

Aus dem Institut  
für Medizinische Psychologie  
(Univ.-Prof. Dr. rer. medic. Hans- Joachim Hannich)  
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Thema: Das Kriseninterventionsteam (KIT) zur Betreuung von Notfallpatienten –  
Eine Studie zum Inanspruchnahmeverhalten durch Rettungskräfte unter Einbezug  
des Transtheoretischen Modells (TTM)

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des akademischen  
Grades  
Doktor der Medizin  
(Dr. med.)  
der  
Ernst-Moritz-Arndt-Universität  
Greifswald  
2005

vorgelegt von:  
Katharina Adam  
geb am: 11.12.1978  
in: Werl

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich

2. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Ort, Raum: Greifswald, Seminarraum 4 der Klinik für Urologie

Tag der Disputation: 05. April 2006

Meiner geliebten Schwester **Franzis Adam**,

(geb. am 9.9.1967 in Werl, † am 28.6.1990 bei einem Verkehrsunfall), die durch ihr Dasein maßgeblich mit dazu beigetragen hat, dass ich eine glückliche Kindheit erlebt habe, die durch ihren Tod abrupt beendet wurde. Sie hat mein Leben nachhaltig geprägt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>VIII</b>
<b>0 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Krisenintervention und Notfallbegleitung - eine Begriffs-bestimmung....</b>	<b>3</b>
1.1 Die psychische Situation des Notfallopfers .....	3
1.2 Psychologische Interventionsmöglichkeiten und deren Umsetzung.....	4
1.2.1 Psychologische Maßnahmen .....	4
1.2.2 Die Funktion von Kriseninterventionsteams .....	6
<b>2 Voraussetzungen zur Umsetzung von Krisenintervention.....</b>	<b>8</b>
2.1 Theoretische Grundlagen des Transtheoretischen Modells (TTM) .....	9
2.2 Stufenmodell des TTM: Stages of change .....	13
2.3 Stufenmodell modifiziert für Inanspruchnahmeverhalten von KIT .....	14
<b>3 Zielsetzung .....</b>	<b>16</b>
<b>4 Darstellung der Untersuchungsmethoden.....</b>	<b>17</b>
4.1 Zusammenstellung der Untersuchungsstichprobe .....	17
4.2 Charakterisierung der Untersuchungsstichprobe.....	18
4.2.1 Geschlecht und Alter .....	18
4.2.2 Berufserfahrung.....	18
4.3 Untersuchungsinstrument: Deskription des verwendeten Fragebogens:	18
4.4 Datenerfassung und statistische Datenbearbeitung.....	20
<b>5 Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>24</b>
5.1 Ergebnisse zum Wissensstand der potentiellen Anforderer.....	24
5.1.1 deskriptive Statistik.....	24
5.1.2 Expertenrating .....	25
5.1.3 Reliabilitätsanalyse für die Dimensionen .....	26

5.1.4	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	26
5.1.5	Skalensummenwerte (vergleichend) .....	27
5.2	Ergebnisse zur Einstellung der potentiellen Anforderer .....	28
5.2.1	deskriptive Statistik.....	28
5.2.2	Expertenrating .....	29
5.2.3	Reliabilitätsanalyse.....	30
5.2.4	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	30
5.2.5	Skalensummenwerte (vergleichend) .....	30
5.2.6	Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	31
5.2.7	Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen .....	31
5.2.8	Unterschiede innerhalb des Rettungsdienstes in Abhängigkeit vom Alter.....	31
5.3	Ergebnisse zur praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft... ..	32
5.3.1	deskriptive Statistik.....	32
5.3.2	Expertenrating .....	33
5.3.3	Reliabilitätsanalyse.....	33
5.3.4	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	33
5.3.5	Skalensummenwerte (vergleichend) .....	34
5.3.6	Einfaktorielle Varianzanalyse (Anova).....	34
5.4	Ergebnisse zur normativen Erwartung .....	35
5.4.1	deskriptive Statistik.....	35
5.4.2	Expertenrating .....	36
5.4.3	Reliabilitätsanalyse.....	36
5.4.4	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	36
5.4.5	Skalensummenwerte (vergleichend) .....	36
5.4.6	Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	37

5.5	Ergebnisse zur Fragestellung KIT als Entlastung für die Einsatzkräfte vor Ort.....	38
5.5.1	deskriptive Statistik.....	38
5.5.2	Expertenrating .....	38
5.5.3	Reliabilitätsanalyse.....	39
5.5.4	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	39
5.5.5	Skalensummenwerte (vergleichend) .....	39
5.5.6	Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	39
5.6	Ergebnisse zur Fragestellung, in wie weit sich die potentiellen Anforderer in das TTM-Stufenmodell einordnen lassen .....	40
5.6.1	Expertenrating .....	40
5.6.2	Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Stufen .....	41
5.6.3	Faktorenanalyse mit selektierten Items .....	42
5.6.4	Skalensummenwerte (vergleichend) für die einzelnen Stufen.....	43
5.6.5	Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA).....	43
5.6.6	Stufenzuordnung .....	45
5.6.7	Unterschiede bei der Stufenzuordnung innerhalb des Rettungsdienstes in Abhängigkeit vom Alter .....	48
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>49</b>
6.1	Wissensstand und Inanspruchnahme des KIT.....	49
6.2	Korrelation zwischen der Einstellung zu Krisenintervention unter Berücksichtigung der Offenheit gegenüber allgemein psychologischen Fragestellungen einerseits und dem daraus resultierendem Anforderungsverhalten andererseits. ....	50
6.3	Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft spezifiziert nach den einzelnen Berufsgruppen, Lebensalter, Berufserfahrung und Geschlecht .....	53

6.4	Normative Erwartung von Vorgesetzten und Kollegen und ihr Einfluss auf das Anforderungsverhalten. ....	55
6.5	Angebot des KIT und die Möglichkeit, auf das KIT zurückzugreifen in seiner Auswirkung für die Einsatzkräfte vor Ort .....	57
6.6	Inwieweit lassen sich die potentiellen Anforderer mit ihrem Anforderungsverhalten in das TTM-Stufenmodell einordnen? .....	60
6.7	Ausblick und weiterführende Interventionsansätze: .....	61
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>73</b>
9.1	Fragebogen.....	73
9.2	Eidesstattliche Erklärung.....	78
9.3	Lebenslauf .....	79
9.4	Danksagung.....	80

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Integration von Stufen und wesentlichen Veränderungsstrategien (in Anlehnung an Keller, Velicer & Prochaska, 1999 & Maurischat, 2002).....	10
Abbildung 2: Stufenzuordnung aller potentiellen Anforderer in Prozent .....	45
Abbildung 3: Stufe 1 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.....	46
Abbildung 4: Stufe 2 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.....	46
Abbildung 5: Stufe 3 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.....	47
Abbildung 6: Stufenzuordnung im Überblick: aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.....	47

## **Abkürzungsverzeichnis**

APA	American Psychiatric Assosiation
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
CM	Community Medicine
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSM IV	Diagnostical and statistical manual of mental disorder (4th edition)
etc.	etcetera
HKS	Rettungsdienst Greifswald GmbH am 01.04.1991 von den Herren Hoh- muth, Klüber und Schwinge gegründet.
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation psychischer Störungen 10.Version
KI	Krisenintervention
KIT	Kriseninterventionsteam
N	Häufigkeiten
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TTM	Transtheoretisches Modell



## 0 Einleitung

Nach Ereignissen wie der ICE- Katastrophe von Eschede (1998), dem Schulamoklauf in Erfurt (2001), der Flutkatastrophe im Osten Deutschlands 2002 und nicht zuletzt nach dem 11. September 2001 und der Tsunamikatastrophe im Dezember 2004 wird die Frage nach psychologischer Betreuung und Krisenintervention/ Notfallseelsorge immer größer.

Wie aktuell diese Problematik ist, zeigt nicht nur die enorm gewachsene derzeitige Fachliteratur zur Psychotraumatologie (vgl. Hüls & Oestern, 1999), sondern gerade auch die Nachfrage vor Ort in großen und auch kleinen persönlichen Krisen. Dies spiegelt sich wider in Tageszeitungsberichten, in denen allen Ortes immer wieder die Notwendigkeit von Krisenintervention und die Nachfrage nach professioneller Psychischer Erster Hilfe für Betroffene und Helfer betont wird. Auch im Fernsehen wurde z. B. wiederholt die Tätigkeit von Polizeiseelsorgern zum Thema von Reportagen. Die gesendeten Fernsehdokumentationen über Krisenintervention (vgl. NDR-Sendung: Erstsendung 22.12.2002) belegen das wachsende Interesse an diesem Thema und zeigen gleichzeitig die Notwendigkeit von Einrichtungen, die in Krisenfällen schnell und kompetent helfen können.

Im letzten Jahrzehnt entstanden - abhängig von der Region und den dort charakteristischen Gegebenheiten (z.B. städtisch, ländlich, starke religiöse Anbindung...) - ganz unterschiedliche Projekte der Notfallseelsorge und Krisenintervention.

In Greifswald engagierte sich 1997 ein Medizinstudent für die Schaffung eines Kriseninterventionsprojektes in Greifswald und Umgebung. Bei seinen eigenen Erfahrungen im Rettungsdienst und bei der Feuerwehr hatte er auf der einen Seite immer wieder Menschen mit ihrem seelischen Leid allein lassen müssen, um wieder einsatzbereit für andere Menschen sein zu können. Auf der anderen Seite sah er auch das Problem, dass er und seine Kollegen mit den psychischen Belastungen der Einsätze oft alleine nicht fertig wurden.

Gerade eine Universitätsstadt mit Forschungsschwerpunkt Community Medicine (kurz: CM) bot sich an für ein fächerübergreifendes Projekt, in dem traditionell konkurrierende Berufsgruppen zum Wohl des Menschen zusammenarbeiten.

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie und unter der Trägerschaft der Johanniter Unfallhilfe (Bereitstellung des Dienstfahrzeuges, Ver-

sicherungen etc) sowie der Unterstützung vom leitenden Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei und engagierten Ehrenamtlichen entstand das Kriseninterventionsteam (KIT) für Greifswald und seine Region. Das Team nahm die Dienstbereitschaft am 01.10.2000 auf.

Trotz vieler Hindernisse und Anlaufschwierigkeiten konnten die KIT- Helfer bei den anfänglich relativ seltenen Einsätzen (z.B. Unterstützung von Angehörigen nach Suizid eines Familienangehörigen, Betreuung von Eltern im Krankenhaus, die um das Leben ihres Kindes bangen, das in einen Gartenteich gefallen ist, Betreuung des Zugführers nach einer Zugüberrollung, schwere Verkehrsunfälle, Überbringen von Todesnachrichten mit der Polizei etc.) sehr viele positive Erfahrungen sammeln.

Die Dankbarkeit der Betroffenen und der persönliche, befriedigende Eindruck, dass es gut war, da gewesen zu sein, eine Hilfe in der Krise gewesen zu sein, bestätigte die KIT- Helfer in ihrer Arbeit, gerade auch nach einem sehr anstrengenden Einsatz.

Diese positiven Eindrücke vor Ort beim Einsatz und die Erkenntnisse, wie dringend notwendig diese Art von Erster Psychologischer Hilfe in Greifswald und Umgebung ist und wie dankbar sie von den Betroffenen angenommen wird, gaben den KIT- Helfern neue Motivation, ihre Freizeit für diese Aufgabe einzusetzen und Anfangsschwierigkeiten auszuhalten.

# 1 Krisenintervention und Notfallbegleitung - eine Begriffsbestimmung

## 1.1 Die psychische Situation des Notfallopfers

Auf Notfallopfer wirkt unmittelbar und plötzlich eine Reihe von belastenden Faktoren ein, die zu sehr unterschiedlichen Reaktionen führen können. Die belastenden Faktoren können differenziert werden in physiologische Belastungen (wie Schmerzen, Atemnot, Zittern, Schweißausbrüche, Hitze-, Kälte-, Durst- und Lärmempfinden) und in psychologische Belastungen (wie Angst um sich selber, um Angehörige, um Mitverletzte, sowie Angst vor der neuen ungewohnten Situation und um die Zukunft, Kontrollverlust und Schuldgefühle). Die physiologischen und psychologischen Belastungen des Notfallopfers stehen jedoch nach Lassogga et Gasch, 2000 in wechselseitiger Beziehung zueinander.

Notfallopfer und auch hinzugerufene Angehörige, die zu sekundären Opfern werden können, befinden sich in einer **akuten Krisensituation** und werden möglicherweise zu betreuungsbedürftigen Patienten.

Zunächst soll auf den Begriff Krise näher eingegangen werden.

**Krise** allgemein kommt aus dem Griechischen (krisis) und ist definiert einerseits als **Entscheidungssituation, Schwierigkeit, Klemme** und andererseits auch als **Wendepunkt**. Diese ursprüngliche Wortbedeutung impliziert schon, dass mit Krise nicht notwendigerweise ein bedrohliches, katastrophales Ereignis, sondern vielmehr ein Wendepunkt gemeint ist (Brähler et al., 2001).

Eine **akute Krisensituation** ist ein Zustand, bei dem durch ein plötzlich aufgetretenes Ereignis eine psychische Krise ausgelöst wurde. Dieser Zustand äußert sich durch eine erkennbare Unfähigkeit, die situationsbedingte Herausforderung zu meistern und das psychische Gleichgewicht wiederherzustellen (vgl. auch Everly und Mitchell, 2002).

Die **psychische Krise** ist definiert als ein **akuter Verlust des psychischen Gleichgewichts, bei dem die gewohnten Bewältigungsmechanismen versagen und Symptome von Stressbelastung und funktioneller Beeinträchtigung auftreten** (siehe PTSD in: APA 1994). Ganz ähnlich äußern sich hierzu auch Riederer und Fischer (1999).

Mögliche Beispiele für eine psychische Krise wären der plötzliche Tod eines Angehörigen, ein schwerer Verkehrsunfall mit im PKW eingeschlossenen Verletzten, eine Zugüberrollung für den Lockführer, Überbringen einer Todesnachricht, plötzlicher Kindstod.

Eine Krise kann man anhand von spezifischen Symptomen einer Krise bzw. anhand von typisch menschlichen Reaktionen auf eine Krise erkennen. Eine große Anzahl affektiver Auffälligkeiten, die von Panik bis Depression reichen, zeichnen eine psychische Krise aus. Nach Everly und Mitchell (2002) reagieren die Menschen auf eine Krise mit zahlreichen kognitiven Dysfunktionen. Sie sind verwirrt und können oftmals nicht richtig und logisch denken. Ebenso lässt sich eine psychische Krise anhand von vielen körperlichen Beschwerden wie z.B. Tremor, Kopf- und Magenschmerzen diagnostizieren. Sprunghaftes oder unangemessenes Verhalten gehören ebenso zu den typischen Reaktionen des Menschen auf eine Krise. Die Symptome einer Krise reichen von akuten Stressreaktionen (z.B. Kopfschmerzen, Gereiztheit) bis hin zu langfristigen Folgeerscheinungen wie z.B. immer wiederkehrende Alpträume und die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD).

## 1.2 Psychologische Interventionsmöglichkeiten und deren Umsetzung

### 1.2.1 Psychologische Maßnahmen

Nach Caplan und Grunebaum (1967) werden verschiedene Formen der Vorsorge sowie der Nachsorge unterschieden. Sie prägten die Begriffe Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention.

Unter Primärprävention versteht man allgemein die Vorsorge, die zu einer Senkung der Inzidenzrate führt. Dies geschieht beispielsweise durch Informationsvermittlung über Medien und Institutionen sowie durch politische und pädagogische Präventionsprogramme. Das Schaffen einer stabilen Persönlichkeit kann einer späteren psychischen Labilität oder einer posttraumatischen Belastungsstörung vorbeugen.

Sekundärprävention bezeichnet die Früherkennung und Frühbehandlung mit dem Ziel der Senkung der Prävalenzrate. Beispielsweise kann das frühe Einsetzen psychologischer Interventionsmaßnahmen in einer psychischen Krise den Patienten vor dem Ausbilden einer PTSD bewahren.

Die psychologische Intervention betrifft die aktive Einleitung von Maßnahmen zur Stressreduktion und psychischen Stabilisierung sowie Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen und Selbstheilungskräfte des Opfers (Gschwend, 2004).

Zur Schaffung von Normalität, Orientierung und Vertrautheit macht der Helfer ein Beziehungsangebot, in dem er sich mit seinem Namen und seiner Funktion vorstellt und auch den Namen des Betroffenen erfragt.

Eine wichtige Möglichkeit, die emotionale Belastung zu reduzieren, besteht darin, über das belastende Ereignis zu reden. Der Helfer kann durch die sogenannten *W-Fragen* (*WER?*, *WIE?*, *WAS?*, *WANN?*, *WO?*) den zu Betreuenden dazu bringen, etwas über sich und seine derzeitige Situation zu erzählen.

Der Helfer signalisiert dem zu Betreuenden durch *aktives Zuhören* seine Bereitschaft, für den anderen da zu sein und die Interessen und Bedürfnisse des Betroffenen wahrzunehmen. Das aktive Zuhören kann gegebenenfalls in das Aushalten gemeinsamen Schweigens übergehen.

Eine weitere psychologische Interventionsmöglichkeit ist die Ermunterung des Betroffenen, Emotionen zuzulassen und auszudrücken.

Da Trauer eine notwendige Reaktion auf einen persönlichen Verlust ist und hilft, diesen zu verarbeiten, sollte bei Todesfällen den Angehörigen ermöglicht werden, ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen und sich von den Toten zu verabschieden.

Weiterhin kann durch *Entspannungstechniken* der Betroffene unterstützt werden, seine Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen (vgl. auch 1.2.2) und zur neuen Normalität zurückzufinden (vgl. auch Daschner, 2000).

Die psychologische Betreuung sollte beendet werden mit der persönlichen Verabschiedung und - falls notwendig - mit dem Hinweis auf weitere Hilfsangebote.

Diese weiteren Hilfsangebote entsprechen oft schon nach Caplan und Grunebaum (1966) der Tertiärprävention, die allgemein Krankheitsfolgen verringern will mit dem Ziel der Rehabilitation. Hier kommen z.B. Langzeittherapien sowie Anpassungen des Wohn- und Arbeitsumfeldes an die Krankheit zum Einsatz.

