

Hönig, Tobias

**Krisenintervention bei akuten, potenziell
traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe**

**Konzeptentwicklung und Implementierung im
Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V.**

eingereicht als

Masterarbeit

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2023

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. Alexander Zill

Zweitprüferin: Prof.in. Dr.in. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Hönig, Tobias:

Krisenintervention bei akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V.. 154 S.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Masterarbeit, 2023

Referat:

Die Masterarbeit befasst sich mit akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen im Tätigkeitsfeld der Eingliederungshilfe und betrachtet Möglichkeiten durch eine Krisenintervention psychosoziale Belastungsfolgen zu reduzieren.

Untersucht wird dies am Beispiel des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V.. Eine Konzeption für ein internes Kriseninterventionsteam soll dadurch entwickelt werden.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch diese das Phänomen mit seinen Folgen erklärt und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Daneben wurden Expert:inneninterviews mit Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen durchgeführt. Diese sollen anhand des ausgewählten Unternehmens das Auftreten des Phänomens verdeutlichen und ergründen welche speziellen Maßnahmen erforderlich sind, um die Etablierung eines internen Kriseninterventionsteams an die Bedarfe der Befragten anzupassen. Schlussendlich soll der abgeleitete konzeptionelle Rahmen auch auf andere Einrichtungen der Eingliederungshilfe übertragbar sein.

Abstract

Extremereignisse wie Unfälle, zwischenmenschliche Gewalt, Todesfälle und Suizide begegnen Menschen alltäglich. An Arbeitsplätzen kann dies dazu führen, dass die betroffenen Personen körperliche und / oder psychische Auswirkungen erleiden. Nach einem derartigen Erleben befinden sich Verletzte, Zeug:innen und Helfer:innen häufig in einem Zustand höchster psychischer Not und benötigen sofortige psychosoziale Unterstützung.

Diese Arbeit befasst sich daher mit psychosozialer Unterstützung nach akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen im Sinne einer Psychologischen Ersten Hilfe. Dabei wird der Fokus auf das (Tätigkeits-)Feld der Eingliederungshilfe gelegt und leitet Maßnahmen ab, welche dazu beitragen sollen Belastungsfolgen zu reduzieren. Dies ist vor allem dann geboten, wenn Häufigkeit und Folgeschwere des krisenhaften Ereignisses als hoch einzuschätzen ist.

Untersucht wird dies am Beispiel des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V.. Eine Konzeption für ein internes Kriseninterventionsteam soll dadurch entwickelt werden, welche ebenso Grundlage für andere Einrichtungen des Arbeitsfeldes sein kann. Neben einer intensiven Literaturrecherche wurde durch Expert:inneninterviews mit Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen das Phänomen von krisenhaften Situationen in der Eingliederungshilfe und deren Folgen veranschaulicht und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, welche auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen ausgerichtet sind. Ziel ist es, neben der etablierten medizinischen Ersten Hilfe, kompetent, effektiv und insbesondere zu einem frühen Zeitpunkt das Spektrum, um Psychologische Erste Hilfe zu ergänzen.

Für Menschen im Tätigkeitsbereich der Eingliederungshilfe kann der Inhalt dieser Arbeit eine Wissensgrundlage bilden und Aspekte und Möglichkeiten aufzeigen, ein psychosoziales Unterstützungsangebot nach akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen in den eigenen Einrichtungen und Diensten zu etablieren. Denn wenn es zu krisenhaften Situationen kommt sollten nicht nur die negativen Folgen im Vordergrund stehen, sondern auch Entwicklungspotenziale erkannt werden.

Danksagung

Zunächst möchte ich mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Ganz besonders gilt dieser Dank Herrn Professor Doktor Zill, welcher mich bei der Strukturierung meiner Themenidee bis hin zur Themenfindung unterstützt hat. Dieser hat durch die Betreuung der Forschungsarbeit ursächlich zum Gelingen dieser beigetragen.

Daneben gilt mein Dank den Personen, welche in vielen Stunden Korrektur gelesen haben. Zahlreiche Kommata-, Satzstellungs- und Rechtschreibfehler haben dank ihrer Hilfe nicht Eingang in diese Arbeit gefunden.

Weiterhin möchte ich den Personen danken, die durch Rat und Tat die Arbeit unterstützt haben. Zu nennen sind hier insbesondere die Arbeitsgruppe zur Erstellung einer Konzeption im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. sowie Personen, die durch Dolmetscher:innenleistungen dazu beigetragen haben, dass alle Menschen, welche sich an den Interviews beteiligen wollten, teilhaben konnten, auch wenn sie nicht die deutsche Schriftsprache als Mittel der Kommunikation beherrschen.

Nicht zuletzt gebührt mein Dank allen Personen, welche sich die Mühe gemacht haben, als Interviewpartner:innen für die Befragungen zur Verfügung zu stehen.

Ich hoffe, diese Arbeit kann im Ansatz dazu beitragen, dass Menschen nach akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen im Bereich der Eingliederungshilfe – wenn diese präventiv nicht verhindert werden können – die Unterstützung erfahren, welche für die Bewältigung des Erlebten notwendig und hilfreich ist.

Inhaltsverzeichnis

Triggerwarnung.....	7
1 Einleitung.....	8
2 Theoretische Rahmung	11
2.1 Akute, potenziell traumatisierende Ereignisse	11
2.1.1 Folgen von traumatisierenden Ereignissen.....	16
2.1.1.1 Akute Belastungsreaktion.....	19
2.1.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung	21
2.2 Ressourcen.....	23
2.2.1 Ressourcenmodelle	25
2.2.2 Salutogenetisches Modell	26
2.3 Psychische Gesundheitsbeurteilung am Arbeitsplatz in Notsituationen	28
2.4 Psychosoziale Akuthilfe - Krisenintervention	31
2.4.1 Krisenintervention in Unternehmen	33
2.4.2 Krisenintervention in der Eingliederungshilfe.....	37
2.4.3 Krisenintervention bei Menschen mit sogenannter Behinderung	41
2.4.4 Psychologische Ersthelfer:innen im Arbeitskontext	46
2.5 Zusammenfassung und Fragestellungen.....	49
3 Methodisches Vorgehen.....	52
3.1 Diakonie Leipzig e.V. – Fachbereich Teilhabe und Inklusion.....	52
3.2 Forschungsdesign der qualitativen Forschung	56
3.3 Erhebungsmethode.....	57
3.4 Pre-Test	61
3.5 Auswahl und Zugang zum Feld.....	61
3.6 Umsetzung und Besonderheiten der Interviews	63
3.7 Beschreibung der Aufarbeitung der Daten.....	63

3.8	Auswertungsmethodik.....	64
4	Ergebnisdarstellung.....	66
4.1	Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen.....	66
4.1.1	Mögliche Situationen.....	66
4.1.2	Erlebte Situationen.....	67
4.1.3	Tangierende aber nicht persönlich erlebte Situationen.....	68
4.1.4	Wunsch nach Unterstützung und Begleitung.....	68
4.2	Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierenden Situationen.....	69
4.2.1	Umgang mit erlebten Situationen.....	69
4.2.2	Hilfreich empfundene Angebote.....	70
4.2.3	Vermisste Angebote.....	72
4.2.4	Handlungsabläufe und Konzepte.....	73
4.2.5	Interne oder externe Unterstützung.....	73
4.3	Fragekomplex III – Nachbetreuung.....	74
4.3.1	Angebotene Nachbetreuung.....	74
4.3.2	Gewünschte Nachbetreuung.....	74
4.4	Fragekomplex IV – Begleitung von Klient:innen.....	75
4.4.1	Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen.....	75
4.4.2	Interne oder externe Begleitung.....	76
4.5	Fragekomplex V – Aufgabe der Leitung.....	77
4.6	Fragekomplex VI – Team für Psychologische Erste Hilfe.....	78
4.6.1	Notwendigkeit der Etablierung.....	78
4.6.2	Wünsche zur Umsetzung.....	79
4.7	Zusammenfassung der Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage.....	80
5	Diskussion und Ableitung für die Praxis.....	83
6	Fazit und Ausblick.....	89
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	93
	Anhang.....	99
	Selbständigkeitserklärung	

Triggerwarnung

In der Arbeit geht es unter anderem um traumatische Situationen. Lesen Sie diese Arbeit nur, wenn Sie sich psychisch stabil genug dafür fühlen. Falls Sie sich beim Lesen der Arbeit belastet fühlen sollten, sprechen Sie mit Ihnen nahestehenden Personen darüber. Sie haben auch die Möglichkeit sich an die Telefonseelsorge zu wenden. Dort werden Ratsuchende zu verschiedenen Themen unterstützt. Die Telefonseelsorge ist unter 0800.1110111 beziehungsweise 0800.1110222 kostenfrei erreichbar.

1 Einleitung

Traumatische Ereignisse kommen in einigen Unternehmen selten oder nie vor. In manchen Arbeitsfeldern, wie sozialen, medizinischen oder pflegenden Berufen, treten sie häufiger auf. Wenn solche herausragenden Situationen passieren sind sie folgenschwer und hoch belastend für die Betroffenen und führen zu seelische Verletzungen mit zum Teil schweren und langwierigen Folgen.¹

Klassische potenziell traumatisierende Ereignisse gibt es auch in der Eingliederungshilfe. Beispiele dafür sind, der plötzliche Tod von Klient:innen, tödliche Verkehrsunfälle, tätliche Übergriffe, medizinische Notfälle oder Suizide. Solche Situationen in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe erschüttern oft doppelt. Mitarbeiter:innen und Klient:innen können sowohl Opfer als auch Beobachter:innen einer solchen Situation sein. Mitarbeiter:innen sollten in ihrer professionellen Rolle Unterstützungsperson für die Klient:innen sein und das trotz eigener Betroffenheit.² Konkrete Zahlen über mögliche traumatisierende Ereignisse in der Eingliederungshilfe lassen sich nur schwer eruieren. Die im Jahr 2021 an die zuständige Berufsgenossenschaft gemeldeten 117.000 Arbeits- und Wegeunfälle (davon 51 mit tödlichem Ausgang) geben nur einen eingeschränkten Einblick.³ Einerseits werden bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege nicht nur Einrichtungen der Eingliederungshilfe abgebildet, andererseits ist das Dunkelfeld durch bagatellierte und nicht gemeldete Arbeitsunfälle sowie betroffene Klient:innen und weitere Personen, bei den keine Meldung an die Berufsgenossenschaft erfolgt, als hoch einzuschätzen.⁴

Bei der medizinischen Ersten Hilfe gibt es seit vielen Jahren detaillierte Standards. Anders ist die Situation für die Betreuung nach traumatischen Ereignissen. In der Praxis entwickelten sich unterschiedliche Betreuungskonzepte für diese Situationen, so dass

¹ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015a: S. 5ff.

² vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2022: S. 38f.

³ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2022a: S. 23ff.; S. 33f.

⁴ vgl. Rehmer, Sabine; Juds, Maïke; Gödicke, Maria; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2022: S. 3

die Unfallversicherungsträger zunehmend an Empfehlungen arbeiten, umso eine einheitliche und hohe fachliche Qualität der Erstbetreuung sicherzustellen.⁵

Bisher, wurde der Bereich der Krisenintervention im Allgemeinen beziehungsweise innerhalb von Unternehmen, aufgrund unterschiedlicher Herausforderungen, wie ethischen Fragestellungen und der Erreichbarkeit von Vergleichsgruppen nur wenig betrachtet.⁶ Einige deutschsprachige (zum Beispiel Wilk und Wilk: Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz, Fastner: Krisenintervention im pflegerischen Setting oder Oritz-Müller, Gutwinski und Gahleitner: Praxis Krisenintervention: Handbuch für helfende Berufe) und internationale Werke (zum Beispiel Hughes, Kinder und Cooper: International Handbook of Workplace Trauma Support) sind als Grundlagenliteratur zu sehen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Begleitung nach potenziell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe ließ sich im deutschsprachigen Raum, der die hier vorhandenen Rahmenbedingungen berücksichtigt, nicht finden.

Um das Feld der Krisenintervention in der Eingliederungshilfe differenziert zu beleuchten, geht die Arbeit folgender Fragestellung nach: „Welche akuten, potenziell traumatisierenden Ereignisse kommen im Bereich der Eingliederungshilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. vor und welche Maßnahmen können ergriffen werden, um negative Folgen für Beschäftigte und Klient:innen zu reduzieren?“ Beitrag der Arbeit für das Forschungsfeld, ist es daher sein, sich mit dem Themengebiet auseinanderzusetzen, um auf Grundlage einer Erhebung Maßnahmen abzuleiten, welche bei der Erstellung und Implementierung eines exemplarischen Konzeptes zur Krisenintervention in der Eingliederungshilfe Berücksichtigung finden.

Um diesen Anspruch gerecht zu werden, verfolgt die Arbeit folgendes Vorgehen. Im nachfolgenden Kapitel werden Begrifflichkeiten, welche im Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen, definiert und theoretische Grundlagen wie die Folgen von traumatisierenden Ereignissen, Ressourcenmodelle und das Vorgehen der Krisenintervention aufgezeigt. Kapitel 3 setzt sich mit der methodischen Vorgehensweise der Forschung

⁵ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 5

⁶ vgl. Hoppe, Sebastian 2021: S. 26

auseinander und gibt Aufschluss über das exemplarisch gewählte Unternehmen der Eingliederungshilfe, die Diakonie Leipzig e.V. – Fachbereich Teilhabe und Inklusion sowie die Auswahl der Forschungsteilnehmer:innen. Des Weiteren wird die Erhebungsmethode des qualitativen, schriftlichen Expert:inneninterviews sowie die verwendete Auswertungsmethodik vorgestellt. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse dargestellt, welche anschließend für die Entwicklung eines Konzeptes für den Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. verwendet werden. Im letzten Kapitel wird ein Fazit gezogen und damit die Arbeit zu einem Abschluss gebracht.

2 Theoretische Rahmung

2.1 Akute, potenziell traumatisierende Ereignisse

In der heutigen Sprache wird der Begriff traumatisierend oft unzutreffend und leichtfertig verwendet. Gemeint sind damit tatsächlich Ereignisse, die plötzlich auftreten und eine tiefe persönliche Erschütterung hervorrufen. Solche extremen Ereignisse, die zu einer Traumatisierung führen können, finden täglich und das zu einem großen Teil im Arbeitsleben statt, kommen aber auch in sonstigen Lebensbereichen vor.⁷

Diese kritischen Lebensereignisse heben sich in besonderer Weise von alltäglichen Erfahrungen ab und werfen bei den Betroffenen oft die Frage auf, warum diese einem selbst widerfahren.⁸ Neben direkt von einem Ereignis betroffenen Personen können weitere Menschen zum Beispiel Angehörige, Zeug:innen oder Helfer:innen indirekt betroffen sein. Eine potenzielle Traumatisierung ist bei diesen auch Möglich.⁹ Im Folgenden sind daher sowohl direkt als auch indirekt involvierte Personen gemeint, wenn von Betroffenen gesprochen wird.

Exemplarisch sollen an dieser Stelle einige akute, potenziell traumatisierende Ereignisse genannt werden. Solche können Überfälle oder Geiselnahmen, Unfallereignisse mit schweren Verletzungen oder Todesfolge, Kriegsgeschehnisse oder (Umwelt-)Katastrophen, Suizid(-versuche), gewalttätige oder sexuelle Übergriffe sowie Todesfälle oder Reanimationssituationen sein.¹⁰

All diese Geschehnisse müssen für den betroffenen Menschen nicht zwangsläufig eine Traumatisierung bedeuten. Der Terminus potenziell traumatisierend geht aber von einer hohen Wahrscheinlichkeit einer psychischen Verletzung im Zusammenhang mit dem

⁷ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 39

⁸ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56f.

⁹ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 14

¹⁰ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 26

auslösenden Anlass aus. Oft hat man aber nach wie vor eher die körperlichen Verletzungen im Blick und vergisst aufgrund mangelnder Aufklärung, die psychischen Auswirkungen zu betrachten.¹¹

Auslöser der psychischen Belastungen sind vielfältige Faktoren, welche in unterschiedlicher Weise und Ausprägung mit einem akuten, potenziell traumatisierenden Ereignis in Zusammenhang stehen. Diese können nicht einfach als Stressoren verstanden werden, sondern sind ein Konglomerat von verschiedenen Merkmalen, welche zu einem einzigartigen Belastungsprofil und Krisenpotenzial führen. Die Vielschichtigkeit der Auswirkungen von belastenden Situationen soll aufgrund ihrer Bedeutsamkeit nachfolgend dargestellt werden:

Schädigung der Person-Umwelt Passung – Menschen werden aus ihren alltäglichen Handlungsroutrinen gerissen, was eine grundlegende Veränderung für das Leben bedeutet und die Einordnung in die Umwelt wandelt. Eine Neuordnung des Passungsgefüges wird notwendig, ist aber oft nicht in alter Form wiederherstellbar.¹²

Verlustthematik – Unwiederbringlich und unwiderruflich verlorengegangene Personen, Funktionen oder Hoffnungen begleiten einen Menschen auf unterschiedlichste Weise sein ganzes Leben.¹³

Affektiver Gehalt – Kritische Lebensereignisse lösen in der Regel heftige Emotionen aus, die Folgen der Wertungs- und Deutungsprozesse des betroffenen Menschen sind. Erst diese Prozesse entwickeln aus einem Ereignis mit objektivierbaren Eigenschaften eine affektive Konsequenz und damit eine Bedeutung für das Leben. Die Emotionen sind damit die Verdeutlichung von Anliegen der Person, welche ein krisenhaftes Ereignis erlebt hat.¹⁴

Mangelnde Kontrollierbarkeit – Menschen streben danach, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Ereignisse, die sich der Kontrollierbarkeit entziehen, werden als kritisch

¹¹ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: 38ff.

¹² vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

¹³ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

¹⁴ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

wahrgenommen und lösen Gefühle der Ohnmacht aus. Damit ist die mangelnde Kontrollierbarkeit ein Belastungsmerkmal, welches sich bis zum völligen Kontrollverlust entwickeln kann. Das Zurückerlangen des Gefühls, Kontrolle über eine Situation zu haben, spielt für die betroffenen Menschen häufig eine entscheidende Rolle, da ein dauerhaftes Gefühl des Kontrollverlustes zerstörerisch auf das Wohlbefinden wirkt.¹⁵

Mangelnde Vorhersehbarkeit und Überraschungsgehalt – Schicksalsschläge „aus heiterem Himmel“ beschreiben die fehlende Erwartbarkeit von akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen. Durch die Plötzlichkeit der Situation werden besonders intensive affektive Reaktionen ausgelöst, da es für die Person zumeist nicht möglich ist, eine antizipatorische Bewältigung anzubahnen.¹⁶

Erschütterung des Weltbildes – Wenn Fundamente menschlicher Überzeugungssysteme durch ein Ereignis beschädigt und damit eigene Glaubenssätze oder Gewissheiten zerstört werden, führt dies zu einem Verlust des Gefühls von Sicherheit und Unversehrtheit. Gerade von Menschen absichtlich herbeigeführte Ereignisse verletzen fundamentale gesellschaftliche Normen und bergen ein größeres Risiko von langfristigen Folgen für die betroffene Person.¹⁷

Erschütterung des Selbstbildes und Selbstwertbezug – Ereignisse sind in dem Maß kritisch zu beurteilen, wie sie das Gefühl von Sicherheit sowie Selbstwertschätzung beeinträchtigen. Wenn durch ein Ereignis wichtige Quellen der Selbstwertschätzung (zum Beispiel der Verlust von sozialen Bindungen, Statusverlust oder Ausgrenzung) verloren gehen, stellen die betroffenen Personen ihr Menschsein mit allen dazugehörigen Komponenten in Frage.¹⁸

¹⁵ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

¹⁶ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

¹⁷ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

¹⁸ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

Zielrelevanz – Wenn kritische Ereignisse konträr zu Lebensplänen stehen, sind dies schwierig zu bewältigende Erfahrungen. Vorübergehende oder dauerhafte Einschränkungen der für eine Person relevanten Ziele können ein Gefühl der Sinnlosigkeit des eigenen Seins erzeugen.¹⁹

Wirkungsgrad – Der erzeugte Schaden in den Lebensbereichen von betroffenen Personen, führt in Abhängigkeit des Ausmaßes zu einem geminderten Wohlergehen. Wenn zentrale Bereiche der eigenen Identität betroffen sind, entwickeln sich umso gravierendere Folgen. Insbesondere Verlusterleben schränkt Handlungsspielräume ein und bringt häufig soziale Isolation mit sich.²⁰

Systemreferenz – Die eigene Eingebundenheit in ein Ereignis befördert, dass eine Situation besonders kritisch für einen Menschen zu werten ist. Dabei muss die Person nicht unmittelbar selbst betroffen sein, sondern es können auch Individuen im Zentrum eines Vorfalls stehen, welche zum eigenen (Familien-)System gehören, wie zum Beispiel Partner:innen, Kinder oder Freund:innen. Je höher die Verbundenheit mit einer Person ist, umso mehr wird ein kritisches Ereignis zu eigenem erlebten Leid. Dies kann unter anderem auch den beruflichen Bereich treffen, da solche Situationen auch eine Breitenwirkung im sozialen Gefüge einnehmen.²¹

Diese Aufzählung von Auswirkungen kritischer Lebensereignisse verdeutlicht die Breite der Aspekte, die ein betroffener Mensch erleben kann. Solche Situationen kommen natürlich auch im Arbeitsbereich der Eingliederungshilfe vor.

Nimmt man an, dass solche Situationen zum Beispiel im Zusammenhang mit Unfallmeldungen an die zuständige gesetzliche Unfallversicherung verbunden sein können, kann man die Zahlen eben dieser heranziehen. Die aktuell vorliegenden Zahlen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) aus dem Jahr 2021 zeigen das Ausmaß von Unfällen im Arbeitskontext. Bei der unter anderem für den Bereich der Eingliede-

¹⁹ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

²⁰ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

²¹ vgl. Philipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: S. 56ff.

rungshilfe zuständigen Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege, waren es circa 117.000 Arbeits- und Wegeunfälle davon 51 mit tödlichem Ausgang. In die Betrachtung muss zusätzlich das Schüler:innenunfallgeschehen mit einfließen, da in den Bereich der Eingliederungshilfe auch Schulen mit Förderschwerpunkten integriert sind. Hier kam es zu circa 718.000 Schul(-wege-)unfällen wobei 23 einen tödlichen Ausgang hatten.²²

Zahlenmäßig wird der für diese Arbeit relevante Personenkreis der Eingliederungshilfe einbezogen (Arbeitnehmer:innen, Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit sogenannten Behinderungen sowie Schüler:innen). Unbeachtet bleiben dabei Klient:innen in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, da diese nicht über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert sind. Außerdem ist zu beachten, dass die Dunkelziffer bei den aufgeführten Zahlen als hoch einzuschätzen ist. Oft werden Geschehnisse, die keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben oder bei denen kein körperlicher Schaden eingetreten ist, nicht gemeldet. Übergriffe - wie beispielsweise Gewalttaten - werden bagatellisiert oder Meldungen weiterer möglicher betroffener Personen - wie Zeug:innen oder Ersthelfer:innen - nicht vorgenommen.²³ Welche Art der Verletzungen bei diesen Unfällen davon getragen werden, ob diese physischer oder psychischer Natur sind, lässt sich aus den Zahlen nicht ableiten. Auf Anfrage bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege, werden diese Informationen aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht.

Es wird deutlich, dass akute potenziell traumatisierende Ereignisse auch im Bereich der Eingliederungshilfe zu finden sind. Nahezu alle Situationen, welche zu Beginn des Kapitels aufgeführt wurden können auch in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe vorkommen.

Anschließend soll darauf eingegangen werden, welche kurz-, mittel- und langfristigen Folgen daraus entstehen können.

²² vgl. vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2022a: S. 23ff.

²³ vgl. Rehmer, Sabine; Juds, Maike; Gödicke, Maria; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2022: S.3

2.1.1 Folgen von traumatisierenden Ereignissen

Das Erleben einer außergewöhnlich belastenden Situation kann für den betroffenen Menschen verschiedene Folgen mit Krankheitswert haben. Diese unterscheiden sich sowohl in den Symptomen als auch im Verlauf. Ursächliche Faktoren sind dabei außergewöhnliche belastende Lebensereignisse oder besondere Veränderungen im Leben. Diese schweren psychosozialen Belastungen – auch life events – können Auslöser für verschiedene Erscheinungsbilder, wie akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Depressionen, Angststörungen oder Zwangsstörungen, sein. Dabei ist die individuelle, häufig idiosynkratische Vulnerabilität im Zusammenhang damit zu sehen. Das heißt, dass die belastenden Lebensereignisse weder notwendig noch ausreichend sind, um das Auftreten einer Folge mit Krankheitswert zu erklären. Im Gegensatz dazu sind aber Krankheiten wie die akute Belastungsreaktion oder posttraumatische Belastungsstörung immer als direkte Folge eines akuten traumatisierenden Ereignisses oder eines langanhaltenden Traumas zu sehen. Die belastende Situation ist ausschlaggebender Kausalfaktor, ohne den die Erkrankung nicht entstanden wäre.²⁴ Dabei ist allerdings zu betrachten, dass nicht alle Menschen, welche eine vergleichbare Erfahrung durch eine belastende Situation erlebt haben, auch in gleicher Weise belastet sind. Dies spricht für die unterschiedlichen Vulnerabilitätsgrade sowie für individuell verschiedene Bewältigungsmechanismen.²⁵

Die Reaktionen auf eine erlebte belastende Situation können sehr vielschichtig sein. Krüsmann und Müller-Cyran (einer der Gründungsväter der psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland) beschreiben die Auswirkungen wie folgend: „Während einige mit panischer Angst und/oder Verzweiflung reagieren und ohne einen klaren Gedanken fassen zu können planlos, überaktiv und unruhig „im Kreis rennen“, funktionieren andere „wie gefühllose Roboter“. Diese Menschen wirken nach außen oftmals ruhig und gefasst, sie können weiterhin handeln, erleben aber selber eine extreme Entfremdung von sich

²⁴ vgl. Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 170ff., vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 6ff., vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 27ff.

²⁵ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 31f.

selbst und von dem, was um sie herum vorgeht. Andere wieder bewegen sich wie Geister durch die Szene, deren Erleben ist geprägt von Apathie und Teilnahmslosigkeit.“²⁶

Lasogga und Gasch vertiefen diese Auswirkungen und führen dazu verschiedene Verhaltensweisen an:

Weinen	Eine verständliche Reaktion auf ein Ereignis. Diese ist auch zunehmend bei Männern zu beobachten. Wichtig ist dabei, dass Weinen nicht unterdrückt oder unterbunden wird.
Schreien	Ein biologisch sinnvolles Verhalten, welches anderen Personen signalisiert, dass man aufgrund von Schmerzen oder Angst Unterstützung benötigt. Erhalten Betroffene diese Unterstützung werden sie häufig zunehmend ruhiger.
Aggressionen	Aggressionen gegen sich selbst oder andere gerichtet, sind für manche Personen ein Mittel um Belastungen abzubauen. Diese Aggressionen können in Form von Beschimpfungen oder körperlichen Reaktionen geäußert werden. Dabei sind diese Handlungen nicht immer als Feindseligkeit zu betrachten, vielmehr als Form der Erregungsableitung.
Überaktivität	Überaktivität in physischer oder psychischer Form dient zur Ableitung der hohen Erregung nach einem belastenden Ereignis. Betroffene bewegen sich dabei zum Teil orientierungslos und sind kaum zu bremsen oder äußern den Willen, unbedingt etwas machen zu wollen, auch wenn die daraus resultierenden Handlungen nicht sinnvoll erscheinen.

²⁶ Krüsmann, Marion; Müller-Cyran, Andreas 2005: S. 48

Lähmung	Lähmung als gegensätzliche Reaktion auf Überaktivität zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die betroffenen Personen sich scheinbar nicht für ihre Umwelt interessieren. Sie sind erstarrt und apathisch und erwecken damit den Eindruck, sich aufgegeben zu haben.
Gelassenheit	Gelassenheit ist eine Reaktion, welche nach einem hochbelastenden Ereignis oft trügerisch ist. Nicht immer sind Personen, die gelassen scheinen, dies auch tatsächlich. Vorhandene Emotionen wie Angst und Aufregung werden unterdrückt oder Menschen haben sich dieses Verhalten als Problembewältigungsmechanismus angeeignet. Erfolgt keine adäquate Bearbeitung des Erlebten, können spätere Reaktionen umso intensiver ausfallen.
Lachen	Lachen als paradoxe Verhaltensweise in einer traumatisierenden Situation dient der Erregungsabfuhr. Es ist in der Regel kein Zeichen für fehlende Empathie oder mangelnde Sensibilität für die Situation.
Abwehrmechanismen	Insbesondere Regression, Verleugnung, Verdrängung, Rationalisierung sind ebenso Verhaltensweisen, die betroffene Menschen nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis zeigen. Sie wirken zum Teil übertrieben beziehungsweise unlogisch. Sie führen zu kindlichen Verhaltensweisen und Ablehnung vorhandener Tatsachen. Oft führen diese Mechanismen zur Ablehnung der angebotenen Unterstützung, obwohl sie insbesondere bei diesen Fällen dringend geboten wäre.

Tabelle 1: Verhaltensweisen betroffener Personen nach akuten, potenziell traumatisierenden Situationen. Eigene Darstellung nach Lasogga und Gasch.²⁷

²⁷ vgl. Lasogga, Frank; Gasch, Bernd 2009: S. 32f.

Mittel- und langfristig haben hochbelastende Ereignisse immer Folgen für die betroffene Person, da das Erlebte in irgendeiner Weise mehr oder weniger das weitere Leben beeinflusst. Allerdings ist eine Differenzierung bei dem Ausmaß der Folgen, insbesondere bei der Beeinträchtigung des Alltags, zu treffen. Änderungen des Verhaltens können dabei auf rationalen Erkenntnissen beruhen oder durch entwickelte Ängste hervorgerufen werden. Auch Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen können sich entwickeln. Ebenso ist allerdings der sekundäre Krankheitsgewinn zu betrachten. Dieser rückt die positiven Seiten eines erlebten Ereignisses in den Vordergrund. Sie können sich zum Beispiel in bis dahin nicht gekannte Zuwendung von anderen Personen äußern, zu Mitleid und Anteilnahme führen, zu Entlastung durch einen schonenden Umgang der Umwelt beitragen oder wirtschaftliche Unterstützung generieren. Dies sorgt teilweise dafür, dass der Genesungsprozess unbewusst hinausgezögert wird.²⁸

Im Folgenden soll aus Kapazitätsgründen der Arbeit nur auf die beiden relevantesten Erkrankungen, als Auswirkung einer belastenden Situation, eingegangen werden. Auf die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung wird tiefgründiger geblickt, da dies die einzigen „Störungen“ sind, welche als direkte Folge eines krisenhaften Notfalls zu sehen sind und auch nur nach dem Erleben einer solchen Situation diagnostiziert werden können.²⁹ Wie bereits zuvor beschrieben, können aber weitere Auswirkungen mit Krankheitswert, wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen Folge eines traumatischen Ereignisses sein.

2.1.1.1 Akute Belastungsreaktion

Akute Belastungsstörungen beziehungsweise akute Belastungsreaktionen werden in der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) beziehungsweise der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) beschrieben.

In der aktuellen Ausgabe DSM-5 wird die akute Belastungsstörung als eine Erkrankung definiert, welche ursächlich darauf zurückzuführen ist, dass die betroffenen Personen

²⁸ vgl. Lasogga, Frank; Gasch, Bernd 2009: S. 35f.

²⁹ vgl. Lasogga, Frank; Gasch, Bernd 2008: S. 56; vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 90

einem Ereignis ausgesetzt waren, welches mit Verletzungen, tatsächlichem beziehungsweise drohendem Tod oder Gefahr für die eigene körperliche Unversehrtheit oder die Unversehrtheit anderer Personen im Zusammenhang steht. Solche Ereignisse, welche auch in der Eingliederungshilfe vorkommen, wurden bereits in diesem Kapitel beschrieben. Dabei muss die Situation nicht selbst erlebt, sondern kann bei einer anderen Person beobachtet oder durch Dritte berichtet worden sein. Darüber hinaus kann eine Ursache sein, wenn zum Beispiel Mitarbeiter:innen der Eingliederungshilfe, wiederholt mit einem belastenden Ereignis konfrontiert wurden. In der DSM-5 werden Symptome wie Intrusionen, gedrückte Stimmungslage, erhöhtes Arousal, Vermeidungsverhalten und Depersonalisation oder Derealisation genannt. Die Symptome führen zu einer Beeinträchtigung des sozialen und beruflichen Lebens und hindern die Betroffenen an einer uneingeschränkten Bewältigung ihrer notwendigen Aufgaben. Die Symptome beginnen nach dieser Klassifikation innerhalb eines Monats nach dem auslösenden Ereignis und dauern in der Regel drei Tage bis zu einem Monat an.³⁰

Die aktuelle Ausgabe der ICD ist die 10. Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation. In dieser wird unter der Nummer F43.0 die akute Belastungsreaktion aufgeführt. Sie wird beschrieben als „eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.“³¹ Das Auftreten und der Schweregrad einer akuten Belastungsreaktion ist insbesondere von der individuellen Vulnerabilität sowie der eigenen Bewältigungsmechanismen abhängig. Die Spanne der Symptome, die Menschen mit einer akuten Belastungsreaktion zeigen, können vielschichtig sein.³² Die ICD-10 beschreibt es als „gemischtes und wechselndes Bild“³³. Die Reaktionen reichen von Desorientiertheit, Unruhezuständen, Überaktivität, Bewusstseins Einschränkungen, einer eingeschränkten Aufmerksamkeit und einem Insichzurückziehen bis hin zu vegetativen Symptomen wie ein erhöhter Puls und Schwitzen. Die Symptome treten häufig unmittelbar nach dem

³⁰ vgl. Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich 2018: S. 361 ff.

³¹ Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 171

³² vgl. Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 171

³³ Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 171

belastenden Ereignis auf und bilden sich in der Regel nach Stunden oder wenigen Tagen zurück.³⁴

Kröger sieht in der Beschreibung als – Reaktion – innerhalb der ICD-10 einen Hinweis darauf, dass es eine normale Reaktion auf ein belastendes Ereignis ist und warnt zugleich vor einer Pathologisierung von akuten Belastungsreaktionen.³⁵ Dieser Annahme begegnet man immer wieder bei der Literaturrecherche, häufig wird sie als – normale Reaktion auf eine unnormale Situation³⁶ – beschrieben.

Trotz dieser entpathologisierenden Sichtweise muss darauf hingewiesen werden, dass die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion als Prädiktor für eine posttraumatische Belastungsstörung zu sehen ist, was in verschiedenen Studien zu Tage trat.³⁷

2.1.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Auch die posttraumatische Belastungsstörung ist als Krankheit in der DSM-5 beziehungsweise in der ICD-10 beschrieben.

Die ICD-10 sieht sie als verzögerte Auswirkung auf eine belastende Situation oder ein Ereignis von kürzerer oder längerer Dauer, welches durch eine außergewöhnliche Bedrohung beziehungsweise einem Ausmaß in katastrophaler Weise gekennzeichnet ist. Dieses Ereignis würde bei nahezu jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen. Solche Ereignisse, welche auch in der Eingliederungshilfe vorkommen, wurden bereits in diesem Kapitel beschrieben. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie neurotische Erkrankungen oder zwanghafte Züge können als prädisponierende Faktoren die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen sowie den Verlauf dieser erschweren. Diese Persönlichkeitsmerkmale sind allerdings nicht Voraussetzung, dass sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Bei Betroffenen sind typische Symptome wie Flashbacks oder Nachhallerinnerungen, also das wiederholte Aufdrängen des Erlebten, Alpträume oder ein anhaltendes Gefühl des Betäubtseins sowie eine

³⁴ vgl. Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 171f.

³⁵ vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 8

³⁶ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 37, Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 282f.

³⁷ vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 9

emotionale Abgestumpftheit zu beobachten. Insbesondere zeigen diese Menschen Vermeidungsverhalten, um nicht erneut mit einer Situation konfrontiert zu werden, die an das Erlebte erinnert. Oft sind sie gleichgültig oder teilnahmslos im Kontakt mit ihrer Umwelt. Auch vegetative Symptome wie Übererregtheit, Schreckhaftigkeit oder Schlafstörung können mit der Erkrankung einhergehen. Infolge kommt es nicht selten zu Angstgefühlen und Depressionen, welche häufig in Suizidgedanken münden. Der Verlauf und die Prognose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist unterschiedlich. Zum Teil, kann mit einer Heilung gerechnet werden in anderen Fällen chronifiziert sich die Erkrankung über Jahre und führt zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen.³⁸

Die DSM-5 nimmt bei der posttraumatischen Belastungsstörung eine Untergliederung der betroffenen Personen nach Alter vor. Dabei wird betrachtet, ob die Menschen älter oder jünger als sechs Jahre sind.³⁹ Da im Rahmen dieser Arbeit Kleinkinder nicht in die Betrachtungen fallen, wird im Weiteren auf die Diagnosekriterien von Menschen über dem sechsten Lebensjahr eingegangen. Die DSM-5 beschreibt dabei, dass Betroffene einer Situation ausgesetzt waren, die mit tatsächlichem oder angedrohtem Tod, mit schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt einhergegangen sind. Dabei muss das Ereignis nicht am eigenen Körper erlebt worden sein, sondern kann bei anderen Personen miterlebt oder von Dritten berichtet worden sein. Resultierend aus den Situationen folgen Symptome wie Erinnerungen an das Ereignis, welche sich wiederholt und unwillkürlich aufdrängen, Alpträume, Flashbacks – die das Gefühl vermitteln, dass sich das Ereignis wiederholt sowie seelisches Leiden bei der Konfrontation mit Reizen, die an das auslösende Ereignis erinnern und damit einhergehende physiologische Reaktionen. Darüber hinaus kennzeichnet eine posttraumatische Belastungsstörung, dass Stimuli vermieden werden, die das Ereignis welches zur Traumatisierung geführt hat, in Erinnerung rufen könnten. Dadurch kommt es zum Beispiel zu einer Vermeidung der Situation durch Rückzug von Personen oder Orten. Außerdem werden Symptome wie Unfähigkeit zur Erinnerung an das Ereignis, negative Gefühle und Überzeugungen, Entfremdung sowie deutliche Veränderungen der Erregbarkeit einhergehend mit leichtsin-

³⁸ vgl. Dillinger, Horst; Freyberger, Harald 2012: S. 173f.

³⁹ vgl. Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich 2018: S. 361 ff.

nigem oder selbstverletzendem Verhalten, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Wutausbrüche und Schreckhaftigkeit beschrieben. Die Symptome halten für mindestens einen Monat an und verursachen Einschränkungen in den sozialen, beruflichen und sonstigen Lebensbereichen.⁴⁰

Es ist festzustellen, dass die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung bei den beiden Klassifikationssystemen sehr ähnlich als schwerwiegende Erkrankung, welche alle Lebensbereiche beeinflussen kann, beschrieben wird.

Es wird deutlich, dass sich bei Menschen mit vergleichbaren traumatisierenden Erfahrungen, in Abhängigkeit von Verarbeitungsstrategien, eine solch schwere Erkrankung entwickeln kann aber nicht muss. Daher soll im Nachfolgenden auf den Begriff der Ressourcen eingegangen werden. Was macht einen Menschen widerstandsfähig, um eine akute, potenziell traumatisierende Situation zu verarbeiten. Im Weiteren soll dabei auch die Rolle der psychosozialen Notfallversorgung oder auch Krisenintervention beziehungsweise frühen Intervention betrachtet werden.

