



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Target Group Intervention Programme  
Heft I

**Manual zur Anwendung des  
Kölner Risikoindex-Disaster im Rahmen von  
Großschadenslagen**

**Robert Bering, Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Michael Kamp, Gottfried Fischer**



Project co funded by the European Commission –  
Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3"



Stadt Köln



## Project Partners are



City of Cologne  
Office for international Affaires  
The mayor  
Stadt Köln (D)



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics  
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology  
Alexianer-Hospital Krefeld



Stichting Impact  
Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care

## **SEPET+D**

Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación  
SEPET+D

Das Manual zur Anwendung des Kölner Risikoindex-Disaster im Rahmen von Großschadenslagen wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ entwickelt.

## **Autoren**

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Leitender Arzt am Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Wiss. Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik (IKPPD). Leitung der Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. G. Zurek: Wiss. Mitarbeiterin am IKPPD; Dozentin für die Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. M. Kamp: Psychologischer Mitarbeiter am Zentrum für Psychotraumatologie Spezialisiert auf Exners zusammenfassendes System für die Psychodiagnostik nach Rorschach an der Universität zu Köln.

Prof. Dr. Gottfried Fischer: Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln.

## **Danksagung**

EUTOPA wurde von der Europäischen Kommission unter dem Grant Agreement „N<sup>0</sup> 07030601/2006/447903/SUB/A3“ gefördert. Wir bedanken uns bei den Delegierten von EUTOPA für wertvolle Diskussion, die in unsere Arbeit zur Modifikation von TGIP für Großschadenslagen eingeflossen ist.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath, William Yule, Bogdan Zawadzki, Gisela Zurek

Wir bedanken uns bei Frau Dipl.-Psych. Kathrin Abresch für Korrekturarbeiten. Der Stadt Köln sind wir zu großem Dank verpflichtet, die Koordination des Projektes EUTOPA auf sich genommen zu haben.

© 2008 Bering, Schedlich, Zurek, Kamp und Fischer

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Dies gilt im Besonderen für die Vervielfältigung, Übersetzung und Weiterverarbeitung innerhalb und außerhalb elektronischer Systeme.

## Vorwort

Das Manual zur Anwendung des Kölner Risikoindex-Disaster (Heft I) wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ auf den Weg gebracht. In diesem Projekt stellt sich die zentrale Frage: Welche Kriseninterventionsmaßnahmen haben sich nach aktuellem Forschungsstand bewährt, das Risiko für eine psychische Folgestörung nach Großschadenslagen einzudämmen? Hierbei vertritt die Arbeitsgruppe den Ansatz, dass zur psychosozialen Nachsorge so genannte „Screenings“ durchgeführt werden, die die Identifikation von Überlebenden mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer chronischen Belastungsstörung ermöglichen. Unter Screening verstehen wir eine Kombination aus verschiedenen Erhebungsparametern. Hierzu gehören die Risikofaktoren zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, die Bestimmung der peritraumatischen Dissoziation und die Erhebung der Symptomstärke. Mit diesem Screening verbinden wir nicht den Anspruch einer gesicherten Diagnosestellung; es handelt sich um eine Weichenstellerfunktion im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI). Das ZGI manualisiert alle Interventionsschritte von der psychologischen Erstversorgung bis zur indizierten Psychotherapie im engeren Sinne. In unseren Manualen (Heft I bis III) adaptieren wir die Konzeption an das Anforderungsprofil internationaler Großschadenslagen. Heft II umfasst die Module der Zielgruppenorientierten Intervention. In Heft III legen wir eine manualisierte Form der traumabasierten Psychoedukation vor. Unser Konzept beruht darauf, dass die Prozessorientierung und Identifizierung von Risikogruppen zielführend ist, effektive Kriseninterventionsprogramme auf den Weg zu bringen. Dieses Konzept haben wir in der Vergangenheit für verschiedene Situationstypologien entwickelt. Mit PLOT und EUTOPA verfolgen wir das Ziel, das Konzept im europäischen Kontext unter Anwendung des Internets zu implementieren.

Hierfür haben wir die Internetseite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu) und [www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu) eingerichtet. Das vorgelegte Manual (Heft I) fokussiert ein zentrales Segment der ZGI; es geht um den theoretischen und praktischen Hintergrund für die Anwendung des Kölner Risiko-Index. Das Manual ist für professionelle Helfer konzipiert und soll dieser Zielgruppe die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufzeigen.

# Literatur zur Zielgruppenorientierten Intervention (ZGI)

Übersetzungen des Manuals auf Englisch, Französisch, Spanisch und Deutsch finden Sie unter

[www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

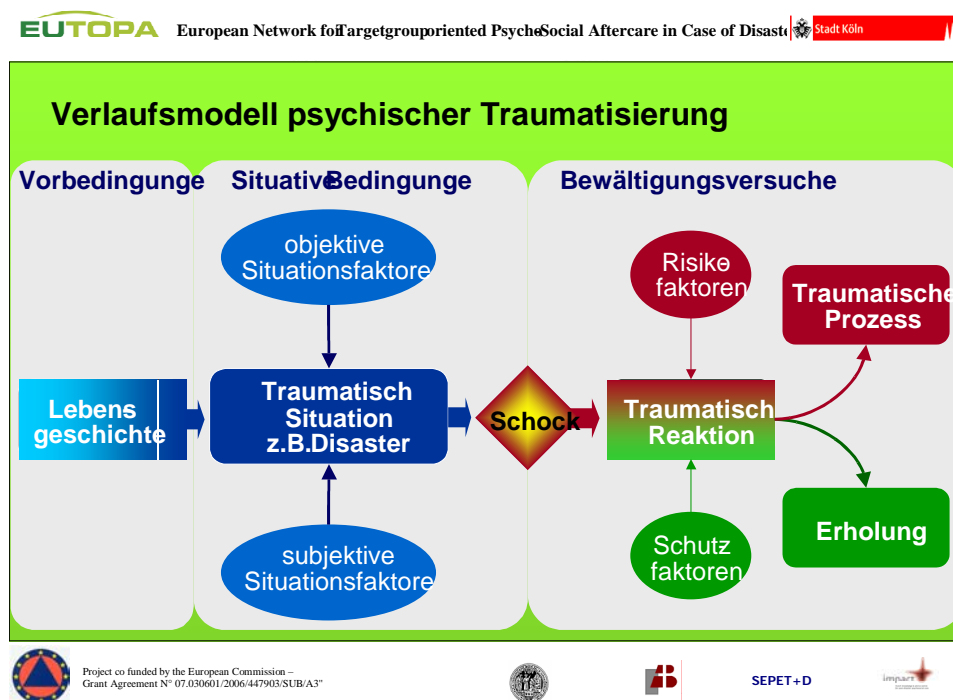
Weiterführende Information über die ZGI in Verbindung mit der psychosozialen Nachsorge von Opfern von Terroranschlägen und für Soldaten nach Auslandseinsätzen finden Sie unter:

[www.ikpp-bundeswehr.de](http://www.ikpp-bundeswehr.de)

[www.plot-info.eu](http://www.plot-info.eu)

# 1. Belastende Erlebnisse und ihre Verarbeitungsformen

## 1.1 Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung



**Abbildung 1: Verlaufsmodell der psychischer Traumatisierung (nach Fischer und Riedesser, 2003).** Die traumatische Situation, Reaktion und der traumatische Prozess vs. Erholung werden dargestellt. Erklärung siehe Text.

Wir betrachten die psychosoziale Nachsorge für Betroffene von Großschadenslagen auf der Grundlage des Verlaufsmodells (s. Abb. 1). Das Verlaufsmodell untersucht im Einzelnen die Phasen von (1) *traumatischer Situation*, (2) *traumatischer Reaktion (Shockphase)* und (3) *die Auswirkungen*. Ein *traumatischer Prozess* tritt ein, wenn der Übergang in die postexpositorische Erholungsphase dauerhaft scheitert. Hierzu

gehört zum Beispiel die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Der traumatische Prozess kann näher untergliedert werden in die zeitnahe *Einwirkungsphase* des Traumas (bis ca. 14 Tage bis 4 Wochen postevent) und die *Phase der Verfestigung*. Zielgruppenorientierte Interventionen im Sinne der Risikoeinschätzung orientieren sich am Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung (siehe Abb. 1).

Die Zielgruppenorientierte Intervention (ZGI) orientiert sich am Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung.

