

Beachten Sie beim Lesen der vorliegenden Diplomarbeit bitte folgendes:

Freelens hat mich nach dem Einreichen und der Veröffentlichung der Diplomarbeit darauf hingewiesen, dass meine Interviewanfrage weitergeleitet wurde. Freelens hat das mit der Antwort eines angeschriebenen Fotografen zwischenzeitlich belegt.

D. h., die auf Seite 84 gemachte Aussage zur Untätigkeit von Freelens, ziehe ich auch unter dem Eindruck, meinen Erst-Gutachter über meine Falschaussage informieren zu wollen, zurück.

Da ich allerdings nie eine Rückmeldung von Fotografen zu dieser Anfrage erhalten habe und auch Freelens die Weiterleitung meiner Interviewanfrage nie bestätigt hat, entstand bei mir der geschilderte Eindruck.

Es erfüllt mich allerdings mir großer Freude, dass die vorliegende Arbeit offensichtlich auch außerhalb meiner Hochschule sehr aufmerksam gelesen wird.

Panketal, den 06.09.2006

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Journalisten in Krisengebieten und ihre Relevanz für die Soziale Arbeit

Diplomarbeit

zur Erlangung des Grades

Diplom Sozialpädagoge / Diplom Sozialarbeiter
an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB)

vorgelegt von Marcus Schmigelski
Matrikelnummer: 102099
8. Semester



Foto: Sebastian Bolesch

Erstgutachter: Dipl. Psychologe Prof. Dr. Norbert Gurriss

Zweitgutachter: Dipl. Psychologin Anne Pönitz

Eingereicht am: 08.08.2006

Marcus Schmigelski, Linckestraße 9, 16341 Panketal

Telefon: 030 – 94 79 67 37

1	Einleitung	5
2	Was ist Psychotraumatologie?	6
3	Begriffsbestimmung Trauma	8
3.1	Die Posttraumatische Belastungsstörung	9
3.2	Bestimmung der verschiedenen Traumaarten	12
4	Therapiemethoden	18
4.1	Selbstinstruktionstraining	19
4.2	Stress-Impfungs-Training	19
4.3	kognitiv-behaviorale Therapien	22
4.4	Klientenzentrierte Therapie	22
4.5	Psychodynamische Therapie	25
4.6	EMDR	26
4.7	Wirksamkeit von Therapien.....	30
5	CISD.....	32
5.1	Entstehungsgeschichte der CISD	33
5.2	Phasen des CISD.....	34
5.3	Kritik an CISD	36
6	Prävalenz in Hochrisikopopulationen	36
6.1	Berufsunfähigkeit bei Presseberufen	37
6.2	Vorkommenshäufigkeit bei Presseberufen.....	39
6.3	Langzeitbetrachtung der Berufsunfähigkeit.....	41
7	Prävention	42
7.1	Begriffsbestimmung Prävention	42
7.2	Volkswirtschaftlicher Nutzen von Prävention	43
7.3	Präventionsmöglichkeiten	44
7.4	Prävention durch Ausbildungskonzepte	55
8	„Dart-Center“	62
9	Fallbeispiele	66
9.1	Redaktionelle Mitarbeiter	67
9.2	Sven M., Hauptfeldwebel bei den Gebirgsjägern	69
9.3	Uwe A., Fotojournalist bei einer Agentur.....	71
10	Interviewauswertung.....	80
10.1	Erhebung der Daten.....	80
10.2	Der Interviewleitfaden	81
10.3	Datenaufzeichnung	82
10.4	Durchführung der Interviews	82
10.5	Interview mit Sebastian B.....	85
10.6	Interview mit Perry K.....	90
10.7	Interview Herr Y.	97
10.8	Zusammenfassende Betrachtung	99
11	Schlusswort	101
12	Literaturverzeichnis.....	102

Abkürzungsverzeichnis

vgl.	vergleiche
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
THW	Technisches Hilfswerk
WHO	Weltgesundheitsorganisation
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
NOAH	Nachsorge, Opfer- und Angehörigen-Hilfe
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
SVK	Schutz und Verhalten in Krisenregionen
BAG PSU	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung

1 EINLEITUNG

„ICH HABE ZU VIELE ANTEILNAHMSLOSE JOURNALISTEN, FOTOGRAFEN, KAMERALEUTE GESEHEN, DIE NUR EINFACH IHREN JOB MACHEN, MIT PRIVATJETS VON KATASTROPHE ZU KATASTROPHE HETZEN, MIT ANGENBLICH GROßEN NAMEN UM SICH WERFEN, MIT LUXUSLIMOUSINEN AN DEN TRAGISCHSTEN ORTEN VORRAUSCHEN („WHERE IS THE CATASTROPHE“) UND SICH WIE DIE WICHTIGSTEN AKTEURE AUFFÜHREN. DIES FAND ICH IN ANBETRACHT DER UNFASSLICHEN TRAGIK WIDERLICH. DIE WIRKLICHEN HELDEN, ICH MUSS ES NOCHMALS BETONEN, WAREN UND SIND DIE HELFER VOR ORT UND ICH BIN FROH, DASS ICH LIEBER AUF EINIGE BILDER VERZICHTET HABE UND STATTDESSEN IM KRANKENHAUS MEINEN SEHR WINZIGEN BEITRAG DAZU GELEISTET HABE.“

Karsten K., Bildjournalist – unter dem Eindruck des Tsunami in Süd-Ost-Asien
im Dezember 2004

In meiner eigenen Arbeit als freiberuflicher Fotograf habe ich vor knapp zwei Jahren die Einbettung von Verstorbenen durch einen Bestattungsfuhrunternehmer fotografiert.

Dort machte ich die Erfahrung, dass mich der Anblick von Verstorbenen, die vorhandenen Gerüche, der würdelose Umgang mit dem Leichnam und nicht zuletzt auch die Situation, mich in einem Kühlraum mit ca. 15 Verstorbenen zu befinden, lange Zeit beschäftigt hat. Insbesondere der dort herrschende Geruch war über mehrere Wochen präsent.

Nach diesem Erlebnis entstand für mich zum ersten Mal die Frage wie Kriegsberichterstatte damit umgehen, wenn sie Augenzeuge von Erschießungen und anderen, unseren zivilisierten Erfahrungen widersprechenden, Gräueltaten werden. In etwa zur selben Zeit sah ich eine Reportage über James Nachtwey, einen amerikanischen Fotografen, der mehrere Jahrzehnte lang hauptsächlich Kriege und Hungersnöte fotografiert hat. Unter dem Eindruck dieses ausgebrannten, müden Mannes entstand in mir der Wunsch, das Thema Trauma und Journalismus zum Gegenstand meiner Diplomarbeit zu machen. Ich verfolgte mit der Arbeit die Absicht, eine Bestandsaufnahme über die Arbeitsbedingungen von Journalisten in Krisengebieten zu erstellen, Auswirkungen auf Ihre psychische

Gesundheit zu erfassen und der Frage nachzugehen, ob Menschen mit extremen Erfahrungen, wie Journalisten in Krisengebieten, Posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln. Zudem interessierte mich, inwiefern diese Berufsgruppe auf ihre Einsätze in Krisengebieten vorbereitet wird bzw. im Anschluss daran bei Bedarf eine Unterstützung bei der Bewältigung des Erlebten findet.

Die Diplomarbeit beinhaltet die Beschäftigung mit den theoretischen Aspekten von Psychotraumatologie, den gängigsten Therapieverfahren, der Prävalenz in sogenannten Hochrisikopopulationen, dem Präventionsgedanken unter Einbeziehung der bisherigen Präventionsmethoden bei anderen Berufsgruppen und eine exemplarische Darstellung der Arbeitspraxis von Journalisten sowie deren Umgang mit dem Erlebten in Form einer empirischen Erhebung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit habe ich im Text bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Es sind aber selbstverständlich beide Geschlechter angesprochen.

2 WAS IST PSYCHOTRAUMATOLOGIE?

Psychotraumatologie ist ein eigenständiger Zweig der Psychotherapie und befasst sich mit den seelischen Verwundungen, die Menschen durch ein für sie traumatisches Ereignis davontragen können.

Um zu verstehen, welche Auswirkungen ein Trauma auf das Leben von Betroffenen hat, werde ich an dieser Stelle einen Überblick über Traumasymptome und Traumtypen geben.

Es ist weiterhin wichtig zu wissen, dass die Auswirkungen eines seelischen Traumas nicht nur für den Betroffenen spürbar werden, sondern auch eine Auswirkung auf seine Umwelt haben. Freunde und Familienangehörige haben genauso unter den Auswirkungen der Symptome zu leiden, wie der Betroffene selbst.

Wenn jemand aufgrund eines seelischen Traumas nicht mehr aus dem Haus geht, weil ihn durch Geräusche auf der Straße Flashbacks „überfallen“, hat das auch eine Wirkung auf den sozialen Nahraum. Dieses Vermeidungsverhalten kann zur

Folge haben, dass Besorgungen und Erledigungen wie Einkäufe und Ämtergänge oder Arztbesuche mit den Kindern an dem Ehepartner oder dem Lebensgefährten hängen bleiben und dieser zunehmend in eine Überlastungssituation gerät.

Auch ist das Verhalten von Betroffenen nach einem Trauma für die „Außenwelt“ nicht immer leicht zu verstehen.

Sebastian B., der als Fotograf viele Krisenregionen bereist hat, brachte es im Interview schön auf den Punkt. Auf die Frage, ob er seinen Freunde erzählt, wie es dem Menschen Sebastian geht, sagte er, dass es auch sehr davon abhängt, wie viel Mühe sich jemand gibt, diese Dinge zu verstehen.

Seit langem ist bekannt, dass extreme Ereignisse extreme Reaktionen hervorrufen. So hören Patienten, die sich wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer akuten Belastungssituation in Behandlung begeben, oft folgende Erklärung für ihre Symptome:

„Das, was Sie erleben, sind völlig normale Reaktionen auf ein völlig unnormales Erlebnis.“

Massiv traten diese Störungen erstmalig im 1. Weltkrieg auf. Soldaten waren apathisch, zitterten, verstummten, zogen sich in sich zurück und waren häufig nicht mehr einsatzfähig, ohne die wahren Gründe für dieses Verhalten zu kennen. In diesem Zeitraum tauchten auch die ersten Bezeichnungen für dieses Verhalten auf, das mit dem damaligen Kenntnisstand noch nicht als klinisch relevantes Störungsbild diagnostiziert wurde.

Es wurden Begriffe wie Kriegs- oder Gefechtsneurose, Granatenschock, Kampfmüdigkeit und Kriegszittern geprägt.

Vom Verständnis für diese Menschen fehlte noch jede Spur. Im Gegenteil, häufig gingen diese Bezeichnungen mit dem Verdacht der Simulation und der Kriegsdienstverweigerung einher. Nach dem 2. Weltkrieg stellte man fest, dass auch andere Erlebnisse ein ähnliches Störungsbild verursachen konnten.

Bei vielen Überlebenden aus Konzentrations- und Vernichtungslagern aber auch bei den Opfern von sexueller oder anderer massiver Gewalt, wurde ein vergleichbares Störungsbild festgestellt.

In den 80-er Jahren wurde die Posttraumatische Belastungsstörung in das Krankheitsklassifikationssystem (DSM – III) aufgenommen. Die Weltgesundheits-

organisation (WHO) übernahm die Bezeichnung Anfang der 90-er Jahre in das internationale Krankheitsklassifikationssystem (ICD – 10)

Für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es fünf Hauptkriterien:

1. Erlebnis eines Traumas
2. Intrusionen (der Patient hat unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma, sogenannte Flashbacks)
3. Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand (der Patient vermeidet Handlungen, die Erinnerungen an das belastende Erlebnis auslösen, wie zum Beispiel Besuch beim Fleischer, weil der Geruch von Blut unerträglich ist. Keine Grillabende mehr, weil der Betroffene an den Geruch von verbranntem Fleisch erinnert wird.)
4. Anhaltendes physiologisches Hyperarosal (Patienten erleben eine ständige körperliche Fluchtbereitschaft. Der Blutdruck steigt, Stresshormone werden ausgeschüttet.)
5. Die Symptome dauern länger als einen Monat.

Das letzte Kriterium liefert die entscheidende Differenzierung zwischen einer Posttraumatische Belastungsstörung und einer Akuten Belastungsreaktion. Diese sind die unmittelbaren Folgen einer traumatischen Belastung und treten für gewöhnlich Stunden bzw. Tage nach dem Ereignis auf.

3 BEGRIFFSBESTIMMUNG TRAUMA

Die amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie definiert ein psychisches Trauma folgendermaßen:

„Potentielle oder reale Todesdrohungen, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich und anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird.“ (MAERCKER, 1997, Seite 5)

3.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Krankheitsbezeichnung Posttraumatische Belastungsstörung, im Folgenden PTBS genannt, wurde 1980 als diagnostisches Kriterium eingeführt. Im ICD - 10 wird sie als eine „verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend)“ beschrieben, „die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.

Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein.“ (ESCHENRÖDER, 1997, Seite 25)

Dabei ist es wichtig zu wissen, dass so genannte Man-made-disasters („Menschgemachte-Katastrophen“) eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, zu einer PTBS zu werden. Die Ursache dafür liegt darin, dass sie das so genannte Urvertrauen der Menschen erschüttern.

Das Urvertrauen entsteht in der Lebensphase zwischen 0 und 1½ Jahren und ist das Resultat einer stabilen und starken Beziehung zu den Eltern, die das Kind mit Wärme, Nahrung, Geborgenheit und körperlicher Nähe versorgen.

In dieser Phase lernen wir, dass die Welt an sich gut ist und wir anderen Menschen vertrauen können. Es entsteht ein stabiles, grundlegendes Sicherheitsbewusstsein. (vgl. ZIMBARDO, 1999, Seite 460)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist von mehreren der folgenden Symptome gekennzeichnet:

- Intrusives (störendes) Wiedererleben: dabei durchlebt der Patient eine mentale (geistige) Wiederholung des Traumas, die häufig mit starken emotionalen Reaktionen verbunden ist. Dabei kann das Trauma durch Gedanken oder Konfrontation mit olfaktorischen (geruchlichen), akustischen oder sensorischen Reizen, die denen während des Traumas ähneln, wieder erlebt werden. Das alles kann sowohl im Wachzustand als

auch während des Schlafens als Alptraum geschehen.

- Vermeidung: Die Patienten versuchen lieber häufig den Menschen, Aktivitäten und Orten aus dem Weg zu gehen, die repräsentativ für das Traumageschehen sind.
- Emotionale Taubheit: damit ist der Verlust von positiven Gefühlen und Empfindungen in Bezug auf sich selbst und die Umwelt gemeint.
- Übererregtheit: Dieses Symptom wird auch als Hypervigilanz bezeichnet. Damit ist eine übermäßige Alarmbereitschaft gemeint, die zu übertriebenen Schreckreaktionen, sowie zu Konzentrationsstörungen und Schlafschwierigkeiten führt.

(vgl. <http://www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/Pr%Evention%-20postt%20St%F6rungen%20Zwischene-04..pdf>)

3.1.1 Vorkommen von PTBS in der Bevölkerung

In der Bundesrepublik erleben pro Jahr ca. 4,5 Millionen Menschen ein psychisch belastendes Ereignis. Davon sind 1 Prozent Großschadenereignisse wie z. B. Flugzeugabstürze, Bus- oder Bahnunglücke, Großbrände etc.

Dann folgen mit ca. 10 Prozent Arbeitsunfälle und mit ca. 25 Prozent Straftaten.

Den weitaus größten Teil stellen mit ca. 64 Prozent Verkehrsunfälle dar. Die meisten Menschen reagieren auf ein solches Erlebnis mit einer akuten Belastungsreaktion, die bei 75 Prozent der Betroffenen in der Regel nach 5 bis 10 Tagen abklingt. Als fördernd erweist sich dabei eine gesunde Ausgangspersönlichkeit mit bewährten Coping-Mechanismen (Bewältigungsstrategien) und einem Eingebundensein in ein starkes und tragfähiges soziales Netzwerk.

Bei den restlichen 25 Prozent treten ohne eine gezielte notfallpsychologische Unterstützung Posttraumatische Belastungsstörungen auf.

Dazu kommen im Verlauf des Krankheitsprozesses bei ca. 85 Prozent der Betroffenen begleitende Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanz-Missbrauch, Störungen der Immunabwehr und chronische Schmerzen.

(vgl. <http://www.netzwerk-psychologie.de/faq.html#186>)

3.1.2 Sekundäre Traumatisierung

Von stellvertretender Traumatisierung spricht man, sobald Angehörige der Opfer und Angehörige der so genannten Hochrisikopopulationen wie Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst aber auch psychologische Notfallhelfer und Therapeuten, die einen intensiven und emphatischen Kontakt zu den betroffenen Personen haben, Symptome ausbilden, die denen der Posttraumatischen Belastungsstörung sehr ähnlich sind.

Gerade bei Helfern, die nicht mit der technischen oder medizinischen Soforthilfe befasst sind, besteht die Gefahr, dass sie durch die ständige Konfrontation mit dem Leid der Opfer und den intensiven emotionalen und körperlichen Reaktionen zunehmend ein Gefühl von Hilflosigkeit und der Ohnmacht erleben und Gefahr laufen, den Sinn und den Erfolg ihres Tuns anzuzweifeln. Das alles ebnet den Weg in das Burn-out-Syndrom.

(vgl. http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/lehre/download/Brunnhuber_-Psychotraumatologie.pdf)

Das Technische Hilfswerk (THW) veröffentlichte im Jahr 2000 in Zusammenarbeit mit der Universität Tübingen eine Studie über die Prävalenz Posttraumatische Belastungsstörungen bei ehrenamtlichen Helfern des THW. An dieser Studie nahmen laut Eberhard Karls von der Universität Tübingen 277,02 Personen teil – zumindest ergibt sich dieser Wert, wenn man die von ihm veröffentlichten Zahlen nachrechnet. Von den ausgegebenen Fragebögen mussten 14 Prozent wegen fehlender und/oder unplausibler Antworten aussortiert werden. 243 Bögen konnten ausgewertet werden.

(vgl. <http://www.uni-tuebingen.de/uni/sii/abtkpps/dom2001.pdf>)

Eventuell ergibt sich der Wert von 277,02 aus dem Umstand, dass Herr Karls die Ausfallquote der besseren Lesbarkeit wegen nicht mit 13,8 Prozent sondern mit 14 Prozent angab. Eindeutiger wäre an dieser Stelle der Hinweis auf 34 unbrauchbare Fragebögen gewesen.

Das Durchschnittsalter gibt er mit 28,7 Jahren an. 96,5 Prozent der Befragten waren Männer. Die durchschnittliche Dienstdauer der Umfrageteilnehmer lag zu diesem Zeitpunkt bei 8 bis 10 Jahren. Während dieser Zeit fanden 16,7 Inlands-

und 0,5 Auslandseinsätze statt.

Dabei berichten 65 Prozent der Befragten über mindestens ein traumatisches Ereignis. 4 Prozent von ihnen litten zu diesem Zeitpunkt unter den Erlebnissen in Form einer PTBS. Weitere 32 Prozent erfüllten zumindest ein oder zwei Kriterien einer Posttraumatische Belastungsstörung.

Diese Zahlen erscheinen auf den ersten Blick recht hoch, gerade wenn man bedenkt, dass es sich hierbei um ehrenamtliche Helfer handelt. Und auch wenn die angegebenen Zahlen leicht über den Vergleichswerten der Durchschnittsbevölkerung liegen, sind die Prävalenzen bei professionellen Helfern weitaus höher. Das liegt an mehreren Gründen. Zum einen sind die Einsatzhäufigkeiten bei ehrenamtlichen Helfern weitaus geringer und daraus ergibt sich eine geringere Gefahr multipler Traumatisierung. Zum anderen wird das THW meist in Katastrophengebieten und bei Großschadensereignissen eingesetzt, bei denen die Konfrontationen mit den traumatischen Erlebnissen zumeist den Typ-I-Traumen entsprechen. Damit sinkt auch die Gefahr eines primären Traumas.

3.2 Bestimmung der verschiedenen Traumaarten

Um die Vielzahl von Ereignissen, auf die diese Definition zutrifft überschaubar zu halten, gibt es eine weitere Unterteilung, die die Traumen in ihre Entstehung und Dauer untergliedert.

Dazu zählen menschlich verursachte Traumen (engl. „man-made-disasters“), Katastrophen und berufsbedingte Unfalltraumen sowie kurz dauernde traumatische Ereignisse und länger dauernde oder wiederholte Traumen.

Typ I: Katastrophen und berufsbedingte Traumen

- Naturkatastrophen (z. B. Wirbelstürme)
- Technische Großschadenereignisse (z. B. Chemieunglück)
- Einsatzgeschehen bei Rettungs- und Ordnungskräften aber auch bei der Bundeswehr
- Arbeitsunfälle (z. B. Grubenunglück)

- Verkehrsunfälle

Typ II: man-made-disasters

- Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterfahrung (z. B. Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenmord (KZ – und Vernichtungslager)

Für alle Traumtypen sind die gleichen Symptome beschrieben worden, dennoch muss man wissen, dass die durch Menschenhand gemachten und wiederholten und lang andauernden Traumen des Typ II den Betroffenen stärker beeinträchtigen und zu einer Symptomausweitung führen.

Bevor ich diese beschreibe, werde ich etwas näher auf die „normalen“ Symptome von PTBS eingehen. Das ist wichtig, um die gesamte Tragweite dieser Störung für den Patienten, aber auch für sein Umfeld zu erkennen.

Intrusion: damit ist die plötzlich und nicht zu steuernde Wiederkehr belastender Erinnerungen gemeint, die die Patienten von der ungefährlichen Gegenwart in die belastende Vergangenheit befördern.

Belastende Alpträume oder Träume: Patienten leiden oft unter Alpträumen, in denen das Erlebte bruchstückhaft oder verzerrt dargestellt wird. Diese Träume können jahrelang nach demselben Muster ablaufen.

Erinnerungsattacken: engl. Flashbacks, werden durch einen Schlüsselreiz wie zum Beispiel Sylvesterknaller, Auspuffknallen oder Gerüche auf einer Grillparty ausgelöst und sind für den Betreffenden zwar nur kurz aber dafür sehr real.

Belastung durch symbolisierende Auslöser: durch gleiche Gegenstände, Geräusche und Gerüche aber auch durch Jahrestage bzw. die Darstellung des Durchlebten können Erinnerungen wachgerufen werden

Physiologische Reaktionen bei Erinnerungen: es treten unwillkürliche (also nicht steuerbare) Reaktionen wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden o. a. durch die Konfrontation mit auslösenden Reizen auf.

Gedanken- und Gefühlsvermeidung: unabhängig davon, wie erfolgreich diese Versuche sind, versuchen Betroffene oft, sich von aufkeimenden Gedanken an das belastende Ereignis abzulenken. Das Gleiche gilt für aufkommende Gefühle. Das geschieht z. B. durch eine Versachlichung des Ganzen „Das ist jetzt vorbei“, „Wenn ich jetzt daran denke, dann mache ich mich ja lächerlich“.

Aktivitäts- und Situationsvermeidung: damit ist das Vermeiden von Aktivitäten und Situationen gemeint, die eine Erinnerung an das Trauma bewirken. Das kann bedeuten, dass ein Betroffener nach einem Bahnunglück nicht mehr mit der Bahn fahren will, oder aber auch zu bestimmten Zeiten das Haus nicht mehr verlässt. Im schlimmsten Fall muss ein Betroffener umziehen, weil vor seinem Haus eine Bahnstrecke verläuft.

Teilweise Amnesien: wichtige Momente des Traumas können in Vergessenheit geraten bzw. es sind nur undeutliche Erinnerungen verfügbar. Davon müssen Vergesslichkeiten aufgrund hirnorganischer Vorgänge unterschieden werden.

Interessenverminderung: Verlust oder Verminderung von Interessen, die vor dem Trauma wichtig waren (z. B. Segeln gehen, Kino- oder Theaterbesuche).

Entfremdungsgefühl: Betroffene können das Gefühl haben, dass sie mit den Menschen, die nicht dasselbe erlebt haben wie sie, nichts verbindet. Das macht eine Kontaktaufnahme und die Öffnung des Betroffenen für eine therapeutische Intervention schwierig.

Eingeschränkter Affektspielraum: Betroffene haben das Gefühl, ihr Gefühlsleben sei zerstört. Das äußert sich in der Unfähigkeit, jemanden zu lieben, aber auch darin, Angst und Wut nicht ausdrücken zu können.

Eingeschränkte Zukunft: Bisherige Zukunftspläne werden unwichtig, weil

Betroffene glauben, der Verursacher des Traumas habe ihnen die besten Jahre ihres Lebens genommen und diese Zeit sei nun unwiderruflich verloren.

Ein- und Durchschlafschwierigkeiten: Setzen nach dem Trauma ein, müssen aber nicht mit Alpträumen in Verbindung stehen.

Erhöhte Reizbarkeit: Betroffene haben das Gefühl leicht auf „180“ zu kommen. Es kommen auch Wutausbrüche vor. Auch wenn vorher keine Neigung dazu bestand.

Konzentrationsschwierigkeiten: Konzentration auf einfachste Abläufe fällt schwer (Buch lesen o. ä.) Das kann mit Intrusionen einhergehen – Betroffene sind sich darüber nicht zwangsläufig bewusst.

Übermäßige Wachheit: Auch Hypervigilanz genannt. Betroffene haben das Gefühl niemandem trauen zu können, fühlen sich in ständiger Bedrohung. Wenn das auslösende Trauma durch Menschen verursacht wurde, können Betroffene versuchen, das durch Waffenbesitz oder die Installation von Sicherheitstechnik zu kompensieren.

Übermäßige Schreckreaktionen: kann durch geringste Geräusche ausgelöst werden.

(vgl. MAERCKER, 1997, Seite 4 – 9)

Diese Symptome und Auswirkungen zeigen sehr deutlich, in welchem hohem Maß auch Angehörige von diesen Belastungen betroffen sind. Aus der Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ist der Begriff der Co-Abhängigkeit bekannt, wenn die Problemausweitung auf Angehörige beschrieben werden soll. Es erscheint mir angemessen, eine ähnliche Begrifflichkeit auch für die Angehörigen von PTBS-Betroffenen einzuführen.

3.2.1 Besonderheiten bei Typ-II-Traumen

Allen Traumen des Typ II ist gemeinsam, dass sie durch Menschen verursacht wurden.

Die besondere Bedeutung für die Schwere dieses Traumas ist darin zu sehen, dass es das Urvertrauen des Betroffenen erschüttert, das in der Kindheit aufgebaut wurde. Die sicheren und stabilen Beziehungen zu den Bezugspersonen des Umfeldes vermitteln Kindern das Gefühl, dass die Umwelt grundsätzlich gut ist, dass man anderen Menschen trauen kann und von ihnen keine Gefahr ausgeht.

Die Grundannahme von der Welt und den Menschen in ihr, wird während der ersten zwei Lebensjahre gelegt.

(vgl. http://www.wissens-quiz.de/wissen/bildung/wikipedia/s/st/stufenmodell_der_psychosozialen_entwicklung.html).