2.2 Ressourcen

Was führt dazu, dass einige Menschen eine erlebte Traumatisierung besser bewältigen und damit weniger Folgen für ihr privates und berufliches Leben erleiden als andere Menschen mit ähnlichen Erfahrungen? In den letzten Jahren nimmt die Berücksichtigung von Ressourcen zunehmend einen wichtigen Stellenwert in der psychosozialen Beratung ein. Es geht weniger darum, vorhandene Defizite auszumerzen, da dies als einseitige Sichtweise gesehen wird, sondern vielmehr darum, die Person ganzheitlich zu betrachten.⁴¹

Unter Ressourcen sind individuelle Fähigkeiten oder unspezifische Kräfte zu verstehen, die Menschen nutzen, um Aufgaben zu bewältigen. Dabei kann eine Untergliederung in soziale, materielle, persönliche, physische und instrumentale Ressourcen vorgenommen werden. Soziale Ressourcen sind tragfähige zwischenmenschliche Beziehungen

⁴⁰ vgl. Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich 2018: S. 361 ff.

⁴¹ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 73

beziehungsweise soziale Netzwerke. Diese können einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen nach traumatischen Erfahrungen haben, da sie emotionale, praktische, informative oder finanzielle Unterstützung bei der Problembewältigung bieten. Außerdem erhöhen die sozialen Ressourcen den Selbstwert von Betroffenen durch den Erhalt der sozialen Identität sowie die Schaffung von Verbindungen zu weiteren sozialen Kontakten durch Aktivierung von Freund:innen. Materielle Ressourcen beschreiben sozioökonomische Faktoren, also Wohnmöglichkeiten sowie finanzielle und berufliche Absicherung. Die materiellen Ressourcen sind ein wichtiger Baustein, damit sich Betroffene neben einer krisenhaften Situation nicht zusätzlich noch mit existenziellen Notlagen auseinandersetzen müssen. Persönliche Ressourcen können zur positiven Bewältigung einer erlebten Traumatisierung beitragen. Zu diesen gehören insbesondere Eigenschaften wie Selbstwirksamkeit, Zuversicht, Widerstandsfähigkeit und Optimismus sowie weitere Persönlichkeitsmerkmale. Physische Ressourcen, insbesondere körperliche Gesundheit und Fitness aber auch Regenerationspotenzial, leisten einen Beitrag zur Stressreduzierung und fördern die psychische Stabilität. Instrumentale Ressourcen sind vor allem erlernte Lösungsansätze auch Copingstrategien genannt. Bei allen Ressourcen ist es gleichermaßen wichtig, dass sie in Krisensituationen als Teil eines möglichen Lösungsweges erkannt und herangezogen werden, damit sie wirksam sein können.⁴²

Eine weitere Unterteilung kann in subjektive und objektive sowie interne und externe Ressourcen erfolgen. Subjektive und objektive Ressourcen berücksichtigen die Wahrnehmung von betroffenen Personen, inwieweit diese die eigenen Potenziale als hilfreich einschätzen. Dies spielt insbesondere bei der Unterstützung von Menschen in krisenhaften Situationen eine wichtige Rolle. Ressourcen, die eine Person selbst nicht als hilfreich einschätzt, obwohl diese es vermeintlich sind, müssen ins Bewusstsein gerufen und aktiviert werden, damit diese auch eine subjektive Relevanz entfalten. Passiert dies nicht, können gut gemeinte Unterstützungsangebote als aufgezwungen wirken und damit eine Abwehr herbeiführen. Es kann dennoch hilfreich sein, objektive Ressourcen zu empfehlen oder zur Annahme dieser zu motivieren, auch wenn das Gegenüber anfänglich ablehnend dem Potenzial gegenübersteht. Im Verlauf der Zeit kann sich dieses für

⁴² vgl. Fastner, Manuela 2021: S. 46f.

den betroffenen Menschen als förderlich darstellen. Eine Unterteilung in externe (natürliche, soziale und technische Unterstützung der Umwelt) und interne (spezifische Fertigkeiten, Wissen oder andere psychosoziale Merkmale) Ressourcen wird häufig vorgenommen. Ein Mensch benötigt für die Ausgestaltung seines Lebens eine Befriedigung seiner Bedürfnisse. Dazu ist er auf externe Ressourcen angewiesen, welche nur mittels interner Ressourcen erlangt werden können. Dies ist für die Begleitung von Menschen nach krisenhaften Situationen eine wichtige Grundannahme, denn das Bestehen einer Krise hängt nicht allein von der betroffenen Person ab, sondern darüber hinaus von seinem sozialen Netz sowie seiner Umwelt. Um diese externen Faktoren nutzbar zu machen, müssen interne Ressourcen gestärkt, gesichert und verfügbar gemacht werden.⁴³

An dieser Stelle soll noch auf Theorien eingegangen werden, die im Zusammenhang mit Ressourcen immer wieder zum Tragen kommen. Exemplarisch sollen Ressourcenmodelle sowie das salutogenetische Modell erläutert werden.

2.2.1 Ressourcenmodelle

Unterschiedliche Ressourcenmodelle wurden unter anderem von Hobfoll, Nestmann und Petzold beschrieben. Hobfoll geht in seiner Theorie der Ressourcenkonservierung davon aus, dass Menschen bestehende Potenziale erhalten, schützen und ausbauen sowie neue Ressourcen aufbauen möchten. Zuwächse an Ressourcen verstärken dabei das Wohlbefinden von Menschen, ein gefühlter Verlust dieser wird als Bedrohung wahrgenommen. Hobfoll nimmt dabei verschiedene Kategorisierungen beispielsweise nach primären (mit direktem Überlebensbezug), sekundären (zum Beispiel soziale Unterstützung) und tertiären (zum Beispiel Statussymbole) Ressourcen vor. Die Kategorisierung scheint sinnvoll, damit die Vielfalt der Potenziale sowie die Wechselwirkung zwischen vom Individuum und von der Umwelt abhängigen Ressourcen verdeutlicht werden kann.⁴⁴

Nestmanns Grundannahme (welche auf dem Konzept von Hobfoll aufbaut) ist, dass die Lebensführung von Menschen mit all seinen dazugehörigen Komponenten wie Erfolg,

⁴³ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 87ff.

⁴⁴ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 73f.

Bewältigung von Problemen sowie Gesundheit von Personen- und Umweltressourcen abhängig ist. Daher sieht er es als notwendig an, Potenziale zu haben und zu erhalten, um das (Über-)Leben zu sichern. Anders als Hobfoll bezieht Nestmann den Faktor der subjektiven Empfindung von Menschen, ob etwas als hilfreich in einer bestimmten Situation wahrgenommen wird, mit ein. Ressourcen können seiner Ansicht nach nur als solche bezeichnet werden, wenn diese auch von der betroffenen Person so angenommen werden.⁴⁵

Petzold hebt in seinem theoretischen Ansatz hervor, dass es nicht vordergründig um das Vorhandensein von Ressourcen geht, sondern darum, wie effektiv diese eingesetzt werden können. Zur Erklärung seines Verständnisses hat Petzold verschiedene Definitionen geprägt. So unterscheidet er innere und äußere Ressourcen, welche grundsätzlich dafür notwendig sind, Anforderungen zu bewältigen. Er geht in seinen Annahmen aber auch ein Stück weiter und betrachtet nicht nur die Alltäglichkeit, sondern auch krisenhafte Situationen. In diesen ist eine besondere Aufwendung von Ressourcen notwendig, um zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen. Im Weiteren führt er eine Unterscheidung von Potenzialen nach ihrer Verfügbarkeit und Nutzbarkeit an.⁴⁶

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Begriff Ressourcen sehr weitgefasst verstanden wird. In Abhängigkeit vom Individuum sind diese Potenziale unterschiedlich hilfreich oder nutzbar. Zu konstatieren ist, dass sich manche Ressourcen nur schwer trennscharf einer bestimmten Kategorie zuordnen lassen. Außerdem sprechen verschiedene Modelle von einer Gewinn- und Verlustspirale. Menschen die Ressourcen besitzen, haben häufig Fähigkeiten diese weiter auszubauen. Personen mit einem Mangel an Ressourcen rutschen häufig in eine Verlustspirale dieser.⁴⁷

2.2.2 Salutogenetisches Modell

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky ist anders als die zuvor ausgeführten Ressourcenmodelle eine Theorie, welche die Stressbewältigung in den Fokus stellt. Allerdings wird ebenso wie bei den Ressourcenmodellen die Frage gestellt, was einen

⁴⁵ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 75f., vgl. Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel 2015: S. 158

⁴⁶ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 76f.

⁴⁷ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 73ff.

Menschen gesund erhält, obwohl er belastende Lebensumstände bewältigen muss. Antonovsky beschreibt in seiner Theorie ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Er ist der Annahme, dass die Pathogene durch die Salutogenese vervollständigt wird. Das Modell spricht von Belastungen oder auch Stressoren als innere oder äußere Anforderung an den Menschen, welche zu bewältigen sind. Wenn dies gelingt, wird damit die Gesundheit der Person erhalten beziehungsweise sogar gestärkt. Ist die Bewältigung nicht erfolgreich führt dies zu Belastungsfolgen. Damit wird durch Antonovsky die gesamte Spanne zwischen Wachstum und Krankheitsfolge, wie die posttraumatische Belastungsstörung, als Folge eines belastenden Ereignisses eröffnet.⁴⁸

Einen besonderen Stellenwert im salutogenetischen Modell nimmt die Kohärenz ein, welche als Grundeinstellung des Lebens einzuordnen ist. Antonovsky beschreibt, dass das Kohärenzgefühl aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammengesetzt ist. Verstehbarkeit wird als Fähigkeit begriffen, die Zusammenhänge des Lebens und der Umwelt kognitiv erfassen zu können. Handhabbarkeit beschreibt die Überzeugung Herausforderungen bewältigen und das eigene Leben gestalten zu können. Die Sinnhaftigkeit wird häufig als wichtigste Komponente des Modells gesehen und beschreibt das Gefühl der Bedeutsamkeit des Lebens trotz vorhandener Belastungen.⁴⁹

Das Modell geht davon aus, dass Widerstandsressourcen aus kohärenten Lebenserfahrungen entstehen. Ein ausgeprägtes Erleben der Kohärenz führt dazu, dass ein Mensch nach potenziell traumatisierenden Situationen diese Ereignisse besser bewältigen kann und weniger Belastungssymptome aufweist. Unterstützend soll nach diesem Ansatz ein Mensch in einer belastenden Situation, insbesondere nach den drei Komponenten des Kohärenzgefühls, begleitet werden. Die betroffene Person benötigt Informationen, weshalb es zu dem auslösenden Ereignis gekommen ist, da dies die Verstehbarkeit anspricht. Außerdem ist es wichtig, die Person zu aktivem Handeln anzuregen, da das wiederum die Handhabbarkeit anregt. Von hohem Stellenwert ist darüber hinaus auch

⁴⁸ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S. 85ff.

⁴⁹ vgl. Fastner, Manuela 2021: S. 48f.

alles, was den Menschen animiert, sich mit der Sinnhaftigkeit der Situation auseinanderzusetzen.⁵⁰

2.3 Psychische Gesundheitsbeurteilung am Arbeitsplatz in Notsituationen

Auch Unternehmen können Orte sein, in denen akute potenziell traumatisierende Ereignisse auftreten. Diese Situationen stellen psychische Gefährdungen am Arbeitsplatz dar. Hier tragen Arbeitgeber:innen eine besondere Verantwortung für ihre Mitarbeiter:innen. Aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch, aus Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie aus dem Arbeitsschutzgesetz lässt sich die Verantwortung der Unternehmen ableiten, Notfälle zu verhindern und für den Fall, dass diese doch vorkommen, die Folgen für die Beschäftigten so gering wie möglich zu halten. Notfälle in diesem Sinne sind unerwartete und schwerwiegende Ereignisse von kurzer Dauer, mit einem klaren Beginn sowie Ende und mit einem hohen Schadensausmaß. Zu nennen wären hier exemplarisch Arbeits- und Wegeunfälle mit schweren Verletzungen oder tödlichem Ausgang, verbale, körperliche oder sexuelle Übergriffe, Suizide und Suizidversuche, plötzliche Todesfälle oder medizinische Notfälle von Kolleg:innen oder Kund:innen sowie Überfälle, Geiselnahmen, Amokläufe und Brände.⁵¹

Diese Ereignisse können weitreichende Folgen für die Mitarbeiter:innen haben welche sich auch in wirtschaftlichen Konsequenzen für das Unternehmen niederschlagen. Arbeitsabläufe oder die Betriebsfähigkeit können beispielsweise durch langfristige Arbeitsunfähigkeit, Kündigung, Berufsunfähigkeit, Rückzug gegenüber Kolleg:innen oder Tätigkeiten sowie einer Suchtgefährdung eingeschränkt sein.⁵² Aus Unternehmenssicht kann es daher wirtschaftlich sinnvoll sein, eine psychosoziale Begleitung in Notsituationen vorzuhalten.⁵³ Laut Robertson erleben zwischen 10 und 20 Prozent der Mitarbeiter:innen nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis ein Psychotrauma.⁵⁴ Eine 2022 veröf-

⁵⁰ vgl. Grünbacher, Timo 2013: S.83ff.

⁵¹ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 15

⁵² vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015a: S. 9f.

⁵³ vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 94

⁵⁴ vgl. Robertson, Noelle; Perry Andrew 2010: S. 417

fentlichte Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung macht deutlich, wieviele Arbeitnehmer:innen das 2012 ins Leben gerufene Psychotherapeut:innenverfahren genutzt haben. Dieses Angebot vermittelt sehr zeitnah (angestrebt innerhalb einer Woche) Personen nach einem potenziell, traumatisierenden Ereignis im Arbeitsbereich einen Therapieplatz. 2020 haben 8791 Arbeitnehmer:innen eine Behandlung abgeschlossen. Die frühzeitige Intervention führte dabei in vielen Fällen schnell zum Erfolg, so dass über 45 Prozent der Betroffenen bereits nach fünf sogenannten probatorischen Sitzungen die Behandlung beenden konnten. 30 Prozent der Nutzer:innen benötigten weniger als 15 und 14 Prozent zwischen 16 und 30 Behandlungseinheiten. Nur 11 Prozent der Personen, welche am Psychotherapeut:innenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung teilnahmen, benötigten langfristige Unterstützung mit mehr als 30 Therapiesitzungen. Allerdings wird die Dunkelziffer als hoch eingeschätzt, da nicht alle Geschehnisse gemeldet oder diese bagatellisiert wurden.⁵⁵

Ob ein Individuum nach einem Ereignis belastet ist oder gar erkrankt, hängt insbesondere von der psychischen und sozialen Resilienz ab. Auf solche Ressourcen wurde im vorangegangenen Kapitel eingegangen.

Die Gesunderhaltung als Auftrag an Arbeitgeber:innen verfolgt eine dreistufige Präventionsstrategie (Anhang 1). Die Primärprävention beschäftigt sich dabei vordergründig mit der Vermeidung beziehungsweise Verminderung von traumatisierenden Ereignissen. Hier gilt als wirksames Mittel ein Aggressionsmanagement mit dem Schwerpunkt auf Deeskalation zum Beispiel durch gewaltfreie Kommunikation. Ein weiterer Aspekt in der Primärprävention ist die Vorbereitung von Mitarbeiter:innen auf potenziell belastende Ereignisse mittels Resilienzförderung.⁵⁶ Mit solchen Methoden werden Arbeitnehmer:innen befähigt, potenziell traumatisierende Situationen durch den Aufbau und die Entwicklung von Handlungsstrategien besser bewältigen zu können.⁵⁷ Die Sekundärprävention widmet sich insbesondere der Nachsorge nach belastenden Ereignissen zum Beispiel in

⁵⁵ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2022b: S. 1

⁵⁶ vgl. Richter, Dirk 2016: S. 13

⁵⁷ vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 275

Form von Krisenintervention durch psychologische Ersthelfer:innen. Die Tertiärprävention beinhaltet in erster Linie eine schnelle Einleitung einer Behandlung oder sonstiger therapeutischer Maßnahmen.⁵⁸

Es empfiehlt sich, diese Präventionsmaßnahmen nicht nur aus Sicht der Mitarbeiter:innen zu betrachten. Insgesamt müssen Maßnahmen ergriffen werden, welche die Mitarbeiter:innen, Führungskräfte und sonstige zum Unternehmen gehörende Personen berücksichtigen und dabei die betrieblichen Besonderheiten mit einbeziehen. Bei diesen Maßnahmen unterstützt strukturell, inhaltlich und finanziell die jeweilige Berufsgenossenschaft. So bietet exemplarisch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege Workshops und Arbeitshilfen zur Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz an⁵⁹, unterstützt finanziell die Ausbildung von psychologischen Ersthelfer:innen, vermittelt und finanziert ärztliche sowie interdisziplinäre mittel- und langfristige psychologische Behandlung und setzt sich für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie Wiedereingliederung ein oder entschädigt entstandene Gesundheitsschäden zum Beispiel in Form von Renten.⁶⁰ Diese Maßnahmen sollen beispielhaft aufzeigen, dass die Berufsgenossenschaften in allen Bereichen der Präventionsmaßnahmen Unterstützung anbieten, welche Arbeitgeber:innen befähigen für die Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter:innen aktiv zu werden.

Aber auch betroffene Menschen können selbst etwas für sich tun. Bereits vor Eintreten eines potenziell traumatisierenden Ereignisses können vielfältige Methoden zur eigenen psychischen und physischen Stärkung angewandt werden. Beispielhaft soll eine der Methoden kurz skizziert werden. Dinge, Menschen oder Tätigkeiten, die einem selbst gut tun, können in Phasen psychischen Wohlbefindens verinnerlicht und schriftlich fixiert werden, so dass man in Situationen eines Ausnahmezustandes darauf zurückgreifen kann. Auch nach einem belastenden Ereignis können Betroffene etwas tun. Insbesondere das Sprechen über die Situation mit einer Person des Vertrauens, hilft dabei das Erlebte zu verarbeiten. Sozialer Rückzug ist nicht empfehlenswert, genauso wie Alkohol,

⁵⁸ vgl. Richter, Dirk 2016: S. 13

⁵⁹ vgl. Psychische Gesundheit im Fokus BGW-Handlungshilfe zur Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung S. 26ff.

⁶⁰ vgl. Dreiner, Monika; Weber, Thomas 2012: S. 13

Beruhigungs- oder Aufputschmittel. Diese erschweren mit dem Erlebten angemessen umzugehen und aktiviert oder dämpfen den Körper zusätzlich. Hilfreich ist ebenso das Bewusstmachen, dass die auslösende Situation vorbei ist und man nun in Sicherheit ist. Außerdem unterstützt körperliche Aktivität Angst und Spannung loszuwerden. Bei Schwierigkeiten beim Einschlafen empfiehlt sich eher aufzustehen und etwas Entspannendes zu tun, als grübelnd im Bett zu liegen.⁶¹

2.4 Psychosoziale Akuthilfe - Krisenintervention

In den vergangenen Jahrzehnten sind in Deutschland vielfältige Organisationen für die psychosoziale Akuthilfe entstanden. Da diese sich unabhängig voneinander entwickelt haben, wurde in den Jahren 2007-2010 der Konsensus-Prozess in Gang gesetzt, um deutschlandweit die Vorgehensweise zu vereinheitlichen. Im Sinne einer Qualitätssicherung wurde dabei eine Empfehlung entwickelt, die den deutschlandweiten Rahmen für Akteur:innen in der Krisenintervention vorgibt.⁶² Eine Überarbeitung der Empfehlung wurde durch die bundesweite Arbeitsgruppe psychosoziale Akuthilfe 2021 auf den Weg gebracht.⁶³ Auf Grundlage dieser aktualisierten Version soll im Weiteren der Komplex der psychosozialen Akuthilfe oder auch Krisenintervention und Notfallseelsorge beschrieben werden.

Psychosoziale Akuthilfe umfasst alle Maßnahmen der Begleitung von Menschen nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis in der Akutphase (in der Regel innerhalb der ersten 24 bis 48 Stunden). Die Begriffe Krisenintervention und Notfallseelsorge werden dafür synonym verwendet und sind durch die unterschiedliche Entwicklung der Akteure entstanden. So lassen sich Notfallseelsorgeteams eher im kirchlichen Umfeld finden, Kriseninterventionsteams haben sich häufig im Kontext von Hilfsorganisationen des Rettungsdienstes herausgebildet. Unabhängig vom Ursprung der Organisationen stehen diese aber allen Menschen in einer belastenden Situation (unabhängig von Persönlichkeitsmerkmalen wie Religion) zur Verfügung. Die Arbeit als Kriseninterventionsberater:in

⁶¹ vgl. Regens Wagner Holzhausen 2017: S. 9f.

⁶² vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) 2012: S. 7

⁶³ vgl. Arbeitsgruppe Psychosoziale Akuthilfe 2021: S. 2f.

ist in aller Regel eine ehrenamtliche Tätigkeit. Um dieses Ehrenamt auszuführen zu können, bedarf es einer Qualifizierung nach den vorgegebenen Mindeststandards im Umfang von 110 Unterrichtseinheiten sowie weiterer formeller, persönlicher und sozialer Voraussetzungen. Krisenintervention beinhaltet freiwillige Angebote, die von den Betroffenen abgelehnt werden können. Psychotherapeutische Leistungen oder heilkundliches Handeln werden dabei nicht erbracht. Krisenintervention versteht sich als begleitendes Angebot nach belastenden Ereignissen, die häufig mit Tod und Sterben im Zusammenhang stehen und das Ziel verfolgen, psychosoziale Belastungsfolgen zu reduzieren.⁶⁴

Zielgruppen der Krisenintervention können grob in zwei Bereiche unterteilt werden. Betroffene und Einsatzkräfte stehen im Fokus von Maßnahmen der psychosozialen Akuthilfe. Als Betroffene werden dabei Überlebende, Zeug:innen und Ersthelfer:innen von Schadensereignissen sowie Angehörige oder Zugehörige, Hinterbliebene beziehungsweise Vermisste bezeichnet. Einsatzkräfte sind Angehörige von Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei, Katastrophenschutz, Technischem Hilfswerk oder der Bundeswehr, auf die nach belastenden Einsätzen, im Sinne einer Einsatznachsorge durch Peers, der Fokus gerichtet wird.⁶⁵

Die Anforderung von Einsatzkräften der psychosozialen Akuthilfe erfolgt in aller Regel über die integrierten Regionalleitstellen oder die polizeilichen Lagezentren, durch notärztliches oder rettungsdienstliches Personal sowie durch Feuerwehr oder Polizei.⁶⁶ Aufgaben der Kriseninterventionsberater:innen für Betroffene sind das Auffangen der Erstreaktionen nach dem auslösenden Ereignis, die Strukturierung der aktuellen Situation im Hinblick auf Emotionen und logistische Erfordernisse, die Mobilisierung von sozialen Ressourcen, die Organisation einer Abschiednahme von Verstorbenen, die Strukturierung des Folgezeitraumes sowie die Vermittlung von Nachbetreuungsangeboten, welche auf die individuellen Situationen von Klient:innen angepasst sind.⁶⁷

⁶⁴ vgl. Arbeitsgruppe Psychosoziale Akuthilfe 2021: S. 5ff.

⁶⁵ vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) 2012: S. 7

⁶⁶ vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 34f.

⁶⁷ vgl. Stellmacher, Heike 2022: S. 13

Da im Kontext von Unternehmen die Aufgaben und Strukturen der Krisenintervention durch andere Rahmenbedingungen geprägt sind, soll auf diesen speziellen Bereich im Weiteren eingegangen werden.

2.4.1 Krisenintervention in Unternehmen

Traumatische Ereignisse können Auswirkungen auf Menschen und Unternehmen haben. Die Bereitstellung angemessener und zeitnaher Hilfestellung gilt als wichtiger Schutzfaktor, um schwerwiegende Folgen zu verhindern. Das Bewusstsein für die notwendige psychosoziale Unterstützung nach traumatisierenden Ereignissen im Arbeitskontext hat sich international verstärkt.⁶⁸ Nicht in jedem Unternehmen gibt es Arbeitsbereiche mit einem erhöhten Risikopotenzial für mögliche traumatisierende Situationen. Dort wo es nach einer Risikoeinschätzung aus fachlicher Sicht nicht angezeigt ist, sollte eine Überpsychologisierung vermieden werden. Eine Klassifizierung der potenziellen Ereignisse nach auftretender Häufigkeit und Schwere sollte im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung erfolgen. In Unternehmen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit an potenziell, traumatisierenden Ereignissen am Arbeitsplatz kann eine Etablierung von betriebsinternen psychologischen, kollegialen Ansprechpartner:innen im Sinne einer Krisenintervention angezeigt sein.⁶⁹ Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung hat zur Orientierung eine Risiko-Matrix (Anhang 2) entwickelt, mit deren Hilfe eine Einschätzung möglich ist, ob in einem Unternehmen Handlungsbedarf für eine interne Krisenintervention besteht. Bei Nutzung dieses Instruments sollen alle möglichen und bereits vorgekommenen Ereignisse einbezogen werden. Für die Vorkommnisse wird eine Einschätzung nach Häufigkeit und Folgeschwere vorgenommen. Dabei erfolgt zur Häufigkeit eine Untergliederung in seltenes (unter einmal im fünf Jahren), mittleres (einmal in ein bis fünf Jahren) und häufiges (über einmal im Jahr) Ereignisvorkommen. Die Folgeschwere bezieht sich auf die möglichen körperlichen und psychischen Gesundheitsfolgen für Betroffene (auch indirekt) sowie auf Schäden für das Unternehmen. Nach der Kategorisierung lässt sich ein möglicher Handlungsbedarf ableiten. Dabei untergliedert die Unfallversicherung in

⁶⁸ vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 88f.

⁶⁹ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 192f.

geringes Risiko für seelische Verletzungen, wobei kein betriebsinternes Präventionssystem aufgebaut werden muss, aber Kontakte zu externer Unterstützung vorgehalten werden sollten, mittleres Risiko für seelische Verletzungen, bei dem Grundlagen für eine betriebsinterne Unterstützung sowie Kontakte zu externen Hilfen vorhanden sein sollten sowie hohes Risiko für seelische Verletzungen, bei dem ein handlungsfähiges Unterstützungssystem mit Kontakten zu externen Hilfen etabliert sein sollte.⁷⁰

Wie bereits erwähnt, kann es im Arbeitskontext neben direkt betroffenen Arbeitnehmer:innen, weitere indirekt betroffene Personen geben. Zu diesen Personenkreis gehören vor allem Führungskräfte, nicht direkt involvierte Kolleg:innen, Klient:innen, Angehörige, Zeug:innen und freiwillige Helfer:innen sowie die Geschäftsleitung.⁷¹

Die Ziele einer Krisenintervention im Arbeitskontext unterscheiden sich nur unwesentlich von Einsätzen in anderen Umfeldern. Im Vordergrund steht dabei, dass die psychosozialen Folgen eines Notfalls abgemildert werden und eine Chronifizierung der Belastungsreaktion zu einer posttraumatischen Belastungsstörung verhindert wird. Dazu ist eine schnelle und professionelle Unterstützung am Ereignisort angezeigt, bei der möglichst alle Betroffenen identifiziert werden und die notwendige Zuwendung erhalten. Auch in Unternehmen liegt ein weiterer Schwerpunkt darauf, die erforderliche Behandlung oder Begleitung zu initiieren. Allerdings richtet sich hier der Fokus auf die Nachsorge im Unternehmen bis zur Wiederaufnahme der Tätigkeit und darüber hinaus. Im Arbeitskontext sind allerdings zum Teil andere Faktoren zu betrachten, so müssen die Organisation innerhalb des Unternehmens, vorhandene Notfallpläne, innerbetriebliche Strukturen und Nachbetreuungsangebote sowie betriebliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung bewertet werden.⁷²

Wilk beschreibt für die Psychologische Erste Hilfe oder auch Krisenintervention am Arbeitsplatz vier Grundregeln, welche Beachtung finden müssen: SICHERN – SPRECHEN – SCHÜTZEN – STÜTZEN.

⁷⁰ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015b: S. 21

⁷¹ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 18

⁷² vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 28

Sichern – Nach potenziell traumatisierenden Situationen bestehen für alle Anwesenden weitere psychische Gefahren. Sowohl Betroffene, unbeteiligte Anwesende, Angehörige aber auch Kriseninterventionsberater:innen können zusätzlich beziehungsweise erneut einer Belastung ausgesetzt sein. Daher sollte für alle Personen am Schadensort der Fokus auf die psychische Sicherheit gerichtet sein. Verhaltensregeln für die Kriseninterventionsberater:innen in Bezug auf sich selbst sind insbesondere die Beschaffung von ausreichend Informationen über die Situation, wiederholtes Überprüfen der eigenen psychischen Verfassung sowie der von weiteren Einsatzkräften im Einsatzverlauf und das regelmäßige Einlegen von Pausen und Versorgungszeiten, vorallem bei langfristigen Einsatzsituationen. Denn nur wenn ein Unterstützer selbst stabil und sicher ist, kann er eine Stütze für andere Personen darstellen. Auch für die Klient:innen muss ein sicherer Rahmen geschaffen werden. Daher gehört es zu den Aufgaben von psychologischen Ersthelfer:innen mögliche Gefahren, welche eine erneute Traumatisierung zur Folge haben könnten, zu erkennen und abzuwehren. So kann die äußere, die örtliche und anschließend die innere Sicherheit hergestellt werden. Dafür sind Maßnahmen zu ergreifen, wie das Einholen von verlässlichen Informationen, das Absichern der betroffenen Personen gegenüber Schaulustigen sowie überfordernden Reizen. Eine verzögerte Schockreaktion sollte dabei mit einkalkuliert werden.⁷³

Sprechen – Menschen, die mit traumatischen Ereignissen konfrontiert wurden, zeigen in der Regel vielfältige Reaktionen. Zu diesen gehört unter anderem auch Sprachlosigkeit. Die Personen sind häufig nicht in der Lage, das Erlebte in Worte zu fassen und fühlen sich daher in ihrer Not einsam und isoliert. Der erste Kontakt zu Betroffenen ist daher von besonderer Bedeutung und kann als provisorische Brücke, aus der eigenen verzweifelten Situation heraus, in die Normalität zurückführen. Es wird von solchen Menschen als wohltuend empfunden, dass Ansprechpartner:innen für sie da sind, sich in kompetenter Weise um sie kümmern und dabei die Bedürfnisse ihrer Person in den Fokus stellen. Dafür empfiehlt Wilk Verhaltensregeln, wie das direkte Ansprechen und in die Augen schauen, eine Vorstellung mit Name und Funktion, freundliche und zugewandte sowie

⁷³ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 127ff.

ruhige Ansprache, aufmerksames Zuhören, Eingehen auf Wünsche und Gefühle zudem die regelmäßige Versicherung, dass man anwesend und aufmerksam ist.⁷⁴

Schützen – Häufig sind Menschen in Notsituationen auf Unterstützung angewiesen, um ihrem Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit zu entsprechen. Wenn dies am Ereignisort nicht ermöglicht werden kann, zum Beispiel durch Witterungseinflüsse, dem Anblick von Blut, verletzten oder toten Personen, Gerüchen von Bränden beziehungsweise anderer Reize oder Trigger, muss ein passender Schutzraum zur Verfügung gestellt werden. Äußere Bedingungen können in einer solchen Situation zusätzliche körperliche Belastungen darstellen, die auch auf das psychische Wohlbefinden Einfluss haben. Wichtig ist, dass geprüft wird, ob der vermeintlich sichere Ort auch aus Perspektive der betroffenen Personen als solcher angenommen werden kann. Dies sollte im Verlauf der Begleitung immer wieder kontrolliert werden. Darüber hinaus ist es ratsam, Gefühlen der Unsicherheit direkt zu begegnen, zum Beispiel mittels klarer Aussagen – „Sie sind jetzt in Sicherheit“.⁷⁵

Stützen – Eine von außen stützende Person kann für Menschen in einer Notlage besonders hilfreich sein. Allein die Anwesenheit von psychologischen Ersthelfer:innen kann als Stützpfeiler empfunden werden, der beim (er-)tragen der psychischen Last unterstützen kann. Hilfreich kann für das Empfinden der Stützfunktion eine einfühlsame, vorsichtige körperliche Nähe, tröstende Worte oder schweigender Beistand sein. Insbesondere in der Situation der ersten heftigen und betäubenden Wahrnehmungen ist ein gemeinsames Aushalten der Empfindungen hilfreich und vermittelt das Gefühl, gehalten zu werden. In der weiteren Begleitung sollte ein Übergang zum Alltag vorbereitet werden, bevor die Unterstützungsmaßnahmen einen geordneten Abschluss finden.⁷⁶

Außer den vier Grundregeln beschreibt Wilk weitere Standards, die für die Psychologische Erste Hilfe am Arbeitsplatz relevant sind. So habe die medizinische Erste Hilfe in jedem Fall Vorrang und die Eigensicherung von Ersthelfer:innen muss gewahrt sein. Im Vordergrund steht die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen am Ereignisort, wobei der Blick auf alle potenziell betroffenen Personen gerichtet sein soll. Grundlage für

⁷⁴ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 142ff.

⁷⁵ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 150ff.

⁷⁶ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 157ff.

eine wirksame Begleitung ist die Herstellung eines persönlichen Kontaktes, bei dem die aktuelle Situation und die Bedürfnisse erfragt und Informationen über bereits eingeleitete Maßnahmen ermittelt werden sollten. Die potenziell traumatisierten Menschen müssen in dieser Situation vor weiteren psychischen Belastungen bewahrt werden und sollten weitere Unterstützungsangebote erhalten. Durch eine adäquate Begleitung mittels Kriseninterventionsberater:innen stabilisieren sich die Betroffenen psychisch allmählich. Die psychische Not verringert sich und vitale psychische Funktionen wie Denken, Fühlen und das Verhalten funktionieren zunehmend wieder.⁷⁷

Insgesamt müssen bei betriebsinternen Notfallsituationen verschiedene Gesichtspunkte für die Krisenintervention beachtet werden. Dazu zählt die Einbeziehung von Arbeitgeber:innen insbesondere bei Regelungen zur betriebsinternen Betreuung, die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger sowie das Ausmaß von weiteren betroffenen Personen. Vorhandene Unterstützungssysteme müssen aktiviert werden, zum Beispiel betriebliche psychologische Ersthelfer:innen oder Betreuungsangebote von externen Dienstleister:innen. Außerdem müssen die Betroffenen auf die besondere Relevanz der Dokumentation beziehungsweise Meldung des Ereignisses als Arbeitsunfall hingewiesen, sowie eine Empfehlung ausgesprochen werden, einen D-Arzt aufzusuchen.⁷⁸

Auf die Bedeutung von psychologischen Ersthelfer:innen im Arbeitskontext wird im Laufe dieses Kapitels gesondert eingegangen.

2.4.2 Krisenintervention in der Eingliederungshilfe

In dem Arbeitsfeld der Eingliederungshilfe, also einer Tätigkeit zur Begleitung und Unterstützung von Menschen mit sogenannter Behinderung, ist das Thema Krisenintervention nach Notfällen noch wenig verbreitet. Zwar ist es in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe üblich, dass Seelsorger:innen oder psychologische Fachdienste tätig sind und Klient:innen in Krisensituationen zur Seite stehen oder auch unterstützende Angebote über die Berufsgenossenschaft angeboten werden, für die Lücke der akuten Erstversorgung sind aber bundesweit nur wenige Angebote bekannt.⁷⁹ Bei der intensiven

⁷⁷ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 121f.

⁷⁸ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 39

⁷⁹ vgl. Marholdt, Anke; Störmer Svenja 2022: S. 32f.

Recherche konnte ein Angebot für Mitarbeiter:innen nach belastenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe eruiert werden. Das Angebot von Regens Wagner Holzhausen richtet seinen Fokus auf die Mitarbeiter:innen, nicht aber auf Klient:innen oder weitere zugehörige Personen.

Bei einem plötzlichen belastenden Ereignis in diesem Unternehmen verdeutlicht das Angebot den Mitarbeiter:innen die Strukturen und Abläufe der Krisenintervention. Das Ablaufschema wird beispielhaft im Anhang angefügt (Anhang 3). So informiert die betroffene Person oder anwesende Kolleg:innen die psychologischen Ersthelfer:innen beziehungsweise die Bereichsleitung über das eingetretene belastende Ereignis. Die Unterstützungsperson kommt zeitnah zum Einsatzort, nimmt die belastete Person aus der Situation heraus, führt eine kollegiale Beratung und Unterstützung durch und ist im Austausch mit der jeweiligen Bereichsleitung. Zur Orientierung ist für die ausgebildeten psychologischen Ersthelfer:innen ein standardisierter Ablauf der Intervention in 10 Schritten vorgesehen, welcher nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen angepasst wird.

Strukturierung der Situation	Die Unterstützungsperson verschafft sich einen Überblick über die Situation, klärt sowie verteilt Aufgaben und strahlt dabei Präsenz und Kompetenz aus. Ziel ist es Oberhand über die Situation zu bekommen.
Kontaktaufnahme	Es erfolgt eine Vorstellung der eigenen Person, anschließend wird Schweigen ausgehalten oder unter Beachtung der Aufmerksamkeit des betroffenen Menschen und seiner Reaktion gesprochen.
Erstintervention	Dieser Schritt ist abhängig vom Erregungsniveau der betroffenen Person. Ist diese apathisch, ist das Ziel schnell für Ruhe zu sorgen und Abstand von der Situation zu gewinnen sowie eine schnelle Reorientierung zu erzielen. Dafür ist der Einsatz von einer leisen Stimme und Augenkontakt hilfreich. Bei Personen mit Fehlathmung kann ein voratmen oder mitatmen hilfreich sein. Bei

	<p>einem sehr hohen Erregungsniveau ist es ratsam, die Aufmerksamkeit immer wieder einzufordern und den Bewegungsdrang aktiv zu begleiten.</p>
<p>Beziehungsaufbau</p>	<p>Der betroffenen Person wird in diesem Schritt gespiegelt, dass man Verständnis für die außergewöhnliche Situation und die damit verbundenen Gefühle hat, man nun aber für sie da ist.</p>
<p>Raumwechsel</p>	<p>Ein Raumwechsel soll nahegelegt werden, gegebenenfalls auch direktiv oder verbunden mit einem Spaziergang.</p>
<p>Entfaltung von Ruhe und Sicherheit sowie äußere Reorientierung</p>	<p>In diesem Schritt werden angeleitet, Möglichkeiten zur Orientierung im Hier und Jetzt angeboten. Dabei wird ein Klima der Ruhe und Entspannung vermittelt und aktiv die Räumlichkeit als Ort der Sicherheit beschrieben sowie mittels Kontaktreflexion die eigene Körperwahrnehmung im Raum angeregt.</p>
<p>Redefluss begleiten</p>	<p>Betroffene sollten ihr Bedürfnis sich mitteilen zu können gewährt bekommen, dabei sollten sie möglichst nicht unterbrochen werden.</p>
<p>Konfrontation mit Schock</p>	<p>Der betroffenen Person wird einfühlsam vermittelt, dass sie aktuell eine Ausnahmesituation erlebt, in der es nicht ratsam ist, einfach weiter zu arbeiten, sondern im Vordergrund steht, zur Ruhe zu kommen, um wieder einen klaren Gedanken fassen zu können.</p>
<p>Innere Reorientierung, Bedürfnisbefriedigung</p>	<p>Die Bedürfnisse des Menschen sollen in diesem Schritt erfragt werden und alles getan werden, um diese zu befriedigen. Einige wissen in einer solchen Situation nicht, was ihnen guttun könnte und brauchen Anregungen oder Angebote.</p>

Soziale Anbindung	Nach der ersten Begleitung durch psychologische Ersthelfer:innen folgt eine Überführung an vertraute Menschen. Wer in dieser Situation hilfreich ist, liegt dabei im Ermessen der betroffenen Person. In diesem Schritt sollten ebenso Formalitäten geklärt werden, wie eine Unfallmeldung beziehungsweise sogar ein Besuch beim D-Arzt gegebenenfalls in Begleitung. Betroffene Personen die nach der erlebten Situation weiterarbeiten möchten, sollten keine verantwortungsvollen Tätigkeiten übernehmen, dies sollte auch mit den Kolleg:innen abgestimmt werden. Als letzte Handlung werden weiterführende (betriebsinterne) Nachsorgeangebote ausgehändigt.
-------------------	---

Tabelle 2: Beispielhafter standardisierter Ablauf einer Intervention. Eigene Darstellung nach Regens Wagner Holzhausen.⁸⁰

Beispielhaft am Ablauf dieses Unternehmens lässt sich feststellen, dass die Krisenintervention in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kontext von Mitarbeiter:innen nicht wesentlich von der in anderen Unternehmen abweicht. Wichtig ist, dass beachtet wird, dass bei sozialen Beziehungen der möglichen betroffenen Personen, zusätzliche Faktoren wie Scham, Angst sowie Abhängigkeiten gegenüber Mitarbeiter:innen, Klient:innen oder Vorgesetzten eine Rolle spielen können. Darüber hinaus sind die Beziehungen von Klient:innen und Mitarbeiter:innen sowie Führungskräften durch oft jahrelange intensive Verbindungen geprägt. Dies kann im Sinne der Systemreferenz als Merkmal von traumatisierenden Situationen dazu führen, dass eine hohe Verbundenheit mit den Klient:innen besteht und damit kritische Ereignisse die die Klient:innen betreffen, als eigenes Leid erlebt werden.