Im Folgenden werfen wir einen genaueren Blick auf die einzelnen Komponenten des Verlaufsmodells. Die objektiven Situationsfaktoren können sehr verschieden sein. Die objektiven Situationsfaktoren umschreiben die sachlichen Gegebenheiten der Großschadenslage von z.B. Terroranschlägen, Großbränden, Flutkatastrophen, Flugzeugabstürzen, Verkehrsunfällen usw.. Großschadenslagen implizieren die Versorgungsnotwendigkeit vieler unmittelbar und mittelbar betroffener Menschen: Hierzu gehören die Überlebenden, Angehörige, Hinterbliebene, Einsatzkräfte, Zeugen sowie die Bevölkerung in der betroffenen Kommune.

Die subjektive Bewertung dieser traumatischen Situationen ist individuell sehr unterschiedlich. Wesentliche subjektive Aspekte der traumatischen Situation sind Gefühlsmomente von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Bedrohung für Leib und Leben.

In der traumatischen Situation setzen häufig dissoziative Abwehrprozesse ein. Hierunter versteht man die Auflösung der

Integration von Wahrnehmung, Erinnerung, Gefühlen und Handlungen. Es kann zu Veränderungen des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens kommen. Die Schwere der traumatischen Situation und die peritraumatische Dissoziation in der traumatischen Situation sind wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS (Bering et al., 2007). Auch in der unmittelbaren postexpositorischen Zeit, der Schockphase, können Betroffene weiterhin mit intensiven Emotionen reagieren. Panik und Übererregbarkeit können über Stunden bis zu mehreren Tagen andauern. Andere Betroffene befinden sich in einem Zustand völliger Gefühllosigkeit bzw. emotionaler Taubheit (numbing).

In der Einwirkungsphase wechseln sich intrusives Erleben (z. B. sich aufdrängende Bilder, Gefühle und Gedanken, Alpträume) und Vermeidungsverhalten mit Verleugnung einschließlich dissoziativer Abwehr ab. Für diesen Prozessverlauf haben die Vorläuferbedingungen (Antezedente Komponente) eine wichtige Bedeutung.

Unter Dissoziation versteht man die Auflösung der Integration von Wahrnehmung, Erinnerung, Gefühlen und Handlungen.

Im traumatischen Prozess kann es zu Ein- und Durchschlafstörungen, depressiven Reaktionen, Erschöpfungszuständen, anhaltender Wut, Abgestumpftheit, Ängsten, Konzentrationsstörungen und Selbstvorwürfen kommen. Erinnerungen an die traumatische Situation sind z.T. nur fragmentiert oder in verzerrter Form abrufbar. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei zunächst um eine normale Reaktion auf sehr belastende Erfahrungen handelt, die nicht per se auf

eine Chronifizierung und Entwicklung einer PTBS schließen lassen.

Unter günstigen Bedingungen kommt es im Anschluss an die Einwirkungsphase zu einer Erholung. Die Symptome bessern sich spürbar und dauerhaft. Die Schaukelbewegung zwischen Vermeidung und Intrusion lässt nach und die kontrollierte Verarbeitung traumatischer Inhalte wird möglich (vgl. Horowitz, 1976). Die Betroffenen lernen, über das Ereignis zu reden, ohne von Gefühlen überwältigt

zu werden oder diese dissoziativ abwehren zu müssen.

Für die erfolgreiche und frühe Bewältigung der traumatischen Reaktion, die Erholung und Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung, sind einige Faktoren entscheidend. Sehr unterstützend für den Heilungsprozess ist ein sicheres, gewährendes soziales Umfeld, in dem der Betroffene über seine Erfahrungen reden kann. Ebenso notwendig und hilfreich sind ausreichende Zeiträume für Ruhe und Rückzug sowie die Aufklärung über traumatische Verläufe und die Vermittlung von Stabilisierungs-, Distanzierungs- und Entspannungs-techniken.

Gelingt dieser Bewältigungsprozess nicht, geht die traumatische Reaktion in den traumatischen Prozess mit unterschiedlichen Verlaufsgestalten über. Hierzu gehört z.B. das Fortbestehen der Symptome aus der Einwirkzeit, d.h. die Verfestigung einer PTBS. Hieraus können sich weitere psychiatrische Erkrankungen als Begleit- oder Folgestörungen entwickeln. Z. B. besteht ein erhöhtes Risiko einer Suchtentwicklung als Ausdruck eines Selbstheilungsversuches, um intrusives Erleben mit vermehrtem Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-

missbrauch zu betäuben. Bei Vorherrschen der vermeidenden und dissoziativen Abwehr kann es zu einer depressiven Entwicklung kommen. Chronische Übererregungssymptome führen z. B. zu Angststörungen.

Die Lebensqualität kann sich dramatisch verringern und weitreichende psychosoziale Folgeprobleme können auftreten, wie Partnerschaftsprobleme, Verluste sozialer Kontakte, eingeschränkte Arbeits- und Einsatzfähigkeit bis hin zur vorzeitigen Berentung. Bei besonders ungünstig verlaufenden langfristigen traumatischen Prozessen kann es zu tiefgreifenden Persönlichkeitsänderungen kommen, die als solche im ICD-10 diagnostiziert wird (F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen). Bei solchen chronifizierten Fällen ist eine umfassende psychologische und ärztliche Hilfe erforderlich. Wir wissen, dass aus einer Belastungssituation eine Vielzahl von psychiatrischen Störungsbildern entstehen kann, die grundsätzlich berücksichtigt werden müssen. Die PTBS und die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sind als Musterbeispiele aufzufassen, die besonders gut untersucht sind.

Alle Maßnahmen der Zielgruppenorientierten Unterstützung zielen darauf ab, den Selbstheilungsprozess zu unterstützen.

## 1.2 Die Risikogruppen: Selbsterholer, Wechsler- und Risikogruppe

Inwieweit Betroffene eine belastende Erfahrung verarbeiten und sie in der Erholungsphase erfolgreich bewältigen können, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Prädiktive Faktoren für den traumatischen Verlauf sind neben objektiven Situationsfaktoren die Art und Weise der peritraumatischen Reaktion, die

Reaktionen der Umwelt nach einem belastenden Ereignis und vorangegangene traumatische Erfahrungen. Über eine überschaubare Anzahl von empirisch gesicherten Faktoren, die mit dem *Kölner Risikoindex* erfasst werden, ist es somit schon in der Einwirkungsphase möglich, abzuschätzen, wie hoch das



Risiko eines traumatischen Prozessverlaufs ist.

Nach psychotraumatologischen Erkenntnissen (Fischer et al., 1999; Bering, 2005; Bering et al., 2003, 2007; Schedlich et al. 2008) können Personen, die belastenden Ereignissen von mittlerem bis hohem Schweregrad ausgesetzt waren, in folgende drei Gruppen unterteilt werden:

**Selbsterholer:** Die Gruppe von Traumaopfern, die mit dem natürlichen Verlauf des Selbstheilungsprozesses mit eigenen Ressourcen und Potentialen mit der Zeit das Trauma ohne bleibende Beeinträchtigungen verarbeitet.

**Wechslergruppe:** Die Gruppe von Traumaopfern, die das Trauma wie die „Selbsterholer“ im natürlichen Verarbeitungsprozess bewältigen können, wenn keine weiteren „Störfaktoren“ post-expositorisch hinzukommen (z.B. negative Konsequenzen durch den Arbeitgeber, familiäre/soziale Belastungen, Retraumatisierungen etc.). Kommen solche Störfaktoren im Laufe des Verarbeitungsprozesses hinzu, „kippen“ die Betroffenen in die Risikogruppe, die in hohem Maß gefährdet ist, aufgrund des Traumas dauerhafte Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen zu entwickeln.

**Risikogruppe:** Die Gruppe von Betroffenen, die durch das Trauma ein hohes Risiko hat, eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung und/oder komorbide Störungen wie z.B. Alkoholabhängigkeit, Depression oder Angststörungen zu entwickeln. Dieser chronifizierende traumatische Prozess kann u. U. mehrere Jahre andauern, oder es treten erst nach Jahren, z.B. durch das Hinzukommen weiterer belastender Faktoren eine Zunahme der Symptomatik oder sogar erstmalig Symptome auf (verzögerte PTBS).

Die frühzeitige Zuordnung Betroffener zu den jeweiligen Gruppen ist insofern von Bedeutung, als dass die prognostizierten Verläufe im Sinne der ZGI unterschiedliche Hilfs- und Unterstützungsangebote benötigen, um einem chronifizierenden Verlauf vorzubeugen. Der *Kölner Risikoindex-Disaster* erlaubt die Zuordnung von Überlebenden einer Großschadenslage nach belastenden Ereignissen zu einer der drei Gruppen. Aufgrund der Zuordnung können dann im Rahmen der psychosozialen Nachsorge nach Großschadenslagen zielgruppenspezifisch ausgerichtete Maßnahmen eingeleitet werden.

