, waren die meisten Kollegen zum Angriffszeitpunkt als Funkstreifen eingesetzt, also in ganz normalen Routinesituationen. Rund 60% der Angriffsorte galten zuvor als ungefährlich, die überwiegende Anzahl der Angriffe fand in bürgerlichen Wohnvierteln statt und in über 80% der berichteten Fälle kam der Angriff völlig überraschend. Die Kollegen stecken dabei zum Teil in dem Dilemma der geforderten Bürgerfreundlichkeit und der notwendigen Eigensicherung.

In 10.1% ist der „schwere Unfall“ und in 8.8% sind „andere dienstliche Ereignisse“ für Belastungen verantwortlich. Als Untergruppe der „anderen dienstlichen Ereignisse“ ist hierbei der „dauerhafte Umgang mit Toten usw.“ nicht zu vernachlässigen, die mit 10% Belastungen aufweist.

Zu etwas anderen Ergebnissen führen die Auswertungen, wenn man sich die Symptome der PTB und der subsyndromalen PTB betrachtet. Hierbei weisen 25.5% derjenigen, die den „Angriff“ und 21.2% die den „Unfall“ als belastendstes Erlebnis angaben, Symptome einer PTB oder subsyndromalen PTB auf. Weitaus höhere Werte ergeben sich bei den Kollegen, die den „dauerhaften Umgang mit Toten usw.“ als schlimmstes Erlebnis angaben. Hier zeigen sich bei 40% Symptome einer PTB oder subsyndromalen PTB. In diesen Fällen zeigt sich für die Organisation Polizei Handlungsbedarf, da der dauerhafte Umgang mit Toten und Opfern sexueller Gewalt ein nicht unerheblicher Risikofaktor für das Entstehen posttraumatischer Symptomatik ist.

Die Stichprobe der Schusswaffenteilnehmer weist etwas andere Ergebnisse auf. In der Mitarbeiterbefragung (1999) haben fast 80% der Befragten angegeben, dass dieses Ereignis „Schusswaffengebrauch“ das wohl Schlimmste ist, was einem Polizisten geschehen kann. Interessant hierbei ist, dass von den 52 Befragten nur 46% den Schusswaffengebrauch als belastendstes Erlebnis angegeben haben. 4.2% von ihnen haben daraufhin das Vollbild einer PTB entwickelt und 20.8% eine subsyndromale PTB. Demgegenüber gaben 25% den Angriff auf die eigene oder eine andere Person als belastend an. Von ihnen haben 38.5% das Vollbild einer PTB und 7.7% eine subsyndromale PTB. Im Gegensatz zu den anderen Gruppen sind hier die privat erlebten Ereignisse mit 11.5% in den Hintergrund getreten. Keiner der Beamten hat hier eine Diagnose erhalten. Der Schusswaffengebrauch ist demzufolge nicht zwangsläufig das „Risikoereignis“ für die Entstehung posttraumatischer Symptomatik und Diagnosen, sondern auch in dieser Gruppe die „Angriffssituation“. Hilfreich für die Ereignisbewältigung nach einem Schusswaffengebrauch war für die Beamten zum einen der Rückhalt der Familie wie auch, als äußerst wichtig empfunden, der Rückhalt der Organisation, zu umschreiben mit der sozialen Unterstützung. Zudem ist auch hilfreich dem Er-

lebten einen Sinn geben zu können. Zum einen Stolz zu sein einen wichtigen Beruf auszuüben, aber auch die Denkweise „nicht einen Menschen getötet oder verletzt“, sondern vielmehr anderen Personen „das Leben gerettet“, ja sich auch selbst gerettet zu haben (Palley, 2003).

Dennoch scheint der erlebte Schusswaffengebrauch die Vulnerabilität, an einer PTB oder auch einer subsyndromalen PTB zu erkranken, zu erhöhen, da gegenüber den anderen Untersuchungsgruppen hier fast doppelt so viele Kollegen (25%) nach den Kriterien des DSM-IV Belastungen zeigen.

Betrachtet man alle Ergebnisse der Gruppen gemeinsam, so ist der „Angriff auf die eigene oder eine andere Person“ mit einem eventuellen folgenden Schusswaffengebrauch als „Risikoereignis“ für die Entstehung posttraumatischer Symptomatik anzusehen. Der dauerhafte Umgang mit Toten und Schwerstverletzten, Opfern sexueller Gewalt und ähnlichen Ereignissen ist nicht unerheblich mit Risiko behaftet, betrifft voraussichtlich jedoch nicht alle Kollegen, die in der Polizei tätig sind, sondern nur bestimmte Dienststellen wie z.B. die Verkehrsunfallaufnahme, die nur Verkehrsunfälle aufnimmt und bearbeitet, Autobahnpolizeistationen, die hauptsächlich mit Unfällen zu tun haben, oder auch die Kollegen, die überwiegend in Sachgebieten mit Mord, Körperverletzung, Leichensachbearbeitung und sexueller Gewalt tätig sind.

5. Haben die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV für die Berufsgruppe der Polizei ihre Gültigkeit?

Diese Fragestellung wurde in die Untersuchung mit aufgenommen, da gemäß DSM-IV für die Diagnosestellung klare Kriterien definiert werden, wann die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden kann. In den Beratungen unserer Dienststelle sind Kollegen, die potentiell traumatisierende Ereignisse erlebt haben, Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, aber das A-, das F-Kriterium oder womöglich sogar beide Kriterien nach DSM-IV nicht erfüllen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahlen derer, die Symptome zeigen gegenüber den diagnostizierten z. T. verdoppeln, sogar in einer Teilgruppe verdreifachen. Was könnten Ursachen dafür sein, dass 33.3% der BFH-Stichprobe, 36.5% der Ausbildungsgruppe, 37.5% der PAKET-Stichprobe und 46.1% der Schusswaffenstichprobe Belastungen und Symptome aufzeigen, die nicht zwangsläufig in die Diagnose einer PTB, einer subsyndromalen PTB oder einer akuten Belastungsstörung einzuordnen sind?

Die Ursache des zum z. T. fehlenden A1-Kriterium könnte im Fragebogen der PDS liegen. In diesem wird explizit nachgefragt, ob der Kollegen selbst oder eine andere Person verletzt wurde oder ob sie dachten, dass ihr bzw. das Leben einer anderen Person in Gefahr war. Wenn nun Kollegen eine Leiche oder auch einen Suizidenten auffinden, ist nachvollziehbar klar, dass ihr eigenes Leben in dieser Situation nicht in Gefahr war, sie auch voraussichtlich nicht verletzt wurden. Unklar hingegen ist die Antworttendenz hinsichtlich der Verletzung oder der Lebensgefahr der anderen Person, da diese in der Auffindsituation schon tot ist.

Diese unsichere Antworttendenz der Kollegen könnte fehlende A1-Kriterien erklären. Fehlende A2-Kriterien, d.h. Entsetzen, Hilflosigkeit und Angst in der Ereignissituation könnten mit der professionellen Distanz der Kollegen in der Situation erklärt werden, in der sie klare, eintrainierte Verhaltensweisen an den Tag legen, ihre Arbeit erledigen und z.B. bei einem Schusswaffengebrauch in der Situation handeln und sie ein Entsetzen, Angst und Hilflosigkeit eher lähmen würde. Die Probleme und Symptome treten dann meist erst später auf. Zudem ist auch durchaus möglich, dass Kollegen nur ungern dieses subjektive Kriterium zugeben möchten. Welcher Polizist möchte sich gerne eingestehen, in einer potentiell traumatisierenden Situation ängstlich, entsetzt oder hilflos gewesen zu sein. Ähnlich könnte der Fall auch bei fehlendem F-Kriterium gelagert sein. Zudem sei gesagt, dass sich alle Beamten, die an der Untersuchung teilgenommen haben im aktiven Dienst befanden, keiner krankgeschrieben bzw. polizeidienstunfähig war.

Diese Überlegungen beruhen jedoch auf Beobachtungen im täglichen Umgang mit Kollegen, sind nicht empirisch überprüft worden. Im Theorieteil wurde ja schon auf die Ursachen von Schwierigkeiten in experimentellen Untersuchungen mit dieser Berufsgruppe hingewiesen. Da die PDS die Prävalenzraten für die PTB-Diagnosen im Vergleich zum diagnostischen Interview eher konservativ schätzt (Foa et al., 1993), ist es durchaus möglich, dass die unter 6.2. angeführten Prävalenzraten höher ausfallen bzw. dass von einer Überschätzung der wahren Populationsrate nicht ausgegangen werden muss.

