

# **Tod und Trauer in Unternehmen: Führungskräfte für den Ernstfall schulen**

Masterarbeit

am

Studiengang „Betriebswirtschaft & Wirtschaftspsychologie“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Tamara Isopp, BA

1410683016

Begutachter/in: Mag.(FH)<sup>a</sup> Mag.<sup>a</sup> Astrid Russ

Wien, Juni 2017

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

05. Juni 2017

  
Tamara Isopp

## Zusammenfassung

In Österreich verunglücken jährlich über 100.000 Personen in ihrem Arbeitsumfeld, davon enden zahlreiche Unfälle mit schweren gesundheitlichen Schäden oder gar tödlich. Nicht nur Arbeitsunfälle, sondern auch gesundheitliche Gründe, Freizeitunfälle oder die Wahl des Freitodes können zum Ableben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen. Diese kritischen und traumatisierenden Lebensereignisse, welche bei Betroffenen sowie Hinterbliebenen häufig schwerwiegende psychische Folgewirkungen auslösen, stellen für Führungskräfte eine besondere Herausforderung dar. Obwohl solch ein Ereignis jedes Unternehmen jederzeit treffen kann, hat dieses Themengebiet bisher noch nicht Einzug in die Aus- und Weiterbildungsprogramme von Unternehmen erhalten. Die vorliegende Masterthesis befasst sich mit der Frage, wie Führungskräfte für den richtigen Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche durch das Auftreten eines schweren Arbeitsunfalles oder das Ableben einer Kollegin bzw. eines Kollegen betroffen sind, geschult werden können. Hierzu werden die in diesem Fachbereich derzeit vorherrschende Literatur sowie die mittels Experteninterviews gewonnenen Erkenntnisse analysiert und anschließend in ein mögliches Führungskräfte-trenningskonzept umgewandelt.

Schlüsselbegriffe: Notfall, Krise, Trauma, Krisenintervention, Notfallpsychologie, Führungskräftetraining

## Abstract

More than 100,000 people have accidents in their work environment every year in Austria, a number of these result in serious injury or are even fatal. It's not just occupational accidents that can lead to the death of employees but also health issues, leisure accidents or suicide. These critical and traumatising life events, which often have serious psychological repercussions for those affected and surviving relatives, are a particular challenge for management. Although this kind of incident may affect any company at any time, this topic has not been introduced into companies' further training programmes so far. This Master's thesis addresses the question of how management can be trained to handle employees who are affected by a serious occupational accident or death of a colleague in the right way. Knowledge acquired from currently prevailing literature in this specialist field and expert interviews is analysed and then translated into a possible management training concept for this purpose.

Keywords: emergency, crisis, trauma, crisis intervention, emergency psychology, management training

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstellung .....	1
1.2	Zielsetzung und zentrale Fragestellung.....	3
1.3	Aufbau der Arbeit.....	4
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>6</b>
2.1	Gesundheit im organisationalen Kontext.....	6
2.1.1	Die Bedeutung von Gesundheit in Unternehmen .....	6
2.1.2	Die arbeitsrechtliche Verantwortung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern..	8
2.1.3	Führung und Gesundheit .....	11
2.2	Prävention.....	11
2.2.1	Präventionsmodelle .....	12
2.2.2	Der Krisenplan als organisationale Vorbereitung .....	14
2.3	Kritische und traumatisierende Lebensereignisse und deren Folgen .....	15
2.3.1	Beispiele kritischer und traumatisierender Ereignisse am Arbeitsplatz.....	15
2.3.2	Notfall, Trauma, Krise .....	16
2.3.3	Reaktionen auf kritische und traumatisierende Ereignisse .....	23
2.3.4	Die Rolle der Führungskraft nach belastenden Ereignissen.....	33
2.4	Methoden der Intervention .....	35
2.4.1	Die Psychosoziale Erste Hilfe .....	38
2.4.2	Die Akutintervention.....	39
2.4.3	Critical Incident Stress Management (CISM) .....	43
2.4.4	Rehabilitation und Wiedereingliederung am Arbeitsplatz .....	47
2.5	Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach belastenden Ereignissen .....	48
2.5.1	Das Überbringen der Nachricht .....	49
2.5.2	Die Gesprächsführung.....	50

<b>3</b>	<b>Empirischer Teil</b>	<b>51</b>
3.1	Angewandte Forschungsmethodik	51
3.1.1	Das teilstrukturierte Interview	51
3.1.2	Der Interviewleitfaden	52
3.1.3	Die Interviewpartnerinnen und -partner	55
3.1.4	Die Interviewdurchführung	57
3.1.5	Die Interviewauswertung	58
3.2	Darstellung der zentralen Inhalte und Erkenntnisse	59
3.2.1	Auswertung der Interviews	59
3.2.2	Beantwortung der zentralen Fragestellung	66
<b>4</b>	<b>Konzipierung des Führungskräfte Trainings</b>	<b>79</b>
4.1	Zielgruppe und Zielsetzung	79
4.2	Kompetenzprofil der Trainerin bzw. des Trainers	80
4.3	Methodik	80
4.4	Trainingsinhalte	81
4.5	Trainingsevaluation	83
<b>5</b>	<b>Conclusio</b>	<b>84</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>88</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>96</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>97</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>98</b>
	<b>Anhang</b>	

# 1 Einleitung

Das erste Kapitel zeigt anhand statistischer Daten die Relevanz der behandelten Themenstellung auf. Weiters befasst sich dieser Abschnitt mit der Zielsetzung sowie zentralen Fragestellung der Masterthesis. Abschließend wird der Aufbau der Arbeit erläutert.

## 1.1 Problemstellung

Obwohl in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang bei Arbeitsunfällen und den berufsbezogenen Todesfällen in Österreich verzeichnet wird, wurden im Jahr 2015 österreichweit 104.312 Arbeitsunfälle, 13.038 Wegunfälle sowie 1.421 Berufskrankheiten registriert. Davon endeten 313 Fälle tödlich (vgl. Statistik Austria, 2016, S. 2). Auf gesamteuropäischer Ebene werden jährlich rund 300.000 Todesfälle aufgrund von Gesundheitsgefahren und -risiken am Arbeitsplatz verzeichnet (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2012). Die sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS), welche die Entwicklung der Arbeitsbedingungen im Zeitverlauf betrachtet, zeigt auf, dass Erwerbstätige bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit mit den unterschiedlichsten problematischen Arbeitsbedingungen konfrontiert sind. Neben schmerzhaften oder ermüdenden Körperhaltungen stellt auch das hohe Arbeitstempo ein gesundheitsgefährdendes Risiko dar (vgl. Eurofound, 2015). Aus der Zweiten Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-2) geht hervor, dass der Umgang mit schwierigen Kundinnen und Kunden sowie der zunehmende Zeitdruck, die zwei wesentlichen gesundheitsstrapazierenden Faktoren an österreichischen Arbeitsplätzen darstellen (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2016). Dies sind nur zwei Faktoren, die – vor allem für die ältere Arbeitnehmerschaft – gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Die demografische Alterung der Bevölkerung und die damit einhergehende längere Lebensarbeitszeit der Erwerbstätigen führen dazu, dass die Beobachtung und das Verständnis für die Auswirkungen, welche Arbeitsbedingungen im Laufe des Arbeitslebens auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ziel von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern muss es sein, die Nachhaltigkeit der Arbeit zu sichern. Hierfür ist das Gewährleisten eines gesunden und sicheren Arbeitsumfeldes, welches Erwerbstätigen aller Altersgruppen ermöglicht bei der Ausübung ihrer Tätigkeit körperlich und geistig gesund sowie produktiv zu bleiben, erforderlich (vgl. Eurofound, 2015). Auch durch die Personalabteilungen österreichischer

Unternehmen geistert das Schlagwort „Demographischer Wandel“ bereits seit Längerem. Im Zusammenhang mit der immer älter werdenden Arbeitnehmerschaft befassen sich Personalverantwortliche mit Themen wie Fachkräftemangel, Generationen Management und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Doch was tun, wenn es aufgrund steigender Anforderungen kombiniert mit dem zunehmenden Lebensalter der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu schweren Arbeitsunfällen oder gesundheitsbedingten Todesfällen am Arbeitsplatz kommt?

Gemäß der monatlichen Beschäftigungsstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger waren im Mai 2016 27,9 % der unselbständigen Erwerbstätigen in Österreich zwischen 45 und 54 Jahre alt und bereits 11,1 % der Beschäftigten wiesen ein Alter von 55 Jahren und älter auf (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2016). Das Hauptszenario der Erwerbsprognose der Statistik Austria zeigt, dass sich hinter einem mäßigen Wachstum des Arbeitskräfteangebotes ein deutlicher Wandel in der Altersstruktur der Erwerbspersonen verbirgt. Durch steigende Erwerbsquoten bei Erwerbspersonen jenseits des 50. Lebensjahres wird die Anzahl der älteren Erwerbstätigen bis zum Jahr 2050 weiter deutlich zunehmen (vgl. Statistik Austria, 2015a). Im Jahr 2015 traten in Österreich rund 15 % der Todesfälle im Alter von 20 bis 65 Jahren und somit im erwerbsfähigen Alter auf (vgl. Statistik Austria, 2015b). Dabei stellen in westlichen Industrieländern wie Österreich Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wie beispielsweise Herzinfarkt und Schlaganfall, die Todesursache Nummer Eins dar. Weltweit sterben rund 17,3 Millionen Menschen jährlich an den Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wobei Prognosen einen Anstieg auf bis zu 23,6 Millionen bis 2030 prophezeien (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 1). 2014 verstarben österreichweit 33.137 Personen (42,3 % aller Todesfälle) an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (vgl. Statistik Austria, 2015a). Dabei entstehen mehr als 50 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus einer Kombination von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, wobei zahlreiche arbeitsbedingte Faktoren wie beispielsweise Umwelteinflüsse am Arbeitsort, körperliche und mentale Arbeitsbelastungen, Stress sowie Zeitdruck Auslöser für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein können (vgl. Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 90).

Der Verlust einer Arbeitnehmerin bzw. eines Arbeitnehmers kann jedoch nicht nur durch Erkrankungen oder Arbeitsunfälle, sondern auch durch die Wahl des Freitodes erfolgen. In Österreich ist neben dem gesundheitsbedingten Ableben Suizid bei Personen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen, in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahren sogar die häufigste. Im Jahr 2014 gab es in Österreich 1.313 Suizidfälle. Die Statistik zeigt, dass die meisten Suizide im mittleren und somit erwerbsfähigen

Lebensalter liegen. Die häufigsten Todesfälle durch Freitod gibt es im Alter von 50 bis 54 Jahren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016a, S. 10 ff.). Besonders dramatisch für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Kolleginnen und Kollegen ist es, wenn der Suizid am Arbeitsplatz erfolgt. Ein erschütterndes Beispiel stellt hierfür die Serie von Selbstmorden von rund 50 Beschäftigten der France Telecom aus den Jahren 2008 und 2009 dar (vgl. Rudow, 2014, S. 51).

Traumatische Ereignisse, wie ein schwerer Arbeitsunfall oder das Ableben einer Kollegin oder eines Kollegen, können bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedliche Symptome auslösen, welche verschiedenste gesundheitliche Folgen mit sich bringen können (vgl. Hausmann, 2010, S. 60). In der Forschung stehen dabei als gesundheitsbedingte Folge von Notfallsituationen die akute Belastungsreaktion gemäß ICD-10 bzw. die akute Belastungsstörung gemäß DSM-IV bzw. DSM-V im Mittelpunkt (vgl. Lasogga & Gasch, 2011, S. 56).

Um Personen, welche an Belastungsreaktionen leiden, zu helfen, gibt es Methoden der Akut- sowie notfallpsychologischen Intervention, welche bisher jedoch noch nicht Einzug in die Aus- und Weiterbildungsprogramme von Unternehmen erhalten haben. Das Unvorbereitet sein auf solch ein Ereignis kann sowohl bei Führungskräften als auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein enormes Gefühl der Hilflosigkeit auslösen, was wiederum zu weitreichenden psychischen Problemen führen kann (vgl. Gerngroß, 2015, S. 9). Somit stellt sich die Frage, wie Führungskräfte für den Ernstfall geschult werden können, um ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestmögliche Unterstützung zu leisten, wenn die Hilfe der Notfallhelferinnen und -helfer abgeschlossen ist und der gewohnte Arbeitsalltag wieder einkehren muss.

## **1.2 Zielsetzung und zentrale Fragestellung**

Im Fokus dieser Masterthesis steht die Frage, wie Führungskräfte auf das Eintreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses und der damit einhergehenden Herausforderung, welche eine arbeitsbedingte Traumatisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit sich bringt, bestmöglich vorbereitet werden können. Als kritisches und traumatisierendes Ereignis wird dabei das Eintreten eines schweren Arbeitsunfalles oder das Ableben einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters angenommen.

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie eine Führungskräfte-schulung, die für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche ein kritisches und traumatisierendes Ereignis am Arbeitsplatz erfahren mussten, konzipiert sein könnte, damit nach dem Auftreten des Ereignisses eine bestmögliche Versorgung von Mitarbeiterinnen



und Mitarbeitern, gewährleistet ist. Daraus leitet sich folgende zentrale Fragestellung ab:

***Wie können Führungskräfte für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche durch das Auftreten eines Arbeitsunfalles oder das Ableben einer Kollegin bzw. eines Kollegen einem kritischen und traumatisierenden Ereignis am Arbeitsplatz ausgesetzt sind oder waren, geschult werden?***

Zur genauen Beantwortung dieser Fragestellung werden zusätzlich folgende Detailfragen behandelt:

- *Wie wirken sich akute Belastungsreaktionen auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Arbeitsleistung aus?*
- *Welche Herausforderungen stellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche an Belastungsreaktionen leiden, an Führungskräfte?*
- *Worin liegt die Verantwortung der Führungskraft nach Auftreten kritischer und traumatisierender Ereignisse?*
- *Wie können Führungskräfte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei traumatisierenden Ereignissen bestmögliche Unterstützung leisten?*
- *Wie könnte eine Führungskräfte-schulung aussehen, die Führungskräfte auf diese Situation vorbereitet?*

Um die zentrale Fragestellung systematisch beantworten zu können, gliedert sich der Hauptteil in einen Theorie- sowie einen Empirischen Teil. Nachfolgend wird der Aufbau der Masterthesis im Detail dargestellt.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Zu Beginn stellt das Kapitel 1 die Ausgangssituation dar. Hierfür werden die Problemstellung, die Zielsetzung sowie die zentrale Fragestellung erläutert. Weiters gibt dieser Abschnitt einen Überblick über den Aufbau der Arbeit.

Das Kapitel 2 befasst sich mit den theoretischen Grundlagen des Forschungsgegenstandes. Zu Beginn erfolgt die Beleuchtung des Zusammenhanges zwischen Arbeit und Gesundheit, die rechtliche Verpflichtung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers sowie der Bedeutung von Führung. Das darauffolgende Kapitel befasst sich mit unterschiedlichen Präventionsmodellen und dem Krisenplan als organisatorische Vorsorge. Im Anschluss erfolgt die Definition von kritischen und traumatisierenden Lebensereignissen. Im Mittelpunkt steht dabei die traumatische Krise, deren Verlauf sowie mögliche Reaktionen von betroffenen Personen. Weiters wird die Rolle der Führungskraft nach dem Eintreten eines Notfalles beleuchtet. Das nachfolgende Kapitel betrachtet

anschließend mögliche Methoden der Intervention – konkret werden Maßnahmen der Psychologischen Erste Hilfe und Akutintervention sowie des Critical Incident Stress Managements (CISM) beleuchtet. Abschließend wird die Rehabilitation und Wiedereingliederung betroffener Personen in das berufliche Umfeld betrachtet. Im letzten Kapitel der theoretischen Grundlagen liegt der Fokus der Arbeit auf der Kommunikation von schlechten Nachrichten.

Das Kapitel 3 stellt den empirischen Teil dieser Arbeit dar. Zu Beginn erfolgt die Darstellung der angewandten Forschungsmethodik. Bei der Erhebungsmethode werden die theoretischen Grundlagen zum teilstrukturierten Experteninterview, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Auswahl der Expertinnen und Experten sowie die Interviewdurchführung erörtert. Anschließend erfolgt die Betrachtung der Auswertungsmethodik. Hierzu wird die Vorgehensweise bei der Ausführung der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger dargestellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der geführten Interviews auf der Einzelebene entsprechend der gebildeten Themenkategorien abgebildet und anschließend den Forschungsfragen zugeordnet. Den Abschluss in Kapitel 3 bildet die Beantwortung der zentralen Fragestellung.

Das Kapitel 4 beinhaltet anschließend die Konzipierung der Führungskräfte-schulung. Dabei werden die Zielgruppe und Zielsetzung, die Trainerkompetenzen, die Trainingsmethodik, die Trainingsinhalte sowie die Evaluierung des Trainingserfolgs definiert. Für die Konzipierung der Trainingseinheit werden sowohl die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche als auch die Inhalte der geführten Interviews herangezogen.

Den Abschluss bildet das Kapitel 5, welches neben einer Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse auch mögliche zukünftige Forschungsfelder aufzeigt. Weiters erfolgt abschließend die Würdigung und kritische Betrachtung der vorliegenden Arbeit.

## 2 Theoretische Grundlagen

Das Kapitel 2 beinhaltet die derzeit vorherrschenden theoretischen Grundlagen des Forschungsgegenstandes. Zu Beginn erfolgt die Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Gesundheit und Arbeit. Der nachfolgende Abschnitt erläutert Formen der Prävention. Im Anschluss werden kritische und traumatisierende Lebensereignisse und deren Folgen für Betroffene erörtert. Im vierten Teil erfolgt die Darstellung von möglichen Interventionsformen und -ebenen. Abschließend befassen sich die theoretischen Grundlagen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten.

### 2.1 Gesundheit im organisationalen Kontext

Die Schlagworte Gesundheit und Fitness sind als Megatrend und Marketingslogan seit einigen Jahren allgegenwärtig. Ein Thema, das sich auch in der Arbeitswelt unter dem Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ etabliert hat (vgl. Gratz, Röthel & Sattler-Zisser, 2014, S. 67 f.). Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der Bedeutung gesunder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Unternehmen. Weiters wird die arbeitsrechtliche Verantwortung von Arbeitgeberinnen und Arbeitsgebern gegenüber der Gesundheit und des Lebens erwerbstätiger Personen erörtert. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Betrachtung von Führung in Zusammenhang mit Gesundheit.

#### 2.1.1 Die Bedeutung von Gesundheit in Unternehmen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit bereits seit 1948 als den *„Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“* (Esslinger, Emmert & Schöffski, 2010, S. 6). Diese Definition von Gesundheit schließt somit auch die Arbeitszufriedenheit und die damit einhergehende Selbstverwirklichung bei der Arbeit mit ein (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 16). Auch der österreichische Gesetzgeber definiert gemäß § 2 Abs. 7a ASchG Gesundheit als *„[...] physische und psychische Gesundheit [...]“* (vgl. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) BGBl I Nr. 9/1997 idF: BGBl I Nr. 60/2015).

Einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden von erwerbstätigen Personen hat dabei das berufliche Umfeld. Gefährliche und belastende berufliche Tätigkeiten führen zu Arbeitsunzufriedenheit sowie Leistungsminderung. Weiters sind sie häufig Verursacher von überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten (vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2014, S. 11 f.). Der gesundheitsbedingte Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann mit gravierenden Folgen für die Arbeitsorganisation eines Unternehmens einhergehen, somit stellt die Gesundheit der Belegschaft einen zentralen be-

triebswirtschaftlichen Faktor dar (vgl. Rudow, 2014, S. 320). In einem positiv geprägten Arbeitsumfeld wirkt sich Arbeit hingegen positiv auf das Selbstwertgefühl, die Zufriedenheit sowie Gesundheit von erwerbstätigen Personen aus (vgl. Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 13). Je nach Gestaltung und Ausübung der beruflichen Tätigkeit kann Arbeit somit entweder gesund oder krank machen (vgl. Rudow, 2014, S. 15).

Wie bereits eingangs angeführt, hat das Thema Gesundheit im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung Einzug in österreichische Unternehmen erhalten. Neben der positiven Imagewirkung, die das Angebot von gesundheitsförderlichen Aktivitäten für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit sich bringt, haben Studien gezeigt, welchen ökonomischen Nutzen die betriebliche Gesundheitsförderung für Unternehmen aufweist. Nachfolgend werden zwei Forschungsansätze näher betrachtet (vgl. Gratz et al, 2014, S. 77 ff.):

- **Sozialkapital<sup>1</sup>:** Der Forschungsansatz Sozialkapital liefert Informationen darüber, wie sich soziale Faktoren innerhalb einer Organisation auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. An der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld wurden die Wirkungszusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit erforscht. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Ausmaß des Vertrauens, Mitarbeiterorientierung, Fairness sowie Gerechtigkeit in einem korrelativen Zusammenhang mit der Gesundheit der Erwerbstätigen stehen. Die positiven bzw. negativen Auswirkungen des Sozialkapitals wirken sich somit auf die Leistungsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus, was wiederum Einfluss auf die Wertschöpfung des Unternehmens hat.
- **Arbeitsfähigkeit:** Juhani Ilmarinen, emeritierter Professor am Finnish Institute of Occupational Health, zeigt in seinem Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auf. Dabei wird ersichtlich, dass die psychische sowie physische Gesundheit als Basiskompetenz zentral für die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist, da die Gesundheit den zentralen Ausgangspunkt für Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit darstellt. Der gesundheitsbedingte Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist für Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern stets mit enormen Kosten verbunden.

---

<sup>1</sup> Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) definiert Sozialkapital als die Bindungen und Beziehungen, die Normen und das Vertrauen innerhalb von Gruppen (vgl. Gratz et al, 2014, S. 77).

Bereits 2008 ergab eine Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO), dass in Österreich jährlich 2,8 Milliarden Euro an gesamtwirtschaftlichen Kosten durch psychische Belastungen am Arbeitsplatz verursacht werden. Die Einschätzung der Krankenstandskosten setzt sich sowohl aus direkten Kosten (z.B. Lohnfortzahlung, Krankengeld) als auch indirekten Kosten (z.B. entfallene Wertschöpfung) zusammen (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 29 f.; Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2008, S. 6).

Das Ziel von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern muss es somit sein, das Wohlbefinden und die Motivation sowie Leistungsbereitschaft von Erwerbstätigen durch die richtige Gestaltung des Arbeitsumfeldes aufrecht zu erhalten (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 16). Mit dieser Thematik befasst sich auch die Gesetzgebung. Um den Schutz von Gesundheit und Leben zu sichern, gibt es sowohl auf europäischer als auch nationaler Ebene arbeitsrechtliche Grundlagen, welche nachfolgend näher betrachtet werden.

### **2.1.2 Die arbeitsrechtliche Verantwortung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern**

Auf europäischer Ebene legen zahlreiche EU-Richtlinien, welche in den einzelnen EU-Staaten durch Gesetze sowie Verordnungen umgesetzt und somit national gültiges Recht wurden, den Grundstein für den ArbeitnehmerInnenschutz. Besonders essentiell für die betriebliche Gesundheitspolitik in Europa ist dabei die Rahmenrichtlinie zum Arbeitsschutz 89/391/EWG zur *„Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“*. Ziel der Richtlinie ist es, innerhalb der Europäischen Gemeinschaft einen Mindeststandard für den Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern am Arbeitsplatz zu gewährleisten (vgl. Singer, 2010, S. 37). In Österreich ist der Schutz von Gesundheit und Leben erwerbstätiger Personen in zahlreichen gesetzlichen Regelungen verankert. Eine zentrale Bedeutung nehmen dabei die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gem. § 1157 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) sowie für Angestellte zusätzlich § 18 Angestelltengesetz (AngG) und die Bestimmungen des ArbeitnehmerInnenschutzes ein. Weiters sind Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber seit 2013 dazu verpflichtet, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu evaluieren.

#### **2.1.2.1 Die Fürsorgepflicht**

Unter Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers ist zu verstehen, dass diese bzw. dieser die Arbeitsbedingungen so zu gestalten hat, dass Leben und Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei der Ausübung ihrer berufli-

chen Tätigkeit keinesfalls gefährdet werden (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 47). § 1157 Abs. 1 ABGB besagt *„Der Dienstgeber hat [...] auf seine Kosten dafür zu sorgen, daß Leben und Gesundheit des Dienstnehmers, soweit es nach der Natur der Dienstleistung möglich ist, geschützt werden.“* (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch BGBl Nr. 217/1859 idF: BGBl I Nr. 43/2016). Für Angestellte ist ergänzend die Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers gemäß § 18 AngG hinzuzufügen. Die Fürsorgepflicht umfasst ebenfalls die Verantwortung, darauf zu achten, dass die Würde und Integrität der Beschäftigten geschützt wird (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 77). Dieser allgemeine Grundsatz der Fürsorgepflicht wird im Speziellen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) ergänzend und umfassend geregelt.

#### 2.1.2.2 Der ArbeitnehmerInnenschutz

Der ArbeitnehmerInnenschutz zielt auf den Schutz des Lebens, der Gesundheit sowie der Sittlichkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ab (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 50). Ziel ist es dabei, eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu garantieren. Arbeit gilt dann als menschengerecht, wenn sie die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht gefährdet und ein Höchstmaß an Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden garantiert (vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2014, S. 33). Der ArbeitnehmerInnenschutz richtet sich an Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber und beinhaltet Gebote und Verbote zum Schutz der Arbeitnehmerschaft (vgl. Glawischnig, 2012, S. 19). Dabei umfasst der ArbeitnehmerInnenschutz sowohl technische, medizinische, ergonomische sowie psychologische und pädagogische Maßnahmen (vgl. Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 5). Durch menschengerechte Arbeitsgestaltung wird die Lebensqualität positiv beeinflusst sowie Leistungsbereitschaft der erwerbstätigen Personen erzielt. Systematisch wird dabei zwischen zwei Arten von ArbeitnehmerInnenschutz differenziert (vgl. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2014, S. 33 ff.; Arbeiterkammer Kärnten, 2013, S. 45 f.; ASchG BGBl I Nr. 9/1997 idF: BGBl I Nr. 60/2015):

1. Technische bzw. arbeitshygienische Schutzvorschriften

Der technische ArbeitnehmerInnenschutz wird im ASchG geregelt, wodurch die Rahmenrichtlinie 89/391/EWG in österreichisches Recht umgesetzt wurde. Dieser beinhaltet den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei der Durchführung der Arbeit und gliedert sich in zehn Abschnitte, welche u.a. die Gestaltung der Arbeitsprozesse und -plätze sowie die Anforderungen an Arbeitsmittel und –stoffe regeln.

## 2. Verwendungsschutzvorschriften

Bestimmungen des Verwendungsschutzes sollen besonders schutzwürdige Personengruppen durch Beschäftigungsverbote und –einschränkungen vor körperlicher sowie psychischer Überforderung schützen. Hierzu zählen das Arbeitszeit- und Arbeitsruhegesetz (AZG), das Mutterschutzgesetz (MSchG) sowie das Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen (KJBG).

Der ArbeitnehmerInnenschutz umfasste seit jeher sowohl die Einbeziehung aller Gefahren und Belastungen, also auch die der psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz. Im Zuge der Gesetzesnovelle 2013 wurde die Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gesetzlich verpflichtend (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S.75 f.).

### 2.1.2.3 Die Evaluierung psychischer Belastungen

Die Evaluierung beinhaltet die Erhebung sowie Beurteilung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und gegebenenfalls die Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung der psychischen Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 76). Wobei die psychische Belastung alle externen Einflüsse, die auf eine Person zukommen und auf diese psychisch einwirken, beinhaltet. Davon abzugrenzen ist die psychische Beanspruchung, welche aus der Belastung resultiert und sowohl positiv als auch negativ ausfallen kann (vgl. Joiko, Schmauder & Wolff, o.J., S. 7 ff.). Die für die Evaluierung psychischer Belastungen eingesetzten Evaluationsinstrumente müssen bestimmten Anforderungen, welche in der ÖNORM EN ISO 10075-3 klar definiert sind, entsprechen. Dabei müssen sowohl Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten, Organisationsklima, Arbeitsumgebung sowie Arbeitsabläufe und –organisation auf die Möglichkeit negativer psychischer Beeinträchtigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern überprüft werden. Bei bzw. nach Durchführung der Evaluierung nehmen die Dokumentation sowie die abschließende Überprüfung der Wirksamkeit gesetzter Maßnahmen eine wichtige Rolle ein (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o.J., S. 3).