Der *Kölner Risikoindex-Disaster* ermöglicht als Instrument der Früherkennung die Zuordnung betroffener Personen in eine der Gruppen: Selbsterholer, Wechsler und Risikopersonen und bildet damit die Grundlage für die Zielgruppenorientierte

## 2. Der Kölner Risikoindex - Disaster

### 2.1 Die Entwicklung des Kölner Risikoindex

Der Kölner Risikoindex wurde entwickelt, um eine Risikoeinschätzung über den traumatischen Prozessverlauf zu gewinnen. Die Früherkennung von Risikoverläufen ist ein wesentlicher Bestandteil sinnvoller sekundärer Prävention.

Der KRI wurde erstmals im Rahmen des Forschungsprojektes „*Prävention chronifizierter Störungen und Behinderungen bei Opfern von Gewaltverbrechen*“ – dem Kölner Opferhilfe-Modell (KOM) – konzipiert und validiert (vgl. Fischer et al., 1999). Der KRI ermöglicht es, über das Erfassen gut überschaubarer Situationsfaktoren, wie die Schwere der traumatischen Situation oder

peritraumatische Dissoziation und über vorhandene bzw. fehlende protektive Faktoren, das Risiko einer Folgestörung abzuschätzen.

Eingesetzt wird die validierte Version des *KRI für Gewaltopfer* z.B. von der Kölner Polizei. Gewaltopfer werden dort relativ kurz nach der Gewalttat von hierzu geschulten Polizeibeamten eingeschätzt und gegebenenfalls an die Kölner Beratungsstelle für Gewalt- und Unfallopfer weiterempfohlen.

Seitdem wurden eine Vielzahl von Varianten des KRI entwickelt, die im Folgenden Kapitel erläutert werden (s. Tab. 1).

### 2.2 Die prädiktiven Faktoren

Fischer et al. (1999) haben das Konzept des Kölner Risikoindex an einer Stichprobe von Gewalt- und Unfallopfern validiert und hierdurch im Kriseninterventionsmanagement eine bedeutungsvolle Entwicklung angestoßen. Analog hat Walter (2003) eine Studie zur Identifikation von Risikofaktoren an Opfern von Banküberfällen durchgeführt. Bering et al. (2003) haben einen Risikoindex für die Bundeswehr entwickelt, der sich an der spezifischen Situationsdynamik humanitärer und militärischer Einsätze von Bundeswehrsoldaten orientiert. Hammel hat dieses Konzept im Kontext der Betreuung der Überlebenden der Zugkatastrophe von Eschede adaptiert (Hammel, 2005). Bering & Kamp (2007) haben eine Validierung des KRI im klinischen Kontext an einer Stichprobe von Patienten mit einer gesicherten PTBS

durchgeführt. In Tabelle 1 sind die identifizierten Risikofaktoren aufgeführt. Der methodische Ansatz aller aufgeführten Studien ist vergleichbar. Es wurden Varianten des KRI verwendet, die mit Symptomskalen für eine PTBS auf der Grundlage eines Regressionsmodells in Beziehung gebracht wurden.

Zwischen diesen verschiedenen Varianten des KRI gibt es Schnittmengen, die sich in der Gewichtung der dispositionellen Faktoren, der Vortraumatisierung, der Situationsfaktoren und der Risiko- und Schutzfaktoren in der Einwirkungsphase widerspiegeln. Zu diesem Zweck wurden die einzelnen Faktoren auf der Grundlage der Punktwerte, mit denen sie in die Gesamtbewertung einfließen, semi-quantitativ bewertet und mit ein bis drei Sternen gekennzeichnet. Ein Stern bedeutet eine geringe Gewichtung des

Faktors, zwei Sterne eine mittlere und drei Sterne stehen für eine erhebliche Gewichtung des Faktors im KRI der jeweiligen Version.

Bei dieser Skalierung und bei der Explikation der Faktoren handelt es sich um eine grobe Einteilung, die lediglich als Orientierungshilfe gedacht ist. Ungenauigkeiten werden hingenommen, um dem Ziel näher zu kommen, die Faktoren in einer vergleichbaren Darstellung aufzuführen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Faktorengruppen in Tabelle 1 für die Entwicklung von Symptomen, die mit einer PTBS assoziiert sind, für alle Varianten des KRI Gültigkeit haben. Im Folgenden werden die Faktoren einzeln aufgeführt:

Zu den *dispositionellen* Faktoren gehört das Item ›weibliches Geschlecht‹. Es wurde sowohl in der Studie an Bundeswehrsoldaten als auch bei Bankangestellten als Risikofaktor identifiziert. Ungeklärt bleibt, ob Dissimulationseffekte bei Männern dieses Ergebnis bestimmen oder ob es sich wirklich um eine geschlechtsspezifische Vulnerabilität handelt.

Zu den *prätraumatischen lebensgeschichtlichen* Faktoren gehören die Items ›psycho-traumatische Vorbelastung‹, ›Arbeitslosigkeit‹ und ›Schulbildung‹. Das Ausmaß der Vortraumatisierung nimmt in allen Varianten des KRI eine wichtige Stellung ein. Haus- und Klinikärzte müssen diesem Faktor eine besondere Aufmerksamkeit widmen. So ist die Kategorie ›Arbeitslosigkeit‹, die als Risikofaktor in den KRI für Gewalt- und Unfallopfer eingeht, für Soldaten der Bundeswehr und Bankangestellte natürlich irrelevant, da die kritischen Ereignisse im Berufsumfeld stattfinden. Darüber hinaus hat sich der

Risikofaktor einer niedrigen Schulbildung im KRI für Gewalt- und Unfallopfer in den anderen Versionen nicht wieder finden lassen.

Die *Situationsfaktoren* lassen sich in subjektive und objektive unterteilen. Zu den *subjektiven* gehört die erlebte Todesangst bzw. die subjektive Einschätzung des Belastungsgrades, die sich in allen Versionen des KRI als wichtiges Item identifizieren lässt.

Das Ausmaß der Verletzung, die Dauer der traumatischen Situation und die Bekanntheit des Täters sind den *objektiven Situationsfaktoren* zuzuordnen. Bei diesen Items ergeben sich partielle Überlappungen. Körperliche Verletzungen spielen bei der Bundeswehr und bei Gewalt- und Unfallopfern und in der klinischen Stichprobe eine wichtige Rolle. Bei Banküberfällen sind sie objektiv eine Seltenheit und entfallen aus diesem Grunde. Die Faktoren ›Bekanntheit des Täters‹, ›Dauer der traumatischen Situation‹ und ›anderen Personen geschadet‹ zeigen Schnittstellen in den unterschiedlichen Varianten des KRI. Eine bemerkenswerte Übereinstimmung zeigt der Faktor ›peritraumatische Dissoziation‹. Dieser nimmt in allen Varianten des KRI eine besondere Stellung ein.

Der Umgang mit dissoziativen Phänomenen verdient besondere Aufmerksamkeit. Zu den *Faktoren in der Einwirkungsphase* gehören Risiko- und Schutzfaktoren, die sich insbesondere auf die Reaktion des sozialen Umfeldes (Familienmitglieder, Kameraden, Kollegen usw.) und der Vorgesetzten (Filialleiter einer Bank, Offiziere) bzw. der Funktionsträger (Ermittlungsbeamte, Versicherungen) beziehen. Es wird deutlich, dass negative Reaktionen im

sozialen Umfeld in allen Varianten des KRI in Beziehung zu den Symptomen von Belastungsstörungen stehen. Die Kategorie ›schlechte Erfahrung mit Funktionsträgern, Kollegen und Kameraden‹ zeigt ebenfalls eine breite Schnittmenge. Darüber hinaus verdient der Risikofaktor ›Schwierigkeiten, über das Ereignis zu sprechen‹ besondere Aufmerksamkeit. Er konnte sowohl für die Stichprobe der Bundeswehrsoldaten als auch für die klinische Stichprobe gesichert werden. Für die Psychotraumatologie hat dieser Faktor eine erhebliche Relevanz.