Letztlich sollte bei einer Diagnostik dieser Berufsgruppe nicht nur der erlebte Einsatz, das potentiell traumatisierende Erlebnis berücksichtigt, sondern auch der weitere Verlauf betrachtet werden. Der Einsatz der Schusswaffe z.B. ist mit der Schussabgabe nicht erledigt, der Polizeibeamte wird danach vernommen, die Rechtmäßigkeit des Schusswaffeneinsatzes wird geprüft und oft dauert es Monate bis der Beamte von Seiten der Staatsanwaltschaft das Ergebnis des Verfahrens erfährt. Unseren Erfahrungen zufolge, sind dies oft die schlimmeren Wochen als der Einsatz selbst und führt zu erheblichen Beschwerden und Problemen bei den Kollegen.

Im Rahmen zukünftiger Forschung sollte auch gerade im Bereich der Diagnostik des DSM-IV diesen Problemstellungen Rechnung getragen werden, da es ja auch für die Kollegen um weitreichende Folgen geht, denn eine Erkrankung im Rahmen eines Dienstunfalls kann erst dann geltend gemacht werden, wenn diese auch diagnostizierbar ist.

6. Sind soziodemographische Daten wie z.B. das Alter, das Geschlecht, der Familienstand oder das Dienstalder, der Dienstrang, der Dienstort Einflussfaktoren bei der Entwicklung posttraumatischer Symptome?

In der vorliegenden Untersuchung konnten keine Geschlechtsunterschiede im Bezug auf das Risiko bei der Entwicklung einer Posttraumatischen Symptomatik gefunden werden. Zunächst würde man womöglich Unterschiede erwarten, berichtet doch Kessler et al. (1995), dass das Risiko eine PTB nach einem potentiell traumatisierenden Erlebnis zu entwickeln, bei Männer 8% und bei Frauen 20% beträgt. Andere Untersuchungen zur gleichen Berufsgruppe bzw. Einsatzkräften (Teegen, 1999; Sommer, 2003) kommen hingegen auch zum Ergebnis, dass in diesen Populationen in der Regel keine Geschlechtsunterschiede im Bezug auf die Häufigkeit oder die Schwere einer posttraumatischen Symptomatik nachweisbar sind. Die Annahme, dass Frauen innerhalb der Polizei andere Aufgabenbereiche übernehmen als Männer und dadurch weniger mit potentiell traumatisierenden Erlebnissen konfrontiert werden, kann verneint werden. Frauen wie auch Männer übernehmen gleiche Aufgaben und werden in der Schutzpolizei z. T. als gemischte Streifen eingesetzt. Ein anderer Erklärungsansatz hingegen erscheint plausibler. Möglicherweise unterscheiden sich die Polizistinnen systematisch von „normalen Durchschnittsfrauen“ in der Form, dass sie „härter“ und „resistenter“ gegenüber Belastungen sind. Entweder geschieht diese Auswahl schon vor der Ausbildung, d.h. nur resistente und robuste Frauen erweisen sich für den Beruf der Polizistin als geeignet oder es finden Trainingseffekte statt, d.h. die Polizistinnen erlernen während der Ausbildung und im Rahmen ihrer Dienstausbildung weniger emotional auf belastende Ereignisse zu reagieren bzw. gewöhnen sich daran. Ein anderer, meines Wissens in der Literatur bislang noch nicht geäußerter Ansatz könnte dahingehend erklären, dass mit der Einstellung von Frauen in die Polizei sich in der Polizeikultur ein Wandel vollzogen hat und auch Männer eventuell offener über ihre Emotionen sprechen und sich Belastungen eingestehen. Voraussichtlich werden beide Faktoren zusammenspielen, denn ungeklärt bleibt weiterhin, ob Frauen härter geworden sind oder Männer weicher.

Auch beim Alter und bei den Dienstjahren konnten keine Zusammenhänge in Bezug auf das Risiko einer PTB-Entwicklung festgestellt werden. Zwischen dem Alter und den Dienstjahren besteht eine hohe Korrelation von 0.75 bis zu 0.89 je nach Untersuchungsgruppe. In anderen Studien wurden andere Ergebnisse gefunden, in der die Berufserfahrung eine Rolle spielt (z.B. Gasch, 1998), das Alter der Kollegen jedoch nicht (Teegen, 1997). Sommer (2003) fand in ihrer Untersuchung, dass ältere Beamte mit längerer Berufserfahrung eher eine PTB mit stärkerer Symptomatik entwickeln, als jüngere, unerfahrene Beamte. Eine Erklärung ihrerseits liegt unter anderem darin, dass mit zunehmenden Alter und Berufserfahrung auch die Wahrscheinlichkeit steigt ein potentiell traumatisierendes Ereignis zu erleben. Sie schränkt dieses Ergebnis jedoch in der Form ein, dass die Erhebung des Alters zum Zeitpunkt der Traumatisierung unterblieb. Dem kann man entgegenhalten, was wiederum die gefundenen Ergebnisse dieser Untersuchung stützt, dass mit zunehmender Berufserfahrung auch die Habituationseffekte steigen bzw. aus der praktischen Erfahrung heraus die Organisation Polizei versucht, Kollegen mit zunehmendem Lebensalter auch andere Tätigkeitsfelder zu eröffnen, die mit weniger Belastungen im Sinne traumatisierender Ereignisse einhergehen.

Der Familienstand hat auch keinen Einfluss auf das Risiko an einer posttraumatischen Symptomatik zu erkranken. Diese Ergebnisse zeigen auch Untersuchungen von Teegen (1999) und Gasch (2000).

Der Dienort wie auch der Dienstrang der Kollegen spielt in der Entwicklung einer PTB keine Rolle. Sowohl in Großstädten, großen Städten in ländlichen Gebieten wie auch im ländlichen Umfeld zeigen sich ähnliche Prävalenzraten innerhalb der Untersuchungsgruppen.

Fazit: Es wurden keine Zusammenhänge einer posttraumatischen Belastungssymptomatik mit demographischen Faktoren gefunden.

7. Polizeibeamte, die betreut wurden bzw. die Möglichkeit nutzten über das Ereignis zu sprechen, sind weniger gefährdet eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.

Den Untersuchungen von Teegen (1999) und Sommer (2003) zufolge berichten die meisten Kollegen von konstruktiven Bewältigungsstrategien, die unter anderem auch Gespräche mit Kollegen, Freunden, der Familie beinhalten, seltener jedoch die Vorgesetzten mit einbezieht. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Sennekamp (2003), der herausfand, dass ein erhebliches Bedürfnis besteht, belastende dienstliche Situationen mit anderen Personen als den unmittelbaren Kollegen oder

Vorgesetzten zu bereden. Inwieweit ist jedoch das Reden über das Erlebte hilfreich. Den Ergebnissen dieser hier vorliegenden Untersuchung zufolge hat das Reden, die Betreuung, bzw. auch die Beratung nach belastenden Ereignissen keinen Einfluss auf das Risiko der Entwicklung posttraumatischer Symptomatik. In den Untersuchungsgruppen, ausgenommen der Schusswaffengruppe, redeten nur rund 54% über das Erlebte. Die Mehrzahl dieser sprach überwiegend mit dem Partner, der Familie, Freunden oder den direkten Kollegen, weniger mit den Vorgesetzten. Auch Haltenberger (2000) und Steinbauer (2001) stellen die Familie, Freunde, also das direkte soziale Umfeld als die dominierende Stressverarbeitungsstrategie dar. „Fachkundige“ Hilfe durch den Zentralen Psychologischen Dienst der bayerischen Polizei, die Polizeiseelsorge oder externe Therapeuten wurde wenig in Anspruch genommen, nur in 3.6% bis zu 7.7% der Fälle. Die Erklärung für dieses Ergebnis könnte im Folgenden begründet liegen. Zum einen erlebten 60 - 66% ihr schwerstes Ereignis vor mehr als drei Jahren, 42 - 52% sogar vor mehr als 5 Jahren. Der Untersuchungszeitraum für diese Studie lag Ende 2001 bis Mitte 2002. Den eigenständigen Arbeitsbereich der Beratung, Krisenintervention und Betreuung nach belastenden Erlebnissen für die bayerische Polizei wurde 1999 erst richtig etabliert. Zuvor wurden zwar auch Beratungen durchgeführt, jedoch nicht so zielgerichtet und mit oberster Priorität. Zudem wird seit der Einrichtung dieses Arbeitsbereichs verstärkt im Bereich der Aus- und Fortbildung auf Themen wie belastende Situationen, PTB und akute Belastungsreaktionen Wert gelegt. Da ein großer Teil der Kollegen ihre Ereignisse schon früher erlebt hatten, waren sie vielleicht mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe innerhalb der Organisation noch nicht so vertraut.