Da von potenziell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe nicht nur Mitarbeiter:innen und Führungskräfte betroffen sein können, sondern darüber hinaus besonders auch Klient:innen, soll im Nachfolgenden auf diese Personengruppe eingegangen werden.

⁸⁰ vgl. Regens Wagner Holzhausen 2017: S.8

2.4.3 Krisenintervention bei Menschen mit sogenannter Behinderung

Klient:innen in der Eingliederungshilfe sind Menschen mit einer sogenannten Behinderung. Eine Gleichberechtigung dieser Personengruppe sollte selbstverständlich auch in der Begleitung von potenziell traumatisierenden Situationen vorherrschen. Da bei der Krisenintervention grundsätzlich der Mensch im Mittelpunkt steht, kann es keine generelle Unterscheidung des Herangehens bei Menschen mit beziehungsweise Menschen ohne zugeschriebener Behinderung geben. Dennoch macht eine Behinderung häufig ein Vorgehen erforderlich, welches die behinderungsbedingten Einschränkungen ausgleicht, worauf die weiteren Ausführungen eingehen sollen.

Menschen mit sogenannter Behinderung beschreiben ein großes Feld von Personen mit besonderen Bedarfen. Die Behinderungen können durch Sinnesbeeinträchtigungen, Mobilitätseinschränkungen oder Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie kognitive, seelische oder psychische Einschränkungen gekennzeichnet sein. Insbesondere soll an dieser Stelle auf sogenannte geistige Behinderungen eingegangen werden, da diese bei einem Großteil der Menschen in der Eingliederungshilfe bestehen und der Unterstützungsbedarf in besonderer Weise begleitet werden muss. Trotzdem soll auch ein kurzer Überblick zu anderen Beeinträchtigungsmerkmalen gegeben werden.

Eine sogenannte geistige Behinderung ist oft nicht sofort an körperlichen Merkmalen oder Verhaltensweisen erkennbar.⁸¹ Außerdem gibt es kein einheitliches Bild von Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen. Auch sie haben eigenen Gefühlen, Empfindungen und Gedanken. Oft leben sie in Abhängigkeitsverhältnissen und Entscheidungen, ihre Person betreffend, werden mitunter ohne ihre Beteiligung getroffen. Vor diesem Hintergrund und dem Wunsch nach sozialer Anerkennung gegenüber der Unterstützungsperson offenbaren sie häufig nicht ihre wahren Gefühle, Wünsche und Gedanken. Dies sollte allerdings nicht als Anlass genommen werden, erlebte traumatisierende Ereignisse bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung zu bagatellisieren.⁸² Wie bei allen Menschen nach krisenhaften Situationen können die sozialen und

⁸¹ vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 21

⁸² vgl. Rembor, Heinz 2010: S. 25f.

emotionalen Reaktionen vielfältig sein. Häufig erschweren aber motorische und neurobiologische Einschränkungen die Versprachlichung des Erlebten und die damit in Verbindung stehenden Gefühle. Aufgrund einer verlangsamten Informationsverarbeitung wird möglicherweise Anfangs dem Ereignis wenig Bedeutung zugeschrieben und es kommt erst zu einer verzögerten emotionalen Reaktion. Wichtig ist daher, dass Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung entsprechend ihres kognitiven und emotionalen Entwicklungsniveaus angesprochen werden. Es sollten das Sprechtempo und die Sprache (Leichte Sprache) angepasst und Reaktionen abgewartet werden.⁸³ Die Wortwahl sollte so konkret und eindeutig wie möglich sein. Floskeln wie „die Person ist von uns gegangen oder eingeschlafen“ können zu Verunsicherung führen (Wacht der Mensch wieder auf?) oder Ängste auslösen (Was passiert, wenn ich heute schlafen gehe?). Der Angesprochene sollte im Fokus stehen und etwaige Anwesende, die in guter Absicht „dolmetschen“ wollen, müssen ermutigt werden, den Betroffenen zu Wort kommen zu lassen, da es sonst schnell zu einer Ausgrenzung bis hin zu einer Entmündigung kommen kann. Gegebenenfalls hilft es auch, diesen Personen Erlebnisse und Gefühle aufzumalen oder über Bildkarten zu kommunizieren, wenn das verbalisieren der Situation nicht oder nur schwer möglich ist. Selbstverständlich sollten Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung von der Teilnahme an Ritualen oder Abschiednahmen nicht ausgeschlossen werden. Möglicherweise können sie sogar aktiv mit eingebunden werden, um die Situation begreifbarer zu gestalten. So können gemeinsam Briefe an die verstorbene Person verfasst oder ein Aussegnungsritual gemeinsam vollzogen werden.⁸⁴ Weitere Maßnahmen um die Realität des Verlustes zu akzeptieren, sind beispielsweise, offene Gespräch über Leben und Tod zu führen und dabei die Bedeutung von Tod mit Hilfsmitteln wie Seifenblasen oder Plüschtieren mit Herzschlag zu visualisieren, Collagen von der verstorbenen Person zu erstellen oder einen persönlichen bedeutungsvollen Gegenstand bei der Abholung durch den Bestatter mit zugeben.⁸⁵ Visualisierungen und Erklärungen scheinen dabei eine bedeutende Rolle einzunehmen. Fallbeispiele werden von Witt-Loers beschrieben, in denen Fragen gestellt werden, wie: „Wie kommt

⁸³ vgl. Kröger, Christoph 2013: S. 21

⁸⁴ vgl. Rembor, Heinz 2010: S. 25

⁸⁵ vgl. Luchterhand, Charlene; Murphy, Nancy 2010: S. 53ff.

Mama aus dem Krankenhaus zur Beerdigung, wenn sie doch nicht mehr laufen kann?“⁸⁶ oder „Wie sieht ein Sarg von innen aus?“⁸⁷. Dies zeigt, die Bandbreite von Fragen, die sich Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung nach Verlusten stellen. Sie müssen adäquat und konkret beantwortet werden. Die Haltung der Unterstützungspersonen sollten darauf ausgerichtet sein, Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung beim Trauern zu helfen. Dabei muss ihnen Raum gegeben werden, den Verlust zu akzeptieren beziehungsweise diesen überhaupt wahrzunehmen. Hierfür benötigt es Visualisierung, Konkretisierung, Ritualisierung und Symbolisierung.⁸⁸ Durch eine häufig bestehende feine Wahrnehmung bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung für eigene Gefühle und Trauerbedürfnisse verfügen sie oft über emotionale Fähigkeiten, welche eine große Kompetenz im Umgang mit eigener aber auch fremder Trauer beinhaltet.⁸⁹

Zusammenfassend sollen Faktoren aufgezeigt werden, welche für die Begleitung von Menschen mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarf in krisenhaften Situationen hilfreich sein können:

Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none">• Gewohntes Umfeld gibt Sicherheit• Möglichst vertraute Bezugspersonen dazu holen• Nicht über die Betroffenen, sondern mit ihnen sprechen - auch wenn Bezugspersonen anwesend sind• Man muss sich ein eigenständiges Bild von den vorhandenen Ressourcen machen und diese einbeziehen – Hilfe zur Selbsthilfe• Nonverbale Ausdrucksformen beachten• Verständnis, Einfühlungsvermögen, Geduld und Ernstnehmen sind wichtige Bestandteile der Beziehungsgestaltung
--	---

⁸⁶ Witt-Loers, Stephanie 2019: S.133

⁸⁷ Witt-Loers, Stephanie 2019: S.133

⁸⁸ vgl. Bosch, Erik 2012: S. 53

⁸⁹ vgl. Heppenheimer, Hans; Sperl, Ingo 2011: S.126

	<ul style="list-style-type: none">• In Bezug auf Nähe und Distanz, Körperkontakt, Ansprache in SIE-Form gelten die üblichen Regeln• Betroffene haben zum Teil ein anderes Verständnis von Körperkontakt und suchen diesen schnell beziehungsweise wechseln schnell in DU-Form – aus Gewöhnung• Es besteht keine Beeinträchtigung Gefühle wahrzunehmen, aber mit diesen umzugehen oder diese zu kommunizieren• Kurze klare Sätze mit Wiederholungen aber keine Kindersprache. Einsatz von Leichter Sprache mit wenig fremden Worten, pro Satz nur eine Aussage• Rückversicherung ob alles verstanden wurde, dabei nicht nur Fragen ob alles verstanden wurde, sondern Gespräch nochmal mit eigenen Worten wiedergeben lassen
<p>Hörbeeinträchtigungen</p> <p>Einschränkungen der auditiven Wahrnehmung, wie Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none">• Annäherung an die Person nicht von hinten, damit kein unbeabsichtigtes Erschrecken ausgelöst wird• Aktivitäten der Unterstützungsperson sollten in Sichtweite stattfinden• Orte mit wenig Nebengeräuschen erleichtern die Kommunikation• Langsam mit kurzen Sätzen sprechen, um ein Lippenlesen zu ermöglichen• Auf ausreichend Beleuchtung achten, damit das Lippenlesen möglich ist• Blickkontakt halten und Einsatz von Mimik und Gestik• Nacheinander und nicht durcheinander sprechen

	<ul style="list-style-type: none"> • Nachfragen, auf welchem Ohr der Betroffene besser hört • Nachfragen, ob ein Hörgerät vorhanden ist • Zuhilfenahme von Schrift • Einsatz von Gebärdendolmetscher:innen bei Gehörlosen – aktivieren des sozialen Netzes – möglichst nicht die gegebenenfalls anwesenden hörenden Kinder zum Beispiel zum Überbringen einer Todesnachricht einsetzen
<p>Sprachbeeinträchtigungen</p> <p>Einschränkungen der Lautsprache wie Stottern, Aphasie oder Mutismus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffenen ist gegebenenfalls ihr Sprachvermögen peinlich • Geduldiges und verständnisvolles Zuhören • Nicht für den Betroffenen die Sätze vervollständigen • Eigene Sprechweise und Lautstärke sollte normal beibehalten werden • Bei nicht verstehen nochmal nachfragen – besser „Habe ich Sie richtig verstanden...?“ als „Ich habe Sie nicht verstanden, sagen sie es nochmal.“
<p>Sehbeeinträchtigungen</p> <p>Einschränkungen der visuellen Wahrnehmung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache ist wichtigste Informationsquelle • Auf Sprechlautstärke achten – nicht lauter sprechen als üblich • Betroffene Person mit Name ansprechen – damit sie weiß, wer gemeint ist • Erklären, was gerade in der Umgebung passiert. • Keine unerwarteten Berührungen • Normal agieren und nicht verkrampfen

<p>Mobilitätseinschränkungen</p> <p>Werden häufig auch als Körperbehinderung bezeichnet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • individuell vorhandene Selbstständigkeit respektieren und unterstützen • Körperliche Einschränkungen bedeuten nicht zeitgleich geistige Einschränkungen • Betroffene sind Spezialisten in eigener Sache – sie wissen selbst, was hilfreich sein kann
---	--

Tabelle 3: Relevante Faktoren für die Begleitung von Menschen mit sogenannten Behinderungen. Eigene Darstellung nach Rembor; Landesverband PSNV in Sachsen e.V.; Hammerl, Wollenweber, Karutz; Nikendei.⁹⁰

2.4.4 Psychologische Ersthelfer:innen im Arbeitskontext

Aufgabe von Arbeitgeber:innen ist es laut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, traumatische Ereignisse durch eine Primärprävention zu verhindern.⁹¹ Insbesondere regelt das Arbeitsschutzgesetz in Paragraf 4 und 5, dass die Arbeit so gestaltet sein muss, dass (psychische) Gefährdung vermieden werden und wirksame Maßnahmen durch eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen ergriffen werden müssen.⁹² Maßnahmen können dabei Gefährdungsbeurteilungen, Unterweisungen zum Beispiel über Sicherheitsvorschriften oder für das Verhalten bei Übergriffen und das Notfallmanagement sein. Das Notfallmanagement beinhaltet insbesondere in einem Notfallplan festgehaltene Aussagen zu Abläufen und Verantwortlichkeiten bei traumatischen Vorfällen sowie das Vorhalten von betrieblichen Betreuungskonzepten. Für den Fall, dass trotz ergriffener Maßnahmen traumatisierende Situationen auftreten, sind Arbeitgeber:innen im Sinne einer Sekundärprävention in der Verantwortung, die Folgen für den Betroffenen so gering wie möglich zu halten. Die Maßnahme welche hier an erster Stelle zu sehen ist, ist eine psychologische Erstbetreuung, welche durch Notfallseelsorger:innen, Kriseninterventionsberater:innen (externe Erstbetreuung) oder betriebliche psychologische Erstbetreuer:innen (interne Erstbetreuung) geleistet werden kann.⁹³

⁹⁰ vgl. Rembor, Heinz 2010: S. 25ff.; vgl. Landesverband PSNV in Sachsen e.V. 2022: S. 2ff; vgl. Hammerl, Angela; Wollenweber, Dirk; Karutz Harald 2023: S. 51f.; vgl. Nikendei, Alexander 2017: S. 374ff.

⁹¹ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 7

⁹² vgl. Bundesministerium der Justiz 2023: §4f, §5

⁹³ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017b: S. 4ff.

Die Begrifflichkeiten betriebliche psychologische Erstbetreuer:innen, psychologische Ersthelfer:innen beziehungsweise kollegiale Erstbetreuer werden synonym verwendet. Die psychologischen Ersthelfer:innen bieten eine methodisch-strukturierte aber nicht therapeutische Unterstützung und psychosoziale Beratung für betroffene Kolleg:innen kurzfristig nach einem traumatisierenden Ereignis an. Dabei verfolgen sie das Ziel einer psychischen Stabilisierung, aktivieren soziale Netzwerke (zum Beispiel Freund:innen oder Angehörige) und leiten in weitere psychosoziale Hilfen (zum Beispiel Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen) über.⁹⁴ Psychologische Erste Hilfe sollte in der Regel unmittelbar am Schadensort erfolgt, kann aber teilweise auch im privaten Umfeld oder je nach Auswirkung des Vorfalls im Krankenhaus oder bei der Polizei stattfinden.⁹⁵ Diese Form der Unterstützung ist nicht als Behandlung von Erkrankungen zu sehen, sondern als schnell zugängliche, strukturierte Maßnahme zur Verbesserung des Wohlbefindens.⁹⁶

Um den Aufgaben, welche psychologische Ersthelfer:innen zu bewältigen haben, gerecht werden zu können, müssen diese speziell geschult sein. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung beschreibt in ihren Standards für die betriebliche psychologische Erstbetreuung bei traumatischen Ereignissen (DGUV Information 206-023) die Anforderungen an die Qualifizierung. So müssen Erstbetreuer:innen eine 16 Unterrichtseinheiten umfassende Ausbildung absolvieren und sich alle zwei Jahre mit 8 Unterrichtseinheiten fortbilden. Die Ausbildung umfasst dabei verschiedene Bausteine, welche sich unter anderem Stress- und Belastungsreaktionen, Psychotrauma, Kommunikation- und Gesprächsführung, dem Umgang mit (indirekt) Betroffenen, der eigenen Rolle und Selbstschutz sowie betrieblicher Konzepte und rechtlicher Grundlagen widmen. Dabei kommen neben der theoretischen Vermittlung auch Rollenspiele und praktische Übungen zum Einsatz.⁹⁷ Um eine Qualifizierung in diesem Bereich zu erwerben, sieht die Unfallversicherung insbesondere folgende persönlichen Voraussetzungen als erforderlich an: „stabile Persönlichkeit, Souveränität, Kenntnis der eigenen Grenzen, Konfliktfä-

⁹⁴ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017b: S. 7

⁹⁵ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 90f

⁹⁶ vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 97

⁹⁷ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 9f.

higkeit, Kommunikationsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Vertrauenswürdigkeit, Belastbarkeit, klares Aufgaben- und Rollenverständnis, Akzeptanz bei den Beschäftigten und Führungskräften sowie Freiwilligkeit“.⁹⁸ Grundsätzlich kann jede Person in diesem Arbeitsfeld tätig werden. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass nahezu alle Menschen über Fähigkeiten wie Empathie, Kommunikations- und Kontaktfähigkeit verfügen, die in Notsituationen hilfreich sind. Wenn man akute körperliche oder psychische Erkrankungen hat oder bereits länger von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen ist, sollte man allerdings Abstand von einer Ausbildung in diesem Metier nehmen. Außerdem scheinen Eigenschaften wie Sensationslust, Neugier, Drang nach Nervenkitzel und im Vordergrund stehen zu wollen nicht von Vorteil zu sein, wenn diese der Motivation einer Tätigkeit in diesem Bereich zu Grunde liegen.⁹⁹

Ein entscheidender Faktor für psychologische Ersthelfer:innen im betrieblichen Kontext ist, dass sie sich im Einsatzfall ausschließlich um die Betroffenen kümmern können. Andere eigentliche betriebliche Aufgaben können in diesen Situationen nicht erfüllt werden, da dies der zentralen Aufgabe der Erstbetreuung, ein Gefühl zu vermitteln nicht alleine mit diesem Ereignis zu sein, entgegenstehen würde. Als weitere wichtige Aufgaben neben dem emotionalen Beistand, sind exemplarisch die Abschirmung gegenüber anderen Personen zum Beispiel Presse, die Begleitung zum Arzt, Absprachen mit Vorgesetzten über betriebliche Vorgehensweisen sowie auf Wunsch eine Begleitung in das private Umfeld zu nennen.¹⁰⁰

Bei der Überlegung ob in einem Unternehmen die Erstbetreuung innerbetrieblich oder außerbetrieblich sichergestellt werden soll, müssen insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden: die Bereitschaft und Anzahl der Mitarbeiter:innen, die als psychologische Ersthelfer:innen in Frage kommen, die Häufigkeit des Auftretendes von potenziell traumatisierenden Ereignissen, die Sicherstellung der Möglichkeit einer Betreuung während der gesamten Betriebszeit sowie die Erreichbarkeit der Unternehmensteile, wenn eine Firma mehrere Standorte hat.

⁹⁸ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 8

⁹⁹ vgl. Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: S. 267f.

¹⁰⁰ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015a: S. 10f.

Interne als auch externe Betreuungsansätze haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Eine innerbetriebliche Betreuung erfolgt von vertrauten Kolleg:innen im Sinne des Peer-Ansatzes. Den Personen sind die betrieblichen Abläufe vertraut, allerdings bedeutet sie einen hohen organisatorischen Aufwand für das Unternehmen. So muss die Betreuungsperson jederzeit vom eigenen Arbeitsplatz abkömmlich, ständig erreichbar und zeitnah am Einsatzort sein. Bei außerbetrieblichen Betreuungsstrukturen wird die Aufgabe von fremden Personen übernommen. Dies kann den negativen Effekt haben, dass diese sich nicht mit den Abläufen und Strukturen im Unternehmen auskennen. Im Zusammenhang mit Schamgefühl bei den Betroffenen kann eine Betreuungsperson, zu der man ansonsten keinen Kontakt hat, aber auch positive Wirkung entfalten. Als weiterer Vorteil der außerbetrieblichen Erstbetreuung ist der kaum vorhandene organisatorische Aufwand zu nennen.¹⁰¹ Die Festlegung der Anzahl von psychologischen Ersthelfer:innen richtet sich nach den voran genannten Rahmenbedingungen des Unternehmens sowie der potenziellen Anzahl und möglichen Schwere der Ereignisse. Dabei gilt allerdings auch zu berücksichtigen, dass zu viele Einsätze zu Überforderungssituationen zu wenig Einsätze durch mangelnde Routine zu Unsicherheiten führen können.¹⁰² Eine regelmäßige Reflexion, Weiterbildung und Evaluation ist daher angezeigt, um mögliche Belastungen der psychologischen Ersthelfer:innen zu erkennen und diesen entgegenzuwirken.¹⁰³

Ob und wie die Psychologische Erste Hilfe in einem Unternehmen organisiert wird, hängt also von verschiedenen Faktoren ab und muss individuell orientiert am betrieblichen Bedarf konzeptioniert werden.

2.5 Zusammenfassung und Fragestellungen

Extremereignisse wie beispielsweise Todesfälle, Suizide, schwere Unfälle und zwischenmenschliche Gewalt treffen Menschen oft plötzlich und ohne Vorankündigung. Solche traumatischen Situationen kommen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vor und können zu psychischen Erkrankungen führen. Um schwerwiegende Folgen für

¹⁰¹ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015a: S. 11

¹⁰² vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 11

¹⁰³ vgl. Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: S. 408f.

die betroffenen Personen zu vermeiden, kann eine frühzeitige psychologische Unterstützung sinnvoll sein. Eine solche Unterstützung kann in Form einer Krisenintervention erfolgen, deren Ziel es ist, akute Stressreaktionen zu verringern und eine eventuelle Weitervermittlung in eine professionelle Nachbetreuung sicherzustellen.

Da akute, potenziell traumatisierende Extremereignisse häufig, unter anderem zu einem Ohnmachtsgefühl bei den betroffenen Personen führen, soll an dieser Stelle der Arbeit mit einem Zitat von Carl R. Rogers der Fokus auf eben diese betroffenen Menschen gelegt werden:

„Wenn Dir jemand wirklich zuhört, ohne dich zu verurteilen, ohne dass er den Versuch macht, die Verantwortung für dich zu übernehmen oder Dich nach seinem Muster zu formen – dann fühlt sich das verdammt gut an.

Jedes Mal, wenn mir zugehört wird und ich verstanden werde, kann ich meine Welt mit neuen Augen sehen und weiterkommen. Es ist erstaunlich, wie scheinbar unlösbare Dinge doch zu bewältigen sind, wenn jemand zuhört.“¹⁰⁴

Die bereits eingangs formulierte Forschungsfrage: „Welche akuten, potenziell traumatisierenden Ereignisse kommen im Bereich der Eingliederungshilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. vor und welche Maßnahmen können ergriffen werden, um negative Folgen für Beschäftigte und Klient:innen zu reduzieren?“ sollen hier nochmals kurz aufgegriffen werden. Die Erfahrungen und Bedürfnisse von Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen nach akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen sollen im Fokus stehen und mit den vorhandenen Angeboten verglichen werden. Die Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, welche weiteren Angebote oder Leistungsverbesserungen im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. erforderlich sind, um negative Folgen, hervorgerufen durch krisenhafte Ereignisse, zu reduzieren. Außerdem macht sich diese Arbeit zur Aufgabe zu prüfen, ob ein internes Kriseninterventionsteam hilfreich wäre und wie dessen Ausgestaltung ziel führend sein könnte. Damit im Zusammenhang stehend, wird der Frage nachgegangen,

¹⁰⁴ Rogers, Carl 2022: S. 48

ob eine Begleitung von Menschen nach krisenhaften Situationen sinnvoller durch vertraute Kolleg:innen oder Peers anderer Einrichtungen erachtet wird.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Diakonie Leipzig e.V. – Fachbereich Teilhabe und Inklusion

Da sich die Arbeit exemplarisch auf die Diakonie Leipzig e.V. – Fachbereich Teilhabe und Inklusion als Leistungserbringer:in der Eingliederungshilfe bezieht, soll im Nachfolgenden das Unternehmen mit seinen Arbeitsbereichen vorgestellt werden. Es erfolgt dabei ein Blick auf Auswirkungen vorhandener psychischer Belastungen, vorhandener Strukturen sowie aktuelle und geplante Maßnahmen zur Reduzierung von Folgen nach potenziell traumatisierenden Situationen.

Die Diakonie Leipzig e.V. ist einer der ältesten und umfangreichsten Wohlfahrtsverbände in Leipzig und gleichzeitig eine:r der wichtigsten Arbeitgeber:innen der Stadt. Mit ungefähr 1550 hauptamtlichen und 400 ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen werden täglich circa 4000 Personen betreut und beraten. Dabei erstrecken sich die Arbeitsfelder über verschiedene Fachbereiche, diese stehen Menschen mit unterschiedlichen Bedarfen zur Seite. Ob Senioren, Menschen mit sogenannten Behinderungen beziehungsweise psychischen Belastungen, Kinder und Jugendliche, Familien in schwierigen Verhältnissen, Menschen in persönlichen Lebenskrisen oder in finanziellen Notlagen – der Mensch steht im Mittelpunkt - unabhängig von der Weltanschauung und sozialen Stellung. Der größte Bereich (neben Altenhilfe, Beratungs- & Betreuungsdienste sowie Kindertagesstätten) ist der Fachbereich Teilhabe und Inklusion. In den ambulanten Hilfen, einem Schulzentrum mit einer Grundschule und Hort sowie einer Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, drei Werkstattstandorten für Menschen mit sogenannter Behinderungen sowie verschiedenen unterstützenden Wohnangeboten werden Menschen mit Unterstützungsbedarfen aufgrund einer sogenannten Behinderung in allen Lebensbereichen begleitet. Circa 580 Mitarbeiter:innen, insbesondere (heil-)pädagogische

Fachkräfte und Betreuungshilfskräfte, stehen den circa 1000 Menschen aus allen Lebensaltern zur Assistenz zur Verfügung.¹⁰⁵

Das Schulzentrum verfügt über eine inklusive Grundschule. Hier werden Kinder mit und ohne Förderbedarf gemeinsam unterrichtet. Neben den inklusiven Klassen gibt es einen Schulbereich für Schüler:innen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Die Beschulung erfolgt über die gesamte Zeit der Schulbildungsbiografie. Ziel der Bildungsarbeit ist es, dass jedes Kind seine individuellen Potenziale bestmöglich ausschöpfen kann. Zum Schulzentrum gehört darüber hinaus ein Hort.¹⁰⁶

Die Arbeitsangebote umfassen insgesamt drei Werkstattstandorte. Hier sind Menschen im arbeitsfähigen Alter in verschiedenen Bereichen wie Holzverarbeitung, Montage, Verpackung, Landwirtschaft und einem Café tätig. Sie werden von Fachkräften angeleitet, welche die Ausführungen planen und überwachen und damit die Qualität der Leistungen sichern.¹⁰⁷

Die Wohnangebote werden an 7 Hauptstandorten organisiert. In den stationären sowie ambulanten Settings ermöglicht die Diakonie Leipzig e.V. einen Leistungsumfang entsprechend dem individuellen Unterstützungs- und Assistenzbedarfs der Klient:innen. Dabei finden insbesondere Vorlieben und Gewohnheiten bei der Alltagsgestaltung Berücksichtigung. Neben einem Wohnangebot für Kinder ab 6 Jahre, Jugendliche und junge Volljährige mit und ohne Beeinträchtigung, leben in den weiteren Einrichtungen Menschen ab dem 18. Lebensjahr.¹⁰⁸

Beratungs- und Assistenzangebote sind weitere Inhalte des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion. Insbesondere werden ambulante Hilfen für Menschen mit sogenannten Behinderungen, Beratung für blinde und sehbehinderte Menschen sowie deren Angehörige, Beratung für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und ein Besuchs- und Begleitdienst bereitgestellt.¹⁰⁹

¹⁰⁵ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2022: 1ff.

¹⁰⁶ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023a

¹⁰⁷ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023b

¹⁰⁸ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023c

¹⁰⁹ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023d

Anhand der Vielfalt der Angebote, welche sich auch im Motto der Diakonie Leipzig e.V. – Vielfalt für das Leben – niederschlagen, lässt sich die Komplexität der Leistungen der Eingliederungshilfe erkennen.

In Bezug auf das Thema dieser Arbeit ist auch ein Blick auf das Unfallgeschehen sowie präventiver Maßnahmen zur Reduzierung von Folgen nach belastenden Ereignissen innerhalb der Diakonie Leipzig e.V. werfen. In der internen Unfallstatistik für den Zeitraum 2012 bis 2022 sind verschiedene Vorfälle dokumentiert, welche sich als akute, potenziell traumatisierende Situationen einordnen lassen können. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Unfallstatistik nur als Arbeits- beziehungsweise Wegeunfall gemeldete Ereignisse beinhaltet. Die Dunkelziffer der „sonstigen Vorfälle“ lässt sich hierbei als hoch einschätzen. Auch Rehmer ist dieser Meinung, „denn häufig werden Geschehnisse nicht gemeldet, wenn keine Arbeitsunfähigkeit besteht und kein körperlicher Schaden ersichtlich ist, wenn beispielsweise Gewalttaten bagatellisiert werden oder keine Meldung weiterer Betroffener wie Zeuginnen und Zeugen oder Ersthelfender erfolgt, die ebenfalls am Geschehen beteiligt waren.“¹¹⁰ Außerdem werden in dieser Statistik keine Ereignisse von Klient:innen der Wohnangebote erfasst, da diese nicht an die Unfallkasse beziehungsweise Berufsgenossenschaft gemeldet werden, weil sie in der eigenen Häuslichkeit und nicht im Arbeitskontext passieren. Aus der Unfallstatistik lässt sich ableiten, dass die Anzahl der Arbeitsunfälle im Fachbereich Teilhabe und Inklusion, gegenüber den anderen Fachbereichen deutlich höher liegt. Hier sind insbesondere immer wieder tätliche Übergriffe durch Klient:innen oder sonstige Personen dokumentiert. Darüber hinaus sind Unfälle im Straßenverkehr, nicht näher bezeichnete psychische Belastungen, sexualisierte Übergriffe, Traumatisierungen durch Suizide oder Suizidversuche von Klient:innen, Traumatisierungen durch Brände sowie plötzliche Todesfälle von Klient:innen erfasst.¹¹¹

Bereits heute verfügt die Diakonie Leipzig e.V. über verschiedene präventive Maßnahmen beziehungsweise Angebote, welche die Gesunderhaltung der Mitarbeiter:innen in belastenden Situationen stärken sollen. Von Anfang an wird das Thema psychische Be-

¹¹⁰ Rehmer, Sabine; Juds, Maike; Gödicke, Maria; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2022: S. 3

¹¹¹ vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023e

lastung neben anderen Belastungen im Arbeitsbereich mitgedacht. In den Arbeitsplatzgefährdungsanalysen wird explizit und ausführlich auf die psychischen Gefährdungspotenziale eingegangen und damit dieses Thema aus dem Tabu geholt. Gleichzeitig verpflichtet sich damit das Unternehmen, diese Gefahren bei Arbeitsschutzunterweisungen und mit weiteren Maßnahmen aufzugreifen. Der Bagatellisierung von psychischen Belastung wird damit entgegengewirkt. Die Diakonie Leipzig e.V. verfügt darüber hinaus über Trainer:innen, welche Workshops zum Deeskalationsmanagement anbieten. Ein psychologischer Fachdienst sowie die Seelsorger:innen die innerhalb diakonischer Einrichtungen tätig sind, stehen bei Belastungen im dienstlichen Kontext ebenso zur Verfügung, wie eine psychologische Beratung bei Betriebsärzt:innen und eine telefonische Krisenberatung in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW). Außerdem können die vielfältigen allgemeinen Beratungsstellen sowie das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement der Diakonie Leipzig e.V. genutzt werden, bei denen betroffene Personen themenspezifisch, fachkompetente Unterstützung erhalten. Standards zur Krisenkommunikation und (individuelle) Notfallpläne geben Handlungssicherheit in Ausnahmesituationen. Wegen der besonderen - über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehenden - Maßnahmen im Arbeitsschutzbereich hat die zuständige Berufsgenossenschaft die Diakonie Leipzig e.V. mit dem BGW-Organisations-Check-Plus ausgezeichnet. Sie erkennt damit an, dass das Unternehmen „sicher und gesund organisiert“ ist.¹¹²

Die verschiedenen Maßnahmen und Angebote sichern eine strukturierte, mittel- und langfristige Begleitung nach zum Beispiel traumatisierenden Situationen. Eine Versorgungslücke wurde in der Akutsituation nach solchen Ereignissen offengelegt. Um hier zukünftig ein adäquates Angebot bereitzustellen, wurde 2022 ein Fachtag auf Leitungsebene zum Thema Psychologische Erste Hilfe durchgeführt. Dabei entschied man sich einen Arbeitskreis zu bilden, der ein Konzept für den Fachbereich Teilhabe und Inklusion als Pilotprojekt innerhalb der Diakonie Leipzig e.V. entwickeln soll. Im Rahmen des Arbeitskreises reifte der Gedanke, dass die erarbeitete Konzeptskizze durch die Masterarbeit des Autors wissenschaftlich betrachtet und mittels Erhebung an die Bedarfe der Adressat:innen angepasst, entwickelt und implementiert werden soll. Als Ziel wurde dabei

¹¹² vgl. Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023f

formuliert, dass eine Psychologische Erste Hilfe im Laufe des ersten Quartals 2024 angeboten werden kann.

Die Konzepterstellung soll, orientiert an den Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung „Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen“, insbesondere folgende Rahmenbedingungen beschreiben: Definition des Begriffs der Erstbetreuung, Einsatzkriterien, Inhalte der Erstbetreuung, Aufgaben und Rollen der Erstbetreuer:innen, Ausbildung der Erstbetreuer:innen (Inhalte, Methoden, Umfang) sowie organisatorische Rahmenbedingungen.¹¹³

3.2 Forschungsdesign der qualitativen Forschung

Während quantitative Forschung darauf abzielt, bestimmte Objekte zu untersuchen und Sachverhalte statistisch zu erfassen, legt die qualitative Forschung den Fokus auf die Untersuchung von Subjekten in ihrer Lebenswirklichkeit. Qualitative Forschung zielt auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale ab, um soziale Wirklichkeiten begreifbar zu machen. Dabei wird der Anspruch verfolgt, aus der Perspektive der handelnden Person die Lebenswelt von innen heraus darzustellen.¹¹⁴

Die qualitative Forschung ist die dominierende Forschungsmethode in der Sozialen Arbeit. Sie weist eine besondere Nähe zur Grundintension der Sozialen Arbeit in nahezu allen Ebenen auf. Diese Ebenen lassen sich als Fallbezug, Fremdverstehen sowie Lebenswelt- und Sozialraumbezug definieren. Fallbezug weist dabei darauf hin, dass nicht nur ein Einzelfall im Fokus steht, sondern auch eine potenzielle Anschlussfähigkeit an die Diskurse der Sozialen Arbeit gegeben ist. Die qualitative Forschung fordert außerdem eine pädagogische Haltung des Fremdverstehens ein. Das Fremdverstehen kann als Weg verstanden werden, zu begreifen, wie sich Menschen so entwickelt haben. Der Lebensweltbezug beschreibt, dass es bei der Forschung keineswegs nur um eine ein-

¹¹³ vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: S. 5

¹¹⁴ vgl. Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg) 2004: S. 14

zelne Person geht, vielmehr steht ein Gesamtgefüge einer Familie, Stadt oder Gesellschaft im Blick der Betrachtung. Daher ist es entscheidend, dass der Einzelfall immer im Kontext seiner Lebenswelt und des Sozialraums betrachtet wird.¹¹⁵

Die qualitative Forschung soll hier zum Einsatz kommen, da neben Daten zum Umfang des Phänomens auch Fragen zu individuellen Situationen, Problemlagen, Wünschen und Bedürfnissen erhoben werden sollen. Da es in dem Forschungsfeld insbesondere im Kontext der Eingliederungshilfe, bisher nur wenige Erkenntnisse gibt, soll mit Hilfe der qualitativen Forschung dieses weiter erschlossen werden, wozu sich die genannte Methode im besonderen Maße eignet. Ziel der Arbeit ist es nicht, eine statistische Erhebung vorzunehmen, sondern die Lebenswirklichkeit des beforschten Personenkreises zu untersuchen. Die Fallorientierung der qualitativen Sozialforschung ermöglicht eine Datenerhebung, welche die Komplexität und Ganzheitlichkeit der Wirklichkeit widerspiegelt, die bei anderen Verfahren nicht eröffnet werden kann.¹¹⁶ Aus diesem Grund ist eine qualitative Forschung zur Erhebung der Daten angezeigt.

3.3 Erhebungsmethode

Zur Erhebung der Daten auf deren Grundlage diese Arbeit aufbaut, wurde die Methode der schriftlichen Interviews als Form der qualitativen Sozialforschung ausgewählt.

Im Zuge gestiegener technischer Möglichkeiten spielt das schriftliche Interview als Mittel der Datenerhebung eine zunehmend wichtige Rolle und ist als grundständiges Verfahren der qualitativen Sozialforschung zu sehen. Zu der noch jungen Methode der Forschung gibt es bisher kaum systematische, methodische Reflexionen. Es handelt sich bei dem schriftlichen Interview um ein Verfahren, welches spezifische Daten gewinnen kann und spezifische Funktionen erfüllt. So ermöglicht es, Erfahrungen zu vergegenständlichen, welche gegebenenfalls ad hoc in einem Gespräch nicht verbalisiert werden könnten. Es

¹¹⁵ vgl. Bock, Karin; Miethe, Ingrid 2015: S. 1288ff.

¹¹⁶ vgl. Kruse, Jan 2015: S. 50f.

bietet damit einen Zugang zur Erlebniswelt und zu Erfahrungen der Interviewpartner:innen. In Zeiten der gestiegenen technischen Möglichkeiten ist es als Verfahren zu begreifen, welches bei bestimmten Fragestellungen besondere Potenziale entfalten kann.¹¹⁷

Da bei dieser Erhebung die Situation von Menschen nach akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in der Eingliederungshilfe in einem Querschnitt darstellt und somit möglichst viele Menschen befragt werden sollen, ist das schriftliche Interview das Mittel der Wahl. Es ermöglicht auf der einen Seite die Betrachtung der Lebenswirklichkeit von einzelnen Personen, bietet aber gleichzeitig die Möglichkeit, viele Personen zu erreichen, was bei einem vis-a-vis Interview den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Der Einsatz von Fokusgruppengesprächen hätte ebenso sinnvoll sein können, wurde allerdings nicht gewählt, da die Gefahr gesehen wurde, dass aufgrund von Scham eigene Belastungen oder erlebte Situationen nicht angesprochen werden. Dies hätte zur Folge gehabt, dass kein ganzheitliches Bild auf die individuellen Situationen generiert worden wäre.

Die Interviews fanden durch eine verzögerte schriftliche Interaktion als außeralltägliche, reflexive Schreibprozesse statt. Dabei war der Fokus ähnlich dem mündlichen Interview nicht darauf ausgerichtet, auszählbare Angaben zu erzielen, sondern eine Datendichte zu erreichen, die Gelegenheit bietet, die Lebenswirklichkeit der Befragten zu erfassen.¹¹⁸

Erkenntnisse aus den schriftlichen Interviews können durch unterschiedlicher Kommunikationsformen, welche beispielsweise eine monologische oder dialogische Struktur aufweisen, gewonnen werden.¹¹⁹

In dieser Arbeit wurde das schriftliche Expert:inneninterview mittels digitaler Kommunikationskanäle nach einem leitfadenbasierenden Ablauf gestaltet. Dabei wurden als Expert:innen sowohl Mitarbeiter:innen von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. als auch Führungskräfte dieser Angebote gesehen. Darüber hinaus wurden ebenso Menschen welche als Klient:innen die Angebote der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen als Expert:innen

¹¹⁷ vgl. Schiek, Daniela 2014: S. 379

¹¹⁸ vgl. Schiek, Daniela 2014: S. 380

¹¹⁹ vgl. Schiek, Daniela 2014: S. 381

betrachtet. All diese Expert:innen sind neben Ihrer Expertise zu Abläufen und Strukturen in den Einrichtungen vor allem Expert:innen in eigener Sache. Diese Betrachtungsweise von Expert:innen zielt darauf ab, ein möglichst großflächiges Bild der Lebenssituation des beforschten Personenkreises zu erhalten. Darüber hinaus ist die Betrachtung dieser unterschiedlichen Perspektiven wichtig und notwendig, da jede dieser Personengruppen bedingt durch ihre Rolle unterschiedliche Verantwortlichkeiten hat, Bedarfe aufweist und Unterstützungsmöglichkeiten benötigt.