Wir können schlussfolgern, dass kumulative psychotraumatologische Belastung, die peritraumatische Dissoziation, die objektive Schwere des Ereignisses, die subjektive Bewertung des Ereignisses und Reaktion des sozialen und beruflichen Umfeldes als ubiquitäre Faktoren zu bewerten sind, die die Entwicklung einer Belastungsstörung begünstigen. Hierbei müssen wir Einschränkungen geltend machen. Der Verknüpfungsgrad bzw. das Bestimmtheitsmaß, mit dem aus den diskutierten Faktoren des KRI auf die

Symptombelastung geschlossen werden kann, beruht auf einem mathematischen Modell, dass die Wirklichkeit nur unzureichend abdeckt. Psychometrische Erhebungsinstrumente geben lediglich einen Anhaltspunkt.

Die Erkenntnis der Kausalitätsbeziehungen zwischen dem Ereigniskriterium und der Symptomatik ist an eine psychotraumatologische Diagnostik gebunden, die Einzelgespräche im klinischen Setting erfordert. Aus diesem Grunde sind die Prädiktoren in ein dynamisches Beziehungsgefüge zu setzen. Erst dieser Schritt erfüllt die Konfigurationsanalyse jedes einzelnen Falles mit Leben und macht eine Beurteilung der dispositionellen, lebensgeschichtlichen, situativen und Risiko- bzw. Schutzfaktoren in der Phase der Einwirkung erst möglich. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Konzeption des KRI auf einer Weichenstellerfunktion beruht. Wird der Proband der Wechsler- oder der Risikogruppe zugeordnet, folgt die klinische Diagnostik in weiterführenden Bausteinen.

Wir können schlussfolgern, dass kumulative psychotraumatologische Belastung, die peritraumatische Dissoziation, die objektive Schwere des Ereignisses, die subjektive Bewertung des Ereignisses und Reaktionen des sozialen und beruflichen Umfeldes als ubiquitäre Faktoren zu bewerten sind, die die Entwicklung einer Belastungsstörung begünstigen. Die Ergebnisse unserer Feldstudien sind im Einklang mit den hierzu durchgeführten Meta-Analysen.

In der Tabelle 1 haben wir die Feldstudien zusammengetragen, die zur Validierung des KRI durchgeführt wurden. Wir verweisen darauf, dass die Risikofaktoren im Einklang mit Metaanalysen liegen, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben

(Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003, Abresch & Bering, 2008). Nach dem Konvergenzprinzip zeigen zwei unterschiedliche methodische Zugriffsweisen übereinstimmende Ergebnisse.

<b>Tabelle 1.: Varianten des Kölner Risikoindex</b>				
<b>Autoren</b>	<b>Fischer et al. (1999)</b>	<b>Walter (2003)</b>	<b>Bering (2005)</b>	<b>Bering &amp; Kamp (2007)</b>
<b>Variante des Kölner Risikoindex</b>	<b>Gewalt- und Unfallopfer</b>	<b>Opfer von Banküberfällen</b>	<b>Soldaten im Auslandseinsatz</b>	<b>Stationäre PTBS Patienten</b>
<b>Dispositionelle Faktoren</b>				
Weibliches Geschlecht		*	*	
<b>Lebensgeschichtliche Faktoren</b>				
niedrige Schulbildung	*			
Vortraumatisierung	**	**	**	*
Arbeitslosigkeit	*			
<b>Situationsfaktoren</b>				
Bedrohung für Leib und Leben	*	*	*	
Dauer des traumatischen Ereignisses	*			
Dissoziation	***	**	***	**
Körperliche Verletzung	*		*	*
Subjektiv erlebte Belastung	*	*	*	
Bekanntheit des Täters (bzw. Nähe zum Täter)	*	*		
Personen geschadet				*
<b>Faktoren in der Einwirkungsphase</b>				
Negative Reaktionen im sozialen Umfeld	*	**	**	**
Einschränkung der Heimatkontakte			*	
Schlechte Erfahrung mit Funktionsträgern/Kollegen/Kameraden	*	**	*	
Schwierigkeiten über das Ereignis zu sprechen			*	*
In der Übersicht wird deutlich, dass es Gemeinsamkeiten zwischen den Kölner Risikoindizes gibt, die sich auf die Faktorengruppen der Disposition, der Vortraumatisierung, der traumatischen Situation und der Risiko- und Schutzfaktoren zusammenfassen lassen. Die Sterne symbolisieren die Gewichtung. Ist ein Feld leer, so wurde dieses Item in der Studie nicht untersucht.				

## 2.3 Adaptation des KRI an Großschadenslagen – der *Kölner Risikoindex-Disaster*

In der Adaption des Kölner Risikoindex - Disaster (KRI-D) war es notwendig, die spezifische Situation potentiell betroffener Überlebenden von Großschadenslagen zu berücksichtigen. Da verschiedene traumatische Situationen, Erfahrungen und Kontexte spezifische Merkmale aufweisen und unterschiedliche Risiken zur Entwicklung von langfristigen Folgebelastungen bestehen, ist eine gesonderte Berücksichtigung dieser Faktoren vorzunehmen. Wir verfolgen einen zweizeitigen methodischen Zugriff. Im ersten Schritt ziehen wir die Faktoren heran, die sich in der Intervalidierung des KRI und in Meta-Analysen bestätigt haben (vgl. Tabelle 1). Im zweiten Schritt ziehen wir Faktoren hinzu, die unter dringendem Verdacht stehen, eine spezifische Relevanz für Überlebende von Großschadenslagen aufzuweisen. Wir stützen uns hierbei auf den aktuellen Forschungsstand.

### Ad 1

Die Identifikation von Risikofaktoren hat uns gezeigt, dass die prätraumatische Lebensgeschichte, die Situationsdynamik und Risiko- und Schutzfaktoren in der Einwirkungsphase zu berücksichtigen sind. Wir müssen also vom somatologischen Paradigma der Notfallmedizin abrücken und Ersthelfer und Therapeuten müssen immer den gesamten Prozessverlauf überschauen, um sinnvolle Interventionen auf den Weg zu bringen. Mit diesem Rüstzeug wollen wir uns der Situationsdynamik bei Katastrophen widmen.

### Ad 2

Der Beginn der systematischen Forschung zu den psychischen Folgen von Naturkatastrophen geht zurück in die 70er Jahre. So formulierte z. B. Barton (1969), dass die Auftretensplötzlichkeit, die Dauer und die Vorbereitung der Kommune einen Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Folgen bei den Betroffenen haben. Green (1990) extrahierte in ihrer Längsschnittstudie nach der Flutkatastrophe am Buffalo Creek 1972 über 14 Jahre traumatogene situative Konstellationen für Langzeitentwicklungen. Der größte Anteil der psychotraumatologischen Forschung zu den psychischen Folgen von Terroranschlägen stützt sich auf die Ereignisse von Studien zu den Folgen des Terroranschlages am 11.9.2001 in New York. Studien belegen, dass insbesondere diejenigen Betroffenen ein hohes Risiko haben, an einer psychischen Folgestörung zu entwickeln, die selbst verletzt wurden oder aber mit dem Anblick verstorbener und auch entstellter Körper konfrontiert waren (Desivilya, 1997; Grieger et al, 2004, 2005; Pfefferbaum et al., 2001; Ursano et al., 2003). Diese Faktoren haben auch eine Relevanz für die psychosoziale Nachsorge von Ersthelfer (Fullerton et al, 2004; Philbrick, 2003; Ursano et al., 2003). Ein prädiktiv relevanter Faktor für die Entwicklung einer längerfristigen psychischen Störung bei Angehörigen liegt laut Studien vor, wenn eine nahe stehende Person verstorben ist (u.a. Green 1990; Grieger et al., 2005). Nach den Ergebnissen der Studien ist davon auszugehen, dass bei den Opfern von Katastrophen an objektiven Situations-

faktoren das Ausmaß erlittener und bezeugter Verletzungen ein prognostisch relevanter Faktor für die Entwicklung einer psychotraumatischen Störung ist. Zur prognostischen Relevanz subjektiver Situationsfaktoren, erlebter Todesangst und dissoziativer peritraumatischer Abwehr, sowie der Bedeutung biographischer Risiko- und Schutzfaktoren liegen bislang nur wenige Ergebnisse vor. Betrachten wir die Risiko- und Schutzfaktoren in der Übergangsphase, so müssen wir rekapitulieren, dass im Fall einer Katastrophe sowohl von einer individuellen als auch von einer kollektiven Traumatisierung ausgegangen werden muss. In Zukunft ist zu untersuchen, ob sich die kollektive Traumatisierung als Risikofaktor oder als Schutzfaktor auswirkt. Kollektive Traumatisierung kann dazu führen, dass die Bereitschaft zur sozialen Unterstützung in der Bevölkerung sehr hoch ist (Hobfoll et al. 2007). Das kollektive Trauma zieht eine kollektive Solidarisierung nach sich. Ergänzende potentielle Risiko- oder Schutzfaktoren in der postsituativen Zeit, die beachtet werden müssen, sind die Auswirkungen der medialen Präsenz und Berichterstattung sowie die Rolle politischer Funktionsträger. Es ist zu konstatieren, dass Medienbericht-

erstattung bei sachlicher und adäquater Informationsvermittlung als wesentliche Maßnahme zur Wiederherstellung einer relativen Sicherheit (Hobfoll et al., 2007) durchaus protektive Potenz ausweisen kann. Die intrusive Potenz der medialen Berichterstattung kann das Risikopotential verstärken.