Neben den Rahmenbedingungen die die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber am Arbeitsplatz schaffen, nimmt auch das Verhalten der Führungskraft eine zentrale Rolle im Hinblick auf die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein. Nachfolgend wird die Verantwortung der Führungskräfte näher betrachtet.

### **2.1.3 Führung und Gesundheit**

Führung bezeichnet die bewusste und zielgerichtete Einflussnahme des Führenden auf das Verhalten des Geführten. Somit beinhaltet Personalführung in Zusammenhang mit Gesundheit alle Aktivitäten einer Führungskraft, welche die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen bzw. sich auf diese fokussieren (vgl. Rudow, 2004, S. 318 f.).

Die Beziehung zwischen Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter und Führungskraft hat wesentlichen Einfluss auf das Zustandekommen gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Wird gesundes Führen im beruflichen Kontext unter Berücksichtigung des sozialpsychologischen Grundsatzes nach Lewin – welcher besagt, dass das Verhalten sowohl durch die Umwelt als auch durch die Person bestimmt wird – betrachtet, wird ersichtlich, dass gesundheitsförderliches Verhalten eine entsprechende Umwelt sowie die passende Einstellung der Personen erfordert (vgl. Gratz et al, 2014, S. 72 f.). Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Krankenstandstage und dem vorherrschenden Führungsverhalten sowie sozialer Unterstützung wurde bereits statistisch bewiesen. Beispielsweise sind Beschäftigte innerhalb der EU, welche die Führungsqualität als negativ empfinden, jährlich 2,5 Tage mehr im Krankenstand als erwerbstätige Personen, die ein positives Verhältnis zur Führungskraft haben (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 109). Führungskräfte tragen somit Verantwortung dafür, dass sowohl das eigene Verhalten gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie deren Verhalten in der Arbeit als auch Art und Umfang der Arbeit gesundheitsförderlich sind (vgl. Rudow, 2014, S. 322). Dafür ist es erforderlich, dass Führungskräften das Zusammenspiel zwischen Führungsstil und Gesundheit bekannt ist und sie dieses Wissen zielgerichtet im Unternehmen einbringen (vgl. Rudow, 2004, S. 319). Somit nimmt das Verhalten von Führungskräften nach dem Auftreten belastender Ereignisse eine zentrale Rolle ein (siehe hierzu Kapitel 2.3.4).

Um das Auftreten von kritischen und traumatisierenden Ereignissen bestmöglich zu vermeiden bzw. die negativen Auswirkungen dieser zu reduzieren, ist das Setzen von präventiven Maßnahmen notwendig. Das nachfolgende Kapitel befasst sich daher mit Modellen der Prävention.

## **2.2 Prävention**

Unter Prävention wird die vorausschauende Vermeidung eines Problems, eines unerwünschten Ereignisses oder einer unerwünschten Entwicklung verstanden. Da beim Krankheitsspektrum eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen so-



wie von körperlichen zu psychischen Störungen beobachtbar ist, nimmt die Bedeutung der Prävention im Gesundheitsbereich stetig zu (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 83). Dabei wird zwischen Verhaltensprävention, welche direkt beim Individuum ansetzt, und Verhältnisprävention, welche die Bedingungen der jeweiligen Umwelt betrachtet, unterschieden (vgl. Manz, 2002, S. 398). Weiters kann die Gliederung auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen, nachfolgend werden zwei Modelle näher betrachtet.

### **2.2.1 Präventionsmodelle**

Die bekannteste Unterteilung der Präventionsmaßnahmen stellt die klassische Einteilung nach Caplan in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention dar. Aufgrund zunehmender Kritik am klassischen Modell entwickelte Gordon eine alternative Klassifikation, welche zwischen der universellen, selektiven und indizierten Prävention differenziert (vgl. Manz, 2002, S. 397 f.). Beide Modelle werden nachfolgend im gesundheitlichen Kontext dargestellt.

#### **2.2.1.1 Prävention nach Caplan**

In der Literatur wird häufig auf die von Caplan 1964 vorgenommene Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention zurückgegriffen. Die einzelnen Präventionen verfolgen dabei folgende Zielsetzungen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 83 f.; Gerngroß, 2015, S. 44 f.; Manz, 2002, S. 397 f.):

1. Primäre Prävention: Maßnahmen der primären Prävention zielen darauf ab, potenziell schädigende Bedingungen zu beseitigen bzw. zu vermeiden sowie die Widerstandsfähigkeit der Personen zu verbessern, um das Auftreten von Krankheiten bzw. Störungen zu verhindern. Da diese Maßnahmen v.a. strategischer und vorbereitender Natur sind, werden sie in der Notfallpsychologie vor Eintreten des traumatisierenden Ereignisses gesetzt.
2. Sekundäre Prävention: Ist eine Krankheit bzw. Störung bereits aufgetreten, sollen Maßnahmen der sekundären Prävention das Voranschreiten der Erkrankung verhindern. Hierfür ist das möglichst frühe Erkennen von Krankheitssymptomen erforderlich. Die Maßnahmen der sekundären Prävention sind der klassische Einsatzbereich der Notfallpsychologie. Sie kommen direkt nach Eintreten des belastenden Ereignisses zum Einsatz, um Personen mit akuten Belastungsreaktionen die notwendige Unterstützung zu bieten.

3. Tertiäre Prävention: Greifen Maßnahmen der sekundären Prävention nicht und manifestieren sich Krankheiten bzw. Störungen, werden Maßnahmen der tertiären Prävention gesetzt. Gehen also bei betroffenen Personen die Belastungsreaktionen in länger andauernde Traumafolgestörungen über, kommen Maßnahmen der tertiären Prävention zum Einsatz. Sie zielen v.a. darauf ab, Folgeschäden zu verringern sowie Rückfälle zu vermeiden.

In Tabelle 1 werden mögliche organisationale Präventionsmaßnahmen in Bezug auf kritische und traumatisierende Ereignisse dargestellt (siehe auch Kapitel 2.4).

Präventionsform	Mögliche Maßnahmen
Primäre Prävention	Erstellen von Notfall- und Krisenplänen Aufklärung über mögliche Folgen von Notfälle
Sekundäre Prävention	Notfallpsychologische Interventionen
Tertiäre Prävention	Maßnahmen der Traumatherapie

Tabelle 1 Prävention in Unternehmen (eigene Darstellung)

#### 2.2.1.2 Prävention nach Gordon

Das Modell nach Gordon beinhaltet die zentralen Kerngrößen individuelles Erkrankungsrisiko, Kosten, Interventionsrisiken sowie Aufwand, der mit der jeweiligen Maßnahme einhergeht. Wie Caplan differenziert auch Gordon zwischen drei Präventionsformen (vgl. Gerngroß, 2015, S. 45 ff.; Kröger, 2013, S. 36 ff.; Manz, 2002, S. 398 f.):

1. Universelle Prävention: Maßnahmen der universellen Prävention sind für die Gesamtbevölkerung von Nutzen und weisen eindeutig ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Beispiel hierfür sind eine gesunde Ernährung und das Verwenden von Sicherheitsgurten.
2. Selektive Prävention: Die selektive Prävention ist an bestimmte Zielgruppen gerichtet, welche ein überdurchschnittliches Risiko aufweisen. Der Kosten-Nutzen-Vergleich ist bei diesen Maßnahmen nicht so eindeutig positiv wie bei der universellen Prävention. Hierzu zählt beispielsweise der Impfschutz für ältere Personen.
3. Indizierte Prävention: Bei der indizierten Prävention richten sich die Maßnahmen an bestimmte Personen mit überdurchschnittlichen oder eindeutigen Risiko. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist hierbei jeweils individuell zu

bestimmen. Beispiele für die indizierte Prävention sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Bluthochdruck oder bei Krebsvorformen.

Nun stellt sich die Frage, welche Maßnahmen Unternehmen im Vorfeld setzen können, um organisationales Versagen bei Auftreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses zu verhindern.

### **2.2.2 Der Krisenplan als organisationale Vorbereitung**

Jedes unvorhersehbare bzw. ungewollte Ereignis, welches einen Notfall darstellt (z.B. Arbeitsunfall, Naturkatastrophe, Brandfall), bedeutet für Unternehmen eine betriebliche Störung, welche Folgen unterschiedlichen Ausmaßes mit sich bringt. Trotzdem sind zahlreiche Unternehmen auf das Eintreten von Notfällen nicht ausreichend vorbereitet (vgl. Schmitt, 2014, S. 10). Dies ist insofern problematisch, da in Ausnahmesituationen die bekannten Handlungsabläufe unterbrochen und nach Beendigung der Akutsituation wieder aufgenommen werden müssen. Erschwerend kommt hinzu, dass neue Aufgabenstellungen auftreten, welche sich aus dem Eintreten des Notfalles ergeben. Um in dieser schwierigen Situation trotzdem Handeln zu können, empfiehlt es sich, bereits im Vorfeld einen organisatorischen Ablaufplan zu erstellen, welcher den handelnden Personen Orientierung gibt (vgl. Illes, Jendreyshak, Armgart & Juckel, 2015, S. 102). Dieser Krisenplan soll die konkreten Aufgaben der jeweiligen Funktionsträgerinnen und -träger beinhalten sowie klar die Abläufe und Ziele definieren. Angelehnt an Steiner (2015) soll der Krisenplan alle wesentlichen Prozesse, Aufgaben und Zuständigkeiten festhalten, welche dafür Sorge tragen, dass

- die Alarmierung der Einsatzkräfte und das Setzen interner Sofortmaßnahmen schnellstmöglich erfolgen kann.
- die Lage innerhalb des Unternehmens eingeschätzt werden kann.
- die sofortige Arbeitsfähigkeit des Krisenstabes garantiert wird.
- die Maßnahmenpakete gemäß Zuständigkeiten verteilt werden können.
- der laufende Betrieb aufrecht erhalten bleiben kann.

Neben der Festlegung von organisatorischen Abläufen und Prozessen sollte auch die psychosoziale Unterstützung explizit geregelt sein (vgl. Hausmann, 2016, S. 301). Bisher ist die Ausrichtung der betrieblichen Ersten Hilfe, welche in der Verantwortung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers liegt, in den meisten Fällen allerdings auf rein medizinischer Ebene umgesetzt. Es liegt in der alleinigen Entscheidung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers auch Vorkehrungen für die psychologische Erste Hilfe am Arbeitsplatz zu installieren. Hervorzuheben ist, dass lediglich der kombinierte Einsatz

aus medizinischer und psychologischer Hilfe zu einer optimalen Betreuung von betroffenen Personen führt (vgl. Wilk & Wilk, 2007, S. 102 ff.).

Trotz dem Setzen präventiver Maßnahmen ist es unabdingbar, dass es zu unvorhergesehenen kritischen und traumatisierenden Ereignissen am Arbeitsplatz kommen kann. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit diesen Ereignissen und deren Folgewirkungen für erwerbstätige Personen.

## **2.3 Kritische und traumatisierende Lebensereignisse und deren Folgen**

Dieses Kapitel betrachtet zu Beginn zwei Beispiele belastender Ereignisse, welche am Arbeitsplatz auftreten können: Arbeitsunfall und Todesfall. Im Anschluss werden die Begriffe Notfall, Trauma und Krise erörtert. Anschließend liegt der Fokus dieses Abschnittes auf der traumatischen Krise, deren Verlauf sowie mögliche Reaktionen von Betroffenen. Den Abschluss bildet die Betrachtung der Rolle der Führungskraft nach Auftreten eines Notfalles.

### **2.3.1 Beispiele kritischer und traumatisierender Ereignisse am Arbeitsplatz**

Kritische und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz können in unterschiedlichster Form und Dimension auftreten. Je nach Art des Geschehens und Anzahl der Betroffenen reichen diese von Ereignissen mit einzelnen Betroffenen (z.B. schwerer Unfall, plötzlicher Todesfall) über Vorkommnisse mit mehreren Betroffenen (z.B. Geiselnahmen) bis hin zu Großschadensereignissen und Naturkatastrophen (z.B. Großfeuer, Überschwemmungen) (vgl. Hausmann, 2016, S. 13). Aufgrund des Forschungsgegenstandes der vorliegenden Arbeit werden nachfolgend der Arbeitsunfall und der Todesfall als belastendes Ereignis näher betrachtet.

#### **2.3.1.1 Der Arbeitsunfall**

Der Gesetzgeber definiert Arbeitsunfälle als *„Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründeten Beschäftigung ereignet.“* Hierzu zählen gemäß § 175 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) auch sogenannte Wegunfälle, sprich Unfälle, die sich auf einem mit der Beschäftigung zusammenhängenden Weg ereignen. Das ASVG regelt ebenfalls die Rehabilitation. Im Allgemeinen umfasst diese gemäß § 172 ASVG alle medizinischen Maßnahmen, die dazu beitragen, dass die betroffene Person einen für die Ausführung ihrer Tätigkeit erforderlichen Leistungsgrad zurückerhält, um am beruflichen und ge-

sellschaftlichen Leben teilhaben zu können (siehe auch Kapitel 2.4.4) (vgl. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl. Nr. 189/1955 idF: BGBl. II Nr. 260/2016). Kommt es nun zu einem schweren Arbeitsunfall bringt dieser in der Regel neben körperlichen Verletzung auch psychische Belastungen mit sich (vgl. Drechsel-Schlund & Plinske, 2000, S. 450).

### 2.3.1.2 Der Todesfall

Wie bereits eingangs angeführt, kann der Tod einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters Unternehmen auf unterschiedliche Weise treffen. Wie sehr Kolleginnen und Kollegen davon betroffen sind, ist gemäß Prager und Hlous (2006) von folgenden drei Kriterien abhängig:

- Die Beziehung zur Verstorbenen bzw. zum Verstorbenen.
- Bisherige individuelle Erfahrungen mit Tod und Trauer.
- Ressourcen, die bei der Verarbeitung unterstützen wie z.B. das soziale Umfeld und die aktuelle Lebenssituation.

Werden im Zuge des Trauerprozesses die persönlichen Problembewältigungs- und Verarbeitungsstrategien massiv überfordert, stellt der Verlust bei der Hinterbliebenen bzw. dem Hinterbliebenen ein kritisches und traumatisierendes Ereignis dar (vgl. Stein, 2009, S. 50).

Sowohl ein schwerer Arbeitsunfall als auch das Ableben einer Kollegin bzw. eines Kollegen stellen ein belastendes Ereignis dar. Neben den persönlichen psychischen und körperlichen Folgen wirken sich Traumafolgen auch auf das soziale sowie berufliche Umfeld der Person aus. Beispielsweise können Leistungseinbußen, Vermeidung von traumabezogenen Tätigkeiten, Konflikte am Arbeitsplatz und Krankenstände den Arbeitsalltag der traumatisierten Person kennzeichnen (vgl. Hausmann, 2016, S. 75 f.).

Doch wodurch unterscheiden sich kritische und traumatisierende Ereignissen von Ereignissen, welche nicht kritisch und traumatisierend sind. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den in der Literatur gängigen Definitionen von Notfall, Trauma und Krise.

### 2.3.2 Notfall, Trauma, Krise

Ein Notfall ist durch sein plötzliches Auftreten und dem damit einhergehenden Überraschungsmoment, welcher die betroffene Person völlig unvorbereitet trifft, gekennzeichnet. Ein weiteres Merkmal ist die relativ kurze Dauer des Ereignisses (vgl. Lasogga & Münker-Kramer, 2009, S. 13). Hausmann (2006; 2010) beschreibt einen Notfall als ein plötzlich auftretendes Ereignis, welches dazu führt, dass das Funktionieren eines Sys-

tems akut gefährdet wird. Die Fähigkeit, Veränderungen, Belastungen sowie unvorhersehbare Situationen zu bewältigen, wird durch Notfälle extrem beeinträchtigt. Kommt es bei einer Person also zu einem psychischen Notfall, werden die individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen massiv beansprucht. Folglich kann ein Notfall als potenziell traumatisches Ereignis bei der bzw. dem Betroffenen eine psychische Krise auslösen (vgl. Hausmann, 2016, S. 26). Jedoch bewirkt nicht jeder Notfall zwangsweise eine Krise. Häufig können Notfälle von der betroffenen Person eigenständig verarbeitet werden (vgl. Maercker, Steiner & Heinrichs, 2009, S. 136).

Ein psychisches Trauma bezeichnet ein Ereignis, welches als besonders entsetzlich oder bedrohlich wahrgenommen wird und eine nachhaltige psychische Verletzung bei der betroffenen Person auslösen kann (vgl. Hausmann, 2016, S. 27). Gerngroß (2015) führt an, dass durch traumatische Ereignisse die Sinne dermaßen überstrapaziert werden, dass die gewöhnlichen Verarbeitungs- sowie Bewältigungsstrategien überfordert sind. Daraus resultieren eine intensive Angst sowie das extreme Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes. Lasogga und Gasch (2011) führen explizit an, dass ein Trauma kein Ereignis ist, sondern die Folge eines Ereignisses. Menschen, welche ein kritisches und traumatisierendes Ereignis erleben, sind traumatisiert. Eine Differenzierung zwischen einem Trauma als Ereignis und dem Trauma als Reaktion auf ein Ereignis ist in der Literatur jedoch ebenfalls zu finden (vgl. Lasogga & Münker-Kramer, 2009, S. 14).

Der Krisenbegriff ist heutzutage zu einem Alltagsbegriff geworden, welcher inflationär im täglichen Gebrauch verwendet wird (vgl. Kunz, Scheuermann & Schürmann, 2009, S. 181). Zur Erläuterung von psychosozialen Krisen wird in der Literatur häufig auf die Definition von Caplan und Cullberg zurückgegriffen. Diese besagt, dass eine Krise eine akute Überforderung des gewohnten Verhaltensrepertoires darstellt, welche mit dem Verlust des seelischen Gleichgewichts einhergeht. Verursacht wird diese, wenn Menschen mit Umständen und Ereignissen konfrontiert werden, welche sie zu diesem Zeitpunkt nicht eigenständig bewältigen können. Eine Krise erhält somit einen bedrohlichen Charakter und erzeugt beispielsweise das Gefühl von Angst, Überforderung sowie Hilflosigkeit (vgl. Kunz et al, 2009, S. 181; Stein, 2009, S. 22; Till, 2011, S. 4). Trotz der Auseinandersetzung mit psychischen Krisen seit den 1960er Jahren durch Caplan gibt es bisher kein allgemein gültiges Krisenkonzept. Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass Krisen zeitlich begrenzte Zustände darstellen und einen Anfang sowie ein offenes Ende aufweisen (vgl. Maercker et al, 2009, S. 134 ff.). Auch Mitchell und Everly (2002) definieren ein kritisches Ereignis als ein Ereignis, welches die gewohnten Bewältigungsmechanismen überfordert, wodurch betroffene Personen einer psychi-

schen Stressbelastung ausgesetzt werden, welche wiederum zu einer Beeinträchtigung der normalen Situationsanpassung führen kann. Gemäß Dross (2001) ist wissenschaftlich erst dann von einer Krise zu sprechen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Eintreten einer psychischen Belastung, die von einem Normalzustand deutlich abweicht und dadurch als unerträglich empfunden wird und somit zu einer emotionalen Destabilisierung führt.
- Das auslösende Ereignis die bisherigen Gewohnheiten und Ziele massiv infrage stellt.
- Eine Lösungsfindung erforderlich wird, die bisher zur Verfügung stehenden Problemlösungs- und Anpassungsmöglichkeiten dies aber nicht ermöglichen.

Maercker et al (2009) identifizierten noch zwei weitere zentrale Merkmale von Krisen:

- Krisen treten meist akut und überraschend auf und stellen bisherige Werte infrage.
- Sie sind Auslöser für Ängste und Gefühle der Hilflosigkeit.

Weiters beinhaltet die Definition kritischer Lebensereignisse nach Filipp zusätzlich folgende Kriterien (vgl. Kunz et al, 2009, S. 183):

- Das Passungsvermögen zwischen Selbst und Außenwelt muss wieder erzeugt werden.
- Das Ereignis berührt auch andere Lebensbereiche.
- Es erfolgt eine Retraumatisierung, wodurch frühere, nicht bewältigte Ereignisse wieder aufleben.

Nach Art der Krise wird in der Literatur zwischen Entwicklungs- oder Veränderungskrisen sowie traumatischen Krisen differenziert (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 13). Entwicklungs- oder Veränderungskrisen entstehen, wenn allgemeine lebensverändernde Entwicklungen auftreten, welche von Betroffenen nicht bewältigt werden können. Diese Form der Krise tritt bei „normalen“ Übergangssituationen wie beispielsweise Pubertät, Schwangerschaft, Geburt oder Pensionierung auf (vgl. Gerngroß, 2015, S. 27; Hausmann, 2006, S. 29). Aufgrund des Forschungsgegenstandes wird im nachfolgenden Kapitel ausschließlich die traumatische Krise näher betrachtet.

Da die Begriffe Krise, Trauma und Notfall in der Literatur häufig synonym verwendet werden, wird auch im Zuge dieser Masterthesis keine gezielte Abgrenzung dieser Begrifflichkeiten vorgenommen (vgl. Lasogga & Gasch, 2011, S. 22). Das Auftreten eines schweren Arbeitsunfalles sowie das Ableben einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters

werden im Zuge dieser Arbeit somit synonym als kritisches, traumatisches oder belastendes Ereignis sowie als Notfall angesehen.

#### 2.3.2.1 Die traumatische Krise

Traumatische Krisen entstehen durch plötzlich auftretende Ereignisse, welche als schmerzlich empfunden werden (vgl. Hausmann, 2006, S. 28). Die Klassifikationssysteme für psychische Störungen (siehe Kapitel 2.3.3.3) definieren die diagnostischen Kriterien für ein traumatisches Ereignis zwar ähnlich aber nicht identisch. Während das DSM-IV dieses als Ereignis, welches die eigene körperliche Unversehrtheit oder die einer anderen Person bedroht und intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen auslöst, bezeichnet, differenziert DSM-V genau nach der Art, wie eine betroffene Person das Ereignis erlebt. Dies kann entweder direkt, als Zeuge, indirekt oder durch wiederholende Konfrontation mit dem Erlebten erfolgen. ICD-10 definiert das traumatisierende Geschehen als außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, welches eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation führt, hervorruft – sogenannte "life events" (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b, S. 220; Hausmann, 2016, S. 40 ff.).

Durch das Auftreten einer traumatischen Krise werden die psychische Existenz, die soziale Identität und die Verfügbarkeit fundamentaler sozialer Verstärkersysteme bedroht (vgl. Maercker et al, 2009, S. 134). Verlust ist einer der am häufigsten auftretenden Auslöser für Krisen. Verlustkrisen können beispielsweise durch Trennungen, den Verlust körperlicher Unversehrtheit und v.a. den Tod nahestehender Personen entstehen (Stein, 2009, S. 49).

#### 2.3.2.2 Arten der Traumatisierung

Nach Dauer des Ereignisses können gemäß Terr zwei Typen der Traumatisierung unterschieden werden (vgl. Hausmann, 2006, S. 43; 2010, S. 62 f.; Kröger, 2013, S. 4; Lasogga & Münker-Kramer, 2009, S. 15):

1. Typ I: Die Traumatisierung erfolgt aufgrund eines einzelnen, meist plötzlich auftretenden Ereignisses, welches von kurzer Dauer ist und einen klaren Beginn und ein Ende aufweist. Häufig gehen mit dem Ereignis gravierende Folgen einher. Diese können akut oder zeitversetzt zu psychischen Störungen führen.
2. Typ II: Mehrmalige, sich wiederholende oder andauernde Ereignisse führen hierbei zur Traumatisierung. Um die traumatische Situation gedanklich, emotional oder auf der Verhaltensebene erträglicher zu machen, setzen hierbei nach und nach Anpassungsprozesse ein.



Abbildung 1 zeigt die Typologie traumatischer Ereignisse, die Unterscheidung der Traumtypen sowie beispielhaft die Art der Verursachung. Es geht hervor, dass berufsbedingte Traumatisierungen aufgrund ihrer Charakteristika dem Typ-I-Trauma zuzuordnen sind.

	Typ-I-Traum (einmalig, kurz andauernd)	Typ-2-Trauma (mehrmalig, lang andauernd)
Katastrophen Berufsbedingte Traumatisierung Natural disaster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkehrsunfall</li> <li>• Arbeitsunfall</li> <li>• Kurz andauernde Naturkatastrophen</li> </ul> <p><i>leicht</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lang andauernde Naturkatastrophen</li> <li>• Technische Katastrophen</li> </ul> <p><i>mittel</i></p>
Man-made-disaster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überfall</li> <li>• Gewalterleben</li> <li>• Sexuelle Gewalt</li> </ul> <p><i>mittel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuelle/körperliche Misshandlungen in der Kindheit</li> <li>• Geiselnhaft</li> <li>• Folter/politische Verfolgung</li> <li>• Massenvernichtung (KZ-Vernichtungslagerhaft)</li> </ul> <p><i>schwer</i></p>

Abbildung 1 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (entnommen aus: Gerngroß, 2015, S. 23)

Neben der oben angewandten Unterteilung wird in der Literatur auch zwischen primärer, sekundärer sowie tertiärer Traumatisierung unterschieden (vgl. Gerngroß, 2015, S. 28; Lasogga & Münker-Kramer, 2009, S. 16):

1. Bei der primären Traumatisierung wird die betroffene Person direkt mit dem traumatisierenden Ereignis konfrontiert. Die bzw. der Betroffene kann dabei sowohl Opfer, Verursacherin bzw. Verursacher oder Augenzeugin bzw. –zeuge sein.
2. Die sekundäre Traumatisierung erfolgt, wenn die jeweilige Person zwar nicht direkt am Geschehen beteiligt aber von den Auswirkungen des Ereignisses betroffen ist. Hierzu zählen beispielsweise Kolleginnen und Kollegen des Opfers.
3. Indirekt betroffene Personen können eine sogenannte tertiäre Traumatisierung erleiden. Hierzu kann z.B. eine Führungskraft zählen, welche die Verantwortung für ein Großschadensereignis trägt.

Die Art und Weise der Traumaverarbeitung ist wesentlich für die Überwindung des Traumas. Nachfolgend wird der Verlauf der Traumverarbeitung näher betrachtet.

### 2.3.2.3 Verlauf der Traumaverarbeitung

Nach dem Ende des traumatisierenden Ereignisses kommt es zur Reaktion der betroffenen Person. Ob und in welchem Ausmaß eine Krise auftritt und wie diese sich entwickelt, ist von unterschiedlichen Einflussfaktoren abhängig. Folgende Faktoren spielen für den Krisenverlauf eine zentrale Rolle (vgl. Stein, 2009, S. 25):

- Die Art und Schwere der Auslösesituation
- Die subjektive Bedeutung des Geschehens
- Die Krisenanfälligkeit
- Die Reaktion der Umwelt
- Die Art und Effizienz der Abwehrstrategien sowie die verfügbaren Ressourcen

In der Literatur gibt es unterschiedliche Modelle der Traumaverarbeitung. Nachfolgend werden zwei Modelle näher betrachtet (vgl. Gerngroß, 2015, S. 13 ff.; Hausmann, 2006, S. 43 f.; 2010, S. 21; 2011, S. 62 ff.; Maercker et al, 2009, S. 134 f.; Stein, 2009, S. 57 ff.; Prager & Hlous, 2006, S. 15; Wolfrum, 2010, S. 274):

#### a) Verlaufsmodell nach Fischer und Riedesser

Das Verlaufsmodell nach Fischer und Riedesser umfasst die unterschiedlichen Aspekte, welche mit traumatischen Ereignissen und deren Verarbeitung sowie Bewältigung verankert sind und beinhaltet dabei drei Gruppierungen: die traumatische Situation, die Reaktion sowie den traumatischen Prozess. Die traumatische Situation enthält das auslösende Ereignis. Diesem wird von der betroffenen Person eine subjektive Bedeutung zugeordnet. Nach dem Erleben des traumatischen Geschehens folgt die Reaktion auf das Erlebte. Sie beinhaltet die Verarbeitungsmöglichkeit der bzw. des Betroffenen und ist abhängig von der individuellen Widerstandskraft. Gelingt bereits hier die Verarbeitung des Geschehens, geht die Einwirkungsphase direkt in eine Erholungsphase über. Misslingt sie hingegen, beginnt der traumatische Prozess. Für den Verlauf des Traumaprozesses spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Hierzu zählen beispielsweise die eigenen Bewältigungsstrategien, Risikofaktoren sowie das Umfeld. Je nach Verarbeitung des Geschehens können sowohl Kurzzeit- als auch Langzeitfolgen entstehen. Abbildung 2 zeigt das von Fischer und Riedesser entwickelte Modell zum Verlauf psychischer Traumatisierung.