Durch den Umstand, dass durch ein „man-made-disaster“ in massivster Weise gegen diese Grundannahme verstoßen wird, kommt es bei den Betroffenen zu einer schwerwiegenden Erschütterung des Bildes von der Umwelt, aber auch des Selbstbildes.

Daraus ergibt sich eine Reihe von weiteren Symptomen, auf die ich im Folgenden eingehen werde.

MAERCKER (1997) führt an, dass in der einschlägigen Literatur verschiedene Fachbegriffe für durch Typ-II-Traumen hervorgerufene Symptome beschrieben werden.

Gestörte Affekt- und Impulsregulation: Dieser Umstand lässt bei Betroffenen keine situationsadäquate Äußerung von Gefühlen mehr zu. D. h. im zwischenmenschlichen Miteinander fehlen den Betroffenen die Nuancen der Gefühlswelt. Ein Umstand, der zusätzlich zur Isolation von Betroffenen beiträgt.

Dissoziative Tendenzen: Betroffene leiden unter Aufmerksamkeitsstörungen. Auch von Bewusstseinsstörungen wird berichtet.

Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen: Die Belastungen, die die Seele zu tragen hat, äußern sich in körperlichen Beschwerden wie Verdauungsstörungen, chronischen Schmerzen aber auch in sexuellen Problemen.

Beeinträchtigt Identitätsgefühl: Aufgrund der erheblichen traumatischen

Erlebnisse, haben Betroffene das Gefühl, ein Stück des Lebens sei ihnen genommen worden. Sie können auch zu der Überzeugung kommen, das Unglück selbst verschuldet zu haben. Dadurch können starke und dauerhafte Schuldgefühle sich selbst und anderen gegenüber entstehen. Die Nähe zur Depression ist hier gegeben.

Interpersonelle Störungen: Diese äußern sich in einer gestörten Wahrnehmung des Täters, die bis zu dessen Idealisierung führen kann. Intensive Beschäftigung mit Rachedgedanken, die letztendlich die Kraft und die Zeit nehmen, sich mit dem Erlebten in konstruktiver Weise auseinander zu setzen.

Reviktimisierungsneigung: ein ausgeprägtes Risikoverhalten birgt häufig die Gefahr, an Orte zu gehen, die (immer noch) potentiell gefährlich sind. Auch das Verhalten, sich in einer Art und Weise zu verhalten, in der Betroffene wieder zum Opfer werden, ist bekannt. Es besteht aber auch die Möglichkeit, andere selbst zum Opfer zu machen. Kinder, die sexuell missbraucht wurden, haben unter Umständen daraus gelernt, dass es legitim ist, die eigene Bedürfnisbefriedigung mit Gewalt durchzusetzen und wenden das so Erlernte später selber an.

Allgemeiner Sinnverlust: Lebenspläne gehen verloren, aber auch persönlichkeitsrelevante Auffassungen.

Um die Tragweite der Faktoren für den Menschen zu verdeutlichen, möchte ich an dieser Stelle den Erfahrungsbericht eines Betroffenen wiedergeben, der mit 21 Jahren aus politischen Gründen in der ehemaligen DDR inhaftiert wurde und nach zwei Jahren aus der Haft entlassen wurde:

„Ich bin nicht mehr so, ich bin anders geworden. Ich versuche vieles nicht mehr an mich herankommen zu lassen. Vieles interessiert mich einfach nicht mehr. Aber wenn was rankommt, überreagiere ich, aggressiv zum Teil und intoleranter dadurch. Wenn mich was erwischt, dann muss ich darum kämpfen, hab' meine Stolz und meine Ehre. Und das bereitet mir schon Probleme... Ich hab'

Probleme mit allem, was so irgendwie an Zwangsmechanismen erinnert. Entweder erstarrt man davor und wagt nicht, sich zu rühren oder man begehrt dagegen auf und nimmt das absolut nicht ernst. Die Zwischenform, das was angemessen wäre, das fehlt bei mir. Und das wirkt sich natürlich am Arbeitsplatz aus. Ich bin mehr arbeitslos, als dass ich einen Job habe, weil ich die Hierarchien nicht verinnerlichen kann. Das schaffe ich irgendwie nicht, die angemessene Reaktion zu finden... Und wenn ich dann wieder sehe, dass die (die = ehemaligen Täter – Anmerkung) es gut haben, das verursacht bei mir so ein massives Bauchgrimmen, dann bin ich zwei, drei Tage nicht ansprechbar, weil ich den Eindruck haben, die haben plötzlich wieder den Sieg...

Ich bin dann dort hingegangen und habe die Räume vollgesprayt... das braucht man für die eigene psychische Gesundheit. Man muss doch die Leute auch mal ein bisschen foltern... (vgl. MAERCKER, 1997, Seite 15 – 16)

Für traumatisierte Kinder gelten prinzipiell dieselben Symptome, wenngleich es einige Unterschiede gibt, auf die ich hier nur kurz und der Vollständigkeit halber eingehen werde.

Für Kinder ist es schwierig über ein gemindertem Interesse an früheren Aktivitäten zu sprechen und es ist für sie auch nicht erkennbar, dass sie in Alpträumen Erlebtes verarbeiten. Es ist deshalb besonders wichtig, dass sie in ein aufmerksames – also gut beobachtendes Umfeld eingebunden sind.

4 THERAPIEMETHODEN

Eine grundsätzliche Schwierigkeit der Therapie von Traumata liegt darin, dass sie für die Betroffenen mit einer hohen Schamgrenze verbunden ist. Sie haben das Gefühl versagt zu haben, sich nicht angemessen verhalten zu haben etc. Unter Umständen wird die – in der Therapie anstehende – Konfrontation mit dem belastenden Ereignis auch vermieden (vgl. BENTOVIM, 1995, Seite 108). Ich möchte im Folgenden dennoch auf einige Therapieverfahren eingehen.

4.1 Selbstinstruktionstraining

Auf der Grundlage der Erkenntnis, dass die Sprache als Steuerungsmechanismus des menschlichen Verhaltens eingesetzt werden kann, entwickelte Meichenbaum das Selbstinstruktionstraining.

Es sollte vor allem eine Hilfestellung für impulsive, hyperaktive und aggressive Kinder darstellen.

Meichenbaum beschreibt daher fünf Schritte:

„Modelllernen:

1. Ein Erwachsener führt unter lautem Sprechen eine Aufgabe durch.
2. Das Kind versucht anschließend dieselbe Aufgabe zu lösen, indem es den lauten Instruktionen des Modells folgt (offene externale Anleitung)
3. Das Kind bewältigt die Aufgabe, in dem es sich die Instruktionen selbst laut erteilt (offene Selbstanleitung)
4. Das Kind führt die Aufgabe durch, wobei es sich flüsternd instruiert (ausblendende offene Selbstanleitung)
5. Das Kind geht die Aufgabe durch und lenkt dabei sein Verhalten durch lautlose Selbstverbalisation (verdeckte Selbstinstruktionen)“

(REINECKER, 1999, Seite 277)

Bei Erwachsenen wird das Selbstinstruktions-Training hauptsächlich eingesetzt, um innere Monologe bei ängstlichen Patienten zu analysieren und zu verändern.

4.2 Stress-Impfungs-Training

Meichenbaum versteht hierunter eine Stressbewältigung der eher allgemeinen Art. Ihm geht es dabei darum, Coping-Mechanismen zur Bewältigung von für den Patienten belastenden Situationen zu etablieren.

Das geschieht in drei Schritten:

4.2.1 Informationsphase

Dem Patienten werden hierbei die Mechanismen der Entstehung von Stressreaktionen und den sich daraus ergebenden Ängsten, Problemen etc. vermittelt.

Dabei kann auf Alltagssituationen zurückgegriffen werden.

In der Regel bringen alle Patienten modellhafte Situationen in die Therapie mit. Das können Ängste vor Zahnarztbesuchen sein, aber auch Versagensängste oder Ängste, die durch berufliche Belastungen ausgelöst werden.

Ein wichtiger Bestandteil der Informationsphase ist die Lieferung einer plausiblen Erklärung für die Stressreaktionen des Patienten, die auf zwei Komponenten beruhen können.

Zum einen ist das eine erhöhte physiologische Erregung der Patienten, die bei ihm die Frage aufwirft, warum das gerade so ist-

Der zweite wichtige Punkt ist die Bewertung der aufkommenden Gefühle. Das kann zum einen die Auseinandersetzung mit der vermutlichen Reaktion des eigenen Gegenübers sein („Was denkt der jetzt über mich?“) und zum anderen, Phantasien über die daraus entstehenden Konsequenzen („Welche Folgen hat es, wenn der andere so oder so über mich denkt?“).

Streng fachlich gesehen, gibt es heute komplexere Modelle um den Zusammenhang von Gedanken und Emotionen zu erklären, aber dieses Modell stellt eine gute Möglichkeit dar, dem Patienten zu veranschaulichen, wie seine Gedanken zur Entstehung von Stress und negativen Emotionen beitragen. Das wiederum macht deutlich, wieso Selbstverbalisationen einen wesentlichen Bestandteil beim Umgang mit Belastungssituationen darstellen.

4.2.2 Übungsphase

Um aufkommende Stress- und Belastungsreaktionen kontrollieren zu können, ist es notwendig, die ersten Anzeichen dafür zu erkennen.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist das Erlernen von Bewältigungsmechanismen, wie

etwa durch Entspannungsübungen, auch wenn Meichenbaum die kognitiven Bewältigungsmechanismen für am Wichtigsten hält.

Der Ablauf der kognitiven Bewältigung lässt sich daher in vier Schritte einteilen, die sich gegenseitig überlappen.

a) Vorbereitung auf den Stressor

Der Patient orientiert sich im Bezug auf die Situation und versucht zu klären, welche Verhaltensmöglichkeiten sich ihm bieten.

Das kann durch einen inneren Monolog geschehen, bei dem der Patient sich sagt: „Was muss ich als nächstes tun?“, „Ich kann die Situation bewältigen!“, „Ich rege mich nicht auf, sondern denke nach, was ich tun kann.“

b) Phase der Konfrontation mit dem Stressor

Diese Phase dient dem Patienten dazu, sich zu vergegenwärtigen, was er im Moment des ihm belastenden Ereignisses tun kann, um nicht in Stress zu geraten. Auch hier kann er Selbstverbalisation nutzen. („Ich werde mit der Situation fertig“, „Ich atme tief durch, und dann kann ich die Situation kontrollieren“, „Ich tue eines nach dem anderen.“)

c) Phase des Gefühls überwältigt zu werden

In dieser Phase wird das belastende Ereignis simuliert und die entstehende Panik antizipiert. („Ich kann meine Angst nicht abstellen, aber ich kann mit ihr umgehen“, „Meine Angst zeigt mir, dass ich mich entspannen sollte“, „Es ist gleich geschafft“).

d) Phase der Selbstverstärkung

Die Selbstverstärkung dient dazu, die erlernten Coping-Mechanismen im Patienten zu verankern und sie bei einem späteren „Abrufen“ zu einem Instrument zu machen, dem der Patient vertrauen kann.

(„Ich habe es von allein geschafft“, „Mit jeder Übung wird es besser gehen“, „Ich kann mich auf meine Erfolge verlassen“, „Ich kann auf mich stolz sein“).

Um diese Phasen erfolgreich üben zu können, muss der Therapeut den Patienten in eine Stresssituation bringen. Um das Verhältnis von Therapeut und Patienten, das in der Anfangsphase vom therapeutischen Widerstand des Patienten geprägt ist, nicht zu belasten oder im schlimmsten Fall zu gefährden, muss der Therapeut mit dem Patienten die belastenden Situationen, die simuliert werden sollen,

besprechen. Der Inhalt der Selbstverbalisation ist an dieser Stelle nur beispielhaft dargestellt. Es empfiehlt sich ein Sprachmuster zu verwenden, das auf der einen Seite verständlich ist und auf der anderen Seite dem des Patienten ähnelt. In der Regel finden die Patienten ihre eigenen Sätze. Es macht daher keinen Sinn, diese Sätze inhaltlich festzulegen.

Um die Strategie der Bewältigung zu üben, können schriftliche Notizen (Zettel in der Jackentasche) hilfreich sein.

4.2.3 Anwendungsphase

Diese Phase bietet für den Patienten die Möglichkeit, die neu erworbenen Strategien in konkreten Stresssituationen zu erproben. Daher ist es sinnvoll, den Stresslevel abzustufen und mit der geringsten Stufe zu beginnen.

Da diese Situationen weniger flexibel sind, als die Übungen innerhalb des therapeutischen Settings, kann der Patient hier auch einen flexiblen Umgang mit den neu erworbenen Coping-Mechanismen üben (vgl. REINECKER, 1999, Seite 277)

4.3 kognitiv-behaviorale Therapien

Bei den kognitiven Therapieansätzen geht es darum unerwünschte Verhaltensweisen durch eine Neuinterpretation der Ansichten über sich selbst zu erwirken. Dafür ist es notwendig, die Ansichten des Patienten über sich selber aufzudecken. Wenn diese Denkmuster für den Patienten unproduktiv sind, wird der Therapeut versuchen, mit dem Patienten neue Grundannahmen über sich selbst zu erarbeiten.

Der Patient kann so ein neues Bewusstsein über sich selbst erlangen. (vgl. ZIMBARDO, 1999, Seite 661-662)

4.4 Klientenzentrierte Therapie

Aus der Tradition der Humanistischen Theorien wurde von Carl Rogers die Klientenzentrierte Therapie entwickelt.

Die Grundsätze der humanistischen Therapie liegen im Glauben an die Entwicklungsfähigkeit des Menschen, Betonung der besonderen Rolle von Erfahrungen für die Entwicklung und der Glaube an die Integrität und Persönlichkeit jedes Menschen.

Nach Maslow – einem weiteren Vertreter des humanistischen Ansatzes – sind menschliche Bedürfnisse in folgende Reihenfolge gegliedert:

1. Biologische Bedürfnisse: dazu gehören die Sättigung essentieller Notwendigkeiten, wie die Aufnahme von Nahrung, Wasser, Sauerstoff, aber auch Ruhe, Entspannung und Sexualität.
2. Sicherheit: beinhaltet die Freiheit von Angst, das Bedürfnis nach Sicherheit, Behaglichkeit und Ruhe.
3. Bindung: dazu zählt das Bedürfnis nach Zugehörigkeit ebenso, wie die Verbindung mit anderen und die Sehnsucht zu lieben und geliebt zu werden.
4. Selbstwert: es meint das Bedürfnis nach Vertrauen und dem Gefühl wertvoll und kompetent zu sein – aber ebenso den Wunsch, von anderen Menschen Anerkennung zu erhalten.
5. kognitive Bedürfnisse: damit ist das Bedürfnis nach Wissen gemeint, das Streben nach Neuem.
6. Ästhetische Bedürfnisse: meint die Suche nach Ordnung aber auch die Sehnsucht nach Schönheit.
7. Selbstverwirklichung: hiermit meint Maslow den Wunsch, das eigene Potential auszuschöpfen und bedeutende Ziele zu erreichen:
8. Transzendenz: die oberste Stufe der „Bedürfnis-Pyramide“ stellt das Bestreben dar, sich in Einklang mit dem Kosmos zu bringen und die Suche nach spiritueller Erfüllung

Diese Pyramide ist so zu verstehen, dass der Mensch, beginnend bei der untersten, der ersten Stufe, nach der Erfüllung seiner Bedürfnisse strebt, und sich nach Erfüllung der einen Stufe der nächst höheren zuwendet. (vgl. ZIMBARDO, 1999, Seite 325).

Auch wenn Maslow in seiner Darstellung weiter menschliche Verhaltensweisen wie Aggression, Macht und Dominanz ausblendet, gibt diese Darstellung einen

guten Überblick über die grundlegenden Ideen der Humanistischen Psychologie. Insbesondere für die Therapie von Angststörungen, zu denen Posttraumatische Belastungsstörungen gehören, ist die Erkenntnis, dass durch das Vorhandensein von Hypervigilanz und Flashbacks die Bedürfnisstufe eins und zwei gestört werden, von immenser Bedeutung.

Durch das im weiteren Therapieverlauf notwendige chronologische Ordnen der Geschehnisse wird auch die Suche nach Ordnung (Stufe sechs) und der Wunsch nach Verstehen (der eigenen Gefühle – „Sie zeigen eine völlig normale Reaktion auf ein völlig unnormales Ereignis“) (Stufe fünf) wieder in Einklang gebracht.

Ausgehend von den Erkenntnissen Maslows ist das Hauptziel der Klientenzentrierten Therapie die Förderung des psychischen Wachstums der Menschen.

Rogers ging davon aus, dass dieses Wachstum durch fehlerhafte Kernmuster behindert wird, die den Patienten dazu veranlassen, die eigenen gesunden Empfindungen gegen die von außen an ihn herangetragene Bewertungen zu tauschen. Damit wird das Fremdbild überproportional in das Selbstbild integriert und prägt den Patienten im schlimmsten Fall zu seinen Ungunsten. Aus dem sich ergebenden Konflikt zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung entstehen Ängste, die im Falle einer Inkongruenten Wahrnehmung nicht mehr kompensiert werden können.

Wenn sich die Vorgänge außerhalb der Aufmerksamkeit abspielen, kann das zur Folge haben, dass der Patient das Gefühl von Minderwertigkeit und Unsicherheit erlebt, ohne sich über die Ursachen darüber bewusst zu sein.

Rogers Bemühungen lagen nun darin, ein therapeutisches Setting zu schaffen, dass es dem Patienten erlaubt, erneut die Fähigkeit zur Selbstbewertung zu erwerben. Er hat so die Möglichkeit, zu lernen, was er braucht, um sich selber zu verwirklichen.

Dem Therapeuten kommt dabei die Aufgabe zu, die Blockaden und Hemmnisse zu beseitigen, die den Patienten daran hindern, positive Grundannahmen über sich selbst in seine Eigenwahrnehmung zu integrieren.

Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass der Therapeut keine Bewertungen an den Patienten heranträgt. Damit wird dem Patienten das Gefühl vermittelt, dass

er so wie er ist akzeptiert wird.

Durch diese positive Einstellung dem Patienten gegenüber, kann dieser verbleibende Ressourcen nutzen, um sich mit den eigentlichen Quellen seiner Konflikte zu befassen.

Die Klientenkonzentrierte Therapie ist weiterhin von einer „nichtdirektiven“ Vorgehensweise und Empathie geprägt. Die nichtdirektive Vorgehensweise des Therapeuten ermöglicht dem Patienten seinen eigenen Weg zu Selbstverwirklichung zu gehen, auf dem er lediglich begleitet wird, aber nicht geleitet.

Der Grundsatz der Empathie ermöglicht dem Therapeuten, sich in den Patienten einzufühlen und eröffnet dem Patienten gleichzeitig die Möglichkeit, Abwehrmechanismen fallen zu lassen, weil er keine negative Bewertung von außen mehr erfährt.

4.5 Psychodynamische Therapie

Der Kernpunkt psychodynamischer Psychotherapieverfahren (Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ist ein klärungsorientiertes Vorgehen des Therapeuten. Es werden nicht die Probleme und Symptome als Ausgangspunkt der Intervention gewählt, sondern der Schwerpunkt der Therapie besteht in der Untersuchung und Aufdeckung der Problemursachen. Es werden also die psychischen Ursachen und Konflikte, die zu den Problemen und den Symptomen geführt haben, mit dem Patienten aufgedeckt.

FLATTEN et al gehen davon aus, dass das traumatische Ereignis einen Fremdkörper in der Seele eines Menschen darstellt und Belastungssymptome einen Anpassungsprozeß auf dieses Ereignis darstellen.

Der Ansatzpunkt einer psychodynamischen Therapie würde also in der Ergründung der Ursachen liegen, die eine Verarbeitung des Erlebten erschweren bzw. behindern.

(vgl. FLATTEN; 2004)

4.6 EMDR

Im Jahr 1989 tauchte der Begriff EMDR erstmalig auf. Die Psychologin Francine Shapiro stellte im „Journal of Traumatic Stress“ eine neue Möglichkeit zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen vor. (vgl. ESCHENRÖDER, 1997, Seite 11).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Augenbewegungs-Desensibilisierung) geht davon aus, dass Patienten durch schnelle Augenbewegungen von negativen Gefühlen abgelenkt werden können und bei späterem Wiedereintauchen in das Erlebte, dieses nicht mehr so beängstigend ist. Die Methode besteht darin, die Aufmerksamkeit der Betroffenen auf einen äußeren Reiz zu lenken, während er sich gleichzeitig auf das traumatische Erlebnis konzentriert.

Dabei ist die Methode, den Handbewegungen der Therapeuten zu folgen, nur eine von vielen Möglichkeiten der gezielten Ablenkung. Auch äußere Reize durch Töne und Berührungen kommen zur Anwendung.

Shapiro erwähnt in diesem Artikel auch, dass nicht alle Symptome einer PTBS mit EMDR behandelt werden könne und auch keine Bewältigungsstrategien vermittelt werden können.

4.6.1 Die acht Phasen der EMDR-Behandlung

4.6.1.1 Anamnese und Behandlungsplanung

Zuerst einmal muss der Therapeut herausfinden, ob die Behandlungsmethode für den oder die Patienten geeignet ist. Wie bei allen anderen Therapiemethoden gehört dazu eine stabile und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die die Basis bietet, erlebte belastende Erinnerungen zuzulassen und wieder zu leben.

Shapiro betont weiterhin, dass diese Methode nur bei Patienten verwendet werden soll, die körperlich und seelisch so weit stabilisiert sind, um mit den unter Umständen auftretenden belastenden Emotionen umgehen zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt der innerhalb der ersten Phase abgeklärt werden

muss, ist der, dass der Patient durch die Verarbeitung der Erlebnisse, die bekanntlich nach den Sitzungen andauert, nicht von anderen wichtigen Aufgaben wie zum Beispiel einem ausgeübten Beruf, abgehalten wird.

Shapiro weist außerdem darauf hin, dass vor der Behandlung mit EMDR dissoziative Störungen wie z. B. Psychosen behandelt werden müssen.

Eine Kontraindikation für EMDR liegt außerdem bei schweren hirnrnorganischen Erkrankungen, eingeschränkter körperlicher Belastungsfähigkeit, hervorgerufen durch z. B. instabile Koronarerkrankungen, Suchterkrankungen und schweren Depressionen vor.

„Bei Personen mit Augenproblemen könne eventuell akustische oder taktile Reize eingesetzt werden. Sofern nach den Augenbewegungen Augenschmerzen auftreten, sollte ein Augenarzt konsultiert werden; bei Augenschmerzen darf die Behandlung auf keinen Fall in der gleichen Form fortgesetzt werden.“ (ESCHENRÖDER, 1997, Seite 16).

Da EMDR als Methode im Rahmen eines umfassenden Behandlungsplanes eingesetzt wird, kann sie sowohl in verhaltenstherapeutischer als auch in tiefenpsychologische und gesprächspsychotherapeutische Behandlungen integriert werden.

4.6.1.2. Vorbereitung

Zuerst wird dem Patienten in Anknüpfung an seinen Wissenstand die Technik und Wirkungsweise von EMDR erklärt.

Der Patient kann so z. B. darüber aufgeklärt werden, dass es während der REM-Phase im Schlaf zur Verarbeitung von Erlebten kommt.

Dieser Mechanismus (Augenbewegungsverarbeitung) wird hier auch genutzt. Dabei wird der Patient dazu angehalten, alle auftauchenden Bilder zuzulassen. Ähnlich einer Zugfahrt, bei der draußen die Landschaft vorbeizieht, während man selber dasitzt und zuschaut.

In dieser Phase wird auch getestet, welche Augenbewegungen für den Patienten angenehm sind. Dafür hält der Therapeut zwei Finger einer Hand in einer Entfernung vom Gesicht des Patienten, die für diesen angenehm ist. Dort werden

sie horizontal von rechts nach links bewegt, bis eine Geschwindigkeit gefunden wurde, der der Patient nachfolgen kann.

Sollte bei diesem Test Unwohlsein auftreten, kann die Bewegungsrichtung in diagonale, vertikale oder kreisförmige Bewegungen geändert werden. Die Form einer liegenden Acht findet ebenfalls Anwendung.

Shapiro empfiehlt, ein Signal zu vereinbaren, das dann verwendet wird, falls der Patient während der Behandlung Unwohlsein verspürt.

4.6.1.3 Einschätzung

In dieser Phase lassen die Patienten ihre belastenden Erinnerungen noch einmal vor ihrem geistigen Auge Revue passieren und werden dann gebeten, eine Erinnerung herauszusuchen, die für die gesamte Kette repräsentativ ist. In der Regel ist das der traumatischste Punkt. Anschließend bittet der Therapeut den Patienten sein Gefühl in dieser Situation zu beschreiben. Erwartungsgemäß formulieren die Patienten dann negative Gefühle, wie z. B. „ich bin nicht gut“. Anschließend werden die Patienten gebeten zu formulieren, wie sie gerne über sich und das Ereignis denken würden. Ein Beispiel für eine solche Formulierung ist: „Es ist vorbei, jetzt bin ich sicher“ (ESCHENRÖDER, 1997, Seite 18)

4.6.1.4 Desensibilisierung

Hierbei wird die traumatische Erinnerung mit Hilfe von Augenbewegungs-Serien bearbeitet, bis die Patienten das Gefühl haben, dass ihr negativer Erregungswert auf 0 oder 1 abgesunken ist. Der Erregungswert wird anhand der so genannten SUD-Skala beurteilt. SUD bedeutet „Subjektiv Units of Disturbance“ und wird auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 die stärkste mögliche Unruhe darstellt, abgebildet. Nach jeder Serie von Augenbewegungen wird der Patient gebeten, das Bild loszulassen und seine Gefühle zu beschreiben. Sobald sich eine Verbesserung des Empfindens gegenüber dem Ausgangswert einstellt, wird der Patient aufgefordert, bei dieser Erfahrung „zu bleiben“, um dem vorher negativen Gefühl eine positive Erfahrung entgegensetzen zu können. Wichtig ist dabei, die auftauchenden Bilder und Empfindungen nicht zu interpretieren, um den

Verarbeitungsprozess nicht zu unterbrechen. Der gesamte Vorgang wird so lange wiederholt, bis der SUD-Wert auf 0 oder 1 gefallen ist. Während der Desensibilisierungsphase beschreiben viele Patienten Veränderungen der Wahrnehmung im Bezug auf das sie belastende Ereignis. Sie beschreiben z. B. qualitative Gefühlsveränderungen. Das heißt zuerst verspürten sie Angst, dann Wut, später Mitleid und Gelassenheit. Andere Patienten beschrieben eine Veränderung im Bezug auf die Erinnerung, bei manchen wurde sie deutlicher und bei anderen verblasste sie mehr. Ebenso stellten Patienten eine perspektivische Veränderung fest. Sie konnten die Situation von außen oder aus größerer Entfernung betrachten. Bei einigen traten spontan Einsichten oder hilfreiche Gedanken auf.

4.6.1.5 Einsetzen eines positiven Gedanken

Im Anschluss an die Desensibilisierung wird der Patient gefragt, wie er diese positive Kognition empfindet, die während der Einschätzungsphase formuliert wurde. Im Anschluss daran findet eine Einschätzung der Glaubwürdigkeit der Gedanken statt. Manchmal wird der Gedanke als glaubwürdiger empfunden. Bei Bedarf wird die Desensibilisierungsphase wiederholt, bis die Patienten der positiven Kognition eine hohe Glaubwürdigkeit einräumen.