Etwas andere Ergebnisse zeigen sich im Bereich Schusswaffengebrauch. Bei einem solchen Fall ist auch der Dienststellenleiter oder Direktionsleiter mit in die Betreuung involviert. Hier zeigt sich die Tendenz, dass dies für die Kollegen sehr hilfreich ist. In die Fälle, in die der obere Vorgesetzte mit eingebunden war, zeigte sich ein geringeres Risiko die Diagnose einer PTB zu erhalten (nicht signifikant). Wie schon ausgeführt, wird bei einem Schusswaffengebrauch bezüglich der Rechtmäßigkeit des Einsatzes der Schusswaffe ermittelt. Zudem kommen bei einem solchen Ereignis die Medien mit ins Spiel. Alles in allem läuft danach ein weiterer Einsatz an, der so genannte Betreuungseinsatz nach dem Schusswaffengebrauch. In diesen Fällen kann eine schützende und stützende Hand des obersten Vorgesetzten hervorragende Dienste leisten, wie sich auch tendenziell in den Ergebnissen zeigt.

Die Hypothese, dass Polizeibeamte, die betreut wurden, die Möglichkeit nutzten über das Erlebte zu reden, weniger gefährdet sind an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, muss diesen Ergebnissen zufolge abgelehnt werden.

8. Hat die Teilnahme an einem PAKET-Training oder einem sonstigen Stressbewältigungskurs einen Einfluss auf die Entwicklung von Symptomen?

Als interne Fortbildungsveranstaltung wird in der bayerischen Polizei ein 14-tägig andauerndes PAKET-Training (Polizeiliches-Antistress-Kommunikations- und Einsatzbewältigungs- Training) angeboten. Jeder Beamte der Polizei sollte einmal in seiner Dienstzeit daran teilnehmen. Zudem gibt es ein 1-wöchiges Auffrischungsseminar zur gleichen Thematik. Die Inhalte dieses Seminars, welche durch den Zentralen Psychologischen Dienst erarbeitet wurden, sind psychologische Themen wie z.B. Stress und Stressbewältigung, Kommunikation, Handhabung von Konflikten, Informationen zur Posttraumatischen wie auch der Akuten Belastungsstörung. Mit Hilfe von Übungen und den theoretischen Informationen werden den Kollegen Bewältigungsansätze vermittelt, die ihnen ermöglichen sollen, mit den Belastungen des Polizeialltags besser umgehen zu können. Aufgrund der großen Anzahl bayerischer Polizisten (ca. 29000) konnten jedoch noch nicht alle Beamten daran teilnehmen.

Die Teilnahme an einem PAKET-Training wirkt sich weder positiv noch negativ auf die Entstehung oder auch Chronifizierung posttraumatischer Symptome aus. Hierfür könnten mehrere Ursachen ausschlaggebend sein. Ähnlich, wie im vorangegangenen Abschnitt schon erläutert, liegen viele Ereignisse der Kollegen länger als 5 Jahre zurück. Offensiv wurde diese Thematik erst in den letzten 5 Jahren in das PAKET-Training eingebracht. Es wurde auch nicht erhoben, wann das PAKET-Training besucht wurde und inwieweit dies im unmittelbaren Zusammenhang mit einem potentiell traumatisierenden Ereignis stand. Zudem ist dieses Training auch nicht als Hilfeleistung nach solchen Ereignissen konzipiert. Dennoch leisten die Verhaltenstrainer gute Arbeit, da sie Kollegen, die traumatisiert sind, erkennen können und dann die entsprechende fachkundige und professionelle Hilfestellung in die Wege leiten. Durch diese vorangegangenen Gespräche bauen sie schon Ängste der Kollegen, Hilfe in Anspruch zunehmen, ab und üben die entscheidende und überaus wichtige Funktion der Weichenstellung aus. Daher wird es auch weiterhin sinnvoll sein diese Thematik in diesem Training beizubehalten, da zu einer guten psychologischen Vorbereitung auf hoch belastende Einsatzerfahrungen unter anderem auch die Schulung und Vermittlung von Grundkenntnissen der Psychotraumatologie und von sinnvollen Bewältigungsstrategien bei und nach solchen Einsätzen gehört (siehe auch Bengel, 1997, 2001; Teegen, 1999, 2003).

Auch die Teilnahme an extern angebotenen Stressbewältigungsseminaren zeigte weder positive, noch negative Effekte auf die Entwicklung posttraumatischer Symptomatik.

9. Haben belastete Kollegen andere Stressbewältigungstechniken als unbelastete Kollegen?

Diese Fragestellung zielt darauf ab, ob, sofern sich Unterschiede in den Copingstrategien der Kollegen ergeben, von Seiten der Organisation in entsprechenden Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen oder auch Nachbetreuungsmaßnahmen darauf reagiert werden kann. Die von Kälin (1995) berichteten Geschlechtsunterschiede in den verschiedenen Copingstrategien wurde überwiegend auch in der BFH-PAKET-Stichprobe gefunden. Frauen äußern hierbei mehr emotions- und vermeidungsorientierte Copingstrategien als Männer. Die Stichprobengrößen unterscheiden sich jedoch sehr stark. Unterschiede zeigen sich in der Ausbildungsstichprobe. In dieser sind keine signifikanten Unterschiede bei den emotionsorientierten Copingstrategien zu finden. Dies könnte die unter Punkt 6 erläuterten Erklärungen zu den fehlenden Geschlechtsunterschieden in der Diagnosestellung stützen, dass sich Frauen bei der Polizei von den „Durchschnittsfrauen“ in der Form unterscheiden, dass sie weniger emotionsorientiert, sondern eher als härter und resistenter beschrieben werden. Ebenso kann dies aber auch einen Hinweis darauf geben, da die Werte der Männer der Ausbildungsgruppe in emotionsorientierten Copingstrategien höher sind als bei Kälin und der BFH-PAKET-Stichprobe (nicht signifikant), dass Männer „weicher“ geworden sind, sich Emotionen eingestehen.

Bezogen auf die Diagnosestellung zeigt sich, auch bei der Trennung nach dienstlichen und privat erlebten Ereignissen, dass Kollegen mit der Diagnose PTB mehr zu emotionsorientierten und weniger zu sozial-ablenkungsorientierte bzw. vermeidungsorientierten Strategien neigen als die Kollegen ohne eine Diagnose oder der Diagnose subPTB. Signifikant sind diese Ergebnisse bei der BFH- und PAKET-Stichprobe. Bei den beiden anderen Gruppen zeigen sich ähnliche Tendenzen, wobei die Fallzahlen jedoch sehr gering waren. Entsprechende Ergebnisse ergaben die Auswertungen rein auf die Symptome des DSM-IV gerichtet.

Emotionsorientierte Strategien wirken sich demnach ungünstig auf den Verlauf der Symptomatik nach einem potentiell traumatisierenden Ereignis aus. Unklar hingegen bleibt, ob die Kollegen schon vor den entsprechenden Ereignissen diese Strategien inne hatten oder ob sie aufgrund des Ereignisses zu emotionalen Stressbewältigungsmechanismen greifen, d.h. das Ereignis der Auslöser für veränderte Strategien war. Den Ergebnissen der Ausbildungsstichprobe zufolge haben die jungen männlichen Auszubildenden in diesem Bereich höhere Werte als die Vergleichsstichprobe von Kälin. Ist dies auch ein Wandel in unserer Gesellschaft, in der junge Männer womöglich ein anderes Wertesystem für sich haben? Vermeidungsstrategien im Sinne von sozialer Ablenkung oder auch Zerstreuung wirkt sich eher positiv auf die Symptomatik aus. Gerade die Kollegen mit

subsyndromaler Symptomatik zeigen hier erhöhte Werte. Womöglich ist gerade dies eine Technik, die Schlimmeres zu verhindern mag, eine Vollaussprägung der PTB behindert. Nimmt man einzelne Items genauer unter die Lupe, zeigen sich für die Gruppen der PTB und subPTB diagnostizierten Unterschiede zu den Kollegen, die keine dieser Diagnosen haben. Sie machen sich mehr Vorwürfe darüber, dass sie die Dinge vor sich herschieben, dass sie in diese Situation geraten sind, sie nicht bewältigen können und nicht wissen, was sie machen sollen. Zudem geben sie an, angespannt zu sein und wenig Zeit mit nahe stehenden Menschen zu verbringen. Diese Vorwürfe und ein mögliches Schuldbewusstsein zeugen von verstärktem Nachdenken, vielleicht sogar Grübel-tendenzen und einer gewissen Strukturlosigkeit. Teegen (1997) berichtet auch, dass vermehrt Poli-zisten zu Rückzug und Nachdenken neigen und diese überwiegend als wenig hilfreich erlebt wur-de. Unterschiede zwischen den Gruppen der PTB und der subPTB zeigen sich in den Items des geplanten, zielmäßigen Vorgehens, um die Situation in den Griff zu bekommen und dem darüber Nachdenken, um die Situation zu verstehen. Dies könnten Hinweise auf zukünftige Betreuungs-maßnahmen sein, nämlich lösungsorientiert zu arbeiten (Latscha & Schels, 2002), den betroffenen Kollegen wie auch Beteiligten Struktur zu vermitteln und Möglichkeiten aufzuzeigen, ihr erlebtes Ereignis besser zu verstehen und in ihr Leben zu integrieren.