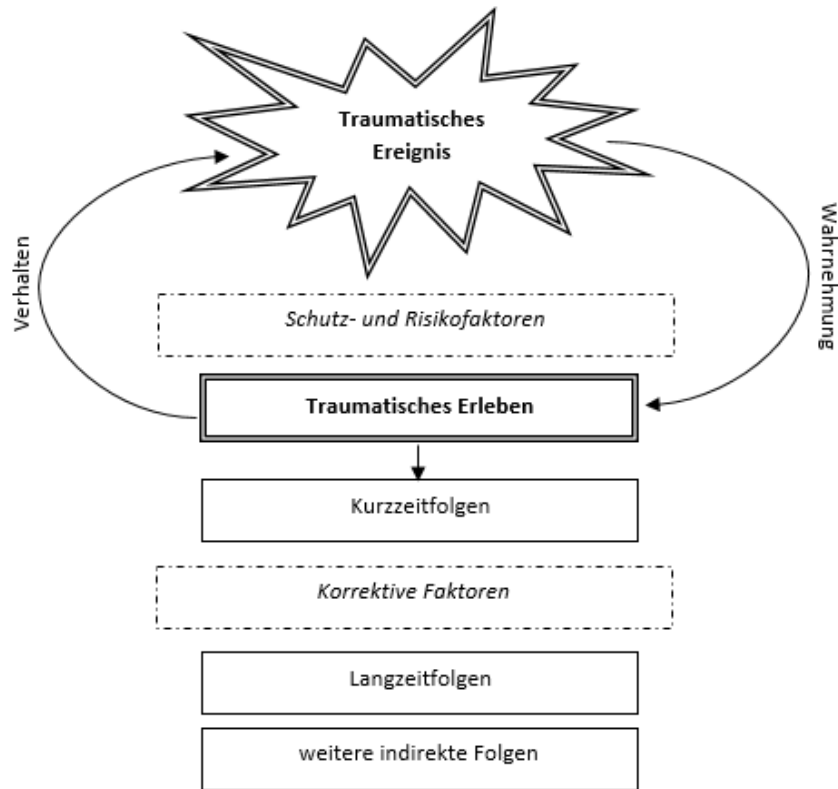


Abbildung 2 Verlauf der psychischen Traumatisierung (entnommen aus: Hausmann, 2011, S. 62)

#### b) Krisenverlauf nach Cullberg

Gemäß Cullberg verläuft die Verarbeitung von traumatischen Krisen in vier Phasen (vgl. Hausmann, 2014, S. 226):

1. Schockphase: Ein Zustand der Betäubung oder chaotisch-ungesteuerte Aktivitäten setzt ein. Die Schockphase kann zwischen wenigen Sekunden bis hin zu 24 Stunden andauern.
2. Reaktionsphase: In dieser Phase, welche von wenigen Tagen bis hin zu Wochen andauern kann, wird die betroffene Person mit der Realität konfrontiert und versucht diese zu integrieren.
3. Bearbeitungsphase: Die Ereignisse werden erklärt und verstanden. In dieser Phase erfolgt die Lösung vom Trauma.
4. Neuorientierung: Das Selbstwertgefühl wird wiedergewonnen und neue Beziehungen aufgebaut.

Die nachfolgende Tabelle stellt dar, welche Rolle die Führungskraft innerhalb der vier Phasen einnehmen sollte.

Phase	Rolle der Führungskraft
Schockphase	Sicherheit geben: In der Schockphase sollte die Führungskraft die bzw. den Betroffenen nicht alleine lassen und den Kontakt halten. Weiters sollte sie auf die Bedürfnisse der bzw. des Betroffenen eingehen und die nächsten Handlungsschritte nennen.
Reaktionsphase	Zuhören: Die Führungskraft sollte die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter über seine Gefühle reden lassen, diese ernst nehmen und keinesfalls ignorieren oder wegreden.
Bearbeitungsphase	Informieren und beraten: Erst in dieser Phase versteht der oder die Betroffene das Ereignis und kann beginnen zu handeln. Hierfür benötigt die Person Informationen und Beratung, um Entscheidungen treffen zu können.
Neuorientierung	Zukunftsperspektiven geben: In dieser Phase orientiert sich die oder der Betroffene neu. Zur Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen sollte die Führungskraft Perspektiven aufzeigen und die Neuorientierung ermöglichen.

Tabelle 2 Rolle der Führungskraft im Krisenverlauf (angelehnt an: Hausmann, 2014, S. 229)

In den einzelnen Phasen können Betroffene unterschiedliche körperliche und psychische Reaktionen zeigen, das nachfolgende Kapitel befasst sich mit möglichen Reaktionen nach dem Auftreten kritischer und traumatisierender Ereignisse.

### 2.3.3 Reaktionen auf kritische und traumatisierende Ereignisse

Wie eine Person reagiert ist stark von den sogenannten Moderatorvariablen, also der biologischen, soziographischen sowie psychologischen Konstitution, abhängig. Daher reagieren Menschen unmittelbar völlig unterschiedlich auf Notfälle und weisen unterschiedlichste kurz-, mittel- sowie langfristige Symptome auf. Neben den Moderatorvariablen beeinflussen u.a. auch situative Variablen, der Ausgang des Notfalls sowie das Verhalten der Helferinnen und Helfer sowie der Umwelt die Reaktion auf einen Notfall. Aufgrund dieser zahlreichen Einflussfaktoren kann keinesfalls von einer einheitlichen Reaktion auf bzw. einheitlichen Folgen von Notfällen ausgegangen werden (vgl. Lasogga & Münker-Kramer, 2009, S. 20 ff.). Abhängig ist die Reaktion von unterschiedlichen Belastungsfaktoren, die auf die Person einwirken. Diese Faktoren können in zwei Gruppen unterteilt werden (vgl. Lasogga & Frommberger, 2004, S. 15 ff.):

- Psychologische Belastungen: Hierbei kann zwischen individualpsychologischen Belastungen, also Belastungen, die unabhängig von anderen Personen belastend erlebt werden (z.B. Neuheit der Situation) und sozialpsychologischen Belastungen, welche durch die Interaktion mit anderen Menschen entstehen (z.B. Zeugen), differenziert werden.
- Physiologische Belastungen: Diese gliedern sich wiederum in interne, also Belastungen, die durch die Wahrnehmung der Reaktion des Körpers entstehen (z.B. Schmerzen), und externen Belastungen, die von außen auf die Person einwirken (z.B. Sinnesreize).

### 2.3.3.1 Der Notfallstress

Im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen wird häufig auch von Notfallstress oder traumatischem Stress gesprochen (vgl. Gerngroß, 2015, S. 27). Critical Incident Stress – also Stress, welcher durch ein belastendes Ereignis hervorgerufen wurde – führt zu einer Vielzahl von physischen, psychischen und emotionalen Symptomen sowie zu Verhaltensänderungen und dem Verlust von grundlegenden Glaubensüberzeugungen (vgl. Mitchell & Everly, 2005, S. 17).

Stress stellt dabei die direkte Reaktion des Körpers auf jegliche Form von Belastung oder Anforderung, denen ein Organismus ausgesetzt ist, dar und ruft eine physische und psychische Unruhe bei der betroffenen Person hervor. Belastungen, welche die Stressreaktion hervorrufen, werden als Stressoren bezeichnet. Je stärker der Stressor ist, desto stärker die Stressreaktion (vgl. Hausmann, 2010, S. 51; Mitchell & Everly, 2005, S. 16). Stressoren weisen folgende Charakteristika auf (vgl. Hannich, 2004, S. 5; Hausmann, 2010, S. 53):

- Hohe Intensität und geringe Bekanntheit
- Mangelnde Kontrollierbarkeit sowie Unausweichlichkeit
- Fehlende Vorhersehbarkeit
- Mehrdeutigkeit
- Beieinflusst durch äußere Einwirkungen

Der Ablauf der Stressreaktion beginnt mit dem Einwirken eines bzw. mehrerer Stressoren auf die betroffene Person. Dies führt dazu, dass von der bzw. dem Betroffenen eine Anpassungs- und Bewältigungsleistung erforderlich wird. Dabei werden die Stressoren einem inneren Bewertungsprozess unterzogen. Je negativer das Bewertungsergebnis ausfällt, desto stärker ist die Stressreaktion. Die Stressreaktion kann sich dabei sowohl körperlich, emotional, gedanklich als auch verhaltensbezogen äußern (vgl. Hausmann, 2010, S. 51 f.). Zur Bewältigung des Geschehens kommt es bei der be-

troffenen Person bereits während bzw. unmittelbar nach dem Ereignis zu einer Aktivierung aller psychologischen und physiologischen Reserven (vgl. Hannich, 2004, S. 5). In Abbildung 3 werden die zentralen Aspekte des Notfallstresses dargestellt.

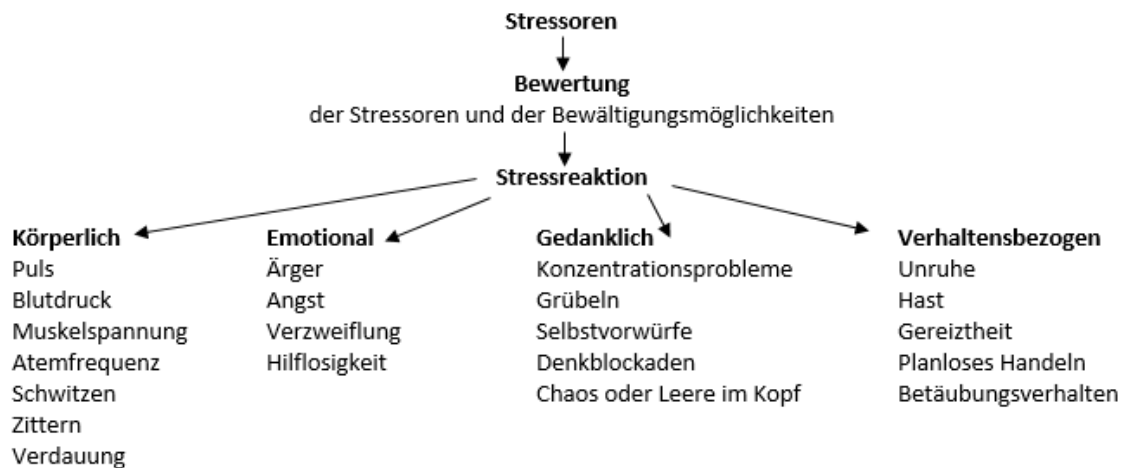


Abbildung 3 Stressoren und Stressreaktion (entnommen aus: Hausmann, 2010, S. 52)

Die in Abbildung 3 dargestellten Reaktionen stellen normale Reaktionen auf eine abnormale Situation dar. Die nachfolgenden Kapitel befassen sich vertiefend mit möglichen Reaktionen auf belastende Ereignisse.

### 2.3.3.2 Normale Reaktionen auf abnormale Situationen

Horowitz postulierte 1986 in seiner Stress- und Traumatheorie fünf aufeinander folgende Phasen der traumatischen Reaktion (vgl. Gergroß, 2015, S. 13 f.):

1. Peritraumatische Expositionsphase: Das traumatisierende Ereignis führt bei der betroffenen Person zu Informationsüberlastung und Aktivierung der Abwehrmechanismen.
2. Verleugnungsphase: Erinnerungen an das traumatische Ereignis werden in dieser Phase verdrängt.
3. Eindringen von Erinnerungsbildern: Das Verleugnen der traumatischen Situation ist nicht mehr möglich.
4. Durcharbeiten: In der vorletzten Phase setzt sich die bzw. der Betroffene mit dem Geschehenen und dessen Folgen auseinander.
5. Relativer Abschluss: Abschließend ist es der betroffenen Person möglich, sich an das traumatische Ereignis zu erinnern, ohne zwanghaft daran denken zu müssen.

Das Spektrum an akuten Reaktionen ist sehr breit gefächert und kann sich sowohl in Form von Verhalten, Gedanken und Emotionen äußern (vgl. Lasogga & Frommberger,

2004, S. 17 ff.). Die bzw. der Betroffene erlebt ein Gefühl von Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Versagen und innerer Gespanntheit. Das Erleben kann bis zu Angst, Panik und depressiver Verstimmung reichen (vgl. Gerngroß, 2015, S. 27). Festzuhalten ist, dass diese Reaktionen normale Reaktionen auf ein abnormales Ereignis darstellen (vgl. Marcker & Köllner, 2005, S. 218). In Tabelle 3 werden mögliche unmittelbare Reaktionen dargestellt.

Bereich	Häufige Reaktionen
Kognitiv	Verwirrung, Desorientierung, Sorgen
Emotional	Angst, Trauer, Traurigkeit, Ärger
Interpersonell	Rückzug, Erleben von Entfremdung, aggressives Verhalten
Physiologisch	Schock, Erschöpfung, Schmerzen, hohe Herzrate und Atemfrequenz

Tabelle 3 Mögliche unmittelbare Reaktionen (angelehnt an: Kröger, 2013, S. 7)

Durch das Empfinden starker Emotionen können durch kritische und traumatische Ereignisse Kurzschlusshandlungen, wie Gewalt, Kündigung aber auch Alkohol- und Drogenmissbrauch, bei der betroffenen Person ausgelöst werden (vgl. Gerngroß, 2015, S. 27). Die oben angeführten Reaktionen können einige Tage andauern und sollten nach maximal vier Wochen wieder abklingen (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 19).

Neben seinem Modell der traumatischen Reaktion postulierte Horowitz in einem Phasenmodell der Trauerreaktion vier Phasen der Trauer (vgl. Kersting et al, 2001, S. 303). Die vier Phasen der normalen Trauer werden in Tabelle 4 angeführt.

Phase	Normale Reaktionen
Heftige Affekte	Heftige Gefühle (u.a. Angst, Wut, Traurigkeit, Ärger)
Verleugnung	Meiden von Erinnerungen, sozialer Rückzug, emotionale Taubheit
Intrusion	Eindringliche positive, aber auch negative Erinnerungsbilder, die zu Konzentrationsstörungen führen können
Durcharbeiten	Vermeidende und intrusive Phänomene können wieder auftreten, erreichen jedoch nicht mehr die Intensität wie zuvor. Zunehmende Akzeptanz des Verlusts als Hinwendung zu aktuellen Lebensaufgaben.

Tabelle 4 Phasenmodell der Trauerreaktion nach Horowitz (angelehnt an: Kersting et al, 2001, S. 303)

Neben den angeführten unmittelbaren Reaktionen besteht die Möglichkeit, dass das traumatisierende Ereignis mittel- oder sogar langfristige Reaktionen verursacht. Seit Mitte der 1990er führt die Freiburger Forschungsgruppe Studien bei Arbeitsunfallopfern durch, welche aufzeigen, dass psychische Gesundheitsstörungen häufig Folgen von

Arbeitsunfällen sind (vgl. Angenendt et al, 2011, S. 56 f.). Anzeichen für das Bestehen psychischer Probleme können u.a. folgende Punkte sein (vgl. Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 99 f.):

- Sozialer Rückzug, Abbruch von Sozialkontakten sowie Misstrauen
- Unkontrolliertes, disziplinloses, aggressives Verhalten
- Außergewöhnliche Unruhe sowie Angespanntheit
- Vernachlässigung oder übertriebene Pflege von Körper, Kleidung oder Arbeitsplatz
- Abnehmende Arbeitsleistung, zunehmende Fehleranfälligkeit sowie häufige Fehlzeiten

Nachfolgendes Kapitel befasst sich daher mit der Definition und Klassifikation psychischer Störungen.

#### 2.3.3.3 Chronische Störungen nach traumatischen Ereignissen

Ehlers und Clark stellen in ihrem Modell die subjektive Bedeutung des Geschehens für die betroffene Person in den Mittelpunkt. Sie gehen davon aus, dass chronische Störungen nach einem traumatischen Ereignis dann entstehen, wenn die Person dieses als ernsthafte, aktuelle Bedrohung einordnet. Dabei sind zwei Faktoren zentral (vgl. Gerngroß, 2015, S. 16 ff.):

1. Bewertung des Traumas und der Folgen
2. Art der Erinnerung und dessen Verbindung zu früheren Ereignissen

In der ÖNORM EN ISO 10075 1 wird die psychische Belastung als „[...] Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ verstanden (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, o.J., S. 1). Wobei die psychische Beanspruchung gemäß ÖNORM „Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum [...]“ darstellt (vgl. Huber & Steurer, o.J., S. 7). Eine psychische Störung bezeichnet somit das erhebliche Abweichen von der Norm beim Erleben oder Verhalten der betroffenen Person, welches sowohl das Fühlen, Denken als auch Handeln beeinflussen kann. Weiters geht mit einer psychischen Störung seelisches Leid einher (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 37).

Das erste Modell zu psychischen Störungen erarbeitete Sigmund Freud bereits im 19. Jahrhundert (vgl. Köhler, 2012, S. 19 f.). Heute werden für die Klassifikation psychischer Störungen international die nachfolgenden zwei Systeme herangezogen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 43 ff.; Bun-



desministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b; Köhler, 2012, S. 13; Rudow, 2014, S. 103; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 11):

1. **Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**

Laut Definition nach DSM-IV-TR, welches von der American Psychiatric Association erarbeitet wurde, verursacht eine psychische Störung „[...] *in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen*“. Bei der Beschreibung der Diagnostik werden im DSM-IV bzw. V folgende Themenbereiche betrachtet: Diagnostische Merkmale, Subtypen und/oder Zusatzcodierungen, Besondere kulturelle Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenz, Verlauf, Familiäres Verteilungsmuster und Differenzialdiagnose.

2. **International Classification of Diseases (ICD)**

Im ICD-10, welches von der WHO ins Leben gerufen wurde, wird eine psychische Störung als „*klinisch erkennbarer Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten*“ definiert. Hinzu kommt, dass diese „*immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden*“ ist. Das hierarchische Klassifikationssystem der ICD-10 ordnet jede ICD-Klasse einen bis zu fünfstelligen Schlüssel zu, wobei die ersten drei Stellen eine grobe Bezeichnung der Diagnose ergeben, die vierte Stelle ergibt eine ausführliche Systematik und durch die fünfte Stelle wird gelegentlich eine Verfeinerung hinzugefügt. Nach ICD-10 werden psychische und Verhaltensstörungen der F-Klasse (Psychische und Verhaltensstörungen) zugeteilt. Eine weitere Zuteilung erfolgt in den Klassen G (Krankheiten des Nervensystems) sowie in Z (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen). In Österreich ist der adaptierte Diagnoseschlüssel ICD-10 BMG 2017 die aktuell für die Anwendung gültige Version. Tabelle 5 zeigt die Gruppierung der psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10.

<b>Schlüssel</b>	<b>Bezeichnung</b>
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 5 Psychische und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10 (angelehnt an: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b, S. 202 ff.)

Trotz Bemühungen die beiden Systeme während des Entstehungsprozesses aufeinander abzustimmen, unterscheiden sie sich wesentlich. Während für die Klassifikation nach DSM-IV bzw. V die forschungsorientierten Gesichtspunkte zentral waren, bemüht sich ICD-10 intensiver um die interkulturelle Perspektive und die Möglichkeit der weltweiten Anwendung (vgl. Saß et al, 2003). Im Vergleich zum ICD-10 beinhaltet das DSM-IV bzw. V speziellere und genauere diagnostische Kriterien. Während DSM-IV bzw. V strikte Definitionen beinhaltet, sind die Ausführungen im ICD-10 deutlich kürzer und allgemeiner gehalten. Somit weist ICD-10 eher einen Richtlinien- und DSM-IV bzw. V einen Vorschriftencharakter auf (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 41; Saß et al, 2003).

Sowohl DSM-IV bzw. V als auch ICD-10 beinhalten trauma- und belastungsbezogene Störungen. Ausschlaggebend für die Diagnose dieser Störungen ist, dass ein traumatisierendes oder stressreiches Ereignis kausal für das Auftreten der Störung ist (vgl. Falkai & Wittchen, 2014, S. 361). Obwohl es unterschiedliche Krankheitsbilder gibt, die diesem Kriterium entsprechen, wird aufgrund des Forschungsgegenstandes nachfol-

gend ausschließlich die akute Belastungsstörung bzw. –reaktion näher betrachtet. Diese stehen auch im Mittelpunkt der Forschung über die Folgen von Notfällen (vgl. Lasogga & Gasch, 2011, S. 56). Zu betonen ist, dass einzelne Symptome der akuten Belastungsreaktion zunächst eine natürliche Reaktion der menschlichen Psyche auf eine abnormale Situation darstellen und als solche noch keinen Krankheitswert haben. Es ist jedoch durchaus möglich, dass sie bereits auf eine Behandlungsbedürftigkeit hinweisen (vgl. Angenendt et al, 2011, S. 57).

a) Akute Belastungsstörung nach DSM-IV bzw. DSM-V

Zentral für die Diagnose einer akuten Belastungsstörung ist das Auftreten der Symptome für den Zeitraum von mindestens drei Tagen und bis zu einem Monat nach Auftreten des traumatisierenden Ereignisses. Das DSM unterteilt die Symptome einer akuten Belastungsstörung in fünf Kategorien: Wiedererleben, negative Affektivität, dissoziative Symptome, Vermeidung und erhöhtes Arousal. Beispiele für Symptome sind u.a. (vgl. Falkai & Wittchen, 2014, S. 384 ff.; 2015, S. 175 ff.):

- Angstreaktion, die das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses beinhaltet
- Wutreaktion, aggressive Ausbrüche sowie die Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden
- Schlafstörungen durch wiederkehrende, belastende Träume
- Verringerung des Energieniveaus und der Leistungsfähigkeit
- Flashbacks

Dauern die Symptome länger als vier Wochen an, wird eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. PTBS bezeichnet somit die verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis (vgl. Mitchell & Everly, 2005, S. 47).

b) Akute Belastungsreaktion (F43.0) nach ICD-10

Die akute Belastungsreaktion nach ICD-10 bezeichnet die vorübergehende psychische Störung eines psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf ein kritisches und traumatisierendes Ereignis. Das auslösende Ereignis ist dabei kausal für das Entstehen der Störung, d.h. ohne dieses wäre die Störung bei der betroffenen Person nicht aufgetreten (vgl. Köhler, 2012, S. 184). Für das Auftreten und den Schweregrad der akuten Belastungsreaktion spielen die individuelle Vulnerabilität sowie die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien eine zentrale Rolle (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b, S. 220). Zu beachten ist, dass bei der Entwicklungsausprägung

einer akuten Belastungsreaktion die individuell vorhandenen Ressourcen eine wichtige Rolle spielen. So nehmen eine bereits vor dem Eintreten des traumatisierenden Ereignisses vorhandene Erschöpfung sowie körperliche und psychische Vorerkrankungen wesentlichen Einfluss auf die Reaktion des Individuums (vgl. Wilk & Wilk, 2007, S. 59).

Als charakteristisches Symptom der akuten Belastungsreaktion wird ein Gefühl der Betäubung, das in Form einer Bewusstseinsengung auftritt und mit der Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, einhergeht, beschrieben. Das Spektrum der Symptome kann jedoch von Person zu Person stark variieren. Weitere mögliche Symptome der akuten Belastungsreaktion sind u.a. (vgl. Köhler, 2012, S. 184; Mitchell & Everly, 2002, S. 38):

- Flashbacks und Wiedererleben des belastenden Ereignisses
- Vermeidung von Personen, Orten oder Gegenständen, die mit dem traumatisierenden Ereignis in Verbindung stehen
- Angstsymptome, Unruhe sowie körperliche Fluchtreaktion

Im Allgemeinen klingen die Symptome innerhalb weniger Stunden oder Tage ab. Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine andere Diagnose in Betracht gezogen werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b, S. 220).

Wichtig ist, dass der Fokus der Betreuung nicht ausschließlich auf akut schwer belasteten Personen liegt. Bei vielen Personen treten psychische Symptome zeitversetzt auf. Durch frühzeitige Interventionen können jedoch viele psychische Störungen verhindert werden (vgl. Hausmann, 2006, S. 27).

In Tabelle 6 werden die Kennzeichen der akuten Belastungsstörung gemäß DSM-IV-TR und der akuten Belastungsreaktion gemäß ICD-10 gegenübergestellt.

Kriterien	DSM-IV	ICD-10
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet</li> <li>• Subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen</li> </ul>	<p>Außergewöhnliche seelische oder körperliche Belastung. Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F43.00 leicht nur Symptome aus Gruppe 1</li> <li>• F43.01 mittel Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome auf Gruppe 2</li> <li>• F43.02 schwer Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor (F44.2)</li> </ul>
Symptome	<p>Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dissoziation (min. 3)</li> <li>• Intrusion (min. 1)</li> <li>• Vermeidung emotionaler Taubheit</li> <li>• Vegetative Übererregung</li> </ul>	<p>Symptomgruppe 1:</p> <p>Min. vier von möglichen 22 Symptomen der Generalisierten Angststörung, davon eines der folgenden vegetativen Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz</li> <li>• Schweißausbrüche</li> <li>• Fein- oder grobschlägiger Tremor</li> <li>• Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)</li> </ul> <p>Symptomgruppe 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen</li> <li>Einengung der Aufmerksamkeit</li> <li>Offensichtliche Desorientierung</li> <li>Ärger oder verbale Aggression</li> <li>Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit</li> <li>Unangemessene oder sinnlose Überaktivität</li> <li>Unkontrollierbare oder außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen)</li> </ol>
Beginn der Störung	Innerhalb von vier Wochen	Innerhalb einer Stunde nach dem Ereignis
Dauer	Min. 2 Tage, max. 4 Wochen	Klingt innerhalb von 8 Stunden ab, bei bestehender Belastung innerhalb von 48 Stunden
Ausschlusskriterien	Nicht direkte Folge einer Substanz oder medizinischen Faktors, keine kurze Psychotische Störung, keine Verschlimmerung einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung.	Plötzliche Verschlechterung von prätraumatischen, bestehenden Symptomen, keine andere Angststörung, nicht zurückführbar auf körperliche Erkrankungen und psychotrope Substanzen.

Tabelle 6 Diagnostische Kriterien der akuten Belastungsstörung laut DSM-IV-TR bzw. akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 (entnommen aus: Kröger, 2013, S. 7 f.)

### Exkurs: Psychische Störungen am österreichischen Arbeitsmarkt

Psychische Belastungen und Erkrankungen sind für den österreichischen Arbeitsmarkt von zentraler Bedeutung. Umfragen haben ergeben, dass psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz zu den am häufigsten genannten gesundheitlichen Problemen von Erwerbstätigen zählen. Der Arbeitsklima-Index 2012 der Oberösterreichischen Arbeiterkammer (AK OÖ) hat ergeben, dass psychische Störungen einen höheren und umfassenderen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben als körperliche Erkrankungen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 107).

Der Fehlzeitenreport des WIFO zeigt auf, dass 2,5 % der Krankenstandsfälle 2015 in Österreich auf psychische Störungen sowie Verhaltensstörungen zurückzuführen sind. Zu beachten ist, dass psychische Krankheiten jedoch 9,4 % der Summe der Krankenstandstage ausmachen. Grund hierfür ist die überdurchschnittlich lange Dauer von 38,7 Tagen pro Anlassfall. Durch den jährlichen Fehlzeitenreport wird ersichtlich, dass ein Aufwärtstrend der psychischen Erkrankungen zu erkennen ist. Im Vergleich zu 2015 waren 2011 noch 2,2 % der Krankenstandsfälle auf psychische Störungen zurückzuführen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 47; Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2015, S. 16 f.).

Die vorangegangenen Kapitel zeigen, dass ein kritisches und traumatisierendes Ereignis am Arbeitsplatz bei betroffenen Personen ein umfangreiches Spektrum an Reaktionen auslösen kann, welche in Folge einen enormen Kostenfaktor für Unternehmen darstellen. Nun stellt sich die Frage, welche Verantwortung die Führungskräfte in diesem Zusammenhang tragen.