Expert:inneninterviews zielen darauf ab, besonders exklusive, detaillierte und umfassende Wissensbestände sowie Praktiken zu rekonstruieren.¹²⁰ Nach dem inklusiven Ansatz der Teilhabe, welcher dieser Arbeit zu Grund liegt, ist es erforderlich, Expert:innenwissen nicht als Wissen von Personen bestimmter Professionen zu sehen, sondern als Wissen von Personen welche täglich im Kontakt mit Betroffenen stehen oder selbst betroffen sind. Diese Betrachtung von Expert:innenwissen teilt auch Thiersch in seiner lebensweltorientierten Theorie. Danach sind alle Menschen Expert:innen ihres eigenen Lebens.¹²¹

Die Expert:inneninterviews erfolgten unter Anwendung eines Leitfadens. Die Nutzung eines Leitfadens im Rahmen der qualitativen Forschung schien sinnvoll, um eine stärker strukturierte Erhebung und eine Reduktion des erhobenen Materials auf den informativen Gehalt vorzunehmen. Außerdem sollte damit erreicht werden, dass alle forschungsrelevanten Themen bearbeitet werden.¹²²

Auf Grundlage des Leitfadens wurden für die verschiedenen Zielgruppen Fragen zu den Komplexen: akute, potenziell traumatisierende Situationen in den Einrichtungen und Diensten des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V., Umgang mit akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in den Einrichtungen und Diensten des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V., angebotene und gewünschte Nachbetreuungsmöglichkeiten, Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen bei akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in den Einrichtungen und Diensten des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V., Aufgaben

¹²⁰ vgl. Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.) 2005: S. 113

¹²¹ vgl. Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus 2015: S. 936f.

¹²² vgl. Helfferich, Cornelia 2011: S. 164

der Leitung bei akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in den Einrichtungen und Diensten des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. sowie Ausgestaltung eines Teams für Psychologische Erste Hilfe entwickelt.

Die Fragestellungen zu den Komplexen, welche für die verschiedenen Zielgruppen erhoben wurden, sind dem Anhang 4 zu entnehmen. Sie wurden zum größten Teil als offene Fragen formuliert, um den Interviewpartner:innen die Möglichkeit zu gewähren, ausführlich aus ihrer Lebenswelt zu berichten. Die behandelten Themen wurden zuvor durch Recherchen in Fachliteratur, wie den Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie weiterer im Kapitel „Theoretische Rahmung“ verwendeter Texte, aber auch durch Vorgespräche mit Fachpersonen, unter anderem aus dem Arbeitskreis zur Entwicklung der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V., im Sinne der Erkenntnisinteressen dieser Arbeit ausgewählt. Zu Beginn des schriftlichen Interviews erfolgte mittels eines Anschreibens (Anhang 5) sowie eines Hinweisblattes (Anhang 6) die Weitergabe relevanter Informationen. So wurde auf die anonymisierte Verwendung der erhobenen Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken dieser Arbeit und zur Erstellung der Konzeption der Psychologischen Ersten Hilfe, hingewiesen. Ebenso wurde die Vertraulichkeit und Freiwilligkeit der Teilnahme ausgeführt sowie eine Triggerwarnung vorangestellt. Eine Einwilligung (Anhang 7) zu diesen Aspekten wurde eingeholt.

Nach vielen Fragen, welche Problem- und Situationsbeschreibungen erzeugen sollten, wurde zum Abschluss eine Wunschfrage formuliert. Diese Frage zielte darauf ab, den Befragten aus seinem aktuellen Problemzustand in einen Zielzustand zu holen und ihn positiv aus dem Interview gehen zu lassen.¹²³ Personen, welche der deutschen Schriftsprache nicht vollumfänglich mächtig sind, wurde die Gelegenheit gegeben, sich zur Beantwortung der Fragen eine Unterstützung von einer Person Ihres Vertrauens zu holen. Außerdem wurde die Möglichkeit eingeräumt, eine Unterstützungsperson gestellt zu bekommen.

¹²³ vgl. Häussermann-Schuler, Jochen 2011

3.4 Pre-Test

Unter Pre-Test versteht man das vorherige Erproben eines Erhebungsinstruments. Friedrich gibt dabei zu bedenken, dass es trotz intensiven Nachdenkens, logischer Überprüfung und Vergleichen mit ähnlichen Erhebungen unerlässlich ist, einen empirischen Test der Erhebung durchzuführen.¹²⁴

Nachdem das Anschreiben, die Datenschutzhinweise sowie die Fragenkomplexe mit den dazugehörigen Fragen formuliert wurden, erfolgte der Pre-Test. Der Pre-Test verfolgte das Ziel, Fehlerquellen, Missverständnisse oder Unklarheiten im Vorhinein abzustellen. Diesen Test führte eine Sozialpädagogin aus dem Arbeitsbereich Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen, eine Leitungskraft aus diesem Arbeitsbereich sowie ein Klient eines Wohnangebots durch.

Neben kleinen Anregungen zu Verbesserungen der Fragenformulierung ist deutlich geworden, dass die Erhebung Klient:innen der Einrichtungen und Dienste gegebenenfalls überfordert. Daher entschloss der Autor, für Interviewpartner:innen die Möglichkeit einzuräumen, eine Unterstützungsperson selbst hinzuzuziehen oder angeboten zu bekommen, welche insbesondere eine Dolmetscher:innenfunktion übernehmen soll oder beim Verschriftlichen unterstützt.

3.5 Auswahl und Zugang zum Feld

Um ein möglichst breitgefächertes Bild im Kontext von akuten, potenziell traumatisierenden Situationen im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. zu erhalten, war Ziel der Datenerhebung, verschiedene Menschen, welche im untersuchten Kontext aus Betroffenheit oder Tätigkeitsgründen verortet sind, zu erreichen. Die qualitative Datenmenge sollte mit 15 bis 20 schriftlichen Expert:inneninterviews erhoben werden. Dabei sollten sowohl Mitarbeiter:innen, Führungskräfte als auch Klient:innen erreicht werden.

¹²⁴ vgl. Friedrichs, Jürgen 1990: S. 153

Nach Abstimmung mit dem Fachbereichsleiter des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion sowie der datenschutzbeauftragten Person der Diakonie Leipzig e.V. wurde über die intern einsehbare E-Mailliste des Fachbereichs mit allen Mitarbeiter:innen und Führungskräften Kontakt aufgenommen. Die Kontaktaufnahme zu den Klient:innen erfolgte mittels Aushängen sowie über Multiplikatoren in den Einrichtungen und Diensten. In einer ersten E-Mail wurde das Vorhaben geschildert und nach Interesse an einer Forschungsbe teiligung gefragt. Gleichzeitig wurden bei verschiedenen internen Veranstaltungen und durch private und dienstliche Kontakte Menschen angesprochen. Auch diesen Personen wurde das Vorhaben der Forschung erklärt und nach der Bereitschaft zur Mitwirkung gefragt.

So wurden insgesamt circa 400 Mitarbeiter:innen, Führungskräfte und Klient:innen angesprochen.

Am Ende der Eruerung der Teilnahmebereitschaft gab es 30 Rückmeldungen, welche eine Bereitschaft signalisierten. Andere Rückmeldungen gaben aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen oder fehlender Betroffenheit an, nicht an der Forschung teilnehmen zu wollen, trotzdem hielten einige das Thema für wichtig. Die 30 Personen, welche die Bereitschaft zur Teilnahme an der Forschung signalisierten, gehörten zu den drei angestrebten Zielgruppen der Mitarbeiter:innen, Führungskräfte sowie Klient:innen, wobei Mitarbeiter:innen in größerer Zahl vertreten waren. Die potenziellen Teilnehmer:innen kamen dabei aus allen Einrichtungen des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion. Nur aus einer Einrichtung gab es die Rückmeldung von einer Leitungsperson, dass sich niemand gemeldet hat, um für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Weitere spezifische Informationen wie beispielsweise zu Alter, Geschlecht oder Berufsgruppe der Teilnehmer:innen wurden nicht erfragt, da diese für die Teilnahme als nicht relevant betrachtet wurden. In der Eingliederungshilfe können potenziell traumatisierende Situationen jeden dazugehörigen Menschen treffen. Eine Eingruppierung war entbehrlich, da das Individuum und nicht die vermeintliche Zugehörigkeit zu einem Geschlecht oder einer Altersgruppe, im Fokus stand.

Die potenziellen Teilnehmer:innen erhielten per E-Mail ein Anschreiben, ein Informationsblatt zum Datenschutz, eine Einwilligungserklärung sowie den Erhebungsbogen für das schriftliche Expert:inneninterview. Auf den Unterlagen wurde der Erhebungszeitraum – April 2023 – festgelegt, die Vertraulichkeit und Freiwilligkeit betont und eine Kontaktadresse zur Rücksendung oder bei Rückfragen angegeben. Die Erhebung wurde an

alle 30 interessierten Personen versandt, um den angestrebten Rückfluss zu sichern oder gegebenenfalls zu übertreffen, um damit ein noch breiteres Bild der Situation von akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. zu erhalten.

3.6 Umsetzung und Besonderheiten der Interviews

Am Anfang des Erhebungszeitraums April 2023 erhielten alle Interviewpartner:innen die Fragenkomplexe mit dem Antwortbogen zugesandt. Ein Stichtag der Datenerhebung musste nicht festgelegt werden, da keine zahlenmäßige Erhebung vorgesehen war, sondern insbesondere zurückliegende Erfahrungen im Blickpunkt standen.

Zehn Tage vor Ende des Erhebungszeitraums wurden nochmals alle Personen, welche ihre Bereitschaft bei der Mitwirkung an den Interviews signalisiert hatten, allerdings noch nicht geantwortet hatten, freundlich an die Beantwortung der Fragen erinnert.

Der Datenrückfluss war höher als anfangs erwartet. So wurden letztendlich 23 Interviews zurückgesandt. Dabei entfielen 14 Interviews auf Mitarbeiter:innen, fünf auf Führungskräfte sowie vier auf Klient:innen des untersuchten Fachbereiches Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V.. Der umfangreiche Rücklauf ist erfreulich, da er aus allen drei gewünschten Zielgruppen in höherer Anzahl als erwartet, eintraf.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass zwei Personen, welche besondere Bedürfnisse bei der Beantwortung des Interviews hatten, (beispielsweise aufgrund von Gehörlosigkeit oder dem nicht beherrschen der deutschen Schriftsprache) durch Unterstützungspersonen an der Erhebung teilnehmen konnten.

3.7 Beschreibung der Aufarbeitung der Daten

Die Dokumentation der Ergebnisse, welche auf vorgefertigten Antwortbögen zum Teil handschriftlich als auch elektronisch übermittelt wurden, erfolgte unter den jeweiligen Fragekomplexen. Die Antworten von allen Teilnehmer:innen wurden digitalisiert und originalgetreu übernommen. Dabei wurden Angaben nur ausnahmsweise gekürzt, wenn ansonsten die Anonymität der befragten Personen gefährdet gewesen wäre. Außerdem wurden die Antworten im normalen Schriftdeutsch niedergeschrieben, dabei wurden

Satzbaufehler oder Rechtschreibfehler partiell behoben, ohne dabei die inhaltlichen Aussagen zu verfälschen.

Zum Schutz der Privatsphäre der Interviewpartner:innen erfolgte eine Maskierung der Rückantworten der Teilnehmer:innen. So wurden die Namen der Befragten beziehungsweise Standorte der Einrichtungen entfernt. Eine Maskierung erfolgte auch bei allen Ortsangaben sowie Namen, welche in der Erhebung genannt wurden. Die verwendeten Angaben wurden durch erdachte Pseudonyme ersetzt. Eine Anonymisierung von Berufsdaten erfolgte nicht, da diese eine wichtige sozialstrukturelle Kategorie darstellen und so relevante Kontextinformationen für die Analyse beinhalten.¹²⁵ Mittels Codierung wurden die Interviews dokumentiert. Dabei steht M 1-14 für Mitarbeiter:innen, F 1-5 für Führungskräfte und K 1-4 für Klient:innen. Die Dokumentation der Interviews kann im Anhang dieser Arbeit nicht angefügt werden, da trotz der beschriebenen und ergriffenen Maßnahmen, beispielsweise aufgrund geschilderter Stellungen im Dienstverhältnis in Verbindung mit konkreten Vorfällen oder Verletzungsmustern, eine Rückverfolgbarkeit nicht ausgeschlossen werden kann. Zum Schutz der Interviewten ist es daher geboten, das Rohmaterial der Erhebung nicht zu veröffentlichen. Das Schwärzen von Textstellen als milderes Mittel kommt nicht zum Einsatz, da dies sehr umfangreich durchgeführt werden müsste und damit den Zusammenhang der Interviews nicht widerspiegeln würde.

3.8 Auswertungsmethodik

Zur Auswertung von qualitativ erhobenen Daten, wie in diesem Fall durch schriftliche Expert:inneninterviews, liegen bisher nur wenige Methoden vor. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, als Verfahren welches eine theorie- und regelgeleitete sowie methodisch kontrollierte Auswertung ermöglicht, wurde angewendet. Das Verfahren deckt nicht nur gegenstandsbezogene Einzelfaktoren, vielmehr Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren auf. Entscheidend ist bei diesem Verfahren, dass es an die Gütekriterien quantitativer Forschung anschlussfähig ist. Voraussetzung für dieses Auswertungsverfahren ist, dass qualitativ erhobene Daten in schriftlicher Form vorliegen.¹²⁶ Da

¹²⁵ vgl. Kruse, Jan 2015: S. 358

¹²⁶ vgl. Scheibler, Petra 2014

die Expert:inneninterviews als schriftliche Erhebung durchgeführt wurden, ist diese zwingende Voraussetzung erfüllt.

Die qualitative Inhaltsanalyse kennt spezifische Techniken zur Auswertung. Es wurde sich für die zusammenfassende Inhaltsanalyse entschieden. Dabei erfolgte eine Reduzierung des Textmaterials auf die wesentlichen Inhalte in einen überschaubaren Kurztex¹²⁷. Dieses Vorgehen wurde angewendet, damit aus den vielfältigen Informationen der Teilnehmer:innen die fundamentalen Angaben zur Beantwortung des Forschungsinteresses herausgearbeitet und für diese Arbeit nicht relevante Aussagen vernachlässigt werden konnten.

Zur Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse ist ein Categoriesystem notwendig. Die Kategorien müssen definiert werden, damit eine Zuordnung der Textbausteine möglich ist. Bei der Erstellung der Kategorien ist auf Trennschärfe zu achten, um zu verhindern, dass Unsicherheiten bei der Zuordnung entstehen.¹²⁸ Um die Kategorisierung zu vereinfachen, wurde bereits im Vorhinein die Datenerhebung in Fragenkomplexe unterteilt.

Die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse gewährleistet eine hohe Transparenz und führt durch seine systematische Vorgehensweise idealerweise zur Umsetzung der Gütekriterien qualitativer Forschung.¹²⁹

Die Auswertungen der schriftlichen Expert:inneninterviews sind im Anhang 8 einzusehen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind im Kapitel 4 dargestellt.

Abschließend wurden die generierten Ergebnisse aus der Erhebung mit einer Fokusgruppe bestehend aus Fachpersonen, welche Mitglieder im Arbeitskreis zur Entwicklung der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. sind, besprochen. Ziel war es dabei, Ableitungen für die Praxis vorzunehmen und die bestehende Konzeptskizze durch die Erkenntnisse zu untermauern oder anzupassen und zu einem konzeptionellen Rahmen für die praktische Arbeit weiterzuentwickeln. Auf diese Ableitungen für die Praxis wird im Kapitel 5 eingegangen.

¹²⁷ vgl. Scheibler, Petra 2014

¹²⁸ vgl. Scheibler, Petra 2014

¹²⁹ vgl. Scheibler, Petra 2014

4 Ergebnisdarstellung

Im nachfolgenden Kapitel soll auf die gewonnenen Erkenntnisse aus den durchgeführten Expert:inneninterviews eingegangen werden. Dabei scheint ein Vorgehen sinnvoll, welches an den Fragenkomplexen orientiert ist. Innerhalb der Fragenkomplexe wird dabei auf die verschiedenen Schwerpunkte geblickt und auf die Sichtweisen der drei unterschiedlichen Zielgruppen der Erhebung eingegangen. Die Erkenntnisse wurden durch Vergleiche der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse gewonnen. Angegebene Verweise beziehen sich auf die Verschriftlichung der Auswertungen der dokumentierten Expert:inneninterviews, welche im Anhang 8 einzusehen sind.

4.1 Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen

4.1.1 Mögliche Situationen

Die Erhebung zeigt deutlich, dass das Phänomen von akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in Einrichtungen und Diensten der Diakonie Leipzig e.V. vorhanden ist. Die befragten Mitarbeiter:innen führen eine Vielzahl von Ereignissen an, die ihnen im Arbeitskontext begegnen könnte. Nahezu alle Befragten nannten (plötzliche) Todesfälle von Mitarbeiter:innen oder Klient:innen¹³⁰ sowie Gewalterleben gegenüber und durch Mitarbeiter:innen, Klient:innen oder Dritte in unterschiedlicher Ausprägung von sexualisierter, körperlicher und struktureller Gewalt bis hin zu Mord(-drohungen) und Amoklägen.¹³¹ Etwas weniger als die Hälfte der Befragten gab an, sich vorstellen zu können, dass im Arbeitskontext Suizide¹³², Erkrankungen¹³³ und Unfälle¹³⁴ auftreten könnten, die

¹³⁰ vgl. FKI-F1 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M14

¹³¹ vgl. FKI-F1 M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14

¹³² vgl. FKI-F1 M5, M6, M7, M8, M13, M14

¹³³ vgl. FKI-F1 M1, M2, M5, M6, M7, M12

¹³⁴ vgl. FKI-F1 M1, M3, M5, M7, M14

sich als akute, potenziell traumatisierende Situation einordnen lassen. Einzelne Nennungen gab es bei Bränden, medizinischen Notfällen, Überlastungssituationen durch Personalmangel sowie bei persönlichen Schicksalsschlägen und akutem Suchtmittelmissbrauch¹³⁵.

Bei den Führungskräften zeigt sich ein ähnliches Bild. Alle Befragten gaben an, dass (plötzliche) Todesfälle im unmittelbaren (Arbeits-)Umfeld und (sexuelles) Gewalterleben gegenüber Klient:innen oder Mitarbeiter:innen sowie Brände, Hochwasser und andere Katastrophenereignisse Situationen darstellen können, die potenziell traumatisierend wirken.¹³⁶ Ebenso wurden Unfälle, Suizide, Krankheiten und medizinische Notfälle genannt.¹³⁷ Darüber hinaus beschrieben Führungskräfte auch Ereignisse als akut und potenziell traumatisierend, die infolge von Pflichtverletzungen durch Mitarbeiter:innen mit Auswirkungen auf die Klient:innen, Missingsituationen, Sterbebegleitungsprozesse oder Bedrohungslagen verbunden sind.¹³⁸

Bei den Klient:innen stand unterschiedliches Gewalterleben¹³⁹ im Vordergrund und es gab nur Einzelnennungen zu plötzlichen Todesfällen, Unfällen sowie medizinischen Notfällen¹⁴⁰.

4.1.2 Erlebte Situationen

Bei den tatsächlich selbst erlebten, potenziell traumatisierenden Ereignissen in Einrichtungen und Diensten der Diakonie Leipzig e.V. stellt sich die Situation ähnlich dar. Nahezu alle interviewten Mitarbeiter:innen und Führungskräfte beschreiben hier plötzliche oder nach längerer Krankheitsphase eingetretene Todesfälle von Klient:innen und Mitarbeiter:innen, die insbesondere im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen oder Suiziden¹⁴¹ sowie Gewalterleben in unterschiedlichen Ausprägungen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen¹⁴² stehen. Eine besondere Herausforderung stellen für die

¹³⁵ vgl. FKI-F1 M5, M7, M8, M14

¹³⁶ vgl. FKI-F1 F1, F2, F3, F4, F5

¹³⁷ vgl. FKI-F1 F2, F3, F4, F5

¹³⁸ vgl. FKI-F1 F1, F2, F3, F5

¹³⁹ vgl. FKI-F1 K1, K2, K3, K4

¹⁴⁰ vgl. FKI-F1 K1, K2, K4

¹⁴¹ vgl. FKI-F2 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M14, F1, F2, F3, F4, F5

¹⁴² vgl. FKI-F2 M5, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14, F2, F3, F4

Befragten hierbei Situationen dar, in denen Mitarbeiter:innen in Alleinarbeit oder in einer Verantwortungsrolle handeln oder ein Verdacht auf Fehlverhalten besteht und damit polizeiliche Ermittlungen einhergehen.¹⁴³ Einzelnennungen gab es zu akuten Veränderungen von Klient:innen nach Suchtmittelmissbrauch, Begleitung von Klient:innen zu Abschiednahmen oder Beerdigungen von verstorbenen Angehörigen, Bränden sowie Schilderungen von Kriegserleben durch Klient:innen.¹⁴⁴

Klient:innen beschrieben insbesondere Situationen, welche sie als akut und potenziell traumatisierend einschätzen, im Zusammenhang mit Todesfällen von Klient:innen, Freund:innen und Angehörigen¹⁴⁵, Unfälle mit schweren Verletzungsfolgen¹⁴⁶, Gewalterleben¹⁴⁷ sowie eigene, beispielsweise durch Beziehungsprobleme erlebte Schicksalsschläge¹⁴⁸.

4.1.3 Tangierende aber nicht persönlich erlebte Situationen

Die bereits ausgeführten Ereignisse wie Todesfälle, Suizide, medizinische Notfälle, schwere Krankheiten, Gewalterleben und Brände werden von den Interviewten auch beschrieben bei der Frage nach zwar nicht persönlich erlebten, aber in der Einrichtung vorgekommenen Situationen. Zusätzlich wird hier auf (Arbeits-)Unfälle, (Mord-)Drohungen, traumatisierende Erfahrungsberichte von Krieg und Flucht, Ausnahmesituationen (zum Beispiel die Corona-Pandemie) sowie das Beobachten von selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Klient:innen eingegangen.¹⁴⁹

4.1.4 Wunsch nach Unterstützung und Begleitung

Eine große Mehrheit der befragten Personen gab an, dass immer nach akuten Situationen eine Unterstützung für den betroffenen Menschen durch Mitarbeiter:innen oder durch eine externe Begleitung hilfreich ist.¹⁵⁰ Vereinzelt wurden zur Sinnhaftigkeit der

¹⁴³ vgl. FKI-F2 M4, M7, M13

¹⁴⁴ vgl. FKI-F2 M5, M7, M11, M13, F4

¹⁴⁵ vgl. FKI-F2 K1, K4

¹⁴⁶ vgl. FKI-F2 K2, K3

¹⁴⁷ vgl. FKI-F2 K1, K4

¹⁴⁸ vgl. FKI-F2 K1

¹⁴⁹ vgl. FKI-F3 M2, M5, M11, M14, K3, K4

¹⁵⁰ vgl. FKI-F4 M1, M3, M9, M10, M11, M12, M13, M14, F2, F3, F4, F5, K1, K2

Begleitung in bestimmten Situationen Einschränkungen vorgenommen. Eine besondere Bedeutsamkeit wird der Unterstützung bei akuten Gewalterleben, Todesfällen, schweren Erkrankungen oder Suizid(-versuchen) beigemessen.¹⁵¹

4.2 Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierenden Situationen

4.2.1 Umgang mit erlebten Situationen

Bereits erlebte akute, potenziell traumatisierende Situationen wurden von Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen sehr differenziert wahrgenommen. Ein Großteil der Mitarbeiter:innen beschreibt einen behutsamen Umgang mit dem Ereignis. Dazu zählen neben der Unterstützung und Rückendeckung von Mitarbeiter:innen und Leitungskräften Gesprächsangebote, das Angebot zu weiterführender externer Unterstützung zum Beispiel durch Pfarrer:innen, den psychologischen Fachdienst, das interne Gesundheitsmanagement oder die Telefonseelsorge sowie die Möglichkeit der Freistellung vom weiteren Dienst.¹⁵² Es wird geschildert, dass nach dem Erleben eines Ereignisses zunächst Schock und Hilflosigkeit im Vordergrund standen. Deshalb wurde Zeit eingeräumt, umerstmal zu sich zu finden, bevor im Team miteinander über das Geschehene gesprochen wurde.¹⁵³ Nach Todesfällen werden gemeinsam der weitere Trauerprozess und Abschiednahmen oder Trauerfeiern geplant und organisiert.¹⁵⁴ Vereinzelt berichten Mitarbeiter:innen darüber, dass durch die Einbeziehung der Polizei ein Gefühl der Angst entstanden ist, etwas falsch gemacht zu haben. Außerdem wurden einige Mitarbeiter:innen als wenig hilfreich, eine Leitungskraft in Einzelnennung auch als negativ und abweisend beschrieben. Diese Situation zieht bis heute Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis nach sich.¹⁵⁵

Die Führungskräfte berichten von ähnlichem Erleben wie die Mitarbeiter:innen. Gemeinsame Gespräche und Unterstützung sowie Begleitung im Trauerprozess und Angebote

¹⁵¹ vgl. FK1-F4 M2, M4, M5, M6, M7, M8, F1

¹⁵² vgl. FKII-F1 M1, M3, M4, M5, M7, M8, M10, M11, M12, M13, M14

¹⁵³ vgl. FKII-F1 M1, M2, M3, M5, M14

¹⁵⁴ vgl. FKII-F1 M3, M5

¹⁵⁵ vgl. FKII-F1 M4, M9

durch externe Unterstützung standen im Vordergrund erlebter Situationen. Betroffene Personen erhielten notwendigen Freiraum, dafür wurde der Dienstbetrieb mit anderen Mitarbeiter:innen abgesichert. Ebenso wurden die Betroffenen nach Hause begleitet und es wurde die Möglichkeit zur Freistellung vom nächsten Dienst eingeräumt. Auch beschreiben die Führungskräfte eine empfundene zusätzliche Belastung in Fällen, in denen die Kriminalpolizei involviert ist, um nach einem unklaren Todesfall die Ursache zu ermitteln. Besondere Fürsorge muss auch den Klient:innen zuteilwerden und hier individuell nach Situation und Bedarfen entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden. Ein gemeinsames Erleben des Trauerprozesses aller Beteiligten zum Beispiel durch Trauerandachten stärkt die gegenseitige Unterstützung. Dafür, so berichtet eine Führungskraft, wurden nach einem Todesfall alle Mitarbeiter:innen des jeweiligen Bereiches angerufen, um ihnen die Möglichkeit einzuräumen, von der verstorbenen Person Abschied zu nehmen.¹⁵⁶

Klient:innen beschreiben, dass ihnen durch die Mitarbeiter:innen nach erlebten krisenhaften Ereignissen Gespräche angeboten wurden, welche zur Bearbeitung der Schockreaktion förderlich waren. Außerdem wurde nach Todesfällen das Angebot zur Teilnahme an einer Trauerandacht unterbreitet.¹⁵⁷

4.2.2 Hilfreich empfundene Angebote

In der erlebten Situation haben den Mitarbeiter:innen Gesprächsangebote, bestehende Rituale, Unterstützung der Einrichtungsleitung sowie anderer Mitarbeiter:innen, das Angebot von Rückzugsmöglichkeiten mit Zeit für sich selbst, Austausch mit Klient:innen und Mitarbeiter:innen sowie seelsorgerische Angebote durch Pfarrer:innen.¹⁵⁸ Bereits erlebte Situationen und daraus gesammelte Erfahrungen beschreibt eine befragte Person als wertvoll.¹⁵⁹ Wohltuend beschreiben dabei einige der Befragten die Anteilnahme von Kolleg:innen, den Rückhalt der Einrichtungsleitung, Personen, welche zuhören und bei denen die eigenen Emotionen ohne Angst gezeigt werden können sowie das dabei

¹⁵⁶ vgl. FKII-F1 F1, F2, F3, F4, F5

¹⁵⁷ vgl. FKII-F1 K1, K2, K3, K4

¹⁵⁸ vgl. FKII-F2 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M11, M12, M13, M14

¹⁵⁹ vgl. FKII-F2 M7

vermittelte Gefühl, nicht allein zu sein und Verantwortung abgeben zu dürfen.¹⁶⁰ Hilfreich sind über die akute Phase hinaus nachbereitende Angebote wie Supervisionen, Unterstützung bei der Organisation des Trauerprozesses auch für die Klient:innen sowie weiterführende Unterstützungsangebote durch Gespräche mit Stabsstellen oder einer telefonischen Beratung durch die Krisenhotline der Berufsgenossenschaft.¹⁶¹

Führungskräfte erlebten in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen einen Rahmen als hilfreich, der es ihnen ermöglicht, das Ereignis zu bewältigen. Insbesondere eine Vorbereitung auf die Situation durch Handlungsleitlinien ist förderlich. Ebenso werden Gespräche und Unterstützung durch Kolleg:innen der eigenen Einrichtungen oder des Fachbereiches als wertvoll eingeschätzt. Hilfreich ist es darüber hinaus, als Erstes von einer Situation zu erfahren, um adäquates Handeln planen und ableiten zu können beziehungsweise sich durch eigene psychohygienische Rituale auf die Situation vorzubereiten. Ein kollegialer und offener Umgang auf Augenhöhe sowie Gespräche mit Klient:innen, welche aufgrund von eigenen Erfahrungen oft eigene Handlungsstrategien entwickelt haben, werden als wertvoll empfunden, da diese einen gemeinsamen Halt bedeuten und die Zusammengehörigkeit stärken. Wichtig ist, notwendige Tagesaufgaben delegieren zu können, um sich voll und ganz auf die Begleitung der Situation konzentrieren zu können. Außerdem tut es gut, auch als Leitungskraft von Klient:innen und Mitarbeiter:innen gefragt zu werden, wie es einem selbst mit der Situation geht.¹⁶²

Klient:innen erlebten in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen Gespräche und Unterstützungsangebote als hilfreich. Allerdings sollen diese nicht „verhättschelnd“ sein oder aufgezwungen werden, wenn die betroffene Person Zeit für sich wünscht. Wertvoll ist, wenn durch die Gespräche Handlungsstrategien für den Umgang mit der erlebten Situation sowie für zukünftige Ereignisse vermittelt werden.¹⁶³

¹⁶⁰ vgl. FKII-F2 M3, M7, M10, M12, M14

¹⁶¹ vgl. FKII-F2 M3, M5, M6, M9

¹⁶² vgl. FKII-F2 F1, F2, F3, F4, F5

¹⁶³ vgl. FKII-F2 K1, K2, K3, K4

4.2.3 Vermisste Angebote

Nur zwei Mitarbeiter:innen gaben an, dass ihnen in der Begleitung in der erlebten akuten, potenziell traumatisierenden Situation nichts gefehlt hat.¹⁶⁴ Andere Mitarbeiter:innen wünschen sich mehr Verständnis und Unterstützung für die betroffenen Personen - auch längerfristig. Hilfreich wären hier im Vorfeld Weiterbildungen und Informationen zu Besonderheiten von Klient:innen, um vorbereiteter auf mögliche Situationen reagieren zu können, Supervisionsangebote sowie Gesprächsangebote durch die Einrichtungsleitung – ohne in Eigeninitiative darauf drängen zu müssen.¹⁶⁵ Im Kontakt mit der Einrichtungsleitung, so führen einige Mitarbeiter:innen aus, ist es wichtig, das Zuspruch vermittelt sowie das Gefühl gestärkt wird, richtig gehandelt zu haben. Empfindungen der betroffenen Person dürfen dabei nicht abgesprochen oder das Ereignis kleingeredet werden.¹⁶⁶ Manchmal sind aber auch Gesprächsangebote mit geschulten Kräften außerhalb der Leitungsebene hilfreich.¹⁶⁷ Durch Mitarbeiter:innen wird ebenso auf die Notwendigkeit von Notfallplänen hingewiesen. In diesen könnte möglicherweise festgehalten sein, dass eine betroffene Person schnellstmöglich aus der Situation herausgelöst werden soll.¹⁶⁸

Die Mehrheit der Führungskräfte gab an, dass ihnen nichts bei der Begleitung in einer erlebten akuten, potenziell traumatisierenden Situation gefehlt hat.¹⁶⁹ Ein Teil der Befragten gibt an, dass externe Unterstützung und konkrete Notfallpläne wünschenswert sind.¹⁷⁰

Die Klient:innen wünschen sich bei erlebten akuten, potenziell traumatisierenden Situationen alle Gesprächsangebote zum Beispiel durch Seelsorger:innen oder Bezugsmitarbeiter:innen. Eine Person hätte sich in einer erlebten krisenhaften Situation ein Hilfsmittel wie zum Beispiel einen Box-Sack zum Wutabbau gewünscht.¹⁷¹

¹⁶⁴ vgl. FKII-F3 M1, M3

¹⁶⁵ vgl. FKII-F3 M1, M2, M4, M5, M6, 7, M9, M10, M11, M12, M13, M14

¹⁶⁶ vgl. FKII-F3 M9, M13

¹⁶⁷ vgl. FKII-F3 M9

¹⁶⁸ vgl. FKII-F3 M2, M8

¹⁶⁹ vgl. FKII-F3 F1, F2, F3

¹⁷⁰ vgl. FKII-F3 F4, F5

¹⁷¹ vgl. FKII-F3 K1, K2, K3, K4

4.2.4 Handlungsabläufe und Konzepte

Konkrete Handlungsabläufe und Konzepte in krisenhaften Situationen sind einem Teil der Mitarbeiter:innen und Klient:innen nicht bekannt.¹⁷² Einige Mitarbeiter:innen und alle Führungskräfte berichten über verschiedene Handlungskonzepte zum Beispiel individualisierbare Notfallpläne, Krisenkonzepte, Krisenkommunikationspapiere, Gewaltschutzkonzepte, Deeskalationskonzepte, Handreichungen zum Ablauf nach dem Versterben von Klient:innen sowie Evakuierungspläne.¹⁷³ Zum Teil wird von einer ständigen Rufbereitschaft des Einrichtungsleitungsteams oder von Alarmierungssystemen zum Hinzuziehen weiterer Mitarbeiter:innen berichtet.¹⁷⁴ Kritik gibt es vereinzelt, dass vorhandene Konzepte nur sehr allgemein formuliert und nicht präsent sind. Außerdem wird kritisch gesehen, dass mit der Leitung besprochene Probleme und daraus abgeleitete Lösungswege im Alltag untergehen.¹⁷⁵ Einzelne Klient:innen berichten von geregelten Abläufen zum Beispiel durch eine ständige Rufbereitschaft, strukturierte Gesprächsangebote mit allen Beteiligten nach Vorfällen sowie Trauerandachten nach Todesfällen.¹⁷⁶

4.2.5 Interne oder externe Unterstützung

Ob man sich aus den erlebten Erfahrungen heraus lieber eine Begleitung durch vertraute Mitarbeiter:innen oder externe Kräfte bei der Bewältigung von akuten potenziell traumatisierenden Situationen wünscht, wird durch die Mitarbeiter:innen, Führungskräfte und Klient:innen sehr unterschiedlich gesehen. Die Mehrheit sieht Beides als hilfreich an.¹⁷⁷ Einige Befragte empfinden eine Begleitung durch vertraute Mitarbeiter:innen hilfreicher und begründen dies mit dem besseren Vertrauensverhältnis, was der Begleitung durch externe Kräfte vorzuziehen ist.¹⁷⁸ Andere wiederum sehen eine externe Begleitung als förderlicher, da bei diesen keine eigene Betroffenheit vorliegt und man außenstehenden Personen gegenüber offener sprechen kann.¹⁷⁹ Als hilfreich wird beschrieben, wenn die

¹⁷² vgl. FKII-F4 M9, M11, M13, M14, K3, K4

¹⁷³ vgl. FKII-F4 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M12, F1, F2, F3, F4, F5

¹⁷⁴ vgl. FKII-F4 M5, M8, M9, M13, F2

¹⁷⁵ vgl. FKII-F4 M4, M7, M9

¹⁷⁶ vgl. FKII-F4 K1, K2

¹⁷⁷ vgl. FKII-F5 M2, M3, M6, M7, M8, M10, M12, M13, M14, F1, F3, F4, F5, K3

¹⁷⁸ vgl. FKII-F5 M5, M8, M11, M14, F1, K1, K4

¹⁷⁹ vgl. FKII-F5 M1, M3, M9

Unterstützungspersonen im Umgang mit betroffenen Personen geschult sind und die betroffene Person in der Situation eine Wahlmöglichkeit hat, ob eine interne oder externe Begleitung zu bevorzugen ist.¹⁸⁰

4.3 Fragenkomplex III – Nachbetreuung

4.3.1 Angebotene Nachbetreuung

Etwas mehr als die Hälfte der interviewten Mitarbeiter:innen, Führungskräfte und Klient:innen gaben an, ein Angebot zur Nachbetreuung nach akuten, potenziell traumatisierenden Situationen nicht erhalten und nicht in Anspruch genommen zu haben.¹⁸¹ Gespräche mit Mitarbeiter:innen und Führungskräften sowie internen Stabsstellen zur Nachbearbeitung von erlebten Ereignissen wurden etwas weniger als der Hälfte der Befragten angeboten oder von diesen in Anspruch genommen.¹⁸² Vereinzelt beschreiben Mitarbeiter:innen und Führungskräfte darüber hinausgehende Angebote. Zu diesen zählen Supervisionen, Weiterbildungsangebote, Beratung durch das betriebliche Gesundheitsmanagement, Coaching, seelsorgerische Gespräche mit Pfarrer:innen, systemische Beratung sowie psychologische Hilfe, welche zum Teil durch die Berufsgenossenschaft vermittelt wurde.¹⁸³

4.3.2 Gewünschte Nachbetreuung

Nur wenige Mitarbeiter:innen und etwa die Hälfte der Führungskräfte waren mit den angebotenen Nachbetreuungsangeboten zufrieden und wünschten sich keine weiteren Möglichkeiten.¹⁸⁴ Alle Klient:innen, ein Großteil der Mitarbeiter:innen und einzelne Führungskräfte formulierten in den Interviews den Wunsch nach weiterführenden Angeboten. Zu nennen sind hier Gesprächsangebote, Supervisionen, seelsorgerische Krisenin-

¹⁸⁰ vgl. FKII-F5 M4, M6, M13, F3

¹⁸¹ vgl. FKIII-F1 M1, M2, M3, M6, M13, M14, F3, F5, K2, K3, K4

¹⁸² vgl. FKIII-F1 M3, M5, M8, M9, M10, M12, F4, F5, K1

¹⁸³ vgl. FKIII-F1 M5, M7, M9, M10, M11, M12, F1, F2, F4, F5

¹⁸⁴ vgl. FKIII-F2 M3, M5, M6, M12, F1, F2, F3

terventionsgespräche, Weiterbildungen zur zukünftigen Prävention, Informationsangebote über Wiedereingliederung, psychologische Beratung, Fallberatungen sowie Reflexionsgespräche zur Ableitung weiterführender Handlungsschritte.¹⁸⁵