10. Belastete Kollegen sind in ihrer subjektiven Befindlichkeit stärker beeinträchtigt als nicht be-lastete Kollegen. In welchen Subskalen manifestieren sich die Unterschiede?

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die Beamten der BFH- und PAKET-Stichprobe, die die Diagnose PTB erhalten würden, bis auf die Skalen Somatisierung und Aggressivi-tät/Feindseligkeit, im BSI durchwegs Werte erreichen, die einer auffälligen psychischen Belastung entsprechen (T-Wert > 63). Diese unterscheiden sich auch durchweg hoch signifikant von den Kol-legen, die keine Diagnose erhalten würden. Deutlich erhöhte Werte zeigen sich in den Subskalen Ängstlichkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus. Der Gesamtwert GSI, der die grundsätzli-che psychische Belastung misst, ist mit einem T-Wert von 69.4 sehr hoch. Auch die BSI-Werte der Kollegen, die eine subsyndromale PTB erhalten, sind gegenüber denen ohne Diagnose erhöht (z.T. auch signifikant), liegen aber weitestgehend im Normbereich (T-Wert < 60). In der Schusswaf-fengruppe und der Ausbildungsgruppe zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Stichprobengrößen sehr gering sind, um treffende Aussagen zu formulieren. Aus diesen Gründen werden die weiteren Ausführungen auf die BFH- und PAKET-Stichprobe bezogen.

Die Bedeutung der Beeinträchtigung subjektiver Befindlichkeit und die Häufung von Beschwerden wurde auch von Teegen (1997) berichtet. Sie zeigt auf, dass in den Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und Aggressivität/Feindseligkeit bei belasteten Beamten erhöhte Werte zu finden sind. Auch Andreski et al. (1998) bestätigten in einer prospektiven Studie, dass die PTB das Risiko von Schmerzen, Konversionssymptomen und Somatisierung erhöht (aus Ehlers, 1999, S.11). Zudem wird berichtet, dass die PTB mit einem erhöhten Risiko für körperliche Krankheiten verbunden ist (Boscarino, 1997; aus Ehlers, 1999, S.10).

Die Hypothese, dass Kollegen mit einer Diagnose PTB stärker in ihrer subjektiven Befindlichkeit beeinträchtigt sind und mehr Beschwerden äußern als unbelastete Kollegen, ist somit zu bejahen.

Wertet man nun die Ergebnisse bezüglich der dienstlich erlebten Ereignisse aus, erhält die Gruppe mit PTB-Diagnosen auf 3 Skalen Werte > 63 , der Skala Ängstlichkeit, dem Gesamtindex GSI und der Skala, die die Anzahl der Symptome misst, auf denen eine Belastung vorliegt. Die Skala Ängstlichkeit beschreibt somatische Korrelate der Angst und die kognitiven Komponenten der Gefühle von Besorgnis und Furcht. Die Beamten mit der Diagnose subsyndromaler PTB zeigen hierbei deutlich höhere Werte auf mehreren Skalen, haben stärkere psychische Belastungen vorzuweisen als die Kollegen mit PTB oder ohne Diagnose. Betrachtet man nur die Symptome nach DSM-IV, gleichen sich die beiden Gruppen wieder an, zeigen ein ähnliches BSI-Profil, welche aber den Wert von 63 nicht überschreiten. Geringere Werte zeigen alle Gruppen auf der Skala der phobischen Ängste. Demgegenüber stehen durchwegs höhere Werte auf den Skalen Ängstlichkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die Skala der Ängstlichkeit wurde schon näher beschrieben und ist in diesen Fällen durchaus nachvollziehbar. Doch wie steht es mit den beiden anderen Skalen? Bei genauerer Analyse zeigten sich folgende Items als aussagekräftig in diesen beiden Skalen. Bei der Skala „paranoides Denken“ waren die drei Items häufig hoch genannt, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, dass andere sie beobachten oder über sie reden und die mangelnde Anerkennung durch andere. Bei der Skala „Psychotizismus“ wurden die Items „Einsamkeitsgefühle, selbst wenn man in Gesellschaft ist“ und „Der Gedanke, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung“ ist häufig genannt. Zunächst zu den erstgenannten Items. Vermutlich ist es bei der Polizei eine berufsimmanente Eigenschaft, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann. Die Frage ist jedoch, ob sich dies nicht nach einem belastenden Ereignis auch auf die eigenen Kollegen, Vorgesetzten, womöglich sogar auch auf interne, fachkundige Helfer, beispielsweise den ZPD (Zentraler Psychologischer Dienst), auswirkt. Gerade unsere Schweigepflicht (ZPD) ist den Beamten bei der Inanspruchnahme von Beratungsdiensten wichtig. Dennoch bleibt ein Restmisstrauen, dass gegenüber den Vorgesetzten oder dem eventuell begutachteten ärztlichen Dienst ge-

genüber Auskunft erteilt werden könnte. Auch Ley (1996) berichtet, dass Kollegen häufiger befürchten in ihrem Ansehen vor Kollegen und Vorgesetzten Schaden zu nehmen. Dies könnte die Befürchtung, dass andere sie beobachten, über sie reden, ausdrücken. Folglich führt dieses Denken zwangsläufig auch in das Gefühl, für seine Leistung nicht die adäquate Anerkennung zu erhalten oder auch Einsamkeitsgefühle zu entwickeln, selbst wenn man in Gesellschaft ist. Auch die Häufigkeit des Items, dass mit dem Verstand etwas nicht in Ordnung sei, ist für Polizeiinterne erklärbar. Viele Kollegen haben ja schon schwere Ereignisse in ihrem Berufsleben erlebt, somit stellt sich für den Kollegen die Frage, warum gerade dieses eine Ereignis ihn so aus der Bahn wirft. Dies kann dann seiner Ansicht nach nur damit zusammenhängen, dass er jetzt den Verstand verliert, verrückt geworden ist. In Beratungsgesprächen lässt sich dies dann leicht wieder relativieren.

Als Fazit lässt sich sagen, dass belastete Beamte deutlich in ihrer subjektiven Befindlichkeit beeinträchtigt sind. Mit einer offeneren Gesprächskultur innerhalb der Organisation und dem Abbau von Ängsten, Probleme nach Einsätzen darzulegen, ist es durchaus möglich, auch hier Befindlichkeitsstörungen zu minimieren und der Symptomatik entgegenzuwirken.

7. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Ausblick

7.1. Zusammenfassung der empirischen Befunde

Das Ziel der vorliegenden empirischen Untersuchung bestand in der Erforschung epidemiologischer Faktoren bei der Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen in der Berufsgruppe Polizei. Dies beinhaltete die Erfassung der Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung in Folge des von den teilnehmenden Beamten als subjektiv eingeschätzten belastendsten Erlebnis oder Ereignis. Dies konnten sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich erlebte potentiell traumatisierende Ereignisse sein. Zu diesem Zweck wurden im Zeitraum von Oktober 2001 bis November 2002 524 bayerische Polizeivollzugsbeamte, aufgeteilt in verschiedene Untersuchungsgruppen, mit einem Fragebogenverfahren untersucht.

Bei der Untersuchung der Häufigkeit von Posttraumatischen Belastungsstörungen wurde festgestellt, dass Polizeivollzugsbeamte aufgrund ihrer Berufswahl und -ausübung zur Risikopopulation für das Erleben potentiell traumatisierender Ereignisse, dies aber nicht zwangsläufig in die Diagnose der PTB führen muss und sie nicht notwendigerweise häufiger eine Belastungsstörung nach DSM-IV als andere Menschen entwickeln müssen. Zwischen 5.5% und 8.7% der berufserfahrenen Kollegen (durchschnittlich 16 bis 21 Dienstjahre) entwickeln eine PTB und 5.5% - 5.8% eine subsyndromale PTB. Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, dass Polizeibeamte eine gute, professionelle Distanz gegenüber Ereignissen entwickelt haben, die für andere Menschen womöglich traumatisierend wären, da zudem ein großer Teil der Beamten privat erlebte Ereignisse als das schlimmste Erlebte angeben.