In die Validierungsversion des KRI wurden die genannten Faktoren integriert und dieser wird den entsprechenden Hilfsorganisationen in den Ländern online ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)) zur Verfügung gestellt werden. Die erhobenen Ergebnisse bilden die Grundlage für die Adaptation eines prognostischen Instrumentes als Basis einer Zielgruppen-orientierten Intervention. Da der KRI nicht auf die Erfassung von Belastungssymptomen abhebt, die im frühen Zeitfenster auch bei den Selbsterholern hoch sein können, ist eine frühe Anwendung im traumatischen Verlauf nach Abklingen der Schockphase erlaubt und sinnvoll. Vielfach wird diskutiert, ob ein Screening erst nach mehreren Wochen durchzuführen ist. Dieser Interpretation von Screening möchten wir uns nicht anschließen, da für eine prognostische Aussagekraft genutzt bliebe.

### **3. Durchführung und Instruktionen zum *KRI-D***

Der *KRI-D* liegt in zwei Versionen vor. Hierbei handelt es sich um eine Paper-Pen Version und eine Version, die im Internet auf der Webseite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu) in vier Sprachen zugänglich ist. Die Befragung sollte mit Unterstützung eines Therapeuten durchgeführt werden. In

Großschadenslagen ist dieses evtl. nicht möglich. Aus diesem Grunde bieten wir eine Internetversion des *KRI-D* an, die eine Hilfestellung über Internet bzw. eine Hilfestellung durch Professionelle des Netzwerkes ermöglicht.

Der *KRI-D* liegt in einer Paper-Pen und in einer Internet-Version vor ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)). Er sollte mit Unterstützung einer geschulten Fachkraft durchgeführt werden.

### 3.1 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden des *KRI-D* ist ein Instrument zur Prognose von bestehenden Risiken für die Entwicklung von Belastungsstörungen. Er sollte stets in Verbindung mit einer Einzelfallberatung verwendet werden. Der Einsatz des *KRI-D* direkt nach dem Ereignis ist obsolet. Der *KRI-D* ist dafür konzipiert, dass er nach der Erstversorgung und nach Möglichkeit nach der Psychoedukation Anwendung findet. Hierfür gibt es die Möglichkeit, dass Fachberater der Psychotraumatologie auf die Möglichkeit der Internetnutzung verweisen. Die Durchführung sollte im Sinne der sekundären Prävention möglichst flächendeckend erfolgen. Um eine korrekte Anwendung des *KRI-D* zu gewährleisten, ist eine spezielle Schulung für die Interviewer notwendig.

Dies ist vor allem wichtig, um eine weitere Traumatisierung des Befragten durch das Gespräch über das belastende Erlebnis zu vermeiden. Daneben ist eine einheitliche Durchführung die Voraussetzung für aussagekräftige Ergebnisse.

Wir empfehlen die Anwendung des *KRI-D* in Begleitung einer geschulten Fachkraft. Der Vorteil dieser Handhabung liegt in der unmittelbaren Einschätzungsmöglichkeit durch den geschulten Interviewer. Auch Bagatellisierungstendenzen und fortbestehende dissoziative Abwehr können hier erkannt und angesprochen werden. Notwendige Maßnahmen aufgrund der erfolgten Risikoeinschätzung können direkt besprochen und eingeleitet werden.

#### Rahmenbedingungen zur Anwendung des *KRI-D*

- Das Interview soll als Einzelgespräch in ruhiger und vertrauensvoller Atmosphäre durchgeführt werden.
- Der zeitliche Abstand zum Erlebnis beträgt mindestens 72 Stunden.
- Der Befragungsort sollte möglichst räumlichen Abstand zum Erlebnis gewährleisten, um ausreichende Sicherheit zu vermitteln.
- Für das Interview und die Besprechung geeigneter Maßnahmen sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, mindestens 30 Minuten, in Einzelfällen länger. Da die Betroffenen u. U. von sehr belastenden Erlebnissen sprechen, brauchen sie im Sinne eigener Handlungskontrolle die Möglichkeit, die zeitliche Struktur mitgestalten zu können.

#### Einleitung des Interviews

- Wesentlich ist es zunächst einen guten Kontakt zur befragten Person herzustellen.
- Informieren Sie über das Ziel der Befragung und stellen Sie den *KRI-D* als Vorsorgeinstrument vor. Betonen Sie nicht die Risikoerkennung, sondern die Hilfestellung, die der Proband durch die Beantwortung des *KRI-D* bei der Planung und Einleitung adäquater Maßnahmen leisten kann. Gerade bei Probanden, bei denen eine ausgeprägte Tendenz zur Dissimulation zu vermuten ist, sind Formulierungen zu vermeiden, die die Erstellung des individuellen Risikoprofils betonen.

*„Die Beantwortung der Fragen unterstützt mich dabei, einzuschätzen, welche Angebote wir Ihnen machen können, um die belastende Erfahrung möglichst schnell zu verarbeiten.“*



Befürchtungen der Befragten sollten besprochen und wenn nötig weitere Erklärungen gegeben werden. Können Befürchtungen nicht aus dem Weg geräumt werden, kann sich der Betroffene auch entscheiden, nicht an der Untersuchung teilzunehmen.

- In der Regel sollte vor dem Interview eine Psychoedukation (vgl. Zurek et al., 2008) vorgeschaltet sein. Ist dies nicht der Fall, informieren Sie kurz über den natürlichen Verarbeitungsprozess bei psychischer Traumatisierung. Übliche Symptome in der Einwirkungsphase sollen benannt werden. Erläutern Sie, dass Folgeprobleme nach belastenden Erlebnissen mehr auf Merkmalen der erlebten Situation beruhen als auf der Stärke und Willenskraft der Person. Häufig bestehen von Seiten der Traumatisierten Ängste, pathologisiert zu werden, einschließlich der Bedenken in Bezug auf berufliche Nachteile.
- Informieren Sie über den Ablauf der Befragung, d.h. die Anwendung des KRI-D sollte nicht isoliert sondern in Verbindung mit den Modulen der ZGI durchgeführt werden. Nach dem Interview sind weitere risikoabhängige Interventionen geplant (s. Schedlich et al., 2008)
- Betonen Sie die Freiwilligkeit der Befragung und holen Sie das Einverständnis ein.
- Betonen Sie Datenschutz und Schweigepflicht. Informationen aus den Gesprächen dürfen nicht ohne Einverständnis an andere (Kameraden, Vorgesetzte oder Ärzte) weitergegeben werden. Die Information über die vertrauliche Behandlung der Fragebogenergebnisse und der Hinweis auf die Schweigepflicht sind *unbedingt* erforderlich, um eine Mitarbeit der Betroffenen zu gewährleisten.
- Tragen Sie zu Beginn das Datum und den Code ein. Erläuterungen hierzu finden Sie auf der letzten Seite des Interviewleitfadens.

### **Durchführung des Interviews**

- Passen Sie das Gespräch zunächst dem Gesprächsfluss des Befragten an. Der Gesprächscharakter soll dominieren, der Bogen nicht schematisch abgefragt werden. Dies erfordert eine ausreichende Kenntnis der Items, um fehlende Informationen im Laufe eines Gespräches gezielt zu erheben.
- Akzeptieren Sie, wenn jemand nicht über das Erlebnis oder Teile davon sprechen kann oder will, bedrängen Sie nicht.
- Es zählt ausschließlich das subjektive Erleben der befragten Person. Halten Sie Ihre persönliche Einschätzung zurück und diskutieren Sie nicht mit der Person, sondern ermutigen Sie diese, ihre eigene Einschätzung möglichst offen zu äußern.
- Vermeiden Sie ein intensives Gespräch über das Erlebnis, es darf kein „Durcharbeiten“ der traumatischen Situation stattfinden, dies könnte retraumatisierend wirken. Zeigen Befragte die Tendenz immer wieder intensiv über das Ereignis berichten zu wollen, klären Sie über die dadurch mögliche zusätzliche Belastung auf und betonen Sie die zunächst notwendige Fähigkeit zur kontrollierten und selbstbestimmten Distanzierung.
- Passen Sie Ihre Sprache dem Befragten an, vermeiden Sie Fachsprache. Begriffe wie „belastendes Erlebnis“ sind besser als „Trauma“.
- Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie eine Frage gemeint ist, finden Sie im Anschluss an den Interviewleitfaden Erläuterungen zu einzelnen Fragen.