### **1.2.2 Die Funktion von Kriseninterventionsteams**

In dem letzten Jahrzehnt sind in Deutschland immer mehr Kriseninterventionsgruppen entstanden. Kein Projekt ist identisch mit einem anderen. Vor Ort stellten sich Probleme, die auf ganz unterschiedliche Art und Weise gelöst wurden. Vielfach gab es schon verschiedene „Notfallstrukturen“ z.B. einzeln arbeitende Pfarrer, Hospizmitarbeiter, Rettungsdienstangehörige etc, die sich dann organisiert zusammenfanden, und die häufig eine Hilfsorganisation wie das Rote Kreuz, SAB, Malteser, Johanniter usw. als Dachorganisation wählten. In wieweit die Organisationen kirchlich angebunden wurden, ergab sich aus der regional unterschiedlichen Verbundenheit der Menschen mit den großen Kirchen. So ist es beispielsweise im Sauerland oder Bayern nicht ungewöhnlich, dass der Dorfpfarrer Notfallsituationen in seiner Gemeinde mitbegleitet. Auch wenn die Menschen in diesen Regionen sich selber nicht mehr der Kirche zugehörig fühlen, so ist ihnen diese aufgrund von familiären Traditionen und selbst erlebtem Religionsunterricht in der Schule doch nicht fremd. In Mecklenburg- Vorpommern hingegen sieht dies bei einer beträchtlichen Rate an Atheisten und fehlender familiärer Bindung an eine Religion ganz anders aus. Diese unterschiedlichen Grundvoraussetzungen führen zu einer Vielfalt ganz unterschiedlicher Kriseninterventionsgruppen in den verschiedenen Regionen. Deshalb lassen sich die einzelnen Gruppen auch nur schlecht vergleichen. Vorreiter-Funktion für Deutschland hatte das KIT- München, das 1992 seine ersten konkreten Überlegungen machte und 1994 mit den ersten Einsätzen startete. In den letzten 10 Jahren wurde das KIT-München gut 7000 mal für betroffene Menschen tätig. Dies zeigt, dass Intimität und Privatsphäre, in der sich psychischer Schock und Trauer ausdrücken, auch gesellschaftliche Bedeutung hat. Die Gründung des KIT in München hat dafür gesorgt, dass betroffene Menschen nicht sich selbst überlassen blieben. Nach Müller-Cyran, dem Gründer und fachlichen Leiter des KIT-München (2004), macht diese etablierte Struktur das traurige Ereignis zwar nicht ungeschehen, sorgt aber dafür, dass Menschen in so einer Situation nicht allein sein müssen. In vielen anderen deutschen Regionen wie z.B. Augsburg, Erding/ Freising, Barnim, Leverkusen, Jena etc. entstanden ähnliche Kriseninterventionsprojekte.

Krisenintervention heißt wörtlich: ein Dazwischenkommen, ein engagiertes Hineinkommen in eine Krise (Daschner, 2003). Aufbauend auf diese wörtliche Bedeutung von Krisenintervention hat sich folgende Definition etabliert:

**Krisenintervention** ist eine **rasch einsetzende emotionale „Erste Hilfe“**, um **den psychischen Zustand des Betroffenen zu stabilisieren und akute Symptome von Stressbelastung zu reduzieren; der Betroffene wird unterstützt, zu einem Zustand angemessener Situationsanpassung zurückzukehren** (Everly und Mitchell, 2002).

Mit Hilfe von Krisenintervention sollen somit schnell und effektiv bei Betroffenen Symptome einer Krise stabilisiert, gelindert oder sogar aufgehoben werden. Der Betroffene, dessen psychischer Zustand sowohl Empfindungslosigkeit und Erstarrung als auch ein Chaos der Emotionen umfassen kann (Kast,1989), soll möglichst nach der Krisenintervention wieder fähig sein, aus der Erstarrung herauszukommen, rational zu denken und sich der Situation nach angemessen zu verhalten z. B. weitere Angehörige benachrichtigen, Beerdigung planen, notwendige Alltagsgeschäfte erledigen, heilsame Entspannungsmöglichkeiten nutzen. Der Betroffene soll wieder in der Lage sein, seine eigenen Abwehrmechanismen adäquat einzusetzen, um seiner persönlichen Krise den Wendepunkt geben zu können.

Gelingt die sofortige Krisenintervention nicht innerhalb einiger Stunden nach dem kritischen Ereignis (z. B. schwerer Schock, Suizidgefahr, Drogenabusus, tiefe Depression etc.), so sollte der Betroffene in weitere psychologische oder ärztliche Betreuung übergeben werden (vgl. auch Hausmann, 2003). Um diese vielfältige Arbeit der Krisenintervention leisten zu können, ist Teamarbeit in einem Kriseninterventionsteam (KIT) gefragt und eine fundierte Ausbildung zum Kriseninterventionshelfer notwendig.

## 2 Voraussetzungen zur Umsetzung von Krisenintervention

Für die praktische Umsetzung von Krisenintervention ist eine Vielzahl von Voraussetzungen notwendig:

Zuerst muss als notwendige Voraussetzung zur möglichen Umsetzung von Krisenintervention bei den Menschen eine Sensibilisierung für Krisenintervention stattfinden. Dies bedeutet, dass die Menschen erst einmal auf die Möglichkeit von Krisenintervention aufmerksam gemacht werden müssen.

Hierzu kann auch die Wissenschaft mit gesteigerter Forschungsarbeit in dem Gebiet der Psychotraumatologie einen Teil beitragen.

Durch die Medienwirksamkeit von Krisenintervention (im Fernsehen, Internet, Zeitungen), bedingt durch die zugrundeliegenden Katastrophen, die die Menschen faszinieren und nicht loslassen, ist das Thema im aktuellen Bewusstsein, und es ist unvermeidbar, damit nicht konfrontiert zu werden.

Entscheidend für die Umsetzung von Krisenintervention ist das Vorhandensein von Notfallstrukturen und ein flächendeckendes Netz von Kriseninterventionsteams.

Als zentraler Punkt ist zu beachten: Wichtigste Voraussetzung für mögliche Krisenintervention ist das Anforderungsverhalten der Rettungskräfte. Sie entscheiden vor Ort, in wie weit KIT zum Einsatz kommt. Damit wird **Anforderungsbereitschaft und Anforderungsverhalten** zur zentralen Voraussetzung für den Einsatz von KIT. Im folgenden soll dargestellt werden, welche Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten bestimmen. Dabei wird auf 5 Dimensionen sowie auf das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1991) zurückgegriffen.

Aus der Literatur zur medizinischen Compliance- Forschung (vgl. Doering et al.,2001) sind die Dimensionen Wissen, Einstellung, praktische Umsetzung, normative Erwartung und Entlastung altbekannt.

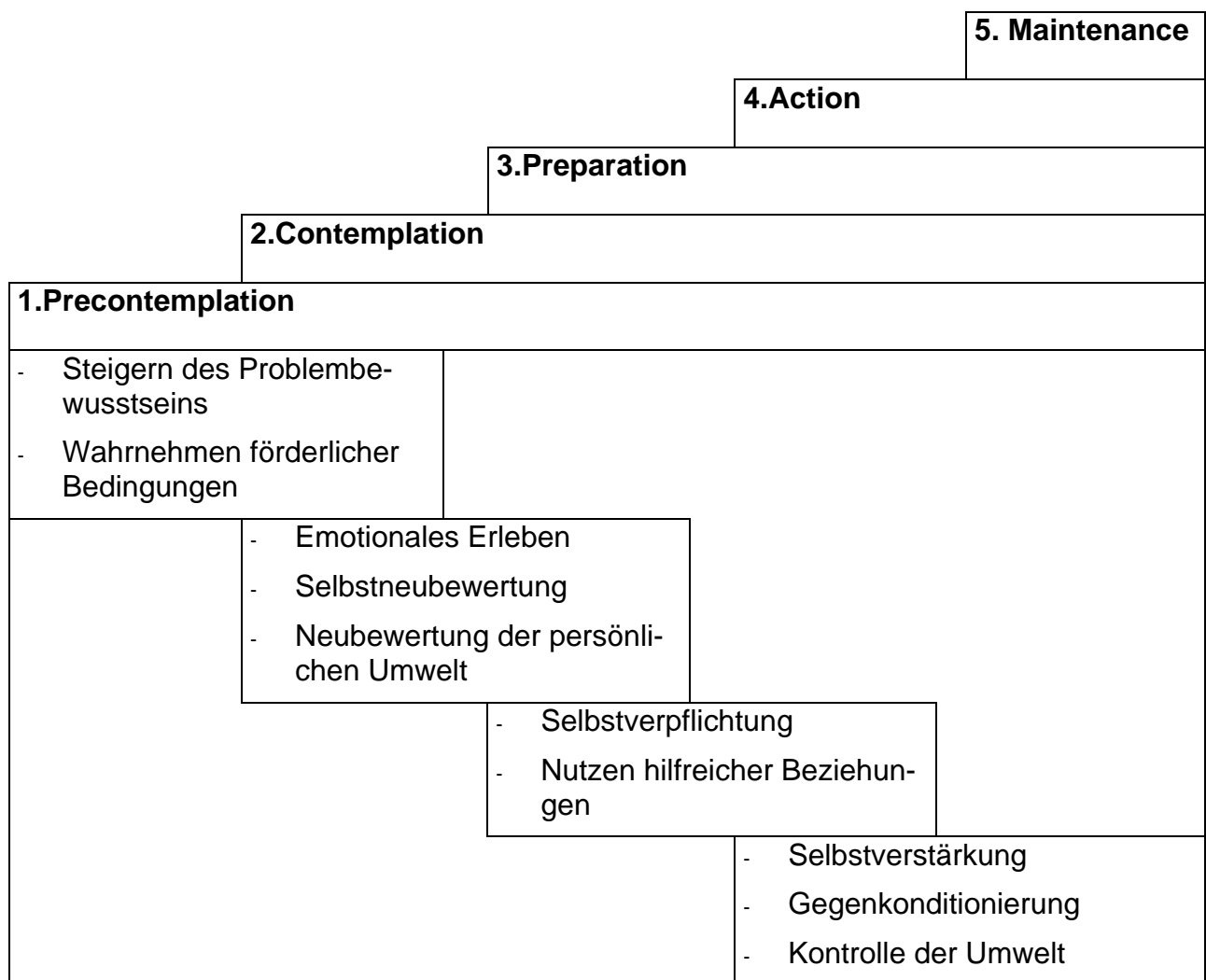
In der neueren Forschung ist das Augenmerk bei Verhaltensänderungen besonders auf das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente geworfen worden, welches im folgenden vorgestellt werden soll.



## 2.1 Theoretische Grundlagen des Transtheoretischen Modells (TTM)

Das Transtheoretische Modell ist ein Stufenmodell, welches die Bereitschaft eines Individuums zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung hinsichtlich eines konkret definierten Problemverhaltens beschreibt. Das Modell beinhaltet 5 Stufen der Verhaltensänderung („Stages of Change“), die ein Individuum auf dem Weg zur permanenten Verhaltensänderung durchläuft. Zusätzlich zu den 5 Stufen der Veränderung („Stages of Change“) werden im TTM Veränderungsstrategien („Processes of Change“) beschrieben, welche die Individuen zur Verhaltensänderung einsetzen. Die kognitiv-affektiven Strategien wie *Steigern des Problembewusstseins* („consciousness raising“), *Emotionales Erleben* („dramatic relief“, „emotional arousal“), *Neubewertung der persönlichen Umwelt* („environmental reevaluation“) und *Neubewertung des Selbst* („self-reevaluation“) stammen aus der Psychoanalyse, der Humanistischen Psychologie und der Gestalttherapie. Währenddessen haben die verhaltensorientierten Veränderungsstrategien wie *Selbstverpflichtung* („self-liberation“, „commitment“), *Kontrolle der Umwelt* („stimulus control“), *Nutzen hilfreicher Beziehungen* („helping relationships“), *Selbstverstärkung* („reinforcement management“, „reward“) und *Gegenkonditionierung* („counterconditioning“) ihre Ursprünge bei Skinner bzw. dem Behaviorismus und der Rogerianischen Tradition. Somit lassen sich die wichtigsten Veränderungsstrategien in den bekannten Therapieschulen wiederfinden. Dieses schulenübergreifende Verständnis relevanter Veränderungsstrategien - auf den verschiedensten Theorien basierend - gab letztlich auch dem Transtheoretischen Modell seinen Namen (Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

In Abhängigkeit von der Stufe, in der sich das Individuum gerade befindet, müssen auch die entsprechenden Strategien benutzt werden. Somit erfolgt in der Stufe der Absichtslosigkeit ein Anwenden des *Steigern des Problembewusstseins* während in der Übergangsphase von Preparation zu Action das *Nutzen hilfreicher Beziehungen* sinnvoll erscheint. Folgende Abbildung soll dies verdeutlichen



**Abbildung 1: Integration von Stufen und wesentlichen Veränderungsstrategien (in Anlehnung an Keller, Velicer & Prochaska, 1999 & Maurischat, 2002)**

Neben den 5 Stufen der Verhaltensänderung („Stages of Change“) als zeitliche Dimension und den für diese Stufen notwendigen oben angeführten Veränderungsstrategien („Processes of Change“) beinhaltet das TTM ebenfalls Veränderungsebenen („Levels of Change“), da individuelle Veränderung stets auch im Zusammenhang mit intrapersonellen, interpersonalen und sozialen Konflikten zu sehen ist (Maurischat, 2002).

Zur Charakterisierung des Veränderungsprozesses wurden in das TTM zwei weitere Konstrukte eingegliedert: Zum einen die Entscheidungsbalance („decisional balance“, „pros and cons“), die die individuell wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung berücksichtigt (Janis und Mann, 1977), zum anderen die Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“) und deren Reziprok, die situative Versuchung („temptation“) (Bandura, 1977).

Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt das Ausmaß an Zuversicht, ein bestimmtes Zielverhalten auch unter widrigen Bedingungen zu zeigen (Maurichat, 2002). Graphisch kann die Selbstwirksamkeitserwartung als eine monoton ansteigende Funktion über allen 5 Stufen dargestellt werden (Prochaska & DiClemente, 1992). Im Gegensatz dazu ist die situative Versuchung das Ausmaß, in dem ein Rückfall in ein „altes Risikoverhalten“ wahrscheinlich ist. Je weiter eine Person die Stufen aufgestiegen ist, desto größer ist die Selbstwirksamkeitserwartung und desto geringer die situative Versuchung (Maurischat, 2002). Nach Keller, Velicer und Prochaska (1999) eignen sich die beiden Konstrukte „decisional balance“ und „self-efficacy“ sowie ihr Reziprok „temptation“ besonders sensitiv in den später erreichten Stufen als gute Prädiktoren für drohende Rückfälle.

Das TTM ist ein Modell zur Verhaltensänderung, welches in den letzten 2 Jahrzehnten vor allem in dem englischsprachigen Raum, aber mittlerweile ebenfalls in Deutschland immer bekannter und populärer wird. Das Modell wurde vor allem für das Rauchverhalten (z.B. Prochaska et al., 1988 und 2001) entwickelt; findet jedoch mittlerweile in den verschiedensten Bereichen seine breite Anwendung.

In der folgenden Tabelle befindet sich eine Auswahl der gegenwertigen Anwendungsbereiche des TTM:

<b>Anwendungsbereich</b>	<b>Literaturhinweise</b>
Raucher und ihr Verhalten	<i>(DiClemente et al., 1991; Fava et al., 1995; Jäkle et al., 1999; Prochaska et al., 1988 und 2001, Rumpf et al., 1998; Schumann et al., 2002 und 2003)</i>
Übergewicht und Ernährung	<i>(Keller et al., 1999)</i>
Körperliche Aktivität bzw. Bewegungsmangel	<i>(Marcus et al., 1994; Basler et al., 1999; Schmidt et al., 1999, Buxton et al., 1996)</i>
Alkoholmissbrauch	<i>(Rumpf et al., 1998)</i>
Benutzung von Kondomen/ HIV Prävention	<i>( Prochaska et al., 1994; Susenbeth, R., 1999)</i>
Durchführung einer Mammographieuntersuchung	<i>( Rakowski et al., 1992; Rakowski et al., 1998)</i>
Chronische Schmerz Patienten	<i>(Maurischat, 2002)</i>
Diabetes mellitus und Compliance in der Therapie	<i>(Reinli et al., 1995; Trigwell et al., 1997)</i>
Stressmanagement	<i>(Baum et al., 1998)</i>
Sonnenschutzverhalten	<i>(Rossi et al., 1995)</i>

Tabelle: Gegenwärtige Anwendungsbereiche des TTM

## 2.2 Stufenmodell des TTM: Stages of change

In der Originalarbeit von Prochaska und DiClemente werden 5 Stufen der Verhaltensänderung beschrieben (vgl. Abbildung 1 in 2.1), die besonders aus dem Bereich der Raucherentwöhnung stammen. In der Regel durchläuft ein Individuum die Stufen nacheinander, jedoch ist sowohl ein Rückfall in eine vorherige Stufe als auch ein Überspringen einer Stufe möglich.

Im Folgenden werden die 5 Stufen in aufsteigender Reihenfolge beschrieben:

### **1. „Precontemplation“/ Stufe der Absichtslosigkeit:**

In dieser ersten Stufe haben die Menschen keine Absicht, ihr Verhalten und ihre Überzeugungen in absehbarer Zeit (z.B. beim Rauchen innerhalb der nächsten 6 Monate) zu ändern. Sie sind sich ihres Problems oft noch nicht bewusst, oder sie wollen es nicht wahrhaben und nicht darüber nachdenken. Häufig sind die Menschen über Konsequenzen und Möglichkeiten nicht ausreichend informiert, oder sie sind von vorneherein schon entmutigt hinsichtlich ihrer eigenen Veränderungsfähigkeit.