Etwas höhere Prävalenzraten zeigt die Untersuchungsgruppe der Kollegen, die schon einen dienstlichen Schusswaffengebrauch erlebt haben. Dieser Kollegenkreis, durchaus auch berufserfahrene (durchschnittlich 21 Dienstjahre), entwickelt in 11.5% der Fälle eine PTB und in 13.5% der Fälle eine subsyndromale PTB. Erstaunlich hierbei ist jedoch, dass der Schusswaffengebrauch nicht per se als das schlimmste Ereignis genannt wurde, was wiederum bedeuten könnte, dass das Erleben eines solch schwerwiegenden Ereignisses die Vulnerabilität, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, erhöht.

Die Ausbildungsgruppe wurde wenigen Wochen nach Beendigung ihres ersten Berufspraktikums untersucht und wies Werte in der Akuten Belastungsstörung mit 5.8% und 7.7% bei der subsyndromalen PTB auf.

Zusammenhänge mit demographischen Faktoren wie zum Beispiel dem Alter, dem Familienstand, der Berufserfahrung oder auch dem Geschlecht und der Entwicklung posttraumatischer Symptomatik konnten nicht gefunden werden.

Nicht zu vernachlässigen ist allerdings hinsichtlich der gefundenen Prävalenzraten streng nach dem DSM-IV die hohe Anzahl der Kollegen, je nach Untersuchungsgruppe 33.3% bis zu 46.1%, die die Symptome nach DSM-IV aufweisen, aber aufgrund fehlender A1-, A2- oder F-Kriterien nicht der Diagnose einer PTB, einer subsyndromalen PTB oder einer akuten Belastungsstörung zuzuordnen sind. Diesbezüglich sei auch zu bedenken, dass die in der Untersuchung verwendete Posttraumatic Diagnostic Scale im Vergleich zum diagnostischen Interview die Prävalenzrate einer PTB eher konservativ schätzt und dementsprechend die wahren Prävalenzraten durchaus höher ausfallen können.

Die Bewältigungsmechanismen nach potentiell traumatisierenden Ereignissen scheinen bei den Beamten gut zu funktionieren, da sich über die Jahre hinweg nach einem Ereignis bei über 50% eine Besserung der Symptomatik einstellte. 41.7% der Kollegen, die einen Schusswaffengebrauch erlebten, und 70.8% der Stichprobe der Beamtenfachhochschule erhalten zum Untersuchungszeitpunkt keine Diagnose mehr, obwohl sie zum Ereigniszeitpunkt eine Störung diagnostiziert bekommen hätten.

Als sogenanntes „Risikoereignis“ für die Entwicklung posttraumatischer Symptome und Beschwerden konnte die Ereignissituation des „gewalttätigen Angriffs auf die eigene, eine andere Person oder einen Kollegen“ herausgearbeitet werden. Bei fast 17% der Fälle führte dies zu Diagnosestellungen nach DSM-IV. Als weitere „Risikoereignisse“ sind der „schwere Unfall oder ein größeres Schadensereignis“, welches sich in 10.1% und der „dauerhafte Umgang mit Toten, Schwerstverletzten und Opfern sexueller Gewalt“, der sich in 10% der Fälle für die Diagnosestellung verantwortlich zeigte.

Die Untersuchung der Copingstrategien auf schwierige und stressvolle Situationen, erhoben mit dem Coping Inventar for Stressfull Situations (CISS; Kälin, 1995), ergab, dass belastete Kollegen vermehrt zu emotionsorientierten Strategien neigen und weniger zerstreungs- und sozialablenkungsorientierte Strategien bevorzugen. Unklar bleibt hingegen, ob diese Strategien schon im Vorfeld benutzt wurden und sich dadurch die Vulnerabilität der Entwicklung einer PTB steigerte oder ob sich diese Strategien erst nach dem Erleben des subjektiv belastendsten, traumatisierenden

Ereignisses herausgebildet haben. Festzuhalten bleibt, dass emotionsorientierte Strategien eher hinderlich sind und sich Ablenkungstechniken womöglich förderlich auswirken könnten. Zudem zeigte sich, dass sich belastete Kollegen in ihrer subjektiven Gesamtbefindlichkeit, gemessen mit dem Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), erheblich von unbelasteten Kollegen unterscheiden, verstärkt auf der Skala „Ängstlichkeit“, die somatische Korrelate der Angst und die kognitiven Komponenten der Gefühle von Besorgnis und Furcht beschreibt. Bei weiteren einzelnen Items der Unterskalen „paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ zeigten sich erhöhte Werte. Hier gaben belastete Kollegen vermehrt an, anderen Leuten nicht trauen zu können, sich beobachtet zu fühlen, dass andere über sie reden würden und es an Anerkennung durch andere mangeln würde. Des Weiteren haben sie häufiger Gedanken, mit ihrem Verstand sei etwas nicht in Ordnung.

7.2. Schlussfolgerungen

Ein nicht unwesentliches Ziel dieser empirischen Studie bestand auch darin, aus den gefundenen Befunden Schlussfolgerungen für mögliche präventive und therapeutische Angebote traumabezogener Beschwerden für die Organisation der Bayerischen Polizei zu ziehen. Sinnvoll erscheint es, auch aufgrund der Ergebnisse Hinweise für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aufzuzeigen und bestehende, bisher hilfreiche Konzeptionen zu würdigen. Den Beamten der bayerischen Polizei wird eine sehr gute Ausbildung vermittelt und durch Fort- und Weiterbildungsprogramme bleiben sie auf dem neuesten Stand. Man könnte sich demnach, nach dem Lesen dieser Untersuchung, auch zurücklehnen und sagen, dass die Prävalenzraten gar nicht so hoch, die Belastungen der Kollegen nur z. T. aufgrund dienstlicher Erlebnisse entstanden sind. Dennoch zeigt sich eine Fortschreibung von Konzeptionen im Umgang mit Betroffenen, siehe u. a. wie hilfreich für die Kollegen die Einbeziehung des Direktionsleiters in der Betreuungsstruktur nach einem Schusswaffengebrauch sein kann, als sinnvoll und notwendig. Der Weg, den die bayerische Polizei in den letzten Jahren im Bereich der Krisenintervention und Beratung beschritten hat, trägt Früchte. Eine umfangreiche Aufklärung und Wissensvermittlung über berufsbedingte Traumatisierung sollte weiter durchgeführt werden, sie stellt auch nach Steinbauer et al. (2002) den besten Schutz dar. Auch wenn sich Einsatznachbearbeitungen wie z.B. das Debriefing nach Mitchell, laut Mitte (2000) als Prophylaxe wenig Effizienz aufweisen, sollte an den Methoden des Critical Incident Stress Mana-

gements (CISM) festgehalten werden, da das Debriefing nur einen Baustein dieser Konzeption darstellt. Zudem könnte damit auch dem sich aufdrängenden Misstrauen und den Gedanken der mangelnden Anerkennung entgegengewirkt werden. Bei diesen Einsatznachbearbeitungen würde auch nicht über, sondern vielmehr mit den Kollegen gesprochen werden und eine Rückmeldung, dass solche Belastungsreaktionen nach einem Ereignis normal sind, man doch noch bei Verstand ist, ist sicher hilfreich. Sinnvoll wäre es, die Ergebnisse dieser Untersuchung mit einzubeziehen und weniger auf emotionsorientierte Copingstrategien zurückzugreifen, die emotionale Bearbeitung bei einem Debriefing nicht so in den Vordergrund zu stellen. Zudem sei festzuhalten, dass das Debriefing bislang innerhalb der bayerischen Polizei nicht sehr häufig angewandt wurde.

Für weitere Schlussfolgerungen sollte man nochmals die sogenannten „Risikoereignisse“ näher betrachten. Der gewalttätige Angriff auf die eigene oder eine andere Person wurde als solches herausgearbeitet. Hier gibt es sicher mehrere Ansatzmöglichkeiten, die gewinnbringend erscheinen. Die Mehrzahl der Angriffe erfolgte unerwartet, in täglichen Routinesituationen (KFN, 2002). Hier besteht sicher im Bereich der Aus- und Fortbildung Bedarf, u.a. im Bereich des polizeilichen Einsatztrainings, der Schulung der Einsatzkompetenz, z.B. dem professionellen Umgang mit psychisch auffälligen Personen (s.a. Latscha & Schmalzl, 2004) oder auch der mentalen Vorbereitung auf Einsatzsituationen, schon bestehende Konzeptionen weiterzuentwickeln und fortzuschreiben. Die tägliche Routine darf der Aufmerksamkeit auf die Einsatzsituation und der Sicherheit der eigenen Person, der Kollegen wie auch anderen Bürgern nicht im Wege stehen. Jedoch steht der Polizeibeamte hier häufig in einem Dilemma zwischen Bürgerfreundlichkeit und Eigensicherungsmaßnahmen.

Für Kollegen, die überdurchschnittlich häufig oder fast ausschließlich mit dem dauerhaften Umgang von Toten, Schwerstverletzten und Opfern sexueller Gewalt zu tun haben, könnten Supervisionsveranstaltungen hilfreich sein, um mit vorhandenen Belastungen umzugehen.