#### **2.3.4 Die Rolle der Führungskraft nach belastenden Ereignissen**

Während im normalen Berufsalltag die Führungsverantwortung insbesondere darin besteht, die Abteilung zu steuern, den Kommunikationsfluss sicherzustellen und die Zusammenhänge zu anderen Abteilungen und den Unternehmenszielen herzustellen, ändern sich die Aufgaben in Krisensituationen. Aufgrund der veränderten Situation verantwortet die Führungskraft insbesondere (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 27 f.):

- die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes und die Umsetzung von notwendigen Veränderungen und Maßnahmen (z.B. Aushilfen organisieren, außerordentliche Teambesprechungen einberufen).
- das Geben von Orientierung durch Vorgabe einer klaren Richtung.
- das Ausleben von aufkommenden Gefühlen wie Angst und Trauer.
- die Beantwortung von Fragen und transparente Kommunikation der Ereignisse.

- die Überwachung, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach dem Ereignis nicht überfordert werden.

Es wird ersichtlich, dass das Führungsverhalten von Vorgesetzten maßgeblichen Einfluss auf das Überwinden von schwierigen Situationen im organisationalen Umfeld hat. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen das Gefühl, dass die Führungskraft die Situation beherrscht, um Sicherheit und Vertrauen zu fühlen. Sie müssen wissen, dass sie in dieser schwierigen Situation nicht sich selbst überlassen sind und ihre Führungskraft hinter ihnen steht (vgl. Illes et al., 2015, S. 83). Das Auffangen der betroffenen Personen in einem tragfähigen sozialen Netzwerk wirkt sich grundsätzlich positiv auf die Bewältigung der Krise aus und trägt dazu bei, dass diese größtenteils ohne professionelle Unterstützung bewältigt werden kann (vgl. Stein, 2009, S. 29). Um die Reaktion von Kolleginnen und Kollegen bestmöglich abschätzen zu können, ist die Betrachtung wie einschneidend das Ereignis für die jeweiligen Personen ist, wesentlich. Dabei muss die Führungskraft beachten, dass jede Person einen eigenen Maßstab für die Beurteilung der Situation hat (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 25 f.). Bei traumatisierenden Ereignissen am Arbeitsplatz nimmt die Unterstützung, die seitens der Führungskraft gegenüber betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesetzt wird, somit eine zentrale Bedeutung ein und beeinflusst den Überwindungs- und Erholungsprozess Betroffener beträchtlich. Wichtig ist dabei, dass auf die Bedürfnisse und Problemstellungen, die durch das traumatisierende Ereignis hervorgerufen wurden, eingegangen und seitens der Führungskraft keine Abwehrhaltung eingenommen wird (vgl. Gerngroß, 2015, S. 43).

In einer 2006 durchgeführten Studie bei der britischen Post wurden folgende Unterstützungspunkte nach berufsbedingten traumatisierenden Ereignissen von den Probandinnen und Probanden als positiv empfunden (vgl. Hausmann, 2010, S. 239):

- Umgehende Reaktion sowie Unterstützung durch die Führungskraft
- Vermeidung von Standardfloskeln
- Praktische Hilfe
- Nachsorge in den folgenden Tagen und Wochen nach dem Ereignis

Für das erfolgreiche Überwinden der Krise im organisationalen Umfeld ist aber auch wesentlich, dass die Führungskraft die eigenen Grenzen erkennt, insbesondere dann, wenn sie durch eigene Empfindungen betroffen ist. Gegebenenfalls sollte zur Überwindung der Krise professionelle psychologische Unterstützung hinzugezogen werden (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 37; Siggelkow, 2010, S. 37). Als Merksatz für das Setzen der richtigen Handlungsschritte kann das vom Bundesverband der Angehörigen

Psychisch Kranker e.V. und dem BKK Bundesverband konzipierte H-I-L-F-E-Konzept herangezogen werden (vgl. Riechert, 2015, S. 141; Wissmann, 2016, S. 90 ff.):

- **Hinsehen:** Die Veränderung bei der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter wahrnehmen.
- **Initiative ergreifen:** Die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter auf die Auffälligkeit ansprechen.
- **Leitungsfunktion wahrnehmen:** Mit der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter Vereinbarungen über die nächsten Schritte treffen.
- **Führungsverantwortung:** Die betroffene Person mit Aufgaben in den Arbeitsprozess einbinden.
- **Experten hinzufügen:** Unterstützung durch interne oder externe Expertinnen bzw. Experten holen.

Zur Wiederherstellung des Gleichgewichts nach dem Erleben von kritischen und traumatisierenden Ereignissen gibt es einige unterschiedliche Interventionen. Welche Interventionsform nötig ist, hängt von der Kombination und Ausprägung der Belastungen und der Moderatorvariablen ab (vgl. Lasogga, 2014, S. 106). Nachfolgend werden unterschiedliche Interventionsmethoden näher betrachtet.

## **2.4 Methoden der Intervention**

Passiert in einem Unternehmen ein Notfall ist jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter zumindest mittelbar betroffen. Die subjektive Betroffenheit der einzelnen Personen wird durch die räumliche, zeitliche, persönliche und emotionale Nähe verstärkt. Je kleiner die Organisation, desto größer die Betroffenheit. Institutionelle Stabilisierungsmaßnahmen sind u.a. insbesondere dann zu setzen, wenn der Notfall direkt am Arbeitsplatz passiert, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter verletzt oder gar getötet werden, die Belegschaft betroffen und normalen Arbeitsabläufe des Betriebes gestört sind (vgl. Hausmann, 2016, S. 299 f.).

Rasches und sicheres Vorgehen kann eine bessere Verarbeitung des Geschehenen ermöglichen und zur nachhaltigen Stabilisierung der aus dem Gleichgewicht geratenen Psyche beitragen (vgl. Hausmann, 2014, S. 235). Die Wahrscheinlichkeit, dass betroffene Personen aktiv Hilfe suchen, ist bei akuten Krisen sehr hoch, während diese Bereitschaft bei chronischen Krisen stetig abnimmt (vgl. Gerngroß, 2015, S. 27). Die Maßnahmen nach dem Auftreten von belastenden Ereignissen können in drei Gruppen unterteilt werden. Die Gliederung orientiert sich an den drei Phasen, in der sich Betroffene nach kritischen und traumatischen Ereignissen befinden können: Akutphase,



Stabilisierungsphase sowie Weiterbetreuung und Therapie. Die einzelnen Unterstützungsformen greifen dabei wie Glieder einer Kette ineinander (vgl. Hausmann, 2006, S. 20 f.; 2014, S. 237). In Abbildung 4 wird die zeitliche Abfolge der Hilfestellungen nach Notfällen dargestellt.

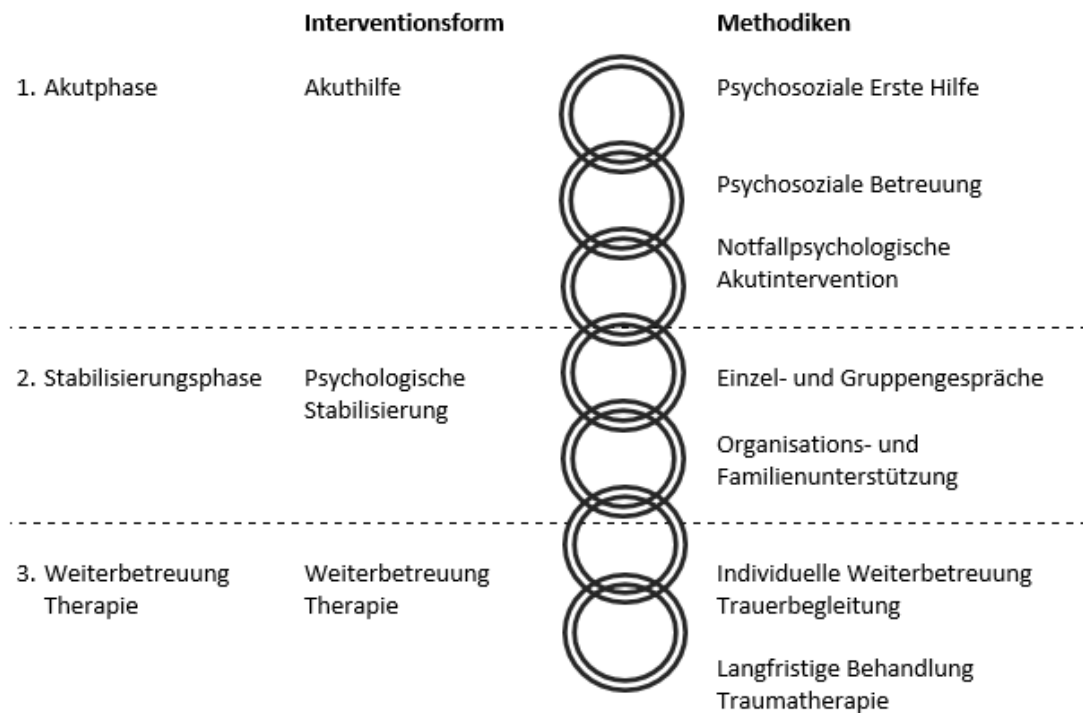


Abbildung 4 Interventionen nach Notfällen und traumatischen Ereignissen (angelehnt an: Hausmann, 2014, S. 238)

In der ersten Phase werden Interventionen der notfallpsychologischen Akuthilfe, welche auf die Unterstützung der individuellen Bewältigungsstrategien der betroffenen Person abzielen, gesetzt. Diese Maßnahmen kommen innerhalb der ersten Stunden bzw. Tage nach dem Auftreten des Ereignisses zum Einsatz. Sind die Maßnahmen der Akutbetreuung nicht ausreichend gewesen und wird weitere Hilfe benötigt, werden Tage bzw. Wochen nach dem Notfall Maßnahmen der psychologischen Stabilisierung gesetzt. Ziel dieser Interventionen ist es, das Auftreten psychischer Folgestörungen zu verhindern. Sollte die bzw. der Betroffene darüber hinaus langfristige Hilfe benötigen, kommt Monate oder gar Jahre nach dem traumatisierenden Ereignis die individuelle Weiterbetreuung oder Therapie zum Einsatz. Diese Formen der Intervention sind dann erforderlich, wenn sich aufgetretene Folgesymptome manifestieren oder gar psychische Störungen auftreten (vgl. Hausmann, 2014, S. 237).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Schwerpunkte der notfallpsychologischen Interventionen innerhalb der Akuthilfe, psychologischen Stabilisierung sowie Weiterbildung und Therapie auf.

	<b>Notfallpsychologische Akutintervention</b>	<b>Psychologische Stabilisierung</b>	<b>Weiterbildung, Therapie</b>
<b>Zielgruppe</b>	Primär- und Sekundärbetroffene	Stark Betroffene und ihre Angehörigen; professionelle und freiwillige Helfer	Personen mit anhaltender Traumabelastung
<b>Leitsymptome</b>	Sehr heftige Reaktionen, gefährliches Verhalten, anhaltende Dissoziation, Dekompensation	Anhaltende emotionale Belastung, Veränderungen, somatische Beschwerden	Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Übererregung, emotionale Taubheit
<b>Zeitrahmen</b>	Stunden, manchmal Tage nach dem Ereignis	Tage bis Wochen nach dem Ereignis	Wochen/Monate/Jahre nach dem Ereignis
<b>Umfang</b>	Meist 1 bis 3 Gespräche	Meist 3 bis 5 Gespräche	So lange wie nötig bzw. gewünscht
<b>Ziele</b>	Rasche Reduktion der akuten Symptome, Wiedergewinnung der Handlungsfähigkeit oder Weiterleitung/Überweisung	Normalisierung, das Notfallerebten innerlich abschließen, wieder „Boden unter den Füßen bekommen“, die tägliche Routine wieder aufnehmen können	Behandlung von PTBS und anderen Folgestörungen, Aufarbeitung der indirekten Traumafolgen, Trauerbegleitung
<b>Vorgehen</b>	Aktiv, direktiv	Strukturierend, informierend	Zusammenarbeitend, fördernd
<b>Fokus</b>	Im Hier und Jetzt	Bewusste Verarbeitung der Ereignisse und Reaktionen, Rückkehr zur Normalität	Bewusste und unbewusste Prozesse
<b>Voraussetzung</b>	Bereitschaft zur Kommunikation	Das Ereignis muss definitiv vorbei sein	Glaubhafter Schutz vor einer Wiederholung der traumatischen Situation

Tabelle 7 Schwerpunkte der notfallpsychologischen Interventionen (entnommen aus: Hausmann, 2016, S. 113).

Je nach Ausmaß der Auswirkungen auf die betroffene Person kann die Unterstützung auf drei Ebenen erfolgen (vgl. Hausmann, 2006, S. 20 f.; 2014, S. 239 f.; 2016, S. 31; Maercker et al, 2009, S. 137):

1. Einfache soziale Unterstützung: Diese bezeichnet das „Da-Sein“ eines Menschen für eine betroffene Person. Sie stellt die einfachste Form der Unterstützung dar und kann praktisch von jedem Menschen geleistet werden.

2. Psychosoziale Betreuung: Diese Form der Unterstützung erfolgt durch Personen, die speziell geschult sind und über die notwendige Erfahrung verfügen.
3. Spezifisch-professionelle Hilfe: Die dritte Ebene stellt die spezifischste Form der Unterstützung dar und bedarf somit einer umfangreichen Ausbildung der durchführenden Personen.

Ein psychologischer Notfall bedarf einer möglichst frühzeitigen und gleichzeitig qualifizierten sowie strukturierten Notfallversorgung (vgl. Wilk & Wilk, 2007, S. 89 f.). Oberstes Ziel beim Einsatz von Interventionsmaßnahmen in Akut- und Krisensituationen ist das „Normalisieren“ (vgl. Stägel, 2014, S. 21). Grundsätzlich ist es bei der Unterstützung sowie Behandlung von krisenbetroffenen Personen nicht möglich, standardisierte Handlungsweisen und Interventionsformen bestimmten Krisentypen zuzuordnen. Die Auswahl der Methoden bedarf immer einer individuellen Prüfung, da die subjektive Bedeutung, die die betroffene Person der Krise zuordnet, von zentraler Bedeutung für die erforderliche Vorgehensweise ist (vgl. Kunz et al, 2009, S. 182). Nachfolgend werden die Methodiken der Akuthilfe näher betrachtet.

#### **2.4.1 Die Psychosoziale Erste Hilfe**

Die Psychologische Erste Hilfe stellt eine schnelle psychosoziale Soforthilfe dar, welche in der Regel direkt am Ort des traumatisierenden Geschehens erfolgt. Sie zielt auf die rasche Aufhebung bzw. Linderung der psychischen Not der betroffenen Person ab. Im Rahmen der Versorgungsmaßnahmen können beispielsweise folgende Handlungen erfolgen (vgl. Wilk & Wilk, 2007, S. 90 ff.):

- Medizinische Versorgung durch eine Notärztin bzw. einen Notarzt
- Begleitung zu Betriebsärztin oder -arzt
- Begleitung zu einer Person mit notfallpsychologischer Kompetenz zur weiteren psychotherapeutischen Akutversorgung

Psychologische Erste Hilfe stellt das Bindeglied zwischen Auftreten des traumatischen Ereignisses und – wenn erforderlich – dem Einsatz notfallpsychologischer Interventionen dar und garantiert somit eine lückenlose Rettungskette. Daher gehen Maßnahmen der Psychologischen Erste Hilfe und der Notfallpsychologie in der Akutversorgung größtenteils nahtlos ineinander über (vgl. Wilk & Wilk, 2007, S. 91 ff.).

In der Regel werden Notfallopfer zu Beginn von Laien betreut. Für Laien gibt es vier Basisregeln (4-S-Regeln) für die Psychosoziale Erste Hilfe, welche sie bei der Erstversorgung anwenden sollten (vgl. Lasogga, 2014, S. 107 f.; Lasogga & Gasch, 2004, S. 48 f.):

- **Sage**, dass du da bist - Informationen über eigene Person liefern und Hilfeleistung darlegen
- **Schirme** die verletzte Person vor Zuschauerinnen und Zuschauern ab
- **Suche** und biete vorsichtig Körperkontakt
- **Spreche** und höre zu

Weiters haben sie drei „Todsünden“ im Umgang mit Unfallopfern identifiziert. Demzufolge sollten in dieser Situation keinesfalls Vorwürfe gemacht, keine furchterzeugenden Diagnosen gemacht und furchterregende Signalwörter verwendet sowie über Schuld und Verantwortung diskutiert werden (vgl. Lasogga & Gasch, 2004, S. 53).

### **2.4.2 Die Akutintervention**

Die Akutintervention dient dazu, die Bewältigungsmöglichkeiten und somit die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person nach kritischen Ereignissen wieder herzustellen (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 13). Akutintervention bezeichnet somit die rasche und akute psychologische Unterstützung von Betroffenen nach dem Erleben von traumatisierenden Ereignissen. Sie weist folgende Merkmale auf (vgl. Mitchell & Everly, 2005, S. 18):

- **Unmittelbarkeit:** Die Akutintervention stellt eine frühzeitige Intervention dar
- **Nähe:** Die Interventionen erfolgen in direkter Nähe zum Ort des Geschehens
- **Erwartung:** Die Interventionen dienen lediglich zur Stabilisierung bzw. Linderung der Symptome, nicht der Heilung
- **Einfachheit:** Die Interventionsstrategien sind durch einfache, unkomplizierte und konkrete Inhalte gekennzeichnet
- **Kürze:** Die Intervention dauert nur kurz an (meist ein bis drei Kontakte)

Till (2011) identifizierte weiters folgende allgemeinen Prinzipien:

- **Kontakt- und Beziehungsaufbau** als zentraler Aspekt
- **Aktiver Interventionsstil**
- **Lösungs- und Ressourcenorientierung**
- **Emotional Entlastung**
- **Anpassung des Vorgehens** an die jeweilige Krisenphase und die einhergehende Reaktion der bzw. des Betroffenen

Maßnahmen der Akutintervention werden dabei in akuten Phasen psychosozialer Krisen oder nach akuten Traumatisierungen gesetzt. Dabei stehen beratende sowie psychotherapeutische Gespräche im Zentrum. Praktische und medizinische Hilfen sind

allerdings ebenso Bestandteil der Hilfeleistung wie das Einbeziehen von Angehörigen (vgl. Stein, 2012, S. 107).

#### 2.4.2.1 Zielsetzung der Akutintervention

Ziel der Akutintervention ist es, den psychischen Zustand von betroffenen Personen zu stabilisieren sowie akute Symptome von Stressbelastung zu reduzieren (vgl. Mitchell & Everly, 2002, S. 18; Till, 2011, S. 4). Dabei ist es essentiell akute Gefährdungen zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu initiieren, um die (körperliche) Unversehrtheit der betroffenen Person sowie von dessen Umfeld zu gewährleisten. Aufgrund des Schweregrades der Situation ist eine rasche Bekämpfung der Symptome wesentlich. Das Minimalziel ist somit, die bzw. den Betroffenen soweit zu stabilisieren, dass der Alltag wieder bewältigbar erscheint. Hierzu müssen das Selbstwertgefühl sowie die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wieder hergestellt werden (vgl. Stein, 2012, S. 107). Till (2011) führt weiters an, dass es wesentlich ist, Betroffenen zu vermitteln, dass jede Krise auch eine Chance zur Weiterentwicklung darstellt.

Gemäß Hausmann (2016) beziehen sich die übergeordneten Ziele der Akutintervention auf folgende fünf Ebenen:

- Körperlich (Überleben sichern und die Gesundheit erhalten bzw. wiederherstellen)
- Emotional (Gefühle ausdrücken und Fassung wiedererlangen)
- Gedanklich (Entscheidungsfähigkeit wiedergewinnen, das Ereignis und dessen Ursachen und Folgen verstehen)
- Verhaltensbezogen (Handlungsfähigkeit erlangen und an die veränderte Situation anpassen)
- Sozial (Funktionsfähigkeit der sozialen Systeme wieder herstellen)

Alle Maßnahmen, welche zur Bewältigung einer akuten oder chronischen psychischen Krise beitragen, zählen zur Akutintervention. Diese können sowohl psychologischer wie psychiatrischer als auch pflegerischer oder sozialarbeiterischer Art sein (vgl. Hausmann, 2006, S. 30). Zentrales Kennzeichen für Krisen und die jeweilige Intervention stellt die zeitliche Begrenzung dar. Empirische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass die kurze Zeitspanne der Akutintervention von sechs bis acht Wochen meist nicht ausreichend ist. Während sich die Krisenintervention auf die Betreuung in der Akutphase beschränkt, gehen die Interventionen der Notfallpsychologie neben der notfallpsychologischen Akutintervention auch über eine Akutbetreuung hinaus (vgl. Maercker et al, 2009, S. 136 ff).

#### 2.4.2.2 Ablauf der Akutintervention

Der Ablauf in der Akutintervention unterteilt sich in vier Schritte. Diese werden nachfolgend dargestellt (vgl. D'Amelio, Archonti, Falka & Pajonk, 2006, S. 198):

1. Beurteilung der Situation und der Befindlichkeit

Im ersten Schritt werden die unmittelbaren internen sowie externen Faktoren der Krise ermittelt. Dabei liegt der Fokus auf den aktuellen Schwierigkeiten. Bei Bedarf werden bibliografische Daten ebenfalls herangezogen. Essentiell in dieser Phase ist die Einschätzung der Möglichkeit der Selbst- sowie Fremdgefährdung.

2. Planung der Intervention

Die Maßnahmen müssen kurzfristig umsetzbar sein und zur unmittelbaren Stabilisierung der betroffenen Person führen. Dabei müssen die individuellen Ressourcen sowie das soziale Umfeld einbezogen werden.

3. Durchführung der Intervention

Ziel ist die Verminderung der Symptome sowie die ausreichende Stabilisierung der betroffenen Person.

4. Abschluss der Intervention

In der letzten Phase erfolgt eine Bewertung sowie eine Planung weiterer Handlungsschritte, wenn diese erforderlich sind.

Welche Interventionsmöglichkeiten bei der Durchführung möglich sind, wird nachfolgend erörtert.

#### 2.4.2.3 Interventionsmöglichkeiten

Bei der Betreuung von Betroffenen kann zwischen zwei Formen unterschieden werden (vgl. Kunz et al, 2009, S. 191 ff.):

1. Akutintervention als Versorgungsmodell

Die Intervention wird in Organisationen durchgeführt, welche unterschiedliche Anliegen vorbringen können. Hierzu zählen beispielsweise Prävention, Information, Entlastung, Fachberatung und Fortbildung.

2. Akutintervention als Handlungsmodell

In der Literatur sind unterschiedliche Modelle zu finden. Nachfolgend werden die Handlungsmodelle von Ciompi (1993) sowie Sonneck (2000) und das Notfallpsychologische BASIS-Konzept dargestellt (vgl. Kunz et al, 2009, S. 194 ff.):

- a) Das Handlungsmodell nach Ciompi (1993) fokussiert auf die Problembearbeitung und umfasst folgende Schritte:
- Den Krisenanlass verstehen
  - Eine Krisendefinition erarbeiten
  - Gefühle ausdrücken
  - Gewohnte Bewältigungsstrategien reaktivieren
  - Neue Lösungen suchen
  - Abschließend Rückblicken und Bilanz ziehen
- b) Das Handlungsmodell nach Sonneck (2000) trägt die Bezeichnung BELLA und umfasst folgende Elemente:
- **B**eziehung aufbauen
  - **E**rfassen der Situation
  - **L**inderung der Symptomatik
  - **L**eute einbeziehen, die unterstützen
  - **A**nsatz der Problembewältigung
- c) Das sogenannte Basis-Modell der Notfallpsychologie bietet eine gute Orientierung für den Umgang mit betroffenen Personen. Dieses Modell beinhaltet die folgenden fünf Komponenten (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2016; Stagl, 2014, S. 20):
- **B**indung aufbauen: Eine vertrauensvolle Atmosphäre durch Wertschätzung und echtes Interesse erzeugen.
  - **A**nerkennen: Das Geschehene muss akzeptiert und soll nicht schönge-redet werden.
  - **S**truktur: Betroffene sind nicht eigenständig in der Lage die notwendigen Schritte einzuleiten. Sie benötigen Halt und Unterstützung.
  - **I**nformation: Besprechung der weiteren Vorgehensweise. Dabei sollen auch Ängste und Sorgen thematisiert werden.
  - **S**icherstellen von Auffangnetzen: Das Umfeld soll mit einbezogen werden. Am besten ist eine Unterstützung durch vertraute Personen, sofern diese dazu im Stande sind. Wichtig ist, dass betroffene Personen Geborgenheit erfahren und nicht alleine gelassen werden.

Nachfolgend wird das Critical Incident Stress Management (CISM), welches ein integriertes und umfassendes Programm für psychologische Krisen- und Notfalldienste darstellt und mehrere Teile umfasst, näher betrachtet.

### **2.4.3 Critical Incident Stress Management (CISM)**

Nach dem Ende der Akutphase kommen die Maßnahmen der psychologischen Stabilisierung zum Tragen. Hierbei stellt das Critical Incident Stress Management, kurz CISM, das umfangreichste und weit verbreiteteste System dar (vgl. Hausmann, 2011, S. 4). Oberstes Ziel der Methoden des CISM ist es, Posttraumatische Belastungsstörungen weitestgehend vorzubeugen. Im Speziellen zielt es darauf ab, die Häufigkeit und Dauer sowie den Schweregrad von traumatischem Stress und die Beeinträchtigungen, die aus Krisensituationen entstehen, zu reduzieren. Bereits in den 1980er Jahren wurde festgestellt, dass durch die frühzeitige Intervention bei Traumaopfern die Prognosen günstiger und die Nachsorge- und Behandlungskosten geringer ausfallen. Die CISM-Interventionen werden daher frühzeitig, oft bereits wenige Stunden nach Eintreten des belastenden Ereignisses, eingeleitet (vgl. Mitchell & Everly, 2002, S. 25; 2005, S. 67).

#### **2.4.3.1 Zielsetzung**

Nach Mitchell und Everly umfasst CISM u.a. folgende Hauptziele (vgl. Maercker et al, 2009, S. 140):

- Anhaltende Reduktion der auftretenden Reaktionen
- Informationsaustausch zur Sicherstellung eines einheitlichen Wissenstandes
- Normalisierung von Empfindungen und Reaktionen
- Einschätzung, ob und inwiefern weitere Unterstützung notwendig ist
- Bei Bedarf Vermittlung von weiterer Hilfestellung durch geeignete Personen

Die in der Akutintervention gängigsten Interventionen zur Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen werden im nächsten Kapitel erörtert.

#### **2.4.3.2 Interventionsformen**

Folgende Maßnahmen bieten eine systematische psychologische Unterstützung von Helferinnen und Helfern sowie Einsatzkräften nach traumatischen Ereignissen. Alle CISM Maßnahmen sind strukturierte Interventionen mit einem Anfang und Ende und bringen somit Struktur in das Chaos, das häufig nach kritischen Ereignissen auftritt (vgl. Hausmann, 2010, S. 239 f.):

- Vorbereitung auf kritische Ereignisse (Schulungen und Trainings)
- Individuelle Krisenintervention während des Einsatzes
- Demobilisierung am Ende des Einsatzes
- Defusing
- Debriefing (CISD)



- Familienunterstützung
- Nachsorge und Überweisung

Abbildung 5 zeigt die Abfolge der CISM-Interventionen anhand der zeitlichen Lage vor, während und nach Auftreten der Krise.