4.4 Fragenkomplex IV – Begleitung von Klient:innen

4.4.1 Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen

Bei der Begleitung von Klient:innen in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen werden unterschiedliche Aspekte ausgeführt, die für eine adäquate Unterstützung notwendig sind. Die interviewten Mitarbeiter:innen gaben an, dass eine auf die individuellen Bedürfnisse angepasste Hilfe notwendig ist. Dabei müssen die psychische Verfassung, verzögerte Reaktionen, kognitive und verbale Einschränkungen sowie bereits erlebte Traumatisierungen und das individuelle Erleben des Ereignisses Berücksichtigung finden. Eine Begleitung sollte von einem zugewandten, empathischen, wertschätzenden, sensiblen und geduligen Umgang auf Augenhöhe geprägt sein. Dabei sollte eine offene und ehrliche Kommunikation herrschen, welche mit Leichter Sprache oder unterstützender Kommunikation kleinschrittig auf die individuellen Bedarfe der Klient:innen abgestimmt ist. Häufig leben Klient:innen in Abhängigkeitsverhältnissen und sind es nicht gewohnt, eine eigene Meinung zu kommunizieren und zu vertreten. Daher kann es schwierig sein, die Situation und notwendige Unterstützung richtig einzuschätzen. Hilfreich ist deshalb das Angebot einer stetigen Begleitung in einem adäquaten zeitlichen Rahmen. Außerdem ist es notwendig, wichtige Rituale und religiöse Wünsche zu berücksichtigen.¹⁸⁶

Die interviewten Führungskräfte sehen ebenso die Notwendigkeit, vorhandene Einschränkungen zu berücksichtigen und Leichte Sprache oder unterstützende Kommunikation zu nutzen. Ein individuelles Setting muss hergestellt und eine Begleitung im Einzel- oder Gruppenformat je nach Wünschen angeboten werden. Gesprächsangebote

¹⁸⁵ vgl. FKIII-F2 M2, M4, M7, M8, M9, M10, M11, M13, M14, F4, F5

¹⁸⁶ vgl. FKIV-F1 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14

durch Bezugsmitarbeiter:innen können förderlich sein. Es sollten aber auch Rückzugsmöglichkeiten zugestanden werden. Aufgrund von Vorerfahrungen verarbeiten Klient:innen krisenhafte Situationen zum Teil schnell, und es sollte deshalb vermieden werden, künstlich Trauer zu erzeugen.¹⁸⁷ Eine individuelle, auf die Bedürfnisse und Situation angepasste Begleitung – wie bei allen Menschen – ist notwendig.¹⁸⁸

Die interviewten Klient:innen sehen keine besonderen Unterschiede in der Begleitung. Wichtig ist die Herstellung einer Vertrauensbasis und eine individuelle Begleitung je nach Situation.¹⁸⁹

4.4.2 Interne oder externe Begleitung

Nahezu alle Interviewteilnehmer:innen hielten die Begleitung von Klient:innen in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen durch bekannte und vertraute Mitarbeiter:innen für förderlich. Ein Großteil hält aber auch die Inanspruchnahme von externen Kräften anderer Einrichtungen des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. für möglich, vor allem dann, wenn vertraute Mitarbeiter:innen selbst betroffen oder nicht verfügbar sind. Die Vorteile von vertrauten Personen werden insbesondere durch die Kenntnis adäquater Unterstützung, das Bestehen eines Vertrauensverhältnisses, einer geringeren Sprachbarriere, einer schnelleren Verfügbarkeit sowie eines geringeren formalen Rahmens gesehen.¹⁹⁰ Zwei Mitarbeiter:innen merken an, dass das Vertrauensverhältnis allerdings auch hinderlich sein kann und Klient:innen die Befürchtung haben, etwas „Falsches“ zu sagen.¹⁹¹ Die Vorteile von externen Personen anderer Einrichtungen werden darin gesehen, dass deren Einsatz ein Gefühl besonderer Zuwendung auslösen kann, da extra eine Person in die Einrichtung kommt. Außerdem wird die neutrale Sichtweise als positiv eingeschätzt.¹⁹²

¹⁸⁷ vgl. FKIV-F1 F1, F2, F3, F4, F5

¹⁸⁸ vgl. FKIV-F1 F5

¹⁸⁹ vgl. FKIV-F1 K1, K2, K3, K4

¹⁹⁰ vgl. FKIV-F2 M1, M2, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M13, M14, F1, F2, F4, F5, K1

¹⁹¹ vgl. FKIV-F2 M4, M6

¹⁹² vgl. FKIV-F2 M7, M12

In den Interviews wird deutlich, dass beide Varianten dazu beitragen können, nicht das Gefühl zu entwickeln, mit der erlebten Situation allein zu sein. So können je nach Situation auch Externe die vertrauten Mitarbeiter:innen unterstützen. Bestenfalls werden die Klient:innen nach ihrem Wunsch der Begleitung gefragt.¹⁹³ Klient:innen beschreiben, dass es wichtig ist, dass die Unterstützungsperson psychologisch geschult ist und insbesondere die Notwendigkeit, dass die Personen gut miteinander zurechtkommen.¹⁹⁴ Eine Führungskraft gibt in dem Interview den Impuls, dass auch eine Begleitung durch andere Klient:innen im Sinne eines Peer-Ansatzes in Erwägung gezogen werden könnte.¹⁹⁵

4.5 Fragenkomplex V – Aufgabe der Leitung

Eine einheitliche, konkrete, besondere Aufgabe der Leitung in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen wird von den interviewten Personen nicht formuliert. Mitarbeiter:innen sehen bei solchen Ereignissen Aufgaben wie die Führung und Organisation, die stärkende und empathische Begleitung von Mitarbeiter:innen und Klient:innen, die Bedarfserhebung für weiterführende Betreuung sowie die Beschaffung von externer Unterstützung in der Verantwortung der Einrichtungsleitung. Dafür sollte diese jederzeit erreichbar sein, in Krisensituation als Ansprechpartner:in zur Verfügung stehen und transparent kommunizieren.¹⁹⁶ Von einer interviewten Person wird die eigene Betroffenheit der Leitung als Herausforderung angeführt.¹⁹⁷ In der Verantwortlichkeit der Einrichtungsleiter:in erden insbesondere die adäquate Nachsorge für Klient:innen und Mitarbeiter:innen, eine Nachbereitung der Situation mit Ableitungen von notwendigen Handlungsschritten und ein präventives Vorausdenken von Krisensituationen, die Durchführung von und die Teilnahme an Schulungen, die Schaffung von Rahmenbedingungen sowie das Erstellen von Notfallplänen, gesehen.¹⁹⁸

¹⁹³ vgl. FKIV-F2 M2, M6, M7, M9, M14, F3, F5

¹⁹⁴ vgl. FKIV-F2 K2, K3

¹⁹⁵ vgl. FKIV-F2 F5

¹⁹⁶ vgl. FKV-F1 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14

¹⁹⁷ vgl. FKV-F1 M5

¹⁹⁸ vgl. FKV-F1 M1, M3, M6, M7, M9, M10, M12, M14

Führungskräfte sehen ihre besonderen Aufgaben bei krisenhaften Ereignissen in der Planung, Organisation und Verantwortung von notwendigen Handlungsschritten für die Gesamtsituation. Dafür müssen sie die Ereignisse ernst nehmen und mit hoher Sensibilität als Ansprechpartner:innen für die betroffenen Menschen zur Verfügung stehen. Sie sollen Sicherheit vermitteln und Gespräche anbieten sowie den Bedarf für weiterführende Angebote erkennen und diese aufzeigen. Außerdem müssen sie formell notwendige Aufgabengebiete bearbeiten und die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes sicherstellen.¹⁹⁹ Eine Führungskraft legt insbesondere bei eigener Betroffenheit Wert darauf, selbst Unterstützung anfordern zu können, da Einrichtungsleiter:innen nur eine angemessene Stütze für andere sein können, wenn sie selbst stabil sind.²⁰⁰ Als wichtige Aufgabe wird von einigen Führungskräften das präventive Arbeiten genannt.²⁰¹

Klient:innen sehen die Verantwortung der Führungskräfte vor allem bei der Organisation und Gestaltung von Unterstützung sowie bei der Prävention von akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen.²⁰²

4.6 Fragenkomplex VI – Team für Psychologische Erste Hilfe

4.6.1 Notwendigkeit der Etablierung

In der Erhebung zeigt sich ein großes Einvernehmen in der Auffassung, dass ein Team für Psychologische Erste Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen sinnvoll ist. Alle interviewten Mitarbeiter:innen, Führungskräfte und Klient:innen sprachen sich dafür aus, ein solches Team zu etablieren.²⁰³ Die Bandbreite der Begründungen für die Notwendigkeit von psychologischen Ersthelfer:innen ist vielfältig. So wird darauf verwiesen, dass in

¹⁹⁹ vgl. FKV-F1 F1, F2, F3, F4, F5

²⁰⁰ vgl. FKV-F1 F2

²⁰¹ vgl. FKV-F1 F2, F4

²⁰² vgl. FKV-F1 K2, K3, K4

²⁰³ vgl. FKV-F1 M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14, F1, F2, F3, F4, F5, K1, K2, K3

einem Unternehmen wie der Diakonie Leipzig e.V. mit unterschiedlichsten Arbeitsbereichen häufig potenziell traumatisierende Situationen erlebt werden und es bisher kaum koordinierte Unterstützung im akuten Zeitfenster gibt.²⁰⁴ Einige Personen heben hervor, dass eine qualifizierte Unterstützung besser helfen kann, als nicht in diesem Bereich ausgebildete Mitarbeiter:innen oder Klient:innen und dass eine unvoreingenommene Außenansicht besonders hilfreich ist.²⁰⁵ Durch den Einsatz von psychologischen Ersthelfer:innen werden Mitarbeiter:innen, Klient:innen sowie die Leitung in krisenhaften Situationen entlastet. Dies kann eine besonders unterstützende Wirkung entfalten, wenn die betroffenen Personen nur über ein begrenztes persönliches Netzwerk zur Entlastung verfügen, aufgrund von Mitarbeiter:innenfluktuation wenig Erfahrungen mit solchen Begebenheiten vorhanden sind oder das Ausmaß des Ereignisses so groß ist, dass eine ganze Einrichtung mit den dazugehörigen Menschen betroffen ist.²⁰⁶ Die Unterstützung hilft, um in krisenhaften Situationen nicht das Gefühl zu entwickeln, allein gelassen zu werden und die Erlebnisse bearbeiten zu müssen. Ein Team für Psychologische Erste Hilfe kann schnell eingesetzt werden, kennt die Abläufe und die Strukturen des Unternehmens, und allein das Wissen über das Vorhandensein einer solchen Unterstützung bietet Sicherheit im Alltag.²⁰⁷

4.6.2 Wünsche zur Umsetzung

Die Wünsche hinsichtlich der Ausgestaltung der Unterstützung durch das Team für Psychologische Erste Hilfe sind sehr differenziert. Im Vordergrund steht für einen Großteil der Befragten eine zeitnahe Unterstützung nach telefonischer Alarmierung. Nachdem sich die Unterstützungspersonen einen Überblick über die Situation verschafft haben, müssen sich unmittelbar die aktive Begleitung der Mitarbeiter:innen, Klient:innen und Leitungen sowie Gesprächsangebote über das Ereignis und den weiteren Umgang mit dem Erlebten anschließen.²⁰⁸ Dabei soll das Angebot aufsuchenden Charakter haben, je nach Situation und in Abstimmung mit der Leitung auch organisatorische Aufgaben

²⁰⁴ vgl. FKVI-F1 M8, M9, M11, M13,

²⁰⁵ vgl. FKVI-F1 M3, M4, M6, F2

²⁰⁶ vgl. FKVI-F1 M1, M3, M5, M7, M12, F2, K1

²⁰⁷ vgl. FKVI-F1 M2, M14, F3, F5, K2, K3

²⁰⁸ vgl. FKVI-F2 M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M13, M14, F1, F2, F3, F4, F5, K1, K3, K4

einschließen sowie Informationen zu beispielsweise akuten Belastungsreaktionen vermitteln und einen geschützten Rahmen bieten.²⁰⁹ Eine weitere wichtige Aufgabe sehen insbesondere die Mitarbeiter:innen, aber auch ein Teil der Führungskräfte, in der Vermittlung von weiterführenden Betreuungsangeboten.²¹⁰ Einige Führungskräfte weisen darauf hin, dass es zur Etablierung des Teams notwendig ist, einen konzeptionellen Rahmen festzulegen und durch Handreichungen in den Einrichtungen und Diensten bekannt zu machen.²¹¹ Einige Befragte äußerten darüber hinaus den Wunsch, dass das Team der Psychologischen Ersten Hilfe auch außerhalb von akuten Ereignissen Präsenz zeigt und zum Beispiel präventiv offene Sprechstunden und Fortbildungen anbietet sowie in der Nachbearbeitung der Situation zum Austausch und zur Reflexion zur Verfügung steht.²¹² Eine befragte Person hebt die Notwendigkeit eines christlichen Weitblicks hervor.²¹³

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage

Es zeigt sich, dass eine große Vielfalt von akuten, potenziell traumatisierenden Situationen in den Einrichtungen und Diensten der Diakonie Leipzig e.V. vorkommt. So begegnen Ereignisse wie (plötzliche) Todesfälle, Unfälle, Suizide, Brände, Gewalterleben und medizinische Notfälle den Menschen in ihrem Lebens- beziehungsweise Arbeitsbereich. Differenziert müssen allerdings Vorkommnisse betrachtet werden, welche zwar ebenso belastenden Charakter haben, aber im Sinne der Definition nicht als plötzlich auftretende und tief erschütternde Ereignisse beschrieben werden können. Aus der Erhebung können dafür beispielsweise Mobbing, strukturelle Gewalt und langanhaltende Ausnahmesituationen wie die Corona-Pandemie genannt werden. Ohne, den genannten Situationen, das Potenzial für psychischen Folgeerkrankungen absprechen zu wollen, werden diese nicht als akute, potenziell traumatisierende Ereignisse begriffen, da es sich dabei um Ereignisse handelt, welche sich längerfristig entwickeln.

²⁰⁹ vgl. FKVI-F2 M2, M3, M5, M7, M9, M11, F1, F2, F5, K2

²¹⁰ vgl. FKVI-F2 M8, M9, M11, M12, M14, F1

²¹¹ vgl. FKVI-F2 F3, F5

²¹² vgl. FKVI-F2 M6, M9, M13, F3, F4, F5, K1, K3

²¹³ vgl. FKVI-F2 M5

Unterstützung für Betroffene nach dem Erleben eines akuten und potenziell traumatisierenden Ereignisses wird als hilfreich und sinnvoll eingeschätzt.

Bereits erlebte akute, potenziell traumatisierende Situationen wurden von Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen differenziert wahrgenommen. Insgesamt zeigt sich eine adäquate Auseinandersetzung mit den Ereignissen, welche von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist. Nur vereinzelt waren Mitarbeiter:innen mit dem Verhalten von Kolleg:innen oder Führungskräften unzufrieden. Als hilfreich in einer erlebten Situation werden insbesondere Gesprächsangebote, Rituale, gegenseitige Unterstützung, Rückzugsmöglichkeiten sowie der interne und externe Austausch gesehen. Für Führungskräfte sind klare Handlungsleitlinien sowie eine frühzeitige Einbeziehung in die Situation unterstützend. Defizite werden vor allem in Gesprächsangeboten, Weiterbildungen sowie bei Reflexions- und Supervisionsmöglichkeiten gesehen. In den Einrichtungen und Diensten gibt es vielfältige Handlungsleitlinien zum Umgang mit unterschiedlichsten krisenhaften Situationen. Diese sind allerdings nicht allen Befragten bekannt oder sie sind zum Teil sehr allgemein gehalten.

Externe und interne Unterstützung in akuten, potenziell traumatisierenden Situation wird als förderlich eingeschätzt. Ob eine Begleitung sinnvoller durch interne Mitarbeiter:innen oder externe Kräfte erfolgt, hängt von unterschiedlichen Faktoren und der jeweiligen Situation ab. Zielführend erscheint, den betroffenen Menschen nach seinen Wünschen zu fragen. Jede Person sollte für sich einschätzen dürfen, ob der Austausch mit internen Mitarbeiter:innen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, gegenüber einer externen Begleitung bevorzugt wird, welche eine neutrale Außensicht einbringt.

Nicht immer erhalten Menschen nach einer akuten, potenziell traumatisierenden Situation adäquate Angebote, oft wünschen sie sich Nachbetreuungsangebote in Form von Gesprächen, Beratungen oder Schulungen.

Führungskräfte haben zur Prävention und Nachbearbeitung von krisenhaften Ereignissen eine besondere Verantwortung. In den akuten Situationen müssen sie aber vor allem den Überblick behalten, Ansprechpartner:innen für Beteiligte sein, Handlungsschritte planen und durchführen, notwendige Formalien bearbeiten, den Dienstbetrieb sicherstellen sowie Unterstützungsangebote anfordern. Dabei ist es notwendig, auch eigene Betroffenheit in den Blick zu nehmen und sich möglicherweise Unterstützung zu holen, um ihrer Führungsrolle gerecht werden zu können.

Zur Notwendigkeit der Etablierung eines Teams der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. sind sich alle Interviewten einig. Ja, ein solches Team soll geschaffen werden. Insbesondere die Größe und Vielfältigkeit des Unternehmens und die daraus resultierende Gefahr für akute, potenziell traumatisierende Situationen sowie das bisherige Nichtvorhandensein eines adäquaten Angebots für diese Ereignisse macht dies notwendig. Vor allem dann, wenn viele Personen oder gar eine ganze Einrichtung betroffen sind, ist eine qualifizierte Unterstützung von außen unabdingbar. Der Vorteil eines unternehmensinternen Teams wird darin gesehen, dass die Strukturen und Rahmenbedingungen bekannt sind, gegebenenfalls eine persönliche Bekanntheit besteht sowie durch die eigene Zugehörigkeit zum Unternehmen die Arbeits- beziehungsweise Lebenswelt der Betroffenen vertraut ist.

Aufgaben für das Team der Psychologischen Ersten Hilfe werden bei der unterstützenden und seelsorgerischen Begleitung in akuten Situationen durch Gespräche, Vermittlung von weiterführenden Angeboten, Übernahme von organisatorischen Aufgaben sowie bei der Vermittlung von Informationen gesehen. Dabei stehen Mitarbeiter:innen, Klient:innen und Führungskräfte gleichermaßen im Fokus. Darüber hinaus wird auch eine präventive sowie nachsorgende Unterstützung durch Weiterbildungsangebote, Sprechstunden, Reflexionsgespräche sowie Nachbereitungsgespräche gewünscht.

5 Diskussion und Ableitung für die Praxis

Die im vorangegangenen Kapitel ausgewerteten Ergebnisse der Expert:inneninterviews wurden den Mitgliedern der Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Teams der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Dabei erfolgte eine Wichtung und Einordnung der Erkenntnisse, um diese in die bestehende Konzeptskizze zu integrieren. So wurde aus der vorhandenen Konzeptskizze ein Prozessverlauf (Anhang 9) mit dazugehöriger Prozessbeschreibung (Anhang 10) entwickelt. An dieser Stelle soll auf die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung eingegangen und Notwendigkeiten für die Praxis daraus abgeleitet werden.

Die Erhebung hat gezeigt, dass akute, potenziell traumatisierende Ereignisse in Einrichtungen des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion ein vorhandenes Phänomen sind. Die Vielfalt dieser Notfälle macht es erforderlich, dass psychologische Ersthelfer:innen auf unterschiedliche Situationen im Rahmen einer Qualifizierung vorbereitet werden müssen, um diese adäquat zu begleiten. Es wurde deutlich, dass eine Abgrenzung der Ereignisse im Sinne der Definition notwendig ist, um einen Rahmen für Einsätze der psychologischen Ersthelfer:innen zu schaffen. Einige der aufgeführten Ereignisse können zwar ebenso belastend sein, sind aber nicht durch ein akutes Auftreten gekennzeichnet. Solche längerfristigen Belastungssituationen können nicht durch das Team der Psychologischen Ersten Hilfe begleitet werden, allerdings stehen dafür andere Unterstützungsstrukturen zur Verfügung. Ersichtlich wurde, dass die Vielzahl von vorhandenen präventiven, akuten und nachsorgenden Angeboten für Betroffene sichtbarer und besser zugänglich gemacht werden muss. Darüber hinaus braucht es klare Indikationen für die jeweiligen Angebote. Für die Psychologische Erste Hilfe wird dabei der folgende Rahmen festgelegt. Einsatzindikationen sind unerwartete, plötzliche und schwerwiegende Ereignisse von kurzer Dauer, mit klarem Beginn sowie Ende und dadurch ausgelöst das Erleben von Angst, Bedrohung, Hilflosigkeit, Entsetzen oder Schuld. Zu solchen Notfällen zählen unter anderem massives Gewalterleben, schwere (Arbeits-)Unfälle, Todesfälle, Suizid(-versuche), medizinische Notfälle (zum Beispiel Reanimationen mit offenem Ausgang), (Natur-)Katastrophen sowie Missingsituationen. Keine Einsatzindikationen

stellen hingegen andauernde Erschöpfungszustände, psychiatrische Notfälle, akute Suizidalität, Mobbing, Krisen im privaten Umfeld sowie länger zurückliegende Ereignisse dar.

Grundsätzlich wird sich eine Unterstützung und Begleitung nach einem akuten, potenziell traumatisierenden Ereignis gewünscht. In der Regel wurde dies als wohltuend beschrieben und nur vereinzelt gab es Kritik am Umgang von Kolleg:innen oder Führungskräften nach krisenhaften Situationen. Besonders wichtig sind nach einem Ereignis persönliche Zuwendung durch Gespräche, Rituale, Austausch mit Kolleg:innen, Entlastung von Verantwortung sowie die Vermittlung von weiterführenden Unterstützungsangeboten. An diesen Bedarfen lässt sich der Handlungsauftrag für die Psychologische Erste Hilfe ableiten. Um diesem strukturiert gerecht werden zu können, braucht es nach der Qualifizierung der psychologischen Ersthelfer:innen einen übersichtlichen Handlungsleitfaden zur Begleitung von Betroffenen. Ein Entwurf dieses Leitfadens (Anhang 11) wurde anhand der vorliegenden Literatur, unter Beachtung der besonderen Bedingungen in der Eingliederungshilfe, erstellt. Er soll während der Qualifizierung der psychologischen Ersthelfer:innen diskutiert und ergänzt werden. Neben dem strukturierten Vorgehen in der Betreuung müssen die psychologischen Ersthelfer:innen mit Informationen zu weiterführenden Angeboten vertraut sein, da sie eine wichtige Brückenfunktion zu diesen darstellen. Außerdem ist es hilfreich, am Einsatzort über unterschiedliche Gegenstände und Hilfsmittel zu verfügen, welche bei der Begleitung von Betroffenen zum Einsatz kommen können. So soll in allen Einrichtungen und Diensten des Fachbereichs Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. jeweils ein Einsatzkoffer für die Psychologische Erste Hilfe zur Verfügung stehen, auf den die psychologischen Ersthelfer:innen im Einsatzfall zurückgreifen können. Inhalte dieser Koffer sind unter anderem Verpflegung wie Traubenzucker und Wasser, Hygieneartikel wie Taschentücher und Einmalhandschuhe, fürsorgliche Materialien wie Kuschtiere und Igelbälle, schriftliche Materialien wie Flyer über Hilfsangebote und Psychoedukation, Materialien zur unterstützenden Kommunikation zum Beispiel Bildkarten sowie weitere Gegenstände wie religiöse Symbole und Texte. Ein Entwurf der Packliste für die Einsatzkoffer (Anhang 12) wurde erstellt, diese soll während der Qualifizierung der psychologischen Ersthelfer:innen diskutiert und ergänzt werden.

Die Erhebung machte deutlich, dass sich die interviewten Personen sowohl eine Begleitung von psychologischen Ersthelfer:innen die ihnen vertraut sind, wie auch durch Unbekannte vorstellen können. In beiden Varianten werden Vor- und Nachteile gesehen.

Um allen Bedürfnissen gerecht werden zu können, sieht die Prozessbeschreibung vor, in allen Einrichtungen und Diensten Qualifizierungen von Mitarbeiter:innen vorzunehmen. Je nach Größe und Struktur der Einrichtung sind zwei bis vier Personen vorgesehen, so dass insgesamt circa 30 psychologische Ersthelfer:innen ausgebildet und berufen werden. Im ersten Schritt sollen Mitarbeiter:innen und Führungskräfte qualifiziert werden. Nach der Evaluation der ersten Erfahrungen wird bewertet, ob eine Ausbildung von Klient:innen im Sinne einer Tandem-(Peer-)Beratung geeignet scheint. Auf Grundlage der Erhebung und im Sinne der schnellen Verfügbarkeit und Ressourcenschonung wurde in der Prozessbeschreibung der Grundsatz „intern vor extern“ festgelegt. Das heißt, dass bei Notwendigkeit einer Unterstützung nach akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen Einrichtungsinterne Ersthelfer:innen priorisiert zum Einsatz gerufen werden. Bei nicht vorhandener Verfügbarkeit, eigener Betroffenheit der internen Ersthelfer:innen oder auf Wunsch der betroffenen Personen wird auf externe psychologische Ersthelfer:innen anderer Einrichtungen des Fachbereiches zurückgegriffen.

Um die Psychologische Erste Hilfe zu etablieren, ist es notwendig, neben der Qualifizierung von psychologischen Ersthelfer:innen, deren Existenz und Angebote in den Einrichtungen und Diensten bekannt zu machen. Dafür müssen diese in die zum Teil vorhandenen internen Handlungskonzepte eingebaut und darauf aufmerksam gemacht werden. Dies scheint insbesondere daher wichtig, weil einige Mitarbeiter:innen und alle Klient:innen in den Interviews angaben, dass ihnen konkrete Abläufe in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen nicht bekannt sind. Bei der Veröffentlichung von Informationen ist darauf zu achten, dass diese auch den Bedarfen der Klient:innen entsprechen und diese dafür in Leichter Sprache erstellt werden. Darüber hinaus muss eine Sichtbarkeit geschaffen werden. Dies kann beispielsweise durch Aushänge mit Fotos der psychologischen Ersthelfer:innen in den Einrichtungen erfolgen. Außerdem muss zur Bekanntmachung des Angebots beispielsweise im Rahmen der jährlichen Arbeitsschutzunterweisung informiert werden.

Alle Betroffenen sollten in der akuten Phase nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis eine Begleitung erfahren, welche auf ihre besonderen Bedürfnisse Rücksicht nimmt. Dies schließt selbstverständlich auch Klient:innen – also Menschen mit sogenannter (geistiger) Behinderung - mit ein. Die Betreuung durch psychologische Ersthelfer:innen muss zugewandt, empathisch und wertschätzend sein. Ausschlaggebend sind immer die individuellen Situationen und Personen. Zur optimalen Unterstützung bedarf es gegebenenfalls besonderer Hilfsmittel, wie Materialien in Leichter Sprache oder zur

unterstützten Kommunikation. Da alle Personen, welche sich zu psychologischen Ersthelfer:innen qualifizieren lassen, im Bereich der Eingliederungshilfe tätig sind, ist davon auszugehen, dass ihnen der Umgang und die Nutzung dieser Materialien vertraut ist und keine Berührungsängste im Kontakt mit dieser Zielgruppe bestehen. Außerdem sind den Personen Thematiken des Arbeitsfeldes wie Abhängigkeitsverhältnisse, verzögerte Trauerreaktionen, die Wichtigkeit von Bezugspersonen sowie sozialer Bindung aber auch Begegnung auf Augenhöhe bekannt.

Eine besondere Rolle in krisenhaften Situationen kommt den Einrichtungsleitungen zu. Auch wenn diese ebenso betroffen sein können, ist es ihre Aufgabe bei solchen Ereignissen die Führung und Organisation zu übernehmen und eine stärkende und empathische Begleitung von Mitarbeiter:innen und Klient:innen anzubieten oder zu vermitteln. Dabei obliegt ihnen die Gesamtverantwortung, um die betrieblichen Abläufe aufrechtzuhalten. Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, benötigen Führungskräfte in solchen Situationen selbst Unterstützung, um für andere eine angemessene Stütze sein zu können. Aufgrund der besonderen Rolle und Aufgaben wurde sich innerhalb der Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Teams der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. darauf verständigt, auch Führungskräfte zu psychologischen Ersthelfer:innen auszubilden. Diese sollen insbesondere dann zum Einsatz kommen, wenn andere Führungskräfte selbst betroffen sind, umso das Maß an Sicherheit zur Bewältigung der eigenen Aufgabe und Rolle zu steigern.

Um zukünftig eine Evaluation des Angebots der Psychologischen Ersten Hilfe durchzuführen, damit daraus Verbesserungspotenziale abgeleitet werden können, ist eine strukturierte Dokumentation notwendig. Diese ist auch sinnvoll für Einsatznachbesprechungen im Sinne der Reflexion der Arbeit sowie aus Aspekten der Psychohygiene. Ein Formular zur einheitlichen Dokumentation wurde - auf Grundlage vorhandener Muster in Fachliteratur - auf die besonderen Rahmenbedingungen in der Eingliederungshilfe angepasst (Anhang 13).

Innerhalb der Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Teams der Psychologischen Ersten Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. wurde sich während eines intensiven Austausches auf ein einheitlich zu nutzendes Wording verständigt. Die in der Arbeit beschriebenen psychologischen Ersthelfer:innen sollen zukünftig „Erstbetreuer:innen“ genannt werden. Der Grund dafür ist eine bessere Abgrenzung zu me-

dizinischen Ersthelfer:innen. Außerdem soll der Fokus nicht explizit auf das Thema Psychologie gerichtet sein, da dies nach wie vor eine gewisse Abneigung und Hemmschwelle darstellt. Schlussendlich geht es bei der Betreuung nicht um eine psychologische Therapie, sondern eine Betreuung zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse. Eine Bezeichnung, wie häufig in der Literatur benutzt, als kollegiale Erstbetreuung kam ebenso nicht in Frage, da aus dem inklusiven Ansatz des Konzeptes heraus, nicht nur eine Betreuung von beziehungsweise durch Kolleg:innen geplant ist. Außerdem soll im Sinne des salutogenetischen Modells zukünftig nicht vom „akuten, potenziell traumatisierenden Ereignis“ gesprochen werden, da mit jedem Ereignis auch die Chance auf persönliches Wachstum und möglichen Resilienzen verbunden ist. Das Wording soll mehr den Fokus auf die Situation richten und nicht auf mögliche Auswirkungen eingehen. So soll der Begriff „Notfall“ oder „Ereignis“ Verwendung finden. Das Problem der Negativwortwahl sehen auch andere Projekte, da dadurch die Eigen- und Fremdzuschreibung der Beteiligten beeinflusst werden kann, was möglicherweise in Folge zu einer ungünstigen Bewältigung führt. Eine neutrale Wortwahl trägt dazu bei, ein Ereignis als mögliches und durchaus übliches zu bewerten. Dies kann helfen die Situation anzunehmen und zur Verarbeitung und Bewältigung beitragen.²¹⁴

Bei der Reflexion des Forschungsprozesses sind folgende Erkenntnisse gewonnen worden. Nicht alle befragten Expert:innen sind mit den Begriffen der akuten, potenziell traumatisierenden Ereignisse sowie Psychologische Erste Hilfe vertraut. Es wurden eine Vielzahl von Begebenheiten genannt und ausgeführt, die eine potenzielle Traumatisierung mit sich bringen können, aber nicht durch ein plötzliches und unerwartetes Auftreten gekennzeichnet sind. Außerdem wurden Maßnahmen durch die Psychologische Erste Hilfe gewünscht, welche nicht in das Arbeitsfeld dieser qualifizierten Personen fällt, wie beispielsweise regelmäßige Sprechstunden oder längerfristige Supervisionen nach einem Ereignis. Dergleichen hätte vermieden werden können, wenn die Begrifflichkeiten vor den Interviews klarer definiert gewesen wären. Die Entscheidung, dies nicht zu tun, wurde aber bewusst getroffen, um eine Fokussierung auf mögliche vorgegebene Beispiele zu vermeiden und den Blick der Expert:innen nicht einzuschränken. Eine kritische Anmerkung gab es zur nicht genutzten Leichten Sprache bei den Erklärungsblättern und

²¹⁴ vgl. Rehmer, Sabine 2023: S. 21ff.

Interviewbögen. Diesem Aspekt muss in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Insbesondere bei Broschüren und Informationen, welche im Rahmen der Psychologischen Ersten Hilfe zum Einsatz kommen, bedarf es Materialien in Leichter Sprache, damit diese Zielgruppe besser erreicht werden kann. Auch bei einer möglichen Erhebung vor einer Evaluation müssen die besonderen kommunikativen Bedarfe von Klient:innen berücksichtigt werden.

Insgesamt kann der Forschungsprozess allerdings als gelungen beschrieben werden. Eine noch höhere Beteiligung wäre zwar wünschenswert gewesen, in Zeiten von hoher Arbeitsbelastung durch zunehmende Aufgaben, lässt sich allerdings nachvollziehen, dass nicht alle Personen zeitliche Kapazitäten oder Interesse an solchen Erhebungen haben. Kritisch aus Sicht des Autors ist anzumerken, dass es aus einer Einrichtung keine Teilnahme gab, obwohl zu dieser verhältnismäßig viele Mitarbeiter:innen und Klient:innen gehören. Die Gründe dafür können nur erahnt werden und reichen von mangelndem Interesse am Thema, fehlenden Berührungspunkten, nicht vorhandener zeitlicher Kapazitäten oder einer Blockade durch die Leitung. Darüber hinaus ist die verhältnismäßig größte Zielgruppe der Klient:innen unterrepräsentiert. Die teilnehmenden Klient:innen sind alle über Bezugspersonen, in der Regel Mitarbeiter:innen, zur Beteiligung motiviert worden. Der Zugang über allgemeine Informationsaushänge ist nicht gelungen. Daraus lässt sich für weitere Erhebungen ableiten, dass eine Ansprache der Klient:innen zur Teilnahme an zukünftigen Forschungen gewinnbringender über vorhandene Bezugs- und Vertrauenspersonen gelingt. Schlussendlich wurde das Ziel der Forschung, sich der eingangs formulierten Forschungsfrage zu nähern, erreicht. So konnte festgestellt werden, dass es eine Vielzahl von potenziell, traumatisierenden Ereignissen im Bereich der Eingliederungshilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. gab und Maßnahmen wie die Etablierung eines internen Kriseninterventionsteams beziehungsweise Erstbetreuer:innenteams gewünscht sind und als hilfreich eingeschätzt werden. Darüber hinaus wurde der Grundsatz - interne vor externer Unterstützung durch Erstbetreuer:innen – abgeleitet. Diese und weitere Erkenntnisse geben die Zielrichtung der zukünftigen Ausgestaltung des Teams der Psychologischen Ersten Hilfe vor.

6 Fazit und Ausblick

Es wird deutlich, dass eine Vielzahl von akuten, potenziell traumatisierenden Ereignissen in den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe, auch der Diakonie Leipzig e.V., auftreten. Zur Bewältigung dieser sind sowohl präventive Maßnahmen erforderlich als auch nachsorgende und aufarbeitende Angebote angezeigt. Als Brücke zu nachsorgenden Angeboten sowie als Stütze und Begleitung in der akuten Situation ist die Etablierung von Kriseninterventionsteams dann geboten, wenn Häufigkeit und Folgeschwere von krisenhaften Ereignissen als hoch einzuschätzen ist.

Dieser Bedarf wird im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. gesehen. Als Pilotprojekt sollen circa 30 Mitarbeiter:innen und Führungskräfte bis zum Frühjahr 2024 als psychologische Ersthelfer:innen nach den Vorgaben der zuständigen Berufsgenossenschaft ausgebildet und anschließend eingesetzt werden. Nach einer Evaluation der gewonnenen Erfahrungen soll beurteilt werden, wie das Konzept auf die weiteren Fachbereiche innerhalb der Diakonie Leipzig e.V. übertragen werden kann und insbesondere auch Klient:innen als Peer-Berater:innen in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen ausgebildet und eingesetzt werden können.

Da die Forschung im Bereich der Krisenintervention im Allgemeinen beziehungsweise innerhalb von Unternehmen bisher unterrepräsentiert ist, sind viele Fragen zur Wirksamkeit der psychosozialen Notfallversorgung noch offen. Die Gründe dafür sind die vielen Herausforderungen, welche mit einer Erhebung in diesem Bereich einhergehen und welche die Umsetzung einer solchen Forschung schwer ermöglichen. Zu nennen sind dabei ethische Fragestellungen bei der Gestaltung des Forschungsdesigns, um Personen in einer hoch belastenden Situation nicht zusätzlich zu strapazieren. Außerdem besteht eine weitere Schwierigkeit in der Erreichbarkeit einer Vergleichsgruppe, welche nach einem Extremereignis keine psychosoziale Notfallversorgung in Anspruch genommen

hat.²¹⁵ Um diese wissenschaftliche Lücke zu schließen, haben es sich zwei Forschungsprojekte aktuell zur Aufgabe gemacht, den Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (in Unternehmen) zu beleuchten.

Um die Thematik der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen wissenschaftlich zu erweitern, beschäftigt sich aktuell die SRH Hochschule für Gesundheit Gera mit einem Forschungsprojekt zu diesem Thema. Das Projekt, welches durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung gefördert wird, kann dabei als Grundlagenforschung beschrieben werden. Aktuell ist es nicht möglich, durch wissenschaftliche Erhebungen, fundierte Aussagen über gewählte Modelle und Vorgehensweisen bei der psychosozialen Notfallversorgung für Beschäftigte in Unternehmen zu treffen. Das Forschungsprojekt beschäftigt sich in vier Teilprojekten mit Unternehmen aller Branchen, allen deutschen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, allen bundesweit organisierten ehren- und hauptamtlichen Teams der psychosozialen Notfallversorgung für die Bevölkerung sowie gewerblichen Anbietern von psychosozialer Notfallversorgung. Das Ziel des Projektes ist es dabei, einen Überblick über betriebliche Angebote der psychosozialen Betreuung in Akutsituationen zu gewinnen und Faktoren innerhalb von Unternehmen zu beschreiben, die diese positiv oder negativ beeinflussen. Der Forschungszeitraum ist von 2022 bis 2025 angesetzt. Mit einem ersten Zwischenbericht ist Ende 2023 zu rechnen.²¹⁶

Ein zweites aktuell laufendes Forschungsprojekt ist eine Kooperation des Kriseninterventionsteams München und dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Dabei wird untersucht, wie sich die Betreuungen durch Kriseninterventionsberater:innen auf die von einem außergewöhnlich belastenden Ereignis betroffenen Personen auswirken. Dadurch soll die Arbeit der psychosozialen Notfallversorgung - wo nötig - qualitativ weiterentwickelt sowie Wirkmechanismen und ihr Einfluss auf betreute Personen ergründet werden. Diese Studie ist als längsschnittliche Untersuchung mit drei Messzeitpunkten angedacht. Dabei werden die Teilnehmer:innen an mehreren Zeitpunkten befragt,

²¹⁵ vgl. Hoppe, Sebastian; Ehring, Thomas; Voß, Maria 2023a

²¹⁶ vgl. Rehmer, Sabine; Juds, Maïke; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2023

wodurch sich Veränderungen und Entwicklungen beobachten lassen. Die Phase der Datenerhebung wurde im Sommer 2022 abgeschlossen, aktuell erfolgt deren Auswertung. Eine Veröffentlichung der Daten ist im Laufe des Jahres 2023 geplant.²¹⁷

Die Ergebnisse der Forschungen können zukünftig hilfreich sein, um bei der Evaluation des konzeptionierten und etablierten internen Kriseninterventionsteams im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. zusätzliche Aspekte zur Qualitätssteigerung einfließen zu lassen.