### **2. „Contemplation“/ Stufe der Absichtsbildung:**

Diese zweite Stufe beschreibt die Phase, in der sich die Individuen des Problems bewusst werden. Sie beschäftigen sich gedanklich mit der Problematik, bilden sich eine Meinung und denken ernsthaft über Veränderungen bezüglich ihres Verhaltens innerhalb der nächsten 6 Monate nach. Jedoch sind die Individuen noch keine Verpflichtung sich selbst oder anderen gegenüber eingegangen, wirklich aktiv ihr Verhalten zu ändern und zu handeln. Die Stufe der Absichtsbildung ist ebenso wie die Stufe der Absichtslosigkeit offensichtlich eine sehr stabile, in der Personen lange verharren können, ohne dass ein weiteres Fortschreiten in der Verhaltensänderung bemerkbar wird (Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

### **3. „Preparation“/ Stufe der Vorbereitung:**

Die dritte Stufe kombiniert intentionale und verhaltensbezogene Aspekte. Personen, die sich in der Stufe der Vorbereitung befinden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie hoch motiviert sind, ihr Verhalten innerhalb der nächsten 30 Tage zu verändern. Außerdem haben sie oft schon erste Schritte der Verhaltensänderung unternommen oder haben bereits im letzten Jahr erfolglose Versuche gestartet. Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als Precontemplation und Contem-

plation, da es sich um eine kurze Durchgangsstufe zwischen erfolgter Absichtsbildung und bevorstehender Handlung handelt( Keller, Velicer & Prochaska, 1999; Maurischat, 2002).

#### **4. „Action“/ Stufe der Handlung:**

In der Stufe der Handlung ändern Personen aktiv ihr Verhalten, um ein konkretes Zielverhalten (z. B. Aufhören mit dem Rauchen) zu erreichen. Diese aktiven Änderungsversuche kosten Zeit und Energie. Das veränderte Handeln besteht seit mehr als einem Tag aber weniger als einem halben Jahr und fällt auch Außenstehenden auf.

Aufgrund des hohen nötigen Aufwands an Energie birgt diese Stufe das höchste Risiko für eventuelle Rückfälle in vorangegangene Stufen ( Keller, Velicer & Prochaska, 1999; Maurischat, 2002).

#### **5. „Maintenance“/ Stufe der Aufrechterhaltung:**

Die Stufe der Aufrechterhaltung ist erreicht, wenn das Zielverhalten zum Zeitpunkt der Befragung seit mehr als 6 Monaten stabil eingehalten werden konnte. Die Menschen in dieser Stufe beugen möglichen Rückfällen vor und wenden erlernte Fähigkeiten und Strategien zur Aufrechterhaltung des geänderten Verhaltens (z.B. Abstinenz) routinemäßig an (Velicer, Prochaska, Fava, Rossi, Redding et al., 2000).

### 2.3 Stufenmodell modifiziert für Inanspruchnahmeverhalten von KIT

Die Stufen der Verhaltensänderung sind spezifisch hinsichtlich eines konkreten Problemverhaltens. Bei der Verwendung des TTM muss daher ein Problemverhalten (hier: mangelnde Anforderungsbereitschaft) klar definiert sein und ein Zielverhalten (hier: Bereitschaft das KIT anzufordern) bestimmt werden.

Prochaska und DiClemente (1991) entwarfen das 5 Stufenmodell für den Bereich der Raucherentwöhnung. Für die Betrachtung des Inanspruchnahmeverhaltens des KIT in Greifswald durch Rettungskräfte erschien es sinnvoll, die 5 Stufen zu unten angeführten 3 Stufen zusammenzufassen.

		<b>3.) Action &amp;</b>
	<b>2.) Contemplation &amp;</b>	<b>Maintenance</b>
<b>1.) Precontemplation</b>	<b>Preparation</b>	

**1.) „Precontemplation“/ Stufe der Absichtslosigkeit:**

Die potentiellen Anforderer haben keine Intention, ihr Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern. Es sind keinerlei Änderungen erwünscht. Mögliche Gründe für dieses Verhalten sind Mangel an relevanten Informationen und Unwissenheit sowie mangelndes Problembewusstsein und Überzeugung.

**2.) „Contemplation“ & „Preparation“/ Stufe der Absichtsbildung und Vorbereitung:**

In dieser zusammengefassten Stufe erfolgt eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Verhalten (hier: Anforderungsbereitschaft/ Krisenintervention), ohne dass dies zum unmittelbaren Ergreifen von Veränderungsmaßnahmen führt. Die gedankliche Beschäftigung mit Krisenintervention allgemein und dem eigenen Anforderungsverhalten führt zu Konflikten und Entscheidungsunsicherheiten auf der einen Seite und zu Entscheidungsfindungen und festen Absichten, das KIT bei der nächsten Gelegenheit selber anzufordern.

**3.) „Action“ & „Maintenance“/ Stufe der Handlung und Aufrechterhaltung:**

Diese Stufe ist gekennzeichnet durch aktive Versuche, das unerwünschte Verhalten (hier: mangelnde Anforderungsbereitschaft) abzubauen und in einer Umsetzungsphase das Verhalten zu modifizieren und damit das KIT anzufordern. Das veränderte Verhalten wird beibehalten und damit auch in Zukunft das KIT angefordert. Rückfälle werden vermieden, in dem die potentiellen Anforderer die Anwesenheit eines KIT-Helfers in positiver Erinnerung behalten und ihnen die Existenz eines KIT-Teams im Hintergrund eine Beruhigung ist.

### 3 Zielsetzung

Das Angebot eines KIT in Greifswald ist ein relativ neues Angebot für die Helfer in der Rettungskette. Insofern erfordert die Anforderung des KIT eine Verhaltensänderung der potentiellen Anforderer. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine explorative Pilotstudie. Ziel dieser Dissertation soll sein, Ansätze und Erklärungen für das Anforderungsverhalten der potentiellen Anforderer herauszufinden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

#### Fragestellungen und Hypothesen

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wissensstand der potentiellen Anforderer und ihrem Anforderungsverhalten?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Krisenintervention und dem Anforderungsverhalten?

Besonders berücksichtigt werden soll dabei die Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen allgemein, die Einschätzung der Notwendigkeit von Krisenintervention allgemein und die Einschätzung der Notwendigkeit von psychologischer Betreuung/ KI vor Ort in Greifswald.

- In wieweit gibt es Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft spezifiziert nach den einzelnen Berufsgruppen, Lebensalter, Berufserfahrung und Geschlecht?
- In wiefern hat die normative Erwartung von Vorgesetzten und Kollegen Einfluss auf das Anforderungsverhalten?
- Kann das Angebot des KIT und das Wissen um die Möglichkeit, aktiv auf es zurückgreifen zu können, als eine Entlastung für die Einsatzkräfte vor Ort angesehen werden?
- In wie weit lassen sich die potentiellen Anforderer mit ihrem Anforderungsverhalten in das TTM- Stufenmodell einordnen?



## 4 Darstellung der Untersuchungsmethoden

Zur Erstellung dieser Arbeit wurde ein Fragebogen entwickelt (siehe 4.3 sowie im Anhang) und an 105 Probanden verteilt. Die Datenerfassung erfolgte in der Zeit von Juli bis Dezember 2002, somit etwa 2 Jahre nach Beginn des KIT-Projektes in Greifswald.

### 4.1 Zusammenstellung der Untersuchungsstichprobe

Diese Untersuchungsstichprobe setzte sich aus den potentiellen Anforderern des KIT für das Greifswalder Projekt zusammen. Leider existiert keine Kontrollgruppe, da es kein vergleichbares Projekt mit denselben regionalen Gegebenheiten und Informationsstrukturen gibt.

In Greifswald ist das KIT dem Rettungsdienst untergliedert und dem entsprechend können es Rettungsdienste, Polizei, Feuerwehr, Notärzte und die Leitstelle alarmieren. Bei dieser Arbeit wurden 105 Angehörige aus den Bereichen Rettungsdienst (Rotes Kreuz und HKS), Notärzte, Feuerwehr, Polizei und der Leitstelle befragt.

Die einzelnen Gruppen sind unterschiedlich groß, da zum Beispiel entsprechend der einzelnen hierarchischen Strukturen nur gewisse Feuerwehrleute (z.B. Truppenführer) mit entsprechendem Rang befugt sind, das KIT zu alarmieren. Ebenso arbeiten auf der Rettungsleitstelle weniger Menschen als im Rettungsdienst bei HKS und dem DRK. Dies führt zu dem Problem der uneinheitlich großen Gruppen und einer schlechten Vergleichbarkeit.

**Notärzte: 14** ausgefüllte Fragebögen

**Rettungsdienste: 33** ausgefüllte Fragebögen

**Polizei: 39** ausgefüllte Fragebögen

**Feuerwehr: 7** ausgefüllte Fragebögen

**Leitstelle: 8** ausgefüllte Fragebögen

Bei 4 Fragebögen wurde die Berufszugehörigkeit nicht angegeben.

## 4.2 Charakterisierung der Untersuchungsstichprobe.

### 4.2.1 Geschlecht und Alter

Die 105 Probanden waren überwiegend männlich: 86 Männer im Vergleich zu 14 Frauen. 5 Personen machten keinerlei Angaben zu ihrer Person. Diese Dominanz des männlichen Geschlechts lässt sich durch die traditionsgemäß männlich geprägten Berufsbilder erklären, wie z.B. die Feuerwehr, in der oft auch schwere körperliche Arbeit verrichtet werden muss. Während in der Krankenpflege nach wie vor mehr Schwestern als Pfleger anzutreffen sind, so ist es im Rettungsdienst umgekehrt.

Das Alter hat eine Bandbreite von 17 Jahren bis zu 53 Jahren. Teilt man diese Personen in etwa gleich große Altersgruppen auf, so erhält man 3 Altersbereiche:

- 1.) 17 bis 33 Jahre: 31 Personen
- 2.) 34 bis 40 Jahre: 30 Personen
- 3.) 41 bis 53 Jahre: 31 Personen

13 Personen machten bezüglich ihres Lebensalters unvollständige Angaben. Im Mittel lag das Lebensalter bei 36,79 Jahren.

### 4.2.2 Berufserfahrung

Die Berufserfahrung, angegeben in Jahren, schwankt zwischen weniger als einem Jahr und 30 Jahren Berufserfahrung. Weniger als 10 Jahre Berufserfahrung hatten 35 Personen, 10 bis 20 Jahre Berufserfahrung gaben 39 Personen an, und 18 Personen befanden sich nach eigenen Angaben in dem Bereich 20 bis 30 Jahre Berufserfahrung. Im Mittel hatten die Personen 12,34 Jahre Berufserfahrung gesammelt zum Zeitpunkt der Befragung. Insgesamt äußerten sich somit 92 von 105 Probanden zu ihrer Berufserfahrung.

## 4.3 Untersuchungsinstrument: Deskription des verwendeten Fragebogens:

Um herauszufinden, in wie weit die potentiellen Anforderer wie z. B. Rettungsdienste, Polizei, Feuerwehr, Leitstellenangestellte und Notärzte bereit sind, sich mit

den Angeboten des KIT auseinander zu setzen und aktiv darauf zurückzugreifen, wurde ein Fragebogen mit folgenden 5 Dimensionen (Wissensstand, Einstellung, praktische Umsetzung, normative Erwartung, Entlastung der „Profis“: vgl. auch 2.) entwickelt. Im einzelnen beinhalten die fünf Dimensionen folgende Kategorien:

### 1. Wissensstand

- Was ist Krisenintervention (in Folge kurz: KI) überhaupt allgemein?
- Existenz des KIT in Greifswald vor Ort bekannt?
- Wie wird das KIT alarmiert und von wem?
- Wann wird das KIT alarmiert? (Indikationen?)

### 2. Einstellung (zu KIT) / Einschätzung

- Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen allgemein.
- Einschätzung der Notwendigkeit von Krisenintervention allgemein.
- Einschätzung der Notwendigkeit von psychologischer. Betreuung / KI vor Ort in Greifswald.

### 3. praktische Umsetzung/ Zusammenarbeit

- Anforderungsbereitschaft/ Realität
- Bereitschaft, zukünftig das KIT zu alarmieren
- Ist Zeitmangel ein Grund für die geringe Anforderungsbereitschaft?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, Lebensalter, Berufserfahrung, Geschlecht?

### 4. normative Erwartung

- Kollegen erwarten, dass das KIT angefordert wird
- Vorgesetzte erwarten, dass das KIT angefordert wird

### 5. Entlastung für die „ Profis“:

- Erleichterung, wenn das KIT eintrifft
- Beruhigung, dass es so ein Team gibt.
- Möglichkeit des eigenen Rückzugs

Die fünf Dimensionen sollen als Messinstrumente der Akzeptanz von Krisenintervention dienen.

Bei der Erstellung des Fragebogens erachtete die Autorin es als wichtig, möglichst viele Bereiche des potentiellen Ablehnens sowie deren Hintergründe, Meinungen und Verhaltensformen mit zu erfassen. Auf der Grundlage der eigenen Einsatzerfahrungen der Autorin bei KIT-Einsätzen, der 5 Dimensionen und den Stufen zur

Verhaltensänderung des TTM umfasst der Fragebogen 48 Items. Absichtlich wurde eine relativ große Anzahl an ähnlichen Items aufgenommen, so dass bei der Auswertung gegebenenfalls auf einige nicht gut kodierte Items verzichtet werden konnte. Dieser Fragebogen soll als Erhebungsinstrument des aktuellen Standes von Wissen und Einstellung dienen und Schlussfolgerungen und Ansatzpunkte zur Steigerung des Anforderungsverhaltens aufzeigen. Der Fragebogen benutzt eine fünfstufige Antwortskala für Item 1-43 von „Stimmt gar nicht“(-2) bis „Stimmt genau“ (+2), welche zur Auswertung in 1 bis 5 umcodiert wurden. Durch die Kodierung von 1 bis 5 wurde das spätere Bilden von Summenwerten ermöglicht. Ab Item 44 ändert sich der Antwortmodus: Bei Item 44 bis 46 liegt eine Aufzählung zum Ankreuzen vor, während bei Item 47 die Möglichkeit zur freien Textverfassung besteht. Bei Item 48 werden Angaben zur eigenen Person zur statistischen Auswertung festgehalten. Die einzelnen Items kodieren somit auf der einen Seite die 5 Dimensionen und auf der anderen Seite die Stufen zur Verhaltensänderung, angelehnt an das TTM.

Testtheoretisch auf Reliabilität und Validität konnte der Fragebogen vor der Untersuchung leider nicht getestet werden, da er speziell für das einmalige Greifswalder KIT-Projekt und seine Problematik entworfen wurde und eine Kontrollgruppe zum Testen dementsprechend nicht existiert.

Der Fragebogen wurde an alle potentiellen Anforderer wie Rettungsdienste HKS und DRK, Notärzte, Polizisten, Leitstellenangestellte und Feuerwehrtruppenführer verteilt. Da die Autorin die Fragebögen einerseits persönlich verteilen durfte und andererseits sie bei den Vorgesetzten abgeben musste, bleibt die Rücklaufquote unklar. Fest steht nur, dass 105 ausgefüllte Fragebögen zum Auswerten vorhanden waren.

#### 4.4 Datenerfassung und statistische Datenbearbeitung

Die Daten wurden mit den 105 ausgefüllten Fragebögen der potentiellen Anforderer aus den verschiedenen Berufsgruppen erfasst, welche dann unter Zuhilfenahme des Computerprogramms SPSS für Windows Version 11.00 von der Autorin statistisch ausgewertet wurden.

Zunächst erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten, was der Autorin einen ersten kurzen Überblick verschaffte, in dem Antworthäufigkeiten prozentual aus-

gewertet und Mittelwerte betrachtet wurden. Da die Items bei der Erstellung des Fragebogens sowohl bewusst positiv als auch negativ formuliert wurden, war es nötig, manche Items so um zu kodieren, dass die Summenwerte die gleichen positiven wie negativen Aussagen machten.

Zur besseren Anschaulichkeit wurden positive bzw. negative Antworthäufigkeiten zusammengefasst: es wurde nicht immer zwischen „Stimmt gar nicht“ und „Stimmt eher nicht“ bzw. zwischen „Stimmt eher“ und „Stimmt genau“ genau differenziert. Diese methodische Herangehensweise soll deskriptiv einen besseren Überblick zu den Antworttendenzen geben.

Es folgte eine Faktorenanalyse nach der Varimaxmethode. Die Faktorenanalyse der Fragebogenitems 1-43 war nicht signifikant genug, da bei ihr ohne Itemselektion 12 Faktoren für 5 Dimensionen und die 3 Stufen ermittelt wurden. Es zeigte sich, dass die Dimensionen zum Teil als Grundlage der Stufen zu sehen sind. Hat ein potentieller Anforderer z.B. einen niedrigen Wissensstand, so hat er noch eine große Unwissenheit und befindet sich möglicherweise in der Stufe der Absichtslosigkeit/ Sorglosigkeit. Währenddessen ein Befragter mit hoher positiver Einstellung eher zu Stufen wie Preparation und höher tendiert. Die Items gehören somit inhaltlich überlappend zueinander, da sie sich zum Teil bedingen. Deshalb wurde es notwendig, ein weiteres Selektionsverfahren zu benutzen, um die Items des Fragebogens einmal getrennt bezüglich der Dimensionen und der Stufen zu betrachten. Die Autorin entschied sich in Absprache mit ihren Betreuern für ein Expertenrating mit 7 Ratern, um die Items zu selektieren und eindeutig den Dimensionen und Stufen zuordnen zu können.

Die Rater des Expertenratings waren 7 Diplompsychologen, die alle mit den Stufen des TTM vertraut waren und hinsichtlich der 5 Dimensionen geschult wurden. Innerhalb des Expertenratings wurden einmal *alle gleich skalierten* Items den Dimensionen zugeordnet und anschließend *alle* Items noch einmal den 3 modifizierten Stufen des TTM zugeordnet (vgl. 5.1.2 Tabelle). Zusätzlich gab es eine Spalte für nicht zuzuordnende Items.

Auswahlkriterium für eindeutige Items war, dass sich mindestens 5 der 7 Rater einig sein mussten.

Nach der Zuordnung der einzelnen Items zu den Dimensionen und den Stufen folgte eine Berechnung des Cronbach-Alphas zur Bestimmung der Reliabilität.

Zur weiteren Kontrolle erfolgte eine erneute Faktorenanalyse jeweils für die Dimensionen und die Stufen mit vorgegebener Anzahl der Faktoren und den durch das Expertenrating ausgewählten Items.

Weiterhin wurden Skalensummenwerte für die einzelnen Dimensionen und Stufen gebildet und so z.B. Personen unterschiedlicher Berufsgruppen oder unterschiedlichen Alters miteinander verglichen.