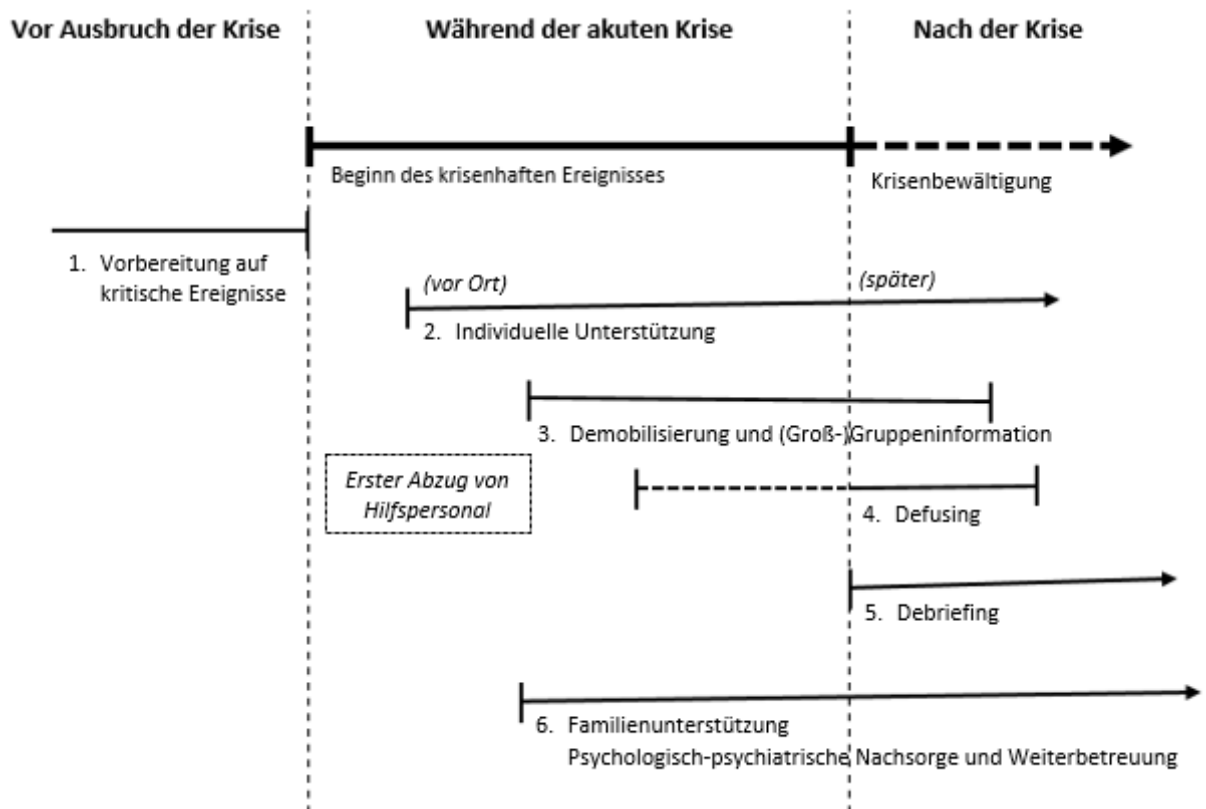


Abbildung 5 Zeitliche Gliederung der CISM-Interventionen (entnommen aus: Mitchell & Everly, 2002, S. 28)

Die Vorbereitung auf kritische Ereignisse und die präventive Aufklärung über potentielle Reaktionen nach belastenden Ereignissen ist essentiell, um beim Eintreten des Ernstfalles die richtige Hilfeleistung gewähren zu können. Hierzu ist es erforderlich, dass die möglichen menschlichen Stressreaktionen verstanden und potentielle auftretende Stressfaktoren erkannt werden. Ebenfalls erforderlich ist es, mögliche Reaktionen einschätzen zu können. Des Weiteren ist es von zentraler Bedeutung, die Wichtigkeit eines sozial unterstützenden Umfeldes zu kennen und den Aufbau und Erhalt dessen zu gewährleisten (vgl. Appel-Schumacher & Helmes, 2004, S. 103). Nachfolgend werden drei ausgewählte CISM-Maßnahmen der Einzel- bzw. Gruppenintervention, welche nach Auftreten des Ereignisses angewandt werden, näher betrachtet.

## 1. SAFER-Modell

Das SAFER-Modell stellt eine Intervention bei Einzelpersonen dar. Dieses kann entweder direkt vor Ort oder zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Das Modell zielt darauf ab, die akute Stressbelastung zu reduzieren und ist dabei in fünf Schritte unterteilt. Tabelle 8 zeigt die einzelnen Gesprächsphasen des SAFER-Modells inklusive Zielsetzung sowie Interventionsform (vgl. Brückner, 2005, S. 24; Hausmann, 2016, S. 314 ff.; Mitchell & Everly, 2002, S. 78 f.).

Phase	Intervention	Ziel
Situation stabilisieren	Den Betroffenen von den Stressoren wegbringen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die emotionale Eskalation abschwächen</li> <li>Den aktuellen psychischen Zustand einschätzen</li> </ul>
Erzählen lassen	Den Betroffenen beschreiben lassen, was passiert ist und was seine persönliche Reaktionen sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zur emotionalen Entlastung ermutigen</li> <li>Erregung reduzieren</li> <li>Ein Gefühl der Sicherheit vermitteln</li> </ul>
Verstehen fördern	Die Reaktionen normalisieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zur rationalen Informationsverarbeitung zurückkehren</li> <li>Den Betroffenen die Symptome als normale Reaktion sehen lassen</li> </ul>
Plan machen	Techniken des Stress- und Krisenmanagements in Erinnerung rufen, einen sofort umsetzbaren Plan entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Momentane und kurzfristige Bewältigung verbessern</li> <li>Ressourcen aktivieren</li> </ul>
Rückkehr in eine Funktion oder Weiterleitung	Aktuelle Funktionsfähigkeit beurteilen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeits- und Funktionsfähigkeit wiedererlangen</li> <li>Weitere Hilfe bereitstellen</li> </ul>

Tabelle 8 Das SAFER-Gespräch (entnommen aus: Hausmann, 2010, S. 250)

Neben dem SAFER-Modell als Einzelintervention, werden nachfolgend zwei weitere Interventionsmaßnahmen, welche für Gruppengespräche konzipiert sind, betrachtet.

## 2. Debriefing (CISM-Nachbesprechung)

Beim Critical Incident Stress Debriefing (CISD) handelt es sich um ein strukturiertes Gruppengespräch. Der Ablauf des Gesprächs setzt sich aus sieben

Phasen zusammen. CISD dient zur Aufarbeitung des Ereignisses und der damit einhergegangenen Folgen sowie zum inneren Abschließen mit dem traumatischen Geschehen (vgl. Hausmann, 2010, S. 258 ff.). Abbildung 6 zeigt die sieben Gesprächsbestandteile auf.

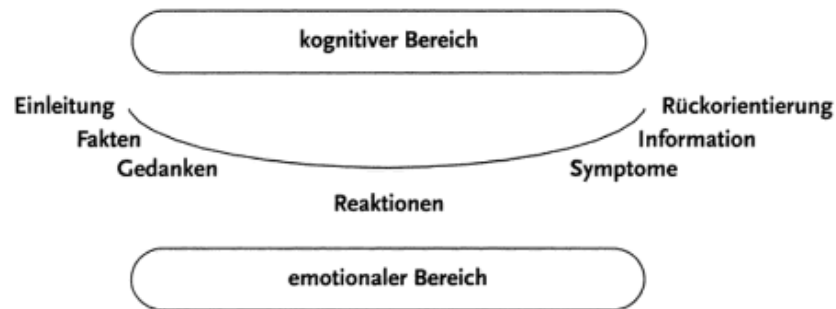


Abbildung 6 Der Debriefing-Prozess (entnommen aus: Hausmann, 2010, S. 264)

Zu Beginn des Gesprächs werden der Ablauf sowie die Grundregeln erklärt. Im Anschluss erzählt jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer das traumatische Ereignis aus ihrer bzw. seiner Sichtweise. In Phase drei schildern die anwesenden Personen ihre persönlichen Gedanken zum Geschehen, um in Anschluss die jeweils individuell schlimmste Situation zu thematisieren. Im nächsten Gesprächsabschnitt werden aufgetretene Stressbelastungen besprochen. Darauf folgend werden mögliche Bewältigungsmethoden erörtert. Abschließend wird in der siebenten und letzten Gesprächsphase der Blick in Richtung Zukunft gerichtet, um bei Bedarf weitere Handlungsschritte zu setzen (vgl. Brückner, 2005, S. 26; Hausmann, 2010, S. 265; Mitchell & Everly, 2002, S. 85 ff.).

### 3. Defusing (CISM-Kurzbesprechung)

Defusing stellt ebenfalls ein strukturiertes Gespräch in einer Kleingruppe dar, ist im Gegensatz zum CISD jedoch flexibler und gliedert sich lediglich in drei Phasen. Ziel des Gesprächs ist wiederum die Reduktion psychischer Anspannung durch emotionale Entlastung. Zusätzlich zeigt das Gespräch den Beteiligten auf, dass sie nicht alleine in dieser Situation sind. Dabei gliedert sich das Gespräch in folgende Abschnitte (vgl. Hausmann, 2010, S. 255; Maercker et al, 2009, S. 142 f.; Mitchell & Everly, 2002, S. 84 f.):

- a) Einleitung: Grund und Ziel des Gesprächs werden mitgeteilt
- b) Exploration: Das kritische Ereignis und die damit einhergegangenen Reaktionen werden exploriert

- c) Information: Grundlagen des Stresskonzepts sowie mögliche psychische Folgen werden erörtert sowie Bewältigungsmöglichkeiten erhoben

Durch das Defusing kann es bereits zu einem inneren Abschluss mit dem Stresserlebnis kommen. Für emotional stark betroffene Personen ist dieses Gespräch alleine jedoch nicht ausreichend (vgl. Brückner, 2005, S. 25 f.; Marcker et al, 2009, S. 143).

Zu beachten ist, dass CISM-Maßnahmen keinesfalls als Ersatz für Psychotherapie oder andere Formen der langfristigen Betreuung eingesetzt werden können (vgl. Hausmann, 2010, S. 242).

#### **2.4.4 Rehabilitation und Wiedereingliederung am Arbeitsplatz**

Wie bereits in Kapitel 2.3.1 angeführt, bezeichnet die Rehabilitation alle Maßnahmen, die dazu beitragen, dass die Leistungsfähigkeit einer betroffenen Person wieder in jenem Ausmaß hergestellt wird, dass sie am beruflichen, wirtschaftlichen sowie sozialen Leben teilhaben kann. Dabei zielt die Rehabilitation sowohl auf die körperliche, geistige sowie psychische Gesundheit ab. Die Maßnahmen der Rehabilitation können in zwei Arten unterteilt werden (vgl. ASVG BGBl. Nr. 189/1955 idF: BGBl. II Nr. 260/2016; Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2016, S. 20 ff.; Pensionsversicherungsanstalt, 2017, S. 1 ff.):

1. Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Ziel der Maßnahmen ist es, eine eingetretene Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit oder eine drohende Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und die Wiedereingliederung im Berufsleben zu ermöglichen. Es soll der betroffenen Person ermöglicht werden, in den alten Beruf zurückzukehren oder – wenn dies nicht möglich ist – einen neuen Beruf zu erlernen. Dabei ist jedenfalls die Zumutbarkeit unter Berücksichtigung der psychischen sowie physischen Eignung für die Wiedereingliederung zu berücksichtigen. Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation reichen von Arbeitstrainingsmaßnahmen und Lehr- und Schulausbildungen über Adaption der Arbeitsplatzausstattung bis hin zur Darlehensgewährung zur Gründung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit.

2. Maßnahmen der sozialen Rehabilitation

Alle weiteren Maßnahmen, die über die medizinische und berufliche Rehabilitation hinausgehen, zählen zur sozialen Rehabilitation. Diese Maßnahmen sollen zur Erreichung und Sicherung der Rehabilitationsziele beitragen. Beispiele hierfür sind u.a. die Adaptierung von Wohnräumen und die Übernahme der Trans-

portkosten zwischen Wohnort und Arbeitsplatz für körperlich beeinträchtigte Personen.

Die Wiederaufnahme des Arbeitsprozesses kann als gewohnte Routine Sicherheit vermitteln und den sozialen Zusammenhalt stärken. Bei falscher Handhabung und Kommunikation kann sich jedoch eine negative Grundhaltung bei der betroffenen Person manifestieren, daher ist es wichtig, dass folgende Botschaften vermittelt und gelebt werden (vgl. Hausmann, 2016, S. 303):

1. Etwas Schlimmes ist passiert und wir bewältigen gemeinsam die Folgen
2. Bei der Wiederaufnahme der Arbeit wird Rücksicht aufeinander genommen

Dabei muss bei der Wiedereingliederung von besonders stark betroffenen Personen Rücksicht auf ihre Bedürfnisse genommen werden, ohne sie dabei zu stigmatisieren (vgl. Hausmann, 2016, S. 303). Für die erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz ist eine offene Kommunikation unabdingbar. Prager & Hlous (2006) empfehlen dabei ein zweistufiges Modell:

1. Gespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter  
Dieses Gespräch sollte das aktuelle Befinden der Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiters betrachten und die möglichen Einsatzbereiche unter Berücksichtigung möglicher Einschränkungen erläutern. Wichtig ist, dass festgehalten wird, welche Adaptionen im Vergleich zur Ausgangssituation vor Eintreten des Ereignisses erforderlich sind und welche Unterstützung seitens des Unternehmens geboten werden kann.
2. Gespräch zwischen Führungskraft und den Kolleginnen und Kollegen  
In diesem Gespräch sollten die im ersten Gespräch vereinbarten Details an die Kolleginnen und Kollegen kommuniziert werden. Weiters sollte thematisiert werden, welche Informationen die Kollegin bzw. der Kollege für den Wiedereinstieg benötigt.

Das nachfolgende Kapitel befasst sich tiefergehend mit dem Thema Kommunikation nach belastenden Ereignissen.

## **2.5 Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach belastenden Ereignissen**

Die Art und Weise wie eine schlechte Nachricht an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert wird, kann ausschlaggebend für den Verarbeitungsverlauf der Information sein. Daher ist das Verhalten von Führungskräften in dieser besonders schwierigen

Situation von enormer Bedeutung. Nachfolgend werden das richtige Überbringen von schlechten Nachrichten und die Gesprächsführung näher erörtert.

### **2.5.1 Das Überbringen der Nachricht**

Schlechte Nachrichten stellen eine Bedrohung dar und gefährden die aktuelle sowie möglicherweise die nahe und ferne Zukunft der Empfängerin bzw. des Empfängers oder stellen diese infrage. Wichtig ist dabei, dass die betroffene Person klare Informationen über das krisenhafte Ereignis, das Ausmaß des Ereignisses und die Bedeutung für sie selbst erhält (vgl. Prager & Hlous, 2006, S. 35). Bei der Überbringung von schlechten Nachrichten ist daher folgender Ablauf empfehlenswert (vgl. Hausmann, 2016, S. 182 ff.):

1. Die Gesprächseinleitung sollte mit einem kurzen, ernsten Satz erfolgen. Dabei signalisieren Mimik und Tonfall die Ernsthaftigkeit der Nachricht und helfen der Empfängerin bzw. dem Empfänger sich auf die belastende Information einzustellen.
2. Die eigentliche Nachricht sollte kurz, klar und deutlich formuliert werden. Unnötige Ausführungen sollten vermieden werden. Der Tonfall sollte sachlich und ernst sein.
3. Da die Reaktion der betroffenen Person sehr unterschiedliche ausfallen kann, sollte diese unbedingt abgewartet werden. Die Empfängerin bzw. der Empfänger benötigt Zeit, um die Nachricht zu verstehen und zu verarbeiten.
4. Klare und einfache Beantwortung aller Fragen der betroffenen Person.
5. Besprechung eines nächsten Schrittes, um die betroffene Person aus der Erstarrung zu lösen und deren Bewältigungsmechanismen zu aktivieren.

Eine besondere Herausforderung stellt das Überbringen der Todesnachricht dar. Hierbei ist besonders einfühlsames Verhalten erforderlich. Weiters spielen die Rahmenbedingungen der Nachrichtenüberbringung eine wesentliche Rolle und können die Aufnahme der Nachricht erheblich beeinflussen. Jedenfalls sollte eine Todesnachricht persönlich überbracht werden. Wichtig ist, dass neben den o.a. Verhaltensregeln folgende Fehler vermieden werden, da diese von Betroffenen als besonders unangenehm empfunden werden (vgl. Hausmann, 2016, S. 186 ff.; Prager & Hlous, 2006, S. 138 f.):

- Unzureichende Information
- Zeitdruck und Ungeduld
- Standardisierte Floskeln und Trostwörter
- Zu viel reden und viele Fragen stellen

- Die Emotionen und Reaktionen der Betroffenen bremsen oder ignorieren

Nun stellt sich die Frage, wie der Ablauf des Gespräches im Detail aussehen, welche Maßnahmen die Führungskraft im Zuge dessen setzen und welche vermeiden sollte. Dieser Fragestellung geht der nachfolgende Abschnitt nach.

## 2.5.2 Die Gesprächsführung

Ein Erstgespräch zur Entlastung und Stabilisierung nach dem kritischen Ereignis sollte möglichst zeitnah erfolgen (vgl. Hausmann, 2011, S. 7). Der Aufbau und die Wahl der Gesprächsinhalte sind bei der Gesprächsführung essentiell. Ein möglicher Gesprächs-ablauf wird in Tabelle 9 dargestellt.

<b>Schritt 1: Aufbau einer Beziehung</b>	
<b>Maßnahmen</b>	<b>Mögliche Fehler</b>
Die Führungskraft nimmt sich ausreichend Zeit für das Gespräch und hört der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter genau zu. Dabei versucht die Führungskraft das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und eine potentiell vorhandene Gefährdung einzuschätzen.	Die Führungskraft sollte keinesfalls hektisch und gestresst agieren und etwaige Fakten oder Gefühle der betroffenen Person ignorieren. Weiters sollte die Führungskraft nicht vorschnell urteilen oder Partei ergreifen. Wichtig ist, dass die Führungskraft auf gegebenenfalls vorhandene Gefährdungszeichen achtet und auf diese reagiert.
<b>Schritt 2: Krisenanlass erörtern</b>	
<b>Maßnahmen</b>	<b>Mögliche Fehler</b>
Die Führungskraft fragt mit offenen Fragen nach den Fakten und fragt bei Unklarheiten nach. Dabei ist zu beachten, dass die betroffene Person die Fragen konkret beantwortet.	Die Führungskraft sollte keinesfalls ausschließlich geschlossene Fragen stellen und bei heftigen Gefühlen der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters weiterbohren.
<b>Schritt 3: Kurzfristige Entlastung ermöglichen</b>	
<b>Maßnahmen</b>	<b>Mögliche Fehler</b>
Die Führungskraft erhebt die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters, setzt gemeinsam Prioritäten bei den Bedürfnissen und ermutigt die Person zu eigenen Lösungsansätzen.	Die Führungskraft sollte keinesfalls einen Tunnelblick auf das Ereignis erzeugen und die betroffene Person keine eigenen Handlungen setzen lassen.
<b>Schritt 4: Vereinbarungen treffen</b>	
<b>Maßnahmen</b>	<b>Mögliche Fehler</b>
Die Führungskraft erstellt gemeinsam mit der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter einen Plan, wobei ein Schritt nach dem anderen geplant wird.	Die Führungskraft sollte keinesfalls davon ausgehen, dass jede bzw. jeder Betroffene alleine zurechtkommt.

Tabelle 9 Gesprächsführung nach kritischen Ereignissen (angelehnt an: Hausmann, 2014, S. 232)

Nachdem die vorangegangenen Kapitel die derzeit vorherrschende Literatur in Bezug auf die Problemstellung betrachtet haben, widmet sich der nachfolgende Abschnitt der Arbeit der empirischen Untersuchung, die im Zuge dieser Masterthesis durchgeführt wurde.

## **3 Empirischer Teil**

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Relevanz sowie die theoretischen Grundlagen des Forschungsgegenstandes betrachtet wurden, erläutert der empirische Teil der vorliegenden Arbeit das Vorgehen bei der durchgeführten empirischen Untersuchung. Hierfür werden zunächst die Erhebungsmethode, das Erhebungsinstrument sowie die Durchführung der Erhebung erörtert. Anschließend erfolgen die Erläuterung der Auswertungsmethodik sowie die Darstellung der Ergebnisse.

### **3.1 Angewandte Forschungsmethodik**

Aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Forschungsgegenstandes wurde eine qualitative Forschungsmethode herangezogen. Grundsätzlich bietet die qualitative Sozialforschung zahlreiche Methoden zur Erhebung empirischer Daten. Für die vorliegende Masterthesis wurde als Erhebungsinstrument das teilstrukturierte Experteninterview ausgewählt. Nachfolgend werden die gewählte Interviewform, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner sowie die Interviewdurchführung und -auswertung näher erläutert.

#### **3.1.1 Das teilstrukturierte Interview**

Das Ziel der Arbeit bestand darin, zu erheben, wie eine mögliche Führungskräfte-schulung zum besagten Forschungsgegenstand konzipiert sein könnte. Durch die empirische Untersuchung sollte erhoben werden, welche Inhalte für eine Führungskräfte-schulung in der Praxis relevant und zielführend sind. Um für die Erstellung des Trainingskonzeptes hilfreiche Inputs zu erhalten, wurde die qualitative Befragung als Erhebungsmethode gewählt. Zur Gewährleistung eines standardisierten jedoch flexiblen Gesprächsverlaufs, entschied sich die Autorin für die Durchführung von teilstrukturier-ten Experteninterviews. Das teilstrukturierte Interview ermöglichte eine offene Gesprächsführung, da sich die Interviewerin nicht akribisch an den zuvor definierten Interviewablauf halten musste. Beim Führen der Interviews konnten somit die Reihenfolge der Fragen geändert, Fragen weggelassen oder ergänzend hinzugefügt werden (vgl. Atteslander, 2010, S. 141; Klammer, 2005, S. 229 f.). Zur Durchführung der Befragung wurde ein Interviewleitfaden herangezogen, welcher anhand der theoretischen Grundlagen und unter Berücksichtigung der in Kapitel 1.2 angeführten Fragestellungen erar-beitet wurde. Wie bereits eingangs angeführt, sollten die Interviews wesentliche Er-kenntnisse bringen, welche Inhalte für den Praxiseinsatz einer Führungskräfte-schulung tatsächlich von Bedeutung sind. Somit wurde als Interviewform das Experteninterview gewählt, um möglichst realitäts- und praxisnahe Informationen zu erhalten. Beim Ex-



perteninterview stellt weniger das methodische Vorgehen als vielmehr die Zielgruppe – die Expertinnen und Experten – das zentrale Spezifikum dar (vgl. Kruse, 2015, S. 166). Die Besonderheit bei der Durchführung von Experteninterviews liegt weiters darin, dass hierbei die bzw. der Befragte weniger als Person, sondern vielmehr sein Wissen zu einem bestimmten Forschungsgegenstand zentral ist (vgl. Mayer, 2013, S. 38).

Der zur Durchführung verwendete Interviewleitfaden wird nachfolgend näher betrachtet.

### 3.1.2 Der Interviewleitfaden

Beim Leitfadeninterview folgt die Gesprächsführung einem vorgegebenen Themenweg, wobei der Interviewablauf unterschiedlich stark strukturiert sein kann (vgl. Kruse, 2015, S. 203). Der Aufbau des ausgearbeiteten Interviewleitfadens orientierte sich an der in Kapitel 1.2 angeführten zentralen Fragestellung inklusive Detailfragen sowie an den Inhalten der theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit. Zur Erhebung der für den Forschungsgegenstand erforderlichen Informationen gliederte sich der eingesetzte Interviewleitfaden in vier Teilbereiche:

#### 1. Demographische Daten

Zu Beginn wurden mittels narrativer Einstiegsfragen Hintergrundinformationen zur Tätigkeit der Interviewpartnerin bzw. des -partners erhoben, um einen sanften Einstieg in das Interview und die Thematik zu schaffen. Hierbei wurde in Erfahrung gebracht, welche konkreten Ausbildungen, Erfahrungen und Kompetenzen die bzw. der Interviewte in Bezug auf den Forschungsgegenstand aufweist. Folgende Fragestellungen wurden dabei herangezogen:

*Welche Profession üben Sie aus? Seit wann und in welcher Form (Angestelltenverhältnis, selbstständige oder ehrenamtliche Tätigkeit) üben Sie diese aus? Welche Ausbildung(en) haben Sie, die Sie dazu befähigt/befähigen?*

*Welche Arten von Krisen begleiten Sie und welche Rolle nehmen Sie bei der Betreuung von Betroffenen ein? Wer sind dabei Ihre Auftraggeber und mit welchen anderen Professionen arbeiten Sie interdisziplinär zusammen?*

#### 2. Auswirkungen von Belastungsreaktionen

Im zweiten Teil des Interviews wurden mögliche Auswirkungen von Krisen betrachtet, um ein Gefühl für die Folgewirkungen von traumatisierenden Ereignissen im organisationalen Kontext zu erlangen. Ziel des Interviewabschnittes war es, festzuhalten, welche Reaktionen betroffene Personen aufweisen können. Hierzu wurden nachfolgenden Fragestellungen herangezogen:

*Wie werden Ihre Erfahrungen nach akute Krisen von den Betroffenen erlebt?*

*Welche Belastungsreaktionen, ausgelöst durch kritische und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz, haben Sie bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit schon erlebt?*

*Welche Auswirkungen haben diese Belastungsreaktionen Ihre Erfahrungen nach auf*

- *die Persönlichkeit*
- *das Verhalten*
- *die Arbeitsleistung*

*von betroffenen Personen?*

*Über welche Dauer hin begleiten Sie betroffene Personen? Fällt Ihnen dabei ein „klassischer“ Krisenverlauf auf?*

### 3. Herausforderungen von Belastungsreaktionen

Der dritte Abschnitt des Interviews behandelte die Herausforderungen, welche akute Belastungsreaktionen an Führungskräfte stellen. Diese Herausforderungen wurden erhoben, um festzustellen, worauf Führungskräfte insbesondere vorbereitet sein müssen und welche Rolle sie nach dem Auftreten kritischer und traumatisierender Ereignisse zur erfolgreichen Überwindung dieser einnehmen sollten. Folgende Fragestellungen wurden dabei betrachtet:

*Welche Rolle kann bzw. soll eine Führungskraft Ihrer Meinung nach bei kritischen und traumatisierenden Ereignissen gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einnehmen?*

*Welche Anforderungen werden Ihres Erachtens nach dabei an die Führungskraft als*

- *Person*
- *Rolle/Funktion*

*gestellt?*

*Was sollen Ihrer Erfahrung nach Führungskräfte keinesfalls in dieser schwierigen Situation tun? Welches Verhalten von Führungskräften wäre kontraproduktiv? Was bzw. welche Rolle würde die Kompetenz von Führungskräften Ihrer Meinung nach überschreiten?*

#### 4. Mögliche Unterstützung

Der letzte Interviewabschnitt befasste sich mittels nachfolgenden Fragestellungen mit den Unterstützungsmöglichkeiten, welche Führungskräfte bieten können. Durch diese Fragestellungen sollte aufgezeigt werden, welche Handlungen derzeit in Unternehmen bereits gesetzt werden und wo es noch Lernfelder für Unternehmen und Führungskräfte gibt. Weiters sollten die Praxiserfahrungen der Interviewpartnerinnen und -partner dafür genutzt werden, die richtigen Inhalte sowie Methodik für die Führungskräftebildung zu wählen.

*Gibt es Ihrer Erfahrung nach einen „klassischen“ Ablauf der Notfallpsychologie bzw. Krisenintervention? Wenn ja, wie sieht dieser bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit aus?*

*Wie gehen Unternehmen Ihren Erfahrungen nach bisher mit kritischen und traumatisierenden Ereignissen innerhalb der Organisation um? Welche Unterstützung wird bisher für Führungskräfte sowie Kolleginnen und Kollegen geleistet?*

*Angenommen Führungskräfte werden in Trainings auf das Eintreten von kritischen und traumatischen Ereignissen vorbereitet, welche Inhalte und Trainingsmethoden sollten diese Trainings Ihrer Meinung nach aufweisen?*

*Welche Interventionsmöglichkeiten können Ihrer Meinung nach von Führungskräften situationsspezifisch gesetzt werden, um bestmögliche Unterstützung zur*

- *Vermeidung/Minimierung*
- *Klärung*
- *Bewältigung*

*von Belastungsfolgen zu leisten?*

*Haben Sie aufgrund Ihrer Praxiserfahrung noch Empfehlungen bzw. Ratschläge für Unternehmen, welche Vorkehrungen neben Schulungen von Führungskräften in Unternehmen getroffen werden sollten, um eine bestmögliche Versorgung und Betreuung von Betroffenen zu garantieren?*

5. Abschließend wurde den Interviewpartnerinnen und -partnern die Möglichkeit eingeräumt, wichtige Informationen zu ergänzen, welche bisher nicht angesprochen wurden. Dadurch sollte die Möglichkeit offengehalten werden, zusätzliche relevante Informationen zu gewinnen, welche bei der Erstellung des Interviewleitfadens nicht bedacht wurden. Hierfür wurde folgende Fragestellung angeführt:

*Gibt es noch wichtige Aspekte, die bisher nicht angesprochen wurden? Möchten Sie noch etwas ergänzend sagen?*

Nach der Erstellung des Interviewleitfadens wurden ausgewählte Expertinnen und Experten für die Interviewdurchführung kontaktiert. Nachfolgend wird die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner erörtert.