Zielsetzung und Aufgabe des Zentralen Psychologischen Dienstes wird es auch weiterhin sein, sich hier verstärkt einzubringen und zudem Kooperationen mit externen Beratungsstellen und Kliniken zu schließen, um belasteten Kollegen schnellstmöglich effiziente und professionelle Hilfe anbieten zu können.

7.3. Ausblick

Zusammenfassend sind durch diese empirische Studie für die Organisation der bayerischen Polizei zufriedenstellende, interessante und durchaus brauchbare Ergebnisse und Befunde herausgefunden worden. Dennoch bleiben einige Fragen offen, die durch diese Untersuchung nicht ausreichend geklärt werden konnten.

Zunächst sollten jedoch die Vorzüge aber auch die möglichen Mängel dieser Studie aufgeführt werden. Die vorliegende Arbeit bietet ein umfassendes Bild über posttraumatische Belastungsreaktion bayerischer Polizeivollzugsbeamten. Die Stärke dieser Arbeit lag in der umfangreichen Anzahl der Befragten und die sehr hohe Rücklaufquote bzw. die hohe Anzahl auszuwertender Datensätze. Vorteilhaft erwies sich auch die Erfassung der posttraumatischen Symptomatik durch die Verwendung eines statistisch abgesicherten und streng an den Kriterien des DSM-IV orientierten Verfahrens. Dennoch scheint dieses Verfahren bei einzelnen Items der A- und F-Kriterien für diese Berufsgruppe einen Nachteil gegenüber einem Interviewverfahren zu haben, da Ereignissituationen, komorbide Störungen oder auch Beeinträchtigungen u.a. nicht näher nachgefragt werden konnten. Als möglichen Kritikpunkt könnte man die mangelnde Repräsentativität der Stichprobe ansehen. Dennoch wurden Kollegen aus ganz Bayern befragt, aus unterschiedlichsten Dienststellen und Dienstorten. In anderen Studien wurde unter anderem auch die Häufigkeit erlebter potentiell traumatisierender Einsatzsituationen erhoben. In dieser Untersuchung genügte es, wenn es der Beamte mindestens einmal erlebte. Zudem sei dem Autor zugestanden, aufgrund seiner Erfahrungen in der Polizei, zu wissen, dass Kollegen bestimmte Ereignisse im Verlauf ihres Berufslebens mehr als einmal erleben. Fraglich wäre auch, inwieweit sich Kollegen an die genaue Anzahl erlebter Ereignisse erinnern können. Weiterhin wurde nicht nach einem polizeilichen belastenden Referenzeinsatz gefragt wie in anderen Studien (Teegen, 1997, 1999; Sommer, 2003). Vielmehr sollten die Beamten aus den vorgegebenen Situationen das Ereignis auswählen, welches für sie am belastendsten erlebt wurde. Dies wurde, trotz möglicher Kritik, bewusst so gewählt, um ein umfassendes Bild des Polizeibeamten zu erfahren und nicht nur auf rein dienstliche Ereignissituationen zu fokussieren, welches auch den Inhalten der von uns durchgeführten Beratungen Rechnung trägt. Die Studie konnte und wollte andere beruflichen Stressoren, wie z.B. den Schichtdienst, den Dienst zu ungünstigen Zeiten oder auch andere organisationsinterne Probleme nicht untersuchen. Als unproblematisch erwies sich die Rekrutierung der Beamten für diese Untersuchung. In wieweit eine Offenheit dem Fragebogen gegenüber erreicht wurde, d.h. unverfälschte Antworten auf die gestellten Fragen zu erhalten, bleibt offen, denn während der Auswertung der Daten stellte sich

öfters die Frage, warum keinerlei Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder auch anderen Funktionen angegeben wurden, obwohl eine hohe Anzahl an Symptomen genannt wurde.

Fragen, die weiterhin unbeantwortet blieben und für weitere Untersuchungen Anlass geben könnten, sind die Ursachen für die bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen der BFH- und der PAKET-Stichprobe in den Prävalenzraten. Ist es die Unterbrechung des alltäglichen Dienstes während des Studiums, die niedrigere Raten impliziert, oder die Offenheit und das kollegiale Gesprächsklima während des Seminars, die ausschlaggebend dafür ist, dass Belastungen berichtet werden. Zudem wäre auch eine Evaluation von CISM-Maßnahmen wie dem Debriefing innerhalb der Polizeiorganisation interessant, um mögliche Präventiveffekte herauszuarbeiten. Aufgrund der Ergebnisse könnte sich auch eine inhaltliche Veränderung dieser Maßnahme als förderlich erweisen, in dem man z.B. den emotionalen Aspekt der Nachbetreuung nicht zu sehr in den Vordergrund stellt. Eine sinnvolle Untersuchung wäre sicher auch, die salutogenetischen Aspekte herauszuarbeiten, d. h. Faktoren zu finden, die helfen, die Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, und diese dann in der Aus- und Fortbildung zu vermitteln.

Diese Untersuchung beantwortet und stellt zugleich weitere Fragen.

Ich hoffe, dem interessierten Leser einen Einblick in die komplizierte und auch brisante Thematik der Traumatisierungen von Polizeibeamten vermittelt zu haben und für die tägliche wie auch belastende Arbeit der Kollegen, trotz möglicher Fehler und Schwächen, die in jedem Berufsbild vorkommen können, Verständnis aufzubringen.

8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd rev. ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4rd ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Andreski, P., Chilcoat, H.D. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospektive study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armony, J.L. & LeDoux, J.E. (1997). How the brain processes emotional information. In: R. Yehuda, A.C. McFarlane (Eds.), 259-270.
- Bengel, J. (1997). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin: Springer
- Bengel, J. (2001). Psychologische Maßnahmen für Einsatzkräfte bei Katastrophen: Das Zugunglück von Eschede. In: A. Maerker & U. Ehlers. (Hrsg.): Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 186-200.
- Boscarino, J.A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59, 605-614.
- Brenneisen, H., Dubbert, G. & Schwentuchowski, S. (Hrsg.) (2003). Ernstfälle. Hilden: Verlag deutscher Polizeiliteratur
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorders in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brown, J., Fielding, J. & Grover, J. (1999). Distinguishing traumatic, vicarious and routine operational stressor exposure and attendant adverse consequences in a sample of police officers. *Work and Stress*, 13, 312-325.
- Carlier I.V. & Gersons B.P. (1995). Partial PTSD; the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Carlier I.V., Lamberts, R.D. & Gersons B.P. (1997). Risk factors of posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 498-506.
- Derogatis, L.R. (1992). SCL-90-R. Townson: Clinical Psychometric Research. Inc.
- Derogatis, L.R. (1993). Brief Symptom Inventory (BSI). Minneapolis: National Computer Services.
- Eggers, R. (1999). Belastungen im Polizeivollzugsdienst. *Praxis der Rechtspsychologie*, 1, 31-41.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E.B. (1996). Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale von Foa (1995). Unveröffentlichtes Manuskript, Department of Psychiatry, Warnford Hospital, Oxford
- Ehlers, A., Clark, D.M. & Winton, E. (1997). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat alienation. *Journal of Traumatic Stress*.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe

- Ehlert, U. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung: Zum Stand der Forschung. *Psychomed*, 11, 4-9.
- Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (2002). CISM - Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas.
- Foa, E.B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post traumatic stress disorders: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument of assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa E.B. (1995). Posttraumatic Diagnostic Scale. Microtest Q Assessment System.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Franke, G.H. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI) von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Gasch, U. (1998). Polizeidienst und psychische Traumen; Eine Pilotstudie über traumatisierende Erlebnisse und deren Bewältigung. *Kriminalistik*, 12, 819-823.
- Gasch, U. (2000). Traumaspezifische Diagnostik von Extremsituationen im Polizeidienst: Polizisten als Opfer von Belastungsstörungen. Berlin: Dissertation.
- Gersons, B.P. (1989). Patterns of PTSD among police officers following shooting incidents. A two-dimension model and treatment implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 247-257.