Anhand von gebildeten Skalensummenmittelwerten konnten die einzelnen potentiellen Anforderer aufgrund ihrer Beziehung zum Skalensummenmittelwert nach einem bestimmten Schema den jeweiligen Stufen der Verhaltensänderung Precontemplation, Contemplation und Preparation und Action und Maintenance zugeordnet werden. Dies wurde ermöglicht, in dem drei neue Variablen nämlich Precontemplation, Contemplation & Preparation und Action & Maintenance gebildet wurden. Für diese Variable bekam jeder potentielle Anforderer eine 1 kodiert, wenn sein Summenskalenmittelwert größer oder gleich dem gemittelten Summenskalenwert war. Es wurde eine 0 für diese Variablen kodiert, wenn der individuelle Skalensummenwert kleiner als der gemittelte Skalensummenwert war. Der gemittelte Skalensummenwert betrug für die erste Stufe 36,0891, für die zweite Stufe 21,6827 und für die dritte und letzte Stufe 10,3737. Anhand einer bestimmten definierten Kombination von 1 und 0 für die drei Stufen wurde eine individuelle Einordnung in die drei Stufen ermöglicht.

In der folgenden Tabelle ist ersichtlich, welche Kombination in den neugebildeten 3 Variablen zu welcher Stufenzuordnung führt.

	Precontemplation	Contemplation & Preparation	Action & Maintenance
Kombinationen für Stufe 1:	1	0	0
	0	0	0
	0	0	1
	0	1	0
	0	1	1
Kombinationen für Stufe 2:	1	1	0
	1	0	1
Kombination für Stufe 3 :	1	1	1

Nur wer in Precontemplation eine 1 kodiert bekommen hat - also mindestens den gemittelten Skalensummenwert erreicht hat - kann über das Stadium von Precontemplation hinaus kommen. Bei inkonsistenten Kombinationen wie z.B. 1, 0, 1, kann das Individuum höchstens in das Stadium von Contemplation & Preparation eingeordnet werden, da das Individuum noch nicht einmal den Summenskalenmittelwert für Contemplation & Preparation erreicht hat, aber dafür bei Action & Maintenance überdurchschnittlich hoch geantwortet hat. Eine Kombination von 1, 1, 1, in den drei neugebildeten Variablen verdeutlicht eine überdurchschnittliche hohe Antworttendenz und somit ein hohes Zielverhalten, nämlich das Stadium Action & Maintenance.

Weiterhin wurden noch einfaktorielle Varianzanalysen nach ANOVA und post Hoc Teste durchgeführt, um signifikante Unterschiede in einer Berufsgruppe abhängig vom Lebensalter herauszufinden.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse zum Wissensstand der potentiellen Anforderer

#### 5.1.1 deskriptive Statistik

Beginnend mit der deskriptiven Statistik, werden zunächst alle den **Wissensstand** betreffenden Items prozentual unabhängig vom Alter, Geschlecht, der Berufsgruppe oder der Berufserfahrung ausgewertet.

Bei Item 1 zeigt sich, dass Ziele und Aufgaben der Krisenintervention den potentiellen Anforderern nicht klar genug sind. 39% der Befragten geben an, nicht Bescheid zu wissen, welche Aufgaben und Ziele Krisenintervention hat, 23,8% sind diesbezüglich unentschieden und lediglich 36,2% wissen Bescheid, welche Ziele und Aufgaben KI hat. 1 Person von 105 machte keine Angabe zu dieser Aussage.

Bei Item 2 fühlen sich 33,3% der Befragten nicht gut darüber informiert, für welche Situationen das KIT zuständig ist. 29,5% der Befragten sind noch unentschieden während sich 37,2% sehr genau informiert fühlen. (Keine fehlenden Angaben).

60% der potentiellen Anforderer wissen bei Item 3, dass Sie das KIT anfordern können. Hingegen sind 14,3% unentschieden, weitere 14,3% sehr unsicher und 10,5% wissen gar nicht, wer das KIT anfordern kann! Eine Angabe einer Person fehlt.

Über die Qualifikation und die spezifische Ausbildung der KIT-Helfer fühlen sich 59% nicht gut informiert, 26,7% sind unentschieden und lediglich 2,9% von den insgesamt 14, 3% ganz gut Informierten wissen genau Bescheid. 3 Personen machten keine Angabe.

Bei Item 5 gaben 40,9% der 105 Befragten an, dass ihnen wichtige Informationen zur Krisenintervention in Greifswald und Umgebung fehlen. 24,8% der potentiellen Anforderer haben hierzu noch keine feststehende Meinung, und weitere 32,4% benötigen keine weiteren Informationen zur Krisenintervention in Greifswald und Umgebung.

Die Mehrheit, nämlich 71,4%, ist nicht vortrefflich informiert worden durch bisherige Informationen und hat noch Fragebedarf. Lediglich eine Person hat keine offenen Fragen mehr und fühlt sich bestens durch die bisherigen Informationsveran-



staltungen (wie z.B. persönliches Vorstellen des Projektes durch Mitarbeiter, Internet, Broschüren) informiert.

Bei Item 7 gaben 89,6% der Befragten an, nicht zu viel über Krisenintervention informiert worden zu sein. 6,7% der Befragten sind diesbezüglich geteilter Meinung und 3,8% stimmten der Aussage, zu viel über Krisenintervention informiert worden zu sein, eher zu.

64,8% der potentiellen Anforderer wissen, wie sie das KIT im Einsatzfall erreichen.

28,6% der Befragten wissen jedoch nicht, wie sie das KIT im Einsatzfall erreichen und 6,7% der potentiellen Anforderer sind unentschieden.

### 5.1.2 Expertenrating

Ziel dieses Expertenratings war es, die Items 1-43 eindeutig den Dimensionen (insgesamt 5) und den 3 modifizierten Stufen des TTM zuzuordnen. Das Auswahlkriterium war, dass mindestens 5 der 7 Rater einig sind. Um zu gewährleisten, dass hohe Summenwerte immer das „positive“ Wunsch- und Zielverhalten (z.B. hohe Summenwerte = viel Wissen) beschreiben, war es notwendig, einige Items vor den weiteren Berechnungen umzukodieren.

Expertenrating für die Dimensionen:

Dimension	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Wissensstand	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11,	5, 7, 11,
Einstellung	15, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 40,	15, 34, 36,
Praktische Umsetzung	8, 9, 17, 18, 20, 35, 42,	8, 9,
Normative Erwartung	12, 13, 14, 21, 22, 26,	12, 21, 22,
Entlastung der „Profis“	23, 24, 30,	gar keine

Nicht zu zuordnen bzw. Uneinigkeit der Experten herrschte bei folgenden Items, die damit dann aussortiert wurden: 10, 16, 19, 25, 27, 29, 37, 38; 39, 41, 43.

### 5.1.3 Reliabilitätsanalyse für die Dimensionen

Anhand von Reliabilitätsanalysen für die einzelnen Dimensionen mit den selektierten Items durch das Expertenrating konnte gezeigt werden, dass das Expertenrating erfolgreich war. Laut der uns zur Verfügung stehenden statistischen Literatur erachteten wir ein **Cronbach-Alpha ab >, 40** bei unseren Berechnungen als reliabel. Bei der 5. Dimension, der Entlastung der „Profis“, stellte sich heraus, dass das Cronbach-Alpha mit Item 24 nur ,2015 beträgt. Vernachlässigt man dieses Item 24 so erhält man ein Cronbach –Alpha von ,**6422** und damit laut Konvention eine Reliabilität für diese Itemgruppe. Infolgedessen entschlossen wir uns, aufgrund der Reliabilität bei folgenden Berechnungen auf das Item 24 „ Es ist beruhigend für mich zu wissen, dass das KIT angefordert werden kann.“ zu verzichten.

#### Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Dimensionen:

Dimension:	Cronbach-Alpha:
Wissensstand	,7215
Einstellung	,7992
Praktische Umsetzung	,7430
Normative Erwartung	,7709
Entlastung der „Profis“	,6422

### 5.1.4 Faktorenanalyse mit selektierten Items

Zur weiteren Kontrolle der durchgeführten Itemselektion wurde eine Faktorenanalyse mit den selektierten Items aus dem Expertenrating mit vorgegebener Faktorenanzahl einmal mit 5 vorgegebenen Faktoren für die Dimensionen und einmal mit 3 vorgegebenen Faktoren für die Stufen durchgeführt. Hierbei wurden bei Item 1, 2, 3, 4, 6 und 7 hohe Faktorladungen (,609 bis ,793) für den Wissensstand festgestellt.

	<b>Entlastung</b>	<b>Einstellung</b>	<b>Wissensstand</b>	<b>Normative Erwartung</b>	<b>Praktische Umsetzung</b>
	1	2	3	4	5
Frage 01	,154	,173	<b>,779</b>	-5,179E-02	,253
Frage 02	-5,915E-02	,234	<b>,670</b>	,120	,188
Frage 03	,223	,110	<b>,723</b>	,360	,137
Frage 04	1,479E-02	-2,316E-02	<b>,793</b>	1,372E-02	8,411E-02
Frage 05	-6,444E-02	-,103	,228	-3,142E-02	,717
Frage 06	,152	-1,234E-02	<b>,631</b>	-,106	8,957E-02
Frage 07	-3,118E-02	7,082E-02	<b>-,609</b>	,157	,372
Frage 11	,219	,466	,317	,191	,267

### 5.1.5 Skalensummenwerte (vergleichend)

Für die einzelnen Dimensionen und Stufen wurden Skalensummenwerte mit Hilfe der zugeordneten Itemgruppen aus dem Expertenrating gebildet und somit die einzelnen Berufsgruppen miteinander verglichen.

Bei der ersten Dimension stellte sich bezüglich der Skalensummenwerte heraus, dass die Leitstellenangestellten mit 27,2857 den höchsten und die Polizisten mit 22,6486 den niedrigsten Wissensstand haben. Die Notärzte folgen knapp den Leitstellenangestellten mit einem Skalensummenwert für den Wissensstand von 27,1429. Der gemittelte Skalensummenwert aller 97 gewerteten potentiellen Anforderer liegt bei 24,5258.

	<b>Skalensummenwert für Wissensstand</b>
Notärzte	27,1429
Rettungsdienst	24,7188
Polizei	22,6486
Feuerwehr	25,5714
Leitstelle	<b>27,2857</b>
Mittelwert	24,5258

## 5.2 Ergebnisse zur Einstellung der potentiellen Anforderer

### 5.2.1 deskriptive Statistik

Wie bei 5.1.1 soll zunächst rein deskriptiv ein Überblick zu den Antworttendenzen gegeben werden. Es werden nacheinander die Items mit ihren Antworthäufigkeiten dargestellt, die sich mit der **Einstellung zu Krisenintervention** befassen.

Fast 70% der Befragten finden bei Item 15 den Einsatz des KIT grundsätzlich zweckmäßig. Während 22,9% noch geteilter Meinung sind, halten 7,6 % den Einsatz eines KIT grundsätzlich für wenig zweckmäßig.

50,4% der Personen geben bei Item 28 an, vom Modell der Krisenintervention überzeugt zu sein. 40% haben noch keine Meinung darüber und 7,7% sind nicht vom Modell der Krisenintervention überzeugt. 2 Personen machten zu dieser Aussage keine Angaben.

Die große Mehrheit mit 84,8% der Befragten findet es wichtig, dass sie Betroffenen am Unfallort seelische Unterstützung geben. 4,8% stimmen dem eher nicht zu und 10,5% haben zu dieser Aussage noch keine eigene Meinung.

93,4% der potentiellen Anforderer bewerten es als positiv, wenn KIT- Helfer Betroffenen am Einsatzort seelischen Beistand geben. Lediglich 2,9% der Befragten werten es als nicht positiv, wenn KIT- Helfer am Einsatzort Betroffenen seelische Unterstützung geben. 3,8% konnten sich bei dieser Aussage weder positiv noch negativ festlegen und wählten die Möglichkeit „teils/teils“.

Die überwiegende Mehrheit, nämlich 94,3%, finden psychologische und psychotherapeutische Unterstützung am Einsatzort durch geschulte Helfer gut. Lediglich eine einzige Person kann dem nicht zustimmen und 3,8% konnten sich nicht für eine Zustimmung oder Ablehnung entscheiden. Eine Angabe einer Person fehlte.

88,6% der Befragten finden Psychologie und Psychotherapie im allgemeinen nicht überflüssig. 7,6% der potentiellen Anforderer konnten sich bei dieser Aussage nicht entscheiden. Hingegen stimmen 1,9% der Aussage, dass Psychologie und Psychotherapie im allgemeinen überflüssig ist, eher zu. Eine Person machte diesbezüglich keine Angabe.

Der Aussage: „ In HGW und Umgebung ist das KIT überflüssig, weil die familiären und sozialen Netze noch funktionieren.“ stimmen 81% der Befragten nicht zu. 16,2% sind, was diese Auffassung angeht, noch unsicher. Jedoch stimmen 2,9% der Befragten der Aussage zu, dass in Greifswald und Umgebung ein KIT überflüssig ist, weil die familiären und sozialen Netze noch funktionieren.

Allerdings würden 51,4% der potentiellen Anforderer es begrüßen, wenn das KIT fester Bestandteil von Noteinsätzen würde. Jedoch sind 16 % dagegen, dass ein KIT mit zu Noteinsätzen dazugehört und 31,4 % sind unentschieden, was diese Aussage 40 betrifft. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben

### 5.2.2 Expertenrating

Wie schon bei 4.4 und 5.1.2 erwähnt, war ein Expertenrating zur Itemselektion notwendig. Die 7 Rater wählten für die zweite Dimension die Items 15, 28, 31, 32, 33, 34, 36 und 40 aus. Item 15, 34 und 36 mussten wegen der richtigen Polung umkodiert werden.

Dimension	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Einstellung	15, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 40,	15, 34, 36,

### 5.2.3 Reliabilitätsanalyse

Wie schon bei 5.1.3 gezeigt, betrug das Cronbach-Alpha für Einstellung ,7992. Damit war die Reliabilität festgestellt.

Dimension:	Cronbach-Alpha:
Einstellung	,7992

### 5.2.4 Faktorenanalyse mit selektierten Items

Um die durchgeführte Itemselektion durch das Expertenrating weiter zu verifizieren, wurde eine Faktorenanalyse mit den ausgewählten Items aus dem Expertenrating und mit vorgegebener Faktorenzahl (5) durchgeführt (vgl. auch 5.1.4).

Für die Dimension Einstellung luden beispielsweise Item 15, 34 und 36 hoch.

### 5.2.5 Skalensummenwerte (vergleichend)

Hinsichtlich ihrer Einstellung haben die Notärzte mit 35,2308, gefolgt von der Leitstelle mit 34,3750, die höchsten Skalensummenwert für diese zweite Dimension. Den niedrigsten Skalensummenwert für Einstellung erreichte die Feuerwehr mit 30,2857. Die Polizei folgt der Feuerwehr dicht mit einem Skalensummenwert für Einstellung von 31,6757. Der Durchschnitt aller liegt bei einem Skalensummenwert von 32,6701.

	<b>Skalensummenwert Einstellung</b>
Notärzte	<b>35,2308</b>
Rettungsdienst	32,8750
Polizei	31,6757
Feuerwehr	30,2857
Mittelwert	32,6701

### 5.2.6 Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

Bei der Auswertung der einfaktoriellen Varianzanalyse stellt man fest, dass es zwischen den einzelnen Berufsgruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der ersten zwei Dimensionen also des Wissensstandes und der Einstellung gibt. Weitere Unterscheidungsmerkmale wie Alter, Geschlecht und Berufserfahrung sind somit zu betrachten.

### 5.2.7 Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen

Anhand der 33. Percentile wurden drei in etwa gleichgroße Altersgruppen gebildet. Somit ergaben sich Altersgruppen von 17-33 Jahre mit 31 Personen, 34-40 Jahre mit 30 Personen und 41-53 Jahre mit 31 Personen. Mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse lässt sich feststellen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt.

### 5.2.8 Unterschiede innerhalb des Rettungsdienstes in Abhängigkeit vom Alter

Anhand von gebildeten Skalensummenmittelwerten für die einzelnen Dimensionen in Abhängigkeit von der Altersgruppe konnten die einzelnen Rettungsdienstangestellten miteinander verglichen werden. Innerhalb des Rettungsdienstes gibt es signifikante Unterschiede bezüglich der Einstellung zur Krisenintervention.

Dimension	Signifikanz:
Einstellung	,005

Es stellte sich heraus, dass die jüngeren Rettungsdienstangestellten eine bessere Einstellung zur Krisenintervention haben als die mittlere und ältere Altersgruppe.

Altersgruppe : „jung“	Altersgruppe: ?	Signifikanz:
17-33 Jahre		
17-33 Jahre	34-40 Jahre	,047
17-33 Jahre	41-53 Jahre	,007

## 5.3 Ergebnisse zur praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft

### 5.3.1 deskriptive Statistik

Wie bereits bei 5.1.1 und 5.2.1 werden die Items für die **praktische Umsetzung** zur besseren Anschaulichkeit prozentual ausgewertet dargestellt.

Die Aussage „Ich fordere zur Zeit das KIT nicht an und habe nicht vor, das in der näheren Zukunft zu tun.“ verneinen 60,9% der Befragten. 18,% hingegen stimmen dieser Aussage zu, und 20% haben sich noch nicht diesbezüglich festgelegt. Die Mehrheit will somit in Zukunft das KIT anfordern. Eine Person hat sich enthalten.

61% der potentiellen Anforderer haben während eines Einsatzes Zeit, das KIT anzufordern. Jedoch haben 15,2% aller Befragten keine Zeit für die Anforderung, und 23,8% sind unentschieden.

14,3% der Befragten fällt immer erst nach dem Einsatz ein, dass die Anforderung eines KIT-Helfers sinnvoll gewesen wäre. 39% der potentiellen Anforderer sind unentschieden und 45,7% fällt nicht erst nach dem Einsatz ein, dass das KIT sinnvoll gewesen wäre. Eine Person hat zu dieser Aussage keine Angaben gemacht.