### **3.1.3 Die Interviewpartnerinnen und -partner**

Der Inhalt eines Interviews wird stark durch die Interviewpartnerin bzw. den -partner bestimmt. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner ist für die Qualität der erhaltenen Informationen somit entscheidend und von zentraler Bedeutung (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 117). Für die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde einerseits das Internet-Portal Psyonline ([www.psyonline.at](http://www.psyonline.at)), welches umfangreiche Informationen zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie deren Spezialgebiete liefert, herangezogen, andererseits wurde ein Teil der Interviewpartnerinnen und -partner über persönliche Kontakte vermittelt. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde darauf geachtet, dass ein bunter Mix an Professionen vorhanden war und die Interviewpartnerinnen und -partner ihre Tätigkeit in unterschiedlicher Form – sowohl im Angestelltenverhältnis, in selbstständiger Tätigkeit als auch ehrenamtlich – ausüben. Ziel war es, ein möglichst breites Spektrum an Sichtweisen und Erfahrungen zu erhalten. Muss-Kriterium war jedoch, dass die Interviewpartnerinnen und -partner umfangreiche Ausbildungen sowie (berufliche) Erfahrungen in den Bereichen Krisenintervention, Notfallpsychologie, Arbeitspsychologie und/oder Trauerbegleitung aufweisen. Die ausgewählten Interviewpartnerinnen und -partner üben ihre Profession in Wien, Niederösterreich, Steiermark sowie Kärnten aus. In Tabelle 10 werden ihre Professionen dargestellt.

<b>Interviewpartnerin bzw. -partner</b>	<b>Profession</b>
<b>I1</b>	Ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in des Roten Kreuzes
<b>I2</b>	Ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in des Roten Kreuzes
<b>I3</b>	Ausgebildete/r Psycholog/in mit jahrelanger Erfahrung in der Begleitung von traumatisierten Personen sowie der Trauerbegleitung
<b>I4</b>	Ausgebildete/r Klinische/r, Gesundheits- sowie Notfallpsycholog/in sowie Leiter/in eines Kriseninterventionsteams des Österreichischen Roten Kreuzes und Mitarbeiter/in des Notfallpsychologischen Dienstes Österreichs, Lehrtätigkeit am Institut für Psychologie einer österreichischen Universität
<b>I5</b>	Ausgebildete/r Rettungssanitäter/in mit mehrjähriger Erfahrung bei Notfalleinsätzen
<b>I6</b>	Ausgebildete/r Klinische/r Gesundheitspsycholog/in und Psychotherapeut/in mit jahrzehntelanger Erfahrung in der Begleitung von Krisensituationen im Beruf, Traumata sowie Bewältigung von Verlusten (Unfall, Tod)
<b>I7</b>	Ausgebildete/r Psycholog/in und Erwachsenenpädagog/in mit jahrelanger Erfahrung in der Rehabilitation und Wiedereingliederung von Personen mit physischen sowie psychischen Erkrankungen
<b>I8</b>	Ausgebildete/r Psycholog/in und Erwachsenenpädagog/in mit jahrelanger Erfahrung in der Rehabilitation und Wiedereingliederung von Personen mit physischen sowie psychischen Erkrankungen
<b>I9</b>	Ausgebildete/r Psychotherapeut/in mit jahrelanger Erfahrung in der Begleitung von Lebenskrisen, Traumata und Belastungsstörungen sowie der Supervision, Mitarbeiter/in eines Akutteams
<b>I10</b>	Ausgebildete/r Arbeitspsycholog/in mit Erfahrung in der Seelsorge und der Begleitung der beruflichen Rehabilitation

Tabelle 10 Professionen der Interviewpartnerinnen und -partner (eigene Darstellung)

### 3.1.4 Die Interviewdurchführung

Zur Gewinnung der für die Forschungsarbeit erforderlichen Informationen wurden acht teilstrukturierte Experteninterviews geführt, wobei zwei Interviews als Doppelinterview mit jeweils zwei Interviewpartnerinnen und -partner geführt wurden. Die Interviews, welche in der Zeit von Juli 2016 bis Mai 2017 stattfanden, erfolgten entweder persönlich oder telefonisch und wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Der Ort der face-to-face Interviews konnte von den Interviewpartnerinnen und -partnern frei gewählt werden, wobei sich alle für die Durchführung an ihrem Arbeitsplatz bzw. in der eigenen Praxis entschieden. Angelehnt an Froschauer & Lueger (2009) und Lueger (2010) wurden folgende typischen Phasen der Gesprächsführung durchlaufen:

1. Interviewplanung: In der Planungsphase wurde überlegt, welcher Informationsbedarf besteht und wie diese Informationen bestmöglich generiert werden können. Abschließend wurden in dieser Phase die Interviewform bestimmt sowie potentielle Interviewpartnerinnen sowie -partner erhoben.
2. Kontaktaufnahme: In der zweiten Phase wurden die ausgewählten potentiellen Interviewpartnerinnen und -partner telefonisch kontaktiert und über das Untersuchungsziel informiert. Bei Zustimmung wurden Zeitpunkt und Ort der Interviewdurchführung festgelegt. Alle Interviewpartnerinnen und -partner erhielten vorab den Interviewleitfaden zur Durchsicht übermittelt.
3. Gesprächseinstieg: In dieser Phase wurden die Interviewpartnerinnen und -partner über den genauen Gesprächsverlauf sowie die Tonbandaufzeichnung aufgeklärt. Weiters bestand die Möglichkeit für Rückfragen zur Klärung von Unklarheiten.
4. Hauptgespräch. In der vierten und letzten Phase wurde die eigentliche Thematik behandelt und die für die Masterthesis benötigten Informationen generiert. Bei der Durchführung der Interviews kam es zu keinerlei nennenswerten Ereignissen wie Störungen und Unterbrechungen.

Nachdem alle Interviews durchgeführt wurden, wurden die generierten Informationen ausgewertet. Die Vorgehensweise bei der Interviewauswertung wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

### **3.1.5 Die Interviewauswertung**

Die Auswertung der für die vorliegenden Arbeit geführten Interviews erfolgte in zwei aufeinanderfolgenden Schritten:

#### **3.1.5.1 Transkription**

Im ersten Schritt wurde mithilfe des Programms F4 ([www.audiotranskription.de](http://www.audiotranskription.de)) eine Abschrift der einzelnen Tonbandaufnahmen erstellt. Da für die gewählte Form der Auswertungsmethodik keine exakte Transkription erforderlich war, wurden die Tonbandaufnahmen entsprechend der Schriftsprache und ohne Berücksichtigung sprachlicher Besonderheiten verschriftlicht. Somit wurden die Interviews hinsichtlich Dialekt, Hörsignale bzw. gesprächsgenerierenden Beiträgen, nichtverbalen Äußerungen und Sprechpausen bereinigt (vgl. Lueger, 2010, S. 259). Die so gewonnenen anonymisierten Transkripte wurden anschließend mittels dem textreduzierenden Verfahren der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) bearbeitet.

#### **3.1.5.2 Analyse**

Die Themenanalyse, welche sich u.a. insbesondere für die Analyse von Experteninterviews eignet, dient dazu, sich einen Überblick über Themen zu schaffen und die zentralen Kernaussagen zusammenfassend darzustellen. Dabei bedient sie sich eines Textreduktionsverfahrens, welches bei der vorliegenden Arbeit folgende Schritte umfasste (vgl. Lueger, 2010, S. 206 ff.):

1. Bildung von Themenkategorien inklusive Subkategorien. Um die Aufbereitung der Daten zu erleichtern, wurden den einzelnen Themengebieten Codes zugewiesen.
2. Identifikation von zu einem Thema zusammenhängenden Textstellen und Analyse des thematisch reduzierten Materials je Interview hinsichtlich der wichtigsten Charakteristika je Themenkategorie.
3. Betrachtung aller Interviewauswertungen hinsichtlich Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede je Themenkategorie und Zuordnung zu den einzelnen Detailfragen (siehe Kapitel 1.2) sowie
4. Beantwortung der zentralen Fragestellung.

Zur Analyse der erhobenen Daten wurden vier Themenkategorien gebildet. Um die Strukturierung der Daten sowie die Auswertung der Informationen zu erleichtern, unterteilen sich die Themen in weitere Subkategorien. Jeder Kategorie sowie Subkategorie wurde ein Code bestehend aus einer Buchstaben-Zahlen-Kombination zugeordnet. Folgende Themen- und Subkategorien sowie Codierungen wurden dabei erarbeitet:

- Wahrnehmung von Krisen (WA1)
  - Art der Reaktionen auf kritische und traumatisierende Ereignisse (WA2)
  - Auswirkungen von kritischen und traumatisierenden Ereignissen (WA3)
- Rolle der Führungskraft (FK1)
  - Anforderungen an die Führungskraft (FK2)
  - Interventionsmöglichkeiten der Führungskraft (FK3)
  - Fehlverhalten der Führungskraft (FK4)
- Umgang mit kritischen und traumatischen Situationen in Unternehmen (U1)
  - Empfehlungen für Unternehmen (U2)
- Führungskräfte training (FT1)
  - Trainingsinhalte (FT2)
  - Trainingsmethoden (FT3)

Nachfolgend werden die in den qualitativen Experteninterviews erhobenen Informationen dargestellt und analysiert.

## **3.2 Darstellung der zentralen Inhalte und Erkenntnisse**

In diesem Abschnitt werden die gewonnenen Informationen dargestellt und interpretiert. Im ersten Schritt werden die Interviews ausgewertet und anschließend die zentralen Inhalte den gebildeten Themenkategorien zugeordnet. Danach werden diese wiederum den Detailfragen zugeteilt und abschließend die zentrale Forschungsfrage mittels der erlangten Erkenntnisse beantwortet.

### **3.2.1 Auswertung der Interviews**

Nachfolgend werden die Interviews auf Personenebene anhand der gebildeten Themen- sowie Subkategorien ausgewertet. Hierzu werden die Antworten der Interviewpartnerinnen und -partner je Kategorie zusammengefasst.



### **Wahrnehmung von Krisen (WA1)**

- I1 Die Reaktionen fallen unterschiedlich aus
- I2 Sehr unterschiedliche Reaktionen sind möglich
- I3 Die Reaktionen fallen ganz unterschiedlich aus. Es gibt Menschen, die die Krise selbst sehr gut auffangen können. Dabei ist ein „typischer“ Verlauf zu erkennen: Schockphase, Reaktionsphase und Bearbeitungsphase
- I4 Die Art der Reaktion ist sehr unterschiedlich und es gibt kein Muster an Reaktionen und Verhaltensweisen
- I5 Die Wahrnehmung und Reaktion ist von Person zu Person unterschiedlich
- I6 Die Reaktion ist stark davon abhängig, worin die Krise besteht und welchen Schweregrad diese aufweist
- I7 Ein klassischer Verlauf ist erkennbar: Phase des Realisierens, Realitätsphase, Resignationsphase
- I8 Zeit spielt dabei eine Rolle, da sich einige schneller öffnen als andere

### **Art der Reaktionen auf kritische und traumatisierende Ereignisse (WA2)**

- I1 Schockiert sein, Wut, Trauer, Angst, Weinen, Schreien, Zittern, gar keine Reaktion zeigen
- I2 Von ganz heftigen Reaktionen bis hin zu gar keiner Reaktion
- I3 Mögliche Folgen sind psychosomatische Erkrankungen, Schlafstörungen, psychische Erkrankungen und Depressionen
- I4 Eine Bandbreite von gar nicht reagieren bis hin zu Selbstmordgedanken
- I5 Überforderung, irrationales Denken und Handeln, Gefühlsschwankungen, Trauer, Wut, alles Schwarz sehen
- I6 Dissoziation, Flashbacks, Atemnot oder auch rascher Atem, verkrampfte Körperhaltung, Schweißausbrüche, Weinen, Konzentrationsstörungen, Zittern, Äußerungen etwas nicht zu können, wiederholende Aussagen
- I7 Sozialer Rückzug, starke Selbstzweifel, Aggression
- I9 Panikattacken, Verwirrtheit, Unkonzentriertheit, geringe Belastbarkeit, Schock
- I10 Unkonzentriertheit, Weinen, Betroffene haben Angst, sind unsicher, nervös

### **Auswirkungen von kritischen und traumatisierenden Ereignissen (WA3)**

- I1 Unterdrücken der Gefühle, nicht als schwach gelten wollen
- I3 Vermehrter Krankenstand, Abfall der Leistungen
- I4 Menschen stehen in der Krisensituation unter Stress und können dadurch nicht so funktionieren, wie sie es normalerweise im Alltag tun, reduzierte oder teils gar keine Informationsverarbeitungsmöglichkeiten
- I5 Können sowohl positiv als auch negativ sein, je nachdem wie die Krise erlebt und überwunden wird
- I6 Auswirkungen auf die Arbeitsleistung sind abhängig vom Schweregrad
- I7 Je nach Person können drei Typen unterschieden werden: Kläger, Sucher und zwischen Kläger und Sucher
- I8 Können völlig unterschiedlich – sogar konträr – sein
- I9 Für eine Zeit arbeitsunfähig, es geht häufig nicht gut, wenn die Rückkehr in die Arbeit zu früh erfolgt
- I10 Häufiges Zuspätkommen, geminderte Aufmerksamkeitsspanne

### **Rolle der Führungskraft (FK1)**

- I1 Da sein, Halt geben, das Geschehene ernst nehmen, Bedürfnisse der betroffenen Person beachten, zuhören
- I2 Bedürfnisse beachten, Zeit und Ruhe geben, Unterstützung
- I3 Je nachdem wie nah die Führungskraft an der Person dran ist und ob sie sich auf diese unterstützende Funktion einlassen möchte
- I4 Unterstützende Funktion und professionelle Hilfe vermitteln
- I5 Starke, führungsweisende Rolle
- I6 Unterstützende Funktion und umfassende professionelle Hilfe vermitteln
- I9 Unterstützende Funktion, dafür sorgen, dass sich die betroffene Person nicht alleine fühlt, zuhören und dafür sorgen, dass sie professionelle Hilfe bekommt
- I10 Fürsorgepflicht der Führungskraft

### **Anforderungen an die Führungskraft (FK2)**

- I3** „Talfahrt“ stoppen
- I4** Für Entschleunigung sorgen und die Reduktion von Alltagstätigkeiten vornehmen, Struktur und Informationen bieten, die jeweilige Situation einschätzen und Bedürfnisse erkennen und beachten
- I5** Empathie, soziale Kompetenz
- I6** Dinge beschreiben und nicht interpretieren
- I7** Für die jeweilige Problemstellung sensibilisiert sein, Offenheit, respektvoller Umgang
- I8** Sich auf die Thematik einlassen, berücksichtigen, dass alles seine gewisse Zeit benötigt
- I9** Erkennen, ob die Person belastbar ist oder nicht, Zeit zur Erholung geben
- I10** Zu erkennen, inwieweit die Führungskraft helfen kann und ab wann professionelle Hilfe benötigt wird

### **Interventionsmöglichkeiten der Führungskraft (FK3)**

- I3** Eine Beziehung anbieten, der betroffenen Person eine Auszeit gönnen, indem die anfallende Arbeit abfangen und auf andere Kolleginnen und Kollegen verteilt wird und die Rückkehr ermöglichen
- I4** Interesse zeigen, Bedürfnisse erfragen, dafür sorgen, dass eine Reduktion der Reize erfolgt, und eine Entschleunigung stattfindet, gegebenenfalls externe Unterstützung dazu holen
- I6** Da sein, zuhören, wertschätzende Haltung gegenüber der betroffenen Person einnehmen, Zeit geben
- I7** Dinge ansprechen, Lösungskonzepte anbieten, Auszeit bieten, temporär einen anderen Arbeitsplatz anbieten
- I9** Gespräch suchen, zuhören, sich Zeit für die betroffene Person nehmen und bei Bedarf externe Hilfe vermitteln, die benötigte Zeit für die Erholung einräumen
- I10** Die betroffene Person ansprechen, zeigen, dass die Führungskraft für die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter da ist und helfen möchte

#### **Fehlverhalten der Führungskraft (FK4)**

- I1 Das Geschehene ignorieren oder herunterspielen
- I2 Glauben, dass keine externe Hilfe erforderlich ist, weil die Unterstützung, die man selbst bieten kann, ausreichend ist
- I3 Druck aufbauen, das Geschehene verharmlosen, auf eigene Erfahrungen projizieren, bei Bedarf professionelle Hilfe heranziehen
- I4 Schnelles Abhandeln, Abläufe und nicht Personen in den Mittelpunkt stellen
- I5 Herunterspielen, projizieren
- I6 Verharmlosen, herunterspielen
- I7 Pseudowissenschaftliche Lösungsprinzipien, projizieren, kein respektvoller Umgang
- I8 Klischeehaftes Denken
- I9 Druck aufbauen, mit negativen Konsequenzen drohen
- I10 Therapeutische Maßnahmen selbst setzen

#### **Umgang mit kritischen und traumatischen Situationen in Unternehmen (U1)**

- I3 Die Bandbreite reicht von Krankenstand gewährleisten und umfassende Unterstützung bis hin zur Kündigung im Krankenstand
- I4 Es gibt ausgewählte Firmen, die eine Art Standardprozedere haben
- I7 Der Umgang ist sehr unterschiedlich. Große Betriebe, die eher Budget dafür zur Verfügung haben, haben teils die Notwendigkeit erkannt. In KMU's ist es sehr stark von der Persönlichkeit der Geschäftsführung abhängig und welche Position diese diesem Thema gegenüber inne hat
- I8 Erfahrungsgemäß stark davon abhängig, ob die betroffene Person leicht zu ersetzen ist oder nicht
- I9 Unternehmensabhängig
- I10 Es gibt Firmen, die sich viel beschäftigen und welche die sich gar nicht befassen

### **Empfehlungen für Unternehmen (U2)**

- I1 Offenheit gegenüber dem Thema und Bewusstsein schaffen
- I3 Rahmenbedingungen schaffen, die es ermöglichen, dass die betroffene Person sich erholen kann und nicht Angst um ihren Arbeitsplatz hat, Stressfaktoren reduzieren, ein gutes Arbeitsklima schaffen
- I4 Es können lediglich grobe Rahmenbedingungen geschaffen werden, der individuelle Ablauf muss direkt vor Ort je nach Art der Krise entschieden werden
- I9 Geduld des Arbeitgebers, Akzeptanz, ein positives Arbeitsklima, Offenheit
- I10 Wichtig ist, dass diesem Thema ausreichend Zeit eingeräumt wird und das Management voll dahintersteht

### **Führungstraining (FT1)**

- I3 Schulungen sinnvoll
- I4 Der Bedarf hängt von der Art des Unternehmens ab und inwiefern derartige Ereignisse überhaupt vorkommen
- I6 Sacheinheit in Trainings für den Umgang mit Krisensituationen sinnvoll
- I7 Fehlt häufig die Offenheit, da sie keine Schwäche zeigen wollen
- I8 Suchen keine Unterstützung
- I9 Führungskräfte für das Thema sensibilisieren
- I10 Führungskräfte für das Thema sensibilisieren und auf mögliche Folgen von belastenden Ereignissen aufmerksam machen

### **Trainingsinhalte (FT2)**

- I1 Arten von Krisen, mögliche Reaktionen, externe Hilfestellungen
- I2 Arten von Krisen, Reaktionen, Hilfestellungen
- I3 Welche Krisensituationen es gibt, wie Krisen erkannt werden und wie ein professioneller Umgang damit aussieht
- I4 Führungskräfte dafür sensibilisieren, dass es nicht nur körperliche Verletzungen gibt, Handlungsbedarf erkennen, professionelle Hilfe

- I5** Do's and Don'ts
- I6** Welch akuter Support kann geleistet werden und wie tritt bzw. bleibt man mit der Person in Kontakt, wertschätzender Umgang, Kommunikation
- I7** Grundlagenwissen, Age Diversity
- I8** Kommunikation
- I9** Zu erkennen, wenn eine Krisensituation vorhanden ist und zu wissen, welche Hilfe wo geholt werden kann
- I10** Abgrenzung zwischen normalen und abnormalen Reaktionen schaffen, Unterstützungsangebote

### **Trainingsmethoden (FT3)**

- I1** Praxisbeispiele, Rollenspiele
- I2** Rollenspiele
- I3** Praktische Beispiele aus dem Alltag und Rollenspiele integrieren
- I4** Rollenspiele, die die Realität widerspiegeln
- I5** Fallbeispiele und Rollenspiele
- I7** Regelmäßige Seminarbesuche, Kombination aus einem größeren Setting und Einzelstunden
- I8** Veranstaltungen, die zum Erfahrungsaustausch von Führungskräften dienen inkl. gemeinsamer Diskussion, Rollenspiele mit direkter Konfrontation
- I10** Mehrmalige Trainingseinheiten über einen längeren Zeitraum hinweg, Kombination aus Theorie und Übungsbeispielen

Nachdem die zentralen Antworten je Themenkategorie erfasst wurden, werden diese im nachfolgenden Kapitel zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen.

### 3.2.2 Beantwortung der zentralen Fragestellung

Eingangs werden die zentralen Erkenntnisse je Themenkategorie zur Beantwortung der Detailfragen herangezogen. Dabei werden ausgewählte Zitate zur Verdeutlichung der Inhalte integriert. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Beantwortung der zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

#### ***Wie wirken sich akute Belastungsreaktionen auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Arbeitsleistung aus?***

Um zu verstehen, wie sich akute Belastungsreaktionen auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Arbeitsleistung auswirken, muss zunächst betrachtet werden, wie kritische und traumatisierende Ereignisse von betroffenen Personen wahrgenommen und erlebt werden. Die interviewten Personen betonten, dass die Auswirkungen auf Betroffene völlig unterschiedlich ausfallen können und somit schwer abschätzbar sind.

*„Da reagiert jede Person anders, das kann man wirklich nicht so sagen.“*

*(11, Zeile 26)*

*„Das ist natürlich etwas unterschiedlich von Person zu Person.“*

*(14, Zeile 30)*

*„Ich denk‘ der eigentliche rote Faden bei dieser Geschichte ist es, dass jeder völlig unterschiedlich reagiert.“*

*(18, Zeile 57)*

Mit der unterschiedlichen Wahrnehmung von Krisensituationen geht auch einher, dass die Betroffenen völlig unterschiedliche Reaktionen aufweisen. Dabei können die Reaktionen gemäß den Interviewpartnerinnen und -partner sogar völlig konträr sein.

*„[...] von ganz heftigen Reaktionen bis hin zu quasi Null Reaktion [...]“*

*(12, Zeile 46)*

*„[...] eine Bandbreite von überhaupt nicht reagieren bis im schlimmsten Fall zu akuter Selbstmordgefährdung [...]“*

*(14, Zeile 66)*

Die Befragten gaben an, dass eine Vielzahl von akuten Reaktionen wie u.a. Angst, Wut und Trauer möglich ist.

*„Naja, Wut, Trauer, Angst, schockiert.“*

*(11, Zeile 32)*

*„Gefühlsschwankungen und so weiter sind sehr häufig. Zwischen Trauer und Wut und so weiter.“  
(15, Zeile 34)*

Neben den akuten Reaktionen ist auch das Auftreten von Langzeitfolgen laut Interviewpartnerinnen und -partnern möglich. Beispiele hierfür sind u.a. Panikattacken, Schlafstörungen, psychosomatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen und sozialer Rückzug.

*„[...] da merkt man einfach, dass durch das traumatische Ereignis manche Erkrankungen rausgekommen sind, d.h. psychosomatische Erkrankungen oft, Schlafstörungen, teilweise psychische Erkrankungen, Panikattacken, teilweise auch Depressionen.“  
(13, Zeile 22)*

Uneinigkeit herrscht bei der Frage, ob es einen „klassischen“ Krisenverlauf gibt. Während die einen Interviewpartnerinnen und -partner eine sich wiederholende Gesetzmäßigkeit erkennen können,

*„[...] Schockphase, d.h. man kann nicht ganz glauben, dass das gerade passiert und es ist meistens noch sehr frisch. Dann kommt meistens diese Reaktionsphase, wo man langsam wahrnimmt, man versucht einzuordnen und zu verstehen, was ist jetzt überhaupt passiert und dann eben diese Bearbeitungsphase, d.h. dann entsteht erst das wie gehe ich mit dieser Situation, mit diesem traumatischen Ereignis um, mit dieser Krise und so weiter.“  
(13, Zeile 42)*

*„[...] dass man bei uns da beobachten kann, dass es nach dem klassischen Schema geht, mit Ausnahmen natürlich [...]“  
(18, Zeile 143)*

schließen andere das Vorhandensein eines „klassischen“ Krisenverlaufs aus.

*„Wie gerade gesagt, reagiert ja jede Person anders. Also würde ich das nicht so sehen.“  
(12, Zeile 52)*

*„Also das wäre eine Simplifizierung, wenn man von einem klassischen Krisenverlauf sprechen würde [...] Also das ist eine Sache, die existiert nicht.“  
(14, Zeile 98)*



In Hinblick auf das Berufsleben herrscht bei den befragten Personen Einigkeit darüber, dass sich das Erleben kritischer und traumatisierender Ereignisse auch auf das berufliche Umfeld und die Arbeitsleitung von betroffenen Personen auswirken kann.

*„Es kommt meistens zu einem vermehrten Krankenstand oder Abfall der Leistungen einfach bei der Arbeit [...]“*

(13, Zeile 34)

*„Die Arbeitsleistung nimmt meistens ab. Sie werden langsamer vom Tempo her. Die Belastungsmomente nehmen ab, d.h. sie sind weniger belastbar.“*

(17, Zeile 93)

*„[...] sicher für die erste Zeit arbeitsunfähig. [...] Manche gehen relativ schnell wieder arbeiten [...]. Was aber häufig nicht gut geht, wenn was Traumatisches passiert [...]“*

(19, Zeile 68)

Kritische und traumatisierende Ereignisse werden von jeder Person anders wahrgenommen und somit kommt es bei Betroffenen zu unterschiedlichen Reaktionen. Akute Belastungsreaktionen können sich sowohl auf die körperliche Konstitution, die Psyche als auch das soziale Umfeld der betroffenen Person auswirken. Diese Folgeerscheinungen spiegeln sich auch im beruflichen Alltag der Betroffenen wieder. Mögliche Auswirkungen sind dabei beispielsweise verminderte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, geringere Belastbarkeit, steigende Fehleranfälligkeit oder auch eine Anhäufung der Krankenstandstage sowie sozialer und/oder beruflicher Rückzug.

***Welche Herausforderungen stellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche an Belastungsreaktionen leiden, an Führungskräfte?***

Die oben angeführten Reaktionen machen bereits die Komplexität und die damit einhergehende Unplanbarkeit von Krisensituationen ersichtlich.

*„Das Wesen jeder Krise ist die Unterschiedlichkeit und die Unplanbarkeit.“*

(14, Zeile 308)

Diese Unterschiedlichkeit und Unplanbarkeit führen dazu, dass es schwer ist, die Situation richtig zu erfassen und die passenden Handlungsschritte abzuleiten. Die Interviewpartnerinnen und -partner führen an, dass die Herausforderung einerseits darin besteht, zu erkennen, ob und wann eine betroffene Person Unterstützung benötigt,

*„Es ist wirklich schwierig, v.a. im ersten Moment nach dem Ereignis festzumachen, wie es der Person auch langfristig ergehen wird.“*

*(18, Zeile 122).*

*„Zu erkennen, ob die Person belastbar ist oder nicht [...]“*

*(19, Zeile 102)*

andererseits liegt sie darin, dass Führungskräfte auch die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten erkennen und bei Bedarf externe Hilfe anfordern müssen.

*„Dort wo wirklich psychische Erkrankungen auch einfach auftreten. [...] Da ist es einfach wichtig, dass man eine professionelle Hilfe sogar anbietet.“*

*(13, Zeile 73)*

*„[...] , dass man sich bewusst ist, okay man muss den jetzt nicht selbst therapieren.“*

*(110, Zeile 66)*

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist, dass Führungskräfte bei aller Notwendigkeit der betrieblichen Fortführung nicht vergessen, dass nach dem Auftreten belastender Ereignisse der Mensch im Mittelpunkt stehen sollte.