4.6.1.6 Überprüfung der Körperempfindungen

Diese Phase dient den Patienten dazu, auf noch vorhandene ungewohnte Empfindungen und Anspannungen zu achten, die während der Konzentration auf die positive Kognition auftreten. Wenn es zu solchen Anspannungen kommt, kann eine erneute Augenbewegungsserie durchgeführt werden.

4.6.1.7 Abschluss

Auch wenn die Verarbeitung des seelischen Traumas nicht vollständig abgeschlossen werden konnte, soll der Patient wieder in den Zustand des seelischen Gleichgewichts kommen können. Das kann z. B. mit Hilfe von Entspannungsmethoden geschehen. Üblicherweise bekommt der Patient die Aufgabe, noch vorhandene oder wieder auftretende negative Gedanken,

Erinnerungen und Gefühle aufzuschreiben. Durch das Aufschreiben bekommt der Patient die Möglichkeit, sich von seinen Erlebnissen besser zu distanzieren. Im weiteren Verlauf der therapeutischen Arbeit dienen diese Niederschriften einer späteren Verbalisierung der eigenen Ängste und Gefühle. Für die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen muss dem Patienten genügend Zeit eingeräumt werden. In der Regel reichen 50 Minuten dafür nicht aus. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine Doppelstunde bzw. die Sitzung auf einen Termin zu legen, an dem sie bei Bedarf verlängert werden kann. Aufgrund der Nachwirkungen einer solchen intensiven Therapiestunde ist es ebenfalls von Vorteil, diese Einheit nicht auf den letzten Arbeitstag des Therapeuten fallen zu lassen.

4.6.1.8 Neubewertung

In Folge der vorangegangenen sieben Schritte und der damit verbundenen Verarbeitung traumatischer Erlebnisse, kommt es oft zu einer positiven Veränderung in der Gegenwart. Diese führen unter einem systemischen Gesichtspunkt dazu, die Reaktionen des sozialen Nahraums auf die Veränderung zu besprechen. Dabei geht es nicht darum, Lösungen für eventuell auftauchende Probleme im Fall des Falles zur Hand zu haben, sondern darum, den Patienten dafür zu sensibilisieren, dass in Folge dieser Veränderung eventuell Fragen o. ä. in seinem Umfeld auftauchen werden, mit denen er nicht gerechnet hat. (ESCHENRÖDER, 1997, Seite 21)

4.7 Wirksamkeit von Therapien

In den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts untersuchte der britische Psychologe Hans Eysenck anhand verschiedener Veröffentlichungen die Wirksamkeit der Psychotherapie.

Im Laufe dieser Untersuchung kam er zu dem Ergebnis, dass Menschen ohne therapeutische Intervention dieselben Heilungschancen haben, wie die Personen, die sich einer Psychotherapie unterziehen.

Weiter stellte er fest, dass zwei Drittel aller Menschen mit psychischen Problemen innerhalb der ersten zwei Jahre eine Spontanremission erleben. Das bedeutet,

dass die Störung aus einer Vielzahl von Gründen auch ohne professionelle Hilfe wieder verschwindet (vgl. ZIMBARDO, 1999, Seite 669)

Bei dieser Studie trat allerdings ein grundlegendes Problem zu Tage. Zum einen fehlten Eysenck geeignete Kontrollgruppen zum Nachweis der Therapiewirksamkeit und zum anderen fehlten Aufschlüsse darüber, womit die Wirksamkeit der Psychotherapie bewiesen werden kann.

Wenn Patienten nach der Wirksamkeit befragt werden, besteht immer die Gefahr des Placeboeffektes, der sich dadurch auszeichnet, dass Patienten eine Heilung spüren, nur weil sie sich in Behandlung befinden. Durch die Rolle des Therapeuten als „Heiler“ wird dieser Effekt noch verstärkt (vgl. ZIMBARDO; 1999, Seite 669-670).

Kirsten von Sydow, Dipl.-Psychologin und Lehrbeauftragte an der Universität Duisburg, bemängelt in diesem Zusammenhang fehlende einheitliche Kriterien für die Evaluierung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen.

Grundsätzlich müsse die zu untersuchende Methode folgende Faktoren aufweisen:

- Methode muss beschreibbar sein
- Sie muss sich auch bei verschiedenen Therapeuten zuverlässig replizieren lassen.
- Sie muss ihren Einsatzbereich im Bezug auf die Störungsmerkmale eingrenzen
- Sie muss ein möglichst geringes Risikopotential aufweisen
- Sie muss ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den entstehenden Kosten und ihrem Nutzen aufweisen.

Des Weiteren müssen die zu untersuchenden Veränderungen mit einer Kontrollgruppe verglichen werden können. Diese muss folgende Faktoren aufweisen:

- Kontrollgruppe muss Personen ohne therapeutische Intervention beinhalten.
- Kontrollgruppe muss Teilnehmer beinhalten, die sich einer anderen

Therapieform unterziehen.

Nach Meinung von Kirsten von Sydow gilt eine Therapieform dann als erfolgreich, wenn die Wirksamkeit in mehreren einzelnen oder Multicenter-Studien belegt worden ist.

Grundlegende Probleme bei allen Untersuchungsmethoden bleiben aber nach wie vor die zahlreichen individuellen Faktoren im therapeutischen Setting. Diese stellen sich wie folgt dar:

Unterschied zwischen

- Therapeuten, die streng nach Manual vorgehen und denen die auf Grund langer Berufserfahrung den „herkömmlichen Weg“ ein wenig verlassen.
- Patienten, die eine Störung haben und solchen, die mehrere Störungsbilder aufweisen
- Patienten, die sich fremd bestimmen lassen und denen, die das nicht zulassen

(vgl. <http://www.uni-duisburg.de/FB2/PS/PER/vonSydow/WS0304/v-klips15P-PT-Wirksamkeit-Allg-PT.pdf>)

Ausgehend von Erkenntnissen aus der Bestrafungsforschung von Azrin und Holz, wissen wir, dass Bestrafung eine ungeeignete Möglichkeit der Verhaltensänderung darstellt, weil die Verhaltensänderung lediglich eine Vermeidungshandlung ist, um dem aversiven Reiz aus dem Weg zu gehen.

Sinnvoller ist eine positive Verstärkung, die in allen Therapieformen verwendet wird. Sie stellt unter humanistischen Gesichtspunkten den einzigen Weg dar, eine Verhaltensmodifizierung dauerhaft zu manifestieren – auch wenn nie ganz auszuschließen ist, dass Patienten in vertraute Verhaltensmuster zurückfallen.

5 CISD

Das englische Wort „Debriefing“ bedeutet „Berichterstaten“. Es wird auch als „Critical incident stress debriefing“ (CISD) nach Mitchel bezeichnet. Es ist eine Methode der Krisenintervention, die dazu beitragen soll, unmittelbare Stresssituationen nach potentiell traumatischen Ereignissen zu mildern und die

Einsatzfähigkeit der Betroffenen wieder herzustellen.

Dabei ist CISD kein Therapieverfahren, sondern eine Methode zur Reduzierung von Stress und zur Minderung seiner negativen Auswirkungen auf das psychische und physische Wohlbefinden der Betroffenen. Die Intervention ist dabei auf die Zeit unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis festgelegt und in der Grundkonzeption auf den Personenkreis direkt Beteiligter zugeschnitten.

5.1 Entstehungsgeschichte der CISD

Das Verfahren des CISD entstand auf der Grundlage zweier Überlegungen.

Zum einen ging es darum, die Ressource „Mitarbeiter“ zu erhalten und dem Wunsch, ihm bei der Bewältigung belastender Situationen behilflich zu sein.

Erste Erfahrungen im Bereich Krisenintervention konnten im Bereich der Militärpsychiatrie in den ersten beiden Weltkriegen gesammelt werden. Damals stand man vor der Problemstellung der so genannten „Kriegszitterer“, die häufig als Simulanten bezeichnet wurden.

Marshall führte mit Soldaten nach ihren Einsätzen Gruppensitzungen durch, bei denen diese über ihre Erfahrungen aus dem Kampfgeschehen berichten konnten. Das hatte zur Folge, dass für jeden Soldaten die Einordnung seiner zeitlich und räumlich begrenzten Erlebnisse in ein Gesamtgeschehen möglich war. Die positive Erfahrung für die Soldaten war dabei, dass sie ihre Erlebnisse mit den anderen teilen konnten und dadurch Unterstützung erfuhren. Marshall, der solche Sitzungen durchführte, konnte feststellen, dass die Einsatzfähigkeit der Soldaten, die an solchen Gruppensitzungen teilnahmen, früher wieder hergestellt war, und sie schneller in das Kampfgeschehen entlassen werden konnten.

Bereits sehr früh in der Erprobung dieses Verfahrens entwickelten sich die bis heute gültigen Grundsätze: Nähe, Unverzüglichkeit und Erwartung. Mit Nähe und Unverzüglichkeit ist der Umstand gemeint, der eine Intervention in möglichst zeitlicher und räumlicher Nähe zum auslösenden Ereignis stattfinden soll. Erwartung meint die Klärung der zu erwartenden Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis, und die Benennung möglicher Bewältigungsstrategien. Die erste systematische Anwendung des psychologischen Debriefings stammt aus

den 70-er Jahren.

Für die Entstehung des CISD wurden verschiedene bereits bestehende Verfahren zusammengefasst:

- Gruppenpsychotherapie: die Möglichkeit, die eigene Erfahrung mit anderen zu teilen und die Rückmeldungen der Anderen in das eigene Selbstbild zu integrieren.
- Trauerberatung: Lernen, die eigenen Reaktionen wie Traurigkeit aber auch Wut als normal und selbstverständlich einzuschätzen und das Zulassen negativer Gefühle.
- Narrative Konzepte: das Erleben, dass die verbale Repräsentation von Erlebtem die Einordnung in einen rationalen Kontext erleichtert und emotionale Verarbeitung ermöglicht.
- Psychoedukation: dabei lernen die Patienten, dass Selbstregulierungsprozesse durch eine Aufklärung über ihre Mechanismen getriggert werden können. Dadurch werden Stressreaktionen als normale Reaktionen auf ein unnormales Erlebnis versteh- und kontrollierbar.
- Psychopharmakologie: der Einsatz von Sedativa führt zur Senkung der Erregungspotentiale und trägt damit zur Regeneration und zum Erhalt der Selbstheilungskräfte durch Schlaf bei.

5.2 Phasen des CISD

Das Critical Incident Stress Debriefing setzt sich aus einzelnen Bausteinen zusammen, die im Folgenden beschrieben werden sollen. Wichtig ist dabei, dass CISD immer auf Basis von Freiwilligkeit geschieht und eine Atmosphäre geschaffen wird, die Vertrauen schafft und die Vertraulichkeit über die ausgetauschten Informationen und Emotionen gewährleistet.

Informationen vor dem Eintreten kritischer Ereignisse:

Die Beteiligten werden über das mögliche Auftreten und die Beschaffenheit belastender Ereignisse im Berufsalltag informiert. Ferner erfolgt eine Aufklärung über Stresssymptome, deren Abläufe und Bewältigungsmechanismen.

One-scene-support

One-scene-support findet während des Einsatzgeschehens statt und beschränkt sich meist auf das Beobachten der Reaktionen der Einsatzkräfte, um im Notfall einzelne Personen in die „zweite Reihe“ des Geschehens zu holen, falls sich entsprechende Belastungsreaktionen zeigen. Individuelle Betreuung ist auch dann notwendig, wenn keine Gruppensitzungen stattfinden bzw. sich einzelne Teilnehmer in der Gruppe isolieren oder stärkere Reaktionen zeigen als die anderen Teilnehmer.

Demobilisierung

Das Herausnehmen der gesamten Gruppe aus dem Einsatz, um eine Möglichkeit der Erholung und zur Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

Defusing

Stellt die erste Intervention direkt nach dem belastenden Ereignis dar, und sollte in einem Zeitraum von acht bis zwölf Stunden nach dem „critical incident“ durchgeführt werden.

Das Defusing besteht aus drei Phasen

Einführung

In dieser wird vom durchführenden CISD-Team der Ablauf des Defusing erläutert. Es wird darauf hingewiesen, dass alle Reaktionen, Emotionen und Fragen erlaubt sind und dass eine strikte Vertraulichkeit über das Gesagte eingehalten wird.

Exploration

Jeder Beteiligte schildert seine Sicht auf das Geschehen. Diese Berichte tragen später dazu bei, ein einheitliches Bild des Geschehens bei allen Beteiligten entstehen zu lassen.

Information

Alle Anwesenden werden über das mögliche Auftreten von Stresssymptomen und die Bewältigungsmechanismen informiert. Sie werden auch ermuntert, mit Angehörigen, Freunden etc. über ihre Erlebnisse zu reden und sich selber „etwas Gutes zu tun“, um das Erlebte besser verarbeiten zu können.

Mitchell verweist außerdem auf die Notwendigkeit, die Angehörigen, die als wichtige Stütze für die Betroffenen angesehen werden, in die Betreuung einzubeziehen.

5.3 Kritik an CISD

Ein wichtiger Kritikpunkt ist der, dass bisher kein positiver Langzeiteffekt der CISD nachgewiesen werden konnte. Ein weiterer Kritikpunkt liegt darin, dass es während der Explorations-Phase zu einer sekundären Traumatisierung durch die Erlebnisse der anderen Teilnehmer kommen kann. Ebenso wird die Kollision mit bereits bestehenden, gut funktionierenden Coping-Mechanismen betont.

John führt dazu aus, dass die bestehenden Bewältigungsmechanismen der Einsatzkräfte (zum Beispiel Algorithmen ohne Reflexion, Depersonalisierung der Opfer, Abkapselung von Erinnerung) durch das Debriefing blockiert und außer Kraft gesetzt werden.

6 PRÄVALENZ IN HOCHRISIKOPOPULATIONEN

Während die deutsche Bevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 30 bis 40 Prozent für das Erleiden eines Traumas aufweist, berichten 100 Prozent der Einsatzkräfte von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten über Tote, Schwerstverletzte und Sterbende, mit denen sie bei ihren Einsätzen konfrontiert waren (vgl. http://www.unfallkassen.de/files/510/Abschlussbericht_Trauma.pdf)

Die Konfrontation findet aber nicht etwa in ganz besonderen Ausnahmesituationen statt, sondern ereignet sich während des Arbeitsalltages der Betroffenen, wie zum Beispiel bei Großschadensereignissen, Bränden, Unfällen etc. Diese Situationen sind durch Tod und Verletzung von Kollegen und Kindern gekennzeichnet, der Bergung von verbrannten oder verstümmelten Leichen oder Leichenteilen.

Die Bergung von Suizid-Opfern, die Begegnung mit Angehörigen und auch die Betroffenheit der Kollegen erschweren den Arbeitsalltag in besonderer Weise. Da es weltweit kaum aussagekräftige Untersuchungen über das Vorkommen von Posttraumatischen Belastungsstörungen innerhalb der so genannten Hochrisikopopulationen gibt, hat eine Arbeitsgruppe der Universität Zürich eine Prävalenzstudie an 574 Einsatzkräften der Berufsfeuerwehr durchgeführt. Darüber hinaus wurde die Komorbidität von PTBS und anderen psychischen Erkrankungen untersucht.

Es zeigte sich, dass 18,2 Prozent der befragten Personen sowohl Kriterien einer PTBS aufwiesen, als auch über psychische Auffälligkeiten berichteten. 6,3 Prozent von ihnen hatten zwar Symptome, die auf eine PTBS schließen lassen könnten, waren aber frei von psychischen Auffälligkeiten. Weitere 27,0 Prozent der Befragten wiesen psychische Auffälligkeiten auf. 23,9 Prozent hatten keine psychischen Auffälligkeiten, wiesen aber typische Symptome einer PTBS auf. Lediglich 24,5 Prozent der befragten Einsatzkräfte hatten weder Symptome einer PTBS, noch wiesen sie psychische Auffälligkeiten auf.

Von den Befragten, die Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen, berichteten 39,4 Prozent über Depressionen, 60,3 Prozent über soziale Dysfunktionen, 19,0 Prozent über Suchtproblematiken und 46,6 Prozent über körperliche Beschwerden.

Die Untersuchung ergab, dass mit steigender Dienstzeit – und damit zwangsläufig steigender Einsatzhäufigkeit – die Gefahr einer PTBS steigt. Darüber hinaus steigt mit der Anzahl an PTBS-Symptomen die Wahrscheinlichkeit an einer klinisch relevanten Störung zu erkranken.

(vgl. http://www.unfallkassen.de/files/510/Abschlussbericht_Trauma.pdf)

6.1 Berufsunfähigkeit bei Presseberufen

In diesem Abschnitt versuche ich zu klären, ob Journalisten ein höheres Risiko als die Durchschnittsbevölkerung für eine Berufsunfähigkeit haben und ob sie häufiger auf Grund körperlicher oder psychischer Erkrankungen aus dem Berufsleben ausscheiden.

Da es in Deutschland keine Studien über die Vorkommenshäufigkeit von Berufsunfähigkeit unter Journalisten gibt, blieb mir nur der Umweg über die Deutschen Versicherer, die im Rahmen einer Risikoabwägung wissen müssen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein versicherter Journalist zum Schadensfall und damit zum Leistungsempfänger wird.

Da der Bundesverband der Deutschen Versicherungswirtschaft nach eigenen Angaben keine Zahlen zu diesem Thema hatte, blieb mir nur der Weg, mir von allen Versicherungen Anträge auf eine Berufsunfähigkeits-Versicherung zukommen zu lassen und zu prüfen, welcher Versicherer ausdrücklich nach dem Beruf des Journalisten fragt.

Von 44 angeschriebenen Versicherungen boten 14 die Möglichkeit an, in den Versicherungsunterlagen den Beruf des Journalisten anzugeben.

Nach Aussage von Michael Steinmetz, Geschäftsführer der Deutschen Aktuarvereinigung in Köln, macht das Abfragen von Berufen und Berufsgruppen nur dann Sinn, wenn anschließend auch gesonderte Statistiken zu den einzelnen Berufen angefertigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese 14 Versicherungen Zahlen zu oben genannter Frage haben, war also recht groß.

Daraufhin habe ich diese Versicherungen angeschrieben und um Überlassung von Material gebeten.

Von 14 Versicherungen stellte nur die Allianz Versicherungs AG Material zur Verfügung. Fünf Versicherer antworteten ablehnend, mit dem Hinweis auf (für Laien) ungenaue Zahlen, verfälschte Statistiken, nicht wahrnehmbarer Risikounterschiede und irreführende Schadensgruppen-Kategorien. Acht Versicherer antworteten nicht.

Um zumindest die Aussage der „nicht wahrnehmbaren Risikounterschiede“ besser einschätzen zu können, muss man wissen, dass eine Versicherung nur dann ein Tarifangebot für eine Berufsunfähigkeitsversicherung erstellen kann, wenn sie weiß, ob sich das Leistungsfall-Risiko für Journalisten signifikant von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Und auch nur dann macht es wirtschaftlich Sinn, den Beruf des Journalisten zu erfragen. Wenn dieser Risikounterschied allerdings nicht wahrnehmbar ist, stellt sich die Frage, warum der Versicherer gezielt nach diesem Beruf fragt.

6.1.1 Begriffsbestimmung Berufsunfähigkeit

„Berufsunfähigkeit im Sinne der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls vorübergehend oder dauerhaft außerstande ist, ihren Beruf oder eine Tätigkeit zu weniger als 50 Prozent auszuüben, die auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihren bisherigen Lebensstellungen entspricht.

50 Prozent Einschränkung der Berufsunfähigkeit ist der heute gebräuchlichste Prozentsatz, der eine Leistungspflicht bewirkt, wobei es sich hier um eine „Alles-oder-Nichts-Lösung“ handelt, d. h. darunter gibt es keine Leistung, darüber die volle Leistung.“ (ACKERMANN, 2002)

6.2 Vorkommenshäufigkeit bei Presseberufen

Im Rahmen einer Risikoabschätzung für die Versicherungsklasse der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, untersuchte die Ärzteabteilung der Allianz Lebensversicherungs AG ab Mitte der 90-er Jahre das Risiko einer Leistungspflicht bei Presseberufen. Dazu wurden die Daten von 1090 Personen überprüft, von denen dem Gesellschaftsarzt Unterlagen zur Überprüfung der Leistungspflicht vorgelegt wurden.

Folgendes wurde dabei festgestellt:

Bei jedem vierten Versicherungsnehmer waren psychische Erkrankungen die Hauptursache für eine Berufsunfähigkeit. Das entspricht einer Rate von 25 Prozent. Als häufigste Diagnose wurden dabei depressive Störungen genannt (vgl. ACKERMANN, 2002).

Im Vergleich dazu liegt die Lebenszeitprävalenz der gesamtdeutschen Bevölkerung bei lediglich 0,6 Prozent bis 1 Prozent (vgl. ZIMMERMANN, 2001). Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit an einer psychischen Störung zu erkranken, ist bei einem Vertreter des Presseberufes gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt um das 25-fache erhöht.

Prof. Dr. med. Joachim Bauer von der Universität Freiburg geht bei der deutschen Gesamtbevölkerung sogar von einer Lebenszeitprävalenz von 15 Prozent aus. (vgl. <http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/depression.htm>).

Wie kommen diese Unterschiede zustande? Epidemiologische Daten weisen oft erhebliche Unterschiede und Schwankungen auf. Das hängt damit zusammen, dass es unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich der Definition von Störungen, der Einbeziehung von Einzelphasen oder der Gesamtverläufe gibt. Darüber hinaus ist auch entscheidend, ob sämtliche oder nur bestimmte Schweregrade in eine Untersuchung mit einbezogen werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von einer Prävalenz von 3 Prozent der Weltbevölkerung aus (vgl. <http://www.lvpe-rlp.de/html/-depress.htm>). Im Vergleich dazu wäre die Erkrankungshäufigkeit bei den Pressberufen nur gering erhöht, während sie im Vergleich mit Prof. Dr. Joachim Bauer unterrepräsentiert wäre.

In der Untersuchung der Allianz Versicherungs AG wurden bis zu vier Diagnosen erfasst und nur Verträge berücksichtigt, bei denen eine Leistungspflicht seitens des Versicherers festgestellt wurde. Nach dieser Untersuchung tritt eine Berufsunfähigkeit bei jeder Alterklasse auf, wobei es Häufigkeitsschwankungen bei bestimmten Altersklassen gibt.

Während es in der Altersklasse der unter 30-jährigen nur wenige Fälle von Berufsunfähigkeit gibt, steigt die Erkrankungshäufigkeit bis zu einem Alter von 59 Jahren kontinuierlich an und erreicht bei den 50 bis 59-jährigen erwartungsgemäß den höchsten Anteil. Danach sinkt sie unter den Anteil der unter 30-jährigen ab. Den größten Anteil an Leistungsempfängern stellen dabei zu 77,5 Prozent Journalisten und Redakteure, gefolgt von Kameraleuten und Fotografen mit 8,1 Prozent.

Dabei stehen mit 23,5 Prozent psychische Erkrankungen im Vordergrund, bei denen die Depressionen über 50 Prozent ausmachen. Bei einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtung ergeben sich auch hier Werte, die aus der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung bekannt sind. Wieder sind Frauen etwas häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer.

6.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Männer

Bei einer Auswertung von vier erfassbaren Diagnosen stehen bei den Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 39 Prozent an erster Stelle, dicht gefolgt von psychischen Erkrankungen mit 38,6 Prozent (vgl. ACKERMANN, 2002).

Diese Zahlen decken sich mit dem Durchschnitt der deutschen Normalbevölkerung. Auch dort liegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle (vgl. STATISTISCHES JAHRBUCH, 1995).

Frauen

Bei den Frauen bietet sich ein anderes Bild. Psychische Erkrankungen liegen mit 58 Prozent auf dem ersten Platz. Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen hier mit 9,4 Prozent eine untergeordnete Rolle. Das entspricht auch den klinischen Gegebenheiten. Erst mit zunehmendem Alter treten bei Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf (vgl. STATISTISCHES JAHRBUCH, 1995).

6.3 Langzeitbetrachtung der Berufsunfähigkeit

Während die hier genannten Fakten ein statistisches Bild der Berufsunfähigkeit liefern, können durch gezielte Langzeitbehandlungen Aussagen über den Verlauf von Erkrankungen gewonnen werden.

Versicherungsmediziner gewinnen dadurch neue Erkenntnisse über die Auswirkungen von Erkrankungen auf die Berufsunfähigkeit und sind damit in der Lage, den finanziellen Wert einer Erkrankung genau beziffern zu können. Laut Ärzteabteilung der Allianz lag die durchschnittliche Berufsunfähigkeit bei 45 Monaten. Hier ließ sich keine Differenzierung zwischen den Geschlechtern erkennen. In der Regel konnten 11 Prozent der Leistungsfälle ihre Arbeit wieder aufnehmen. Dabei stehen die psychischen Erkrankungen mit 20 Prozent an zweiter Stelle. 13 Prozent aller Leistungsfälle verstarb innerhalb von 34 Monaten an der zur Berufsunfähigkeit führenden Erkrankung. Auch hier liegen die psychischen Erkrankungen mit 10 Prozent an zweiter Stelle (vgl. ACKERMANN, 2002).

Fazit

Aus den vorliegenden Zahlen lässt sich natürlich keine Verbindung zur Prävalenz Posttraumatischer Belastungsstörung aufzeigen. Vielmehr geht es hier um etwas anderes, nämlich den hohen psychischen Druck, dem Journalisten während ihrer täglichen Arbeit ausgesetzt sind.

Die hohe Erwartungshaltung der Redaktionen und Agenturen lässt häufig überhaupt keine Zeit, an die eigene psychische Gesundheit zu denken, abzuschalten und zu entspannen. Damit ist der Grundstein für Verdrängungsmechanismen gelegt, die Stressreaktionen begünstigen, weil der Betroffene überhaupt nicht mehr die Zeit hat, über das, was ihm widerfahren ist, nachzudenken.

Die Allianz bringt es wie folgt auf den Punkt:

„Bei Berufen ohne körperliche Belastung, also z. B. Schreibtischberufen, Verwaltung, kreativen und geistigen Tätigkeiten etc., stehen die psychischen Belastungen im Vordergrund. Dies geht eindeutig aus den Veröffentlichungen der BfA und der Ärzteversorgung hervor. Gerade bei Presseberufen herrscht eine ganz erhebliche psychische Belastung, da der Alltag der Journalisten von Hektik und Stress geprägt ist.

Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass neben den psychischen Erkrankungen auch Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente und in geringem Maße Drogen) sehr häufig sind.

Der Nikotinabusus ist ebenfalls weit verbreitet“ (vgl. ALLIANZ, 2002)

7 PRÄVENTION

7.1 Begriffsbestimmung Prävention

Unter Prävention versteht man im Allgemeinen die Vorbeugung, also das Handeln vor dem Eintreten von bestimmten Ereignissen.

Im Bezug auf den sozialmedizinischen und den psychologischen Sektor ist hier

speziell Gesundheitsförderung durch allgemeine und spezielle Methoden gemeint, um das Risiko zu erkranken auszuschließen bzw. zu vermindern.