66,7% der Befragten gaben an, in Zukunft über eine KIT- Alarmierung nachzudenken! Hingegen sind 8,6% der potentiellen Anforderer dazu nicht bereit, und 23,8% haben dazu noch keine Meinung. Eine Angabe einer Person fehlt.

Mit 53,4% haben in etwa die Hälfte der potentiellen Anforderer vor, demnächst bei Einsätzen das KIT anzufordern. Jedoch 34,3% der Befragten sind noch unentschieden; während 3,8% auf gar keinen Fall und 7,6% ebenso eher nicht zukünftig das KIT alarmieren wollen. Eine Person machte zu dieser Aussage keine Angabe.

Aus der Aussage 35 geht hervor, dass 67,6% der potentiellen Anforderer beim nächsten Einsatz auf jeden Fall das KIT anfordern werden, wenn es die Situation erfordert! 26,7% sind noch unentschieden, was dies betrifft, und 3,8% werden nicht bei der nächsten Gelegenheit das KIT nicht anfordern. Eine Angabe einer Person fehlt.

Bei Item 42 geben 13,4% der Befragten an, dass sie in der Vergangenheit gut ohne KIT ausgekommen sind und auch in Zukunft gut ohne es auskommen werden.



55,2 % der potentiellen Anforderer widersprechen dem, während 30,5 % noch unentschieden sind.

Bei Item 44 sollten sich die potentiellen Anforderer zu ihrem Anforderungsverhalten in den letzten 12 Monaten äußern. Über die Hälfte der potentiellen Anforderer, nämlich insgesamt 55,2%, gab an, noch keinmal das KIT innerhalb der letzten 12 Monate angefordert zu haben. 16, 2% hingegen hatten innerhalb des letzten Jahres einmal das KIT angefordert. Weitere 12,4% hatten 2-mal und 4,8% der potentiellen Anforderer sogar 3-mal innerhalb der letzten 12 Monate das KIT angefordert. 11,4% der potentiellen Anforderer gaben bei Item 44 an, mehr als 3-mal innerhalb der letzten 12 Monate das KIT angefordert zu haben.

### 5.3.2 Expertenrating

Aus den unter 4.4 und 5.1.2 genannten Gründen war ein Expertenrating notwendig. Die Rater entschieden sich für die praktische Umsetzung für die Items 8, 9, 17, 18, 20, 35, 42, wobei davon Item 8 und 9 umkodiert werden mussten.

Dimension	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Praktische Umsetzung	8, 9, 17, 18, 20, 35, 42,	8, 9,

### 5.3.3 Reliabilitätsanalyse

Die Cronbach-Alpha-Berechnung für die **praktische Umsetzung** beträgt **,7430**.

Dimension:	Cronbach-Alpha:
Praktische Umsetzung	,7430

### 5.3.4 Faktorenanalyse mit selektierten Items

Bei der Faktorenanalyse mit vorgegebener Faktoranzahl und den ausgewählten Items aus dem Expertenrating fielen bei der dritten Dimension besonders die Items 8 und 9 mit ihrer Faktorladung auf.

### 5.3.5 Skalensummenwerte (vergleichend)

Bei der dritten Dimension, der praktischen Umsetzung, erreichen die Notärzte den höchsten Wert mit 29,8462. Die Leitstelle folgt den Notärzten bezüglich der praktischen Umsetzung mit einem Skalensummenwert von 29,0. Der Mittelskalensummenwert für die praktische Umsetzung liegt bei 25,7041, welchen die Polizisten mit einem Skalensummenwert von 24,0 noch unterschreiten.

	Skalensummenwert praktische Umsetzung
Notärzte	<b>29,8462</b>
Rettungsdienst	25,4242
Polizei	24,0000
Feuerwehr	24,5714
Leitstelle	29,0000
Mittelwert	25,7041

### 5.3.6 Einfaktorielle Varianzanalyse (Anova)

Bei der dritten Dimension, nämlich der praktischen Umsetzung, gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Notärzten und dem Rettungsdienst, den Notärzten und der Polizei sowie zwischen der Leitstelle und der Polizei. Die Notärzte und die Leitstellenangestellten haben eine bessere praktische Umsetzung bei der KIT-Alarmierung als die Polizisten und Rettungsdienste. Das Signifikanzniveau schwankt zwischen 0.01 und 0.37.

Notarzt	Rettungsdienst	Signifikanz: <b>,023</b>
	Polizei	Signifikanz: <b>,001</b>
	Feuerwehr	Signifikanz: ,104
	Leitstelle	Signifikanz: 1,00

## 5.4 Ergebnisse zur normativen Erwartung

### 5.4.1 deskriptive Statistik

Im folgenden sollen die Items, die die **normative Erwartung** zum Thema haben, nacheinander prozentual ausgewertet werden.

Bei Aussage 12 geben 54% der Befragten an, dass ihre Kollegen etwas von Krisenintervention halten. 38% der Befragten können oder wollen sich nicht entscheiden, was ihre Kollegen von KI halten. Lediglich 7,6% der Befragten glauben, dass ihre Kollegen nichts von Krisenintervention halten.

40% der Befragten glauben nicht, dass ihre Kollegen von ihnen erwarten, im Falle eines Falles das KIT anzufordern. 32,4% der Befragten sind diesbezüglich noch unentschieden. Währenddessen geben 27,6% der potentiellen Anforderer an, dass ihre Kollegen im Falle eines Falles von ihnen erwarten, das KIT anzufordern. Somit besteht keine große Erwartungshaltung seitens der Kollegen. Laut der Angabe von 48,6% der Befragten erwarten Vorgesetzte und Chefs, dass das KIT angefordert wird. 22,8% der Befragten meinen jedoch nicht, dass im Falle eines Falles ihre Vorgesetzten und Chefs erwarten, dass das KIT angefordert wird. Die Übrigen sind unentschieden. Eine Person machte zu dieser Aussage keine Angaben.

Lediglich 3,9% der potentiellen Anforderer machten die Aussage, dass ihre Kollegen von ihnen erwarten, in Zukunft die Anforderung des KIT zu unterlassen. 79% der Befragten sind der Meinung, dass ihre Kollegen nicht von ihnen erwarten, die Anforderung in Zukunft zu unterlassen! Eine Person machte keine Angaben.

86,7% der Befragten sind der Meinung, dass ihre Chefs und Vorgesetzten nicht von ihnen erwarten, die Anforderung zu unterlassen. Hingegen empfinden dieses 2,9% so, und 9,5% haben hierzu noch keine festgelegte Meinung. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben.

Bei Item 26 sagen 77,2% der Befragten aus, dass ihre Kollegen es nicht lächerlich finden, wenn sie jemanden das KIT anfordern sehen, 20% sind sich diesbezüglich unsicher. Eine Person machte hierzu keine Angaben.

### 5.4.2 Expertenrating

Im Expertenrating wurden die Items 12, 13, 14, 21, 22 und 26 für die Dimension normative Erwartung ausgewählt (vgl. auch 5.1.2). Item 12, 21, 22 wurden umkodiert.

Dimension	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Normative Erwartung	12, 13, 14, 21, 22, 26,	12, 21, 22,

### 5.4.3 Reliabilitätsanalyse

Die Berechnung des Cronbach-Alpha für die normative Erwartung ergab **,7709**.

Dimension:	Cronbach-Alpha:
Normative Erwartung	,7709

Damit war die Schlüssigkeit des Expertenrating und seiner Itemselektion gezeigt worden (vgl. auch 5.1.3).

### 5.4.4 Faktorenanalyse mit selektierten Items

Mit einer Faktorladung von ,709 und ,861 fielen besonders Item 13 und 14 dem Betrachter bezüglich der normativen Erwartung auf.

### 5.4.5 Skalensummenwerte (vergleichend)

Betrachtet man die Skalensummenwerte für die normative Erwartung, so ist sie mit 29,0 bei der Leitstelle am höchsten und mit einem Wert von 21,2857 bei der Feuerwehr am niedrigsten. Das Mittel liegt diesbezüglich bei 22,8969.

	<b>Skalensummenwert</b>	<b>normative Erwartung</b>
Notärzte	25,8571	
Rettungsdienst	22,0625	
Polizei	21,4444	
Feuerwehr	21,2857	
Leitstelle	<b>29,0000</b>	
Mittelwert	22,8969	

#### 5.4.6 Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

In der vierten Dimension, nämlich der normativen Erwartung, unterscheiden sich Notärzte und die Leitstelle signifikant von den anderen Berufsgruppen. Es herrscht eine hohe normative Erwartung von Seiten der Kollegen und Vorgesetzten bei den Notärzten als auch bei der Leitstelle. Untereinander unterscheiden sich diesbezüglich Notärzte nicht von den Leitstellenangestellten.

<b>Notärzte</b>	Rettungsdienst	Signifikanz: <b>,008</b>
	Polizei	Signifikanz: <b>,001</b>
	Feuerwehr	Signifikanz: <b>,046</b>
	Leitstelle	Signifikanz: ,400

<b>Leitstelle</b>	Rettungsdienst	Signifikanz: <b>,000</b>
	Polizei	Signifikanz: <b>,000</b>
	Feuerwehr	Signifikanz: <b>,000</b>
	Notarzt	Signifikanz: ,400

## 5.5 Ergebnisse zur Fragestellung KIT als Entlastung für die Einsatzkräfte vor Ort

### 5.5.1 deskriptive Statistik

Im Folgenden sollen die Items zur **fünften Dimension** nacheinander prozentual zur besseren Anschaulichkeit deskriptiv dargestellt werden.

51,4% der Befragten fühlen sich erleichtert, wenn KIT- Helfer am Einsatzort erscheinen, 9,5% teilen diese Meinung nicht und 39% sind noch unentschieden.

Für 77,1% der Befragten ist es eine Beruhigung zu wissen, dass das KIT angefordert werden kann! 16,2% wissen noch nicht, wie sie zu dieser Aussage stehen. Lediglich 5,8% sehen die Möglichkeit, die KIT-Anforderung in der Hinterhand zu haben, als keine persönliche Beruhigung.

Für 85,8% der potentiellen Anforderer ist die Anforderung des KIT kein Zeichen von eigener Schwäche und Versagen. Allerdings ist für 4,8% der 105 Befragten die Anforderung des KIT ein Zeichen eigener Schwäche und eigenen Versagens und 11,4% sind sich in dieser Fragestellung noch unsicher.

Für 56,2% der Befragten ist das KIT eine Entlastung bei der Arbeit; 28,6% sind geteilter Meinung und für 15,2% ist es keine Entlastung.

### 5.5.2 Expertenrating

Im Expertenrating sind folgende Items für die Entlastung der Profis von mindestens 5 von 7 Ratern ausgewählt: 23, 24 und 30 (vgl. auch 5.1.2).

Dimension	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Entlastung der „Profis“	23, 24, 30,	gar keine

### 5.5.3 Reliabilitätsanalyse

Wie schon unter 5.1.3 beschrieben vernachlässigten wir das Item 24, um dann ein Cronbach-Alpha für die letzte Dimension von **,6422** zu erhalten.

Dimension:	Cronbach-Alpha:
Entlastung der „Profis“	,6422

### 5.5.4 Faktorenanalyse mit selektierten Items

In der Faktorenanalyse mit den selektierten Items aus dem Expertenrating und der vorgegebenen Faktorenzahl hatten Item 23 und 30 Faktorladungen von ,657 bzw. ,638, was die Dimension Entlastung für die „Profis“ kennzeichnete.

### 5.5.5 Skalensummenwerte (vergleichend)

Bei der Entlastung für die „Profis“ erreichen die Leitstellenangestellten mit 7,8750 - dicht gefolgt von den Notärzten mit 7,8571 - die höchsten Skalensummenwerte für die 5. Dimension. Die Feuerwehrleute erreichen einen Skalensummenwert von 6,0 , während der Gesamtdurchschnitt für diese Dimension bei 7,1584 liegt.

	Skalensummenwert
Notärzte	7,8571
Rettungsdienst	7,3333
Polizei	6,8205
Feuerwehr	6,0000
Leitstelle	<b>7,8750</b>
Mittelwert	7,1584

### 5.5.6 Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

Bezüglich der fünften Dimension, nämlich der Entlastung für die „Profis“, gibt es keine signifikanten Unterschiede innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen. Alle potentiellen Anforderer fühlen sich gleichermaßen entlastet, erleichtert und beruhigt.

## 5.6 Ergebnisse zur Fragestellung, in wie weit sich die potentiellen Anforderer in das TTM-Stufenmodell einordnen lassen

### 5.6.1 Expertenrating

Die Notwendigkeit eines Expertenrating wurde bereits in 5.1.3 beschrieben. Im folgenden wird nun das Ergebnis des Expertenratings für die TTM- Stufen dargestellt:

#### Expertenrating für die TTM-Stufen:

modifizierte Stufe nach dem TTM	ausgewählte Items	davon umkodierte Items
Precontemplation	7, 8, 10, 15, 25, 27, 34, 36, 42	7, 8, 10, 15, 25, 27, 34, 36, 42
Contemplation & Preparation	16, 17, 18, 19, 20, 30, 35,	17,
Action & Maintenance	29, 41, 43,	gar keine

Somit entschieden die Experten durch ihr Rating, dass die Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 44, bezogen auf die Stufeneinteilung des TTM weggelassen wurden. Infolgedessen blieben nach dem Expertenrating insgesamt 3 Items nämlich Item 37, 38, 39 über, die weder den 5 Dimensionen noch eindeutig den Stufen zuzuordnen waren. Insgesamt existieren 11 Items, die sowohl für die Dimensionen als auch für die Stufen kodieren und somit inhaltlich und gedanklich nah beieinander liegen und sich gegenseitig bedingen. Diese doppelt kodierenden Items sind Item 7, 8, 15, 17, 18, 20, 30, 34, 35, 36, 42.



### 5.6.2 Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Stufen

Bei den Cronbach-Alpha-Berechnungen für die einzelnen Stufen ließ sich eine Reliabilität für alle 3 determinierten Stufen feststellen. Allerdings fiel in der Stufe Contemplation/Preparation auf, dass ohne die Berücksichtigung des Items 17 die Reliabilität von **,6861** auf **,7545** steigt. In einer später noch durchgeführten Faktorenanalyse mit selektierten Items und vorgegebener Faktorenanzahl (vgl. 5.6.3) war die Faktorladung bei Item 17 in seiner Gruppe ebenfalls nicht hoch, weshalb wir uns zu einer weiteren Itemselektion bei Item 17 entschieden.

#### **Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Stufen:**

Modifizierte Stufe nach dem TTM:	Cronbach-Alpha:
Precontemplation	,8051
Contemplation & Preparation	,7481
Action & Maintenance	,7673

### 5.6.3 Faktorenanalyse mit selektierten Items

<b>Faktorladungen bei drei vorgegebenen Faktoren für die Stufen mit den Items aus dem Expertenrating</b>			
<b>Frage</b>	<b>1 Precontemplation</b>	<b>2 Contemplation</b>	<b>3 Action</b>
Frage 10	<b>0,533</b>	0,306	0,123
Frage 25	<b>0,647</b>	-0,0866	0,005141
Frage 27	<b>0,577</b>	0,154	0,433
Frage 7	<b>0,540</b>	0,09461	-0,466
Frage 8	<b>0,558</b>	0,465	0,241
Frage15	<b>0,659</b>	0,321	0,144
Frage 34	<b>0,521</b>	-0,0476	0,270
Frage 36	<b>0,494</b>	0,143	0,317
Frage 42	0,425	0,369	0,537
Frage 16	-0,00819	<b>0,587</b>	0,126
<b>Frage 17</b>	0,504	<b>-0,296</b>	0,09161
Frage 18	-0,026	<b>0,822</b>	-0,0190
Frage19	0,0385	<b>0,692</b>	0,226
Frage20	0,358	<b>0,572</b>	0,369
Frage 30	0,232	0,102	<b>0,674</b>
Frage 35	0,252	<b>0,535</b>	0,400
Frage 29	0,253	0,08546	<b>0,752</b>
Frage 41	0,211	0,256	<b>0,738</b>
Frage 43	-0,0528	0,238	<b>0,692</b>

Diese Tabelle zeigt, dass die Items für Precontemplation nämlich 7, 8, 10, 15, 25, 27, 34, 36 jeweils die höchste Faktorladung haben. Die Faktorladungen schwanken zwischen ,494 und ,659 in diesem Bereich. Für die Stufe Contemplation/ Preparation beweisen die hohen Faktorladungen bei den Items 16, 18, 19, 20 und 35 die Richtigkeit der Itemselektion durch das Expertenrating. Die Faktorladung des Items 17, welches laut Expertenrating auch in die Gruppe von Contemplation/ Preparation gehört, beträgt nur ,296. Deshalb und aufgrund einer besseren Reliabilitätsanalyse ohne Item 17 wurde, wie schon bei 5.6.2 erwähnt, das Item 17 ebenfalls noch aussortiert. Wie nach dem Expertenrating erwartet, hatten Item 29, 41 und 43 die höchsten Ladungen.

#### **5.6.4 Skalensummenwerte (vergleichend) für die einzelnen Stufen**

Der gemittelte Skalensummenwert für die erste Stufe - Precontemplation - liegt bei 36,0309. Der Rettungsdienst, die Polizei und die Feuerwehr liegt damit mit Skalensummenwerten von 35,6250, 33,8889 und 32,7143 für diese Stufe unter dem Durchschnitt. Währenddessen erreichen die Notärzte und die Leitstellenangeestellten mit Skalensummenwerten von 41,3571 bzw. 40,8750 überdurchschnittliche Ergebnisse.

Bei der zweiten Stufe also Contemplation & Preparation beträgt der von 100 Anforderern gemittelte Skalensummenwert 21,7100. Diesen überschreiten die Notärzte mit 25,3846, der Rettungsdienst mit 22,2727 und die Leitstelle mit 21,7500. Die Feuerwehrleute und die Polizisten bleiben mit Skalensummenwerten von jeweils 19,7143 bzw. 20,3590 unter dem Durchschnitt.

Bezüglich der dritten Stufe, nämlich Action & Maintenance, erreichte die Leitstelle mit 12,5000 mit Abstand den höchsten Skalensummenwert. Der Rettungsdienst und die Notärzte folgen mit Skalensummenwerten von 10,7879 bzw. 10,6429. Der durchschnittliche Skalensummenwert für die dritte Stufe beträgt 10,3684. Somit liegen die Feuerwehr und die Polizei mit Skalensummenwerten von 8,8571 und 9,6364 unter dem Durchschnitt.