*„[...] , sondern das man zumindest einmal temporär die Personen in den Mittelpunkt stellt und nicht die Abläufe und die Notwendigkeiten.“*

*(14, Zeile 156)*

*„Also bei mir ist der Zeitfaktor einfach entscheidend, dass man weiß, dass das eine Zeit benötigt [...] Auch, wenn das in der heutigen Geschäftswelt, wo jede Sekunde Geld bedeutet, ein Thema ist [...]“*

*(18, Zeile 186)*

<p>Die Herausforderung für Führungskräfte liegt darin, zu erkennen, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Hilfeleistung benötigen und inwiefern diese von ihnen selbst erbracht werden kann bzw. ab welchem Zeitpunkt das Einbeziehen externer Hilfe notwendig ist. Eine weitere Herausforderung besteht darin, bei Weiterführung des Betriebes die Menschlichkeit nicht außer Acht zu lassen.</p>
---

## ***Worin liegt die Verantwortung der Führungskraft nach Auftreten kritischer und traumatisierender Ereignisse?***

Den Interviewpartnerinnen und -partner zufolge trägt die Führungskraft die Verantwortung dafür, dass die betroffene Person die notwendige Unterstützung erhält.

*„Die Führungskraft hat ja Fürsorgepflicht, d.h. sie muss sich um ihre Mitarbeiter kümmern“*

(I3, Zeile 54)

Dabei ist es nicht Aufgabe der Führungskraft eigenständig und im Alleingang die Person zu betreuen, sondern unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der jeweiligen Person abgestimmte Maßnahmen zu setzen. Bei Bedarf müssen diese Maßnahmen von professionellen Helferinnen und Helfern gesetzt werden.

*„Naja, auf keinen Fall glauben, dass er allein der Person helfen kann. [...] Und ohne richtiger Ausbildung glaube ich, macht man im Endeffekt halt einfach mehr kaputt als man hilft.“*

(I2, Zeile 106)

*„Sondern ich vermittele in meiner Funktion Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Unterstützung stattfindet.“*

(I4, Zeile 274)

*„[...] , dass eine Führungskraft dafür sorgt, dass die betroffene Person sowohl medizinisch als auch psychologisch, psychotherapeutisch eventuell Physiotherapie, dass sie alle angebotenen therapeutischen Elemente zur Verfügung stellt [...], dass es nicht nur darum geht, dass man etwas körperlich abheilen lässt sondern das ganze psychische Element mitbetreut [...]“*

(I6, Zeile 227)

*„[...] zu schauen, welche Möglichkeiten gibt's und wo kann man ihn hin vermitteln [...]“*

(I10, Zeile 83)

Die Interviewten betonen, dass je besser die betroffene Person betreuet wird, desto eher findet sie wieder zur Normalität zurück.

*„Das Hauptargument ist halt, das akute Krisen, die gut bearbeitet sind, Menschen recht schnell wieder zu ihrer Funktionalität in ihrem Arbeitsleben zurückzubringen. Und akute*

*Krisen, die nicht gut verarbeitet sind, in Form von Belastungsreaktionen bis hin zu intensiven psychischen Störungen entwickeln können“*

*(14, Zeile 286).*

*„[...] vor allem gemeinsam an einer Lösung dann arbeiten“*

*(17, Zeile 170)*

Dabei liegt die Verantwortung der Führungskraft auch darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, die dafür sorgen, dass sich die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter von dem belastenden Ereignis erholen kann.

*„[...] eine Umgebung schaffen, wo man nicht Angst haben muss um seinen Arbeitsplatz. Stressfaktoren reduzieren, wo man weiß, okay in der Kollegschaft gibt es ein gutes Arbeitsklima. Das sind alles Faktoren, wo man weiß, ich werde von der Arbeit gestützt und kann auch wieder dort zurückkehren ohne eine zusätzliche Belastung zu bekommen.“*

*(13, Zeile 179)*

Die Verantwortung der Führungskraft liegt darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, dass die jeweilige Person jene Hilfestellung erhält, die zur Überwindung der Krise erforderlich ist.

### **Wie können Führungskräfte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei traumatisierenden Ereignissen bestmögliche Unterstützung leisten?**

Um zu verstehen, welche Maßnahmen Führungskräfte als Unterstützung setzen können, ist es ebenfalls von Bedeutung zu betrachten, welche Handlung kontraproduktiv bzw. die Kompetenzen der Führungskraft überschreitend sind. Den Interviewpartnerinnen und -partnern zufolge gibt es eine Vielzahl von Handlungen, welche von Führungskräften unterlassen werden sollten. Hierzu zählen insbesondere das rasche Abhandeln des Themas sowie das Aufbauen von Druck.

*„[...] alles, was mit Agieren zu tun hat mit Hauptsache schnell, Hauptsache viel, Hauptsache dass was passiert“*

*(14, Zeile 149)*

*„Druck machen. Druck machen und einfach sagen, dass geht gar nicht und da schmeiß' ich Sie hinaus oder so.“*

*(19, Zeile 116)*

Als eine weitere kritische Handlungsweise führen die befragten Personen das Verharmlosen des Geschehenen an.

*„[...] d.h. auch dieses Verharmlosen ist ganz, ganz schlecht.“*

*(13, Zeile 64)*

*„Naja kleinreden, im Sinne von „Das ist ja nichts. Ich weiß nicht, warum du da jetzt so ein großes Drama machst“ oder so.“*

*(15, Zeile 127)*

*„Also so Unangemessenes sagen wie „Das geht schon vorüber, das ist ja gar nicht so schlimm“. Weil wie schlimm etwas wirklich ist, ist ja individuell.“*

*(16, Zeile 248)*

Ebenfalls kontraproduktiv ist laut Interviewpartnerinnen und -partner das Projizieren eigener Erfahrungen.

*„Auch versuchen zu sagen "Das hab' ich auch schon erlebt", d.h. eigene Erfahrungen zu projizieren und zu sagen "Ich hab's auch überlebt", auch zu sagen dieses Typische "Jetzt reißen Sie sich zusammen". Das sind so die schlimmsten Sachen, die viele einfach hören.“*

*(13, Zeile 66)*

*„[...] weil etwas für sich persönlich nicht dramatisch wirkt [...]. Die andere Person ist ja offensichtlich genau deswegen in der Krise [...].“*

*(15, Zeile 130)*

Eine weitere Gefahr besteht darin, dass bereits bekannte Lösungsprinzipien nicht an die neue Situation angepasst und 1:1 für den neuen Fall angewandt werden, ohne die jeweilige individuelle Situation zu berücksichtigen.

*„Da stülpe ich ein Ablaufschema über eine Situation drüber und erreiche sicher nicht die betreffenden Menschen mit ihren Bedürfnissen.“*

*(14, Zeile 191)*

*„[...] Lösungskonzepte, die die Führungskraft vielleicht schon Mal erworben hat, heißt jetzt nicht, dass das jetzt gleich gut ist für die Person [...].“*

*(17, Zeile 179)*

Den Interviewpartnerinnen und -partnern zufolge ist besondere Vorsicht geboten, bei Maßnahmen, welche die Kompetenz einer Führungskraft deutlich übersteigen.

*„Aber ihn durch die Krise zu führen, dass wird der Arbeitgeber nicht können.“*

*(19, Zeile 126)*

*„Eigentlich ist die Führungskraft dafür da zu schauen, was ist los, was ist das Problem und dann zu schauen, welche Möglichkeiten gibt's und wo kann man ihn hin vermitteln.*

*Und alles, was darüber hinaus geht, würde die Kompetenz der Führungskraft überschreiten meiner Meinung nach.“*

*(110, Zeile 81)*

Trotz aller Komplexität gibt es einfache Handlungen, die Führungskräfte setzen können, um die betroffene Person zu unterstützen. Laut den befragten Personen ist es essentiell, dass die Führungskraft Hilfe anbietet und die betroffene Person unterstützt.

*„Das ist immer ein wichtiger Faktor, dass Menschen sich in schwierigen Situationen sich nicht alleine gelassen fühlen, sondern einfach Unterstützung haben.“*

*(14, Zeilen 135)*

*„Dabei bleiben, in Kontakt bleiben. Deutlich machen, dass Sie jetzt da sind für den anderen.“*

*(16, Zeile 306)*

*„[...] wenn die Menschen reden wollen, dass sie reden können und jemanden haben, der ihnen zuhört. Dass man sie auffängt eben.“*

*(19, Zeile 43)*

*„An dieser Stelle zeigen, dass man da ist. Dem Mitarbeiter zu zeigen, dass er wichtig ist und dass man versucht ihm zu helfen.“*

*(110, Zeile 59)*

Weiters führen die Interviewpartnerinnen und -partner an, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass die Führungskraft das Geschehene und die damit einhergehenden Folgen der betroffenen Person ernst nimmt.

*„[...] und vor allem das Ganze auch ernst nehmen.“*

*(11, Zeile 80)*

*„Sondern ganz einfach wertschätzen und wahrnehmen, zu sagen „Ja, das braucht Verarbeitungszeit [...]“*

*(16, Zeile 236)*

Ebenfalls von entscheidender Bedeutung ist es, dass die jeweilige Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter entlastet wird und genügend Zeit zur Überwindung der Krise bekommt.

*„Und der Person auch Zeit und Ruhe gibt.“*

*(12, Zeile 86)*

*„Ansonsten natürlich ist es immer sinnvoll, wenn man sagen kann, gönnen Sie sich eine Zeit lang, wir fangen eine Zeit lang im Betrieb Ihre Arbeit auf, kommen Sie wieder zu sich, stärken Sie sich, stabilisieren Sie sich und dann können Sie wieder zurückkehren und wir sind einfach für Sie da und nehmen einfach Rücksicht.“*

*(13, Zeile 78)*

*„Was Menschen mit Belastungsreaktionen Hauptsache benötigen ist in erster Linie Mal so eine Reduktion von Reizen, d.h. das halt eher mal eine Art von Entschleunigung stattfindet, das die Möglichkeit besteht einfach Mal in irgendeiner Weise eine Entlastung zu haben.“*

*(14, Zeile 151)*

Bei der Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es essentiell, dass die Führungskraft für die Person da ist. Das heißt, dass die Führungskraft gegenüber der betroffenen Person und deren Empfindungen Interesse zeigt, ihre Bedürfnisse wahr- und ernst nimmt, ihr zuhört und sie entlastet. Weiters ist es auch erforderlich, dass die Führungskraft Handlungen und Maßnahmen, welche kontraproduktiv sind oder ihre Kompetenzen übersteigen, unterlässt.

### **Wie könnte eine Führungskräftebildung aussehen, die Führungskräfte auf diese Situation vorbereitet?**

Die befragten Personen hatten überwiegend eine positive Einstellung gegenüber der Konzipierung einer Führungskräftebildung als präventive Maßnahme.

*„Also professionelle Schulungen von Experten wären sehr sinnvoll [...]“*

*(13, Zeile 128).*

*„Ich glaube schon, dass es für Führungskräfte in ihren Trainings eine Sacheinheit geben könnte für den Umgang mit Krisensituationen.“*

*(16, Zeile 276)*

Jedoch wurde die Sinnhaftigkeit der Schulung auch kritisch hinterfragt und auf mögliche Probleme hingewiesen.

*„[...] man kann jemanden, der etwas ganz was Anderes macht, nicht von heute auf morgen beibringen, wie man jemanden dazu bringt, nicht mehr schockiert zu sein. Das ist ja eine komplette Ausbildung.“*

*(19, Zeile 159)*

*„Es macht schon Sinn sich damit zu beschäftigen, es sollte aber nicht die Illusion erzeugt werden, mit entsprechender Vorbereitung kann mir nichts passieren.“*

*(14, Zeile 307)*

In Bezug auf den Trainingsinhalt gab es drei zentrale Größen, die mehrmals genannt wurden. Das oberste Ziel der Trainingseinheit sollte es sein, die Führungskräfte generell für das Thema kritische und traumatisierende Ereignisse und möglichen Auswirkungen zu sensibilisieren.

*„Also sinnvoll ist sicher, wenn man zeigt, welche Krisen es gibt.“*

*(11, Zeile 115)*

*„[...] zu sagen, wie erkennen sie eine Krise, wie können sie professionell damit umgehen [...]“*

*(13, Zeile 129)*

*„Das heißt, sensibilisieren auf jeden Fall. Was bedeutet das, solche Dinge schon. Was sind das für Anzeichen [...] Und das man weiß, dass man sich an jemanden wenden kann [...]“*

*(19, Zeile 170)*

*„Einfach dafür sensibilisieren, auf die Folgen aufmerksam machen, die es dann haben kann. Was sind die typischen Anzeichen.“*

*(110, Zeile 123)*

Als weiteren essentiellen inhaltlichen Punkt, sahen die interviewten Personen das Informieren der Führungskräfte über das Hinzuziehen professioneller Hilfe an.



*„[...] , dass wir etwas anbieten für die Leute und Unterstützung dazu holen, weil das das Kerngeschäft einfach verlässt und dann auch eine Kompetenz benötigt, die man im Unternehmen normalerweise gar nicht hat.“*

*(14, Zeile 322)*

*„Das ist das Wichtigste, dass er weiß, wo er Hilfe kriegt für seine Leute.“*

*(19, Zeile 153)*

Als dritten Punkt sollte die Trainingseinheit den interviewten Personen zufolge das Thema Kommunikation beinhalten.

*„[...] unbedingt das Thema Kommunikation. Wie formuliere ich passend diese Themen, weil wenn man hier kein Training hat, dann wird's auch problematisch die richtigen*

*Worte zu finden.“*

*(18, Zeile 251)*

*„Es ist ein Unterschied, ob ich sage „Sie sterben nicht daran“ oder zu sagen „Das überleben Sie [...]“*

*(16, Zeile 302)*

Um die oben genannten Inhalte zu vermitteln, erachteten die Interviewpartnerinnen und -partner den Transfer von Theorie in die praktische Anwendung als sinnvoll. Als zielführende Methode wurde dabei das Rollenspiel genannt.

*„Also alles, was man selbst erlebt, wo man eigene Beispiele einbringen kann, das ist das, was man sich merkt [...]“*

*(13, Zeile 188)*

*„[...] aber das Erleben und damit umgehen ist noch einmal ein großer weiterer Schritt und ich glaube, je öfter man das schon gemacht hat und gesehen hat, desto leichter wird es dann.“*

*(15, Zeile 170)*

*„Also das ist wirklich das Wichtigste: üben, üben, üben [...]“*

*(110, Zeile 154)*

Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass klar die Grenzen der Kompetenz aufgezeigt werden und die Rollenspiele lediglich Aktivitäten beinhalten, die die Kompetenzen von Führungskräften nicht überschreiten.

*„Also ein Rollenspiel macht nur einen Sinn, wenn es etwas ist, was die Realität abbildet und wenn jetzt dann Führungskräfte meinen, sie sollen akute Intervention persönlich leisten, dann ist das eine Rollenvermischung, die sicher ein größeres Risiko von Schaden als von Nutzen hat.“*

(14, Zeile 258)

Führungskräfte sollen allgemein für das Thema kritische und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz sensibilisiert werden. In erster Linie sollen sie dabei Kenntnis darüber erlangen, wann Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter professionelle Hilfe benötigen und wo diese externe Hilfe angeboten wird. Ein weiterer zentraler Faktor stellt das Thema Kommunikation in und nach Krisen dar. Dabei sollen Führungskräfte die richtige Gesprächsführung erlernen. Um auf den Praxiseinsatz entsprechend vorbereitet zu sein, sollen die Trainingsinhalte anhand von Fallbeispielen und Rollenspielen aufbereitet werden.

Nachdem nun die Detailfragen mittels der in den Interviews generierten Erkenntnisse behandelt wurden, findet nachfolgend die Beantwortung der zentralen Fragestellung statt.

***Wie können Führungskräfte für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche durch das Auftreten eines Arbeitsunfalles oder das Ableben einer Kollegin bzw. eines Kollegen einem kritischen und traumatisierenden Ereignis am Arbeitsplatz ausgesetzt sind oder waren, geschult werden?***

Um für den richtigen Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach dem Auftreten von belastenden Ereignissen vorbereitet zu sein, ist es essentiell, dass Führungskräfte das Wesen von Krisensituationen kennen und ein Verständnis dafür aufweisen, wie Krisen von betroffenen Personen wahrgenommen und erlebt werden. Dafür muss bei den Führungskräften das Bewusstsein geschaffen werden, dass das Charakteristikum einer jeden Krise darin besteht, dass sie immer unterschiedlich und unplanbar ist. So unterschiedlich die Wahrnehmung der Krise ist, so unterschiedlich sind auch die Reak-

tionsweisen betroffener Personen. Daher ist es notwendig, dass Führungskräfte wissen, dass das Spektrum von Reaktionen nicht nur umfangreich, sondern auch teilweise konträr ist. Weiters müssen Führungskräfte Kenntnis darüber erlangen, dass die richtige Wortwahl einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung von Krisen leisten kann. Im Grunde sind es kleine Handlungen, die den Unterschied machen. Dafür ist es notwendig, dass Führungskräfte ein Gefühl für die Do's aber auch Don'ts im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach kritischen und traumatisierenden Ereignissen erhalten. Insbesondere muss seitens der Führungskräfte ein Gefühl dafür entstehen, welche Hilfestellung sie selbst leisten können und wo ihre eigenen Handlungsgrenzen liegen. All diese Dinge sind in der Theorie verschriftlicht und können gelernt werden. Aufgrund der Komplexität und benötigten Sensibilität ist es jedoch erforderlich, dass bereits beim Erlernen der Themenstellungen der Praxisbezug hergestellt und zusätzlich die praktische Übung durchgeführt wird.

Wie eine mögliche Führungskräftebildung für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach dem Auftreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses nun konkret aussehen könnte, zeigt das nachfolgende Kapitel.

## 4 Konzipierung des Führungskräftetrainings

Basierend auf den durch die Literaturrecherche sowie aus den geführten Interviews gewonnenen Erkenntnissen wird nachfolgend dargestellt, wie eine mögliche Trainingseinheit zur Schulung von Führungskräften konzipiert sein könnte. Die nachfolgenden Kapitel beinhalten dabei die Zielsetzung und Zielgruppe, die Trainerkompetenzen, die Trainingsmethodik und -inhalte sowie die Evaluierung des Trainingserfolges.

### 4.1 Zielgruppe und Zielsetzung

Die Trainingseinheit richtet sich an Führungskräfte, welche sich präventiv auf das Eintreten kritischer und traumatisierender Ereignisse in ihrem Verantwortungsbereich vorbereiten möchten. Als Klientensystem sind für diese Trainingseinheit zwei Varianten möglich:

- Einzelpersonen verschiedener Organisationen, welche eine Führungsfunktion innehaben
- Personen mit Personalverantwortung einer Organisation

Dabei dient die Trainingseinheit zur gezielten Weiterbildung im Umgang mit kritischen und traumatisierenden Ereignissen im organisationalen Umfeld sowie der Begleitung von traumatisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Als Ausgangsereignis der Traumatisierung wird das Erleben eines schweren Arbeitsunfalles bzw. das Ableben einer Kollegin bzw. eines Kollegen angenommen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen

- für das mögliche Eintreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses in ihrem Verantwortungsbereich und die damit einhergehenden Herausforderungen sensibilisiert werden.
- notfallpsychologisches Wissen sowie Krisenkompetenz erlangen.
- für den Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche ein kritisches und traumatisierendes Ereignis am Arbeitsplatz erfahren haben, geschult werden.
- Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten sowie das Erfordernis der Einbeziehung externer Fachkräfte erkennen.

Es ist nicht Ziel der Trainingseinheit, dass

- die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das gesamte Spektrum der Interventionsmöglichkeiten, die die Akutintervention und Notfallpsychologie bieten, kennenlernen.

- die Führungskräfte die Funktion von Kriseninterventionsteams und Notfallpsychologinnen und -psychologen ersetzen oder gar übernehmen.
- die Führungskräfte zu Therapeutinnen und Therapeuten ausgebildet werden.

Damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die o.a. Zielsetzungen erreichen, ist es essentiell, dass das Training von einer Trainerin bzw. einem Trainer durchgeführt wird, die bzw. der die erforderlichen Trainerkompetenzen aufweist.

## **4.2 Kompetenzprofil der Trainerin bzw. des Trainers**

Die Trainerin bzw. der Trainer soll zur Durchführung der Trainingseinheit folgende Trainerkompetenzen aufweisen:

- **Fachkompetenz:** Theoretisches Spezialwissen in den Bereichen Krisenintervention und Notfallpsychologie aber auch in der Gesundheits- sowie Arbeitspsychologie. Praktische Erfahrung in der Begleitung von psychosozialen Notfällen und psychischen Krisen sowie der Trauerbegleitung im organisationalen Umfeld. Des Weiteren ist die Kenntnis über Basisthemen im Trainingsbereich, welche für die erfolgreiche Umsetzung des Trainingsprozesses relevant sind, erforderlich.
- **Methodenkompetenz:** Sicherheit in der ziel- sowie zielgruppengerechten Aufbereitung des Trainingsdesigns und bei der Umsetzung der ausgewählten Methoden sowie bei der Nutzung der ausgewählten Medien.
- **Kommunikative Kompetenz:** Rhetorische und präsentatorische Fähigkeiten, um die Trainingsinhalte interessant und verständlich zu vermitteln.
- **Soziale Kompetenz:** Einfühlungsvermögen und Sensibilität, um auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingehen zu können.

Doch nicht nur die Auswahl der Trainerin bzw. des Trainers ist für den Trainingserfolg ausschlaggebend, auch die Auswahl der Trainingsmethoden ist entscheidend.

## **4.3 Methodik**

Beim Erstellen von notfallpsychologischen Ausbildungsmaterialien sowie –einheiten ist es wesentlich, dass neben der kognitiven Vermittlung von Inhalten ein Verfahren integriert wird, welches die Umsetzung des methodischen Wissens in Verhalten ermöglicht (vgl. Lasogga & Gasch, 2011, S. 24). Durch die Teilnahme an der Trainingseinheit sollen die Führungskräfte neues Wissen aufbauen und Verhaltensweisen erlernen, welche die Reaktions- und Handlungsfähigkeit über das Seminarende hinaus, verbessern. (vgl. Fankhauser, 2015, S. 89). Dafür wird die Trainingseinheit aus mehreren, aufei-

einander aufbauenden Modulen mit Workshopcharakter konzipiert. Die einzelnen Module vermitteln auf wissenschaftlicher Grundlage das erforderliche theoretische Wissen, um Führungskräfte für die Thematik des Auftretens von kritischen und traumatisierenden Ereignissen im eigenen Verantwortungsbereich zu sensibilisieren. Die theoretischen Inhalte werden anschließend in praktischer Form aufbereitet und anhand von Praxisbeispielen geübt. Die aktive Einbeziehung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird durch das Durchführen von Diskussionsrunden und Rollenspielen gewährleistet. Um einen möglichst großen Lerneffekt zu erzielen, ist es notwendig, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensiv mit der Thematik befassen. Daher erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen den einzelnen Modulen Vorbereitungsaufgaben, welche sie vorab in Eigenregie ausarbeiten müssen. Diese Vorbereitungsaufgaben stellen jeweils die Basis für die Diskussionsrunden bzw. Rollenspiele des nächsten Moduls dar.

#### **4.4 Trainingsinhalte**

Das Trainingskonzept umfasst drei Module. Die Trainingsinhalte orientieren sich an der in Kapitel 4.1 angeführten Zielsetzung und setzen sich wie folgt zusammen:

##### **Modul 1: Kritische & traumatisierende Ereignisse und Verantwortung der Führungskraft**

Das erste Modul bietet eine umfassende Einführung in den Themenbereich kritischer und traumatisierender Ereignisse. Ausgangspunkt ist dabei der Krisenbegriff und das Wesen von Krisen bzw. Notfallsituationen. Darauf basierend werden die unterschiedlichen Arten der Traumatisierung sowie in der Literatur gängige Traumaverarbeitungsprozesse näher betrachtet. Basierend auf den theoretischen Grundlagen werden konkrete Beispiele kritischer und traumatisierender Ereignisse am Arbeitsplatz beleuchtet. Im zweiten Teil des ersten Moduls werden die arbeitsrechtliche Verantwortung von Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber sowie der Führungskraft erörtert. Den Abschluss des ersten Moduls bildet die Betrachtung von primären Präventionsmaßnahmen im organisationalen Umfeld.

##### Schwerpunkte:

- Theoretische Grundlagen zu Krisen und Notfallsituationen
- Arbeitsrechtliche Verantwortung
- Primäre Prävention im organisationalen Kontext

Ziele: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlangen das notwendige Basiswissen in Bezug auf Krisensituationen und werden für das mögliche Auftreten von kritischen und

traumatisierenden Ereignissen am Arbeitsplatz sensibilisiert. Weiters erhalten sie einen Überblick über die arbeitsrechtliche Verantwortung sowie primäre Präventionsmaßnahmen.

## **Modul 2: Normale Reaktionen auf abnormale Ereignisse und Intervention**

Dieses Modul bietet einen Einblick, wie Betroffene akute Krisen wahrnehmen und welche Folgen diese haben können. Basierend auf theoretischen Modellen der Traumaverarbeitung wird das breite Spektrum an Akut- aber auch Langzeitfolgen erörtert. Weiters werden mögliche Anzeichen, die dafür sprechen, dass betroffene Personen die Krise (noch) nicht überwunden haben, aufgezeigt. Dabei wird insbesondere die Unterschiedlichkeit und Unplanbarkeit von möglichen Reaktionen thematisiert. Im zweiten Teil werden ausgewählte Basismodelle der Akuthilfe erörtert. Hierbei werden ebenfalls die Handlungsgrenzen für Führungskräfte aufgezeigt sowie die Notwendigkeit des Einbindens professioneller externer Hilfe vermittelt. Dabei werden bei der externen Hilfeleistung die einzelnen Interventionsformen von Akuthilfe bis hin zur Therapie betrachtet. Hierbei wird insbesondere auf die unterschiedlichen Arten von Hilfestellungen und wer diese bietet hingewiesen.

### Schwerpunkte:

- Modelle der Traumaverarbeitung
- Reaktionen von betroffenen Personen
- Interventionsmöglichkeiten für Führungskräfte
- Einbinden professioneller Unterstützung

Ziele: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlangen ein Gefühl dafür, wie Krisen von betroffenen Personen wahrgenommen werden und welches Spektrum an Reaktionen diese herbeiführen können. Des Weiteren lernen sie Basismodelle der Intervention kennen und wie sie diese in die Praxis transferieren können. Sie wissen aber auch, wo die eigene Handlungskompetenz endet und wann, wo und wie professionelle externe Hilfe eingebunden wird.

## **Modul 3: Kommunikation in und nach Akutsituationen**

Zum Abschluss der Workshopreihe wird der Umgang mit betroffenen Personen betrachtet. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Kommunikation in und nach Akutsituationen. Dabei werden die Grundregeln der Kommunikation mit Betroffenen sowie grundlegende Kommunikationstechniken aufgezeigt. Im letzten Teil des dritten Moduls wird ein Bogen über alle Trainingsinhalte gezogen, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nochmals die Zusammenhänge aufzuzeigen – vom Auftreten des Ereignis-

ses, über die mögliche Reaktion der Betroffenen bis hin zur Möglichkeit der Intervention.

#### Schwerpunkte:

- Zuspruch in der Akutsituation
- Das Überbringen schlechter Nachrichten
- Die Gesprächsführung

Ziele: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen die Grundregeln der Kommunikation nach kritischen und traumatisierenden Ereignissen und können diese in der Gesprächsführung mit betroffenen Personen anwenden.