- Gersons, B.P. & Carlier, I.V. (1992). Posttraumatic stress disorder: the history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Hallenberger, F. (1999). Traumatisierung im Polizeieinsatz mit Schusswaffengebrauch. In: Psychosomatische Fachlinik Münchwies (Hrsg.): *Münchwiesner Hefte*, 22, 81-96.
- Hallenberger, F. & Mueller, S. (2000). Was bedeutet für Polizistinnen und Polizisten „Stress“?, *Polizei & Wissenschaft*, 1, 58-65.
- Hermanutz, M. & Buchmann, K.E. (1994). Körperlich und psychische Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften während und nach einer Unfallkatastrophe. *Die Polizei*, 11, 294-302.
- Hermanutz, M. & Buchmann, K.E. (Hrsg.)(1996). Trauma und Katastrophe. Texte. Villingen-Schwenningen: Fachhochschule für Polizei
- Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H.P. (Hrsg.) (1996). Moderne Polizei-Psychologie in Schlüsselbegriffen (1. Auflage). Stuttgart: Boorberg
- Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H.P. (Hrsg.) (2001). Moderne Polizei-Psychologie in Schlüsselbegriffen (2. Auflage). Stuttgart: Boorberg
- Hinkeldey von, S. & Fischer, G. (2002). Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. München, Basel: Ernst Reinhardt
- Huber, M. (1996). Betreuung von Opfern/Angehörigen. In: Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H.P. (Hrsg.) (1996). Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen (1. Auflage). Stuttgart: Boorberg, 33-39.
- Kälin, W. (1995). Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ (CISS) von Semmer N.S. & Parker J.D.A.. Basierend auf der Übersetzung von Semmer N., Schade V. & Tschann Semmer F. (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie

- Kälin W. (1995). Drei Coping-Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des „COPE“, des „CISS“ und des „Ways Of Coping Questionnaire (unveröffentlichte Lizentiatsarbeit). Bern: Universität, Institut für Psychologie
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Krampl, M. (2003). Ursachen und Auswirkungen von Stress und Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften nach belastenden Ereignissen. In: Lorei C. (Hrsg.): *Polizei & Psychologie*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, 433-444.
- Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (2002). Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte. Abschlussbericht.
- Kommisari, B. & Latscha, K. (2001). Beratung, Betreuung, Teamentwicklung. In: Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H.P. (Hrsg.) (2001). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen* (2. Auflage). Stuttgart: Boorberg, 27-35.
- Kopel, H. & Friedmann, M. (1997). Posttraumatic symptoms in South African police exposed to violence. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 307-317.
- Langkafel, M. (2000). Die Posttraumatische Belastungsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 3-12.
- Latscha, K. & Schels, J. (2002). Systemisch-lösungsorientierter Betreuungsansatz am Beispiel Schusswaffengebrauch. In: Zentraler Psychologischer Dienst (Hrsg.) (2002). *Aktiencheck Polizeipsychologie*. Berichtband der Fachtagung vom 4.-6.10.2000, 101-114.
- Latscha, K. & Schels, J. (2003). Rückblickende Aufklärung für künftige Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten. *Bayerns Polizei*, 3, 9-11.
- Latscha, K. & Schmalzl H.-P. (2004). Der polizeiliche Umgang mit einer psychisch kranken Person. *Magazin-P*, 5, 11.

- Ley, T. (1996). Methodische Überlegungen zur Untersuchung der Verarbeitungsmechanismen traumatischer Ereignisse im Polizeidienst. In: Buchmann, K.E. & Herrmann, M. (Hrsg.): Trauma und Katastrophe. Villingen-Schwenningen, 67-73.
- Lorei C. (2003). (Hrsg.): Polizei & Psychologie. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft
- Maercker, A. (1997). (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor? The "criterion A" issue. In J.R.T. Davidson & E.B. Foa (eds.): Posttraumatic stress disorders. DSM-IV and beyond. Washington, D.C.: American Psychiatric Press
- Martin, C.A., McKean, H.E. & Veltkamp, L.J. (1986). Posttraumatic stress disorders in police and working with victims: a pilot study. *Journal of Police Science and Administration*, 14, 98-101.
- McNally, R.J. (1998). Posttraumatic stress disorder. In T. Millon, P.H. Blaney & R.D. Davis (Eds.). Oxford textbook of psychopathology. Oxford, UK: Oxford University Press
- Miller, L. (1995). Tough guys: Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency personnel. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 592-600.
- Mitte, K. (2000). Die Effektivität des Psychological Debriefings - eine Meta-Analyse. Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Palley E. (2004). Schusswaffengebrauch - und nun? Belastungssituation eines SEK-Beamten. In: H. Brenneisen, G. Dubbert, & S. Schwentuchowski (Hrsg.). Ernstfälle. Hilden: Verlag deutscher Polizeiliteratur, 256-261.
- Peinelt-Institut (1999). Mitarbeiterbefragung des PP München.

- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pennebaker, J.W., Barger, S.D. & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pieper, G. & Maercker, A. (1999). Männlichkeit und Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit nach berufsbedingten Traumata, (Polizei, Feuerwehr, Rettungspersonal). *Verhaltenstherapie*, 4, 222-229.
- Reiser, M. & Geiger, P.S. (1984). Police officers as victim. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 315-323.
- Robinson, H.M., Sigman, M.R. & Wilson, J.P. (1997). Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports*, 81, 835-845.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schmalzl, H.P. (2001). Schusswaffengebrauch. In: Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H.P. (Hrsg.): *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen* (2. Auflage). Stuttgart: Boorberg, 154-162.
- Schützwohl, M. (1997). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: Maercker, A. (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, 75-101.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.
- Sennekamp, W. & Martin, H. (2003). Psychosozialer Beratungsbedarf von Polizeibeamten bei dienstlichen Belastungssituationen, *Polizei & Wissenschaft*, 1, 29-36.

- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Waysman, M. (1988). Coping, locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Sommer, A.C. (2003). Posttraumatische und akute Belastungsstörung bei Thüringer Polizeibeamten nach belastenden Einsätzen: Epidemiologie, multiple Traumatisierung, dysfunktionale Kognitionen. Diplomarbeit Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Steil, R. & Ehlers, A. (in Vorbereitung). Diagnostische Skala für die Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe
- Steil, R. (2000). Posttraumatische Belastungsstörung. In M. Hautzinger, *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Steinbauer, M. (2001). Stress im Polizeiberuf und die Verarbeitung von belastenden Ereignissen im Dienst. *Polizei & Wissenschaft*, 4, 46-59.
- Teegen, F., Domnick, A. & Heerdegen, M. (1997). Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 4, 583-599.
- Teegen, F. (1999). Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 4, 437-453.
- Teegen, F. (2001). Prävalenz von Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen. In A. Maerker & U. Ehlert, *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe. 169-185.
- Teegen, F. (2003). Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Bern: Huber.

- Van der Kolk, B.A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8 (4)*, 505-525.
- Van der Kolk, B.A. (1996b). Trauma and memory. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.) (1996), *Traumatic Stress. The effects of overwhelming Experience on mind, body and society*. New York: Guilford. 214-241.
- Vejmola, D. (2001). Psychologische Erste Hilfe. *Polizeikommando*, 15-16.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1727-1732.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1999). Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed, 1*, 31 -39.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Kerber, U., Wingefeld, K., Hellhammer, D.H. & Ehler, U. (2001). Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In A. Maerker & U. Ehler, *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe. 201-225.
- Wagner, H., (1986). Belastungen im Polizeiberuf. *Die Polizei, 77*, 80-84.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse 1, Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

9. Anhang

Im Anhang sind die Untersuchungsverfahren aufgeführt.

Zunächst die Posttraumatic Diagnostik Scale – PDS (Ehlers et al., 1996) und die Zusatzfragen, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten verwendet wurde

Fragebogen zu belastenden Ereignissen

in Anlehnung an die PDS (Ehlers, Stell, Winter & Foa, 1996)

Teil 1:

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder waren Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

1. Schwere Unfall, Feuer, Explosion (z.B. schwerer Autounfall, größeres Schadensereignis, Zugunglück, Flugzeugabsturz)	Ja	Nein
2. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Orkan, Erdbeben)	Ja	Nein
3. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person auf eigene Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
4. Gewalttätiger Angriff auf eine(n) Kollegen(in) oder eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
5. Selbst geschossen bei gewalttätigem Angriff durch fremde Person auf eigene Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
6. Selbst geschossen bei gewalttätigem Angriff auf eine(n) Kollegen(in) oder eine andere Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
7. Selbst geschossen wegen Festnahme / Verfolgung eines Straftäters	Ja	Nein
8. Sexueller Angriff auf eigene Person durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sex. Mißbrauch)	Ja	Nein
9. Sexueller Angriff auf eigene Person durch fremde Person (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sex. Mißbrauch)	Ja	Nein
10. Dauerhafter Umgang mit Toten, Schwerstverletzten, Opfern sexueller Gewalt	Ja	Nein
11. Gefangenschaft (z.B. Geißel)	Ja	Nein
12. Aufenthalt in Kriegsgebiet	Ja	Nein
13. Lebensbedrohliche Krankheit	Ja	Nein
14. Plötzlicher unerwarteter Tod eines Familienangehörigen, einer nahestehenden Person	Ja	Nein
15. Anderes traumatisches Ereignis (bitte beschreiben):	Ja	Nein

Wenn Sie mehrmals mit JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet. Falls Sie alle Fragen mit NEIN beantwortet haben, bitte bei Seite 3 "Soziodemographische Daten" fortfahren.