### Abschluss des Interviews

- Am Ende der Befragung sollte eine Kurzberatung erfolgen. Die Betroffenen werden über die Risikoeinschätzung und über Traumata und Traumafolgen aufgeklärt. Die Entscheidung, ob weitere Hilfsangebote in Anspruch genommen werden, liegt letztendlich bei jedem einzelnen und muss in seinem Ermessen bleiben. Sowohl die Teilnahme am Risikoscreening als auch die Entscheidung, weitere Maßnahmen durchzuführen, sind freiwillig. Es handelt sich um *Angebote*, die eine persönliche Entscheidung des Einzelnen ermöglichen.

In der Regel erleben die Interviewten die Befragung als unterstützende Maßnahme und fühlen sich in ihrem Erleben ernst genommen. Die Befragung nach den Ereignisqualitäten erleichtert es, den Betroffenen in einer strukturierten Form über Aspekte des Erlebten zu sprechen und somit einem der wesentlichen Modi der

Verarbeitung, der Verbalisierungs-fähigkeit, in einem geschützten Rahmen näher gebracht zu werden. In einzelnen Fällen kann die Befragung trotz aller Vorsichtsmaßnahmen so belastend erlebt werden, dass es zu Nachhallerinnerungen, den so genannten „Flashbacks“ kommt.

### Umgang mit Flashbacks

- Sprechen Sie die Person mit etwas lauterer Stimme direkt und klar an. Sagen Sie ihr, wo sie ist, dass das Ereignis in der Vergangenheit passiert ist und sie hier nun bei Ihnen sitzt und in Sicherheit ist.
- Befragen Sie nach Datum, Uhrzeit, Name etc.
- Machen Sie irritierende Äußerungen, wie z.B. das Ansprechen mit einem falschen Namen
- Stellen Sie offensichtlich unsinnige Fragen wie „Wieviel ist 100 minus 7?“, nach der Antwort die weitere Frage „Wieviel ist 93 minus 7?“ etc. Derartige Fragen irritieren die Person, und sie reagiert, evtl. auch mit Ärger. Hierdurch wird sie in die Realität zurückgeholt.
- Halten Sie die Person an, auf den Körper zu achten und deutlich zu spüren, wie die Füße hier auf dem Boden stehen und die Stuhllehne zu spüren ist etc.

Ist es während der Befragung zu einem Flashback gekommen, wird die Befragung abgebrochen und die Person wie bei einer hohen Risikoeinschätzung behandelt. Ein

Folgegespräch mit zunächst beratendem Charakter zur Klärung weiterführender Maßnahmen wird vereinbart.

### 3.2 Anwendung des KRI-D online

Der KRI-D ist über die Internetseite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu) auf deutsch, englisch, französisch und spanisch zugänglich. Der Fragebogen via Internet ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)) dient zur Synchronisation und Koordination an verschiedenen

Einsatzorten nach Großschadenslagen. Er hilft, bei vielen Betroffenen bzw. bei geringer Personalkapazität die Abläufe zu optimieren. Wählen Sie im ersten Schritt die passende Sprache. Auf der Task-Leiste ist der Button „Interaktiv“ zu erkennen. Im

nächsten Schritt ist der „Log in“ erforderlich, der den Professionals vorbehalten ist, die eine Einführung in das Konzept erhalten haben. Mit der Angabe der persönlichen Daten der Professionals

sind wir in der Lage, eine Plausibilitätsprüfung durchzuführen. Die Durchführung des KRI-D „via online“ unterliegt ebenfalls Regeln, die Beachtung finden sollten.

### **Rahmenbedingungen**

- Der zeitliche Abstand zum Erlebnis beträgt mindestens 72 Stunden.
- Der Befragungsort sollte möglichst räumlichen Abstand zum Erlebnis gewährleisten, um ausreichende Sicherheit zu vermitteln.
- Für das Ausfüllen des Fragebogens sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, ca. 20 Minuten.

### **Instruktionen zur Durchführung des KRI-D via online**

- Die Anwendung des KRI-D via online erfordert eine adäquate Einführung.
- Stellen Sie sicher, dass Sie Zugriff auf einen Professional haben.
- Machen Sie sich klar, dass es sich um ein Instrument der Vorsorge handelt. Der KRI-D ermöglicht eine adäquate Hilfestellungen auf den Weg zu bringen ?  
*„Die Beantwortung des Fragebogens unterstützt uns dabei einzuschätzen, welche Angebote wir Ihnen sinnvoll machen können, um die belastende Erfahrung möglichst schnell hinter sich zu lassen.“*
- Schalten Sie der Fragebogenbearbeitung eine kurze psychoedukative Maßnahme vor bzw. nutzen Sie die Psychoedukation für Betroffene, um sich über den natürlichen Verarbeitungsprozess bei psychischer Traumatisierung zu informieren.
- Der KRI-D ist kein Instrument, eine Diagnose zu stellen. Die klinische Diagnose erfordert stets die Konsultation eines klinischen Therapeuten.
- Der KRI-D hat eine Weichenstellerfunktion.

### **Abschluss der Befragung**

- Die Probanden werden auf den Einzelkontakt verwiesen, in dem sie das Ergebnis des Fragebogens via-online erfahren und weiterführende Maßnahmen empfohlen werden.
- Das individuelle Risikoprofil soll jedem Betroffenen *immer nur* im Einzelkontakt mitgeteilt werden. Nur so kann einer Stigmatisierung in der Gruppe und Dissimulationseffekten vorgebeugt werden.
- Fühlen sich die Betroffenen durch die Befragung sehr belastet, sollte die Befragung abgebrochen werden.

Die Anwendung des KRI-D ist geschultem Personal vorbehalten. Der Fragebogen via Internet ([www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu)) dient zur Synchronisation und Koordination an verschiedenen Einsatzorten nach Großschadenslagen. Er hilft, bei vielen Betroffenen bzw. bei geringer Personalkapazität die Abläufe zu optimieren.

### 3.3 Erfassung der Symptomebene

Der *KRI-D* erfasst prädiktive Faktoren der Lebensgeschichte, der objektiven und subjektiven Situationsfaktoren, der peritraumatischen Situation und dem Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren. Symptome einer PTBS bleiben ausgespart. Dies hat einen guten Grund: In der Einwirkphase entwickeln viele Betroffene im Rahmen des Selbstheilungsprozesses Symptome einer Belastungsstörung, ohne eine chronifizierte Form der Belastungsstörung zu entwickeln. Erst der Verlauf entscheidet darüber, ob aus diesen Symptomen eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht oder nicht. Somit ist die Erhebung von Symptomen in der Einwirkphase (4 bis 6 Wochen nach der

traumatischen Situation) kein valider Prädiktor für die Entwicklung einer PTBS. Dennoch empfehlen wir, die Diagnostik durch eine orientierende Symptomerhebung mit dem PTSS-10 zu ergänzen. In der Validierungsstudie hat der PTSS-10 (Bering et al., 2003) die beste Korrelation mit dem Summenwert des *KRI* gezeigt. Hierdurch fusioniert das Konzept der Erhebung von Prädiktorvariablen mit dem Konzept der Erhebung von Stresssymptomen nach dem Ansatz von Schüffel et al. (1999).

Im Anschluss an den PTSS-10 wird der PDEQ durchgeführt. Er dient zur Erfassung der peritraumatischen Dissoziation.

Beim Einsatz des *KRI-D* sollte immer auch eine Symptomskala mit erhoben werden, wie z.B. der **PTSS-10**. Die peritraumatische Dissoziation sollte unter Anwendung des **PDEQ** gesondert angefragt werden.

## 4 Die Auswertung des Kölner Risikoindex – Disaster

Der *KRI-D* leistet als Vorsorgeinstrument eine Einschätzung des Risikos einer psychotraumatischen Folgestörung. Es ist kein Instrument zur Diagnostik von psychischen Folgestörungen. Der Index ist Ausdruck einer Kumulation von Risikofaktoren, die in einem Bedingungsgefüge stehen und ergibt sich aus der Summenbildung der verschiedenen Faktoren. Diesem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass die Faktoren im Verhältnis einer Ergänzungsreihe zueinander stehen. Den identifizierten Items werden je nach Ausprägung des Belastungsgrades Punktwerte zwischen 0 und 1 zugeordnet.