Allerdings bedarf es neben wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Ursachen von Krankheiten bzw. krankheitsfördernden Lebensumständen auch Aufklärung über diese Erkenntnisse. Erst das macht Prävention in Verbindung mit der Mitwirkung aller Betroffenen erfolgreich.

7.2 Volkswirtschaftlicher Nutzen von Prävention

Um die Relevanz von Prävention auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verstehen, muss man sich zuerst einmal mit dem in Deutschland zugrunde liegenden Solidar-Prinzip vertraut machen. Solidarprinzip bedeutet, dass alle Bürger eines Staates zu gleichen Teilen an dessen Finanzierung beteiligt werden. Unter dieser sozialen Sicherung versteht man unter anderem die Gesamtheit aller Maßnahmen, die notwendig sind, um Bürger gegen die Risiken zu schützen, die mit Krankheit und Unfällen verbunden sind (vgl. LAMPERT et al, 2001, Seite 226).

Natürlich ist das System der sozialen Sicherung weitaus umfangreicher, als ich es hier darstelle aber es geht hier auch nur um die Erläuterung von Zusammenhängen innerhalb der Prävention von Erkrankungen.

Die Ausgaben des Staates für diese Aufgaben lagen im Jahr 1961 bei 22,2 Milliarden DM. Das entsprach zum damaligen Zeitpunkt 23,3 Prozent der gesamten Staatsausgaben. Im Jahr 1998 lagen die Ausgaben bei 968,6 Milliarden DM. Das machte einen Anteil von 53,1 Prozent der gesamten Staatsausgaben aus (vgl. BAßELER et al, 2002, Seite 389).

Wenn wir weiterhin berücksichtigen, dass die Geburtenzahlen in Deutschland seit Jahren rückläufig sind (1960 17,3 Lebendgeborene auf 1.000 Einwohner, 2003 8,7 Lebendgeborene auf 1.000 Einwohner) wird deutlich, dass die Gesamtmenge an Kosten von immer weniger Steuerzahlern zu tragen ist. (vgl. STATISCHES JAHRBUCH, 2005)

Während gleichzeitig der Krankenstand in Deutschland von 5,6 Prozent im Jahr 1970 auf 2,86 Prozent im Jahr 2004 zurückgegangen ist, stiegen die

Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkasse von 120,1 Mrd. Euro im Jahr 1998 auf insgesamt 131,2 Mrd. Euro im Jahr 2004 an.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den privaten Krankenversicherungsträgern. Im Jahr 1991 lagen die Leistungsausgaben bei 5.556,21 Millionen Euro, im Jahr 2003 lagen die Ausgaben bei 11.724,36 Millionen Euro.

Gleichzeitig stieg die Zahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung in allen Pflegestufen von 1996 bis zum Jahr 2004 kontinuierlich an, während die Zahl der Versicherten im selben Zeitraum leicht gesunken ist (STATISTISCHES JAHRBUCH, 2005).

Die Gegenüberstellung dieser Zahlen gibt natürlich keinen Aufschluss über PTBS bzw. die Kosten, die den Krankenkasse jährlich daraus entstehen. Vielmehr geht es mir hierbei um die Feststellung, dass Prävention in all ihren Facetten in Zeiten steigender Sozialausgaben und stetig sinkender Zahlen von Einzahlern ein – auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten – wichtiger Punkt ist.

7.3 Präventionsmöglichkeiten

So vielfältig die Auslöser für eine PTBS sein können, so umfangreich sind auch die Möglichkeiten der Vorsorge. Sie beschränken sich nicht allein auf die Aufklärung von gefährdeten Personengruppen über die Symptome von Belastungsreaktionen, sondern finden ihren Einzug in spezielle Vorsorgeprogramme der unterschiedlichsten Interessensverbände und Organisationen. Die aufgeführten Präventionsmöglichkeiten sind nicht speziell für Journalisten entwickelt worden, sondern sind für alle Personen geeignet, die speziellen Gefährdungssituationen ausgesetzt sein können. Allerdings finden sie ihre hauptsächliche Anwendung in der Vorbereitung und Nachbereitung von professionellen Helfern von Rettungsdiensten und Polizeikräften sowie beim Militär.

7.3.1 Prävention durch BAG PSU

Die Bundesarbeitsgemeinschaft „Psychosoziale Unterstützung für Einsatzkräfte“ betreibt in Kooperation mit dem Malteser Hilfsdienst die Koordinierungsstelle „Hilfe

für Helfer“.

Nach dem Tsunami in Süd-Ost-Asien am 26.12.2004 war sie Anlaufstelle für die Helfer der Identifizierungskommission des Bundeskriminalamtes, des Technischen Hilfswerks, der Bundeswehr aber auch verschiedener anderer Hilfsorganisationen. Insgesamt war sie damit Ansprechpartner für 521 Personen vor Ort und 151 Personen in Deutschland.

(<http://www.notfallseelsorge.de/PraesentationHotlineAsien.pdf>).

Die meisten Anfragen erhielt die Hotline in Hinblick auf Hilfsangebote durch Kliniken und Einzelpersonen, zur Weiterleitung von Presseanfragen, durch Anfragen von Angehörigen und zur Weiterleitung von Spendenangeboten. Die eigentliche Intention, nämlich die psychosoziale Betreuung bzw. die Weitervermittlung von Betreuungsangeboten, konnte nicht erfüllt werden, weil es mit dem Stand vom 20. Februar 2005 keine Anfragen von belasteten Helfern, die um persönliche Unterstützung bzw. Betreuung ersucht haben, gab. Allerdings ist diese Information irritierend, weil ich auf telefonische Nachfrage im Juni 2006 erfahren habe, dass es keine Statistiken über Anfrage-Muster gibt.

Die Betreuung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft erfolgte aber nicht nur am Telefon, sondern auch praktisch mit der Abholung von Betroffenen am Flughafen, durch Einzelgespräche, Debriefing, Supervision und einsatzabschließende Gespräche.

Am belastendsten war für alle Helfer, dass sie sich nicht richtig auf das Einsatzgeschehen vorbereitet fühlten, dass sie statt zur Personenrettung nur zur Bergung von Leichen eingesetzt waren, der Anblick einer so großen Anzahl von verstümmelten Körpern, die Bergung von Kinderleichen, das Suchen in Kellern durch geruchliche Orientierung, der Anblick verlassenen Kinderspielzeuges am Strand und die daraus folgenden Intrusionen.

Zusätzlich spürten alle Helfer eine Belastung durch das Gefühl der eigenen Verletzlichkeit, das durch die zweite Tsunami-Warnung ausgelöst wurde.

Aber auch der Kontrast zwischen der schönen Umwelt und dem kaum zu beschreibenden Ausmaß der Zerstörung, Konflikte in der eigenen Gruppe und mit anderen Hilfsorganisationen, Konflikte mit den Medien und der Angst der eigenen Angehörigen sorgten für zusätzlichen Stress.

7.3.2 Prävention durch NOAH

Die Nachsorge, Opfer- und Angehörigen-Hilfe (NOAH) wurde im Jahr 2003 durch das Bundesinnenministerium ins Leben gerufen, weil man unter dem Eindruck weltweiter Terroranschläge vor dem Problem stand, versuchte Anfragen nach dem Verbleib und der Gesundheit von Freunden und Familienangehörigen, die sich als Touristen im Ausland aufhielten, beantworten zu müssen.

Während deutsche Staatsbürger im Ausland konsularisch betreut wurden, wurde in Deutschland eine Hotline für Fragen eingerichtet. NOAH vermittelt sowohl Kriseninterventionsteams als auch Notfallpsychologen und –seelsorger.

Obwohl sich dieses Angebot ursprünglich nur an Angehörige richtete, nahm der Zuspruch von professionellen Helfern und Journalisten nach Aussage von Frau Fröschke von der zentralen Koordinierungsstelle stetig zu (Telefonat mit Frau Fröschke am 05.07.06). Die Arbeit von NOAH scheint in sofern erfolgreich zu sein, als dass sowohl der TÜV-Süd, der deutsche Journalistenverband und der Malteser Hilfsdienst auf diese Nummer verweisen, die aber inzwischen wieder vom Service-Center der Polizei in Köln genutzt wird, die diese laut Aussage des Malteser Hilfsdienstes ursprünglich zur Verfügung stellte (vgl. www.notfallseelsorge.de/PraesentationHotlineAsien.pdf).

7.3.3 Prävention durch Unfallkassen

Der BUNDESVERBAND DER UNFALLKASSEN geht in seinen „Handlungsempfehlungen für ein intersektorales Präventions-, Krisen- und Versorgungsmanagement bei traumatisierenden Ereignissen“ davon aus, dass sich deutschlandweit 800.000 Schadensereignisse pro Jahr mit potentiell traumatisierendem Charakter ereignen.

Davon sind ca. 504.000 Verkehrsunfälle mit Personenschäden, ca. 200.000 Gewaltstraftaten (inkl. Banküberfällen), ca. 88.000 schwere Arbeitsunfälle mit Personenschäden und ca. 8.000 Großschadensereignisse und Katastrophen.

Der Bundesverband geht weiterhin davon aus, dass es dabei 800.000 Überlebende mit einer primären Traumatisierung gibt. Dazu kommen Helfer und Familienangehörige mit einer sekundären Traumatisierung. Diese Zahl schätzen

die Unfallkassen auf zwei Millionen. In ihrer Gesamtaufstellung kommt sie auf 4,8 Millionen Betroffene. Eine Zahl, die sich rein rechnerisch nicht erschließt. (vgl. <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Themen/Trauma/projektbericht-13-3,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>, Seite 21).

Der Dachverband der Unfallkassen lehnte Auskünfte zu dieser Thematik allerdings ab, so dass ich an dieser Stelle mit den angegebenen Zahlen weiterarbeiten muss. Allein aus wirtschaftlicher Sicht erschließt sich an dieser Stelle die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen. Da es sich bei dem zugrunde liegenden Informationsmaterial lediglich um Handlungsempfehlungen ohne ein konkretes Angebot handelt, werde ich die Aufzählung an dieser Stelle beenden.

Eine Empfehlung erscheint mir allerdings erwähnenswert, weil sie mir für den Umgang mit Journalisten sinnbildlich erscheint. Bei allen Recherchen zu dem Thema „Prävention für und bei Journalisten“ bekam ich die Auskunft, für Präventionsmaßnahmen seien andere Stellen und Verbände zuständig. Keine der befragten Stellen wie DJV, Berliner Journalistenschule, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Freelens (Fotografenvereinigung), Ausbildungsträger für Fotografen oder Gesundheitsministerium sah sich in der Verantwortung für die seelischen Belastungen, die sich aus der täglichen Arbeit ihrer Mitarbeiter, Berufskollegen, Mitglieder oder Auszubildenden ergeben.

Die Unfallkassen sagen dazu:

„Für Maßnahmen der selektiven Prävention sind Arbeitgeber, Kriseninterventionsdienste, die psychologische Erste Hilfe und Notfallseelsorger verantwortlich“ (<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Themen/Trauma/projektbericht-13-3,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>, Seite 33).

Zur selektiven Prävention gehört unter anderem die Information über das Auftreten von belastenden Situationen und Informationen über den aufmerksamen Umgang mit sich selbst.

Interessant erscheint mir an dieser Stelle der Umstand, dass die Unfallkassen verantwortlich für die Entwicklung und Erlassung der Unfallverhütungsvorschriften (UVV) sind.

Die Regelungspflicht durch UVV ergibt sich aus § 1 SGB VII, in dem es heißt:

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der

Vorschriften dieses Buches mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Unfallgefahren zu verhüten.“

In § 15 Abs. 1 heißt es weiter:

„Die Unfallversicherungsträger erlassen als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften über

1. Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu treffen haben, sowie die Form der Übertragung dieser Aufgaben auf andere Personen.

2. das Verhalten der Versicherten zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren

3. vom Unternehmer zu veranlassende arbeitsmedizinische Untersuchungen und sonstige arbeitsmedizinische Maßnahmen vor, während und nach der Verrichtung von Arbeiten, die für Versicherte oder für Dritte mit arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit verbunden sind,...“ (SGB VII)

Insgesamt gibt es in Deutschland über 360 Unfallverhütungsvorschriften und ergänzende Regelungen. Unter anderem auch über „Richtiges Sitzen in der Schule“ und das „Springen mit dem Mini-Trampolin“. Auf telefonische Nachfrage bei der Pressestelle des Bundesverbandes der Unfallkassen über das Vorhandensein von UVV für Journalisten teilte man mir mit, dass es diese nicht gäbe, weil das nicht in der Verantwortlichkeit des Bundespresseverbandes läge, sondern durch die Unfallkassen der einzelnen Länder eigenverantwortlich geregelt werden müsse.

7.3.4 Prävention durch UVV

Der Bundesverband der Unfallkassen vermerkt dazu Folgendes:

„Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste

Hilfe zu sorgen. Dabei gehen sie auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nach. (...) Die Konzepte, Maßnahmen und Medien zur Prävention werden im Wesentlichen von den Fachgruppen erarbeitet.“ (BUNDESVERBAND DER UNFALLKASSEN, http://www.unfallkassen.de/webcom/show_article.php/_c_426/_nr-1/_lkm-550/i.html)

Im Bereich der Sparkassen und Banken in Deutschland sind die Mitarbeiter verpflichtet, zweimal jährlich an einer Belehrung über Unfallverhütung teilzunehmen. Um einheitliche Qualitätsstandards zu gewährleisten, sind die Inhalte durch die UVV-Kassen geregelt und beinhalten „die Sicherung von Arbeitsplätzen in privaten und öffentlichen Geldinstituten, um Angriffe auf die Gesundheit und das Leben der Beschäftigten zu verhindern. Die meisten Schutzmaßnahmen sind solche, die eine Durchführung eines Überfalles erschweren.“ (UVV-KASSEN, 1987)

7.3.5 Prävention bei Banken und Sparkassen

Die oben erwähnte Regelungspflicht der Unfallkassen war dafür verantwortlich, dass Geld- und Kreditinstitute regelmäßige Schulungen für ihre Mitarbeiter anbieten müssen, in denen auch auf die traumatischen Folgen von Überfallgeschehnissen eingegangen wird, wenngleich die Aspekte der Vermeidung von traumatischen Folgen nicht explizit durch die UVV vorgegeben sind, sondern auf Bestreben einzelner Schulungsanbieter entstanden sind.

Die Unfallverhütungsvorschrift „Kassen“ regelt in 40 Paragraphen den Umgang und die Aufbewahrung von Bargeldbeständen und die Beschaffenheit von Innenreinrichtungen, indem sie festlegt, welche Wände und Scheiben nach welcher DIN-Norm durchbruchhemmend und durchschusssicher sein müssen. Auch wenn diese Maßnahmen letzten Endes natürlich auch die Sicherheit der Mitarbeiter fördern, ist die Erhaltung psychischer Gesundheit der Beschäftigten darin nicht vorgesehen (vgl. UVV-KASSEN, 1987)

Die Firma „Gideon“ in Potsdam – Babelsberg hat im Auftrag der Berliner

Sparkasse die psychologische Vorbereitung und Betreuung der Mitarbeiter übernommen. Dabei geht es sowohl um sicherheitstechnische Fragen, als auch um Belange der psychischen Gesundheit. Der Geschäftsführer Dr. Gerd Reimann hält es dabei für wichtig, nicht nur Mitarbeiter zu informieren, sondern auch die verantwortlichen Führungskräfte in den Leitungsetagen immer wieder dafür zu sensibilisieren, welche psychischen Gefahren für Mitarbeiter aus deren Arbeit entstehen können.

Aussagen wie „Das wussten alle vorher, die sich für diesen Beruf entschieden haben“ sind für ihn in höchstem Maße verantwortungslos.

Auch wenn die meisten Überfälle nach drei bis fünf Minuten beendet sind und die betroffenen Mitarbeiter nur in den seltensten Fällen körperlich verletzt werden, dominiert in dieser Situation ein besonders ausgeprägtes Gefühl von Hilflosigkeit und Angst.

Nach einem solchen Erlebnis kommt es bei den Betroffenen zu einem breiten Spektrum an Reaktionen, das von Ängstlichkeit und Nervosität bis hin zu akuten Belastungsreaktionen reicht. Wenn ausreichende und stabile Coping-Mechanismen vorhanden sind, können diese Reaktionen nach wenigen Tagen wieder abklingen. Es kommt aber auch vor, dass Mitarbeiter eine PTBS entwickeln.

Für Dr. Reimann liegt klar auf der Hand, dass zur Vermeidung dieser Gefahren nur ein schlüssiges und ganzheitliches Sicherheitskonzept beitragen kann. Dazu gehören vor allem die Vorbereitung überfallgefährdeter Personen, die Vorbereitung des Notfall- und Krisenteams und die professionelle Nachbetreuung betroffener Mitarbeiter.

Zur Vorbereitung überfallgefährdeter Personen gehört ein psychologisches Verhaltenstraining, dessen Ziel es ist, alte Reaktionsmuster durch neu zu erlernende situationsadäquate Verhaltensweisen zu ersetzen. Dieses Verhaltenstraining dauert ca. 5 Stunden und ist für Gruppengrößen von fünf bis zwölf Personen vorgesehen. Dabei werden Deeskalationstechniken für den Umgang mit Tätern vermittelt, die auf die einzelnen Filialen mit ihren spezifischen Sicherungseinrichtungen zugeschnitten sind. Reimann empfiehlt, diese Trainings im Abstand von zwei Jahren zu wiederholen.

Die Vorbereitung der Ersthelfer beinhaltet die Vermittlung von Wissen über die Symptome von akuten Belastungsreaktionen und Entspannungsübungen, um die Folgen der Überfälle zu reduzieren.

Zur Ausbildung der so genannten „Care-Teams“ gehört es auch, sie dafür zu sensibilisieren, dass es bei überfallenen Kollegen in dieser Situation auch zu Spontanentleerungen von Blase und Darm kommen kann und diese dann auf neue Wäsche angewiesen sind. Das heißt konkret, dass ein Mitarbeiter des „Care-Teams“ in den nächsten Laden geht, um neue Unterwäsche für den Kollegen zu kaufen. Sie sind ebenfalls dafür verantwortlich, nach der Befragung durch Polizei und Kriminalbeamte für einen geschützten Rahmen zu sorgen in dem der betroffene Mitarbeiter die Möglichkeit hat sich waschen und umziehen, aber auch seinen Emotionen freien Lauf lassen zu können. Dies muss das „Care-Team“ aushalten. Wichtig für den Aufbau des „Care-Teams“ ist der Umstand, dass diese Teams von „außen“ in die Bank kommen und nicht in den Überfall verwickelt waren.

Da betroffene Mitarbeiter häufig auch unter den Presseberichten und Überfällen zu leiden haben, gehört zur professionellen Nachbetreuung auch eine auf die individuelle Wahrnehmung des Tathergangs abgestimmte psychologische Betreuung. Das Betreuungskonzept zielt auf eine Stabilisierung der Teilnehmer ab und stellt eine mentale Vorbereitung auf den Wiederholungsfall dar, bei dem auch präventives Verhalten eingeübt werden kann. Nach Abschluss der eigentlichen Betreuung sollte den Mitarbeitern die Möglichkeit zur Supervision angeboten werden.

Für Dr. Reimann ist klar, dass Prävention immer ein Ziel von Personalentwicklung sein muss. Der TÜV-Süd bietet ebenfalls Seminare zur Ausbildung psychischer Ersthelfer an und verweist bei Bedarf auf eine Notrufnummer des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe im Bundesinnenministerium, die als TÜV-eigene Hotline gekennzeichnet ist. (vgl. http://www.tuev-sued.de/gesundheit_tuev/arbeit_sicherheit_gesundheit/notfallpsychologie_und_krisenmanagement)

7.3.6 Prävention bei der Bundeswehr

Seit dem ersten Auslandseinsatz der Bundeswehr im Jahr 1992 in Kambodscha, finden an der Sanitätsakademie in München regelmäßig Lehrgänge über Stressbewältigung sowie eine Einführung in CISD nach Jeffrey T. Mitchell statt. Im Jahr 1996 wurde vom Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr eine Richtlinie erlassen, die zur Bildung von Einsatznachbereitungsgruppen an den Bundeswehr-Krankenhäusern führte. (vgl. BIESOLD, 2002, Seite 14)

Das „Richtlinie“ setzt sich im Wesentlichen aus folgenden Punkten zusammen:

Einsatzvorbereitung:

- Personalauswahl (emotionale Stabilität muss vorhanden sein)
- Reduzierung trennungsbedingter Risikofaktoren durch die Ermöglichung von Kommunikation (z. B. Telefon)
- Information über Gefährdungslage vor Ort, sowie die Lebensbedingungen
- Gezielte Vorbereitung auf kritische Ereignisse durch Rollenspiel
- Information über Stresssymptome
- Erlernen von Coping-Strategien
- Ausbildung der Führungskräfte in Gesprächsführung und Stressbewältigung

Einsatzbegleitung

- Erkennen psychischer Veränderungen
- Schaffen von Erholungsphasen durch u. a. Kurzurlaub, Sport und Unterhaltungsangebote
- Angehörigenbetreuung in den Familienbetreuungscentren der Bundeswehr

Einsatznachbearbeitung (muss schon am Einsatzort erfolgen)

- Gesprächsrunden
- Reintegrationsseminare

Das Ziel der Integrationsseminare liegt darin, emotionale Spannungen abzubauen, eine Aussicht auf den weiteren Dienstablauf im Heimatland zu ermöglichen, Handlungsbedarf bei Belastungssymptomen zu erkennen, aber auch das Angebot

der Partnerberatung zu machen. All diese Vorgaben müssen auf Leitungsebene organisiert werden und stellen ein Gerüst dar.

Doch wie sieht die konkrete Vorbereitung für den einzelnen Soldaten aus? Wie verständlich kann ein Wissensgebiet vermittelt werden, das für Fachleute durchaus durchschaubar ist, aber auf den psychologisch nicht Vorgebildeten aufgrund seiner Termini recht verwirrend wirken mag?

Die Bundeswehr gibt den Soldaten dafür gut verständliche Informationsbroschüren zur Hand, die die Möglichkeiten der ganz persönlichen Einsatzvorbereitung sehr anschaulich vermitteln.

Diese Broschüren sind ebenfalls in die Bereiche „Vor dem Einsatz“, „Im Einsatz“ und „Nach dem Einsatz“ untergliedert und beschreiben die Gefühle und Ängste bei sich und den Familienangehörigen, die in jeder Phase auftreten können.

So heißt es in „Vor dem Einsatz“ zum Beispiel:

- „Wählen Sie Ihre Lieblingsfotos zum Mitnehmen aus“.
- Sprechen Sie die Lieblingsgeschichten Ihrer Kinder auf Tonband und lassen Sie insbesondere kleinen Kindern etwas Persönliches zurück.“

Für den Moment der Abreise heißt es:

- „Reden Sie so offen und behutsam wie möglich miteinander.“

Es wird darauf hingewiesen, dass Gefühle wie Erleichterung, Verwirrung und Schuldgefühle völlig normale Reaktionen sind und keine Bedrohung für die Stabilität der Beziehung bedeuten.

In der Broschüre „Im Einsatz“ werden die Einsatzkräfte auf die Emotionen vorbereitet, die sie während eines Einsatzes bei sich und anderen erleben können. Es wird ferner darauf hingewiesen, dass die körperlichen Sofort-Reaktionen wie Übelkeit, Schüttelfrost, Schwitzen bis hin zu Erbrechen und Hyperventilation führen können.

Die Soldaten werden dann ermutigt, sich um ihre Kameraden zu kümmern und sie wenn möglich, vom Ort des Geschehens wegzubringen. Es wird auch ausführlich auf alle denkbaren Anzeichen einer PTBS hingewiesen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht die Schwere des Ereignisses für eventuelle Belastungsstörungen verantwortlich ist, sondern allein die subjektive

Wahrnehmung des Einzelnen und dessen Bedeutung für ihn.

Eine weitere Empfehlung lautet:

- „Gehen Sie besonders gut mit sich selbst um. Sie haben es verdient.“

Die Broschüre „Nach dem Einsatz“ gibt neben wertvollen Tipps für das Wiedereingliedern und –gewöhnen in den häuslichen Ablauf („Rechnen Sie damit, dass ihr Partner Sie um ihre Erfahrungen im Ausland beneidet, aber auch damit, dass er Ihnen vorwirft, Sie hätten während ihrer Abwesenheit Ihre Verantwortung für die Familie nicht wahrgenommen“, „Danken Sie Ihrer Familie und Ihren Kameraden vor Ort für ihre Liebe, Zuwendung und Unterstützung während des Einsatzes.“)

Darüber hinaus werden auch wertvolle Hinweise auf mögliche Reaktionen von Seiten der eigenen Kinder gegeben, die in den unterschiedlichen Alterstufen auftreten können. Diese reichen vom Gefühl des „Liebesentzuges“ durch den nicht anwesenden Elternteil, bis hin zu den Schwierigkeiten, sich dem Vater oder der Mutter wieder zu nähern, wenn diese längere Zeit nicht anwesend waren.

Unter anderem heißt es dazu:

- „Hören Sie den Kindern aufmerksam zu und akzeptieren Sie ihre Gefühle“ und
- „Zeigen Sie Ihre Liebe.“

Aber auch für die allein stehenden Soldaten werden Tipps und Hilfestellungen angeboten.

- „Aktivieren Sie bestehende Freundschaften und Beziehungen mit Nachbarn und Freunden“.
- „Rechnen Sie damit, dass Sie die gewachsene Bindung zu Ihren Kameraden vermissen werden.“

Insgesamt ergibt sich hier das Bild einer umfassenden und alle Bereiche des Dienst- und Privatlebens berührenden Fürsorge für den einzelnen Mitarbeiter.

WILLKOMM weist darauf hin, dass sowohl das Selbstbild als auch das Selbstverständnis von Menschen aus Bereichen wie Polizei und Militär von einem überzogenen Männlichkeitsbild geprägt sein kann.

Um überhöhten Erwartungen an die eigene Unverletzlichkeit und das

„Wegsteckenkönnen“ bei sich und anderen zu minimieren, heißt es im Ausbildungskonzept der Bundeswehr:

- „Stressreaktionen sind kein Anzeichen von Feigheit, einer Charakterschwäche oder einer mit Defiziten behafteten Person. Jeder kann davon betroffen werden – unabhängig von Stellung und Dienstgrad.“

(Quelle: Da es sich hier um ein eingestuftes Dokument der Bundeswehr handelt, komme ich dem Wunsch meines Ansprechpartners nach und unterlasse an dieser Stelle eine Quellenangabe sowie die Nennung des Dokumentennamens)

7.4 Prävention durch Ausbildungskonzepte

Vielfach wird von Angehörigen der Rettungsdienste, des THW, von Polizeibeamten aber auch von Soldaten erwartet, dass sie aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu diesen Gruppen in der Lage sind, mit den außergewöhnlichen Belastungen umgehen zu können, die sich aus ihrer Arbeit ergeben.

Bernd WILLKOMM behauptet, dass ihnen das aufgrund der Persönlichkeit und ihrer Ausbildung auch gelingt.