#### **5.6.5 Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)**

Bezüglich der modifizierten Stufeneinteilung nach dem TTM gibt es signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen:

In dem Stadium Precontemplation stellte die Autorin große signifikante Unterschiede zwischen den Notärzten und dem Rettungsdienst, der Polizei und der Feuerwehr fest. Ebenso unterschied sich die Leitstelle signifikant von der Polizei und der Feuerwehr. Während sich Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr noch größtenteils im Stadium der Absichtslosigkeit befinden, so haben Notärzte und Leitstelle schon ein fortgeschritteneres Stadium erreicht.

Notärzte	Rettungsdienst	Signifikanz: <b>,003</b>
	Polizei	Signifikanz: <b>,000</b>
	Feuerwehr	Signifikanz: <b>,002</b>
	Leitstelle	Signifikanz: 1,000

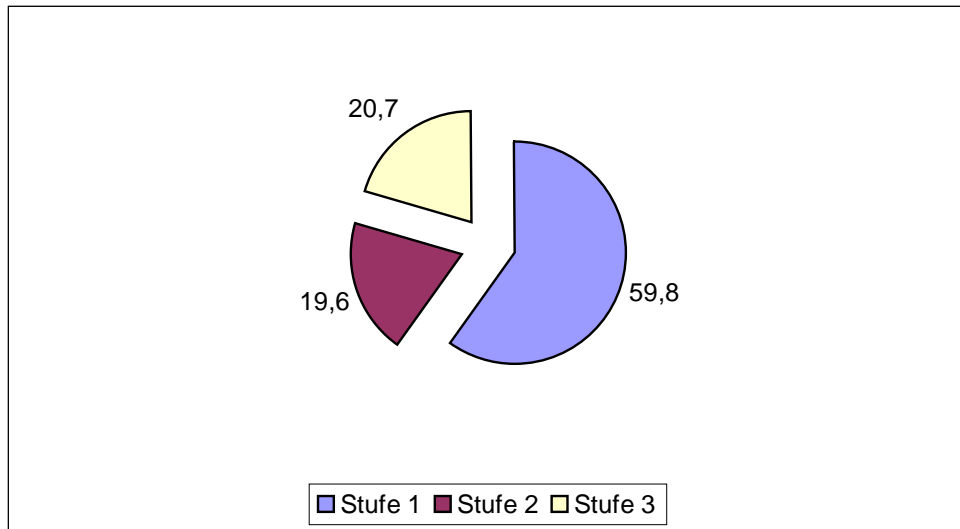
Leitstelle	Polizei	Signifikanz: <b>,003</b>
	Feuerwehr	Signifikanz: <b>,013</b>
	Notarzt	Signifikanz: 1,000
	Rettungsdienst	Signifikanz: ,064

Bezüglich der modifizierten Stufe Contemplation und Preparation unterscheiden sich die Notärzte mit dem höheren Summenwert signifikant von den Polizisten und den Feuerwehrleuten. Das Signifikanzniveau beträgt **,003** zu den Polizisten bzw. **,043** zu den Feuerwehrleuten.

Hinsichtlich der dritten modifizierten Stufe, nämlich Action und Maintenance, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Leitstelle mit einem hohen Summenwert von 12,5 und der Polizei bzw. der Feuerwehr mit jeweils niedrigeren Summenwerten. Das Signifikanzniveau beträgt **,038** bzw. **,050**.

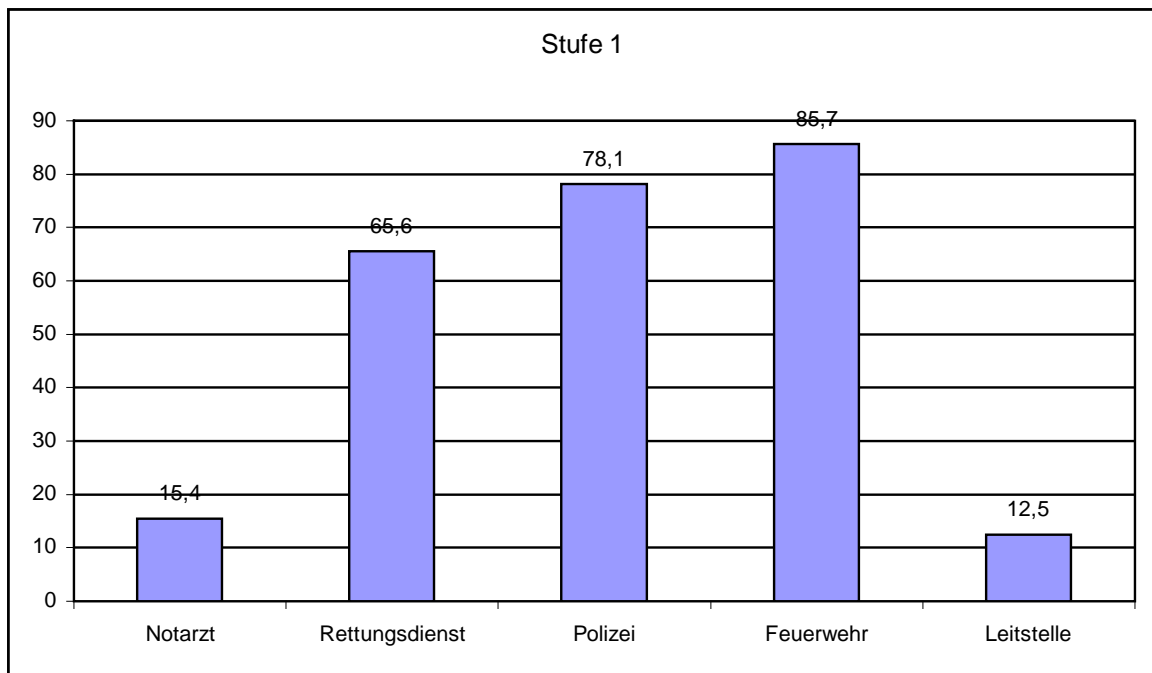
### 5.6.6 Stufenzuordnung

Von den 105 befragten potentiellen Anforderern machten 92 Personen vollständige Angaben. Von diesen 92 Personen befinden sich 59,8% in der Stufe 1, 19,6% in der Stufe 2 und 20,7% in der Stufe 3.

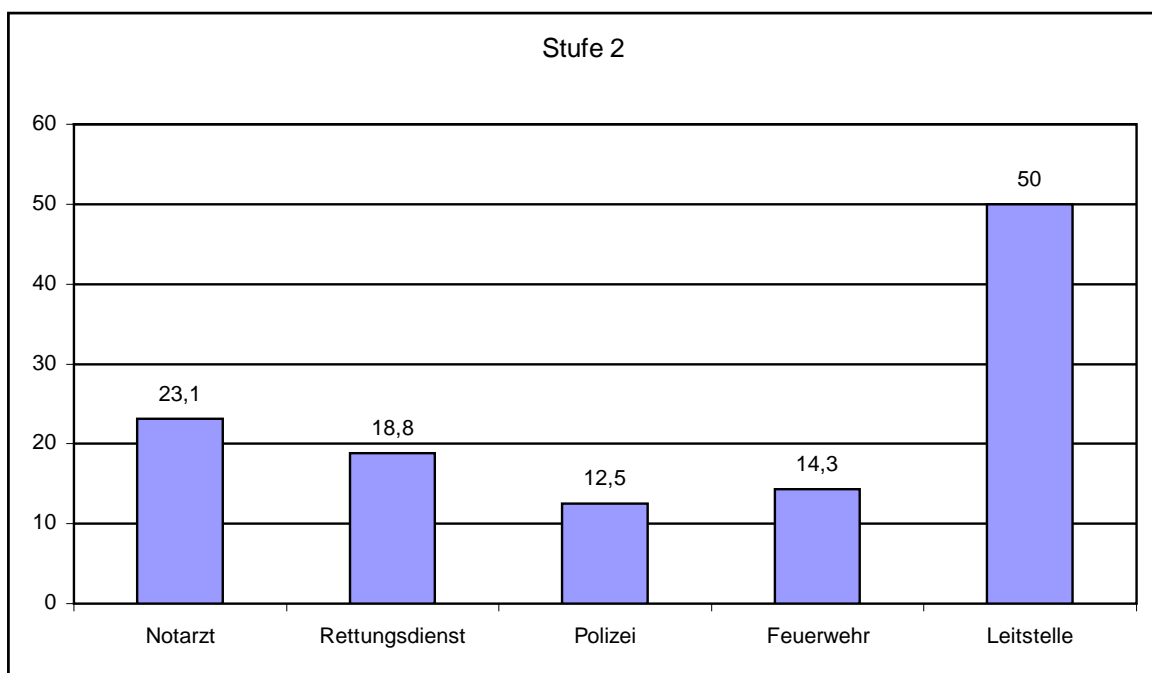


**Abbildung 2: Stufenzuordnung aller potentiellen Anforderer in Prozent**

Aufgesplittet nach der beruflichen Tätigkeit befinden sich 15,4% von den Notärzten in Stufe 1, 23,1% in Stufe 2 und 61,5% in Stufe 3. 65,6% des Rettungsdienstes sind in der Stufe 1, 18,8% in Stufe 2 und 15,6% in Stufe 3. Von den Polizisten sind 78,1% zur Stufe 1, 12,5% zur Stufe 2 und 9,4% zur Stufe zuzuordnen. Mit 85,7% der Feuerwehrleute ist die absolute Mehrheit in der Stufe 1, 14,3% in der Stufe 2 und niemand in der Stufe 3. 12,5% der Leitstellenangestellten befinden sich in Stufe 1, 50,0% in Stufe 2 und 37,5% in Stufe 3.



**Abbildung 3: Stufe 1 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.**



**Abbildung 4: Stufe 2 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.**

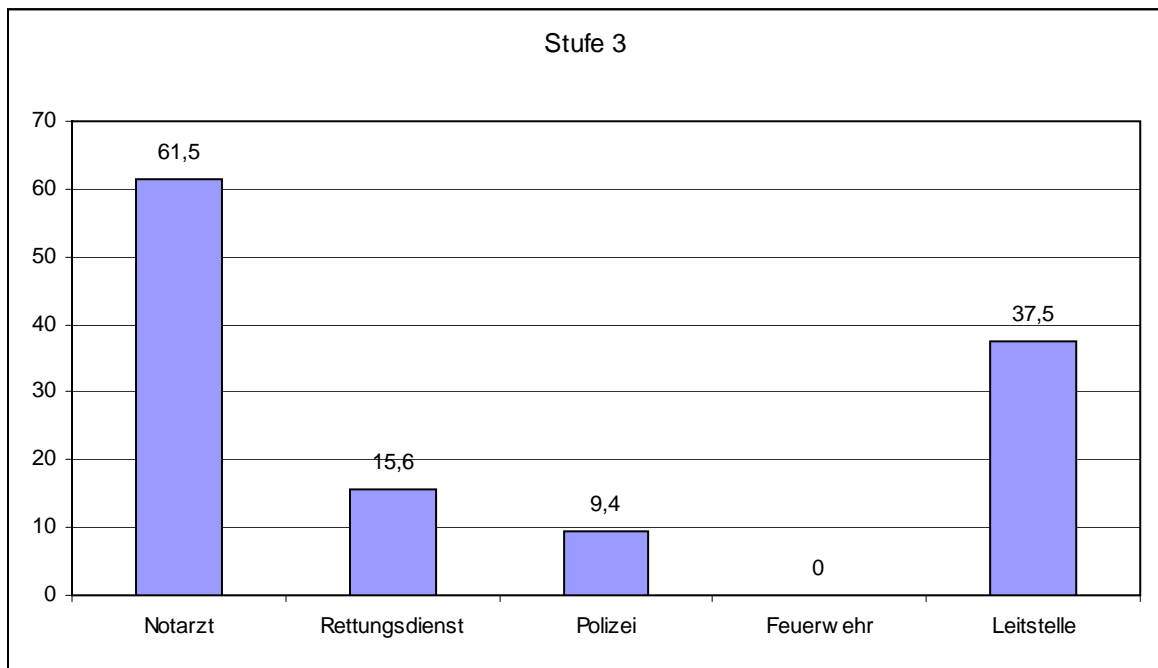


Abbildung 5: Stufe 3 aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.

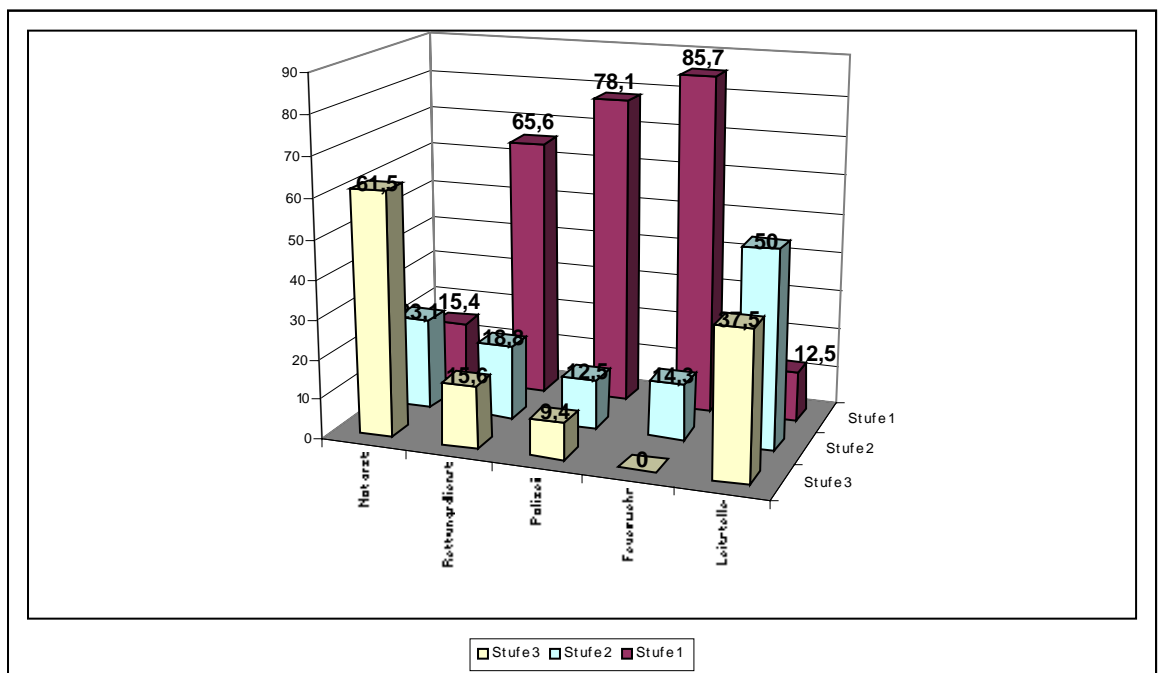


Abbildung 6: Stufenzuordnung im Überblick: aufgeteilt nach der beruflichen Tätigkeit in Prozent.

### 5.6.7 Unterschiede bei der Stufenzuordnung innerhalb des Rettungsdienstes in Abhängigkeit vom Alter

Innerhalb des Rettungsdienstes gibt es signifikante Unterschiede bezüglich der drei verschiedenen, modifizierten Stufen nach dem TTM in Abhängigkeit vom Lebensalter der potentiellen Anforderer.

Stufe:	Signifikanz:
Stufe 1	<b>,049</b>
Stufe 2	<b>,013</b>
Stufe 3	<b>,026</b>

Bezüglich der ersten Stufe sind die jungen Rettungsdienstangestellten signifikant weiter als die alten. Das Signifikanzniveau beträgt **,046**. Ebenso bei der zweiten Stufe sind die Jungen signifikant weiter als die Alten. In der zweiten Stufe beträgt das Signifikanzniveau **,017**.

In der dritten und letzten Stufe sind die Jungen signifikant weiter als die mittlere Altersgruppe, allerdings nicht signifikant weiter als die alten Rettungsdienstangestellten. Die Signifikanz zwischen den 17-33 jährigen und den 34- 40 jährigen beträgt **,026**.



## 6 Diskussion

Bei der Diskussion tritt besonders hervor, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie handelt. So ist eine Bezugnahme auf Ergebnisse anderer Untersuchungen nicht möglich, da hierzu bislang keine Studien durchgeführt worden sind. Aus diesem Grunde findet die Diskussion primär unter dem Aspekt statt, wie die unter 3.1 formulierten Fragestellungen beantwortet werden können.

### 6.1 Wissensstand und Inanspruchnahme des KIT

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wissensstand der potentiellen Anforderer und ihrem Anforderungsverhalten?

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich die einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich ihres Wissensstandes voneinander unterscheiden. Gemessen an den Skalensummenwerten für die Dimension Wissensstand haben die Leitstellenangestellten mit 27,2857 den höchsten Skalensummenwert und die Polizisten mit 22,6486 den niedrigsten. Direkt hinter den Leitstellenangestellten kommen die Notärzte mit einem Skalensummenwert für den Wissensstand von 27,1429. Somit haben Leitstellenangestellte und Notärzte einen höheren Wissensstand als die anderen Berufsgruppen.

Tatsächlich stellt sich bei den weiteren Untersuchungen heraus, dass diese beiden Berufsgruppen mit dem höheren Wissensstand öfter aktiv auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme des KIT in Greifswald zurückgreifen. Infolgedessen kann ein unzureichender Wissensstand bei bestimmten potentiellen Anforderern als Grund für ihr geringeres Inanspruchnahmeverhalten des KIT in Greifswald angesehen werden.