Ein Projekt, welches aktuell in der Vorbereitung ist, kann hilfreich sein, um Handlungsansätze für die Ausbildung von Klient:innen als psychologische Ersthelfer:innen zu gewinnen. Aktuell plant der Hospizverein Leipzig e.V. gemeinsam mit der Universität Leipzig - Erziehungswissenschaftliche Fakultät – Institut für Förderpädagogik, ein Weiterbildungsangebot für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung zum Thema „Begleitung im Sterben und in der Trauer“. Konkret wird es in der Schulung darum gehen, die Teilnehmer:innen zu Sterbe- und Trauerbegleiter:innen zu qualifizieren. In mindestens 60 Einheiten werden sich die Teilnehmer:innen mit Themen wie Selbstfürsorge, eigene Verlusterfahrungen, Trauerreaktionen, Sterbeprozess, Tod, Sterbe- und Trauerkulturen, Kommunikation, rechtliche Grundlagen sowie Patient:innenverfügung auseinandersetzen. Nach Abschluss der Ausbildung können sie wunschgemäß, zum Beispiel in konkreten Begleitungssituationen eingesetzt werden oder regelmäßige Trauergruppen für zum Beispiel Klient:innen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe anbieten. Damit werden die Teilnehmer:innen im Sinne des Peer-Ansatzes sterbende und/oder trauernde Menschen unterstützen.²¹⁸

Durch die Nähe der Themenfelder von Sterbe- und Trauerbegleitung sowie Krisenintervention können die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen des geplanten Weiterbildungsangebotes (insbesondere zur methodischen Ausgestaltung) adaptiert werden, um sie zukünftig für die Ausbildung von Klient:innen zu Peer-Berater:innen für Psychologische Erste Hilfe zu nutzen.

²¹⁷ vgl. Hoppe, Sebastian; Ehring, Thomas; Voß, Maria 2023b

²¹⁸ vgl. Helmers, Angela 2022: S, 1ff.

Diesem Angebot ist nun aber zunächst die Schulung für die Mitarbeiter:innen und Führungskräfte, welche sich zu psychologischen Ersthelfer:innen ausbilden lassen wollen, vorangestellt. Danach muss das Angebot betroffenen Personen zugänglich gemacht werden. Unabhängig davon ist es aber ebenso erforderlich, präventive Angebote zu stärken, um die Ressourcen von Mitarbeiter:innen, Führungskräften und Klient:innen zu steigern, sowie geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um akute, potenziell traumatisierende Situationen zu verhindern.

Wenn es dennoch zu krisenhaften Situationen kommt, sollten dabei nicht nur die negativen Folgen im Fokus stehen, sondern auch Entwicklungspotenziale erkannt werden. Denn: „Man darf eine Krise niemals ungenutzt verstreichen lassen. Eine Krise bietet die Möglichkeit, Dinge zu tun, die man andernfalls vermeiden würde.“²¹⁹

²¹⁹ Emanuel, Rahm 2008

Literatur- und Quellenverzeichnis

Arbeitsgruppe Psychosoziale Akuthilfe 2021: Mindeststandards in der Psychosozialen Akuthilfe (PSAH). Bad Nauheim, Berlin, Kassel, Köln.

Bock, Karin; Mieth, Ingrid 2015: Qualitative Forschung. In Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans. Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage. München. Reinhardt.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.) 2005: Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bosch, Erik 2012: Tod und Sterben im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Übersetzung aus dem Niederländischen: Regina Humbert. 2. Auflage. Arnhem. Bosch & Suykerbuyk Trainingszentrum B.V.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) 2012: Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. 3. Auflage. Rheinbach. Druckpartner moser – Druck und Verlag.

Bundesministerium der Justiz 2023: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG). Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 31. Mai 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 140) geändert worden ist.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015a: Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen. DGUV Information 206-017. Berlin.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015b: Trauma – Psyche – Job. Ein Leitfa-den für Aufsichtspersonen. DGUV Information 206-018. Berlin.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017a: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. DGUV Information 206-023. Berlin.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2017b: Traumatische Ereignisse. Prävention und Rehabilitation. DGUV Grundsatz 306-001. Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2022a: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2021. Berlin.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2022b: Schnelle Hilfe nach einem Trauma. In: Kompakt. Nachrichten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 03/2022. Berlin. Quadriga Media.

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2022: Vielfalt für das Leben. Jahresbericht 2022. Leipzig.

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023a: Lernen. Werner Vogel Schulzentrum. https://www.diakonie-leipzig.de/angebote_fuer_kinder_jugendliche_und_familie_schulangebot_werner_vogel_schulzentrum_de.html (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023b: Lindenwerkstätten. https://www.diakonie-leipzig.de/verkauf_und_dienstleistungen_lindenwerkstaeten_de.html (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023c: Wohnen. Wohnstätten und Betreutes Wohnen. https://www.diakonie-leipzig.de/angebote_fuer_menschen_mit_behinderungen_wohnangebote_de.html (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023d: Beratung. https://www.diakonie-leipzig.de/angebote_fuer_menschen_mit_behinderungen_beratungsangebote_de.html (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023e: Interne Unfallstatistik für die Jahre 2012 bis 2022. Leipzig.

Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. 2023f: Interne Einarbeitungsmappe. Leipzig.

Dillinger, Horst; Freyberger, Harald (Hrsg.) 2012: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 6. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.

Dreiner, Monika; Weber, Thomas 2012: Die Rolle der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) nach traumatischen Erlebnissen im Arbeitsleben. In: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege. Trauma – was tun? Damit Sie sich nicht mehr so hilflos fühlen müssen. Information für akut betroffene Menschen und deren Angehörige. Hamburg. Eggers Druckerei & Verlag.

Emanuel, Rahm 2008: In: Der Standard – Tageszeitung vom 08.11.2008.

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.) 2018: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. 2. Auflage. Göttingen. Hogrefe Verlag.

Fastner, Manuela 2021: Krisenintervention im pflegerischen Setting. Praxisbuch zur psychosozialen Krisenbegleitung für Pflegefachpersonen und Gesundheitsberufe. Bern. Hogrefe.

Filipp, Sigrun-Heide; Aaymanns, Peter 2018: Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart. Kohlhammer.

Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg) 2004: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Friedrichs, Jürgen 1990: Methoden der empirischen Sozialforschung. Opladen. Westdeutscher Verlag.

Grünbacher, Timo 2013: Wenn die Welt zusammenbricht... Krisenintervention in der peritraumatischen Phase aus ressourcenorientierter Perspektive. Norderstedt. Books on Demand.

Hammerl, Angela; Wollenweber, Dirk; Karutz Harald 2023: Ausbildungshandbuch PSNV-B. Unterrichtsleitfaden für Lehrende in der Psychosozialen Akuthilfe. Edewecht. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey.

Häussermann-Schuler, Jochen 2011: Wunder-Fragen. <https://professionellege-sprachsfuehrung.wordpress.com/2011/04/01/wunder-frage/>

(letzter Zugriff: 24.06.2023)

Helferich, Cornelia 2011: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung von qualitativen Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helmers, Angela 2022: Interne Konzeptskizze. Weiterbildungsangebot für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung zum Thema „Begleitung im Sterben und in der Trauer“. Leipzig.

Heppenheimer, Hans; Sperl, Ingo 2011: Emotionale Kompetenz und Trauer bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart. Kohlhammer.

Hoppe, Sebastian 2021: Von Herausforderungen und Chancen: Wirksamkeitsforschung im Feld der PSNV-B. In: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen 19 Jg. Heft 2. Köln.

Hoppe, Sebastian; Ehring, Thomas; Voß, Maria 2023a: Forschung PSNV. Das Forschungsprojekt. <https://www.forschung-psnv.de/das-forschungsprojekt/> (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Hoppe, Sebastian; Ehring, Thomas; Voß, Maria 2023b: Forschung PSNV. Forschungsergebnisse. <https://www.forschung-psnv.de/forschungsergebnisse/> (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Hughes, Rick; Kinder, Andrew; Cooper, Cary 2012: International Handbook of Workplace Trauma Support. Chichester. Wiley-Blackwell.

Kröger, Christoph 2013: Psychologische Erste Hilfe. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen. Hogrefe Verlag.

Kruse, Jan 2015: Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Juventa.

Krüsmann, Marion; Müller-Cyran, Andreas 2005: Trauma und frühe Intervention. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Stuttgart. Klett-Cotta.

Landesverband PSNV in Sachsen e.V. 2022: Besondere Zielgruppen: Menschen mit Behinderung. In: Ausbildungsunterlagen Basisausbildung Psychosoziale Notfallversorgung. Dresden.

Lasogga, Frank; Gasch, Bernd 2008: Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.

Lasogga, Frank; Gasch, Bernd 2009: Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. 4. Auflage. Edewecht. Verlagsgesellschaft Stumpf und Kossendey.

Luchterhand, Charlene; Murphy, Nancy 2010: Wenn Menschen mit geistiger Behinderung trauern. Vorschläge zur Unterstützung. 3. Auflage. Weinheim und München. Juventa.

Marholdt, Anke; Störmer Svenja 2022: Notfallseelsorge – auch für die Behindertenhilfe. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. Orientierung Fachzeitschrift für Teilhabe. Mitfühlen Mitgehen Mittrauen Mitfreuen. Seelsorge. Reutlingen. Bruderhaus-Diakonie.

Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel 2015: Beratung. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans: Handbuch Soziale Arbeit. München. Verlag Ernst Reinhardt.

Nikendei, Alexander 2017: Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch Krisenintervention. 2. Auflage. Edewecht. Verlagsgesellschaft Stumpf und Kossendey.

Regens Wagner Holzhausen 2017: Informationen zur Nachsorge für Mitarbeiter nach einem belastenden Ereignis. Igling-Holzhausen.

Rehmer, Sabine; Juds, Maike; Gödicke, Maria; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2022: Forschungsprojekt zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. In: DGUV Forum 7-8/2022. Berlin.

Rehmer, Sabine; Juds, Maike; Wagner, Petra; Niewrzol, Daniel 2023: Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen. Alles zu unserem Forschungsprojekt „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen – Eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland“. <https://www.srh-gesundheitshochschule.de/forschung/psychosoziale-notfallversorgung-in-unternehmen-eine-bestandsaufnahme-zur-umsetzung-in-deutschland/> (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Rehmer, Sabine 2023: Möglichkeiten und Maßnahmen zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen. Handout zum Workshopangebot des Forschungsprojektes. Gera.

Rembor, Heinz 2010: Krisenintervention bei Menschen mit besonderem Bedarf. Ein Leitfaden für bisher Unerfahren. Norderstedt. Book on Demane.

Richter, Dirk 2016: Prävention psychischer Erkrankungen nach belastenden Ereignissen. Handout zum Workshopangebot der Berner Fachhochschule Gesundheit. Bern.

Robertson, Noelle; Perry Andrew 2010: Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. In: Journal of Traumatic Stress 23.

Rogers, Carl 2022: In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. Orientierung Fachzeitschrift für Teilhabe. Mitfühlen Mitgehen Mittrauen Mitfreuen. Seelsorge. Reutlingen. BruderhausDiakonie.

Scheibler, Petra 2014: Qualitative Inhaltsanalyse. <https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/qualitative-inhaltsanalyse.html> (letzter Zugriff: 24.06.2023)

Schiek, Daniela 2014: Das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg43, Heft 5. Stuttgart. Lucius & Lucius Verlag.

Stellmacher, Heike 2022: Krisenintervention und Notfallseelsorge. Psychosoziale Notfallversorgung. In: Kriseninterventionsteam Leipzig e.V. Vereinsvorstellung. Leipzig.

Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus 2015: Lebensweltorientierung. In Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans. Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage. München. Reinhardt.

Wilk, Werner; Wilk, Margarete 2015: Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz. Arbeitsunfall – Gewaltverbrechen – Tod. Praxisleitfaden mit zahlreichen Beispielen und Checklisten. Berlin. Erich Schmidt Verlag.

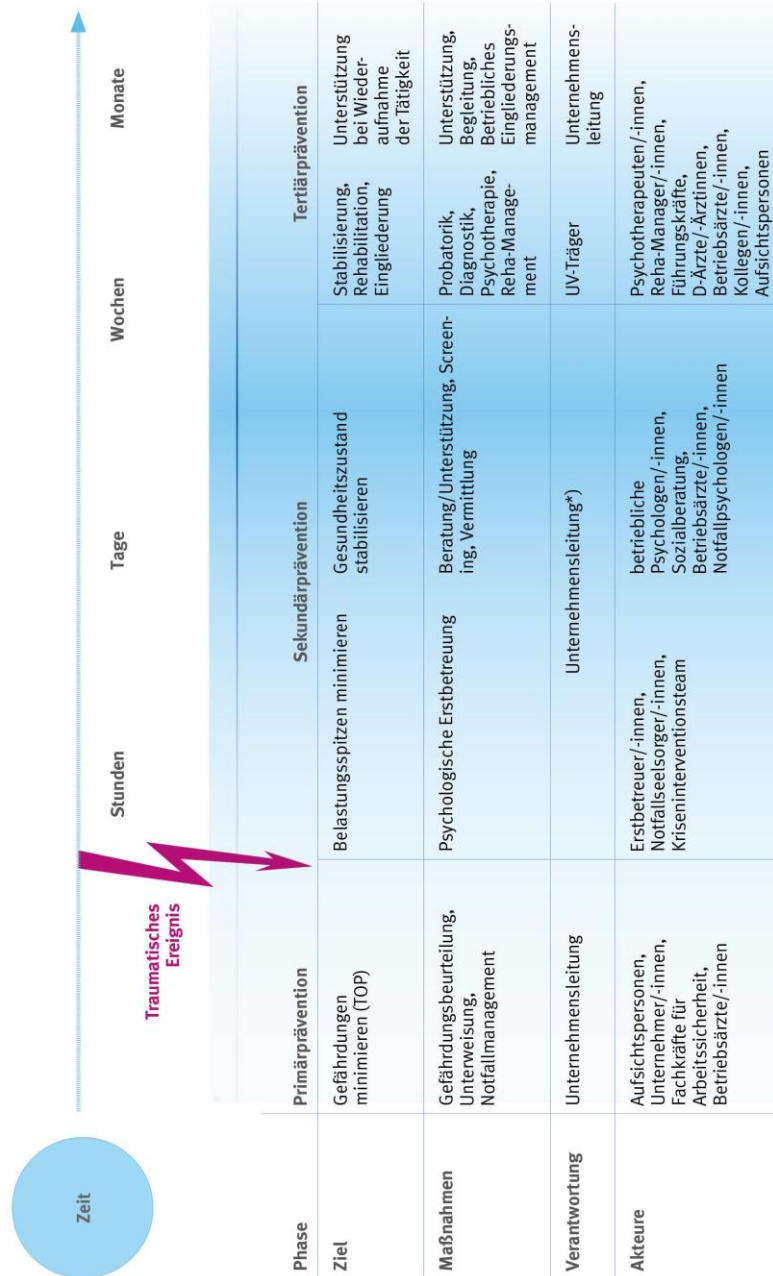
Witt-Loers, Stephanie 2019: Trauernde Menschen mit geistiger Behinderung begleiten. Orientierungshilfe für Bezugspersonen. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag:

Anhang

Anhangsverzeichnis

- Anhang 1 Dreistufiges Verlaufsschema der Präventionsstrategie
- Anhang 2 Risiko-Matrix
- Anhang 3 Beispielhaftes Ablaufschema nach einem belastenden Ereignis
- Anhang 4 Fragestellungen der Erhebung
- Anhang 5 Anschreiben an Interviewteilnehmer:innen
- Anhang 6 Informationsblatt zur Durchführung von schriftlichen Interviews
- Anhang 7 Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Daten
- Anhang 8 Auswertungen der schriftlichen Expert:inneninterviews
- Anhang 9 Prozessablauf Psychologische Erste Hilfe Diakonie Leipzig e.V.
Fachbereich Teilhabe und Inklusion (in Endabstimmung)
- Anhang 10 Prozessbeschreibung Psychologische Erste Hilfe Diakonie Leipzig e.V.
Fachbereich Teilhabe und Inklusion (in Endabstimmung)
- Anhang 11 Leitfaden für Erstbetreuer:innen (Entwurf)
- Anhang 12 Packliste für Notfallkoffer für Psychologische Erste Hilfe (Entwurf)
- Anhang 13 Einsatzprotokoll (Entwurf)

Anhang 1 Dreistufiges Verlaufsschema der Präventionsstrategie²²⁰



*) Die Erbringung von Leistungen im Rahmen der psychologischen Erstbetreuung (i. S. einer Notfallhilfe, wie sie auch im Bereich der psychosozialen Akuthilfe bzw. psychosozialen Notfallversorgung beschrieben wird) kann im Ausnahmefall und nach vorheriger Absprache auch im Auftrag eines Unfallversicherungs-trägers erfolgen.

Anhang 2 Risiko-Matrix²²¹**Wie stellen Sie fest, ob in Ihrem Unternehmen Handlungsbedarf besteht?**

Betrachten Sie dazu die Art der möglichen Ereignisse und schätzen Sie grob deren Häufigkeit sowie Folgeschwere ab.

A. Art der möglichen Ereignisse

In Ihre Betrachtung einbeziehen müssen Sie schwere Unfälle, Gewalt und tätliche Bedrohung sowie Suizide.

B. Häufigkeit

Eine grobe Einteilung, die Sie nutzen können, ist die folgende:

selten unter 1x in 5 Jahren

mittel 1x in 1 – 5 Jahren

häufig über 1x in einem Jahr

C. Folgeschwere

Beziehen Sie in Ihre Beurteilung die möglichen körperlichen und psychischen Gesundheitsstörungen bei direkt Betroffenen (z. B. Unfallopfer) sowie unmittelbaren Zeugen (z. B. Kollegen) und die Schäden für den Betrieb ein (z. B. Schaden durch Ausfall von Beschäftigten, Beschädigung von Betriebsanlagen, finanzieller Schaden durch Raub). Ordnen Sie Ihre persönliche Folgenabschätzung in die Kategorien „gering“, „mittel“ oder „hoch“ ein.

Zur Verknüpfung der Häufigkeit und der Folgeschwere für die betrachteten Ereignisse können Sie das nachstehende Raster nutzen. Die farblichen Felder zeigen Ihnen den jeweiligen Handlungsbedarf auf.

Folgeschwere	hoch			
	mittel			
	gering			
		selten	mittel	häufig
		Häufigkeit		

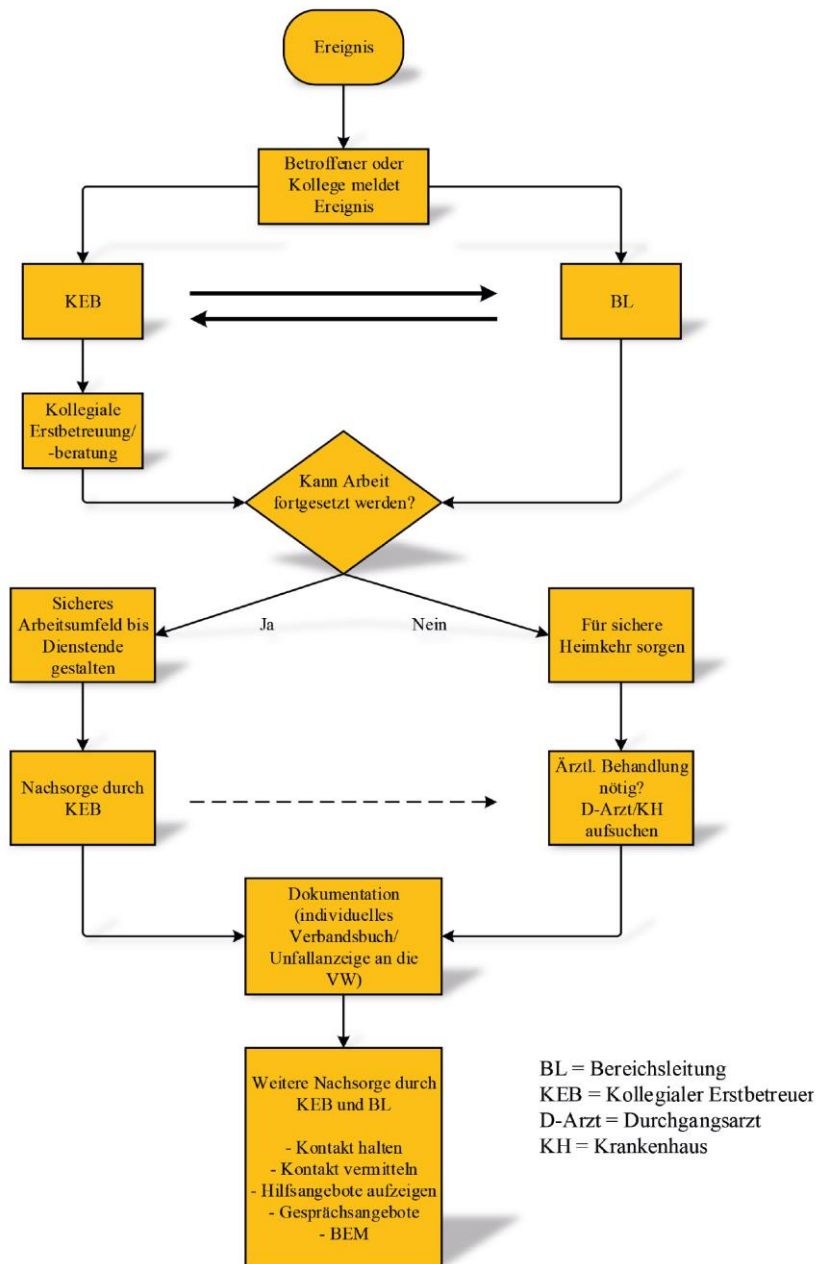
Bedeutung der Farben:

■ = Risiko für seelische Verletzungen gering, aber nicht gleich Null. Es muss kein betriebsinternes Präventionssystem aufgebaut werden. Für den Fall der Fälle ist aber ein Kontakt zu externer Hilfe vorzuhalten.

■ = Risiko für seelische Verletzungen mittel. Grundlagen für die betriebsinterne Hilfe sollten vorhanden sein (z. B. Sensibilisierung der Führungskräfte, Information der Beschäftigten, ggf. betriebsinterne Erstbetreuerinnen und -betreuer). Ein Kontakt zu externer Hilfe ist vorzuhalten.

■ = Risiko für seelische Verletzungen hoch. Es sollte eine handlungsfähige Hilfestruktur ins Unternehmen integriert werden (betriebsinterne Erstbetreuerinnen und -betreuer, Präventionsmaßnahmen für Beschäftigte). Ein Kontakt zu externer Hilfe ist vorzuhalten.

²²¹ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015b: S. 21

Anhang 3 Beispielhaftes Ablaufschema nach einem belastenden Ereignis²²²

Hinweis: dies ist kein starres Schema, sondern ein Leitfaden, der an die bereichsspezifischen Gegebenheiten noch angepasst werden muss.

Anhang 4 Fragestellungen der Erhebung

Erhebung im Rahmen der Masterarbeit von Tobias Hönig zum Thema: „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Fragenkomplex I – akute, potentiell traumatisierende Situationen

Welche akuten, potentiell traumatisierenden Situationen können Ihnen in den Einrichtungen und Angeboten der Diakonie Leipzig begegnen?

Welche akuten, potentiell traumatisierenden Situationen haben Sie in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig bereits erlebt? Beschreiben Sie diese wenn möglich.

Welche akuten, potentiell traumatisierenden Situationen haben Sie in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig zwar nicht persönlich erlebt, sind aber vorgekommen? Beschreiben Sie diese bitte.

Bei welcher der aufgeführten Situationen wäre Ihrer Meinung nach für die betroffenen Personen eine Unterstützung durch Mitarbeiter:innen oder eine externe Begleitung in der akuten Situation hilfreich?

Erhebung im Rahmen der Masterarbeit von Tobias Hönig zum Thema: „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Fragenkomplex II – Umgang mit akuten, potentiell traumatisierenden Situationen

Wenn Sie bereits eine akute, potentiell traumatisierende Situation in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig erlebt haben, beschreiben Sie bitte, wie Sie selbst, die Mitarbeiter:innen, die Einrichtungsleitung sowie die Klienten:innen damit umgegangen sind.

Beschreiben Sie bitte, was Ihnen in dieser Situation geholfen hat.

Beschreiben Sie bitte, was Ihnen in dieser Situation gefehlt hat. Was hätten Sie sich in dieser Situation gewünscht?

Welche konkreten Abläufe und Konzepte gibt es in Ihrer Einrichtung für solche Situationen? Beschreiben Sie diese bitte.

Erhebung im Rahmen der Masterarbeit von Tobias Hönig zum Thema: „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Wenn Sie bei einer akuten, potentiell traumatisierenden Situation eine Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter:innen für sinnvoll erachten, halten Sie dann den Einsatz ...

- a. ... Ihnen vertrauter Mitarbeiter:innen oder
- b. ... externer, Ihnen unbekannter, Mitarbeiter:innen anderer Einrichtungen des Fachbereiches Teilhabe und Inklusion für sinnvoll?

Geben Sie bitte die Beweggründe Ihrer Entscheidung an.

Fragenkomplex III – Nachbetreuung

Wurden Ihnen nach einer erlebten akuten, potentiell traumatisierende Situation Nachbetreuungsangebote unterbreitet oder haben Sie weiterführende Angebote in Anspruch genommen? Welche Angebote waren das?

Welche weiterführenden Angebote hätten Sie sich für spätere Zeitpunkte gewünscht?

Fragenkomplex IV – Begleitung von Klient:innen

Sind Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen in akuten, potentiell traumatisierenden Situation zu beachten? Welche könnten das aus Ihrer Sicht sein?

Erhebung im Rahmen der Masterarbeit von Tobias Hönig zum Thema: „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Halten Sie die Begleitung von Klient:innen in akuten, potentiell traumatisierenden Situationen durch...

- a. ... bekannte, den Klient:innen vertraute Mitarbeiter:innen oder
- b. ... externe Kräfte anderer Einrichtungen des Fachbereiches Teilhabe und Inklusion für sinnvoll?

Geben Sie bitte die Beweggründe Ihrer Entscheidung an.

Fragenkomplex V – Aufgabe der Leitung

Welche besonderen Aufgaben und/oder Herausforderungen hat Ihrer Meinung nach die Einrichtungsleitung in akuten, potentiell traumatisierenden Situationen?

Fragenkomplex VI – Team für Psychologische Erste Hilfe

Halten Sie es für sinnvoll, ein Team für psychologische Erste Hilfe für akute, potentiell traumatisierende Situation im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. zu etablieren? Begründen Sie dies bitte.

Wie könnten Sie sich eine Unterstützung durch das Team für psychologische Erste Hilfe vorstellen?

Erhebung im Rahmen der Masterarbeit von Tobias Hönig zum Thema: „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Sonstiges

Wie sind Sie mit der Diakonie Leipzig verbunden?

- Klient:in
- Mitarbeiter:in
- Führungskraft

Stehen Sie für mich bei Rückfragen zur Verfügung?

- Ja
- Nein

Wenn ja, geben Sie bitte eine Kontaktmöglichkeit an. Diese Informationen werden getrennt von den Interviewdaten aufbewahrt, damit die Anonymität gewährleistet bleibt.

Anhang 5 Anschreiben an Interviewteilnehmer:innen

Liebe Teilnehmer:innen,

vielen Dank für Ihre Unterstützung, durch die Mitwirkung an diesem schriftlichen Interview im Rahmen meiner Masterarbeit zum Thema „Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.“

Zur Einführung möchte ich Ihnen einige wichtige Hinweise geben:

Datenschutz

Wie in der Datenschutzerklärung ausgeführt, ist Ihre Teilnahme freiwillig. Ihre Rückmeldungen werden anonymisiert und nur im Rahmen meiner Masterarbeit sowie zur Erstellung eines Konzeptes zur „Psychologischen Ersten Hilfe“ im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. verwandt. Die Anonymisierung erfolgt so, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt sowie der Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten in wissenschaftlichen Projekten. Bitte senden Sie mir dieses ausgefüllt und unterschrieben per Mail oder über die Dienstpost zu.

Form des Interviews

Die Erhebung erfolgt als schriftliches Interview. Dies hat den Vorteil, dass Sie frei über den zeitlichen Rahmen bestimmen und in Ruhe über Ihre Antworten nachdenken können. Die schriftliche Durchführung ermöglicht außerdem den Einbezug einer größeren Anzahl an Personen bei der Konzepterstellung.

Sie können Ihre Antworten ausformuliert in Sätzen oder in Stichpunkten notieren. Entscheiden Sie bitte selbst über die für Sie günstigste Option.

Wenn Fragen unverständlich formuliert sind, stehe ich Ihnen gern für Rückfragen telefonisch oder per Mail zur Verfügung.

Wenn Sie Fragen nicht selbstständig beantworten können, haben Sie die Möglichkeit sich Unterstützung von einer Person Ihres Vertrauens zu holen. Sie können auch mit mir Kontakt aufnehmen, dann vermittele ich Ihnen gern eine Person, die Sie unterstützen kann.

Akute, potentiell traumatisierende Situationen

Bei der Befragung werden „akute, potentiell traumatisierende Situationen“ thematisiert. Ich möchte Ihnen kurz beschreiben, was darunter zu verstehen ist:

Akute, potentiell traumatisierende Situationen sind Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung auslösen würden und eventuell zu (schweren) seelischen Verletzungen führen können. Sie können die Folge eines außergewöhnlich belastenden persönlichen Erlebnisses sein, von dem man selbst betroffen ist, welches man beobachtet hat oder von dem einem berichtet wurde. Ein solches Erlebnis kann traumatisierend wirken, wenn eigene Möglichkeiten zur Bewältigung in der Situation nicht ausreichend und Betroffene folglich massiv überfordert sind. Dies erzeugt eine extrem hohe seelische Belastung (Stress). In solchen Situationen fühlen sich Menschen oft völlig hilflos, erleben große Angst oder sind entsetzt. Viele unmittelbare psychische Reaktionen auf sehr belastende Erlebnisse sind normal und kein Ausdruck einer psychischen Erkrankung. Ob ein Ereignis traumatisierend wirkt, hängt auch von den Umständen und den einzelnen Menschen mit ihren persönlichen Erfahrungen ab. Im Rahmen dieses schriftlichen Interviews geht es mir ausschließlich um Ereignisse, die mit den Einrichtungen der Diakonie Leipzig zu tun haben.

Triggerwarnung

In der Befragung geht es unter anderem um selbst erlebte traumatische Erfahrungen. Beantworten Sie diese Fragen nur, wenn Sie sich psychisch stabil genug dafür fühlen. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, dieses schriftliche Interview abzubrechen. Daraus entstehen keine Nachteile für Sie. Falls Sie sich aufgrund der Beantwortung der Fragen belastet fühlen sollten, haben Sie die Möglichkeit sich an den Psychologischen Fachdienst im Fachbereich Teilhabe und Inklusion – Diakonie Leipzig (Anastasia Bröske – Telefon: 0341 56 12 12 81 – Mail anastasia.broeske@diakonie-leipzig.de) zu wenden.

Rückgabe 30.04.2023

Ich bitte um Rücksendung der ausgefüllten schriftlichen Interviews bis zum 30.04.2023 an meine Mailadresse. Ich werde Ihnen einige Tage vor Ablauf der Rückgabefrist eine Erinnerungsmail zukommen lassen.

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Beste Grüße von
Tobias Hönig

Wohnverbund „Katharina von Bora“
Tel: 0341/350147115
Mail: tobias.hoenig@diakonie-leipzig.de

Anhang 6 Informationsblatt zur Durchführung von schriftlichen Interviews



Informationsblatt zur Durchführung von schriftlichen Interviews im Rahmen einer Masterarbeit zum Thema: "Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig."

Dieses Informationsblatt informiert Sie über das Ziel und das Vorgehen der schriftlichen Interviews im Rahmen meiner Masterarbeit. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche Einwilligung, dass ich das Interview führen, aufzeichnen, speichern und auswerten darf.

Die verantwortliche Leitung liegt beim Autor der Arbeit Herrn Tobias Hönig und wird durch Prof. Dr. rer. nat. Alexander Zill - Fakultät Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida betreut.

Ziel der Arbeit ist es, festzustellen, welche akuten, potentiell traumatisierenden Ereignisse im Bereich der Eingliederungshilfe vorkommen und welche Maßnahmen ergriffen werden können um negative Folgen für Beschäftigte und Klient:innen zu reduzieren. Auf Grundlage der Interviews sollen Maßnahmen abgeleitet werden, welche bei der Erstellung und Implementierung eines Konzeptes zur Krisenintervention im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig berücksichtigt werden sollten.

Die Durchführung der schriftlichen Interviews geschieht auf Grundlage der Bestimmungen zum Datenschutz. Der Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient wissenschaftlichen Zwecken sowie einer Konzepterstellung für den Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.

Als gesetzlich Grundlage gilt DSG-EKD und DSGVO.

Folgendes Verfahren wird zugesichert:

- Ich gehe sorgfältig mit den mitgeteilten Informationen um. Die Inhalte des schriftlichen Interviews werden anonymisiert verarbeitet.
- Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, dienstliche Erreichbarkeit, dienstliche Stellung) werden getrennt von der Abschrift des Interviews aufbewahrt, so dass Ihre personenbezogenen Daten nicht mit den mitgeteilten Informationen in Verbindung gebracht werden können. Die Daten werden gelöscht, soweit diese nicht mehr zur Erfüllung des Zweckes der Speicherung erforderlich sind. Sind vom Gesetzgeber andere vorrangige Aufbewahrungsfristen vorgesehen, werden diese eingehalten. Auf Verlangen können die Kontaktdaten auch vor Ablauf der Speicherfrist gelöscht werden.



- Die von Ihnen unterschriebene Einverständniserklärung zur Teilnahme an dem Interview und ihrer Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einem gesicherten und nur dem Autor zugänglichen Ort in einem abgeschlossenen Aktenschrank in seiner Dienststelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Erhebung und Auswertung der Daten einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Einzelne Zitate aus dem Interview können in der Masterarbeit veröffentlicht werden. Dies geschieht in anonymisierter Form, so dass keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind.
- Zugang zu Ihren persönliche Daten (Name, Vorname, dienstliche Erreichbarkeit) hat nur der Autor.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen weiterhin, dass Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen werden, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden.

Das Vorgehen ist auch mit der Datenschutzbeauftragten der Diakonie Leipzig e.V. abgestimmt.

Leipzig, den 01.04.2023

Anhang 7 Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Daten

**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten in wissenschaftlichen Projekten**Thema der Abschlussarbeit:

Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig.

Autor: Tobias Hönig

betreuender Professor: Prof. Dr. rer. nat. Alexander Zill - Fakultät Soziale Arbeit

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler - Fakultät Soziale Arbeit

erhobene personenbezogene Daten für Projekt:

Name, dienstliche Kontaktdaten, dienstliche Stellung, persönliche Erfahrung mit akuten, potentiellen Krisensituationen in Einrichtungen der Diakonie Leipzig

Die im Rahmen des wissenschaftlichen Projekts erhobenen personenbezogenen Daten werden zur Verarbeitung sowie zukünftiger wissenschaftlicher Forschung an der Hochschule Mittweida/des Bearbeiters freigegeben. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nach § 50 DSGVO. Eine ggf. stattfindende Veröffentlichung der Auswertungs- bzw. Forschungsergebnisse erfolgt in anonymisierter Form schriftlich gedruckt und/oder in digitaler Form.

Mir ist bewusst, dass die von mir zu o.g. Forschungsarbeit erhobenen und in der Forschungsarbeit verwendeten personenbezogenen Daten nach Fertigstellung der Forschungsarbeit nicht mehr gelöscht werden können. Die Rohdaten Ihres schriftlichen Interviews werden nach Auswertung dieser und Abschluss der wissenschaftlichen Arbeit gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

ja nein



Besucheradresse:
Haus 1, Weitzel-Bau
Raum 1-309 A
Technikumplatz 17
09648 Mittweida



**Datenschutzerklärung:**

Die im Rahmen dieser Vereinbarung erhobenen personenbezogenen Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO bzw. Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO und § 6 Pkt. 2 und § 13 Abs. 2, Pkt. 1 DSGVO verarbeitet. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit das Recht habe, meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Dies betrifft jedoch nicht die erfolgte Verarbeitung vor Eingang meines Widerrufs. Die hier erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, dienstlicher Kontakt, dienstliche Stellung) werden gelöscht, soweit diese nicht mehr zur Erfüllung des Zweckes der Speicherung erforderlich sind. Sind vom Gesetzgeber andere vorrangige Aufbewahrungsfristen vorgesehen, werden diese eingehalten. Auf Verlangen können die Kontaktdaten auch vor Ablauf der Speicherfrist gelöscht werden.

Sofern die Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten für die Zukunft widerrufen werden soll oder die Kontaktdaten gelöscht werden sollen, ist der Widerruf bzw. das Lösungsbegehren per E-Mail an datenschutz@hs-mittweida.de zu richten. Der Widerruf hat zur Folge, dass personenbezogene Daten nicht weiterverwendet werden dürfen und umgehend gelöscht werden. Die Kontaktdaten des Verantwortlichen und des Datenschutzbeauftragten der Hochschule Mittweida sind unter:

<http://www.hs-mittweida.de/newsampservice/impressum.html>

hinterlegt. Die weiteren Betroffenenrechte im Sinne der DS-GVO sind ebenfalls dort zu finden. Die Betroffenenrechte der DSGVO sind im Intranet der Diakonie Leipzig ebenso wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Diakonie Leipzig e.V. zu finden.

Ich habe das **Informationsblatt zur Führung von Interviews im Rahmen einer Forschung zum Thema: "Krisenintervention bei akuten, potentiell traumatisierenden Ereignissen in der Eingliederungshilfe. Konzeptentwicklung und Implementierung im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig."** erhalten und gelesen.

ja nein

Vorname, Nachname

Dienstlich: Straße u. Hausnummer, PLZ, Ort

Dienstlich: Telefonnummer, E-Mail

Ort, Datum / Unterschrift

Anhang 8 Auswertungen der schriftlichen Expert:inneninterviews

Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 1 - Welche akuten, potenziell traumatisierenden Situationen können Ihnen in den Einrichtungen und Angeboten der Diakonie Leipzig begegnen?

Kategorie: Mögliche Situationen

M1	Tod Unfälle Krankheiten
M2	plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Erkrankung mit Todesfolge
M3	Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Unfälle (sexualisierte) Gewalt, Amok,
M4	plötzlicher unerwarteter Tod von Kolleg:innen und Klient:innen (sexualisierte) Gewalt
M5	plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Unfälle Krankheiten auch im Kontext psychischer Erkrankungen (sexualisierte) (verbale) (digitale) (strukturelle) Gewalt bis zu Mord(-drohungen) Suizid Schicksalsschläge Akuter Suchtmittelmissbrauch
M6	plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Krankheiten Gewalt Suizid
M7	Tod von Kolleg:innen und Klient:innen und Angehörigen Unfälle Krankheiten (sexualisierte) (strukturelle) Gewalt gegenüber Kolleg:innen und Klient:innen Suizid Medizinische Notfälle Überlastungssituationen durch Personalmangel Brände
M8	Tod von Kolleg:innen und Klient:innen auch durch Dritte (sexualisierte) Gewalt gegenüber Kolleg:innen und Klient:innen Suizid Brände
M9	Plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen (sexualisierte) (strukturelle) Gewalt gegenüber Kolleg:innen und Klient:innen
M10	Gewalt
M11	plötzlicher Tod Gewalt
M12	Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Krankheiten Gewalt
M13	Gewalt

	Suizid
M14	Tod Unfälle (sexuelle) (strukturelle) Gewalt Suizid Brände
F1	Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Gewalt, Amok Brände Pflichtverletzungen/Fehlverhalten mit Auswirkungen auf Klient:innen
F2	plötzlicher Tod Gewalt gegenüber Kolleg:innen und Klient:innen Suizid Brände / Hochwasser Pflichtverletzungen/Fehlverhalten mit Auswirkungen auf Klient:innen Einwirkungen von außen massiver Polizeieinsatz, Demonstrationen, Drohungen
F3	plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Unfälle Gewalt Brände und Katastrophenereignisse Falschbeschuldigungen von Mitarbeiter:innen
F4	Tod von Klient:innen Krankheiten (sexuelle) Gewalt Brände
F5	plötzlicher Tod von Kolleg:innen und Klient:innen Unfälle (sexualisierte) Gewalt Suizid Medizinische Notfälle Brände und Katastrophenereignisse, Kriegserleben Drohungen Sterbebegleitungen Missingsituationen
K1	plötzlicher Tod (verbale) (körperliche) Gewalt und Ausgrenzung
K2	Unfälle Gewalt inklusive Einbrüchen, Diebstähle
K3	Gewalt und Ausgrenzung
K4	Gewalt Medizinische Notfälle

Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 2 - Welche akuten, potenziell traumatisierenden Situationen haben Sie in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig bereits erlebt? Beschreiben Sie diese, wenn möglich.