Lediglich bei aus dem normalen Einsatzgeschehen herausragenden Ereignissen mit vielen Toten und Verletzten würden die bewährten Bewältigungsmechanismen nicht mehr funktionieren und sie wären auf Hilfe angewiesen (vgl. WILLKOMM).

Das legt den Schluss nahe, dass es im Arbeitsalltag dieser Berufsgruppe nur gelegentlich zu Ausnahmesituationen mit dem Anblick von Verletzten, Sterbenden und toten Menschen kommt.

Genau das Gegenteil ist der Fall. Mitarbeiter von Rettungsdiensten und Feuerwehr erleben bei ihren Einsätzen in der Vielzahl den Umgang mit Verletzten und Toten. Dazu kommen Geräusche wie Schreien und Stöhnen und die Gerüche oder der Anblick von Brandleichen. Und auch Soldaten sind zumindest bei Auslandseinsätzen einem erheblichen psychischen Druck durch die allgemeine Gefährdungslage ausgesetzt.

In einer Untersuchung an fünf Feuerwehren in Hamburg stellten TEEGEN et al (2003) fest, dass von 198 Feuerwehrleuten aller Dienstgrade 80 Prozent bei Großschadenereignissen eingesetzt waren und dort bei der Bergung von Leichen

und Leichenteilen geholfen hatten. Über 80 Prozent von ihnen gerieten dabei selber in Lebensgefahr und 75 Prozent von ihnen wurden dabei verletzt. 20 Prozent von ihnen mussten den Tod oder die Selbsttötung von Kollegen miterleben.

Übereinstimmend bei allen Befragten war, dass sie den Tod von Kindern am bedrückendsten fanden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Stefanie RÖSCH in ihrer Diplomarbeit über die traumatischen Folgen der Feuerwehrarbeit. Sie wertete 119 Fragebögen aus, die sie im Bodensee-Gebiet verteilt hatte. Befragt wurden 115 Männer und vier Frauen im Alter zwischen 18 und 61 Jahren. Die belastendsten Erlebnisse sind mit 50,4 Prozent Brände, mit 31,9 Prozent Verkehrsunfälle, bei denen sie miterleben müssen, wie eingeklemmte oder verletzte Menschen sterben (vgl. RÖSCH, 1998, Seite 38).

Und selbst bei Mitarbeitern des Technischen Hilfswerkes berichten 65 Prozent der Befragten über Einsätze, bei denen sie traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren. Vier Prozent von ihnen litten unter den Symptomen einer PTBS (vgl. http://www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/diag%20ptsd/-iesrffbbeschreib1.pdf)

Das BAYRISCHE STAATSMINISTERIUM DES INNERN geht in einer Studie zur Stressbearbeitung für Einsatzkräfte davon aus, dass 9 Prozent aller Feuerwehrleute an einer chronischen PTBS leiden und 75 Prozent Einzelsymptome aufweisen. Bei den Einsatzkräften der Polizei geht man je nach Studie von 5 Prozent bis 46 Prozent mit chronischer PTBS und von 35 Prozent bis 75 Prozent mit Einzelsymptomen aus.

In dieser Studie heißt es dazu:

„Der Schwerpunkt des Handelns muß eindeutig auf die Einsatzvorbereitung gelegt werden.“ (BAYRISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNERN, 2003, Seite 3)

Da auch Journalisten regelmäßig Berichterstattungen ausgesetzt sind, bei denen sie über Unfälle berichten, Verletzte oder Tote fotografieren oder filmen, aber auch weniger dramatisch anmutende Berichte mit Hinterbliebenen und Angehörigen machen bzw. belastendes Material sichten müssen, scheint mir die Prävention durch geeignete Ausbildungsinhalte mehr als geboten.

WILLKOMM fordert den Einsatz von „Peers“ (engl. Gruppenzugehöriger), die „als besonders geeignete Angehörige einer Organisation, Institution oder Berufsgruppe durch Schulung in die Lage versetzt und qualifiziert werden, nach Ereignissen oder Einsätzen, die das gewohnte Einsatzspektrum bei weitem übersteigen und somit eine besondere Belastung hervorrufen, „psychologische Erste Hilfe“ durch akute Krisenintervention“ zu leisten (WILLKOMM, Seite 2).

Diese Form der mobilen Interventionsteams wird von der Berliner Sparkasse bereits angewandt und ist unter Punkt 7.3.5 dieser Arbeit beschrieben.

Als unbedingte Voraussetzung dieser „Peers“ sieht WILLKOMM neben Kenntnissen dieser Personen in Institutions- und Organisationsfragen auch Erfahrung im berufsspezifischen Umfeld. Der wichtigste Punkt aber ist die Freiwilligkeit dieser Tätigkeit und soziale Kompetenzen der ausgewählten Person.

Für die Präventivschulung von Einsatzkräften sieht er folgendes Konzept vor:

Information für Führungskräfte und Einsatzleiter

Information über Psychotraumen und deren Folgen

- Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung als Bestandteil der Führungsaufgabe
- Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote

Theoretisches Einführungsseminar für Einsatzkräfte

- Information über Stress und Stressbewältigung
- Informationen über die Ursachen und Auswirkungen von Posttraumatischem Stress
- Informationen über Symptome der PTBS
- Informationen über Unterstützungs- und Hilfsangebote
- Möglichkeiten der Selbsthilfe

Fazit:

Um Menschen, die sich in seelisch extrem belastende Situationen begeben, besser zu schützen, sind zwei Dinge von entscheidender Bedeutung. Zum einen müssen sie auf das was sie erwartet in irgendeiner Form vorbereitet werden, und zum anderen muss es für sie nach dem Einsatz, der Situation oder dem Erleben, jemanden geben, der Ansprechpartner für sie ist. Wie die obigen Beispiele zeigen,

ist eine sinnvolle Prävention durchaus machbar.

7.4.1 Ausbildung zum Journalisten

Da unter die Berufsbezeichnung „Journalist“ sowohl die schreibende Zunft als auch Bildjournalisten, also Fotografen, fallen, ist es notwendig, die Präventionsmöglichkeiten für jede dieser Teilgruppen gesondert zu erläutern.

Natürlich bieten sich die in den vorhergehenden Abschnitten genannten Methoden auch für eine Anwendung bei Journalisten an, aber ich möchte in diesem Abschnitt der Arbeit der Frage nachgehen, wie Prävention für Journalisten konkret aussieht.

Die erste Möglichkeit Journalisten jeglicher Richtung auf ihren Beruf und die damit verbundenen Besonderheiten vorzubereiten bietet sich in der Ausbildung.

In § 1 Abs 3 der BERUFSBILDUNGSGESETZES vom 23. März 2005 heißt es dazu:

„Die Berufsausbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeiten) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrung zu ermöglichen.“

(http://.bmbf.de/pub/bbig_20050323.pdf, Seite 4)

An dieser Stelle erscheint mir die Frage interessant, inwieweit die praktische Umsetzung des Gesetzes auch den Erhalt der beruflichen Handlungsfähigkeit beinhaltet. Erhalt der beruflichen Handlungsfähigkeit bedeutet, dass angehende Journalisten und Fotografen darauf vorbereitet sein müssen, während ihrer Arbeit traumatischen Erfahrungen ausgesetzt zu sein.

Aus diversen Fallbeispielen ist bekannt, dass diese Erfahrungen und Erlebnisse nicht nur in so genannten Krisengebieten gemacht werden, sondern auch bei Berichten über Amokläufe, Suizide und Unfälle.

Aus der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen ist weiterhin bekannt, dass es eben nicht um die Schwere des Ereignisses geht, sondern um

die persönliche Bedeutung für den Betroffenen – und die kann im Vorfeld nicht abgeschätzt werden.

In Berlin findet die Ausbildung angehender Journalisten an der „Berliner Journalistenschule“ im Axel-Springer-Haus statt. Auf telefonische Nachfrage teilte man mir dort mit, dass die Arbeit mit „...dramatischen Geschichten...“ nicht zum täglichen Geschäft gehören würde.

Darüber hinaus sei es Aufgabe der Ausbildung Grundlagenwissen zu vermitteln und von daher sei die Vorbereitung auf Extremsituationen nicht möglich und im Übrigen sei die Bundeswehr für diese Vorbereitung zuständig. Diese Aussage ist insofern nicht haltbar, als dass das von der Bundeswehr im Stützpunkt Hammelburg durchgeführte Seminar „Schutz und Verhalten in Krisenregionen“ zum Ziel hat, „...mit grundlegenden Gefahren in Krisen- und Kriegsgebieten bekannt zu machen und (...) grundlegende praktische und theoretische Kenntnisse des Selbstschutzes und der Gefahrenvermeidung zu vermitteln...“ (BG-INFOBLATT)

Konkret heißt das, es werden folgende Inhalte vermittelt:

- Wirkung von Waffen, Munition, Kampfmitteln und Schutzmaßnahmen
- Erkennen und Vermeiden von Gefahren durch Minen und Sprengfallen
- Verhalten in komplexen Situationen, einschließlich Gefangennahme
- Lebensrettende Erstversorgung Verwundeter
- Journalistisches Arbeiten in Krisen- und Kriegsgebieten
- Zusammenwirken von Streitkräften und Journalisten im Einsatzland
- Begleitung der Truppe bei Patrouillen und Schutzaufgaben
- Psychische Belastungen und Prävention von Traumatisierungen (Anm.: Inhalt des letzten Punktes sind nach Aussage der Bundeswehr Entspannungsübungen)

7.4.2 Ausbildung zum Fotografen

In Berlin und Brandenburg gibt es drei Ausbildungsstellen für Fotografen. Das sind „FOCON“ in Potsdam, sowie „Lette-Verein“ und „Best-Sabel-Schule“ in Berlin. Nach den Telefonaten mit dem jeweils Verantwortlichen für die Ausbildung an

diesen Schulen ergab sich folgendes Bild:

FOCON

„Es gibt keine explizite Ausbildung für Fotojournalisten“

„Es ist Aufgabe der jeweiligen Fotoagentur, auf solche Einsätze vorzubereiten“ – diese Aussage ist irreführend, weil sie impliziert, dass Trauma-Inhalte vermittelt werden würden, wenn Foto-Journalisten ausgebildet werden.

Dazu muss man wissen, dass die Ausbildung von Fotografen und Fotojournalisten grundlegend gleich ist, weil alle (gelernten) Fotojournalisten eine Ausbildung zum Fotografen gemacht haben. Die sprachliche Unterscheidung hat einzig und allein einen steuerrechtlichen Hintergrund.

Foto-Journalisten werden steuerrechtlich zum Freiberufler, da sie eine künstlerisch-kreative Arbeit leisten und/oder kein Studio haben.

Damit werden alle freiberuflich arbeitenden Fotografen zu Fotojournalisten, Fotodesignern, Fotokünstlern u. ä.

Freiberuflich heißt außerdem, dass sie keine feste Anstellung haben. Die direkte Folge davon ist, dass Foto-Journalisten nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, sondern Werkverträge oder Auftragsverhältnisse haben, bei denen sie für die Haftungs- und Versicherungsangelegenheiten selbst zuständig sind.

Das gilt für Fotojournalisten, die Bilder über Agenturen verkaufen genauso wie für jene, die den Auftrag haben eine Dokumentation über den Irak-Krieg zu machen.

Im konkreten Fall sind diese dann über die Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung versichert, die den Versicherten das Seminar SVK der Bundeswehr anbietet und der Meinung ist, ihrer Sorgfaltspflicht genüge getan zu haben und darüber hinaus Unfallverhütungsvorschriften über den „Umgang mit Leitern und Tritten“ zur Verfügung stellt.

- „man könnte sich aber vorstellen, auf solche Einsätze vorzubereiten“. –

Nach allen vorherigen Aussagen zu Zuständigkeiten und Verantwortung, bleibt abzuwarten, ob es sich hierbei um „Lippen-Bekanntnisse“ handelt oder wirklich Einzug in die Unterrichtsplanung findet.

BEST-SABEL-SCHULE:

Sieht sich nicht in der Verantwortung, darüber zu informieren – darüber hinaus läge es in der Verantwortung des zuständigen Ministeriums den Punkt „Trauma

und Krisengebiete“ als Ausbildungsinhalt festzulegen“

Auf telefonische Nachfrage bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport teilte mir der zuständige Schulrat mit, er selber könne nur eine „subjektive Entscheidung“ darüber fällen, welche Ausbildungsinhalte im Ausbildungsplan verankert werden. Darüber hinaus ist die Entscheidungsgrundlage, die eigene jahrelange Berufserfahrung, zum Beispiel als Bankkaufmann.

Allerdings seien die Schulen natürlich dazu berechtigt, mehr Inhalte zu vermitteln, als im Rahmenplan festgelegt wurden.

- „die Ausbildungszeit würde nicht reichen, um das Thema zu vermitteln.“ –

Diese Aussage erscheint wenig haltbar, wenn man bedenkt, dass die gesamte Ausbildungszeit drei Jahre beträgt und eine Information über die seelischen Belastungen bei Reportagen im In- und Ausland keine tiefe Einführung in Psychotraumatologie sein soll und kann, sondern lediglich der Hinweis darauf, wie Symptome aussehen, was sie bedeuten, welche Konsequenzen sie haben und welche Hilfsangebote es gibt. Insgesamt nimmt das nicht mehr als zwei Doppelstunden in Anspruch.

- „die Schüler wären für das Thema nicht sensibilisiert und würden es nicht einfordern“ –

Sensibilität für das Thema muss immer durch den Vermittelnden geweckt werden und der Umkehrschluss dieser Aussage bedeutet, dass in der Ausbildung nur vermittelt wird, was ausdrücklich verlangt wird. Das würde bedeuten, dass angehende Fotografen selber entscheiden können, ob sie lernen, wie man Baryt-Abzüge entwickelt (werden wegen der aufwendigen Handhabung im Labor nur für hochwertige Abzüge benutzt) und Dia-Filme richtig belichtet.

Das wiederum würde dem Gedanken des Berufsbildungsgesetzes widersprechen, in dem es heißt „die Berufsausbildung hat die für die Berufsausübung notwendigen Fertigkeiten zu vermitteln“.

Der weitere Hinweis darauf, dass dies

- „Sache der Dozenten“ –

wäre, widerspricht dem Hinweis, dafür wäre das Ministerium zuständig, zumal Rahmenlehrpläne nicht von den Ministerien erlassen werden, sondern Ländersache sind, weil Schulbildung nicht bundeseinheitlich geregelt ist.

- „wenn Trend auf Fotojournalismus erkennbar wäre, würde man handeln“ -
Es ist in der Tat richtig, dass es weltweit nur eine „handvoll“ Kriegsberichterstatter gibt, die diese Arbeit machen und sich „ ... permanent in den Hotspots aufhalten...“ (Telefonat mit Hermann B., Kriegsberichterstatter). Auf der anderen Seite gibt es viele Fotojournalisten, die einige wenige Male sowohl im In- als auch im Ausland belastende Berichte machen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, wegen zu geringer „Betroffenenzahlen“ auf Prävention zu verzichten.

LETTE-VEREIN:

Leider war auch nach wochenlanger Anfrage per Telefon und Mail kein Ansprechpartner zu finden, der zu der Thematik Prävention durch Ausbildung eine Äußerung abgeben wollte.

Fazit

Insgesamt ergibt sich ein unkoordiniertes Bild der Ausbildung von Journalisten und Fotografen. Zuständigkeiten werden hin- und hergeschoben und niemand fühlt sich für Missstände verantwortlich. Natürlich kann nicht erwartet werden, dass es für jeden Ausbildungsberuf einen eigenen Schulrat gibt, aber worin liegt die Aufgabe desselben, wenn nicht in der Verantwortung für die Ausbildung? Von der auf Landesebene zuständigen obersten Schulleitung hätte ich mehr Verantwortungsbewusstsein erwartet, da das Thema PTBS länger bekannt ist und bereits von vielen Institutionen aufgegriffen wird. Ein Hinweis der sich auch auf die zuständigen Rektoren der Ausbildungsstätten übertragen lässt.

8 „DART-CENTER“

Neben den klassischen Hilfsangeboten wie Traumatherapie, Notfallseelsorge und Psychotherapie gibt es seit mehreren Jahren das „Dart-Center“ mit Kontaktstellen in Seattle (USA), London (England) und Melbourne (Australien).

Das „Dart-Center“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, zum einen betroffenen Journalisten zur Seite zu stehen, und zum anderen Wegbereiter für einen

sensiblen Umgang mit der Thematik „Trauma und Journalismus“ zu sein.

Ein weiterer Kernpunkt ist das Informationsangebot an Redaktionsleiter und die Leiter von Foto-Agenturen, über die psychischen Zusammenhänge unter denen ihre Mitarbeiter unter Umständen zu leiden haben.

So ist der Leiter des „Dart-Center“ in Europa, Mark Brayne, regelmäßig unterwegs, um für Unterstützung und Verständnis bei Kollegen zu werben. Mark Brayne, der selber viele Jahre als Journalist beim BBC gearbeitet hat, weiß wie schwer oftmals das Erlebte zu ertragen ist. Mittlerweile arbeitet er als Psychotherapeut und betreut in London traumatisierte Berufskollegen.

Ich werde im Folgenden einige Beispiele aus seiner Praxis wiedergeben, die sowohl einen Einblick in die Praxis des „Dart-Centers“ geben sollen als auch in das Erleben und die möglichen seelischen Auswirkungen der Arbeit für Journalisten.

Die geschilderten Fälle sind Informationen aus einem Telefonat mit Mark Brayne am 03.07.06. Von zehn Journalisten, die er in den letzten sechs Monaten betreut hat, litten acht unter PTBS. In seiner Arbeit konnte er feststellen, dass sich die Auslöser bzw. die Wirkmechanismen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Journalisten von denen der „Normal-Bevölkerung“ unterscheiden.

Seiner Erfahrung nach hängt eine traumatische Belastung bei Journalisten häufig nicht mit der eigenen Geschichte zusammen, während die eigentlichen Auslöser bei Nicht-Journalisten oft ihre Wurzeln in der persönlichen Geschichte haben.

Als Beispiel führt er hier den Fall einer Bankmitarbeiterin an, die in mehr als zehn Jahren mehrere Banküberfälle erleben musste und plötzlich nach einem Streit mit einem Vorgesetzten Symptome einer PTBS entwickelt. In der therapeutischen Arbeit mit ihr stellte sich heraus, dass der Streit mit ihrem Vorgesetzten einen im Unbewussten liegenden Konflikt mit ihrem Vater aufgewühlt hatte und sie dadurch für die Spätfolgen der Jahrzehnte zurückliegenden Überfallgeschehnisse auf ihre Bank empfänglich machte.

Eine ähnliche Erfahrung hat Dr. Norbert Kröger, leitender Truppen-Psychologe am Bundeswehrkrankenhaus in Berlin, gemacht. Er berichtete von einer Beamtin des BKA, die im Rahmen der Ermittlungen gegen die Händler der Kinderpornographie zufällig Zeugin einer Materialsichtung durch Kollegen wurde, und eine PTBS

entwickelte. In der späteren Arbeit mit ihr stellte sich heraus, dass sie als Kind selber Opfer von sexuellem Missbrauch durch einen nahen Verwandten war.

Ein weiterer Fall aus der Praxis von Dr. Kröger, der außerhalb seines Dienstes im Bundeswehrkrankenhaus als Therapeut arbeitet, ist dieser: Er berichtet von einem Mitarbeiter des Rettungsdienstes, der ein leicht verletztes junges Mädchen birgt und kurz darauf Symptome einer PTBS entwickelt. Nach Auffassung von Dr. Kröger könnte dem ein Konflikt mit der eigenen Tochter zu Grunde liegen. Denkbar wäre hier ein emotionaler Bruch mit der eigenen Tochter, aber auch ein von ihm selbst begangener sexueller Missbrauch. Nach Auffassung von Dr. Norbert Kröger und Mark Brayne, können solche unbewältigten Persönlichkeitsanteile den Grundstein für eine Anfälligkeit einer PTBS legen.

In der Arbeit mit Journalisten stellt sich für Mark Brayne das auslösende Moment eher als eine Nichtverarbeitung der journalistischen Erfahrung dar. Er berichtet von einer Klientin, die bei der Berichterstattung über die Tsunami-Katastrophe in Süd-Ost-Asien einer Frau gegenübersteht, die alles verloren hat, der nichts geblieben ist (Familie und Hab und Gut wurden vernichtet) und die beim Blick in ihre Augen plötzlich am Ende ihrer Kräfte war. In der therapeutischen Arbeit mit ihr stellt sich heraus, dass diese Journalistin seit vielen Jahren im Einsatz ist und aus fast allen Krisengebieten dieser Welt berichtet hat. Als sie dieser Frau in die Augen schaute und diese Trauer sah, wurde sie damit an ihre eigene, nicht gelebte Trauer erinnert, die sie in all den Jahren von Berichten aus Krisengebieten unterdrückt hatte.

Für Brayne ist es unbedingt notwendig, die Journalisten darauf hinzuweisen, dass sie in erster Linie als Menschen unterwegs sind. Immer dann, wenn sie sehen, wie Kollegen verletzt oder getötet werden, „geht es ihnen unter die Haut“ – und dann können sie häufig nicht verstehen, dass sie nicht mehr stark sein können obwohl sie ja eigentlich jahrelange Erfahrung haben. Dadurch, dass er ihnen in der Arbeit vermittelt, ihre Gefühle und Gedanken seien völlig normal, hilft er den Betroffenen am meisten.

Für Mark Brayne geht es bei einem Trauma hauptsächlich um die Bedeutung der traumatischen Erlebnisse für den Betroffenen. Das erklärt auch, warum nicht alle Opfer einer Katastrophe eine PTBS entwickeln. Für Brayne wird das durch

folgende Fälle aus seiner Praxis deutlich. Er erzählt von einem Journalisten, der über einen lange zurückliegenden Amoklauf an einer schottischen Grundschule berichtet und danach anfängt, Symptome zu entwickeln. Das auslösende Moment war in diesem Fall nicht das Blut und die toten Körper der Kinder, sondern der Gedanke an die Verletzlichkeit seiner eigenen Kinder, die in etwa im selben Alter waren.

Er kann in seiner Arbeit immer wieder feststellen, dass es „nicht um Leichen geht oder um Blut oder um das Geschehene, es geht um das menschliche Trauern, das Weinen, das Heulen, die Gefühle des Verlustes.“

Für Journalisten ist es oft kaum zu ertragen, wenn sie zum Beispiel in Bagdad zu Familien gehen, deren Kinder bei einem Bombenangriff ums Leben kamen und dort „diese unwahrscheinliche menschliche Trauer erleben.“

Für Mark Brayne liegt es ganz klar auf der Hand, dass es einen großen Einfluss auf einen Menschen hat, die tiefen Gefühle des Trauerns eines anderen Menschen zu erleben. Auch dies kann den Grundstein für eine PTBS legen. Selbst wenn Journalisten nie vor Ort waren, aber mit „... den Bildern des unwahrscheinlichen und unvorstellbaren Grauens...“ arbeiten müssen, ist das für diese äußerst belastend.

Er spricht in diesem Zusammenhang von Journalisten, die die Videoaufnahmen der Hinrichtung von Geiseln gesehen haben. „...vor allen Dingen der Klang, die Geräusche, der Ton war das schlimmste, weil das geht an die Haut. Und die Sterbenden, die Geräusche, die dann aus den Kehlen kamen in dem Moment...“

Er spricht auch von einem bosnischen Kollegen, der jahrelang aus Kriegsgebieten berichtet hat, und dann bei der Berichterstattung aus dritter Hand (Sichtung von Material) eine PTBS entwickelt hat.

Besonders schlimm ist seiner Erfahrung nach das Erleben von leidenden Kindern. Er erzählt von einem Reservisten, Mitte 40, aus dem Norden Englands, der 2003 im Irak war, dort als Fahrer eingesetzt war und auf einer dieser Fahrten über das Land einem kleinen Mädchen Bonbons schenkte. Als er zwei Stunden später wieder zurückkam sah er, dass Iraker das kleine Mädchen aufgehängt hatten. Er konnte sich mit niemandem austauschen, weil er oft alleine eingesetzt war. Nach seiner Rückkehr stellte seine Frau fest, dass aus dem sonst glücklichen

Familienvater ein völlig anderer Mensch geworden war. Er hat sich knapp einen Monat nach seiner Rückkehr getötet.

Mr. Brayne betont an dieser Stelle noch einmal, wie wichtig es für die Verarbeitung des Erlebten ist, sich mit anderen austauschen zu können.

Nach vielen Jahren Erfahrung in der Arbeit mit betroffenen Journalisten nimmt er ein arabisches Sprichwort zur Hand, um ein Resümee zu ziehen:

„Der letzte Strohalm hat den Rücken des Kamels gebrochen.“

Während mein Eindruck aus den Gesprächen mit Foto-Journalisten war, dass diese weniger unter dem Erlebten leiden, kann das Mark Brayne für seine Arbeit nicht nachvollziehen.

Für ihn sind Bild-Journalisten weitaus häufiger von PTBS betroffen. Das hängt seiner Meinung nach damit zusammen, dass sie bei ihrer Arbeit stärker dissoziieren als schreibende Journalisten. Im Gegensatz dazu, können schreibende Journalisten das Erlebte noch einmal rekapitulieren. Für ihn gilt die Aussage, die Kamera würde sie von dem Erlebten distanzieren, überhaupt nicht. Das deckt sich mit den Erfahrungen, die Fernsehteams machen, die von Übungen zu Großschadensereignissen berichten. Auch wenn sie wissen, dass dort Schauspieler schrien und die Verletzungen nur aus Schminke sind, bekommt der Körper alle Signale einer Panik machenden Situation übermittelt. Der Körper kann nicht zwischen Spiel und Realität unterscheiden.

9 FALLBEISPIELE

An dieser Stelle werde ich die Erlebnisse von betroffenen Personen wiedergeben, um die Gefühle und Gedanken anschaulich zu machen, die eine Stresssituation oder eine Stressreaktion mit sich bringt. Auf der anderen Seite sollen die beschriebenen Situationen einen Einblick in den typischen Ablauf eines Einsatzes ermöglichen und verdeutlichen, wie kurz die Vorbereitungszeit für den einzelnen Mitarbeiter ist.

Da es sich hierbei um sehr persönliche Gedanken und Gefühle handelt, sind die Betroffenen anonymisiert.

9.1 Redaktionelle Mitarbeiter

9.1.1 1. Fall

Erfahrungsberichte von Journalisten, die im östlichen Sendegebiet von Nordrhein-Westfalen arbeiten.