Viele potentielle Anforderer scheinen einen unzureichenden Wissensstand bezüglich des KIT in Greifswald zu haben. Fast 40 % der potentiellen Anforderer können die Frage 3 des Fragebogens, dass sie diejenigen sind, die das KIT anfordern können, nicht eindeutig beantworten. Ebenso wissen nur 36,2% der Befragten Bescheid, welche Ziele und Aufgaben KI hat. Bei Item 5 des Fragebogens geben nur 32,4% der potentiellen Anforderer an, dass ihnen keine weiteren Informationen zur Krisenintervention in Greifswald und Umgebung fehlen. Im Umkehrschluss ergibt sich daraus, dass knapp 70% der Befragten weitere Informationen zur KI in Greifswald und Umgebung benötigen. Weiterhin deckt diese Arbeit Wissenslücken

bei den potentiellen Anforderern bezüglich ihres Wissensstandes über die Qualifikation und die spezifische Ausbildung der KIT-Helfer auf. 59% der potentiellen Anforderer fühlen sich diesbezüglich nicht gut informiert, und weitere 26,7% sind unentschieden. Diese Ergebnisse zeigen, dass dringend weitere Informationsvermittlung sowie Aufklärungsarbeit benötigt wird, um den zum Teil erheblichen unzureichenden Wissensstand bei den potentiellen Anforderern zu beheben. Denn nur der potentielle Anforderer, der informiert und dessen Wissenstand ausreichend genug ist, kann überhaupt das KIT in Greifswald alarmieren.

## 6.2 Korrelation zwischen der Einstellung zu Krisenintervention unter Berücksichtigung der Offenheit gegenüber allgemein psychologischen Fragestellungen einerseits und dem daraus resultierendem Anforderungsverhalten andererseits.

Die Ergebnisse zeigen eine sehr große Offenheit gegenüber allgemein psychologischen Fragestellungen und eine äußerst positive Einstellung zur Krisenintervention. Demgegenüber steht ein niedriges Anforderungsverhalten.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass alles Neue und Ungewohnte in der Regel Zeit braucht, sich durchzusetzen. Der vielzitierte, Bismarck zugeschriebene Ausspruch „Wenn heute die Welt untergeht, geht sie in Pommern 100 Jahre später unter“ (vgl. Maron, 1999), zeichnet in überspitzter Form einen Wesenszug der pommerschen Landsleute: der Pommer ist ähnlich wie der Sauerländer bedächtig und abwartend, Neuerungen werden eher skeptisch betrachtet und setzen sich vielleicht zögerlicher durch als in anderen Regionen. Das KIT, eine zum Zeitpunkt der Befragung fast neue Einrichtung, braucht seine Zeit, verstärkt angenommen und angefordert zu werden. Grundsätzliche Einwendungen gegen das KIT bestehen nicht: Fast alle Befragten (93,4%) bewerten es als positiv, wenn das KIT am Einsatzort seelische Unterstützung gibt.

Auch die Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen allgemein drückt sich in hohen Prozentzahlen aus: bei Item 33 finden 94,3% der Befragten psychologische und psychotherapeutische Unterstützung am Einsatzort durch geschulte Helfer gut. Psychologie und Psychotherapie im Allgemeinen bewerten 88,6% der potentiellen Anforderer als nicht überflüssig.

Die große Mehrheit der Befragten mit 84,8% findet es wichtig, dass sie persönlich Betroffenen am Unfallort seelische Unterstützung geben.

Wie im übrigen Deutschland verändern sich auch im ländlich geprägten Mecklenburg-Vorpommern die familiären und sozialen Strukturen, soziale und familiäre Netze werden grobmaschiger: Großfamilien, in denen einer für den anderen einstand, gehören der Vergangenheit an. Funktionierende Familien, die einander Rückhalt geben, werden seltener.

Größere Mobilität, Wegzug oder Umzug lassen gewachsene Nachbarschaften zerbrechen, soziale Kontakte, Nachbarschaftshilfe, gegenseitiges Mittragen von Leid und Trauer sind nicht mehr selbstverständlich, dementsprechend sind nur 2,9% der Befragten der Meinung, dass in Greifswald und Umgebung ein KIT überflüssig ist wegen der noch funktionierenden familiären und sozialen Netze. 81% der Befragten hingegen finden den Einsatz eines KIT in Greifswald und Umgebung aus den oben genannten Gründen nicht überflüssig.

Diese hier gezeigte extrem positive Einstellung zu Krisenintervention in Greifswald und Umgebung und zur Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen allgemein wirft die Frage auf, warum dann die Anforderungsbereitschaft nicht höher ist. Lasogga und Gasch beschreiben diesen Sachverhalt mit folgenden Worten.: „Selbst wenn man dem Inhalt einer Aussage zustimmt, und selbst wenn man sich so zu verhalten beabsichtigt, bedeutet dies noch lange nicht, dass dies in der konkreten Situation auch geschieht.“

Ein weiterer Grund für die Diskrepanz zwischen positiver Einstellung einerseits und mangelnder Anforderungsbereitschaft andererseits kann an dem Antwortschema der positiven Erwünschtheit liegen.

Wenn auch immer wieder beteuert wurde, dass diese Befragung absolut anonym vonstatten geht, so bleibt stets das Problem der kleinen Gruppen (vgl. 4.1) und damit die Angst vor dem Erkanntwerden bestehen.

Die gewählte Statistikmaske im Fragebogen stellte sich als ungünstig heraus, da sie zum Beispiel Lebensalter, Berufserfahrung und Geschlecht enthält und diese Angaben in den kleinen Gruppen zum Teil zur Identifikation ausreichen. Beispielsweise gibt es in manchen Gruppen nur eine Frau, so dass mit diesen Angaben zur eigenen Person die Anonymität nicht gewahrt werden kann.

Insofern könnte die positive Einstellung zu Krisenintervention auch mit positiver Erwünschtheit und Angst vor dem Erkanntwerden erklärt werden.

Ein weiterer Erklärungsansatz für diese auffällig positive Einstellung zu KI im Gegensatz zur geringen Einsatzrate des KIT in Greifswald könnte sein, dass viele Anforderer sich zum ersten Mal im Zusammenhang mit dem Ausfüllen des Fragebogens mit dem Thema Krisenintervention auseinandersetzen mussten. Es ist möglich, dass viele potentielle Anforderer vor diesem Fragebogen von der Existenz eines KIT in Greifswald und Umgebung nichts gewusst haben und dann diese Idee als eine positive bewerteten. Oder aber sie wollten ihr Unwissen nicht zugeben und antworteten deshalb besonders positiv. 70% der Befragten finden den Einsatz des KIT grundsätzlich zweckmäßig. Bei Item 28 wiederum geben nur 50,4% der Personen an, vom Modell der Krisenintervention überzeugt zu sein.

Betrachtet man die Skalensummenwerte für die Dimension Einstellung, so haben die Notärzte mit 35,2308, gefolgt von der Leitstelle mit 34,3750, die höchsten Skalensummenwerte. Die Feuerwehr hat mit 30,2857 den niedrigsten Skalensummenwert für Einstellung. Rettungsdienst und Polizei liegen mit ihrem Skalensummenwert für Einstellung dazwischen.

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Anforderungsbereitschaft und bei der Stufenzuordnung wider (vgl. 5.6.6).

Jedoch zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse nach ANOVA (vgl. SPSS 11.0), dass die Unterschiede bezüglich der Dimension Einstellung nicht signifikant sind.

Da man aber signifikante Unterschiede bezüglich der Einstellung zu Krisenintervention und auch der Anforderungsbereitschaft innerhalb des Rettungsdienstes vermuten konnte, wurden die Rettungsdienstangestellten noch einmal bezüglich ihrer Einstellung zu Krisenintervention dem Lebensalter nach betrachtet. Wie angenommen, stellten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Lebensalters heraus: die jüngeren Rettungsdienstangestellten waren offener gegenüber dem Neuen und hatten eine positivere Einstellung zu Krisenintervention im Vergleich zu ihren Kollegen in der mittleren und älteren Altersgruppe.

### 6.3 Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft spezifiziert nach den einzelnen Berufsgruppen, Lebensalter, Berufserfahrung und Geschlecht

Um herauszufinden, warum die Einsätze des KIT in Greifswald relativ selten waren, wurde untersucht, inwieweit die potentiellen Anforderer ihre Bereitschaft das KIT zu alarmieren, auch praktisch umsetzen. Wie bei 6.2. schon erwähnt, ist es nach Lasogga und Gasch noch ein großer Schritt zwischen der Bereitschaft, sich auf eine bestimmte Art und Weise zu verhalten und der konkreten praktischen Umsetzung dieser zugestimmten Verhaltensweise. Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) beschreiben Personen im Stadium von Contemplation treffend als „knowing where you want to go, but not quite ready yet“. Dadurch erklärt sich, dass 66,7% der Befragten angeben, in Zukunft über eine KIT- Alarmierung nachzudenken, was sich aber noch nicht in den aktuellen Anforderungsraten zeigt. Die Antworttendenz bei Item 35 unterstützt dies: 67,6% der potentiellen Anforderer antworten, dass sie beim nächsten Einsatz, falls es die Situation erfordert, auf jeden Fall das KIT anfordern würden. Jedoch erst 49,5% der potentiellen Anforderer haben schon einmal während eines Einsatzes an eine KIT- Anforderung gedacht. 55,2% der potentiellen Anforderer geben an, in den letzten 12 Monaten noch kein einziges Mal das KIT angefordert zu haben. Dies unterstützt die Annahme, dass ein Großteil der potentiellen Anforderer noch nie Gebrauch gemacht hat von der Möglichkeit einer Anforderung des KIT. Scheinbar nutzt nur ein Teil von den potentiellen Anforderern immer wieder dieses Angebot. So geben beispielsweise 11,4 % der Befragten bei Item 44 an, das KIT in den letzten 12 Monaten mehr als dreimal angefordert zu haben.

Ein Teil der potentiellen Anforderer scheint somit über das Angebot des KIT in Greifswald und Umgebung informiert zu sein und dieses Angebot immer wieder überzeugt in Anspruch zu nehmen.

Jetzt stellt sich die Frage, ob spezifiziert nach Berufsgruppen einige mehr und andere weniger auf dieses Angebot zurückgreifen. Die Notärzte erhalten für die praktische Umsetzung der KIT-Anforderung im Vergleich zu ihren Kollegen im Rettungsdienst, bei der Feuerwehr, Polizei und auf der Leitstelle den höchsten Skalensummenwert von 29,8462. Knapp hinter den Notärzten steht die Leitstelle mit einem Skalensummenwert von 29,0 für die dritte Dimension. Da der gemittelte

Skalensummenwert für praktische Umsetzung bei 25,7041 liegt und da die Polizisten diesen mit einem Skalensummenwert von 24,0 noch unterbieten, bestätigt sich die in 3.1 aufgestellte Hypothese.

Tatsächlich scheint es einen Unterschied in der praktischen Umsetzung der KIT-Anforderungsbereitschaft bei den verschiedenen Berufsgruppen zu geben. Die einfaktorielle Varianzanalyse nach ANOVA bestätigt die Annahme, dass es innerhalb der Berufsgruppen signifikante Unterschiede bezüglich der praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft gibt. So unterscheiden sich beispielsweise deutlich die Notärzte sowohl von der Polizei als auch vom Rettungsdienst. Weiterhin gibt es signifikante Unterschiede zwischen der Leitstelle und der Polizei. Die ermittelten Skalensummenwerte signalisieren, dass die Notärzte und die Leitstelle öfter als die anderen Berufsgruppen Gebrauch von der KIT-Anforderung machen. Inwiefern diese Tatsache in Zusammenhang mit einem höheren Wissensstand, einer positiven Einstellung zu KI, einer höheren normativen Erwartung seitens der Kollegen und Vorgesetzten sowie einer Zuordnung in eine höhere Stufe des TTM gestellt werden darf, bleibt noch zu diskutieren (vgl. 6.4).

Die hypothetisch gestellte Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Lebensalter und praktischer Umsetzung der Anforderungsbereitschaft gibt, kann nicht so einfach beantwortet werden. Auf der einen Seite lassen sich mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen bezüglich der Dimensionen und Stufen feststellen. Auf der anderen Seite haben die 17-33-jährigen mit 26,4 den höchsten Skalensummenwert für die praktische Umsetzung erreicht. Weiterhin kann man, wenn man alle Rettungsdienstangestellten spezifiziert nach den drei Altersgruppen betrachtet, signifikante Unterschiede bezüglich der Einstellung und der drei Stufen feststellen. In allen Bereichen schneidet die jüngere Altersgruppe am besten ab. Warum es aber keine generelle nachweisbare signifikante Unterschiede bezüglich der praktischen Umsetzung in Abhängigkeit vom Lebensalter gibt, bleibt offen. Entweder existieren keinerlei Unterschiede bezüglich der praktischen Umsetzung in Abhängigkeit vom Lebensalter, oder aber die Fragen im Fragebogen für die praktische Umsetzung waren nicht eindeutig genug formuliert. Ein Nachteil dieser Arbeit ist sicherlich, dass der Fragebogen vor in Gebrauchnahme nicht getestet werden konnte.

Die Berufserfahrung in Jahren korrelierte so stark mit der Anzahl der Lebensjahre, dass auf eine weitere differenzierte Betrachtung bezüglich der Unterschiede in der praktischen Umsetzung in Abhängigkeit von der Berufserfahrung verzichtet werden konnte.

Aufgrund der sehr ungleichen Geschlechterverteilung mit 86 männlichen und 14 weiblichen potentiellen Anforderern konnte keine statistisch relevante Aussage zu einem Unterschied bezüglich der praktischen Umsetzung in Abhängigkeit vom Geschlecht getroffen werden.

#### 6.4 Normative Erwartung von Vorgesetzten und Kollegen und ihr Einfluss auf das Anforderungsverhalten.

Bei der Suche nach möglichen Gründen für die mangelnde Anforderungsbereitschaft des KIT in Greifswald und Umgebung wollte man auch die Haltung der Vorgesetzten und Kollegen mit einfließen lassen. Eine Überlegung ist, dass die unterschiedliche Meinung der Vorgesetzten und Kollegen innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen Einfluss auf die Alarmierungsrate ausübt.

Beispielsweise nahm man an, dass möglicherweise die das KIT in Greifswald befürwortende Haltung des leitenden Notarztes als Vorgesetzter der Notärzte und Leitstellenangestellten sich positiv auf das Anforderungsverhalten der Notärzte und Leitstellenangestellten auswirkt. Tatsächlich konnte diese Vermutung bestätigt werden. In der einfaktoriellen Varianzanalyse nach ANOVA zeigt sich nämlich, dass sich Notärzte und Leitstellenangestellte bezüglich der normativen Erwartung signifikant von den anderen Berufsgruppen unterscheiden. Es herrscht eine hohe normative Erwartung bezüglich der Anforderungsbereitschaft von Seiten der Kollegen und Vorgesetzten sowohl bei den Notärzten als auch bei den Leitstellenangestellten.

Andererseits stellt sich die Frage, ob eine nicht befürwortende oder sogar ablehnende Haltung dem KIT gegenüber von Seiten der Kollegen und Vorgesetzten die Anforderungsbereitschaft der potentiellen Anforderer negativ beeinflusst. Führt Angst vor der normativen Erwartung der Vorgesetzten und Kollegen bei den potentiellen Anforderern zum Unterlassen der KIT- Alarmierung? Auf der einen Seite machten 3,9% der potentiellen Anforderer die Aussage, dass ihre Kollegen von

ihnen erwarten, in Zukunft die Anforderung des KIT zu unterlassen. Ebenso meinen 2,9% der Befragten, dass ihre Chefs und Vorgesetzten von ihnen erwarten, die Anforderung des KIT zu unterlassen. Nun bleibt offen, ob nur die absolute Minderheit mit einem geringen Prozentsatz von den potentiellen Anforderern so empfindet, oder ob in Anbetracht der mangelnden Anforderungsrate dies die wenigen Befragten sind, welche sich getraut haben, ehrlich zu antworten. Weiterhin besteht das Problem der kleinen Gruppen (vgl. 4.2.) und damit die mögliche Gefahr, dass die Befragten aus Angst vor der nicht gewährleisteten Anonymität nicht wahrheitsgetreu geantwortet haben. 15,2% der Befragten können sich bezüglich der normativen Erwartung der Kollegen und 9,5% bezüglich der normativen Erwartung der Chefs und Vorgesetzten noch nicht festlegen. Bei Frage 13 sind fast ein Drittel der Befragten unentschieden, ob ihre Kollegen von ihnen erwarten, im Falle eines Falles das KIT anzufordern. In Bezug auf die Erwartungshaltung von ihren Chefs und Vorgesetzten, die KIT-Anforderung betreffend, sind sich 27,6% der Befragten unsicher. Fakt ist, dass zum Teil bei den potentiellen Anforderern eine recht große Unsicherheit bezüglich der normativen Erwartung ihrer Kollegen, Vorgesetzten und Chefs herrscht. Es muss leider offen bleiben, ob dies daher rührt, dass die potentiellen Anforderer sich nie zuvor diese Frage gestellt haben, oder ob die Kollegen und Vorgesetzten nie ihre Meinung äußerten, oder ob man sich nicht getraute, wahrheitsgemäß zu antworten.

Auf der anderen Seite sind 79% der Befragten der Meinung, dass ihre Kollegen nicht von ihnen erwarten, die Anforderung des KIT in Zukunft zu unterlassen. Ebenso geben 86,7% der Anforderer an, dass ihre Chefs und Vorgesetzten nicht von ihnen erwarten, die Anforderung zu unterlassen. 48,6% der Befragten sind der Meinung, dass ihre Chefs und Vorgesetzten von ihnen erwarten, im Bedarfsfall das KIT anzufordern. Währenddessen machen 27,6% die Aussage, dass ihre Kollegen erwarten, im Falle eines Falles das KIT anzufordern. Somit ist die Erwartungshaltung bezüglich der KIT-Alarmierung seitens der Kollegen nicht so hoch wie bei den Chefs und Vorgesetzten. Offensichtlich hat sowohl eine negative als auch eine positive normative Erwartungshaltung seitens der Kollegen und Vorgesetzten bezüglich der KIT-Alarmierung im Bedarfsfall einen Einfluss auf das Anforderungsverhalten der potentiellen Anforderer.



Nur 8,6% der potentiellen Anforderer sprechen sehr häufig mit ihren Kollegen über die Möglichkeiten der Krisenintervention. 43,8% der Befragten hingegen haben diesbezüglich noch keine feststehende Meinung, und 47,7% sprechen nicht sehr häufig mit Kollegen über die Möglichkeiten der Krisenintervention. Demnach wäre eine gesteigerte Kommunikation, der Austausch von Gedanken und Erfahrungen und damit eine verstärkte Präsenz des KIT im Alltag der potentiellen Anforderer eine Möglichkeit, deren Anforderungsbereitschaft zu stärken.