Kategorie: Erlebte Situationen

M1	plötzlicher Tod Klient:in
M2	schwere Erkrankung von Kolleg:in und Begleitung der Krankheitsphase bis zum Tod
M3	plötzlicher Tod Klient:in nach medizinischen Notfall
M4	Medizinischer Notfall Klient:in mit Verdacht auf Fehlverhalten von Mitarbeiter:innen und damit einhergehender polizeilicher Ermittlung. Plötzliche Todesfälle von jungen und altgewordenen Klient:innen, mit zum Teil jahrzehntelanger Bindung. Reanimationssituationen
M5	Plötzliche Todesfälle von jungen und altgewordenen Klient:innen zum Teil mit vorheriger lebenslimitierender Diagnose aber auch ohne Vorzeichen. Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen. Sexuelle Übergriffe, Stalking. Mobbing durch Mitarbeiter:innen und Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen. Erpressung, Drohung, Mobbing über SocialMedia Klient:innen gegenüber Klient:innen. Veränderungen durch Suchtmittelmissbrauch von Klient:in und der Umgang damit.
M6	plötzliche Todesfälle von Klient:innen schwere Erkrankungen von Klient:in
M7	Frustrane Reanimation von Klient:innen. Plötzliche Todesfälle von Klient:innen und damit einhergehender polizeilicher Ermittlung. Zeitlich gehäufte Todesfälle von Klient:innen. Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen – dabei in Verantwortungsrolle. Begleitung von Klient:innen bei Abschiednahme und Beerdigung von sterbenden Angehörigen.
M8	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen. Sexuelle Übergriffe durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen. Plötzliche Todesfälle von Klient:innen.
M9	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen mit weitreichenden körperlichen Verletzungen. Begleitung von Klient:innen nach massivem Gewalterleben, sexuellen Übergriffen sowie Todesfällen.
M10	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen, dabei Einsatz von deeskalierenden Fixierungstechniken.
M11	Todesfälle Brand Gewalterleben
M12	Gewalterleben Medizinische Notfälle mit frustrenen Ausgang im Beisein von Klient:innen.

M13	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:in ohne dass weitere Mitarbeiter:innen zur Unterstützung anwesend waren bzw. hinzugerufen werden mussten. Schilderungen von Kriegserleben.
M14	Suizid(versuche/gedanken) von Klient:innen. Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:in.
F1	Suizid(versuche) von Klient:innen und Mitarbeiter:innen.
F2	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen. Suizid(versuche/gedanken) von Klient:innen.
F3	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen mit Verletzungsfolgen. Plötzliche Todesfälle von Klient:innen welche zur Belastung von nahestehenden Mitarbeiter:innen führen.
F4	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen mit Verletzungsfolgen. Brandstiftung durch Klient:in mit weitreichenden Auswirkungen für Mitarbeiter:innen und Klient:innen. schwere Erkrankung von Klient:innen und Begleitung der Krankheitsphase bis zum Tod einhergehend mit Konflikten in der Rolle als Unterstützer:in gegenüber Angehöriger.
F5	Plötzlicher Todesfall von Klient:in und damit einhergehender polizeilicher Ermittlung. Nach Todesfall in der Öffentlichkeit und Überbringung der Todesnachricht durch Polizei. Weitere ohne Nennung.
K1	Todesfälle von Klient:innen und Angehörigen/Freund:innen. Gewalterleben durch Klient:innen. Verbales Gewalterleben durch Klient:innen und Mitarbeiter:innen. Schicksalsschläge und eigene Krisen durch Beziehungsprobleme.
K2	Unfall mit weitreichenden Verletzungsfolgen.
K3	Unfall mit weitreichenden Verletzungsfolgen.
K4	Todesfälle von Klient:innen und Angehörigen. Gewalterleben durch Klient:innen.

Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 3 - Welche akuten, potenziell traumatisierenden Situationen haben Sie in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig zwar nicht persönlich erlebt, sind aber vorgekommen? Beschreiben Sie diese bitte.

Kategorie: Tangierende aber nicht persönlich erlebte Situationen

M1	Todesfälle nach schwere Krankheiten medizinische Notfälle
M2	Todesfälle von Klient:innen Ausnahmesituationen (z.B. Corona-Pandemie)
M3	Keine Antwort
M4	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen mit Verletzungsfolgen
M5	Sexuelle Gewalt von Klient:innen gegenüber Klient:innen Suizid von Mitarbeiter:in Morddrohungen von Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen Rufmord von Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen
M6	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen medizinische Notfälle von Klient:innen mit Reanimation
M7	Traumatisierende Erfahrung durch zum Beispiel Krieg und Flucht Brände mit Gefahr für Leib und Leben
M8	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M9	Langanhaltendes massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:in mit fehlender Unterstützung durch Leitung Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M10	Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M11	(Arbeits-)Unfälle von Klient:innen mit weitreichenden Verletzungen
M12	Sexualisierte Gewalt
M13	Suizid von Klient:innen und damit einhergehender Schuldfrage (langanhaltendes) massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen in der Alleinarbeit bzw. in der Öffentlichkeit
M14	Suizid von Klient:innen (Arbeits-)Unfälle von Klient:innen mit weitreichenden Verletzungen Massives Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen familiäre Schicksalschläge
F1	Tod von Kolleg:in nach schwerer Erkrankung Suizid im familiären Umfeld
F2	plötzliche Todesfälle von Klient:innen in Folge von medizinischen Notfall Gewalterleben durch Klient:innen gegenüber Mitarbeiter:innen
F3	(sexuelles) Gewalterleben durch Angehörige gegenüber Klient:innen
F4	(sexuelles) Gewalterleben durch Angehörige gegenüber Klient:innen
F5	plötzliche Todesfälle von jungen Klient:innen in Folge von medizinischen Notfällen in Anwesenheit weiterer Klient:innen
K1	Keine Antwort
K2	Todesfälle von Klient:innen und Angehörigen von Klient:innen
K3	Selbstverletzungen von Klient:innen
K4	Todesfälle von Klient:innen Traumatisierende Erfahrung durch zum Beispiel Krieg und Flucht

Fragekomplex I – akute, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 4 - Bei welcher der aufgeführten Situationen wäre Ihrer Meinung nach für die betroffenen Personen eine Unterstützung durch Mitarbeiter:innen oder eine externe Begleitung in der akuten Situation hilfreich?

Kategorie: Wunsch nach Unterstützung und Begleitung

M1	Immer
M2	Bei schweren Erkrankungen
M3	Immer in Abhängigkeit von der Situation
M4	Akutes Gewalterleben oder schwerwiegende Bedrohungen
M5	Akutes Gewalterleben oder schwerwiegende Bedrohungen gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen Bei plötzlichen (unklaren) Todesfällen
M6	Gewalterleben gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen – eher präventiv Bei plötzlichen (unklaren) Todesfällen oder schwerwiegenden Erkrankungen - seelsorgerisch
M7	In bedrohlichen Situationen Todesfälle von Klient:innen Bei lebensbedrohlichen Diagnosen Sterbebegleitung Massives Gewalterleben gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M8	Todesfälle von Klient:innen Massives Gewalterleben gegenüber Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M9	Immer nach akuten Situationen zumindest als Angebot
M10	Immer nach akuten Situationen
M11	Immer nach akuten Situationen
M12	Immer nach akuten Situationen
M13	Immer nach akuten Situationen
M14	Immer nach akuten Situationen
F1	Tod Suizid(versuch) bei Kolleg:innen oder Klient:innen Massives Gewalterleben z.B. Amok
F2	Immer nach akuten Situationen
F3	Immer in Abhängigkeit von der Situation
F4	Immer nach akuten Situationen
F5	Immer nach akuten Situationen
K1	Immer nach akuten Situationen
K2	Keine Antwort
K3	Keine Antwort
K4	Immer nach akuten Situationen

Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 1 - Wenn Sie bereits eine akute, potenziell traumatisierende Situation in den Einrichtungen der Diakonie Leipzig erlebt haben, beschreiben Sie bitte, wie Sie selbst, die Mitarbeiter:innen, die Einrichtungsleitung sowie die Klienten:innen damit umgegangen sind.

Kategorie: Umgang mit erlebten Situationen

M1	Information über Tod von Klient:in wurde behutsam in Anwesenheit von Pfarrer:in den Mitarbeiter:innen und Klient:innen vermittelt. Es gab viel Zeit sich anschließend zu sammeln.
M2	Zunächst standen Schock und Hilflosigkeit der Mitarbeiter:innen im Vordergrund. Eine gemeinsame Zusammenkunft zum Austausch über das Geschehene wurde organisiert.
M3	Information über Tod von Klient:in wurde behutsam vermittelt. Es gab viel Zeit sich anschließend zu sammeln. Angebot von Unterstützung durch Seelsorger:innen für Mitarbeiter:innen und Klient:innen sowie organisatorische Fragen zum Trauerprozess und zur Kommunikation mit Angehörigen wurden durch die Leitung unterbreitet.
M4	Mitarbeiter:in hatte Angst, da Polizei in Vorfälle eingebunden war. Mitarbeiter:innen waren zum Teil unterstützend, zum Teil wenig hilfreich. Einrichtungsleiter:in hat sehr hilfreich unterstützt. Klient:innen waren nicht eingebunden.
M5	Gemeinsame Zusammenkunft zum Austausch über das Geschehene. Angebot von interner und externer Unterstützung (Telefonseelsorge, Gesundheitsmanagement, Pfarrer:in, Supervision). Trauerfeier in Einrichtung
M6	Über mögliches Gewaltpotenzial von Klient:in bestand zuvor keine Kenntnis. Situation eskalierte, da sie aufgrund fehlender Kenntnis im speziellen Fall falsch eingeschätzt wurde. Ansonsten gute Vorbereitung durch Deeskalationstraining und Erfahrung mit ähnlichen Situationen. Klärung und Nachbereitung erfolgte mit Mitarbeiter:innen und Einrichtungsleiter:in.
M7	Bei medizinischen Notfällen wurde Erste Hilfe zum Teil inklusive Reanimation durchgeführt. Bei Gewalterleben wurde Polizei hinzugerufen, Klient:innen in Sicherheit gebracht und Einrichtungsleiter:in informiert. Es ist ein gutes Gefühl in einer solche Situation nicht allein zu sein sondern mit weiteren Mitarbeiter:innen notwendige Entscheidungen zu treffen. Klient:innen reagierten unterschiedlich, nahmen die Besonderheit der Situation war und agierten entsprechend der Anweisungen. Es ist ein gutes Gefühl die Rückendeckung der Einrichtungsleitung zu haben. Es ist gut wenn Einrichtungsleiter:in selbst vor Ort ist oder dazu kommt.
M8	Unterstützungs(-angebote) durch Mitarbeiter:innen durch Gespräche, körperliche Zuwendung, Entlastung bei Arbeitsabläufe sind erfolgt. Gesprächsangebote durch Einrichtungsleiter:in inklusive Angebot von weiteren Unterstützungsmöglichkeiten Gesprächsangebote und Zuwendung durch Klient:innen
M9	Nach einem massiven Gewalterleben mit schweren körperlichen Verletzungen durch Klient:in langfristige Arbeitsunfähigkeit von Mitarbeiter:in.

	<p>Begleitung durch Einrichtungsleiter:in und Teile der Kolleg:innen wurde negativ und abweisend wahrgenommen, was Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis bis heute nach sich zieht.</p> <p>Einige Kolleg:innen und Klient:innen übermittelten Genesungswünsche. Zur Bearbeitung des Gewalterleben wurde therapeutische Begleitung in Anspruch genommen.</p>
M10	Unterstützung von weiteren Mitarbeiter:innen wurde zur Klärung und Begleitung der Situation gesucht.
M11	Es fanden gemeinsame Gespräche mit Mitarbeiter:innen statt.
M12	<p>Gemeinsame Reflexion des Ereignis mit Einrichtungsleiter:in und Mitarbeiter:innen, was zum Abbau der Zweifel an Vorgehensweise führte.</p> <p>Durch Einrichtungsleiter:in erfolgten Gesprächsangebote, Angebote für externe Unterstützung und Möglichkeiten einer Freistellung.</p> <p>Klient:innen zeigten ein hohes Maß an Gesprächsbedarf welches mit viel Einfühlungsvermögen durch Mitarbeiter:innen begleitet wurde.</p>
M13	Erlebnisse wurden mit Mitarbeiter:innen besprochen.
M14	<p>Nachdem Klient:in vom Suizidversuch durch das Einwirken mehrerer Mitarbeiter:innen abgehalten und durch Notärzt:in in Krankenhaus eingewiesen wurde erfolgten Gespräche mit den beteiligten Mitarbeiter:innen und Einrichtungsleiter:in.</p> <p>Im Nachgang erfolgte ein Gruppengespräch mit Klient:innen begleitet durch Mitarbeiter:innen und dem psychologischen Fachdienst.</p>
F1	<p>Isoliertes Gespräch der Einrichtungsleitung mit Mitarbeiter:innen über Todesnachricht.</p> <p>Mitarbeiter:innen erhielten Freiraum um Gedanken zu sammeln, währenddessen wurde die Begleitung der Klient:innen mit weiteren Mitarbeiter:innen aus anderen Bereichen der Einrichtung abgesichert.</p> <p>Anschließend erfolgte ein ausführliches Gespräch der Mitarbeiter:innen mit Klient:innen in dem für individuelle Emotionen ausreichend Raum geschaffen wurde.</p> <p>Die Trauer wurde gemeinsam von Klient:innen und Mitarbeiter:innen durchlebt, inklusive gemeinsamer Teilnahme der Beerdigung.</p>
F2	<p>Angebote von Gesprächen mit Einrichtungsleiter:in sowie psychologischen Fachdienst sowie weiterführender externen Unterstützung.</p> <p>Begleitung der betroffenen Person durch Mitarbeiter:in nach Hause sowie Angebot der Freistellung für nächsten Dienst.</p> <p>Gespräche im Mitarbeiter:innenteam sowie mit jeweils betroffenen Klient:innen durch Einrichtungsleiter:in.</p>
F3	<p>Schockreaktion der beteiligten Mitarbeiter:innen nach Auffinden von verstorbenen Klient:in. Belastung für Mitarbeiter:innen erhöhte sich durch die Hinzuziehung der Kriminalpolizei aufgrund unklarer Todesursache, da dies ein Gefühl von Schuld erzeugte.</p> <p>Alle Mitarbeiter:innen des Teams wurden telefonisch informiert um die Möglichkeit einer Abschiednahme einzuräumen. Dies wurde von vielen Mitarbeiter:innen angenommen.</p> <p>Die Einrichtungsleitung kümmerte sich um notwendige Formalitäten und bot anschließend entlastende Einzelgespräche mit den im Dienst befindlichen Mitarbeiter:innen an.</p> <p>Im weiteren Tagesverlauf gab es eine Andacht durch die Einrichtungsleitung an der alle Mitarbeiter:innen und Klient:innen teilnehmen konnten.</p>

	<p>In den nächsten Tagen erfolgten weitere Angebote für Gesprächsrunden für Mitarbeiter:innen, bei den sich jeder individuell beteiligen und einbringen kann.</p> <p>Die Beisetzung wurde gemeinsam mit Mitarbeiter:innen und Klient:innen gestaltet und begleitet.</p> <p>Seelsorgerische Unterstützung wurde durch Pfarrer:in angeboten.</p>
F4	<p>Nach einer Brandstiftung einer:eines Klient:in wurden die Klient:innen des Bereichs in andere Bereiche der Einrichtung verteilt und Gesprächsrunden angeboten.</p> <p>Die Situation wurde mit den Mitarbeiter:innen unmittelbar in einer Dienstberatung besprochen und Fragen und Unsicherheiten ergründet. Dabei wurde auf die Ursachen, welche im Behinderungsbild der Klient:in zu finden sind eingegangen, Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und ein gemeinsamer Rahmen festgelegt.</p> <p>Fortlaufend wurden den Mitarbeiter:innen Gesprächsangebote auch mit externer Fachberatung im Sinne von Fallbesprechung unterbreitet und sich mit Mitarbeiter:innen anderer Einrichtung sowie deren Leiter:innen ausgetauscht.</p>
F5	<p>Nach der Information über den Todesfall der:des Klient:in in den Außenwohnbereichen durch die Polizei erfolgte eine interne Abstimmung der Leitung.</p> <p>Im weiteren Verlauf wurden die Mitarbeiter:innen (auch im dienstfrei) und Klient:innen des Bereichs über den Todesfall informiert.</p> <p>Den Klient:innen wurde angeboten in der Kerneinrichtung zu übernachten, da sie dort eine dauerhafte Ansprechperson haben und psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen können. Das Angebot wurde für die Dauer von ca. einer Woche angenommen und anschließend auf eigenen Wunsch beendet.</p> <p>Am Tag nach dem Todesfall wurde eine Trauerandacht organisiert und in Folge dieser weitere Einzelgespräche für Klient:innen und Mitarbeiter:innen angeboten.</p>
K1	<p>Nach einem Gewalterleben wurden Einzelgespräche durch die Mitarbeiter:innen angeboten.</p> <p>Nach einem plötzlichen Todesfall einer nahestehenden Person wurden verschiedene Gesprächsangebote von unterschiedlichen Mitarbeiter:innen unterbreitet.</p>
K2	<p>Nach Arbeitsunfall erfolgten Gespräche mit Mitarbeiter:innen und Klient:innen bei den Rücksicht auf die Situation genommen wurde ohne diese zu dramatisieren.</p>
K3	<p>Nach Todesfällen werden Gespräche und Andachten angeboten.</p>
K4	<p>Nach Todesfällen von Angehörigen wurden Gespräche mit Bezugsmitarbeiter:innen angeboten, welche dabei motivierten wichtige Routinen wie Arbeit aufrecht zu erhalten.</p> <p>Nach einem Gewalterleben wurde die Situation mit den Mitarbeiter:innen besprochen, was aufgrund der eignen Schockreaktion schwergefallen ist.</p>

Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierende Situationen
Frage 2 - Beschreiben Sie bitte, was Ihnen in dieser Situation geholfen hat.

Kategorie: Hilfreich empfundene Angebote

M1	Zeit für mich zu haben. Rituale für die Begleitung der Klient:innen in einer solchen Situation
M2	Anteilnahme der Mitarbeiter:innen Gespräche mit Mitarbeiter:innen Trauerandacht
M3	Gespräche mit Mitarbeiter:innen und externen Personen Unterstützung der Leitung bei Organisation des Trauerprozesses Unterstützung durch Pfarrer:innen bei der Gestaltung des Trauerprozesses
M4	Unterstützung durch Leitung
M5	Gespräche Supervisionen Trauerfeier
M6	Gesprächsangeboten Unterstützungsangebote
M7	Bisherige Erfahrungen Verantwortungsteilung Austausch mit Mitarbeiter:innen Unterstützung, Rückhalt und wertschätzende Fürsorge der Leitung
M8	Unmittelbare Gespräche und Unterstützung führen zu Entlastung Spätere Gespräche um erlebtes zu reflektieren
M9	Unterstützung durch Stabsstellen Telefonische Beratung vermittelt durch die Berufsgenossenschaft
M10	Austausch über Situation Verständnis für eigenes Verhalten
M11	Gespräche mit Mitarbeiter:innen und Leitung
M12	Kooperation der Klient:innen in der akuten Situation Unterstützung durch Mitarbeiter:innen Nicht allein zu sein
M13	Gespräche mit Mitarbeiter:innen zu den eine Vertrauensbasis besteht Räumlicher und zeitlicher Abstand
M14	Unterstützung der Mitarbeiter:innen Austausch mit Klient:innen und Mitarbeiter:innen Emotionen ohne Angst zeigen zu können. Personen die zuhören.
F1	Seelsorgerische Ansprechpartner:innen (z.B. Pfarrer:innen) Krisenkonzept Delegieren von Tagesaufgaben um sich auf die Begleitung in Krisen konzentrieren zu können Als Leitung als erstes über eine Situation zu erfahren um adäquates Handeln besser ableiten zu können Gemeinsamer Halt mit anderen betroffenen Personen – dies stärkte die Zusammengehörigkeit
F2	Gespräche mit Einrichtungsleitung und Stabsstellen Begleitung nach Hause. Freistellung für den nächsten Dienst Gespräche mit Mitarbeiter:innen und Klient:innen
F3	Krisenplan für Sterbefälle

	Kollegialer und offener Umgang auf Augenhöhe Gespräche und Austausch Vorhandene externe Unterstützung innerhalb des Fachbereichs
F4	Gespräche und Austausch zu Situation
F5	Durchführen von eigenen Ritualen in Vorbereitung um für Gespräche gewappnet zu sein und weitere Schritte planen zu können. Verteilung der Aufgaben im Leitungsteam. Es ist wohlthuend selbst nach den Empfindungen als Leitung gefragt zu werden. Gespräche mit Klient:innen sind hilfreich, da diese oft aufgrund der vielen Erlebnisse eigene Handlungsstrategien entwickelt haben.
K1	Gespräch mit Polizei und anschließend mit den Mitarbeiter:innen Unterstützungsangebote und Handlungsempfehlungen Intensiver Kontakt in den nächsten Tagen durch Mitarbeiter:innen
K2	Verständnisvoller Umgang der Mitarbeiter:innen und Klient:innen ohne dabei zu „verhätscheln“
K3	Zeit für sich zu haben und nicht Angebote aufgezwungen zu bekommen
K4	Gespräch mit vertrauter Person dabei Zuspruch oder Ableitung von Handlungsstrategien

Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 3 - Beschreiben Sie bitte, was Ihnen in dieser Situation gefehlt hat. Was hätten Sie sich in dieser Situation gewünscht?

Kategorie: Vermisste Angebote

M1	In der Situation nichts. Im Rückblick ein Gespräch mit Fachpersonen über die erlebte Situation.
M2	Mehr Unterstützung für die betroffenen Mitarbeiter:innen. Ein Notfallplan
M3	In der Situation nichts. Aber die Fähigkeit alles ungeschehen zu machen.
M4	Mehr Unterstützung und Verständnis von Mitarbeiter:innen.
M5	Unterstützung in der Akutsituation um in dieser nicht allein zu sein.
M6	Mehr Information zu Gewaltpotenzial von Klient:in um adäquat auf Situation reagieren zu können.
M7	Supervisionsangebote könnten hilfreich sein.
M8	Schnelle Herauslösung aus der Situation.
M9	In der Situation mehr Zuspruch und Unterstützung. Kein Absprechen der Empfindungen als betroffene Person und kleinreden des Ereignisses. Eine Aufarbeitung der Situation und Vermittlung von weiterführenden externen Angeboten. Gesprächsangebote außerhalb der Leitungsebene mit geschulten Personal.
M10	Angebote von Gesprächen ohne in Eigeninitiative darauf zu drängen. Regelmäßige Supervisionen
M11	Präventive Weiterbildungsangebote wie Deeskalationstraining.
M12	Stärkung des Gefühls in der Situation richtig gehandelt zu haben.
M13	Mehr Feinfühligkeit der Einrichtungsleiter:in und explizites Nachfragen zu Empfindungen der Mitarbeiter:in nach Erlebnissen. Mehr Raum für zwischenmenschlichen Austausch, da dies dem Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenwirken könnte.
M14	Gesprächsangebote durch Einrichtungsleiter:in
F1	Nichts
F2	Nichts
F3	Nichts
F4	Ein Notfallplan mit Handlungsmöglichkeiten und Kontakt zu externer Unterstützung.
F5	Externe Unterstützung
K1	Gemeinsame Nachbesprechung und Klärung zu Gewalterleben mit betreffender Person Erreichbarkeit (telefonisch) einer Vertrauensperson.
K2	Gesprächsangebote durch Seelsorger:innen
K3	Hilfsmittel wie einen Boxsack zum Wutabbau sowie körperliche Zuwendung.
K4	Gesprächsangebote

Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 4 - Welche konkreten Abläufe und Konzepte gibt es in Ihrer Einrichtung für solche Situationen? Beschreiben Sie diese bitte.

Kategorie: Handlungsabläufe und Konzepte

M1	Individualisierbarer Notfallplan
M2	Notfallplan
M3	Ablaufplan mit verschiedenen Maßnahmen zur Unterstützung der Klient:innen und Mitarbeiter:innen
M4	Krisenkonzept vorhanden aber nicht präsent genug, dieses gibt Verantwortlichkeiten und zu ergreifende Maßnahmen vor.
M5	Individuelle Gewaltschutzkonzepte telefonische Erreichbarkeit des Einrichtungsleitungsteams
M6	Abläufe sind zentral an einer Stelle einsehbar Krisenkonzept, Kommunikationsablauf bei besonderen Vorkommnissen, Beschwerdemanagement
M7	Handreichung bzw. Ablaufplan nach dem Versterben von Klient:innen, bei Feueralarm, bei aggressiven Verhalten. Pläne enthalten allgemeine Vorgaben aber auch auf die Klient:innen individualisierte Informationen
M8	Alarmierungssysteme zum hinzuziehen weiterer Mitarbeiter in extremen Situationen Geregelte Kommunikationswege zur Informationsweitergabe Vorgesehene Gesprächsangebote
M9	Nicht bekannt Theoretisch ist Leitung bei Problemen kontaktierbar. Da die Gespräche immer mit einer zweiten Person des Leitungsteams stattfinden besteht eine große Hemmschwelle. Die Leitung ist bestrebt Lösungen für zu Probleme anzubieten, welche im Alltag aber untergehen.
M10	Handreichungen zu Schutzkonzept und Deeskalation von Krisensituationen Netzwerkarbeit mit Fachdiensten
M11	Nicht bekannt
M12	Individuelle Präventionspläne mit Handlungsstrategien für alle Klient:innen welche erprobt wurden. Krisenkonzept mit dem Grundsatz für Klient:innen „interne vor externer (in Klinik) Krisenintervention“ sowie fachliche Einbeziehung und Seelsorge für Mitarbeiter:innen und Klient:innen. Präventions- und Schutzkonzept
M13	Nicht bekannt. Möglichkeit eine Rufbereitschaft hinzuzuziehen, dies müssen aber nicht-zwangsläufig bekannte Mitarbeiter:innen sein. Bei medizinischen Notfällen wird Notarzt gerufen.
M14	Nicht bekannt
F1	Krisenplan mit Ansprechpartner:innen für Angehörige, Mitarbeiter:innen und Klient:innen Krisenplan des Unternehmens Ablaufplan nach dem Versterben von Klient:innen (Gedenkstelle im Eingangsbereich, Gottesdienst, Kontakt mit Angehörigen)
F2	Ständige Notfallbereitschaft durch Leitungsteam. Individuelle Präventionspläne für Klient:innen mit Handlungsstrategien Vorhandene Angebote zur systemischen Beratung
F3	Ablaufplan nach dem Versterben von Klient:innen

F4	Ablaufplan nach dem Versterben von Klient:innen Schutzkonzept in Erarbeitung Sexualpädagogisches Leitbild
F5	Krisenkonzept Ablaufplan nach dem Versterben von Klient:innen Wichtig ist, dass Konzepte regelmäßig reflektiert und überarbeitet werden
K1	Ständige telefonische Erreichbarkeit von Mitarbeiter:innen, dies müssen aber nicht zwangsläufig bekannte Mitarbeiter:innen sein
K2	Nach Vorfällen unter Klient:innen wird ein Gespräch mit allen beteiligten durch die Mitarbeiter:innen geführt. Bei Todesfällen findet eine Trauerfeier statt.
K3	Nicht bekannt
K4	Nicht bekannt

Fragekomplex II – Umgang mit akuten, potenziell traumatisierende Situationen

Frage 5 - Wenn Sie bei einer akuten, potenziell traumatisierenden Situation eine Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter:innen für sinnvoll erachten, halten Sie dann den Einsatz

- a. ... Ihnen vertrauter Mitarbeiter:innen oder
 b. ... externer, Ihnen unbekanntem, Mitarbeiter:innen anderer Einrichtungen des Fachbereiches Teilhabe und Inklusion für sinnvoll?

Geben Sie bitte die Beweggründe Ihrer Entscheidung an.

Kategorie: Interne oder externe Unterstützung

M1	Extern Eine außenstehende Person, welche nicht selbst betroffen ist oder Verbindungen zu dem Ereignis hat, kann hilfreich sein.
M2	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich
M3	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich
M4	Extern Können professionelles Wissen anwenden und vermitteln
M5	Intern Gemeinsames Bewältigen einer Situation mit Personen zu den es eine Beziehung gibt ist hilfreicher da dort keine Hemmschwelle besteht.
M6	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich Die betroffene Person soll auswählen können in Abhängigkeit der Situation.
M7	Intern und Extern Beides kann als wohltuend wahrgenommen werden. Hilfreich ist, wenn interne Personen die Situation ebenso kennen
M8	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich in Abhängigkeit der Situation. Wobei eine interne Begleitung den Vorteil hat sich wohler und verstandener zu fühlen.
M9	Extern Einer außenstehenden Person gegenüber kann man offener sein.
M10	Intern und Extern Beides hat Vorteile Akut eher intern Präventiv und zur Nachbesprechung eher extern
M11	Intern Gespräche mit Vertrauenspersonen sind hilfreicher
M12	Intern und Extern Beides hat Vorteile Vertrauensverhältnis versus neutrale Sicht und notwendiger Abstand
M13	Intern und Extern In Abhängigkeit von Situation – bevorzugt intern. Wichtig ist dabei, dass die Personen im Umgang mit Betroffenen geschult sind.
M14	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich in Abhängigkeit der Situation. Wobei eine interne Begleitung aufgrund des Vertrauensverhältnis besser ist.
F1	Intern

	Aufgrund der schnellen Verfügbarkeit, der Niederschwelligkeit und des geringeren formalen Rahmens. Bei eigener Betroffenheit von internen Kolleg:innen ist die Verfügbarkeit von externer Unterstützung hilfreich.
F2	Intern Aufgrund des Vertrauensverhältnis besser.
F3	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich Die betroffene Person und die indirekt Betroffenen sollen auswählen können in Abhängigkeit der Situation.
F4	Intern und Extern Beides wichtig und hilfreich in Abhängigkeit der Situation.
F5	Intern und Extern Beides wichtig, hilfreich und erforderlich in Abhängigkeit der Situation. Auch Klient:innen sollten mit einbezogen werden
K1	Intern Aufgrund des Vertrauensverhältnis besser.
K2	Keine klare Meinung
K3	Intern und Extern Beides in Abhängigkeit der Situation.
K4	Intern Da man die Person kennt.

Fragekomplex III – Nachbetreuung

Frage 1 - Wurden Ihnen nach einer erlebten akuten, potenziell traumatisierenden Situation Nachbetreuungsangebote unterbreitet oder haben Sie weiterführende Angebote in Anspruch genommen? Welche Angebote waren das?

Kategorie: Angebotene Nachbetreuung

M1	Allgemeines Angebot ohne genaue Angaben
M2	Nein keine Angebote
M3	Nein keine Angebote außer Gespräche mit Einrichtungsleitung
M4	Nein keine Angebote
M5	Gesprächsangebote Supervisionen Weiterführende Seelsorge
M6	Nein keine Angebote, da nicht notwendig.
M7	Weiterbildungsangebote Fallbesprechungen
M8	Nein keine Angebote, da nicht notwendig. Gesprächsangebote mit Mitarbeiter:innen und Leitung
M9	Gesprächsangebot durch Referent Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesprächsangebote mit Stabsstellen des Fachbereichs Sonst keine Angebote erhalten Durch die Berufsgenossenschaft telefonische Betreuung und Vermittlung eines Therapieplatzes
M10	Gesprächsangebote der Leitung Supervisionen
M11	Psychologische Hilfe
M12	Fallbesprechungen mit Mitarbeiter:innen und Leitung Angebot von Coaching
M13	Nein keine Angebote
M14	Nein keine Angebote
F1	Seelsorgerisches Gespräch mit Pfarrer:in
F2	Systemische Beratung mit bekannter externer Person
F3	Nein keine Angebote
F4	Supervision Fallbesprechung Gesprächsangebote mit Leitung und Vermittlung externer Angebote Engmaschige Besprechungsstruktur
F5	Nein keine Angebote Gespräche mit (Leitungs-)Team Vermittlung von externen Gesprächsangeboten für Klient:innen
K1	Gesprächsangebote mit Mitarbeiter:innen
K2	Nein keine Angebote
K3	Nein keine Angebote
K4	Nein keine Angebote

Fragekomplex III – Nachbetreuung

Frage 2 - Welche weiterführenden Angebote hätten Sie sich für spätere Zeitpunkte gewünscht?

Kategorie: Gewünschte Nachbetreuung

M1	Gesprächsangebote
M2	Gesprächsangebote Seelsorgeangebote
M3	Keine in dieser Situation
M4	Einzelsupervisionen
M5	Keine
M6	Keine
M7	Supervisionen
M8	Supervision (fallbezogen, krisenbezogen und allgemein) psychologische Angebote Weiterbildungen (z.B. Eigenschutz, Nähe und Distanz, Umgang mit Krisen)
M9	Supervision Reflexionsgespräche Bessere Information über Verlauf und mehr Zeit für Wiedereingliederung
M10	Supervision Schulungen zu Verhaltensweisen und dem Umgang mit besonderen Situation
M11	Deeskalationstraining
M12	Keine in dieser Situation
M13	Kollegiale Fallberatung Supervision Kriseninterventionsgespräche mit geschulten Personal
M14	Interne Schulung
F1	Keine
F2	Keine
F3	In der Situation keine – weiß aber um das Vorhandensein externer Unterstützung
F4	Präventive Weiterbildungen zum Aufbau von Handlungsstrategien
F5	Psychologische Beratung, Reflexion und Begleitung für Mitarbeiter:innen und Klient:innen dabei Ableitung von weiterführenden Handlungsschritten. Oft tritt die Aufarbeitung an zweite Stelle um dies zu vermeiden benötigt es ein Unterstützer:innenteam.
K1	Gesprächsangebote mit geschulten Personen
K2	Angebote zum Umgang mit eigenen Empfindungen in der erlebten Situation
K3	Gesprächsangebote
K4	Gesprächsangebote mit geschulten Personen

Fragekomplex IV – Begleitung von Klient:innen

Frage 1- Sind Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen in akuten, potenziell traumatisierenden Situation zu beachten? Welche könnten das aus Ihrer Sicht sein?

Kategorie: Besonderheiten bei der Begleitung von Klient:innen

M1	Reaktionen treten verzögert auf.
M2	Klient:innen mit eigenen lebensbedrohlichen Erkrankungen müssen berücksichtigt werden.
M3	Klient:innen haben zum Teil ein anderes Erleben der Situation. Kognitive und verbale Einschränkungen auch um eigene Gefühle auszudrücken.
M4	Die Begleitung muss sich nach der vorliegenden Situation und der psychischen Verfassung der Klient:innen richten.
M5	Reaktionen treten verzögert auf. Es zeigt sich zum Teil ein fehlendes Verständnis für die Situation oder fehlende Empathie. Es kommt zu Anschuldigungen untereinander. Bestehendes Abhängigkeitsverhältnis. Zum Teil psychische Erkrankungen Kognitive und verbale Einschränkungen auch um eigene Gefühle auszudrücken. Für Unterstützungspersonen ist es schwierig die akute Situation richtig einzuschätzen. Im ambulanten Kontext bestehende Schwierigkeit der fehlenden direkten Ansprechperson.
M6	Diagnosen müssen bei der Herangehensweise beachtet werden Entwicklungsstand, Entwicklungsalter und Auffassungsgabe müssen berücksichtigt werden Wichtige Rituale und religiöse Voraussetzungen müssen einbezogen werden.
M7	Nutzung leichter Sprache sowie kleinschrittige Erklärungen sind notwendig. Offene und ehrliche Kommunikation. Das Verheimlichen von Situationen führt dazu das Klient:innen diese noch schwerer einordnen können. Es besteht teilweise ein anderes Todesverständnis. Reaktionen treten verzögert auf, es entsteht der Eindruck, dass die Klient:innen eine Situation gut verarbeitet haben obwohl dem nicht so ist. Ggf. hinzuziehen von Traumapädagogen. Teilweise sind Klient:innen es nicht gewohnt ihre eigene Meinung zu vertreten.
M8	Es benötigt Hintergrundwissen zu Diagnosen, Biographien und vorangegangene Krisen und den Umgang damit.
M9	Die Begleitung muss sich nach der vorliegenden Situation und der psychischen Verfassung der Klient:innen richten.
M10	Früherkennung von Anzeichen belastender Ereignisse (Anspannung/Gereiztheit). Präventives Arbeiten mit Klient:innen.
M11	Unterstützungsperson muss Geduld haben. Bei Klient:innen ist die Frustrationstoleranz häufig nicht gut ausgebildet. Validierende Beziehungsgestaltung anbieten
M12	Wertschätzender, sensibler Umgang auf Augenhöhe. Stetige Begleitung in den Trauerphasen. Schaffung eines adäquaten zeitlichen Rahmens.

	Beachtung der eigenen Psychohygiene.
M13	Unterstützung durch externe Personen ist hilfreich. Durch das Ausstrahlen von Ruhe entsteht ein Gefühl der Sicherheit. Eine Opfer-Täter-Trennung sollte veranlasst werden.
M14	Nutzung leichter Sprache oder unterstützende Kommunikation. Benötigen Unterstützung um Situation einzuschätzen. Begleitung durch geeignetes Personal, welches bei Klient:innen erfragt wird. Klient:innen sind teilweise emotional instabil.
F1	Reaktionen von Klient:innen sind häufig ungefilterter. Wichtig ist, den Klient:innen kein schlechtes Gewissen zu machen. Bearbeitung geht häufig schneller, daher sollte nicht künstlich Trauer erzeugt werden.
F2	Diagnosen / Intelligenzminderung müssen bei der Herangehensweise beachtet werden. Nutzung leichter Sprache oder unterstützende Kommunikation.
F3	Klient:innen sollten durch vertraute Bezugsmitarbeiter:innen begleitet werden. Ermöglichung von Gesprächsangeboten aber auch Rückzugsmöglichkeiten Möglichkeit externe Personen hinzuziehen zu können.
F4	Nutzung leichter Sprache. Individuell angepasstes Setting für die Begleitung. Sowohl Einzel- also auch Gruppengespräche nutzen. Verständliches erklären der Situation.
F5	Individuelle Begleitung notwendig dies ist aber auch bei Mitarbeiter:innen so. Lebenssituation und Kommunikationsformen müssen beachtet werden. Nutzung von unterstützender Kommunikation oder anderer Hilfsmittel.
K1	Klient:innen sind Gewaltsituation manchmal wehrlos ausgeliefert.
K2	Individuelle Begleitung in unterschiedlichen Situationen.
K3	Wichtig ist, dass eine Begleitung da ist, die ggf. nur zuhört.
K4	Wichtig ist die Herstellung einer Vertrauensbasis. Personen müssen offen und zugehend sein.

Fragekomplex IV – Begleitung von Klient:innen

Frage 2 - Halten Sie die Begleitung von Klient:innen in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen durch

- a. ... bekannte, den Klient:innen vertraute Mitarbeiter:innen oder
- b. ... externe Kräfte anderer Einrichtungen des Fachbereiches Teilhabe und Inklusion für sinnvoll?

Geben Sie bitte die Beweggründe Ihrer Entscheidung an.