Stimme A (am Telefon):

„Claudia? Hallo, ich habe einen schönen Auftrag für dich. Eine Großübung im Weserauentunnel bei Minden. Die schichten da brennende Autos auf, haben Statisten da, die Verletzte mimen und ganz viele Rettungskräfte. Das werden bestimmt spannende Bilder.“

Stimme B:

„Nicht nur die Bilder waren spannend: beißender Brandgeruch, laute Sirenen, hektische Atmosphäre – es war skurril, mitten zwischen Rettungskräften und blutig geschminkten, schreienden Menschen herumzulaufen. Diese Eindrücke ließen mich wochenlang nicht los. Auch wenn der Kopf weiß, dass hier nur eine Übung ist, der Körper bekommt alle Signale einer Panik machenden Extremsituation und hält sie für echt. Adrenalinpegel und erhöhte Herzfrequenz sind mir bis heute lebhaft in Erinnerung.“

9.1.2 2. Fall

Stimme A (am Telefon):

„Manfred? Hörst Du mich? Ja, ich weiß, du steckst gerade in dieser Ausstellung, aber das müsst ihr abbrechen. Hör zu, in Höxter ist ein Haus explodiert. Das freie Kamerateam ist schon unterwegs und ihr müsst da sofort rüber fahren. Du kannst ja vom Auto aus recherchieren, wir wissen auch noch nicht mehr.“

Stimme B:

„Das war natürlich ein Anruf bei der Polizei, diverse Anrufe mit dem Studio, mit den Redaktionen, um abzuklären, wer was wann machen kann, da war allerdings kaum die Möglichkeit, sich gedanklich auf die

Situation vorzubereiten.“

Das geschah vor vier Monaten: Ein Rentner sprengt wegen Erbstreitigkeiten ein Fachwerkhaus in der Innenstadt von Höxter. Drei Menschen sterben, die Innenstadt gleicht einem Trümmerfeld. Der Reporter funktioniert wie ein Uhrwerk.

„Ich glaube nicht, dass ich richtig erschrocken war. Da muss man ja erstmal gucken, dass man sich überhaupt orientiert, dass man da überhaupt hinkommt, wo man Aufnahmen machen kann, und das bedeutet, dass man ja auch irgendwie froh ist, wenn man's dann endlich sieht. Eher so vielleicht sogar eine gewisse Erleichterung, dass ich jetzt endlich da bin, wo ich auch die Bilder habe. Man hat das Gefühl, dass man die Hilflosigkeit der Menschen in dieser Situation sogar ein bisschen ausnutzt. Die ist auf Grund dieses Schocks, den sie da erlebt hat, relativ hilflos und man stellt sich dann als Journalist hin und nutzt es aus, dass diese Frau in dem Moment nicht sagen kann: ‚Lassen Sie mich in Ruhe mit dem Scheiß!‘“

9.1.3 3. Fall

Stimme A (am Telefon):

„Hallo Thorsten! Sage mal, kannst du kurzfristig was für uns machen? Da ist eine alte Dame von der Autobahnbrücke gesprungen. Sieht wohl ziemlich gruselig aus... Ja? Kannst du in zehn Minuten hier sein?“

Stimme B:

„Dieser Laster hatte sie in 1000 Stücke gesprengt und über die ganze Autobahn verteilt. Das war ein unglaublich fürchterliches Bild. Aber mit dieser Situation sind wir wie immer professionell umgegangen. Haben versucht das zu dokumentieren, haben vorsichtige Bilder gemacht, dass man aber sehen konnte, wie fürchterlich das war. Alles in Ordnung. Dann sind wir auf die Autobahnbrücke gegangen. Und auf dieser Autobahnbrücke war ein kleines Holzbänkchen und ein Paar Puschen. Akkurat daneben

abgestellt. Das heißt, diese alte Frau war auf die Autobahnbrücke gegangen, mit einem Höckerchen, hatte ihre Puschen ausgezogen, sie ordentlich daneben gestellt, aufs Höckerchen gestiegen und runter gesprungen. Und dieses Bild, der Hocker, diese Puschen... dann war es um mich geschehen. Bei mir äußert sich das dann in Heulen und Schreien, das ist einfach so.“

Der Journalist, von dem hier die Rede ist, war vor seiner Arbeit für den WDR als Reporter bei „RTL-Exlosiv“. Da er dort an den Trauma-Fortbildungen für Journalisten teilgenommen hatte, fühlte er sich in der Lage eine Kompanie der britischen Streitkräfte nach Basra im Irak zu begleiten.

Stimme B:

„Ich hatte am Ende des Irak-Einsatzes das Glück, dass mein Kollege, mein Kameramann, ein so guter Freund von mir ist, dass ich dort mich ausheulen konnte. Und ohne viele Worte war ihm auch klar, wie es mir geht und er sagte nur „Heul’ dich ruhig aus, ich hatte das gestern.“

(vgl. FISCHER)

9.2 Sven M., Hauptfeldwebel bei den Gebirgsjägern:

Am 13. Juni 1999 gaben Soldaten der Bundeswehr die ersten Schüsse in Jugoslawien ab. Auf einem Marktplatz in Prizren (Kosovo) feiert eine ausgelassene Menschenmenge den Abzug der Serben aus dem Kosovo, als sich aus einer Seitenstraße ein gelber Lada nähert.

Die beiden Insassen fuchteln mit einer Maschinenpistole und Handgranaten umher und steuern auf den deutschen Kontrollpunkt zu. Aus der Maschinenpistole werden Schüsse abgegeben. Als sie auf Warnschüsse der Soldaten ihr Fahrzeug nicht stoppen, gibt Truppenführer Sven M. den Befehl zum Schusswaffeneinsatz. Unter dem Aspekt der Eigensicherung geben die Soldaten mehrere Schüsse auf das Fahrzeug ab. Beide Insassen sterben. Bei dem Feuergefecht wird Sven M. von einer Kugel der Angreifer an seiner Schutzweste getroffen.

Nach diesem Vorfall tat er noch bis Ende Juli Dienst im Kosovo und ging dann

nach Deutschland zurück.

„Es war schon ein Umdenken. Mir war, als wäre ich immer noch auf Posten, immer in Habacht. Ich konnte schlecht schlafen.“

Das ging zwar irgendwann vorüber, aber die wirklichen Probleme begannen etwa vier Jahre später. Während des normalen Dienstbetriebes erleidet Sven M. plötzlich einen Schwächeanfall. Dieser wird von dauerhaftem Zittern, Schweißausbrüchen und einem Puls von 140 Schlägen pro Minute begleitet. Er begibt sich in ärztliche Behandlung, ohne dass eine körperliche Ursache der Symptome festgestellt werden kann. Daraufhin wird er in das Bundeswehrkrankenhaus nach Leipzig verlegt, das aber auch keine Ursache findet.

„Eines Tages bin ich dann zu Hause zusammen gebrochen“.

Daraufhin kommt er für zwei Wochen in ein Zivilkrankenhaus, aber abermals ohne Befund. Erst als Sven M. daraufhin in das Bundeswehrkrankenhaus nach Koblenz verlegt wird, fragen ihn die Ärzte nach seinen Auslandseinsätzen. Als er daraufhin vom Kosovo, dem gelben Lada und den Schüssen erzählt, empfehlen ihm die Ärzte, sich in der Abteilung 6 des Bundeswehrkrankenhauses in Hamburg untersuchen zu lassen. Die Abteilung 6 ist die Abteilung für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Traumatologie.

„Ich hätte keinen Zusammenhang gesehen zwischen Prizren und meinem schlechten Zustand. Aber ich musste mir schließlich eingestehen, seelische Probleme zu haben. Ich hätte das nie für möglich gehalten.“

In Hamburg wurde bei ihm eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Dennoch dauerte es knapp ein Jahr, bis er sich innerlich bereit fühlte, sich in Hamburg behandeln zu lassen. Nach zehn Monaten stationärer Behandlung macht es ihm kaum noch etwas aus, ins Kino zu gehen oder das Haus zu verlassen. Mittlerweile dient er als Hauptfeldwebel in der Bundeswehrkaserne in Schneeberg.

„Ich wollte mein Vermeidungsverhalten nicht noch schlimmer machen. Zeitweise war es so, dass ich nicht mehr aus der Wohnung gegangen bin.“

Inzwischen fühlt er sich ausreichend stabilisiert. Eine große Hilfe war ihm seine Freundin, die während der ganzen Zeit fest zu ihm gehalten hat. Allerdings gibt es manchmal noch schlimme Momente.

„Wenn die Kompanie austreten muss, 250 Mann, dann wird mir manchmal schwindelig. Dann reiße ich mich sehr zusammen, damit ich nicht weggehe.“

(Fallbeispiel des Bundeswehrkrankenhauses Berlin, ohne Quellenangabe)

9.3 Uwe A., Fotojournalist bei einer Agentur:

Vor zwei Jahren war Uwe A. als Berichterstatter im Irak eingesetzt. Er war einer der wenigen Fotografen, die nicht in die amerikanische Armee eingegliedert waren, sondern bewegte sich auf „eigene Faust“ durch das Land, um unverfälschte Informationen zu bekommen und den Krieg aus der Sicht der Iraker zu dokumentieren.

„Also vorbereitet war ich nicht. Also wir wussten alle, dass wo wir also nach Irak gefahren sind, dass dort ein Krisengebiet ist, dass dort Krieg ist, dass dort die Gefahr von Entführung ist und auch Gefahr von, ja wie es halt im Krieg ist, wo man auch nicht eingrenzen kann, wo das Kriegsgebiet anfängt und wo es aufhört. Man wusste schon was auf Einen zukommt. Man wusste aber nicht im Detail was passiert. Und das macht es natürlich nach wie vor ungewiss.“

Während seiner Arbeit vor Ort, bekommt er Kontakt zu irakischen Widerstandskämpfern und beschließt, sich in ihre Begleitung zu begeben. Zum einen um besseren Zugang zu Bildern zu haben und zum anderen, um die Gefahr einer Entführung zu minimieren.

„Das erschien mir insofern sicher, weil das Entführungsrisiko dadurch fast auf Null minimiert wurde, weil sich niemand daran wagte mich irgendwie anzupacken, wenn ich unter deren Schutz stand. Und

dann bin ich ja auch sehr problemlos in die Stadt herein gekommen und habe dort die eine oder andere Stelle besucht, ein Krankenhaus und Privatwohnungen.“

Zwischen den verschiedenen Fototerminen wohnt er bei einer irakischen Familie im Süden des Iraks, zu einer Zeit, in der amerikanische Truppen dazu übergehen einzelne Ortschaften und Städte, in denen Terroristen vermutet werden, unter Beschuss zu nehmen.

„Es war so gegen 9 Uhr, ich hatte gerade ein kurzen Informationsanruf in die Agentur gemacht und da gab es einen enormen Knall, einen Feuerschein ungefähr 100 Meter vom Fenster entfernt an dem ich stand. Es ging also eine Rakete runter, wie sich dann nachher herausstellte. Ich wusste natürlich in dem Moment nicht, was das war. Die Scheiben flogen raus, der Putz fiel von der Decke, das Telefon flog durch die Gegend und dann kam noch ein zweiter Knall und dann bin ich sofort in den Keller gegangen. Und zum Glück ist mir nichts passiert und den Anderen auch nicht. Es stellte sich dann heraus, dass es ein Raketenangriff der Amerikaner war. Und zwei Raketen sind in der Nähe dieses Hauses herunter gegangen, offenbar mit dem Ziel das Haus eines Terroristen zu treffen. Drei Raketen sind mitten auf dem Marktplatz runtergegangen und es war die Zeit zu der die meisten Menschen auf dem Markt waren, um sich hier dann mit Lebensmitteln einzudecken, das war die einzige Möglichkeit, wo man noch etwas kriegen konnte. Und da hat es wie sich dann herausstellte - ja die Schätzungen gehen auseinander - aber mit dem ersten Schlag mindest 500 bis 600 Tote gegeben. Und das war für mich so das Riskanteste was ich bisher da erlebt habe, weil das sind solche gewaltige Kräfte. Da kann man sich auch schlecht durch ducken oder sonst etwas entziehen, das hätte nur ein bisschen näher sein müssen, dann wäre das Haus getroffen worden und dann hätte es für uns keine Chance gegeben.“

Über die ersten Augenblicke nach dem Angriff sagt er:

„In der unmittelbaren Sekunde als ich da war, gingen mir ganz

seltene Dinge durch den Kopf. Das Erste war, dass ich Angst hatte um mein Satellitentelefon, dass das kaputt war. Es war zum Glück nicht kaputt, wie sich danach herausstellte. Der zweite Gedanke war, wo sind meine Schuhe, ich habe zwar gelernt von den Irakern im Krieg nie die Schuhe auszuziehen, selbst wenn man sich schlafen legt, gerade wegen solcher Situationen. Ich habe es dann aber doch gemacht, weil ich irgendwie Mitleid mit dieser Hausfrau hatte, die da die Wohnung geputzt hatte. Und es war schon ein ziemlich absurdes Bild, weil es war eine der wenigen nicht zerstörten Wohnungen in der Stadt und ich mit meinen staubigen Schuhen wollte da nicht hereinmarschieren. Und ich bin dann in solchen Pantoffeln da in den Keller gegangen und habe gedacht: „Mensch, wenn ich jetzt hier den Rest der Zeit mit Pantoffeln herumrenne, das ist ein Alptraum.“ Und das ging aber alles in Bruchteilen von Sekunden. Und der dritte Gedanke war, als die erste Rakete herunterging, habe ich ein... war ich irgendwie starr vor Schreck. Als die zweite herunterging, da kam auch schon ziemlich viel Putz von der Decke und da habe ich gedacht, dass es jetzt vorbei sei. Da lief so der typische Film ab, wo ich dachte, das war das Leben jetzt, das muss es wohl gewesen sein. Ich war überhaupt nicht panisch, ich war völlig ruhig. Ich habe gedacht, jetzt musst du sehen, dass du in den Keller kommst, aber mir war auch klar, dass wenn jetzt noch eine dritte Rakete kommen würde und das Haus treffen würde, dass es dann vorbei wäre. Also da lief der berühmte Film ab, wo mir noch mal so mein Leben vor Augen erschien. Aber es ging eben zum Glück keine dritte Rakete herunter. Mir kam langsam so die Normalität in den Kopf.“

Als er sich von dem Schock erholt hat, verlässt er das Haus um am Ort der Raketeneinschläge Aufnahmen zu machen.

„Und dann folgte im Grunde genommen der zweite Schock, weil wir dann ... dann haben mich die Iraker zu den Stellen geführt, wo die Verletzten und Toten gesammelt worden sind. Das.., das war für mich..., das war für mich fast noch der größere Schock. Das andere

ging alles so blitzschnell und da habe ich irgendwie gedacht, ja das ist mein Leben, ich habe mich in eine Situation begeben, ich habe irgendwie so positive Gedanken gehabt und ich habe gedacht naja ich habe eigentlich ein ziemlich erfülltes Leben gehabt und ich habe viele Sachen machen können, die andere nicht machen konnten und wenn es denn so bestimmt ist, dann soll es so sein. Ich bin kein gläubiger Mensch, aber ich habe so gedacht. Aber als wir dann in dieses Krankenhaus kamen und sahen, wie unter welchen schlimmen Bedingungen die Menschen die noch lebten, da mehr oder weniger versorgt wurden oder im Flur starben und dass da nur noch sortiert wurde wer lebt noch, wo lohnt es sich überhaupt noch irgendetwas zu machen, wo alles voller Blut war, die Menschen mit Lastwagen angekart worden sind, mit allem was irgendwie fahren konnte. Wo es kein Licht gab, die wurden im Kerzenschein operiert ohne Betäubungsmittel. Da..., also das war eigentlich der härtere Schock. So etwas habe ich vorher noch nicht gesehen. Ich habe auch schon vorher Tote gesehen, ich habe auch schon vorher Situationen erlebt, wo man mich beschossen hat, jetzt nicht im Irak sondern das war in Vietnam, aber diese Masse, dieses..., diese ...das war apokalyptisch war das. Und dann eben diese Situation, dass man da als Fotograf hingeht, weil ich das Bild für ein wichtiges Instrument halte, um irgendetwas mitzuteilen. Ich fokussiere halt mit der Kamera und das hilft mir die Bilder, die ich sehe, dann nachher umzusetzen in Worte. Und ich habe aber riesige Schwierigkeiten gehabt, da Fotos zu machen. Ich kam mir in der Situation sehr schlecht vor, dass ich in diesem Elend da versuchte irgendwie als Fotograf zu arbeiten. Ich hätte ohnehin nicht helfen können, aber dass man da nur so als Zuschauer durchgeht, ... Ich meine, wir wurden ja auch durchgeführt, ich wurden von den Irakis dahin gebracht. Ich wusste auch, dass ich es konnte, ist ja auch richtig. Nur gefühlt habe ich mich in dem Moment absolut elend aus eben den verschiedenen Gründen, verschiedenen Motiven.“

Was die Situation auch unerträglich macht, ist für ihn die Ambivalenz seines Tuns, die zum einen darin besteht, Bilder zu machen und über das Erlebte zu berichten, und auf der anderen Seite helfen zu wollen, aber nicht zu können.

„Ich konnte überhaupt nicht helfen, also das war ja das, das... was ich auch gerade versucht habe zu erklären. Das war das, was sowohl in der Situation aber auch nachher so quälend war, dass das ...Manchmal führt es auch dazu, dass ich meinen eigenen Beruf anzweifle. Mir ist das nachher noch öfter so gegangen, auch bei weniger schlimmen Geschichten, also wenn ich jetzt zum Beispiel eine Reportagereise über Flüchtlinge im Kongo gemacht habe und dieses geballte Elend dort gesehen habe, kam auch die Frage auf: „Was machst du hier eigentlich? Du lebst im Grunde genommen von dem Leid anderer Menschen.“ Und so kann man das sehen. Ich sehe das auch manchmal so. Auf der anderen Seite bin ich natürlich derjenige, der der Welt von diesem Leid erzählt und vielleicht dazu beitragen kann, dass dieses Leid gemindert wird. Aber das ist wiederum eine Metaebene, die unmittelbare Ebene ist die schlimmere, die, die ... die kann man schlecht jemandem erklären, der jetzt nicht in der Situation gewesen ist. Diese ... gerade in diesem Krankenhaus oder auch in den Flüchtlingslagern oder auf dem Marktplatz. Die Situation, dass man, ja man, man ist zur Hilflosigkeit verdammt und rennt dann auch noch mit der Kamera durch die Gegend und versucht ... das verstärkt noch dieses Voyeuristische. Man wird ja da durchgeführt, man wird dahingeführt, man hat da eigentlich nichts verloren, man steht da ja nur im Weg. Und das ... ist mir noch oft durch den Kopf gegangen, das hat mir auch lange, lange Probleme bereitet. Und ...so richtig ... gelöst ist dieses, dieses... Spannungsverhältnis glaube ich nie. Nächstes Mal, wenn ich in so eine Situation komme, wird es wahrscheinlich genau dasselbe sein. Und dann frage ich mich natürlich auch, ob das der richtige Beruf ist, ob das das richtige Verhalten war in dem Moment. Hhm... Ja da kommen schon Selbstzweifel auf.“

Als er mit dem Bildmaterial zu seiner Agentur nach Deutschland zurückkam, hoffte er, einen Ansprechpartner bei der Agentur zu finden, dem er erzählen konnte, wie es ihm im Irak ergangen war. Umso enttäuschter war er, dass es offenbar nur um die zu vermarktenden Aufnahmen ging und sich niemand dafür interessierte, wie der Mensch Uwe mit dem klar kam, was er erlebt hatte.

„Was bis heute nicht passiert ist, ist irgendwie eine Aufarbeitung oder ein Versuch mal zu ergründen, wie es mir damals ergangen ist, von Seiten der Agentur aus, also im Grunde genommen von der hierarchischen Seite. Und dafür habe ich überhaupt gar kein Verständnis, weil letztlich diese Reise oder diese Reise in den Irak hatte ich natürlich mit Abstimmung mit unseren Vorgesetzten gemacht. Und wenn mir etwas passiert wäre, dann wäre das natürlich auch ein Ding gewesen, was die Vorgesetzten betroffen hätte, weil sie das Okay dafür gegeben haben. Insofern hätte da schon rein sachlich-fachlich ein Interesse da sein müssen, mal zu fragen: „Was ist da passiert? Wieso ist das so passiert“ und „Was hätte man anders machen können, damit es nicht so kritisch geworden wäre?“ Jetzt mal jenseits der menschlichen Ebene, aber selbst das hat nicht stattgefunden.

Auch wenn ich so versuche mich daran zu erinnern, also in wirklich..., wirklich so eine menschliche..., sich kümmern darum, was mit demjenigen ist, wie er das da erlebt hat und auch die Ebene mal abzufragen, das hat es nicht gegeben.“

Auf die Frage, ob er sich diese menschliche Ebene von seiner Agentur gewünscht hätte, sagt er Folgendes:

„Ja natürlich.“

Aber auch, wenn es diese Hilfe nicht gab, hatte er doch die Möglichkeit, sich ihm nahe stehenden Menschen anzuvertrauen und über seine Erlebnisse zu reden.

„Meine Frau hat viel mit mir gesprochen. Also das...der Mensch, mit dem ich am meisten darüber geredet habe, ist meine Frau. Und... ja das ist auch die, die am meisten darüber weiß. Und sie hat natürlich gefragt und wir haben sehr lange darüber geredet was ... ja was das

mit einem macht, was einem ... wie tief das geht und was das auch für das fotografische Selbstverständnis bedeutet. Mal abgesehen davon, dass es natürlich auch für sie die Frage war, warum mache ich so etwas und bringe mich in Gefahr, wenn ich zu Hause zwei Kinder habe. Beziehungsweise, ein Kind und sie war schwanger zu der Zeit. Das war so in gewisser Weise Fürsorge und Vorwurf miteinander vermischt, was ich auch durchaus verstehen kann.

Aber ich habe nie alles erzählt. Ich habe nie alles im Detail erzählt, weil bei mir da auch so eine gewisse Sperre da auch ist, weil je detaillierter ich das schildere, desto mehr fühle ich mich so in dieser Situation des ...ja des Voyeurs, in der Rolle, in der ich eigentlich nicht sein will. Ich habe immer die groben Zusammenhänge erklärt. Ich habe ihr erklärt, dass es hauptsächlich Zivilisten waren usw.. Ich habe aber nicht die Details, die zu so einer Situation dazugehören, die Bilder, die Gerüche, die Schreie, das habe ich nicht ausgeschmückt. Das ist nicht mein Job. Das habe ich auch in dem Gespräch gegenüber meiner Frau nur angedeutet, um ihr klar zu machen, was ich da gesehen habe. Aber interessanterweise hat sie da auch nicht weiter nachgefragt. Vielleicht auch so aus Selbstschutz heraus. Ich glaube auch, dass das schwer ist für andere Menschen überhaupt nachzuvollziehen, was da passiert ist, weil wir inzwischen ja kaum noch mit Leuten aus der Generation zu tun haben, im Berufsleben, die selber Krieg und solchen Gräueln miterlebt haben. Das ist für die meisten, das ist mir da auch klar geworden, ist das...es soweit weg wie ein Film. Das ist für sie nicht Realität. Und wenn dann da einer ist, der in die Situation hereingerät, dann ist das in dem Moment ziemlich spektakulär. Aber spektakulär in dem Sinne, wie auch ein Film spektakulär ist.“

Aber auch nach zwei Jahren, gibt es für ihn Eindrücke, die nach wie vor sehr lebendig sind:

„Einmal der Geruch, der Geruch von Blut. Und das zweite ist das Bild von einem Mann, der da mit einer Kerze neben sich lag oder halb

saß, dem das Bein abgerissen war, um den sich in dem Moment keiner kümmerte. Das sind so die Bilder oder die Sachen, die sich mir so immer wieder aufflackern. Also ich bin nie wieder in der Situation gewesen, wo ich Blut in dieser Intensität gerochen hätte. Aber manchmal wenn ich hier selber irgendetwas Blutendes habe und ich das schmecke, der Geschmackssinn ist ja auch mit dem Geruchssinn verbunden, dann kommt es wieder hoch. Blut sehen, das ist überhaupt gar kein Problem, das hat damit gar nichts zu tun. Gesehen habe ich es da ohnehin nicht so viel, weil es ziemlich dunkel war da im Krankenhaus. Der Geruch und dieses Bild von dem Alten, naja ich glaube es war ein älterer Mann, das konnte man nicht so genau sagen. Und ja das hat sich bis heute eingepägt.

Da war eine Szene, da habe ich noch vor Augen, wo ein Kind das wohl offenbar an dem Markt da vorbeigekommen ist, bei dem war eine Gesichtshälfte völlig weggerissen. Es lag da mit halb weggerissenem Gesicht. Ich denke, so müssen nur Horrorvideos aussehen.“

Mittlerweile arbeitet Uwe A. ausschließlich an Reportagen in Deutschland. Dennoch haben die Erlebnisse im Irak sein Leben verändert.

„Also ich war jetzt nie so ein Mensch, der...ich war kein ...Clown oder einer der immer so ein Spaßvogel oder so etwas war. Eigentlich war ich ein ziemlich ernsthafter Mensch, aber ich sagte gerade schon, das hat meinen Horizont erweitert. Und das sitzt in einem dann drin... ist wie so Erlebnisse oder diese Tatsache, oder diese Erkenntnis, die Erkenntnis, dass so etwas möglich ist, ... die prägt. Und wenn man das mal erlebt hat, ist man einfach auf einer anderen Stufe der Erkenntnis des Lebens. Erstens was die Endlichkeit und die Empfindlichkeit des Lebens angeht und die Wertigkeit des Lebens, auch des eigenen Lebens und aber auch der anderen, was möglich ist auf der Welt, was mit anderen gemacht wird.“

Für seine Kollegen, die in solche Einsätze geschickt werden, wünscht er sich eine bessere Vorbereitung. Sowohl was die Auswahl der Mitarbeiter anbelangt, die

technische Ausstattung mit Schutzwesten und auch die psychologische Vorbereitung.

„Also ich glaube nicht, dass es viel gibt, was man machen kann, um jemanden auf so eine Situation vorzubereiten. Es gibt ein paar technische Dinge, die jetzt auch versucht werden zu machen, was ich für richtig halte. Auch Verhaltensmaßregeln usw. die eingehalten werden sollen und eine gewisse technische Ausstattung. Also mich hätte damals ein Glassplitter umbringen können. Wenn ich halt eine entsprechende Kleidung angehabt hätte, hätte man es vermeiden können, ich habe nur Glück gehabt, dass das nicht passiert ist, aber ... nur so als Beispiel. Aber vielleicht wird jetzt bei dieser durch dieses Training, das es da ja gibt, ich habe den Namen vergessen, also dieses Kriegstraining der Bundeswehr, dass das meines Erachtens zu sehr auf die technische Seite abzielt. Ich glaube schon, dass auch eine psychologische Vorbereitung wichtig wäre. Es gibt nicht viele Menschen bei uns, die mit Tod überhaupt in Kontakt gekommen sind, wenn wir als Reporter losgehen, man muss ja auch bedenken, die Menschen, die da als Auslandsreporter losgeschickt werden, die werden ja immer jünger. Das sind ja teilweise Leute unter 30, die noch nicht allzu viel erlebt haben. Ich habe vorher schon andere Sachen erlebt. Ich glaube, dass eine gewisse psychologische Vorbereitung wichtig ist und dass vielleicht auch, ja eine gewisse Reife dazugehört, so etwas zu machen, so ein Risiko einzugehen. Ich halte nichts davon von dieser Art, dass man das nicht nur bei Privaten auch bei den Öffentlich-Rechtlichen so macht, dass man sagt, hier je jünger die sind, desto risikobereiter sind die, denn die wollen sich ihre Sporen verdienen. Und dann werden die in die unmöglichsten Situationen verschickt. Das führt schnell dazu erstens, dass sie Risiken nicht richtig einschätzen, aber zum anderen, was ich auch mindestens genauso wichtig finde, dass sie nicht über die nötige, das hört sich jetzt ein bisschen von oben herab an, aber die nötige Lebenserfahrung haben, um solche Sachen

richtig einzuordnen und auch selber damit fertig zu werden. Das ist deshalb, glaube ich, nicht nur eine Frage der kurzfristigen, unmittelbaren Vorbereitung, sondern das ist eine grundsätzliche Frage: Wen mache ich eigentlich zum Berichterstatter? Wen schicke ich eigentlich wohin? Was verlange ich von den Menschen? Verlange ich da jetzt nur die heißen, knallharten Storys mit Geballer im Hintergrund oder will ich wirklich gute Reporter haben, die auch Zusammenhänge herstellen können und rüberbringen können, was da passiert. Und das eine ... und dass sie selber auch halbwegs gut überstehen, was sie da erleben. ...“

10 INTERVIEWAUSWERTUNG

Das Interview hatte zur Aufgabe herauszufinden, wie die Erlebnisse belastender Reportagen auf Journalisten wirken, welche Hilfs- und Unterschützungsangebote es vor, während und nach der Arbeit gab, wie das Erlebte den Betroffenen und die Arbeit verändert hat und natürlich, warum Menschen sich diesen Situationen aussetzen.