## **4.5 Trainingsevaluation**

Gemäß dem Vier-Ebenen-Modell zur Evaluation des Trainingserfolges nach Kirkpatrick lässt sich der Trainingserfolg in den Kategorien Zufriedenheits-, Lern-, Transfer- sowie Geschäftserfolg messen. Die Messung des Erfolges stellt insbesondere bei Trainings, welche auf Soft Skills abzielen und/oder ein Langfristthema darstellen, eine Herausforderung dar (vgl. Kauffeld, 2016, S 114 ff.; Kießling-Sonntag, 2003, S. 393 ff.). Aufgrund der Inhalte der Schulungsmaßnahme werden der Lern- sowie Geschäftserfolg bei der Evaluierung nicht berücksichtigt, da diese Art der Themenstellung in diesen Bereichen nicht mit standardisierten Instrumenten messbar ist. Ebenfalls wird auf die standardisierte Messung des Lerntransfers verzichtet, da die tatsächliche Einschätzung des Transfers das Auftreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses innerhalb des Verantwortungsbereichs der teilnehmenden Personen bedürfte. Somit wird bei diesem Trainingskonzept der Trainingserfolg ausschließlich auf einer Ebene gemessen:

### **Messung der Zufriedenheit**

Für die Evaluierung der Zufriedenheit der teilnehmenden Personen werden zwei Tools eingesetzt. Einerseits wird mittels Abschlussblitzlicht am Ende eines jeden Moduls die Zufriedenheit direkt vor Ort erhoben, andererseits wird mittels Rückmeldebogen, welcher erst einige Tage nach Abschluss des letzten Moduls an die teilnehmenden Personen verschickt wird, die Zufriedenheit nochmals im Detail gemessen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird somit die Möglichkeit geboten, den Trainingsablauf und die -inhalte Revue passieren zu lassen. Der Feedbackbogen umfasst dabei mehrere Dimensionen: Zufriedenheit mit der Trainingsorganisation, dem Trainingsort/-umfeld, der Trainerin bzw. dem Trainer, den Trainingsunterlagen, der Trainingsmethodik, den Trainingsinhalten sowie dem Nutzen des Trainings.



## 5 Conclusio

Dieser Abschnitt gibt einen zusammenfassenden Überblick über die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Masterthesis und zeigt anhand dessen die Praxisrelevanz der vorliegenden Arbeit auf. Dabei wird noch einmal ein Blick auf die zentrale Forschungsfrage geworfen und die Learnings in Bezug auf die Problemstellung sowie Forschungspotenziale für darauffolgende Arbeiten abgeleitet. Weiters erfolgt abschließend die Würdigung sowie kritische Betrachtung der Arbeit.

Die Statistik zeigt, dass Arbeitsunfälle sowie Todesfälle im beruflichen Kontext bereits heute allgegenwärtig sind. Aufgrund des demographischen Wandels und dem damit einhergehenden steigenden Durchschnittsalter sowie der längeren Arbeitszeiten von erwerbstätigen Personen könnte das Auftreten von kritischen und traumatisierenden Ereignissen am Arbeitsplatz in den kommenden Jahren rapide zunehmen. Obwohl sich Unternehmen bereits seit geraumer Zeit mit dem Thema des demographischen Wandels befassen, lag der Fokus bisher nicht auf der in der Masterthesis behandelten Themenstellung.

Werfen wir nun einen Blick auf die Erfahrungen der befragten Expertinnen und Experten in Hinblick auf den derzeitigen Umgang mit kritischen und traumatisierenden Ereignissen in Unternehmen, wird ersichtlich, dass dieser sehr unterschiedlich ausfallen kann. Die Reaktionsweisen reichen dabei von umsorgen der betroffenen Person unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse bis hin zur Auflösung des Dienstverhältnisses nach Auftreten eines belastenden Ereignisses. Insgesamt ist anzunehmen, dass sich bisher nur wenige Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber damit befassen, was solch ein Ereignis für Betroffene bedeutet und wie das Unternehmen dieser Situation begegnen kann. Dabei ziehen kritische Ereignisse zahlreiche Folgewirkungen und Herausforderungen mit sich.

Bei den Interviewpartnerinnen und -partnern herrschte Einigkeit darüber, dass Krisen von Betroffenen unterschiedlich wahrgenommen und empfunden werden. Weiters betonten sie, dass unterschiedliche Faktoren in die Beurteilung der Krisensituation einfließen, wodurch jede Krise und die damit einhergehenden Reaktionen unvorhersehbar werden. Das Spektrum der möglichen Auswirkungen umfasst dabei sowohl akute als auch mittel- und langfristige Folgen. Damit gehen die Erfahrungen der befragten Personen mit der in der Literatur gängigen Sichtweise einher. Schwieriger wird es, bei der

Beurteilung, ob es einen „klassischen“ Krisenverlauf – wie in der Literatur dargestellt – tatsächlich gibt. Während ein Teil der Befragten bei der Ausübung ihrer Profession einen klassischen Verlauf erkennen können, schließt der andere Teil diese Möglichkeit kategorisch aus. Egal welche Reaktionen bei der betroffenen Person nun tatsächlich ausgelöst werden, den interviewten Personen zufolge wirken sich diese immer auch auf das berufliche Umfeld aus. Das bedeutet wiederum, dass jede Krise im organisationalen Umfeld Anforderungen an die jeweilige direkte Führungskraft stellt.

Die Befragungen haben gezeigt, dass die zentrale Verantwortung in der Fürsorgepflicht der Führungskraft liegt und somit darin besteht, zu erkennen, ob die betroffene Person Hilfe benötigt. Ist dies der Fall, liegt es in der Verantwortung der Führungskraft Rahmenbedingungen zu schaffen, welche eine bestmögliche Unterstützung ermöglichen. Die richtige Form der Unterstützung ist dabei für die Überwindung der Krise entscheidend, da bereits kleine Unterschiede im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern großen Einfluss auf die Bewältigung der Situation haben können. Bei der Hilfeleistung ist immer die Komplexität sowie Sensibilität des Themas zu beachten. Daher ist es essentiell, dass Führungskräfte die eigenen Kompetenzen nicht überschreiten und gegebenenfalls externe Hilfe anfordern. Da das völlige unvorbereitet sein den Umgang mit Krisen erschwert, ist es hilfreich, sich präventiv mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Beim Erlernen neuer Kompetenzen sind die gewählten Trainingsinhalte sowie die -methode entscheidend. Die Interviewpartnerinnen und -partner haben drei Themenbereiche für die inhaltliche Gestaltung einer Trainingseinheit für Führungskräfte als sinnvoll erachtet: Arten und mögliche Auswirkungen von Krisen, eigene und professionelle Hilfeleistungen durch externe Expertinnen und Experten sowie Kommunikation in und nach Krisensituationen. Für das Erlernen der Trainingsinhalte wird dabei eine interaktive Form empfohlen, um bestmöglich den praktischen Bezug herzustellen und einen möglichst großen Lernerfolg zu garantieren. Dabei kann bei der Erstellung der Trainingsinhalte auf bewährte Methoden der Krisenintervention sowie Notfallpsychologie zurückgegriffen werden, welche als Basis an die jeweiligen Erfordernisse angepasst werden sollten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Sensibilisierung der Führungskräfte für das mögliche Auftreten von kritischen und traumatisierenden Ereignissen in ihrem Verantwortungsbereich in Form eines Führungskräfte trainings jedenfalls empfehlenswert ist. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine klare Abgrenzung der Kompetenzen erfolgt und nicht der Eindruck vermittelt wird, dass nach Absolvierung der Trainingsein-

heit jedes kritische und traumatisierende Ereignis im organisationalen Umfeld ohne externe Begleitung bewältigt werden kann.

### Kritische Betrachtung, Würdigung und Ausblick

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Masterthesis handelt, waren die Ausarbeitungen im Hinblick auf vorhandene Ressourcen und dem Umfang der fertiggestellten Arbeit stark eingeschränkt. Dies stellte insbesondere aufgrund der Komplexität und des Umfanges des Themengebietes ein Problem dar, da die vorliegende Arbeit aufgrund dieser Einschränkungen nicht ausreichend in die Tiefe gehen konnte.

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde zu Beginn der Fokus ausschließlich auf Erfahrungen im Bereich Krisenintervention gelegt. Beim Führen des ersten Interviews wurde dann ersichtlich, dass die Kenntnisse in Bezug auf kritische und traumatisierende Ereignisse im organisationalen Kontext nicht ausreichend vorhanden waren, wodurch insbesondere der vierte Interviewabschnitt durch die Gesprächspartnerinnen und -partner nur im geringen Ausmaß beantwortet werden konnte. Diesem Problem wurde entgegengewirkt, indem im weiteren Verlauf Personen mit unterschiedlichen Professionen für die Interviewdurchführung herangezogen wurden. Die Interviewauswertung hat jedoch gezeigt, dass nicht jedes Interview ausführliche Informationen und Erkenntnisse liefert. Um die Qualität der Daten zu verbessern und umfangreichere Erkenntnisse zu erzielen, hätte die Autorin beim Führen der Interviews den flexiblen Rahmen, den ein Leitfadenterview bietet, besser nutzen können. Die gewonnenen Erkenntnisse waren aufgrund ihrer Homogenität jedoch ausreichend, um sie für die Erstellung des Trainingskonzeptes heranzuziehen.

Durch die gewählte Befragungsform – dem Experteninterview – wurden ausschließlich die Sichtweisen von Personen erhoben, welche in diesem Fachbereich Ausbildungen aufweisen. Um die tatsächlichen Bedürfnisse der Zielgruppe des Führungskräftestrainings erheben zu können, wäre es möglicherweise von Vorteil gewesen, auch die „andere Seite“ – also Führungskräfte, welche bereits unvorbereitet ein für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter belastendes Ereignis überwinden mussten – zu interviewen. Dies könnte Ausgangspunkt für eine zukünftige spannende Forschungsarbeit darstellen.

Weiters konzipierte die vorliegende Arbeit ausschließlich eine einmalige Schulung. Die Interviewpartnerinnen und -partner betonten jedoch mehrmals, dass es in diesem Bereich eine laufende und wiederholende Information bzw. Schulung zur Sicherung des Lernerfolgs bedarf. Somit stellt sich die Frage, wie nach der Absolvierung einer einma-

ligen Trainingseinheit der Lernerfolg sowie Lerntransfer langfristig im Unternehmen gesichert werden kann. Auch hier könnte eine zukünftige Forschungsarbeit anknüpfen.

Eine dritte Themenstellung mit der sich die vorliegende Arbeit nicht befasst hat, die jedoch im Laufe der Interviewdurchführung aufkam, ist die Doppelrolle in der sich die Führungskraft beim Auftreten kritischer und traumatisierender Ereignisse am Arbeitsplatz befindet. Einerseits ist sie als Person selbst betroffen, andererseits weist sie aufgrund ihrer Funktion die Verantwortung gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf. Somit wäre der Selbstschutz der Führungskraft ein weiteres Thema für eine zukünftige Arbeit.

Hervorzuheben bei dieser Masterthesis ist jedenfalls die Vorreiterstellung, welche sie beim Versuch dieses Themengebiet in die Aus- und Weiterbildungsprogramme von Unternehmen zu transferieren, inne hat. Das grundsätzlich eine Notwendigkeit dieses Transfers nicht auszuschließen ist, wird auch durch die Aufgeschlossenheit sowie die Befürwortung seitens der Interviewpartnerinnen und -partner untermauert.

*„[...] und ich finde es schön, wenn es so Versuche gibt, das in irgendeiner Weise auch zu etablieren“  
(14, Zeile 354).*

*„Das fände ich eigentlich etwas sehr Sinnvolles. Dass Sie das machen in Ihrer Arbeit, finde ich gut.“  
(16, Zeile 276)*

## Literaturverzeichnis

- Allenspach, M./Brechtbühler, A. (2005). Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber.
- Appel-Schumacher, T./Helmes, A. (2004). Stressmanagement nach traumatischen Ereignissen. In: Bengel, Jürgen (Hrsg.) (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, S. 101-115).
- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch BGBl Nr. 217/1859 idF: BGBl I Nr. 43/2016.
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl. Nr. 189/1955 idF: BGBl. II Nr. 260/2016.
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2014). Basiswissen Arbeitnehmerschutz. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2016). Rat und Hilfe. Aufgaben und Leistungen der AUVA. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- Angenendt, J./Röhrich, B./Riering, A./Südkamp, N./Berger, M./ Beirau, M./Wich, M./Ekkernkamp, A. (2011). Freiburger Arbeitsunfallstudie II (Faust-II). Früherkennung, Diagnostik und Prävention psychischer Gesundheitsstörungen nach schweren Arbeitsunfällen: Auswirkungen auf die Rehabilitation. In: Trauma und Berufskrankheit, Vol. 1, S. 56-64.
- Arbeiterkammer Kärnten (2013). Arbeitnehmerschutz und Gesundheit. Klagenfurt: Arbeiterkammer Kärnten.
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz BGBl I Nr. 9/1997 idF: BGBl I Nr. 60/2015.
- Atteslander, P. (2010). Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt.
- Bengel, J. (Hrsg.) (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Birbaumer, N./Frey, D./Kuhl, J./Schneider, W./Schwarzer, R. (2009). Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Brückner, B. (2005). Krisenintervention – den Helfern helfen. In: DNP Der Neurologe & Psychiater, Vol. 9, S. 22-26.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (o.J.). Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nach dem ArbeitnehmerInnenschutzge-

setz (ASchG). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014). Psychische Erkrankungen und Invalidität. Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2012 bis Juni 2013. Wien: Verlag des ÖGB.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016a). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016b). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – BMGF-Version 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

D'Amelio, R./Archonti, C./Falkai, P./Pajonk, F. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. In: Notfall + Rettungsmedizin, Vol. 9, S. 194-204, DOI: 10.1007/s10049-005-0790-y.

Drechsel-Schlund, C./Plinske, W. (2000). Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Aus Sicht der Verwaltung. In: Trauma und Berufskrankheit, Vol. 2, S. 450-455).

Dross, M. (2001). Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe.

Esslinger, A./Emmert, M./Schöffski, O. (Hrsg.) (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler.

Eurofound (2015). Erste Ergebnisse: Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen. 23.11.2015, Internetadresse: <https://www.eurofound.europa.eu/de/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-european-working-conditions-survey-resume>, Stand vom: 16.07.2016.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2016). Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2) - Overview Report: Managing Safety and Health at Work. 30.03.2016, Internetadresse: <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/second>

[european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener/view](http://european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener/view), Stand vom: 12.06.2016.

- Falkai, P./Wittchen, H. (2014). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P./Wittchen, H. (2015). Diagnostische Kriterien DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Fankhauser, K. (2005). Handbuch der betrieblichen Weiterbildung. Ein Leitfaden für PersonalistInnen und TrainerInnen. Wien: Facultas.
- Froschauer, U./Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas.
- Froschauer, U./Lueger, M. (2009). Interpretative Sozialforschung: Der Prozess. Wien: Facultas.
- Gerngroß, J. (Hrsg.) (2015). Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. Stuttgart: Schattauer.
- Gerngroß, J. (2015), Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie sowie des psychologischen Krisenmanagements. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.) (2015). Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. Stuttgart: Schattauer, S. 1-49.
- Gläser, J./Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Glawischnig, M. (2012). Handbuch Arbeitsunfall. Prävention und Rechtsfolgen. Wien: Linde Verlag.
- Gratz, W./Röthel, H./Sattler-Zisser, S. (2014). Gesund führen. Mitarbeitergespräche zur Erhaltung von Leistungsfähigkeit und Gesundheit in Unternehmen. Wien: Linde.
- Hannich, H. (2004). Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel, Jürgen (Hrsg.) (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, S. 1-12.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016). Statistische Daten auf der Sozialversicherung – Monatsbericht Mai 2016, Internetadresse: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.601553&version=1466503224>, Stand vom: 12.06.2016.
- Hausmann, C. (2006). Einführung in die Psychotraumatologie. Wien: Facultas.

- Hausmann, C. (2010). Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Ein Handbuch. 3., vollständig revidierte und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas.
- Hausmann, C. (2011). Entlastungsgespräch unter KollegInnen nach kritischen Ereignissen – ein Konzept für Pflegepersonen. In: Journal für Psychologie, Vol. 3, S. 1-14.
- Hausmann, C. (2014). Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien: Facultas.
- Hausmann, C. (2016). Interventionen der Notfallpsychologie. Was man tun kann, wenn das Schlimmste passiert. Wien: Facultas.
- Höfner, C./Holzhauser, F. (Hrsg.) (2004). Freiwilligenarbeit in der Krisenintervention. Entwicklung, Bedeutung, Grenzen. Wien: Facultas.
- Huber, E./Steurer, J. (o.J.). Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nach dem ASchG/B-BSG. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Illes, F./Jendreyshak, J./Armgart, C./Juckel, G. (2015). Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Joiko, K./Schmauder, M./Wolff, G. (o.A.). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Kauffeld, S. (2016). Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung. Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern. 2. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer.
- Kersting, A./Reutemann, M./Ohmann, P./Schütt, K./Wesselmann, U./Rothermundt, M./Suslow, T./Arolt, V. (2001). Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild. In: Psychotherapeut, Vol. 5, S. 301-308.
- Kießling-Sonntag, J. (2003). Trainings- und Seminarpraxis. Konzepte des Trainingshandelns, Trainingszyklus von der Auftragsklärung bis zur Transfersicherung, Werkzeuge erfolgreicher Seminargestaltung, Berlin: Cornelsen.
- Klammer, B. (2005). Empirische Sozialforschung. Eine Einführung für Kommunikationswissenschaftler und Journalisten. Konstanz: UVK.
- Köhler, T. (2012). Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Köllner, V./Broda, M. (2005). Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart: Georg Thieme.



- Kröger, C. (2013). Psychologische Erste Hilfe. Göttingen: Hofgrede.
- Kruse, J. (2015). Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim Basel: Beltz.
- Kunz, S./Scheuermann, U./Schürmann, I. (2009). Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. 3., aktualisierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Lasogga, F. (2014). Die Grenzen der Laienhilfe in der Notfallpsychologie. In: Höfner, Claudia/Holzhauser, Franz (Hrsg.) (2004). Freiwilligenarbeit in der Krisenintervention. Entwicklung, Bedeutung, Grenzen. Wien: Facultas, S. 105-117).
- Lasogga, F./Frommberger, U. (2004). Psychische Situation und Reaktion von Notfallpatienten. In: Bengel, Jürgen (Hrsg.) (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, S. 13-23.
- Lasogga, F./Gasch, B. (2004). Psychische Erste Hilfe. In: Bengel, Jürgen (Hrsg.) (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, S. 45-59.
- Lasogga, F./Gasch, B. (Hrsg.) (2011). Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- Lasogga, F./Gasch, B. (2011). Definitionen. In: Lasogga, Frank/Gasch Bernd (Hrsg.) (2011). Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer, S. 19-34.
- Lasogga, F./Gasch, B. (2011). Belastungen und Folgen. In: Lasogga, Frank/Gasch Bernd (Hrsg.) (2011). Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer, S. 35-64.
- Lasogga, F./Münker-Kramer, E. (2009). Psychosoziale Notfallhilfe. Edewecht: Stumpf&Kossendey.
- Lueger, M. (2010). Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas.
- Manz, R. (2002). Prävention. In: Schwarzer, Ralf/Jerusalem, Matthias/Weber, Hannelore (Hrsg.) (2002). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 397-399.
- Maercker, A./Köllner, V. (2005). Die posttraumatische Belastungsstörung in der ärztlichen Praxis. In: Köllner, Volker/Broda, Michael (2005). Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart: Georg Thieme, S. 217-225.

- Maercker, A./Steiner, A./Heinrichs, M. (2009). Beratung, Krisenintervention und Notfallpsychologie. In: Birbaumer, Niels/Frey, Dieter/Kuhl, Julius/Schneider, Wolfgang/Schwarzer, Ralf (2009). Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 117-159.
- Mayer, H. (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg.
- Mitchell, J./Everly, G. (2002). Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas.
- Mitchell, J./Everly, G. (2005). Critical Incident Stress Management. Handbuch Einsatznachsorge. Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Edewecht & Wien: Stumpf und Kossendey.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2016). So leisten Sie Erste Hilfe für die Psyche!, August 2016, Internetadresse: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/psyche-hilfe-erstehilfe.html>, Stand vom: 29.08.2016.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008). Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzungen der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt psychischer Belastungen. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2015). Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Pensionsversicherungsanstalt (2017). Berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation. fit2work. Wien: Pensionsversicherungsanstalt.
- Prager, S./Hlous, N. (2006). Psychosoziale Krisen in Unternehmen. Praxishandbuch für Führungskräfte. Wien: Facultas.
- Riechert, I. (2015). Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. 2. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer.
- Rudow, B. (2004). Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München: Oldenbourg.
- Rudow, B. (2014). Die gesunde Arbeit. Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Oldenbourg.

- Saß, H./Wittchen, H./Zaudig, M./Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR.
- Schmitt, M. (2014). Betriebliches Notfallmanagement. Maßnahmen zur betrieblichen Gefahrenabwehr und Schadensbegrenzung. 2. Auflage, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed-Storck GmbH.
- Schwarzer, R./Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.) (2002). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Siggelkow, E. (2010). Trauernde begleiten. In: Heilberufe. Vol. 10, S. 36-37.
- Singer, S. (2010). Entstehung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Esslinger, Adelheit Susanne/Emmert, Martin/Schöffski, Oliver (Hrsg.) (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler, S. 25-48.
- Stagl, M. (2014). Notfallpädagogik. Linz: Trauner Verlag.
- Statistik Austria (2015a). Erwerbsprognosen. 29.01.2016, Internetadresse: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/erwerbsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/index.html), Stand vom: 12.06.2016.
- Statistik Austria (2015b). Gestorbene 2015 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht, Wien.
- Statistik Austria (2016). Anerkannte Versicherungsfälle seit 1975 (ohne Schüler- und Studentenunfälle), Wien.
- Stein, C. (2009). Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Stein, C. (2012). Krisenintervention. In: Neuropsychiatrie. Vol. 23, S. 106-110, DOI: 10.1007/s40211-012-0026-6.
- Steiner, A. (2015). Systemisches Krisenmanagement in Organisationen. In: Gerngroß (Hrsg.) (2015). Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. Stuttgart: Schattauer, S. 190-214).
- Till, W. (2011). Krisenintervention – psychoanalytisch gesehen. Möglichkeiten und Grenzen. In: Journal für Psychologie. Jg. 19 (2011), Vol. 3.
- Weltgesundheitsorganisation (2012). Deutschland: Modell für eine gelungene Politiksteuerung für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz. 10.12.2012, Internetadresse:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/environment-and-health/occupational-health/news/news/2012/12/germany-model-of-good-governance-for-workers-health>,

Stand vom: 12.06.2016.

Wilk, W./Wilk, M. (2007). Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz. Arbeitsunfall – Gewaltverbrechen – Tod. Praxisleitfaden mit zahlreichen Beispielen und Checklisten. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Wissmann, F. (2016). Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Handlungsansätze für die Personalarbeit. Heidelberg: Rehm.

Wolfrum, G. (2010). Was ist Psychotraumatologie? In: Trauma und Berufskrankheit, Vol. 12, S. 271-283, DOI: 10.1007/s10039-010-1700-1.

Worden, W. (2011). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

## Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
AVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AKK	Arbeiterkammer Kärnten
AK OÖ	Arbeiterkammer Oberösterreich
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
ESENER-2	Zweite Europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken
EWCS	Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen
ICD	International Classification of Diseases
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse.....	20
Abbildung 2 Verlauf der psychischen Traumatisierung .....	22
Abbildung 3 Stressoren und Stressreaktion.....	25
Abbildung 4 Interventionen nach Notfällen und traumatischen Ereignissen.....	36
Abbildung 5 Zeitliche Gliederung der CISM-Interventionen .....	44
Abbildung 6 Der Debriefing-Prozess .....	46

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Prävention in Unternehmen .....	13
Tabelle 2 Rolle der Führungskraft im Krisenverlauf .....	23
Tabelle 3 Mögliche unmittelbare Reaktionen .....	26
Tabelle 4 Phasenmodell der Trauerreaktion nach Horowitz .....	26
Tabelle 5 Psychische und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10.....	29
Tabelle 6 Diagnostische Kriterien der akuten Belastungsstörung laut DSM-IV-TR bzw. akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 .....	32
Tabelle 7 Schwerpunkte der notfallpsychologischen Interventionen. ....	37
Tabelle 8 Das SAFER-Gespräch.....	45
Tabelle 9 Gesprächsführung nach kritischen Ereignissen .....	50
Tabelle 10 Professionen der Interviewpartnerinnen und -partner.....	56

# Anhang

## Interviewleitfaden

### „Tod und Trauer in Unternehmen: Führungskräfte für den Ernstfall schulen“

*Als Studentin des berufsbegleitenden Masterstudienganges „Betriebswirtschaft und Wirtschaftspsychologie“ mit Schwerpunkt Human Resource Management an der Ferdinand Porsche FernFH befasse ich mich im Zuge meiner Masterarbeit mit dem Thema Notfallpsychologie und Krisenintervention in Unternehmen. Ziel meiner Thesis ist es, eine Führungskräftebildung für den richtigen Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach dem Auftreten eines kritischen und traumatisierenden Ereignisses am Arbeitsplatz zu entwickeln.*

*Zur Gewinnung der empirischen Daten führe ich teilstrukturierte Experteninterviews. Hierbei befrage ich Personen, welche aufgrund ihres Backgrounds besondere und umfangreiche Erfahrungen im Hinblick auf den Forschungsgegenstand aufweisen. Die Interviews werden mittels Tonband aufgezeichnet, transkribiert und einer Einzelanalyse unterzogen. Die daraus generierten Informationen fließen im Anschluss anonymisiert in die Konzipierung der Führungskräftebildung ein. Die in den Interviews gewonnenen Daten werden ausschließlich für die Erstellung der Masterarbeit genutzt und keinesfalls an Dritte weitergegeben.*

*Die qualitative Befragung umfasst folgende Fragestellungen:*

#### **1. Demographische Daten**

Welche Profession üben Sie aus? Seit wann und in welcher Form (Angestelltenverhältnis, selbstständige oder ehrenamtliche Tätigkeit) üben Sie diese aus? Welche Ausbildung(en) haben Sie, die Sie dazu befähigt/befähigen?

Welche Arten von Krisen begleiten Sie und welche Rolle nehmen Sie bei der Betreuung von Betroffenen ein? Wer sind dabei Ihre Auftragsgeber und mit welchen anderen Professionen arbeiten Sie interdisziplinär zusammen?

#### **2. Auswirkungen von Belastungsreaktionen**

Wie werden Ihren Erfahrungen nach akute Krisen von den Betroffenen erlebt?



Welche Belastungsreaktionen, ausgelöst durch kritische und traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz, haben Sie bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit schon erlebt?

Welche Auswirkungen haben diese Belastungsreaktionen Ihren Erfahrungen nach auf

- die Persönlichkeit
- das Verhalten
- die Arbeitsleistung

von betroffenen Personen?

Über welche Dauer hin begleiten Sie betroffene Personen? Fällt Ihnen dabei ein „klassischer“ Krisenverlauf auf?

### **3. Herausforderungen von Belastungsreaktionen**

Welche Rolle kann bzw. soll eine Führungskraft Ihrer Meinung nach bei kritischen und traumatisierenden Ereignissen gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einnehmen?

Welche Anforderungen werden Ihres Erachtens nach dabei an die Führungskraft als

- Person
- Rolle/Funktion

gestellt?

Was sollen Ihrer Erfahrung nach Führungskräfte keinesfalls in dieser schwierigen Situation tun? Welches Verhalten von Führungskräften wäre kontraproduktiv? Was bzw. welche Rolle würde die Kompetenz von Führungskräften Ihrer Meinung nach überschreiten?

### **4. Mögliche Unterstützung**

Gibt es Ihrer Erfahrung nach einen „klassischen“ Ablauf der Notfallpsychologie bzw. Krisenintervention? Wenn ja, wie sieht dieser bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit aus?

Wie gehen Unternehmen Ihren Erfahrungen nach bisher mit kritischen und traumatisierenden Ereignissen innerhalb der Organisation um? Welche Unterstützung wird bisher für Führungskräfte sowie Kolleginnen und Kollegen geleistet?

Angenommen Führungskräfte werden in Trainings auf das Eintreten von kritischen und traumatischen Ereignissen vorbereitet, welche Inhalte und Trainingsmethoden sollten diese Trainings Ihrer Meinung nach aufweisen?

Welche Interventionsmöglichkeiten können Ihrer Meinung nach von Führungskräften situationspezifisch gesetzt werden, um bestmögliche Unterstützung zur

- Vermeidung/Minimierung
- Klärung
- Bewältigung

von Belastungsfolgen zu leisten?

Haben Sie aufgrund Ihrer Praxiserfahrung noch Empfehlungen bzw. Ratschläge für Unternehmen, welche Vorkehrungen neben Schulungen von Führungskräften in Unternehmen getroffen werden sollten, um eine bestmögliche Versorgung und Betreuung von Betroffenen zu garantieren?

**5. Gibt es noch wichtige Aspekte, die bisher nicht angesprochen wurden?  
Möchten Sie noch etwas ergänzend sagen?**