Die erhaltenen Punktwerte werden addiert, um so den Gesamtbelastungsscore zu

ermitteln. Aufgrund des erreichten Gesamt-Belastungsscores wird eine Zuordnung der Probanden zu einer der drei Gruppen - Selbsterholergruppe, Wechslergruppe, Risikogruppe – vorgenommen.

Wurde der *KRI* via-Internet ausgefüllt, erfolgt eine Ergebnismitteilung an den geschulten Professional. Bisher ist der *KRI-D* auf der Ebene einer Intervalidierung kallibriert. Der Validierungsprozess des *KRI-D* befindet sich im Fluss und wird fortlaufend angepasst. Aus diesem Grunde beschränken wir uns auf die individuelle Ergebnismitteilung via-Internet.

Eventuell liefern zukünftige Großschadenslagen wertvolle Ergebnisse zur Verbesserung des Validierungsprozesses. Aus diesem

Grunde nehmen wir zum aktuellen Zeitpunkt der Ebene der einzelnen Items zu davon Abstand, das Auswertungsschema auf veröffentlichen.

Der Validierungsprozess des KRI-D befindet sich im Fluss und wird fortlaufend angepasst. Aus diesem Grunde beschränken wir uns auf die individuelle Ergebnismitteilung via-Internet.

## 5. Ergebnisse der EUTOPA Workshops „Risikofaktoren und Screening“.

Sowohl auf der Tagung in Köln (29.11. bis 1.12.2007) als auch auf der Tagung in Amsterdam (25./26.9.2008) wurden im Rahmen des Forschungsprojektes EUTOPA Workshops zu dem Thema „Risikofaktoren und Screening“ durchgeführt. Die Workshops

wurden von Ask Elklit und Robert Bering geleitet. Zur genaueren Darstellung verweisen wir auf die Internetseite [www.eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu). Die Ergebnisse der Workshops lassen sich mit folgenden Leitsätzen zusammenfassen:

1. Die Delegierten stimmen überein, dass ein „Screening“ nach Katastrophenlagen im Rahmen der psychosozialen Nachsorge sinnvoll ist.
2. Es sollten „Screening Instrumente“ unterschieden werden, die entweder die Symptomebene, die Ebene der Faktoren oder die Ebene der Funktionen erfassen.
3. Nach einer Befragung der Delegierten wurden folgende Risikofaktoren in abgestufter Relevanz benannt: Mangel an sozialer Unterstützung, Vortraumatisierung, peritraumatische Dissoziation, niedriger ökonomischer Status, Ausmaß des traumatischen Ereignisses, psychische Störungen, weibliches Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale, Bildung, erlebte Gewalt, problematisches Coping, Hilflosigkeit, Verlust, hohes/ junges Alter, erlebte negative Emotionen, Verletzungen, Todesangst, Dauer des traumatischen Ereignisses, niedriges Selbstbewusstsein und Bindungsstörungen vor der Traumatisierung.
4. Zukünftige Studie sollten die Dynamik und Interaktion zwischen den Risikofaktoren untersuchen.
5. Zukünftige Studien sollten die protektiven Faktoren bzw. die posttraumatische Integration mehr berücksichtigen.
6. Zukünftige Studien sollten systemische Aspekte der Psychotraumatisierungen z. B. in Familien oder Arbeitsgemeinschaften besser berücksichtigen.
7. Zukünftig sollten mehr „Baselinestudien“ durchgeführt werden, um Vergleichbarkeiten vor und nach der Traumatisierung besser beurteilen zu können.
8. Zukünftige Studien sollten den Einfluss von Persönlichkeits- und Kontrollstilen berücksichtigen.
9. Zukünftige Studien sollten die Bedeutung von biologischen Risikofaktoren in psychologische Modelle integrieren.
10. Zukünftige Studien sollten die Frage der Dissoziation als Risikofaktor differenziert betrachten. Hierbei sind Alltagsdissoziationen, traumatische, peritraumatische und anhaltende Dissoziationen zu unterscheiden.
11. Es wurden unterschiedliche Meinungen vertreten, wann ein „Screening“ eingesetzt werden sollte. Überwiegend wurde das Konzept einer wachsamten Beobachtung vertreten.
12. Es gab kein einheitliches Meinungsbild unter den Delegierten, welche Risikofaktoren für Kinder relevant sind.

## 6. Literatur

- Abresch, K. & Bering, R. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Terroranschlages: Eine Metaanalyse zu möglichen Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Barton, A.H. (1969). *Communities in Disaster. A sociological analysis of collective stress situations*. Garden City, New York.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering & Kamp (2007). *Validierung des Kölner Risikoindex an einer Stichprobe von stationären Patienten des Zentrums für Psychotraumatologie in Krefeld*. Unveröffentlichtes Manuskript, Zentrum für Psychotraumatologie Krefeld.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11 (1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek & G., Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentin, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Desivilya, H. S., Gal, R. & Ayalon, O. (1997). Extent of Victimization, Traumatic Stress Symptoms and Adjustment of Terrorist Assault Survivors: A Long-Term-Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 881–889.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen*. Düsseldorf: Patmos.
- Fischer, G. (2004). *Videopräsentation zu „Neue Wege aus dem Trauma“*. Köln: DIPT-Verlag.

- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1999). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM)*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. (3. Auflage). München: Reinhardt.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Korol, M. & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade. Stability of stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 43–54.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S. & Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, 55 (9), 1061–1063.
- Grieger, T. A., Waldrep, D. A., Lovasz, M. M. & Ursano R. J. (2005). Follow-up of pentagon employees two years after the terrorist attack of september 11, 2001. *Psychiatric Services*, 56 (11), 1374–1378.
- Hammel, A. (2005). *Entwicklung des Kölner Risikoindex für Betroffene von Verkehrsunfällen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Köln.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283–315.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Flynn, B. W., Ursano, R. J., McCoy, G., DeMartino, R., Julian, W. E., Dumont, C. E., Holloway, H. C. & Noorwood, A. E. (2001). The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Review*, 29 (2-4), 271–280.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115.).
- Schedlich, C., Zurek, G. & Bering, R. (2008). *Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen*. Target Group Intervention Programme Heft II. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Schüffel, W., Schunk, T. & Schade, B. (1999). *Forschungsbericht aus der Wehrmedizin. Untersuchungen zu Ressourcen, Belastungen und Stressreaktionen deutscher Soldaten in UN- resp. NATO-Einsätzen - Langzeitverläufen unter gesundheitlichen Aspekten*. Druck und Verteilung im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung. Streitkräfteamt/Abteilung III. Fachinformationszentrum der Bundeswehr (FIZBw).

- Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.
- Walter, C. (2003). *Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigung nach Banküberfällen: Validierung und Adaptierung des Kölner Risiko-Index für die spezielle Situation von Banküberfällen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008a). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63 – 74.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). *Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Großschadenslagen*. Target Group Intervention Programme Heft III. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.

## 7. Anhang

**- Checkliste Kölner Risikoindex für Opfer von Katastrophen bzw. für Angehörige von Opfern von Katastrophen**



# Checkliste Kölner Risikoindex

## für Opfer von Katastrophen und deren Angehörige

PIN: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen

<b>A.</b>	<b>Alter:</b>	<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
<b>B.</b>	<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig, ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet/oder leben in einer festen Partnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden oder leben getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>C.</b>	<b>Haben Sie Kinder?</b> (mehrere Angaben bitte durch Kommata trennen)	<input type="checkbox"/> ja Davon in eigenem Haushalt lebend:	<input type="checkbox"/> nein	Alter: _____
<b>D.</b>	<b>Haben Sie Geschwister?</b>	<input type="checkbox"/> ja/ Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein	Alter _____
<b>E.</b>	<b>Schulbildung</b>	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur
<b>E.</b>	<b>Berufs- Ausbildung</b>	keine	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium
<b>F.</b>	<b>Letzte Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> angelernte Tätigkeit <input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Fachkraft/ Lehre <input type="checkbox"/> Schüler/ Student	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> akademischer/höherer Dienst <input type="checkbox"/> sonstige
<b>G.</b>	<b>Derzeitige Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> angelernte Tätigkeit <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> Fachkraft/ Lehre <input type="checkbox"/> Schüler/ Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> akademischer/höherer Dienst <input type="checkbox"/> Rentner
<b>H.</b>	<b>Wohnsituation:</b>	<input type="checkbox"/> Wohnung/Haus zur Miete	<input type="checkbox"/> eigenes Haus/ Wohnung	<input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> Familie/Partner <input type="checkbox"/> Eltern
<b>I.</b>	<b>Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> 1 Mal <input type="checkbox"/> 2-3Mal <input type="checkbox"/> 4-6 Mal <input type="checkbox"/> 7- 10 Mal <input type="checkbox"/> mehr als 10 Mal  Die erste Aufnahme war vor _____ Monaten  Die letzte Aufnahme war vor _____ Monaten.
<b>J.</b>	<b>Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	↳ wenn <input type="checkbox"/> bis 50 Stunden <input type="checkbox"/> bis 80 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 80 Stunden  Die Therapie ist _____ Monate her.
<b>K.</b>	Liegen in Ihrer <b>Familie psychische Erkrankungen</b> vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>L.</b>	Fühlen Sie sich von der <b>Gesellschaft diskriminiert</b> , aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (z. B. Religionszugehörigkeit, Hautfarbe, Nationalität)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

## Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit unmittelbar vor und die Zeit nach dem Anschlag

1.	<p>Standen Sie <b>vor</b> der Katastrophe durch sonstige Lebensumstände unter <b>Stress</b> (z.B. familiär, finanziell bedingt etc.)?</p> <p>↳ wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. die Belastung liegt länger als ein Jahr zurück</li> <li>. die Belastung trat kurz vor oder nach dem Anschlag auf</li> <li>. die Belastung ist anhaltend</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.	Waren die erste Zeit <b>nach</b> der Katastrophe ihre <b>wichtigen sozialen Kontakte</b> beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.	Fühlten Sie sich <b>nach</b> der Katastrophe durch Ihre <b>sonstigen Lebensbedingungen eingeschränkt</b> (z.B. beengte Wohnsituation, Leben im sozialen Brennpunkt, Strom abgeschaltet etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.	Sind Ihre Erzählungen von den belastenden Erlebnissen <b>in ihrem persönlichen Umfeld</b> auf negative Reaktionen wie Desinteresse, Unverständnis, übermäßige oder belastende Neugier, Opferbeschuldigungen oder Abwertung gestoßen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.	<p>Haben Sie <b>negative Erfahrungen mit Institutionen</b> gemacht?</p> <p>↳ wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Polizei (z.B. Vernehmungen)</li> <li>. Rettungskräfte</li> <li>. Ärzte/Kliniken</li> <li>. Behörden</li> <li>. Sonstige</li> </ul>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.	Haben ihre Familie, Freunde oder Bekannte <b>weniger Verständnis</b> für ihre Lage aufgebracht, als Sie erwartet haben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.	Haben Sie in der Zeit <b>nach</b> dem belastenden Ereignis von ihren <b>Vorgesetzten eine (erwartete) Unterstützung</b> erfahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.	Fällt es Ihnen schwer, <b>offen</b> über die Folgen der Katastrophe für Ihr Leben zu <b>berichten</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Katastrophe!

9.	<p><b>Wann</b> und <b>wo</b> war die Katastrophe? <b>Monat / Jahr:</b> _____</p> <p><b>Ort:</b> _____</p>	
10.	<p>Als wie belastend bewerten Sie <b>dieses Erlebnis</b>?</p> <p><b>Belastung:</b>                      extrem (2)      stark (2)      eher stark (1)      eher leicht (1)      leicht (0)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/> </p>	
11.	<b>Haben Sie das belastende Ereignis (teilweise) auf ungewöhnliche Weise erlebt?</b>	
	a) als seien Sie nicht Teil des Geschehens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) es wurde automatisch gehandelt (z.B. geschrien), ohne dass Sie sich dazu bewusst entschlossen hätten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) das Zeiterleben war verändert, z.B. schneller oder langsamer (Zeitlupe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	d) es wurde als unwirklich erlebt (wie in einem Film oder Traum)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	e) Sie waren verwirrt oder hatten Probleme, sich in Zeit und Raum zu orientieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

f) es war, als ob gar nicht Ihr eigener Körper betroffen sei, bzw. Schmerzen oder ganze Körperpartien wurden nicht wahrgenommen oder Ihr Körpergefühl war anderweitig verändert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) es war, als ob Sie darüber schwebten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) Sie haben nur bruchstückhafte, unvollständige Erinnerungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
i) Ihr Gesichtsfeld war stark seitlich eingengt, wie in einem Tunnel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
j) Sonstige veränderte Wahrnehmungen / Erlebnisweisen, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>12. Was waren Merkmale der belastenden Erfahrung?</b>	
a) Trat das belastende Erlebnis <b>völlig überraschend und unerwartet</b> ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Dauerte es <b>länger als eine halbe Stunde</b> bis Sie wieder in Sicherheit waren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Haben Sie selbst eine <b>Bedrohung für Leib und Leben</b> erlebt? Haben Sie subjektiv <b>Todesangst</b> erlebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Haben Sie eine <b>Bedrohung für Leib und Leben</b> von einer oder mehreren anderen Person(en) beobachtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Wurden Sie selbst <b>schwer verletzt</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Sind <b>bleibende körperliche Schäden</b> (Narben, Bewegungseinschränkungen, Berufsunfähigkeit usw.) bei Ihnen zu erwarten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) Haben Sie <b>schwere Verletzung bei anderen beobachtet</b> ? ↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> Fremde(r) <input type="checkbox"/> Fremde: Kind(er), Frau(en), Alte Person(en) <input type="checkbox"/> Bekannte(r) <input type="checkbox"/> enge(r) Freund(e) <input type="checkbox"/> Familienangehörige(r)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) Kam(en) eine oder mehrere Person(en) zu <b>Tode</b> ? ↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> Fremde(r) <input type="checkbox"/> Fremde: Kind(er), Frau(en), Alte Person(en) <input type="checkbox"/> Bekannte(r) <input type="checkbox"/> enge(r) Freund(e) <input type="checkbox"/> Familienangehörige(r)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
i) Falls es Tote gab, konnten alle Verstorbenen identifiziert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß nicht
j) Sie wurden mit dem Anblick einer schwer verletzten Person oder eines Toten konfrontiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
k) Sie haben Privateigentum (z.B. Haus, Wohnung, Möbel, Auto, Kleidung etc.) verloren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
n) Sie haben finanzielle Verlust erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>13. Haben Sie vor der Katastrophe andere sehr belastende Erfahrungen gemacht?</b>		
a) Bedrohung/ Angriff mit einer Waffe (z.B. Überfall)	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
b) körperliche Gewalterfahrung (z.B. Schlägerei)	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
c) Vergewaltigung, sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
d) Unfall	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
e) früher oder plötzlicher Verlust nahestehender Personen	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
f) Wohnungseinbruch	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
h) Sonstige belastende Vorerfahrung(en)	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
Wenn ja, welche? _____		

<b>Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Umgang der Medien und der Regierung(en) mit der Katastrophe</b>		
14. a) Ich fühle mich durch die Medien hinreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
b) Ich fühle mich durch die Berichterstattung belastet und unnötig an das Ereignis erinnert.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
c) Ich glaube, dass die Katastrophe vermeidbar gewesen wäre.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
d) Ich mache die Politiker für den Anschlag verantwortlich und/oder glaube, dass diese versagt haben.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
e) Ich fühle mich von der Regierung unterstützt.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
f) Ich habe von der Regierung finanzielle Unterstützung erhalten.	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja

**Im Anschluss an diese Fragen bitten wir Sie Ihre Erfahrungen und das, was Ihnen wichtig ist in eigenen Worten in den folgenden Fragen zu beschreiben:**

- 1. Welcher Moment der Erfahrung ist Ihnen am eindrucklichsten in Erinnerung geblieben?**
  
- 2. Was war während der Erfahrung das für sie am meisten belastendste?**
  
- 3. Welche Erfahrungen nach der Katastrophe haben Sie als unterstützend und positiv erlebt?**
  
- 4. Welche Erfahrungen nach der Katastrophe haben Sie als zusätzlich belastend erfahren?**
  
- 5. Haben Sie therapeutische Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja, wie hilfreich haben Sie diese erlebt?**
  
- 6. Was war nach der Katastrophe für Sie hilfreich bei der Verarbeitung der Erfahrungen?**
  
- 7. Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen noch helfen können?**
  
- 8. Hat sich seit der Katastrophe das Bild, das Sie von sich selbst haben verändert?**
  
- 9. Wie erleben Sie Ihre Umwelt seit der Katastrophe?**
  
- 10. Was ist Ihnen sonst noch wichtig zu erwähnen?**

**WEITER ZUM PTSS-10 →→**