Um dieser Fragestellung nachgehen zu können war es notwendig, die Betroffenen selber zu Wort kommen zu lassen. Es ging hierbei um die subjektive Sicht des Einzelnen.

10.1 Erhebung der Daten

Für die Datenerfassung schien mir ein fokussiertes Interview am geeignetsten zu sein, weil alle zu befragenden eine „spezifische, konkrete, keineswegs experimentell konstruierte, sondern ungestellte Situation erfahren und erlebt haben“. (LAMMNEK, 2005, Seite 369)

Die Befragten sollten sich zu bestimmten Fragen äußern, die im Interviewleitfaden vorgegeben waren.

10.2 Der Interviewleitfaden

Um die Ergebnisse meiner Befragung auswertbar und vergleichbar zu machen, formulierte ich einen Leitfaden für die Interviews. Er gab den Rahmen für meine Befragung vor und sicherte Freiräume für das Nachfragen bei unklaren Antworten zu.

Arbeitsauftrag:

- Welche Aufgabe haben Sie bei Ihrem Sender /Ihrer Agentur?
- Welche Aufgaben hatten Sie vor Ort?
- Wo waren Sie?

Vorbereitung auf anstehende Aufgaben:

- Waren Sie auf die Situation vorbereitet?
- Gab es Vorbereitungen von Seiten des Senders/der Agentur?
- Wenn nein, was hätten Sie sich gewünscht?

Konfrontation:

- Was haben Sie vor Ort erlebt?
- Was taten Sie, um arbeitsfähig zu bleiben?
- Gibt es Eindrücke, die besonders in Erinnerung geblieben sind?

Unterstützung und Hilfe:

- Von wem gab es in dieser Situation Unterstützung?
- Gab es nach Ihrer Rückkehr Hilfsangebote von Ihrem Sender/Ihrer Agentur?
- Hatten Sie Ansprechpartner beim Sender/bei der Agentur?
- Welche Hilfe/Vorbereitung/Nachbereitung wünschen Sie sich für die Zukunft?

Persönliche Veränderungen und Konsequenzen:

- Wie hat das Erlebte Ihre Arbeit verändert?

- Wie gehen Sie seither mit dem Erlebten um?
- Wie hat das Erlebte Sie verändert?
- Gibt es Flashbacks?

Motivation

- Würden Sie wieder vor Ort gehen – und wenn ja, warum?

Die hier angeführten Fragen erfassen natürlich weitaus mehr Informationen, als ich für die Klärung der Eingangsfragen brauchte, es schien mir aber wichtig, ein Vertrauensverhältnis zu meinen Interviewpartnern aufzubauen und deshalb wählte ich den etwas längeren Weg, um nicht sofort mit der „Tür ins Haus“ zu fallen.

10.3 Datenaufzeichnung

Die Interviews wurden mit Zustimmung der Interviewpartner mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

10.4 Durchführung der Interviews

10.4.1 Zugang zu den Interviewpartnern

Zuerst einmal musste ich in Erfahrung bringen, welche Fotografen und Journalisten aus Krisengebieten berichtet hatten. Aus den täglichen Nachrichten konnte ich die Namen entnehmen und Kontakt zu den Pressestellen der Sendeanstalten aufnehmen. Da dort alle Anfragen abgelehnt wurden, schien der Zugang zu den schreibenden Journalisten zuerst einmal verbaut.

Durch eine Vermittlung des Erstgutachters Prof. Dr. Gurrus kam dann ein Kontakt zur ZFP (Zentrale Fortbildung Programmmitarbeiter ARD und ZDF) in Hannover zustande, durch den ich an dem Seminar „Trauma und Journalismus“ teilnehmen konnte. Dort hatte ich Zugang zu Journalisten, die für ein Interview in Frage kamen. Von fünf Kontakten waren anschließend zwei zu einer Befragung bereit. Schwieriger war es bei den Bildjournalisten. Dort waren mir zwar Namen aus der

Tagespresse bekannt, dennoch musste ich auch hier die Fotoagenturen anschreiben. Die drei großen Agenturen DPA (Deutsche Presse Agentur), AP (Associated Press) und Reuters lehnten es allerdings ab, Mails an die entsprechenden Fotografen weiterzuleiten. Die Begründungen dafür waren unterschiedlich: „Wir haben eine Order aus New York, keine Mails weiterzuleiten“, „Das Thema füllt keine Diplomarbeit“ und „Unsere Fotografen haben keinen Schaden, wenn sie wiederkommen.“

Der nächste Schritt führte dann über eine Namensrecherche im Ausstellungskatalog zum „World Press Photo Award“, wobei dort auch nur Fotografen in Frage kamen, die aus dem deutschsprachigen Raum kamen. Da dort aber keine Agenturnamen aufgeführt waren bzw. die Fotografen ohne feste Agentur-Bindung arbeiten, versuchte ich eine Kontaktadresse über das Internet zu recherchieren.

Als das misslang, führte der nächste Schritt über die Recherche in Bildbänden über Fotojournalismus.

Dort fand ich einen Fotojournalisten, der Krisengebiete im Ausland fotografiert hatte. Allerdings hatte die zuständige Agentur seit knapp vier Jahren nichts mehr von ihrem Mitarbeiter gehört und so blieb als letzter Schritt nur sämtliche Bildagenturen in Deutschland in die Recherchen mit einzubeziehen.

Da es in Deutschland über 500 kleine und große Bildagenturen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten gibt, stellte ich eine Anfrage an den Bundesverband der Pressebild-Agenturen und Bildarchive, in der ich um Unterstützung meiner Recherchen bat. Der Verband stellte mir eine Auflistung aller Bildagenturen, die Verbandsmitglieder sind, zusammen. Aus einer Vielzahl von knapp 80 Agenturen musste ich dann diejenigen herausfinden, die Bilder aus Krisengebieten vermarkten. Da die thematischen Schwerpunkte aber nur allgemein beschrieben waren, blieb oft nur der Weg über eine Sichtung der entsprechenden Bilddatenbanken, um in Frage kommende Agenturen zu identifizieren. Anfragen an diese Agenturen blieben ergebnislos.

Der nächste Schritt führte mich zur Berufsgenossenschaft, die sich außerstande sah eine schriftliche Anfrage an Fotografen auf dem Postweg (Brief bereits im Umschlag, Umschlag frankiert) weiterzuleiten.

Freelens, eine Interessenvertretung von Fotografen, sah sich ebenfalls außerstande, eine Interviewanfrage über ihren Mail-Verteiler laufen zu lassen.

Erfolge brachten dann Anfragen bei Henning Christoph, einem ehemaligen Fotografen von Black Star, der mittlerweile ein Fotoarchiv in Essen besitzt und eine Anfrage bei Verdi. Ebenfalls erfolgreich war eine Anfrage beim „Stern“ in Hamburg, der Kontakt zu einem Mitarbeiter herstellte. Mit diesem konnte ich später ein Interview führen.

Insgesamt dauerte die Recherche von Kontaktadressen anderthalb Jahre und ergab zum Schluss neun Namen und Adressen von Fotografen und Journalisten, die mehr oder weniger häufig aus Kriegsgebieten berichtet hatten.

Von diesen waren zum Schluss sechs zu einem Interview bereit. Aus Kostengründen (Fahrkosten mit der Deutschen Bahn) habe ich nur drei von ihnen interviewt.

10.4.2 Terminabsprachen und Interviewort

Die Absprache der Termine und Treffpunkte erfolgte per Mail oder telefonisch. Die Interviews fanden in einer Hotellobby, einem Redaktionsbüro, einer Privatwohnung und am Telefon statt. Sie dauerten zwischen 30 Minuten und vier Stunden.

10.4.3 Interviewverlauf

Da allen Gesprächspartnern der Zweck der Befragung bekannt war, musste ich lediglich die Regeln für das Interview erklären:

- Sie können das Interview zu jeder Zeit **unterbrechen** und
- Sie können das Interview zu jedem Zeitpunkt **abbrechen**.

Im Anschluss daran fragte ich die Interviewpartner, inwieweit eine Anonymisierung ihrer Namen erfolgen soll. Zwei Gesprächspartnern reichte es ihre Nachnamen abzukürzen. Die anderen baten aus Sorge um ihre berufliche Perspektive darum, als Herr X oder Herr Y dargestellt zu werden. Ihrer Erfahrung nach, hatten Vorgesetzte und Auftraggeber kein Verständnis für diese Art der

„Nestbeschmutzung“.

Die transkribierten Interviews liegen zum Zweck der besseren Nachvollziehbarkeit als CD bei.

10.4.4 Datenauswertung

Erster Schritt nach der Interviewführung war die Transkription. Beim anschließenden Lesen dieser Abschrift markierte ich die relevanten Passagen, wobei ich mich am Leitfaden orientierte. Die einzelnen Aussagen wurden zu Themenbereichen zusammengefasst, um sie vergleichbar zu machen. Wesentliche Zitate habe ich dabei optisch hervorgehoben. Die Zusammenfassung der interpretationsbedürftigen Textstellen wurden zusammengefasst, um sie anschließend bewerten zu können. Das Ende der Datenauswertung bildete die zusammenfassende Betrachtung der geführten Interviews.

10.5 Interview mit Sebastian B.

Sebastian B. wurde 1967 geboren und ist seit 1992 als freiberuflicher Fotograf für die Agenturen „Das Fotoarchiv“ und „Black Star“ tätig, für die er regelmäßig in Krisengebieten wie z. B. Kosovo, Afghanistan, Irak, Israel, Palästina, Indonesien und im Sudan unterwegs war.

Die Motivation für seine Tätigkeit als Fotojournalist lässt sich sowohl durch Sebastian B. selbst als auch durch den Interviewer nur schwer herausarbeiten. Auf die Frage, weshalb er in diese Krisengebiete fährt, bleiben seine Aussagen anfänglich unklar und geben nur allgemeine Einschätzungen von Arbeitskollegen wieder. Es entstand der Eindruck, dass Sebastian B. durch das laute Nachdenken in die Lage versetzt wurde seine persönliche Motivation in Worte zu fassen:

„(lacht, holt tief Luft) Ich glaube, eine nicht erschöpfend zu beantwortende Frage. Also ich finde es schwierig, weil... das was man normalerweise so als Antworten kennt, finde ich immer sehr ... also für mich nicht zutreffend oder so verkürzt. Also mit Sicherheit, ... Leute, die sagen, dass sie über viele Sachen aufklären wollen oder so oder müssen... ich meine das überhaupt nicht negativ, so ein

Sendungsbewusstsein haben, das ist bestimmt auch so ein Teil. Ich glaube das aber nicht nur, wenn man sagt, dass ist das Ausschlaggebende. Das wäre ja ein Missionar. Ich glaube... also ich glaube, dass ...das sie politisches und menschliches Interesse haben an dieser Situation, wo sie sich für bestimmte Sachen auch einfach interessieren. Es gibt mit Sicherheit auch Journalisten, bei denen das gar nicht so ist. Die vielleicht direkt von A nach B fahren können und dann noch mal eins und ... ich empfinde das tatsächlich dann irgendwann ein bisschen schwierig, wenn man das Gefühl hat, man springt von einem zum anderen und weiß gar nicht wirklich, was da passiert. ... Es gibt mit Sicherheit auch Sachen, mit denen ich mich auch nur oberflächlich auseinandergesetzt habe und empfinde das dann auch eher als Manko. Ich finde es schon spannender, wenn man sich ein bisschen besser auskennt und auch Regionen vielleicht häufiger bereist. ...Man muss selber das Gefühl haben, dass man auch unruhig wird, dass man sagt: „Ich kann mir das nicht im Fernsehen angucken, sondern ich will da hin.“ Den Drang schon verspüren da zu sein... und ja auch was mitteilen zu wollen. (Seite 14 - 15, Zeile 674-692)“

„... ich zeige da meine Sichtweise bei dem Konflikt. (Seite15, Zeile 701)“

Neben der Information der Öffentlichkeit durch Bildmaterial, reflektiert Sebastian B. jedoch sehr eindeutig auch ein eigenes Interesse am Reiz an intensiven Erfahrungen.

„Was den Erfahrungen glaube ich gemeinsam ist, glaube ich, dass die sehr intensiv sind. Dass man vielleicht in einer Woche die Sachen... intensivere Sachen erlebt als vielleicht im normalen Alltag im halben Jahr. Und da muss man natürlich auch aufpassen, dass man auch nicht so ein bisschen immer nach diesen intensiven Erfahrungen hinterher ist und zum Beispiel auch nicht mehr weiß, was man hier mit sich anfängt und alles nur noch irgendwie so langweilig wird. Das ist tatsächlich glaube ich Sachen, die eine Rolle

spielen, die eine große Gefahr sind. ... (schweigt) wenn man sich so in extremen Situationen bewegt. (Seite 15, Zeile 717-724)“

Trotz des Wissens, außergewöhnliche Erfahrungen machen zu werden, sah er nicht die dringende Notwendigkeit einer besonderen Vorbereitung auf seine Reisen in Krisengebiete. Am Beispiel der Afghanistan-Reise bemerkt er, dass die vorherige Aneignung von Ortskenntnissen bzw. der Erfahrungsaustausch mit Kollegen nützlich gewesen wäre und es nicht ausreicht, sich nur mit einer gewissen „Grundaufmerksamkeit“ (Seite 2, Zeile 93) in den jeweiligen Krisengebieten zu bewegen.

„Also zum Beispiel nach Afghanistan, wo ich dann zum ersten Mal war, habe ich schon gedacht, ich müsste mehr darüber wissen und auch von Kollegen wissen. (Seite 3, Zeile 109-111)“

Sebastian B. erwähnt im Interview nicht die Möglichkeit der Vorbereitung durch das Bundeswehr-Seminar „Schutz und Verhalten in Krisenregionen“, welches für alle Journalisten über die Berufsgenossenschaft angeboten wird.

Im weiteren Interviewverlauf schildert er eindrucksvoll eine Erfahrung aus der Kaschmirregion in der Nähe der pakistanischen Grenze. Er bereiste diese Gegend zu einem Zeitpunkt, als den dortigen Kämpfen nur noch wenig Medieninteresse entgegengebracht wurde. In einem Militärhospital traf er zusammen mit einer Kollegin auf einen alten Mann mit einer Schusswunde.

„Als wir zu dem kamen, fing der halt an zu weinen und der war auch total froh, dass er irgendjemandem erzählen konnte. Also irgendjemanden erzählen kann, was ihm widerfährt. (holt tief Luft) ...Also das war für mich natürlich auch eine sehr eindrucksvolle Szene aber für meine Kollegin war das wirklich eine Schlüsselszene, die sie dann auch in einem Buch verarbeitet hat, die bei ihr auch immer wieder kommt auch. ... Ich glaube schon, dass der das Gefühl hatte, dass der Mann da ... ja... auch diese ganze Ausweglosigkeit und diesen alltäglichen Horror da halt einfach unheimlich symbolisiert und ging ihr irgendwie sehr nahe. Und dann solche Momente gibt es dann schon.“ (Seite 9, Zeile 401-409)

Es fällt auf, dass Sebastian B. bisher bei der Schilderung seiner Erlebnisse eher in

einem nüchternen Berichtsstil erzählte, aber bei einem Erlebnis, welches keine Kampfszene oder Bilder von Getöteten beschreibt, Emotionen zeigt und die eigene Hilflosigkeit zum Ausdruck bringt. Er gerät ins Stocken, redet langsamer, leiser und mit mehreren Pausen.

„Naja, das ist einfach würde ich sagen sehr traurig. Weil in so einem Moment ist einem schon irgendwie auch bewusst,... also diese Gesamtsituation, weil das natürlich tatsächlich so war, dass mein Eindruck einfach war irgendwie, das ist etwas, womit die Menschen in dieser Gegend seit Jahren leben und ... dem auch ausgeliefert sind und ... und was ich ja schon eine ganz außergewöhnliche Situation finde, dieser Mensch liegt dann da halt auch wirklich schwer verletzt in dem Krankenhaus und aus dem bricht das da eben so heraus wildfremden Menschen gegenüber. Wo man im Grunde genommen weiß, das Einzige was man da auch wirklich noch tun kann ist zuzuhören und aber im Grunde genommen aber auch noch weiß, ... dass man an der Situation nichts ändert. Also man hat dann auch schon im Kopf, was macht man da eigentlich.“ (Seite 10, Zeile 441-451)

Er hatte noch Tage nach diesem Erlebnis das Bedürfnis, über diese Begebenheit zu reden, fühlte sich aber noch arbeitsfähig. Seine generelle Arbeitseinstellung und seinen Umgang mit dem Erlebten brachte er folgendermaßen zum Ausdruck:

„Also man funktioniert dann ja schon... also wenn man schon sehr verinnerlicht hat, dass man da ist, um auch Bilder zu machen, dann reagiert man glaube ich auch, also ich zumindest, relativ instinktiv. Also man sieht, dass da was passiert, was man fotografieren will und ... hat natürlich schon glaube ich... also man überlegt sich nicht so „ich muss jetzt auf Punkt eins, zwei und drei aufpassen“ aber man hat natürlich schon irgendwo im Hinterkopf, dass man halt eben zum Beispiel Deckung sucht oder dass man sich nicht zu lange an einer Stelle aufhält oder so etwas, dass man sich beeilt, ... aber der Moment selber... ich weiß, da kann ich mich auch noch dran erinnern, dass ich mit zwei so Bundeswehrsoldaten hier zu dem Auto

gegangen ...sind, ... also mitgelaufen bin... (spricht leise) und die haben den dann rausgezogen ... und ... ich habe fotografiert. Das ging halt auch sehr schnell. (...) Und ich glaube nicht, dass man dann noch so unheimlich viel nachdenkt. Das passiert tatsächlich dann hinterher. (Seite 5, Zeile 201-214)

Jedoch gab es auch Situationen, in denen seine Methode, in den entsprechenden Situationen zu funktionieren, nicht mehr uneingeschränkt greifen konnte:

„Ich überlege gerade, ob es Momente gab, wo es nicht ging...(schweigt) ... ja gab es schon, ... wobei auch nicht so unmittelbar. Es gab noch nie so irgendetwas, wo ich sagen würde, das unmittelbare Erleben von der Situation, wo ich dann gesagt habe: „hier, das geht jetzt nicht mehr“, ich meine, was sich dann vielleicht auch so ein paar Tage streckt oder so, wo man plötzlich merkt, man ist total leer und ausgepowert und es geht nicht mehr weiter. Das war glaube ich ... während des Irakkrieges dann kurz dann am Ende so, dass ich dann ... auch nicht mehr eingesehen habe, da irgendwo hinzufahren oder so etwas. Das war dann ... wobei das dann auch so eine Sache ist, dass ich dann sagen muss, irgendetwas ... Schreckliches gesehen hätte, dass ich das nicht mehr könnte. Sondern das war ja so ein Zusammenkommen auch von so verschiedenen Faktoren, also ich sage auch nicht, weil ich den Sinn nicht mehr darin gesehen habe und nicht mehr wollte. Aber das ... so einen unmittelbaren Moment, der mich so schockiert hätte, dass ich jetzt irgendwie nicht mehr will, das gab es nicht.“ (Seite 11, Zeile 481-494)

Darüber hinaus betont Sebastian B. auch ethisch–moralische Bedenken seiner fotografischen Arbeit gegenüber, am Beispiel der Hungerkatastrophe im Sudan:

„Also da war ich schon ... schon mehr schockiert als bei anderen Sachen so. Und im Nachhinein war es dann glaube ich so, dass ich zum Beispiel mir da vorgenommen habe, dass ich so etwas ... zum Beispiel nicht mehr fotografieren will, weil ich eigentlich nicht mehr wusste, was (betont das „ich“) ich da ... was ich da eigentlich

machen soll. Also nicht, dass ich jetzt denke, man soll jetzt keine Hungerskatastrophen mehr ... nicht mehr darüber berichten, das schon. Aber ich selber wusste nicht, was ich da soll. ... Weil da gibt es ja auch schon so Debatten drüber, was so Fotografen dürfen und was nicht und das kriegt man ja auch so ein bisschen mit.“ (Seite 11, Zeile 525-533)

Im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung des Erlebten schreibt Sebastian B. der Kamera eine distanzierende und schützende Funktion zu.

„Das... ich meine, ich habe das auch schon mal gehört, dass es tatsächlich auch Theorien darüber gibt aber meine eigene ist, dass ich schon denke, dass man da so einen Filter hat, also dass man versucht irgendwas in so einen viereckigen Rahmen einzufassen, dass man irgendwas zwischen sich und dem Geschehen hat und sei es auch nur auf eineinhalb Metern. Das ist glaube ich was anderes.... Ich glaube zum Beispiel auch eine Operation sich so anzugucken und interessiert da eine halbe Stunde zuzugucken ist glaube ich, kann für jemanden anstrengender werden und man kippt vielleicht eher um, als wenn man dabei auch noch fotografiert. Also man wundert sich hinterher vielleicht darüber, über die Bilder, was man da gemacht hat. Aber man hat was zwischen sich, was einem so ein bisschen Distanz erlaubt...“ (Seite 5-6, Zeile 237-246)

Nach dem Interview ist der Eindruck entstanden, dass Sebastian B. einen für ihn passenden Umgang mit den erlebten Situationen gefunden hat. Er beschreibt reflektiert seine Erfahrungen, zeigt seine Betroffenheit und Traurigkeit offen, ohne die Notwendigkeit einer expliziten Nachbetreuung, die über seine persönliche Bewältigungsmethode hinausgeht, zu formulieren. Er beschreibt im Interview keine klassischen Symptome einer PTBS.

10.6 Interview mit Perry K.

Perry K. wurde 1933 in Köln geboren, ging 1950 in die USA und studierte dort Journalismus. 1953 trat er in die US-Army ein und nahm die amerikanische

Staatsbürgerschaft an. Im Jahr 1969 begann er seine Arbeit beim Stern in Hamburg.

Er wurde viermal mit dem „World Press Photo Award“ ausgezeichnet.

Perry K.'s Motivation für seine Arbeit wird während des gesamten Interviews nicht deutlich erkennbar. Er antwortet auf die Frage nach seiner Motivation zunächst ausweichend und zieht Parallelen zu ungesunden Lebensweisen, bevor er zusätzlich von einer gewissen Gewöhnung an Kampfhandlungen spricht.

„Ich glaube einer, der lange genug raucht oder ich sage mal was ganz gefährliches, Drogen nimmt und Sie sagen dem „das ist ungesund“, darf er nicht mehr nehmen, schwer davon wegzukommen. Eine Sache. Auf der anderen Sache hat ja jeder sein Gebiet. Der Andere würde nie aufhören Mode zu fotografieren, der Andere Soziales, Schulen, Kinder. Der Andere, haben wir auch, der fliegt nur immer mit dem Flugzeug, wenn er Luftaufnahmen machen muss. Da hat jeder so seine Gebiete. Aber auch da sage ich wieder „wichtig ist, was man für einen Hintergrund hat.“ Ich bin Krieg gewohnt, als ich gedient habe, dann ging ich ganz früh nach Vietnam, wo ich zehn Mal war und irgendwo, wie soll ich sagen, gewöhnt man sich dran. Man gewöhnt sich auch an Geräusche manchmal. Was ist das für ein Flugzeug. Ich meine, vielleicht würde manch einer denken „da wird man doch verrückt“. So ist das auch nicht, aber man kriegt ein Gefühl dafür.“ (Seite 10, Zeile 429-440)

Die Aussage, er sei Krieg gewohnt und alles brächte eine Gewöhnung mit sich, wiederholt er auch bei der Beschreibung seiner persönlichen Vorbereitung auf eine Reportagereise in den Irak, zu einer Zeit, als dort Kriegshandlungen stattfanden:

„Ja, nun darf man nicht vergessen, ich war selber Soldat in Amerika und habe ein anderes Gefühl für solche Einsätze. Als wenn ich gerade hier von der Schule komme oder sonst nur Modells fotografiert, also so Mode. Also man sah schon und man wusste ja auch, ... ich war ja vorher schon ein paar Mal in Afghanistan, eh Entschuldigung im Irak. Da wusste man ja was für Leute da waren,

wie das Militär reagiert, wie Polizei reagiert und der Geheimdienst reagiert. Also und als nun es hieß ... so wir gehen nach Bagdad rein, dann wusste man schon was auf einem zukommt.“ (Seite 2, Zeile 53-59)

Aufgrund der langjährigen Erfahrung als Soldat und Reporter in Kriegsgebieten sieht Perry K. für sich keinen Bedarf einer besonderen Vorbereitung mehr auf das zu erwartende Geschehen.

Aber trotz aller Gewöhnung, empfindet er während seiner Reportagen dennoch eine permanente Bedrohung:

„Man hat uns beigebracht auch wenn wir im Hamwi (Anm. Einsatzfahrzeug) sitzen um mit den Soldaten mit auf die Straßen zu schauen, wenn wir eine Antenne sehen. Das sind also so große Antennen die dann irgendwo aus dem Asphalt herauskommen. Und das sind die ferngesteuerten Minen. Und die wurden dann auch mit der Zeit auch immer gefährlicher und größer usw. So da wurde uns schon gesagt damit wir mithelfen müssen. Und natürlich ist es anstrengend, wenn man, ... jeder Wagen der vorbei fuhr von Irakern, dachten wir uns schon: Oh Gott, ... wer mag da drinnen sitzen. Oder vielleicht stieg einer aus oder wirft eine Handgranate, ich meine das ist ja schon paar Mal passiert auf anderen Journalisten. Also es war schon psychisch viel mehr anstrengender.“ (Seite 2, Zeile 72-82)

So wie Sebastian B. erwähnt auch Perry K. nicht das Seminar der Bundeswehr. Allerdings fordert er sehr deutlich die bessere Vorbereitung von angehenden Fotojournalisten:

„Das wäre für mich ein Muss.“ (Seite 10, Zeile 467)

„Und dazu kommen dann die ganzen psychologischen Sachen oder was ich vorhin gesagt habe, wie wichtig es ist, dass man nicht sagen kann ‚ach, über Nacht kann ich das.‘ Da kann sehr viel kaputt gemacht werden, für junge Leute, die denken, sie... für die ist es ja alles Glamour.“ (Seite 11, Zeile 473-476)

Im weiteren Interviewverlauf schildert er sehr eindrücklich Erlebnisse aus vielen Jahrzehnten als Fotojournalist. Er erzählt von einem Erlebnis während des

Vietnamkrieges, als er mit einem Kollegen in der Kaiserstadt in eine Bar geht und Minuten später ein Sprengsatz in dieser Bar explodiert.