Kategorie: Interne oder externe Begleitung

M1	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen Bekannte Mitarbeiter:innen kennen die Klient:innen am besten und wissen wie sie unterstützt werden können. Externe Mitarbeiter:innen sind hilfreich, wenn die vertrauten Mitarbeiter:innen mit der Situation überfordert sind.
M2	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen Bekannte Mitarbeiter:innen da ein Vertrauensverhältnis besteht Externe Mitarbeiter:innen ggf. zur Unterstützung der internen Mitarbeiter:innen
M3	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation
M4	Externe Mitarbeiter:innen Sind als Außenstehende vertrauensvoller, Klient:innen haben nicht die Befürchtung etwas „falsches“ zu sagen.
M5	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Die Mehrheit würde sich vermutlich eher für vertraute Personen entscheiden.
M6	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Bestehendes Vertrauensverhältnis kann förderlich und hinderlich sein. Entscheidung ist Klient:innen zu überlassen.
M7	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen Zu bekannten Mitarbeiter:innen besteht höhere Vertrauensbasis. Bei externen Mitarbeiter:innen kann ein positives Gefühl hervorgerufen werden, es kommt extra jemand für die Klient:innen in die Einrichtung. Beides trägt dazu bei in einer Notsituation nicht das Gefühl zu haben allein zu sein. In Gesprächen mit Klient:innen merkt man immer wieder, dass erlebte Traumatisierungen bei vielen vorhanden sind diese aber nicht wirklich bearbeitet wurden.
M8	Bekannte Mitarbeiter:innen Kennen die Klient:innen am besten und wissen wie sie unterstützt werden können.
M9	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation und in Abhängigkeit des Wunsches und der Behinderung der Klient:innen
M10	Eher bekannte Mitarbeiter:innen aber je nach Situation
M11	Bekannte Mitarbeiter:innen Klient:innen haben ein größeres Vertrauensverhältnis
M12	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Zu bekannten Mitarbeiter:innen höhere Vertrauensbasis. Externe Mitarbeiter:innen bringen neutrale Sichtweise ein.
M13	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Bekannte Mitarbeiter:innen im Vordergrund da eine höhere Vertrauensbasis besteht.

	Externe Mitarbeiter:innen sind hilfreich um betroffene Klient:innen aus den Situation herauszuholen und sind geboten wenn eine eigene Betroffenheit bei bekannten Mitarbeiter:innen besteht.
M14	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Bei bekannten Mitarbeiter:innen ist ein Vertrauensverhältnis bereits da, damit können sich die Klient:innen schneller öffnen außerdem besteht eine geringere Sprachbarriere. Externe Mitarbeiter:innen sollten hinzugezogen werden, wenn die Klient:innen es wünschen, wenn die internen Mitarbeiter:innen selbst betroffen sind oder wenn diese mit der Situation überfordert sind.
F1	Bekannte Mitarbeiter:innen Aufgrund der schnellen Verfügbarkeit, der Niederschwelligkeit und des geringeren formalen Rahmens. Bei eigener Betroffenheit von internen Kolleg:innen ist die Verfügbarkeit von externer Unterstützung hilfreich.
F2	Bekannte Mitarbeiter:innen Kennen die Klient:innen am besten und wissen wie sie unterstützt werden können außerdem kann auf das bestehende Vertrauensverhältnis zurück gegriffen werden.
F3	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation zur Auswahl durch Klient:innen
F4	Bekannte Mitarbeiter:innen in Abhängigkeit der Situation Bekannte Mitarbeiter:innen haben eine bessere Vertrauensebene. Für Einzelgespräche eher bekannte Mitarbeiter:innen hilfreich bei Gruppen-gesprächen auch externe Mitarbeiter:innen vorstellbar.
F5	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen nach individuellen Wünschen und in Abhängigkeit der Situation Besonders hilfreich könnte die Begleitung durch Bezugsmitarbeiter:in sein. Wenn diese aufgrund eigener Betroffenheit nicht in der Lage sind oder nicht anwesend sein können ist eine Begleitung durch externe Mitarbeiter:innen sinnvoll. Auch Begleitung durch Klient:innen im Sinne eines Peeransatzes ist vorstellbar.
K1	Bekannte Mitarbeiter:innen Kennen die Klient:innen am besten und wissen wie sie unterstützt werden können.
K2	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen Wichtig ist, dass diese psychologisch geschult sind.
K3	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation Wichtig ist, dass die Personen mit einander zurechtkommen.
K4	Bekannte und externe Mitarbeiter:innen je nach Situation

Fragekomplex V – Aufgabe der Leitung

Frage 1 - Welche besonderen Aufgaben und/oder Herausforderungen hat Ihrer Meinung nach die Einrichtungsleitung in akuten, potenziell traumatisierenden Situationen?

Kategorie: Aufgaben der Leitung

M1	Mitarbeiter:innen in der Situation begleiten (externe) Unterstützung anbieten und dafür Rahmenbedingungen herstellen. Nachbearbeitung
M2	In Krisensituationen führen
M3	Überblick behalten In Krisensituationen führen, Ansprechpartner:in sein und kommunizieren Unterstützung organisieren Nachbereitung der Situation und Ableitung von Handlungsschritten
M4	Klient:innen und Mitarbeiter:innen in der Situation begleiten Weitere Unterstützung anbieten Nachbearbeitung
M5	Jederzeit erreichbar sein Balance zwischen Mitgefühl und Führung halten und dabei selbst mit der Situation umgehen müssen.
M6	Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung Gesprächsangebote Nachbereitung der Situation und Ableitung von Handlungsschritten mit Klient:innen und Mitarbeiter:innen
M7	Krisensituationen im Voraus bedenken Evakuierungspläne erstellen und Übungen planen Individuelle Handlungsabläufe bei tätlichen Übergriffen Klient:innen etablieren Qualifizierung der Mitarbeiter:innen In Krisensituationen führen und Mitarbeiter:innen stärken Ersthelfer ausbilden, Nachschulungen anbieten, Medizin. Notfälle besprechen Nachsorge für Klient:innen und Mitarbeiter:innen
M8	Überblick bekommen Unterstützung organisieren je nach Situation und Bedarf
M9	Beratende Funktion Organisation von (externer) umgehender Unterstützung Auch über das Ereignis hinaus begleiten
M10	Ernstnehmen der Situation Präventive Angebote und Weiterbildungen schaffen
M11	Empathische Unterstützung für Mitarbeiter:innen und Klient:innen
M12	In Krisensituationen führen Rahmenbedingungen schaffen
M13	Proaktiv auf Mitarbeiter:innen zugehen und Unterstützungsbedarf erfragen Ernstnehmen der Empfindungen der Mitarbeiter:innen
M14	Bedarfsermittlung bei Klient:innen und Mitarbeiter:innen Erstellen und aktualisieren von Notfallplänen Präventives bearbeiten von Krisensituationen Nachbearbeitung von Krisensituationen Dokumentation von Ereignis (z.B. Unfallbuch)
F1	Erstgespräch führen oder initiieren Raum und Zeit für Bearbeitung geben. Hohe Sensibilität entgegenbringen und Grenzen achten
F2	Ernstnehmen der Situation Hohe Priorität bei der Bearbeitung setzen

	Selbst Unterstützung suchen, insbesondere bei eigener Betroffenheit, damit man eine angemessene Unterstützung sein kann. Prävention von akuten, potenziell traumatisierenden Situationen durch Schulungen, Rahmenbedingungen, Notfallplänen und Begleitung von Klient:innen.
F3	Ansprechpartner:in für Klient:innen, Mitarbeiter:innen, Angehörige sein Sicherheit vermitteln Formelle Notwendigkeiten bearbeiten Vermittlung von (externer) Unterstützung
F4	Bedarfe Erkennen und (externe) Angebote vermitteln Sicherheit schaffen durch Anpassung der Rahmenbedingungen (z.B. Dienstplan) Präventive Angebote schaffen Gesprächsangebote ermöglichen
F5	Ansprechpartner:in für Externe (Polizei, Bestattung, Angehörige) Handlungsschritte planen, kommunizieren und verantworten Begleitung der Klient:innen, Mitarbeiter:innen sowie die Gesamtsituation im Blick haben
K1	Keine Antwort
K2	Organisation und Gestaltung von Unterstützung
K3	Präventiv dagegen zu arbeiten
K4	Erkennen des Unterstützungsbedarfs der Klient:innen in Krisen Vermittlung von Unterstützung

Fragekomplex VI – Team für Psychologische Erste Hilfe

Frage 1 - Halten Sie es für sinnvoll, ein Team für psychologische Erste Hilfe für akute, potenziell traumatisierende Situation im Fachbereich Teilhabe und Inklusion der Diakonie Leipzig e.V. zu etablieren? Begründen Sie dies bitte.

Kategorie: Notwendigkeit der Etablierung

M1	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Wenig eigene Erfahrung auch aufgrund der Mitarbeiter:innenfluktuation.
M2	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es hilft in der Situation nicht alleine gelassen zu werden.
M3	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Führt zur Entlastung von Mitarbeiter:innen und Leitung. Qualifizierte Unterstützung kann weiterhelfen.
M4	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Qualifizierte Unterstützung kann im Einzel- oder Gruppensetting weiterhelfen.
M5	Ja, für einen Teil der Mitarbeiter:innen und Klient:innen, wenn diese kein großes persönliches Netzwerk zur Entlastung haben.
M6	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Die unvoreingenommene Außensicht und qualifizierte Unterstützung ist hilfreich.
M7	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Eine Unterstützung durch ein solches Team ist hilfreich und wohltuend zur Entlastung der betroffenen Personen und zur Vorbeugung von möglichen Folgen.
M8	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es gibt viele potenziell traumatisierende Situationen auf Arbeit, eine direkte Unterstützung hilft zur Vorbeugung von möglichen Folgen.
M9	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es gibt viele potenziell traumatisierende Situationen auf Arbeit. Bisher gibt es kaum Unterstützung in der akuten Situation, so dass Erlebnisse ohne Hilfe verarbeitet oder einfach ignoriert werden. Diese Situation ist mangelhaft.
M10	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Die unvoreingenommene Außensicht ist hilfreich.
M11	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Bisher gibt es kaum Unterstützung in der akuten Situation.
M12	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Insbesondere bei größeren Ereignissen oder bei Betroffenheit der ganzen Einrichtung ist dies hilfreich.
M13	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Aufgrund der Größe und Bandbreite sowie Tätigkeitsfelder kommt es häufig zu Extremsituationen in dem ein solches Team unterstützen kann.
M14	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es kann schnell eingesetzt werden und das Team kann die Rahmenbedingungen und Situationen in den Einrichtungen.
F1	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Insbesondere wenn es um junge Klient:innen geht, ist die Gefahr eine Traumatisierung durch ein Erlebnis höher.
F2	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Führt zur Entlastung von Mitarbeiter:innen, Klient:innen und Leitung. Qualifizierte Unterstützung kann weiterhelfen.

F3	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Allein das Wissen über das Vorhandensein eines solchen Teams bietet Sicherheit im Alltag und gibt Unterstützung im Ernstfall.
F4	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Die unvoreingenommene Außensicht ist hilfreich.
F5	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es ist erforderlich, um akute Situationen zu bewältigen. Es ist wichtig, darauf einen Schwerpunkt zu setzen.
K1	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Da auch nicht immer vertraute Mitarbeiter:innen verfügbar sind.
K2	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Es ist hilfreich, um Erlebnisse und Situationen zu verarbeiten.
K3	Ja, damit wir wissen, wie in solchen Situationen zu handeln ist.
K4	Ja, die Etablierung eines solchen Teams ist sinnvoll. Eine qualifizierte Unterstützung kann besser helfen als nicht in dem Bereich ausgebildete Mitarbeiter:innen oder Klient:innen.

Fragekomplex VI – Team für Psychologische Erste Hilfe

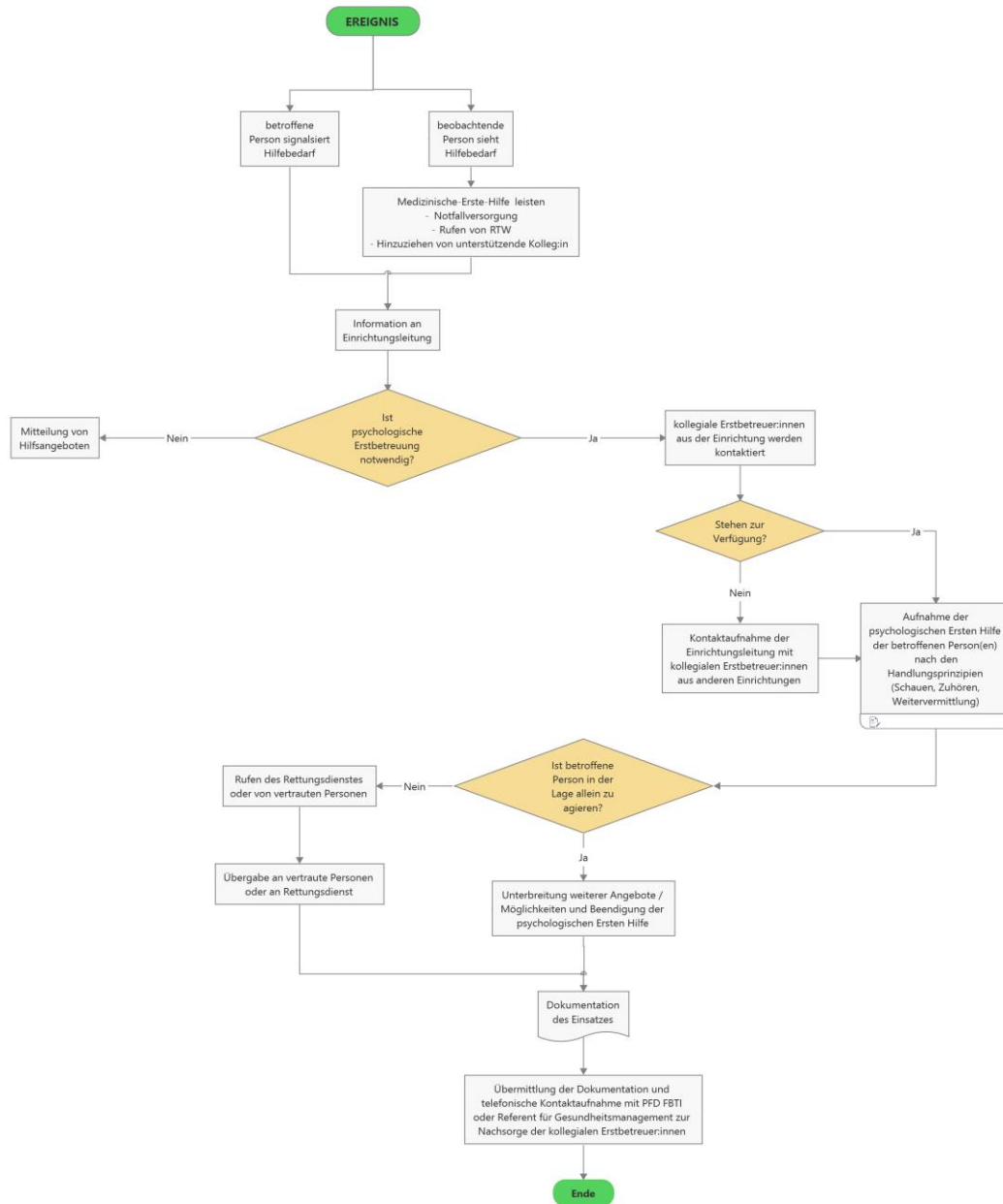
Frage 2 - Wie könnten Sie sich eine Unterstützung durch das Team für psychologische Erste Hilfe vorstellen?

Kategorie: Wünsche zur Umsetzung

M1	Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis Tipps zum Umgang mit Klient:innen
M2	Zeitnahes Eintreffen Überblick verschaffen, welche Betroffenen Unterstützung brauchen Gespräche über Ereignis dabei zuhören und seelsorgerisch begleiten Wenn nötig und möglich organisatorische Aufgaben übernehmen.
M3	Abhängig von Situation Überblick verschaffen, welche Betroffenen Unterstützung brauchen Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis
M4	Keine Antwort
M5	Zeitnahes Eintreffen Aufsuchendes Angebot Gespräche über Ereignis Vermittlung von Notbetreuung für Klient:innen in ambulanten Strukturen Ständige Erreichbarkeit um zeitnah nach Ereignissen unterstützen zu können Unterscheidung des Teams zu externen Teams sollte der christliche Weitblick sein.
M6	Deeskalationstraining psychologische Unterstützung Gesprächsangebote Lösungssuche
M7	Gespräche über Ereignis mit Klient:innen und Mitarbeiter:innen Überblick verschaffen, welche Betroffenen Unterstützung brauchen Begleitung der Situation und organisatorische Unterstützung Diese Arbeit ist herausfordernd. Insbesondere sich auf unbekannte Strukturen und Situationen einzustellen sowie bei der eigenen Arbeit abkömmlich zu sein. Außerdem müssen die Krisensituationen auch selbst ausgehalten werden und es benötigt auch für das Team eine Nachsorge.
M8	Zeitnahe Unterstützung ggf. auch mit Terminvergabe um sich Unterstützungsperson aussuchen zu können. Gespräche über Ereignis Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung Konzeptentwicklung mit Betroffenen um neue Krisen zu vermeiden Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis auch mit zukünftigen
M9	Offene Sprechstunden in den Einrichtungen, da Hemmschwelle zu Kolleg:innen oder Leitung zum Teil besteht. Umgehende Gesprächsangebote nach Ereignissen Gespräche über Ereignis Informationen geben (auch zu ABR) Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung
M10	Zeitnahe Unterstützung ggf. auch über Notfalltelefon
M11	Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis

	Schutz vor weiteren Schäden Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung
M12	Ansprechpartner und Koordinator zur Krisenbewältigung Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung
M13	Telefonische Alarmierung des Teams Präsenz zeigen Teammitglieder sollten möglichst persönlich bekannt sein. Präventiv Fortbildungen zur Psychohygiene anbieten Offene Sprechstunden
M14	Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung
F1	Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis Sicherheit vermitteln Informationen geben (auch zu ABR) Empfehlungen und Vermittlung zu weiterer (externer) Unterstützung
F2	Telefonische Alarmierung des Teams Abstimmung zu Unterstützungsmöglichkeiten in Abhängigkeit der Situation
F3	Präventiv Fortbildungen für Mitarbeiter:innen und Klient:innen Erstellung von Handreichungen Schnelle Verfügbarkeit bei Ereignissen Qualifizierte Begleitung durch Team
F4	Präventive Angebote zu Verhaltensstrategien akute Unterstützung und Begleitung der Mitarbeiter:innen Austauschmöglichkeit und Reflektion
F5	Abhängig von Situation Erarbeitung eines konzeptionellen Rahmens. Vorabinformationen durch Handreichung und Orientierungshilfe für Mitarbeiter:innen, Klient:innen, damit dies in der Einrichtung präsent ist. Begleitungen für die betroffenen Personen Gesprächen mit den betroffenen Personen Unterstützung der Leitung/Mitarbeiter:innen wenn die in organisatorischen Aufgaben (z.B. Kontakt mit Polizei) gebunden sind. Nachbereitung der Situation und Ableitung von Handlungsschritten
K1	Teammitglieder sollten möglichst persönlich bekannt sein Ständige Erreichbarkeit um zeitnah nach Ereignissen unterstützen zu können
K2	Aufsuchendes Angebot um mobilitätseingeschränkte Menschen zu erreichen
K3	Gespräche anbieten Präventiv Schulungen anbieten
K4	Gespräche über Ereignis Tipps zum weiteren Umgang mit Ereignis

Anhang 9 Prozessablauf Psychologische Erste Hilfe Diakonie Leipzig e.V.
 Fachbereich Teilhabe und Inklusion (in Endabstimmung)



Anhang 10 Prozessbeschreibung Psychologische Erste Hilfe Diakonie Leipzig e.V.
Fachbereich Teilhabe und Inklusion (in Endabstimmung)

PB Psychologische Erste Hilfe

1. Einführung

Extreme Ereignisse, wie beispielsweise Unfälle, plötzliche Todesfälle, Suizid oder zwischenmenschliche Gewalt treffen uns plötzlich und ohne Vorankündigung. Diese Ereignisse passieren in der Häuslichkeit und in der Freizeit aber auch am Arbeitsplatz. Hier erschüttern sie oftmals doppelt: Sowohl Opfer als auch Beobachter:innen befinden sich unter den Mitarbeiter:innen und den Klient:innen.

Wenn Mitarbeiter:innen oder Klient:innen stürzen und sich ein Bein brechen – dann ist es selbstverständlich, dass Erste (medizinische) Hilfe geleistet wird. Wenn die Seele betroffen ist, dann gestaltet es sich oftmals anders. Häufig wird zu spät reagiert – und „Folgeschäden“ zeigen sich manchmal erst Monate und Jahre später.

2. Ziele

- Mitarbeitenden und Klient:innen ist das Angebot, deren Hintergründe und dessen Nutzung bekannt
- Sicherheit im Handlungsablauf für Erstbetreuende im Fachbereich Teilhabe und Inklusion

3. Prozessbeschreibung

▪ Was ist Psychologische Erste Hilfe (PEH)?

Psychologische Erste Hilfe im Fachbereich Teilhabe und Inklusion ist die durch Arbeitgebende bzw. Träger der Einrichtung psychosoziale Beratung und Unterstützung für Betroffene von traumatischen Ereignissen durch speziell qualifizierte Erstbetreuer:innen. Sie ist ereignisnah, methodisch strukturiert und nicht therapeutisch. Die Psychologische Erste Hilfe beinhaltet die Bedürfnis- und Bedarfserhebung, die psychische Stabilisierung sowie die Vermittlung in das soziale Netzwerk der Betroffenen und/oder in mittel- und ggf. langfristige psychosoziale Hilfen.

Hinweis: Vielfach werden für die Psychologische Erste Hilfe auch andere Begriffe wie "betrieblich-psychologische Erstbetreuung" oder „kollegiale Erstbetreuung“ verwendet. Gemeint ist stets dieselbe Qualifizierung.

Das Angebot der Psychologischen Ersten Hilfe soll allen Menschen zur Verfügung stehen, die in unmittelbarem Umfeld der Einrichtungen und Angebote des Fachbereiches potenziell traumatische Ereignisse erlebt haben. Im Speziellen umfasst das (unter anderem) Betroffene, Angehörige, Kolleg:innen und Klient:innen sowie Zeug:innen.

▪ **Indikation (In welchen Situation wird Psychologische Erste Hilfe geleistet?)**

Notfälle im Kontext der Einrichtungen und der Angebote des Fachbereichs, die heftig, plötzlich, unvorhersehbar und erschütternd sind, dass sie potentiell traumatisieren.

Dazu zählen unter anderem:

- massives Gewalterleben
- schwere (Arbeits-)Unfälle
- Todesfälle
- Suizid(-versuche)
- Medizinische Notfälle wie Reanimationen mit offenem Ausgang
- (Natur-)Katastrophen wie Brände und Hochwasser
- Missingsituationen

▪ **Kontraindikation (Wofür ist Psychologische Erste Hilfe nicht zuständig?)**

- andauernde Erschöpfungszustände
- psychiatrische Notfälle von Klient:innen
- akute Suizidalität
- Mobbing
- Notsituation und Krisen im privaten Umfeld der Mitarbeitenden
- Ereignisse, die länger als 48 Stunden zurückliegen

▪ **Wie erfolgt die Anforderung?**

Die Anforderungswege sind in einem Prozessverlauf beschreiben. Die Organisation der Psychologischen Ersten Hilfe obliegt der Einrichtungsleitung. Es gibt in jeder Einrichtung bekannte (interne) Erstbetreuer:innen, welche priorisiert zum Einsatz gerufen werden. Bei nicht vorhandener Verfügbarkeit, auf Wunsch des Betroffenen oder eigener Betroffenheit der internen Erstbetreuer:innen existiert bei jeder Einrichtungsleitung eine Liste aller Erstbetreuer:innen im Fachbereich, welche angefragt werden können.

Es gilt: Medizinische Erste Hilfe vor Psychologischer Ersten Hilfe.

▪ **Was ist der Auftrag der Erstbetreuer:innen vor Ort in einer Krise?**

Die Erstbetreuer:innen sind für eine schnelle Erstversorgung betroffener Personen zuständig. Nach Abstimmung mit der alarmierenden Einrichtungsleitung erfolgt die Kontaktaufnahme zu den vom Ereignis betroffenen Personen. Dabei sind folgende Ziele handlungsleitend:

- Reduzierung der akuten Belastung und Förderung des Sicherheitsempfindens
- Wiederherstellung der Selbstwirksamkeit und des Kontrollerlebens
- Sicherstellung sozialer Kontakte in der Folgezeit
- Prävention und Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen
- Information über weiterführende Beratungs- und Unterstützungsangebote

Nach dem Einsatz erfolgt eine Dokumentation zur Qualitätssicherung mittels standardisierten Formular.

▪ **Wie viele Erstbetreuer:innen sollten in einen Einsatz gehen?**

Bestenfalls sollten mindestens zwei Erstbetreuer:innen in einem Einsatz sein, um verschiedenen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen oder größeren Gruppen gerecht zu werden. Wenn der Bedarf vor Ort als weniger schwerwiegend eingeschätzt wird oder auf andere Ressourcen zurückgegriffen werden kann, ist der Einsatz einer Person ausreichend. Es gilt auch hier intern vor extern.

▪ **„Notfallkoffer“ für die Erstbetreuer:innen**

Das, was bei der Medizinischen Ersten Hilfe der Verbandskasten ist, ist bei der Psychologischen Ersten Hilfe der Notfallkoffer. In jeder Einrichtung steht an einem festgelegten Platz ein standardisierter Notfallkoffer für die Erstbetreuer:innen zur Verfügung. Die internen Erstbetreuer:innen der jeweiligen Einrichtung prüfen regelmäßig (mindestens einmal jährlich bzw. anlassbezogen) die Zugänglichkeit und die Vollständigkeit des Inhaltes. Aufgebrauchte bzw. abgelaufene Materialien werden ersetzt und aufgefüllt.

Inhalt der Notfallkoffer ist:

- Verpflegung (Traubenzucker, Schokoriegel, Kaugummi, Wasser, ...)
- Hygieneartikel (Taschentücher, Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe)
- Fürsorgliche Materialien (weiche Taschentücher, Decken, Igelball, Malzeug, Kuscheltier und Bücher...)
- Schriftliche Materialien, „Nachbetreuungsangebote“ (Flyer über Hilfsangebote, Flyer zur Psychoedukation, institutionsinterne Unterstützung und Kontakte, ...)
- Türschilder: „Bitte nicht stören“
- Falls in der Einrichtung/ im Angebot nicht vorhanden: Materialien für Abschiednahme (z. B. elektrische Kerze, Kreuz, Liedblatt, ...)
- Hilfsmittel wie Bildkarten zur unterstützten Kommunikation

▪ **Welche Nachbetreuungsangebote vermitteln die Erstbetreuer:innen?**

Die Erstbetreuer:innen erhalten im Rahmen der Schulung eine Mappe und Flyer diverser Unterstützungsangebote zur Nachbetreuung.

Interne Angebote sind z. B.:

- Psychologischer Fachdienst
- Betriebsärzt:innen
- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Mitarbeiter:innenvertretung
- Seelsorger:innen
- Kollegiale Beratung
- Gespräch mit Einrichtungsleitung

Externe Angebote sind z. B.:

- BGW – Krisenintervention durch Psychotherapeut:innen
- Kriseninterventionsteams
- (Einzel-)Supervision
- Selbsthilfegruppen
- Psychiatrische Kliniken
- ambulante therapeutische Versorgungsangebote
- Beratungsstellen im Sozialraum

▪ **Wie schnell sollte ein:e Erstbetreuer:in vor Ort sein?**

Die Erstbetreuer:innen sollten so schnell wie möglich (innerhalb weniger Stunden) direkt vor Ort sein. Bei Mitarbeiter:innen bestenfalls vor Dienstende oder vor Beginn des nächsten Dienstes.

Psychologische Erste Hilfe erfolgt im akuten Zeitraum nach einem Notfall, höchstens innerhalb der ersten 48 Stunden.

▪ **Welche Ausbildung sollen die Erstbetreuer:innen erhalten – Welche Vorausbildung ist notwendig?**

Eine Vorausbildung ist nicht notwendig. Allerdings sind die Fähigkeiten zur Selbstreflexion, zum aktiven Zuhören, zum Ruhe bewahren und psychische Belastbarkeit ebenso erforderlich wie die Freiwilligkeit und Motivation der Mitarbeitenden, im Bereich Psychologischen Ersten Hilfe mitzuwirken.

Die Einrichtungsleitungen informieren die Mitarbeitenden zum konzeptionellen Rahmen der Psychologischen Ersten Hilfe und benennen geeignete Mitarbeitende.

Daraufhin erfolgt eine dreitägige Schulung (16 Unterrichtseinheiten Vorgabe BGW, 8 Unterrichtseinheiten interner Prozess). Die Schulung erfolgt als Inhouse-Angebot. Durch die Inhouse-Schulung sollen bereits Netzwerke innerhalb der Erstbetreuer:innen aufgebaut werden und ein einheitliches Vorgehen innerhalb des Fachbereich Teilhabe und Inklusion sichergestellt werden.

Im ersten Schritt sollen Mitarbeitende und Führungskräfte zu Erstbetreuer:innen ausgebildet werden. Nach der Evaluation der ersten Erfahrungen wird betrachtet, ob eine Ausbildung von Klient:innen im Sinne einer Tandem-(Peer-) Beratung geeignet scheint.

▪ **Welche Fortbildungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind notwendig?**

Die Erstbetreuer:innen arbeiten autark. Ein Koordinator:innen-Tandem wird eingesetzt, um jährlich ein bis zwei extern begleitete Reflexionstermine zu organisieren. Das Koordinatoren-Tandem besteht aus dem Psychologischen Fachdienst und dem:der Referent:in für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Darüber hinaus werden nach Vorgaben der BGW Auffrischungsschulungen alle 2 Jahre (8 Unterrichtseinheiten) durch das Koordinatoren-Tandem organisiert.

Jeder Einsatz ist durch die Erstbetreuer:innen standardisiert zu dokumentieren. Die Protokolle werden dem Koordinatoren-Tandem elektronisch übermittelt. Auf Grundlage des Protokolls erfolgt zeitnah eine Nachbesprechung des Einsatzes mit den Erstbetreuer:innen.

Jeweils im Januar des Folgejahres erfolgt durch das Koordinatoren-Tandem gemeinsam mit der Fachbereichsleitung eine Evaluation der Psychologischen Ersten Hilfe.

▪ **Wie viele Erstbetreuer:innen braucht es?**

Jede Einrichtung hat andere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen. Daher gibt es keine allgemeingültige Quote für einen bestimmten Prozentsatz für die Anzahl von Erstbetreuer:innen.

Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass im Alltag jederzeit eine qualifizierte Person verfügbar ist. Auch die potenzielle Anzahl und Schwere von möglichen Notfällen spielen eine wichtige Rolle. Diese können der Gefährdungsbeurteilung der jeweiligen Einrichtung entnommen werden. Die empfohlene Mindestanzahl von Erstbetreuer:innen pro Einrichtung / Angebot sind zwei bis 4 Personen.

▪ **Wie erfolgt die Finanzierung**

Die Finanzierung erfolgt über die beauftragende Einrichtung.

Einsätze (inklusive An- und Abfahrt) sind Mehrarbeitszeit und werden mit Freizeit abgegolten. Bereitschaftsdienste sind nicht vorgesehen.

4. Hinweise

Verantwortungsbereich: Fachbereichs-, Einrichtungsleitung, Psychologischer
Fachdienst des FBTI, Gesundheitsmanagement

5. Mitgeltende interne Unterlagen

- Informationsflyer zur Psychologischen Ersten Hilfe im FBB)
- Prozessverlauf Psychologische Erste Hilfe
- Vorlage Protokollierung
- Handlungsleitfaden
- Packliste Einsatzkoffer

6. Mitgeltende externe Unterlagen – Gesetze, Richtlinien

- DGUV-Information 206-023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen

Anhang 11 Leitfaden für Erstbetreuer:innen (Entwurf). Eigene Darstellung orientiert an Kröger.²²³

Leitfaden für Erstbetreuer:innen

1. Absprache mit alarmierender Person und Überblick verschaffen

Ziel: Übersicht über betroffene Personen(-gruppen) erlangen. Mögliche Rückzugsorte zur Betreuung eruieren. Geplantes weiteres Vorgehen und weitere Notwendigkeiten abstimmen. Gegebenenfalls weitere Erstbetreuer:innen alarmieren.

2. Kontakt zu Betroffenen angemessen herstellen

Ziel: Unaufdringlich und mitfühlend mit den betroffenen Personen Kontakt aufnehmen oder auf die Kontaktaufnahme der Betroffenen eingehen.

3. Auffangen der Erstreaktion

Ziel: Gemeinsames Aushalten der Erstreaktion. Gegebenenfalls vermitteln, dass dies eine „ganz normale Reaktion auf eine nicht alltägliche Situation ist“. Herstellen eines Rahmens für alles, was für die Betroffenen gerade notwendig ist. Solange Betroffene sich nicht selbst verletzen, Reaktion zulassen.

4. Für Sicherheit und Wohl sorgen

Ziel: Die aktuelle und zukünftige Sicherheit fördern sowie für körperliches und psychisches Wohl sorgen.

5. Stabilisieren

Ziel: Betroffene beruhigen und sie dabei unterstützen sich in der Situation zurecht zu finden. Insbesondere dann, wenn diese emotional überwältigt oder desorientiert sind.

6. Strukturierung der aktuellen Situation

Ziel: Auskünfte über aktuelle Situation geben (zum Beispiel zur Absicherung des weiteren Dienstes oder zum Befinden anderer Personen). Insbesondere dann, wenn Ermittlungsbehörden einbezogen sind, benötigt es Erklärungen, aus welchem Grund dies geschieht.

²²³ vgl. Kröger, Christoph 2013: Anhang 1

7. Bedürfnisse und Sorgen erkennen

Ziel: Aktuelle Bedürfnisse und Sorgen identifizieren, zusätzliche Informationen sammeln und Interventionen der Psychologischen Ersten Hilfe an die Situation anpassen.

8. Praktische Unterstützung anbieten

Ziel: Unmittelbar auf Bedürfnisse und Sorgen eingehen und den betroffenen Personen praktische Unterstützung anbieten.

9. Soziales Netzwerk aktivieren

Ziel: Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu nahestehenden Personen, einschließlich Familienangehörigen und Freund:innen. Dabei gilt zu beachten, dass nicht immer der nächste Angehörige die passende Unterstützungsperson in dem Moment ist. Der Wunsch der Betroffenen sollte im Fokus sein.

10. Informationen zur Bewältigung des Erlebten geben

Ziel: Informationen über mögliche Belastungsreaktionen und Bewältigungsstrategien bereitstellen. Dabei ist es wichtig zu unterstreichen, dass die Empfindungen „ganz normale Reaktion auf eine nicht alltägliche Situation“ sind. Im Sinne der Psychoedukation werden dadurch Belastungen reduziert und adaptives Verhalten gefördert.

11. Gegebenenfalls Abschiednahme vom Verstorbenen begleiten

Ziel: Eine Abschiednahme von einer verstorbenen Person ist für viele Menschen hilfreich, um die Situation zu „begreifen“. Dies stellt für viele das Tor zur Bearbeitung der Trauer dar. Die Abschiednahme ist nicht in allen Fällen möglich. Wenn Sie möglich ist, sollte sie den betroffenen Personen nahegelegt werden, ohne dies aufzuzwingen.

12. Strukturierung des Folgezeitraums

Ziel: Besprechung von Notwendigkeiten sowie Planung weiterer Schritte. Gegebenenfalls Begleitung nach Hause oder zum Durchgangsarzt (wenn kein soziales Netzwerk diese Aufgabe übernehmen kann oder die Betroffenen dazu nicht selbst in der Lage sind).

13. Weiterführende Betreuungsangebote vermitteln

Ziel: Vermittlung von zur Verfügung stehenden psychosozialen, internen Angeboten sowie von externen Institutionen und Organisationen, die unmittelbar oder in der Zukunft benötigt werden könnten.

Anhang 12 Packliste für Notfallkoffer für Psychologische Erste Hilfe (Entwurf). Eigene Darstellung orientiert an Kröger.²²⁴

Packliste Notfallkoffer für Psychologische Erste Hilfe

Basisausstattung

- Mehrere Kugelschreiber
- Notizblock
- Taschenlampe
- Feuerzeug
- Einmalhandschuhe
- Desinfektionsmittel
- Papiertaschentücher
- Abfallbeutel
- Türschild „Bitte nicht stören“
- Kleine Verbandstasche mit Pflastern usw.

Für das Körperliche Wohl

- Wasser
- Kaugummi
- Traubenzucker
- Müsliriegel

Fürsorgliche Materialien

- Decke
- Igelball
- Malbuch und Buntstifte
- Kuschtiere
- Bücher (zum Beispiel „Abschied, Tod und Trauer“ oder „Mein Wut-Kritzelbuch“)

Hilfsmittel

- Bildkarten für unterstützte Kommunikation
- Bildkarten „Über Abschied, Verlust und Tod sprechen“

²²⁴ vgl. Kröger, Christoph 2013: Anhang 2

Religiöse Unterstützung

- Ablauf „Abschiedshandlung am Totenbett“
- Elektrische Kerze
- Kleines Kreuz oder Engelfigur
- Liedblatt (zum Beispiel „So nimm denn meine Hände“ oder „Meine Hoffnung und meine Freude“)
- Religiöse Texte (zum Beispiel „Vaterunser“)

Schriftliche Unterlagen

- Flyer über akute Belastungsreaktion und Psychoedukation
- Flyer über interne Unterstützung und Kontakte
- Flyer über externe nachsorgende Hilfsangebote
- Übersichtsblatt nachsorgender Angebote
- Dokumentationsbogen

Anhang 13 Einsatzprotokoll (Entwurf)

Einsatzprotokoll Psychologische Erste Hilfe			Datum des Einsatzes
Name Erstbetreuer:in (1)	Name Erstbetreuer:in (2)	Name Erstbetreuer:in (3)	Name Erstbetreuer:in (4)
Einsatzzeiten:		Fahrzeug:	Anzahl der betreuten Personen:
Alarm:	:	Privat Dienstlich Strecke	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter:innen
Eintreffen:	:	(1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> km	<input type="checkbox"/> Klient:innen
Interventionsende:	:	(2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> km	<input type="checkbox"/> Führungskräfte
		(3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> km	<input type="checkbox"/> sonstige – welche?
		(4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> km	
Anlass:		durchgeführte Maßnahmen:	
<input type="checkbox"/> (plötzlicher) Todesfall <input type="checkbox"/> Suizid(-versuch) <input type="checkbox"/> (Arbeits-)Unfall <input type="checkbox"/> Gewalterleben <input type="checkbox"/> Medizinischer Notfall <input type="checkbox"/> Vermisste Person <input type="checkbox"/> Brand oder sonstige Katastrophe <input type="checkbox"/> Überbringung von Todesnachricht <input type="checkbox"/> sonstiges:		<input type="checkbox"/> Absprache mit alarmierender Person und Überblick verschaffen <input type="checkbox"/> Kontakt zu Betroffenen hergestellt <input type="checkbox"/> Auffangen der Erstreaktion <input type="checkbox"/> Für Sicherheit und Wohl sorgen <input type="checkbox"/> Stabilisieren <input type="checkbox"/> Strukturierung der aktuellen Situation <input type="checkbox"/> Bedürfnisse und Sorgen erkennen <input type="checkbox"/> Praktische Unterstützung anbieten <input type="checkbox"/> Soziale Netzwerke aktivieren <input type="checkbox"/> Information zur Bewältigung des Erlebten geben <input type="checkbox"/> Abschiednahme vom Verstorbenen begleiten <input type="checkbox"/> Strukturierung des Folgezeitraums <input type="checkbox"/> Weiterführende Betreuungsangebote vermitteln	
Belastungsniveau (Schwere des Ereignis):		Auslösendes Ereignis bei:	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Mitarbeiter:in <input type="checkbox"/> Klient:in <input type="checkbox"/> Führungskraft <input type="checkbox"/> sonstige:	
Einsatzkräfte vor Ort:		Alarmierung durch:	
<input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Kripo <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> keine		Einrichtung: Führungskraft: sonstige:	
		Adresse Einsatzort:	
		Straße:	
		Ort:	

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt haben.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Mittweida, 30.06.2023