Nr. _____

Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen für dieses schlimmste Erlebnis (wenn Sie nur eines mit JA angekreuzt haben, ist mit schlimmstes Erlebnis dieses gemeint).

Teil 2:

Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis? (eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. vor weniger als einem Monat | <input type="checkbox"/> | 2. Vor 1 - 3 Monaten | <input type="checkbox"/> | 3. vor 3 - 6 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vor 6 Monaten bis 3 Jahren | <input type="checkbox"/> | 5. Vor 3 - 5 Jahren | <input type="checkbox"/> | 6. Vor mehr als 5 Jahren | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen mit JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Erlebnisses

1. wurden Sie körperlich verletzt ?	Ja	Nein
2. wurde jemand anderes körperlich verletzt ?	Ja	Nein
3. dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war ?	Ja	Nein
4. dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war ?	Ja	Nein
5. fühlten Sie sich hilflos ?	Ja	Nein
6. hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen ?	Ja	Nein

Teil 4:

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und **NEIN**, wenn dies nicht der Fall war.

1. Arbeit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	6. Schule und Ausbildung	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
2. Hausarbeit und Haushaltspflichten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	7. Sexualität	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
3. Beziehungen zu Freunden	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	8. Allgemeine Lebenszufriedenheit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
4. Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	9. Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
5. Beziehung zu Familienmitgliedern	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>			

Wurden Sie betreut? Hatten Sie die Möglichkeit mit jemandem über das Ereignis zu sprechen? Ja Nein

Wenn **JA**, von/ mit wem?

(mehrere Antworten möglich)

PI-/Dst.-L	<input type="checkbox"/>
DGL o.ä.	<input type="checkbox"/>
ZPD	<input type="checkbox"/>
Kollege(in)	<input type="checkbox"/>
Seelsorger	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>
Partner(in)	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>
Therapeut(in)	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>

Soziodemographische Daten

Geschlecht männlich weiblich

Alter unter 25
25 bis 29
30 bis 39
40 bis 49
über 50

Familienstand alleine
mit Partner(in)
verheiratet
geschieden
verwitwet

Kinder ja
nein

Dienstalter **Jahre**

Dienstgrad M
OM
HM
K
OK
HK
EHK
R
OR
D
LD

Dienstbereich S
K

Dienstort ländlicher Bereich
Stadt im
ländlichen Bereich
Großstadt

Haben Sie schon an einem PAKET-Seminar teilgenommen? Ja Nein

Haben Sie schon an anderen Seminaren zur Stressbewältigung o.ä. (z.B. VHS-Kurse) teilgenommen? Ja Nein

Teil 6:

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und **NEIN**, wenn dies nicht der Fall war.

1. Arbeit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	6. Schule und Ausbildung	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
2. Hausarbeit und Haushaltspflichten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	7. Sexualität	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
3. Beziehungen zu Freunden	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	8. Allgemeine Lebenszufriedenheit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
4. Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	9. Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
5. Beziehung zu Familienmitgliedern	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>			

Zusatzfragebogen zum Untersuchungszeitraum 2:

Coping Inventar for Stressfull Situations - CISS (Kälin, 1995)

Im folgenden wird beschrieben, wie Menschen auf verschiedene schwierige, stressvolle oder ärgerliche Situationen reagieren können.

Kreuzen Sie bitte auf der Skala von 1 bis 5 an, was Sie typischerweise tun, wenn Sie unter Stress stehen.

	Das ist für mich				
	sehr untypisch 1	eher untypisch 2	teils- teils 3	eher typisch 4	sehr typisch 5
1. Ich suche den Kontakt mit anderen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich mache einen Einkaufsbummel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich setze Prioritäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich nasche oder gönne mir meine Lieblingspeise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe die Befürchtung, dass ich die Situation nicht bewältigen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich bin sehr angespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich gehe essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich gerate aus der Fassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich erarbeite mir einen Plan und führe ihn auch aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiss, was ich machen soll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich denke über die Situation nach, damit ich sie verstehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich denke über die Situation nach und versuche, aus meinen Fehlern zu lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen, was passiert ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich besuche einen Freund/ eine Freundin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich rufe einen Freund/ eine Freundin an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich werde wütend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich schaue mir einen Film an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1 sehr untypisch	2 eher untypisch	3 teils- teils	4 eher typisch	5 sehr typisch

Brief Symptom Inventory - BSI (Franke, 2000)

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 7 Tage.

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!

	Überhaupt nicht (0)	ein wenig (1)	ziemlich (2)	stark (3)	sehr stark (4)
Wie sehr litten Sie unter					
	0	1	2	3	4
1. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>				
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>				
3. der Idee, dass irgend jemand Macht über ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>				
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="radio"/>				
5. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>				
7. Herz- oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>				
8. Furcht auf offenen Plätzen und Straßen	<input type="radio"/>				
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>				
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="radio"/>				
11. schlechtem Appetit	<input type="radio"/>				
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>				
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber sie machtlos waren	<input type="radio"/>				
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>				
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>				
16. Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>				
17. Schwermut	<input type="radio"/>				
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>				
19. Furchtsamkeit	<input type="radio"/>				
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>				
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>				
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="radio"/>				
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>				
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>				
25. Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>				

Überhaupt nicht (0)	ein wenig (1)	ziemlich (2)	stark (3)	sehr stark (4)	
Wie sehr littten Sie unter					
	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>				
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>				
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="radio"/>				
29. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>				
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>				
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>				
32. Leere im Kopf	<input type="radio"/>				
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollen	<input type="radio"/>				
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>				
36. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
38. dem Gefühl, gespannt und aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>				
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>				
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>				
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>				
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="radio"/>				
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>				
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>				
45. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>				
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>				
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="radio"/>				
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="radio"/>				
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>				
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>				
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="radio"/>				
52. Schuldgefühlen	<input type="radio"/>				
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>				

Danksagung

Ich möchte abschließend an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, allen Personen zu danken, die mich im Rahmen dieser hier vorliegenden Arbeit unterstützt und geholfen haben.

Besonderer Dank geht an:

- Prof. Dr. W. Butollo, der sich für diese Thematik sofort begeisterte und mir als Externem, aus der Praxis kommenden und in der Polizei Tätigen, die Möglichkeit anbot diese Arbeit zu betreuen.
- Manfred Langer, meinem Dienststellenleiter, der dieser Untersuchung offen gegenüberstand, hilfreich bei der Durchführung der Untersuchung war und mir, wo es nötig war, seine Unterstützung anbot..
- Hans Schels, meinem engsten Kollegen, der bei der Untersuchungsdurchführung geholfen und mir in der Polizei das Laufen beigebracht hat.
- die PAKET-Trainer für die Unterstützung und ihre gute Arbeit, die sie leisten.

Und nicht zuletzt ein besonderes Dankeschön an meine Frau Sabine und meine Kinder, die mich nun zum zweiten Mal wie auch bei meiner Diplomarbeit unterstützt und immer wieder angespornt haben.

Knut Latscha

Persönliche Informationen

- Familienstand: verheiratet, 3 Kinder
- Geburtsdatum: 10.07.1967
- Geburtsort:: Ludwigshafen am Rhein

Ausgeübte Funktionen

Seit 1999 Leitung des Sachgebiets
 „Klinische Psychologie & Krisenintervention“
 Zentraler Psychologischer Dienst der Bayerischen Polizei, München

Ausbildung

1987 – 1994 Universität Mannheim

Diplom-Psychologe

- Note: gut
- Diplomarbeit: Lebenskrisen und kritische Lebensereignisse im Frühverlauf der Schizophrenie und ihr Zusammenhang mit der beginnenden Erkrankung

1986-1987 Universität Mannheim/ Heidelberg

- Studium von 2 Semester Mathematik

Beschäftigungsverhältnisse

1996-1999 Reha-Klinik Wendelstein Bad Aibling

- Rheumazentrum der BfA

1995 Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

- Psychosomatik

1994-1995 Reha-Zentrum Bad Dübren

- Neurologische, orthopädische und kardiologische Rehabilitationsklinik

Spezielle Qualifikationen

1999/ 2005

- „Psychologischer Psychotherapeut“, Approbation, 1999
- „Notfallpsychologe (BDP)“, 2005

Ersatzdienst

1998-1990 BG-Unfallklinik Ludwigshafen am Rhein

- OP-Pflegehelfer in der Abteilung Verbrennungen, plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie

Versicherung an Eides Statt

Hiermit versichere ich, Knut Latscha, geb. am 10.07.1967 in Ludwigshafen am Rhein, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne erlaubte fremde Hilfe angefertigt, keine anderen als die von mir angegebenen Schriften und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

München, 2005

Knut Latscha