„Und dann gingen wir da auch herein, haben da gesessen und wie der Teufel will sagte ich komm lass uns lieber in die Ecke gehen, weil mein Rücken wehtut lass uns da sitzen. Hat zwei, drei Minuten gedauert, auf einmal eine Explosion wie ein Feuerball. Und es ist komisch, jedes mal wenn ich darüber reden muss, kann ich immer wieder dasselbe sagen. Mir fehlen irgendwo fünf Minuten, oder vielleicht auch acht. Meinen Kollege hörte ich dann einmal rufen fertig. So dann waren wir drinnen, ich hatte dann mit Ohren also ich so. Und nach den Minuten sah ich eine blonde Soldatin, wie man Sie auf der Bahre so heraus trug, aus dem Lokal heraus. Das heißt ja für mich, das müsste ja fünf Minuten gewesen sein, denn die Explosion, die müssen ja erst mal hinein kommen. Sei es Sanitäter oder die MP waren auch drinnen. So und dann haben Sie mich herausgeholt, bin ja auch mit ins Krankenhaus. Und war dann nur zwei Tage drin.“
(Seite 3, Zeile 104-115)

Während er davon erzählt, wirkt er sehr nachdenklich und spricht mit ruhiger und leiser Stimme.

„Und wir drei, mein Kollege, der Bar-Tender und ich. Wir waren die einzigen drei die so rausgekommen sind. Also, da habe ich schon ein paar Tage bin ich nachts wach geworden. Und darüber nachgedacht und auch immer wieder gesagt ‚nein Perry das letzte Mal.‘“ (Seite 3, Zeile 116-119)

Die aufwühlenden Ereignisse bzw. Erfahrungen spiegeln sich bei Perry K. nicht direkt im Verhalten wieder, d. h. er bringt seine Gefühle nicht durch seine Körpersprache zum Ausdruck. Die Nachhaltigkeit der Ereignisse bzw., dass ihn das Erlebte beeindruckte, wird jedoch durch die emotionale Bindung, die er im Nachhinein zu einigen von ihm fotografierten Menschen aufgebaut und über Jahre aufrecht erhalten hat, deutlich.

Im weiteren Verlauf erzählt er von Kim Phug, dem 9-jährigen Mädchen, dessen Foto um die Welt ging, als es am 8. Juni 1972 nackt aus einem brennenden Dorf

gerannt kommt, nachdem es von den Amerikanern mit Napalmbomben zerstört wurde. Er besucht sie kurz, als sie wieder aus dem Krankenhaus kommt:

„So und dann haben wir sie besucht. Und da gab es ja auch etliche Bilder davon die wir drin hatten“. (Seite4, Zeile 167-168)

„Es war ein Mädchen was ich nie vergessen habe. Sie hatte ein Lächeln für das, was sie alles an Verbrennungen hatte, habe ich selber nie gesehen. Sie hatte ein Lächeln wo man, wie im Film. ... Und als ich ein Jahr später wieder hinging, habe ich sie wieder besucht, da sagte sie ‚ach‘, sie nannte mich immer Baba.“ (Seite 4, Zeile 174-178)

Eine weitere für ihn bedeutsame Begebenheit ist ein Erlebnis, das er in Nicaragua gehabt hat:

„Das gab ein Mädchen, die war vier, in Nicaragua und das Bild lief auch immer gut bei der Ausstellung bei mir. Habe ich immer gezeigt. War ein vierjähriges Mädchen. Es kommt noch dazu, dass sie unheimlich hübsch war. Sie war also einfach niedlich. Und da war eine große Wand mit auf spanisch geschrieben „nicht schießen“ oder was auch immer da stand. Oder „Krankenhaus“ und sie kam dann und ging da fast barfuß entlang mit einer weißen Fahne. Sie hatte sich dann ergeben, damit sie nicht schießen. Und das sind so Sachen, die vergesse ich auch nicht.“ Seite 12, Zeile 529-535)

Es fällt auf, das Perry K. bei Berichten über direkte Kampfeinsätze in einem sachlichen, distanzierten Tonfall berichtet, während er bei Berichten über verletzte oder gefährdete Kinder Emotionen zeigt und leise und langsam spricht.

Das spiegelt sich auch darin wieder, dass er über Jahre Kontakt zu beiden Kindern hält. Als er Kim Phug Jahre später besucht und sie ihm von ihren Schmerzen erzählt, überlegt er zusammen mit einem ihm bekannten Arzt, wie man ihr helfen könne:

„Sagte sie ich habe immer noch so Schmerzen, und sagte ich, wir wollen dir Medikamente schicken. Ging ich zurück habe ich ihm das erzählt und da sagte Mensch ruf doch an und frag mal wann wir schicken können. Und dann habe ich das Krankenhaus in

Ludwigshafen ... den Prof. Zerner, das ist der der auch den Niki Lauda behandelt hat mit seinen Verbrennungen, und da sagte er tut mir leid aber da kann man nichts schicken, man muss die Verbrennungen sehen. Es gibt zu viele Arten und wie man sie behandeln muss kann ich so nicht sagen.“ (Seite 4, Zeile 178-185)

Daraufhin verspricht er ihr, dafür zu sorgen, dass sie in Deutschland medizinisch versorgt wird:

„Da habe ich gesagt wir können nichts schicken, aber ich hole dich hier raus und dann kannst du in Deutschland operiert werden.“ (Seite 4-5, Zeile 188-190)

Als er nach drei Jahren die Genehmigung hat, sie zur medizinischen Versorgung nach Deutschland zu bringen, fliegt er nach Vietnam um sie dort abzuholen.

Nach mehreren Operationen in Deutschland, lebt Kim Phug mittlerweile in Kanada – auch hier reißt der Kontakt zu ihr nicht ab:

„Okay, nur es hat dann drei Jahre gedauert bevor ich die Genehmigung bekam sie zu holen. Na jedenfalls war soweit und dann habe ich sie von zu Hause abgeholt und habe sie nach Deutschland geholt. Da ist sie dann dreimal operiert worden und so war das Verhältnis. Und auch wie sie da auch wieder auf der Bühne bei der Dings bei Berlin the somethings special, sie hatte viele andere vergessen, aber jedes Mal wenn sie den Namen hörte oder (unverständlich) Und da hat sich auch das Verhältnis und dann habe ich sie mal besucht als sie dann Asyl gekriegt hat in Kanada, habe ich sie da auch mal besucht. So und so ging es halt weiter und manchmal telefoniert wie es ihr geht.“ (Seite 5, Zeile 190-198)

Das Gefühl helfen zu wollen, wiederholt sich auch nach dem Erlebnis in Nicaragua, bei dem er das kleine Mädchen mit der weißen Fahne sieht:

„Und für die Kleine habe ich dann ein paar Mal Geld gegeben, also der Mutter, weil ich ja oft in Nicaragua war. So das sind so ein paar Sachen, die nicht allzu viel vorkamen. Kamen nicht oft. Aber wie es sich dann so ergibt. Aber Vietnam war einfach, die habe ich ja deswegen auch geholt, damit sie (...) ist die Mutter von drei Kindern

und ihr geht es auch ganz gut.“ (Seite 12, Zeile 535-539)

Im weiteren Gespräch versucht er den Grund seines Helfenwollens zu erklären und erinnert sich an ein Gespräch mit einem Psychologen, den er anlässlich eines Fernsehauftrittes trifft:

„Ich kann mich doch nicht für jedes Mal wenn ich irgendwo bin, wo ich auch Kinder gesehen habe, dass ich mich so engagiert habe, warum? Und da machte er mich darauf aufmerksam ‚Vielleicht haben sie da was Besonderes erlebt‘. Und da habe ich ihm diese Sache erzählt. ‚Ja‘, sagte er ‚das kann gut möglich sein, im Hinterkopf das sie gerettet worden sind, in Vietnam (Sprengstoffanschlag auf eine Bar in der Kaiserstadt) und das sie daraus gekommen sind und das sie im Unterbewusstsein etwas Gutes tun wollten für jemand wie ihre Kim Phug.“ (Seite 5, Zeile 202-208)

Seine generelle Arbeitseinstellung bringt er deutlich zu Ausdruck:

„In Kriegssituationen muss man ja erst mal selber überleben. Und zwischen den Beruf den man hat und den man die Geschichte kriegt mit selbst zu überleben, hat man genug zu tun. Und deswegen kann man nicht sagen, also zuerst muss ich da helfen, das ist nicht meine Aufgabe. Was ich nachher machen kann, ist eine andere Sache. Zum Beispiel, der eine AP-Fotograf hat auch erst seine Bilder gemacht und danach hat er sie zum Krankenhaus gefahren. Aber man kann nicht erwarten wenn man jetzt da steht und da passiert nun was, einer wird angeschossen, alles stehen und liegen lassen und der Person helfen, das geht nicht.“ (Seite 5, Zeile 220-228)

„Im Krieg wird scharf geschossen. Wenn ich sehe, dass da vorne einer getroffen wird und ich sehe so ein Ding in unmittelbarer Nähe, muss ich erst mal selber sehen, dass ich nicht auch getroffen werde.“ (Seite 5, Zeile 232-234)

Mit seiner Angst, die sich aus diesen Situationen ergibt, geht Perry K. bewusst und offensiv um:

„Man hat immer Angst, also wenn einer kommt, da kamen ein Dutzend Mal Kriegs-Reportagen wo wir gemacht haben gemacht

haben, wenn einer sagt der hat keine Angst. Glaube ich nicht. Man hat immer Angst, aber das ist keine Angst als wenn ich jetzt nachts über die Straße gehe, als wenn mich einer hier überfällt. Es ist eine andere. Nur Angst hält Sie auch am Leben, wenn Sie keine Angst haben, werde ich zu leichtsinnig. Die denken nicht daran, dann werde ich vielleicht wenn ich keine Angst hätte, würde ich viel mehr Angst haben. Wie Sie denken, würde ich auch denken, och Mensch hoffentlich kommst du auch wieder nach Hause und das sind aber Sekunden, die tödlich sein können. Und bei Angst geben Sie sich ja voll und ganz dazu, ... was Sie machen und sind immer alert (Anm. In Alarmbereitschaft). Das ist der Unterschied.“ (Seite 2-3, Zeile 84-93)

Nach dem Interview ist auch hier der Eindruck entstanden, dass Perry K. einen für ihn passenden Umgang mit dem Erlebten gefunden hat. Er bringt Trauer zum Ausdruck und formuliert keinen Hilfebedarf. Symptome einer PTBS sind auch hier nicht zu erkennen.

10.7 Interview Herr Y.

Der Interviewpartner wünschte ausdrücklich, dass seine Anonymität gewahrt bleibt, dabei werden nur Ausschnitte des Interviews ausgewertet. Es reicht nicht aus nur den Namen zu anonymisieren, da aufgrund der erlebten Situationen und der geringen Anzahl von Journalisten in Krisengebieten, Rückschlüsse auf die Identität des Interviewpartners gezogen werden können.

Herr Y., angestellt bei einer Nachrichtenredaktion, ist der einzige der Interviewten, der Wert auf eine Vorbereitung von Einsätzen in Krisengebieten legt. Aufgrund seiner Erfahrung wie wichtig es ist einen Ansprechpartner vor Ort zu haben, betont er die Notwendigkeit eines verlässlichen Teams:

„Also was wir gemeinsam gelernt haben aus verschiedenen Einsätzen ist noch mehr darauf zu achten, dass die Teams zusammenpassen.“ (Seite 5, Zeile 195-196)

Darüber hinaus erachtet er es als ausgesprochen wichtig, dass auch Vorgesetzte anerkennen, unter welchen schwierigen Bedingungen Journalisten vor Ort arbeiten und Anteil an den belastenden Erlebnissen nehmen:

„Sicherlich was sich viele Kollegen, die solche Jobs machen, da habe ich mit vielen im Inland, in Deutschland, aber auch im Ausland geredet, das ist ein bisschen mehr Interesse und Anerkennung und Verständnis von Seiten der Vorgesetzten. Das ist so eine ziemlich durchgehende Erfahrung. Die Vorgesetzten können oft das nicht verstehen, wie anstrengend der Job ist und wie belastend der Job ist. Das heißt nicht, dass wir zuviel verlangen. Aber es ist manchmal einfach ein „Wie geht es denn?“ oder „Wie war es denn so?“. Das würde schon genügen. Einfach ein ... oder eine Anerkennung, dass wir unter schwierigen Bedingungen trotzdem einen guten Job gemacht haben, also unter Bedingungen, wo das Funktionieren nicht so leicht ist, wie wenn man am Schreibtisch sitzt. Das ist so im Grunde genommen, was sich die meisten Kollegen, die solche machen, wünschen und das ist das, was die meisten Kollegen auch von ihren Vorgesetzten vermissen.“ (Seite 5, Zeile 197-209)

Herr Y. bringt deutlich einen Bedarf an psychologischer Vorbereitung auf traumatische Erlebnisse zum Ausdruck, betont aber auch, dass es diese Vorbereitung bis dahin nicht gab:

„Das war zu diesem Zeitpunkt gab es eine solche Vorbereitung in ganz Deutschland nicht. Das war auch noch die Zeit, wo wir in der Regel bis auf ganz wenige Ausnahmen kein eher militärisch orientiertes Training also mit der Bundeswehr oder mit diesen privaten Organisationen von Ex-Soldaten in England, also wo wir weder das eine noch das andere zu diesem Zeitpunkt gemacht hatten. Und an dem Aspekt, was man dabei vielleicht seelisch erlebt und vielleicht durchmacht, an den Aspekt schon gar nicht. Das ist eine Geschichte, die erst jetzt im Grunde genommen seit dem letzten Jahr überhaupt diskutiert wird und wo wir jetzt anfangen innerhalb (...) mit Fortbildung diese Lücke zu schließen.“ (Seite 3, Zeile 43-51)

Herr Y. wirkt reflektiert, zeigte sich bei der Schilderung der Erlebnisse berührt. Klassische Symptome einer PTBS sind auch hier nicht zu erkennen.

10.8 Zusammenfassende Betrachtung

Allen Interviewten ist gemein, dass ihre Schilderungen vom Kampfgeschehen sachlich sind und sie emotional wenig belastet scheinen. Jedoch soll damit nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass das Erlebte die Interviewpartner unberührt gelassen hätte. Es scheint, als hätten sie aus eigenen psychischen Ressourcen heraus bzw. durch eigene Bewältigungsstrategien einen positiven Umgang mit den Geschehnissen und teilweise lebensbedrohenden Situationen, denen sie ausgesetzt waren, gefunden. Die emotionale Zurückhaltung lässt sich evtl. auch auf das ungewohnte Setting (unbekannter Gesprächspartner, vereinzelt unpersönliche Intervieworte, Interview am Telefon) zurückführen. Deutlich ließ sich bei allen drei Interviewpartnern ein gewisser Erschöpfungszustand erkennen, der sich durch Nachdenklichkeit, Kraftlosigkeit und Traurigkeit kennzeichnete.

Obwohl zwei der drei Interviewten keinen Bedarf einer Vorbereitung erwähnen, erscheint es mir trotzdem wichtig alle in Krisengebieten und bei Großschadensereignissen eingesetzten Journalisten psychologisch vorzubereiten. Aus der empirischen Forschung zur Vorkommenshäufigkeit von PTBS bei Berufsfeuerwehrleuten ist bekannt, dass 100 Prozent der Einsatzkräfte mit Toten, Schwerstverletzten und Sterbenden konfrontiert werden. 18,2 Prozent von ihnen weisen Symptome einer PTBS auf und berichteten darüber hinaus von Verhaltensweisen die psychisch auffällig sind.

(vgl. http://www.unfallkassen.de/files/510/Abschlussbericht_Trauma.pdf)

Darüber hinaus ist bekannt, dass jeder vierte Journalist auf Grund einer psychischen Erkrankung berufsunfähig wird. Natürlich lässt das keinen Rückschluss über die Prävalenz von PTBS zu, gibt aber die hohe psychische Belastung wieder, der Journalisten in der täglichen Arbeit ausgesetzt sind und die auch in den Interviews zum Ausdruck gebracht wurde.

Um wie viel höher muss die Belastung bei Einsätzen sein, wenn sie miterleben müssen, wie Menschen (gezielt) getötet werden und sie selber der Gefahr

ausgesetzt sind, ihr Leben zu verlieren. Zudem widerspricht das Erleben von Gewalt gegen Menschen der grundlegenden Einstellung, die wir im Laufe unserer Sozialisation machen, dass von anderen Menschen keine grundsätzliche Gefahr für die eigene Gesundheit ausgeht.

Ferner fällt auf, dass keiner der interviewten Journalisten das von der Bundeswehr angebotene Seminar „Schutz und Verhalten in Krisenregionen“ besucht hat. Meine Recherche hat ergeben, dass dieses Seminar schlecht kommuniziert wird und unter Journalisten wenig bekannt ist. Mir erscheint an dieser Stelle wichtig, Verantwortliche in Redaktionen und Agenturen für die Notwendigkeit von Prävention und Nachsorge zu sensibilisieren, damit diese vorhandene Hilfsangebote ernst nehmen und ihren Mitarbeitern nahe bringen können.

Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit sehe ich darin, Weiterbildungen zum Thema PTBS für die Berufsgruppe der Journalisten anzubieten. Das kann sowohl bedeuten in der Ausbildung den Grundstein für den sensiblen Umgang mit der eigenen psychischen Gesundheit zu fördern, als auch Agenturen und Redaktionen für den Umgang mit der „Ressource Mitarbeiter“ aufzuschließen.

Um Ausbildungskonzepte zu verändern, bedarf es darüber hinaus einem Bewusstsein in den zuständigen Ministerien für die Notwendigkeit und die Chance, Menschen vor Gefahren zu schützen, die sich aus deren täglicher Arbeit ergeben. Eine weitere Möglichkeit der Sozialen Arbeit liegt in der Schaffung einer Anlaufstelle für traumatisierte Journalisten, ähnlich dem Dart-Center in London (vgl. Punkt 10), in der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, z. B. mit Psychologen, stattfinden könnte. Dadurch würde man auch eine Lobby für die Interessen dieser Menschen schaffen, die eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit ermöglichen könnte.

11 SCHLUSSWORT

Es scheint mir geboten, bereits bestehende Präventionskonzepte für die Arbeit von Journalisten, sowohl in der Inlands- als auch in der Auslandsberichterstattung, zu übernehmen und anzuwenden.

Auch wenn es weltweit nur sehr wenige Journalisten gibt, die ständig aus Krisengebieten berichten, gibt es auch bei der Arbeit im Inland Einsatzorte, die für die Mitarbeiter von Redaktionen und Agenturen seelisch belastend sein können.

Es erscheint weder aus fachlicher noch aus ethisch-moralischer Sicht verantwortlich, Mitarbeiter nicht vor den direkten Risiken ihrer Arbeit zu schützen.

Es bleibt zu hoffen, dass die Thematik Trauma und Journalismus offener behandelt wird, Verantwortliche in Agenturen und Redaktionen ein Gefühl für die mitunter schwierigen Arbeitsumstände ihrer Kollegen entwickeln und die entsprechenden Ministerialbeamten bestehende Gesetzesvorgaben zur Prävention auf ihre Erfüllung hin prüfen.

Eine Frage konnte mit der vorliegenden Arbeit allerdings nicht abschließend beantwortet werden: Warum setzen sich Journalisten der Gefahr aus, in Kriegen getötet zu werden oder in Krisenregionen mit den schrecklichsten Bildern konfrontiert zu werden?

Karsten K., Bildjournalist, habe ich in einem Telefonat dieselbe Frage gestellt. Er war während des Tsunami in Süd-Ost-Asien im Dezember 2004 zufällig auf der Insel Krabi in Thailand und machte dort die ersten Bilder. Als einziger der Befragten erwähnte er einen sicherlich nicht unerheblichen Punkt:

„Es hat auch etwas mit Ruhm zu tun“.

12 LITERATURVERZEICHNIS

ACKERMANN, S., "Berufsunfähigkeit bei Presseberufen, Stuttgart, 2002, interne Statistik der Allianz Versicherungs AG

BAßELER, Ulrich et. Al, „Grundlagen und Probleme der Volkswirtschaft“, Schäfer,-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2002, Seite 389).

BAYRISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNERN, „Stressbearbeitung für Einsatzkräfte im Zusammenhang mit belastenden Einsätzen“, 2003, Seite 3

BENTOVIM, Arnon, „Traumaorganisierte Systeme – Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Mißbrauch in Familien“, Matthias-Grünewald-Verlag Main, 1995, Seite 108

BG-INFOBLATT, Seminar für Journalisten in Krisenregionen, Berufsgenossenschaft Druck- und Papierverarbeitung

BIESOLD, K-H; „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“, 1/2002, Seite 14

ESCHENRÖDER, Christof T. (Hrsg.), „EMDR – Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen“, dgvt-Verlag, Tübingen, 1997, Seite 11, 16, 18, 21, 25,

FISCHER, „Kannst du mal eben zu dem Unfall rausfahren? – Die täglichen Risiken in der Inlandsberichterstattung“ Power Point Präsentation zum Seminar „Trauma und Journalismus“, Hannover 27.01.06

FLATTEN, Guido et al, "Posttraumatische Belastungsstörung", Schattenauer, Stuttgart, 2004

MAERCKER, Andreas „Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung“, Springer Berlin, 1997, Seite 4-9, 15-16,

REINECKER, Hans „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“, dgvt-Verlag, Tübingen 1999, Seite 277

RÖSCH, Stefanie; „Wie traumatisch ist Feuerwehrarbeit – Welche Folgen ergeben sich daraus für die Arbeit von Feuerwehrleuten“, Diplomarbeit an der Universität Konstanz, 1998

STATISTISCHES JAHRBUCH 1995,

TEEGEN, Frauke et al; „Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen“, Hans Huber Verlag, Bern, 2003

UVV-KASSEN, Durchführungsanweisung, 1987, zu beziehen über die Unfallkassen

WILLKOMM, Bernd; „Ausbildungskonzepte und Angebote zur posttraumatischen Stressbewältigung“, Fürstfeldbruck, online im Internet
<http://www.aerztekammer-bw.de/20/rescue/rescue2004/06/05.pdf>, Stand 17.05.06, Seite 2

ZIMBARDO, Philip G., „Psychologie“, Springer-Verlag Berlin, 1999, Seite 325, 460, 661-662, 669-670,

ZIMMERMANN, Ralf-Bruno, „Sozialpsychiatrische Aspekte der Sozialen Arbeit“, Katholische Fachhochschule Berlin, 2001

http://.bmbf.de/pub/bbig_20050323.pdf, Stand 18.06.06, Seite 4

<http://www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/Pr%Evention-%20postt%20St%F6rungen%20Zwischene-04..pdf>, Stand 7.06.06

<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Themen/Trauma/projektbericht-13-03,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>, Seite 33, Stand 15.05.06

<http://www.lvpe-rlp.de/html/-depress.htm>, Stand 17.05.06

<http://www.netzwerk-psychologie.de/faq.html#186>, Stand 13.03.06

<http://www.notfallseelsorge.de/PraesentationHotlineAsien.pdf> , Stand 08.06.06

http://www.psychologie.uni-trier.de/maercher/trauma_ptsd/diag%20ptsd/-iesrffbeschreib1.pdf, Stand 23.05.06

http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/lehre/download/Brunnhuber_-_Psychotraumatologie.pdf Stand: 09.03.06

<http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/depression.htm>, Stand 17.05.06

http://www.tuev-sued.de/gesundheit_tuev/arbeit_sicherheit_gesundheit-/notfallpsychologie_und_krisenmanagement, Stand 03.07.06

http://www.unfallkassen.de/webcom/show_article.php/_c_426/_nr-1/_lkm-550/i.html Stand: 30.06.06)

http://www.unfallkassen.de/files/510/Abschlussbericht_Trauma.pdf, Stand 15.05.06

<http://www.uni-duisburg.de/FB2/PS/PER/vonSydow/WS0304/v-klips15P-PT-Wirksamkeit-Allg-PT.pdf>, Stand 08.06.06

<http://www.uni-tuebingen.de/uni/sii/abtkpps/dom2001.pdf>, Stand 09.03.06

[www.djv.de/aktuelles/archiv\(2005/01-01-05.shtml\)](http://www.djv.de/aktuelles/archiv(2005/01-01-05.shtml)), Stand 26.10.05

www.wissens-quiz.de/wissen/bildung/wikipedia/s/st/stufenmodell_der_-_psychosozialen_entwicklung.html, Stand 17.06.06

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe, die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Danksagung

Viele Personen haben zum Gelingen der vorliegenden Arbeit beigetragen und sollen an dieser Stelle erwähnt werden. Dabei hat die Reihenfolge der Erwähnung nichts mit der Größe und dem Umfang meiner Dankbarkeit zu tun.

- Allianz Lebensversicherungs AG für die Überlassung von Unterlagen zum Thema Berufsunfähigkeit
- Michael Steinmetz für das Erläutern von versicherungsmathematischen Termina
- Dr. Reimann für die Einblicke in die Prävention bei der Berliner Sparkasse
- Bildungsmarkt Waldenser für die zur Verfügungstellung eines – nur kurz genutzten - Arbeitsplatzes
- Franziska für ungezählte Kontrollanrufe und grenzenlose Unterstützung
- Mark Brayne für seine Kosten sparenden Rückrufe aus London, nur um meine Fragen zu beantworten.
- Sebastian für das Titelfoto und die Geduld vier Stunden meine Fragen zu beantworten
- Henning Christof für die Unterstützung bei der Fotografensuche
- Perry K. für das Interview
- Verdi für die Unterstützung bei der Fotografen- und Journalistenrecherche
- Karsten K. für das Eingangszitat
- Anne Pönitz für das akribische Durchlesen vieler Einzeldokumente, die richtigen Worte zur richtigen Zeit und das fernmündliche Ohrenlangziehen
- Prof. Dr. Norbert Gurriss für die Annahme des Themas als Diplomarbeit und die Fähigkeit auch nach aufgelösten Anrufen bei ihm ruhig und gelassen zu bleiben
- Bernd für seine grenzenlose Unterstützung
- Stern (Hamburg) für die Herstellung des Kontaktes zu Perry K.
- Klaus für seine unterstützenden Worte
- Reik für kurzfristige Ablenkung durch das Jägerfest in Waldsieversdorf

- Frau Cawi für die Transkription der Interviews
- Meinen Eltern, die mich in dieser Zeit mit frischem Obst versorgten obwohl mir Schokolade lieber gewesen wäre.
- Karsten, Julie und Simon für den Unterschlupf in Hamburg
- Frank für die kurzzeitige Überlassung seiner Wohnung in Pattensen
- Herr Y. und Uwe A. für die Interviews

Und zu guter Letzt:

- noch allen anderen, die durch wertvolle Tipps neue Ideen und Ansprechpartner brachten.