Lediglich 2,9% lehnen es ab, wenn ihre Kollegen das KIT anfordern. Hingegen begrüßen dies 62,8% der Befragten, 34,3% der potentiellen Anforderer sind sich diesbezüglich unsicher. Die überwiegende Mehrheit der potentiellen Anforderer ist einer KIT-Anforderung nicht negativ gegenüber eingestellt und lässt dies den anfordernden Kollegen ebenso wenig negativ spüren. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass die potentiellen Anforderer von der überwiegenden Mehrheit ihrer Kollegen und deren normativen Erwartungen gegenüber der Anforderungsbereitschaft nicht negativ beeinflusst werden.

Es bleibt jedoch die Frage offen, inwieweit die normative Erwartung der negativ gegenüber der KIT-Anforderung eingestellten Kollegen sich auf das mangelnde Anforderungsverhalten auswirkt und inwiefern einige wenige Kollegen mit ihrer Erwartungshaltung die Anforderungsbereitschaft aller Anforderer unterbinden können.

## 6.5 Angebot des KIT und die Möglichkeit, auf das KIT zurückzugreifen in seiner Auswirkung für die Einsatzkräfte vor Ort

Nach Gschwend sind die Einsatzkräfte vor Ort andauernd extremen körperlichen und seelischen Belastungssituationen ausgesetzt; ein konstant hoher körperlicher und seelischer Energieverbrauch führt oft zu Erschöpfungs- und Burn-out-Symptomen. Es werden höchste Anforderungen an präzises, schnelles, professionelles, „kühles“ Agieren und Reagieren gefordert bei gleichzeitig bestehenden intensiven emotionalen Reaktionen wie Angst, Ohnmacht, Schuld, Ekel und Wut. Häufig wird der professionelle Helfer mit der Verarbeitung belastender Erfahrungen allein gelassen.

Dies war einer der Gründe, dass ursprünglich beabsichtigt wurde, das Angebot des KIT in Greifswald und Umgebung auch auf die professionellen Helfer auszuweiten. Nach Rupp sind nicht nur Patienten Nutzer von Notfalldiensten. Auch die kompetentesten professionellen Helfer können in Not geraten. Hilfe kann auch für sie die Chance sein, (inneren) Abstand zu gewinnen, einen neuen Realitätsbezug zu schaffen und frische Impulse von außen aufzunehmen. Aus vielerlei Gründen musste jedoch hierauf verzichtet werden. Hauptgründe waren die mangelnde psychotherapeutische Ausbildung der KIT-Helfer (z. B. Debriefing) und der z.T. erhebliche Altersunterschied zwischen KIT-Helfern und professionellen Helfern, der die Akzeptanz erschwerte.

Es bleibt aber die Zielsetzung in dem Sinne, dass die professionellen Einsatzkräfte das Angebot des KIT in Greifswald und Umgebung als persönliche Entlastung und Erleichterung während eines Einsatzes nutzen können. Allein die Option der KIT-Anforderung kann für den „Profi“ vor Ort eine persönliche Beruhigung darstellen. Tatsächlich sind 77,1% der befragten, potentiellen Anforderer (Item 24) beruhigt in dem Wissen, nötigenfalls das KIT anfordern zu können. Ebenso fühlen sich 51,4% der Befragten erleichtert, wenn KIT-Helfer am Einsatzort erscheinen.

Ein Polizist hat z.B. bei der Überbringung einer Todesnachricht, wenn er vom KIT begleitet wird, die Möglichkeit zum frühzeitigem Aufbruch und eigenem Rückzug, da der KIT-Helfer vor Ort zur Betreuung der Angehörigen noch eine Weile verbleibt. Der Polizist spart so Zeit und auch seelische Energie, welche er dann anderweitig in seinem Beruf nutzen kann.

Ebenso kann ein Notarzt und Rettungsdienstteam beispielsweise nach einer erfolglosen Reanimation die Betreuung der aufgelösten Hinterbliebenen einem KIT-Helfer überlassen und sich ohne schlechtes Gewissen für den nächsten Einsatz wieder einsatzbereit melden.

Diese Beispiele zeigen, wie wichtig Teamarbeit und Arbeitsteilung im Bereich des Rettungsdienstes sowie seinen angrenzenden und untergliederten Berufszweigen ist, damit auch ohne Folgeerscheinungen (PTSD, Burn-out-Symptome) ein langjähriges Zusammenarbeiten möglich ist.

Mit Item 25 sollte abgeklärt werden, ob die potentiellen Anforderer die Inanspruchnahme des Angebotes des KIT als Zeichen eigener Schwäche und Versagens ansehen. Dem stimmen nur 4,8% der Befragten zu, während für 85,8% der poten-

tiellen Anforderer die Alarmierung des KIT kein Zeichen eigener Schwäche und Versagens ist. Diese hohe Prozentzahl entspricht der allgemein menschlichen Erfahrung, dass man in extrem belastenden Situationen für jede Hilfe dankbar ist.

Einerseits haben 36,2% der potentiellen Anforderer positive Erfahrungen mit dem KIT am Einsatzort gemacht, andererseits geben 11,5% an, keine positiven Erfahrungen mit dem KIT am Einsatzort gemacht zu haben. Offen bleibt, ob die potentiellen Anforderer keinerlei Erfahrungen am Einsatzort mit dem KIT gemacht haben oder ob sie negative Erfahrungen gesammelt haben. Die Leitstellenangestellten stehen bei der Beantwortung dieser Frage z.B. vor dem Problem, dass sie nie vor Ort beim Einsatz dabei sind, sondern die Einsätze von der Leitstelle aus mitverfolgen und von dort aus die Einsatzkräfte koordinieren.

47,6% der Befragten entschieden sich bei diesem Item für die Antwortmöglichkeit „teil/ teils“. Ebenso bleibt hier offen, ob sich die potentiellen Anforderer mit ihrer Meinung diesbezüglich noch unsicher sind oder ob sie vielleicht sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit dem KIT am Einsatzort gemacht haben. Diese ambivalente Haltung könnte abhängig von den unterschiedlichen Persönlichkeiten und Fähigkeiten der einzelnen KIT-Helfer sein. Diese Überlegung führt unmittelbar zu der Frage nach einer vorhandenen Qualitätskontrolle bei der KIT-Arbeit wie z.B. einheitliche standardisierte Ausbildung zur Notfallbegleitung gemäß der Richtlinie der Landesarbeitsgemeinschaft, standardisierte Einsatzprotokolle und Einsatznachbereitung, regelmäßige Supervision innerhalb des Teams aber auch mit fachkompetenten Außenstehenden wie z.B. dem leitenden Notarzt.

Anhand der Skalensummenwerte für die fünfte Dimension (Entlastung für die „Profis“) lassen sich die einzelnen Berufsgruppen miteinander vergleichen. Die Leitstellenangestellten erreichen mit 7,8750, dicht gefolgt von den Notärzten mit 7,8571 die höchsten Skalensummenwerte für die fünfte Dimension. Hingegen beträgt der Skalensummenwert für die Entlastung der „Profis“ bei den Feuerwehrleuten nur 6,0 während der Gesamtdurchschnitt für diese Dimension schon bei 7,1584 liegt.

Mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse nach ANOVA stellte sich jedoch kein signifikanter Unterschied innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen dar. Demnach fühlen sich alle potentiellen Anforderer statistisch gesehen gleichermaßen entlastet, erleichtert und beruhigt. Somit kann das Angebot des KIT und das Wis-

sen um die Möglichkeit, aktiv auf es zurückgreifen zu können, als eine Entlastung für die Einsatzkräfte vor Ort angesehen werden.

## 6.6 Inwieweit lassen sich die potentiellen Anforderer mit ihrem Anforderungsverhalten in das TTM-Stufenmodell einordnen?

Nach Velicer, W. F., Pochaska, J.O., Fava, J.L. et al. (2000) sind auf dem Transtheoretischen Modell basierende Interventionen fähig, beides zu kombinieren, nämlich sowohl gute Effektivitätsraten und gute Teilnahmeraten als auch eine gute Übertragbarkeit auf die gesamte Bevölkerung. Die KIT-Anforderungsrate in Greifswald und Umgebung lässt den Schluss zu, dass sich mit aller Wahrscheinlichkeit mehr Personen der potentiellen Anforderer sich in den Stadien von Precontemplation und Contemplation als in Action und Maintenance befinden.

Die Ergebnisse in 5.3 und 5.6 zeigen, dass es signifikante Unterschiede bezüglich der Stufenzuordnung und dem Anforderungsverhalten der Befragten gibt. Die Leitstellenangestellten und Notärzte erreichen für alle drei modifizierten Stufen die höheren und überdurchschnittlichen Skalensummenwerte, während die Feuerwehrleute und Polizisten stets niedrigere Skalensummenwerte erreichen. Die Hypothese, dass ein geringes Anforderungsverhalten auf einen hohen Prozentsatz der Beteiligten in der Stufe der Absichtslosigkeit zurückzuführen ist, wird mit den Ergebnissen in Abbildung 2 (vgl. S.45 ) bestätigt. Demnach befinden sich 59,8% der potentiellen Anforderer im Stadium der Absichtslosigkeit. Nach Keller, Velicer und Prochaska (1999) kann die fehlende Absicht zur Verhaltensänderung, also hier die mangelnde Anforderungsbereitschaft, zum einen in einem Mangel an relevanten Informationen (unzureichender Wissensstand) und / oder an einem mangelndem Problembewusstsein bezüglich der negativen Konsequenzen des entsprechenden Verhaltens begründet liegen.

Weitere 19,6% der potentiellen Anforderer befinden sich in der modifizierten Stufe Contemplation und Preparation. Nach Keller, Velicer und Prochaska (1999) ist die Stufe der Absichtsbildung gekennzeichnet durch die bewusste Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrem Verhalten, ohne dass diese Auseinandersetzung in das unmittelbare Ergreifen von Maßnahmen zur Veränderung führt. Dieser Teil der potentiellen Anforderer setzt sich mit seinem Anforderungsverhalten auseinander,

beschäftigt sich gedanklich mit dem Angebot des KIT und trifft vielleicht erste Vorbereitungen, wie beispielsweise den festen Vorsatz, bei der nächsten sinnvollen Gelegenheit das KIT anzufordern oder die KIT-Broschüre zur Erinnerung ins Dienstfahrzeug zu legen.

Dennoch ist nach Prochaska und Di Clemente (1982) empirisch bestätigt worden, dass sowohl die Stufe der Absichtslosigkeit als auch die Stufe der Absichtsbildung offenbar sehr stabil in dem Sinne sind, dass Personen lange in ihr verharren können, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Veränderungsprozess erkennbar wird. Diese Aussage trifft auch für das Greifswalder KIT-Modell und seine geringen Anforderungsraten zu. Nur ein Teil, nämlich 20,7% der potentiellen Anforderer, lässt sich der Stufe Action und Maintenance zuordnen. Dies bestätigt die Vermutung, dass es nur einige wenige potentielle Anforderer sind, die das KIT immer wieder anfordern. Nach Keller, Velicer und Prochaska (1999) wird die Stufe der Handlung und der Aufrechterhaltung als aktive Phase verstanden, in der das Zielverhalten durch Beibehalten der in der Handlungsphase gezeigten Strategien weiter konsolidiert wird und aktive Maßnahmen der Rückfallprophylaxe ausgeübt werden. Je nach Verhaltensbereich soll nach diesen genannten Autoren diese Stufe der Handlung und Aufrechterhaltung lebenslang andauern können.

Wie die Ergebnisse (siehe Abb. 6) zeigen, gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der Berufszugehörigkeit bezüglich der Stufenzuordnung. Dies bestätigt die Hypothese, dass es Unterschiede bezüglich des Anforderungsverhaltens in Abhängigkeit von der Berufsgruppe gibt. Die meisten Feuerwehrleute, Polizisten und Rettungsdienstangestellten, nämlich jeweils 85,7% bzw. 78,1% und 65,6%, sind der Stufe 1 zuzuordnen. Währenddessen befinden sich mit 50% die meisten Personen der Leitstelle in der zweiten Stufe. In der Stufe 3 ist kein einziger Feuerwehrmann anzutreffen, dafür aber 61,5% der Notärzte und noch 37,5% der Leitstellenangestellten.

## 6.7 Ausblick und weiterführende Interventionsansätze:

Ein Ergebnis dieser Arbeit ist, dass sich bei dem Greifswalder KIT-Modell zum Zeitpunkt der Befragung die potentiellen Anforderer überwiegend in Stufe 1 (Pre-contemplation) (59,8%) und Stufe 2 (Contemplation & Preparation) (19,6%) befin-

den. Die Stufe der Absichtslosigkeit kann als die stabilste aller Stufen im Rahmen des TTM verstanden werden. Ohne aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen von der Absichtslosigkeit in die nächste Stufe gelangen, nach Grimley et al. (1994) relativ gering. Deshalb ist es notwendig, Interventionen und Strategien vorzunehmen, um eine Verhaltensänderung in der Anforderungsbereitschaft und damit bei den potentiellen Anforderern ein Aufsteigen in eine darauffolgende Stufe zu erreichen.

Hierzu ist es nötig, weitere Informations- und Aufklärungsarbeit bezüglich des KIT-Projektes in Greifswald und Umgebung zu leisten, um den unzureichenden Wissensstand zu beheben und den potentiellen Anforderern den Schritt aus dem Stadium der Absichtslosigkeit zu erleichtern. Daneben ist Überzeugungsarbeit zu leisten, damit die potentiellen Anforderer über die Stufe der Absichtsbildung möglichst auch die Stufe der Handlung/Aufrechterhaltung erreichen.

Im Folgenden werden mögliche Ansatzpunkte aufgezeigt.

KIT-Helfer stellen sich regelmäßig persönlich bei den potentiellen Anforderern vor, geben Informationen und Erfahrungsberichte.

Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, Zeitungsberichte, eigene Internetseite, Stand auf dem Marktplatz, Flyer auf Anschlagstafeln bei den verschiedenen Gruppen steigern den Bekanntheitsgrad des KIT.

Überzeugungsarbeit ist zu leisten durch das KIT, aber auch durch die Vorgesetzten und Mitglieder der einzelnen Gruppen.

Auch wenn einzelne Vorgesetzte und Mitglieder der Meinung sein sollten, dass sie aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung persönlich keine Hilfe seitens des KIT brauchen, sollten sie doch aus Rücksicht und Verantwortung für weniger erfahrene und unsichere Kollegen das KIT als Hilfe und Entlastung empfehlen und sie zum Anfordern des KIT ermuntern.

Eine Empfehlung durch Kollegen insgesamt und besonders durch die vom KIT auch überzeugten Kollegen ist sicher für die Gruppe überzeugender als die Information durch Außenstehende und wird sich positiv auf das Anforderungsverhalten auswirken (vgl. 6.4).

Das positive Auftreten eines kooperativen und kompetenten KIT-Helfers bei einem Einsatz wirkt überzeugend. Ein Anforderer, der sich an gute Erfahrungen mit ei-

nem Mitglied des KIT vor Ort erinnert, wird auch in Zukunft verstärkt bereit sein, das KIT anzufordern (vgl.6.5).

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Aufstellung von Qualitätsstandards und eine nach diesen Standards erfolgte Qualitätssicherung (vgl. 6.5).

Nach Thomas Stepan (1998) ist es in einem Beruf, der einen physisch, aber insbesondere auch psychisch fordert, wichtig, dass ein Erfahrungsaustausch und eine Nachbereitung unter den Kollegen stattfindet. Dies sei jedoch ein Stiefkind im Rettungsdienstbereich.

Von daher ist es ein weiterer Ansatzpunkt, die Kommunikation unter den Kollegen zu fördern und damit die Stellung von Krisenintervention in Greifswald und Umgebung anzuheben. Gleichzeitig wird dabei die persönliche Meinungsbildung gestärkt und der Druck aufgrund von normativen Erwartungen anderer (vgl. 6.4) abgebaut.

Optimal wäre eine gruppenübergreifende Reflexion über gelungene und nicht gelungene Zusammenarbeit mit anschließender Schwachstellenanalyse zur Verbesserung der Gesamtsituation in der Zukunft. Diese gruppenübergreifende Reflexion sollte nach Möglichkeit regelmäßig, zumindest aber nach größeren Einsätzen stattfinden.

Auch gemeinsame Großschadensübungen (z.B. Katastrophenübungen), an denen alle Gruppen beteiligt sind, und anschließende Reflexion können mit dazu beitragen, dass die noch ungewohnte Zusammenarbeit mit dem KIT alltäglich und selbstverständlich wird und in zunehmendem Maße als bereichernd angesehen wird.

Weiter könnte förderlich sein eine Ausweitung der Dienstbereitschaft des KIT auf 24 Stunden. Eine Bereitschaft über 24 Stunden setzt voraus, dass das KIT über zahlreiche Mitglieder verfügt. Es müssen daher – auch wegen der starken Fluktuation – ständig neue Mitglieder geworben werden. Es sollten Personen sein, die nicht allzu jung sind, sie sollten möglichst eine psychologische, medizinische, sozialpädagogische oder theologische Ausbildung haben, es sollten Persönlichkeiten sein, die eine vertrauenswürdige Ausstrahlung haben und die den z.T. enormen Belastungen während des Einsatzes gewachsen sind (vgl. Richtlinien der Landesarbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern).

Um die praktische Umsetzung der KIT-Anforderung verbessern zu können, müssen technische Probleme wie z.B. eine fehlende Direktalarmierung bei spezifischen Indikationen wie schwerer Verkehrsunfall; mangelnde Erreichbarkeit der KIT-Helfer aufgrund von persönlichem und technischem Versagen (defektes Diensthandy etc.) beseitigt werden. Hierdurch könnte dem potentiellen Anforderer vor Ort beim Einsatz manche Alarmierung durch die Leitstelle abgenommen werden und die Zeit bis zum Erreichen des Einsatzortes für den KIT-Helfer verringert werden. Damit könnte das Problem, dass KIT-Helfer häufig zu spät am Einsatzort erscheinen, minimiert werden.

Wünschenswert wäre ein funktionstüchtiges KIT-Einsatzfahrzeug, das auch in seinem äußeren Erscheinungsbild das KIT als eine seriöse und ernstzunehmende Einrichtung ausweist. Ein gut gestalteter, positiv auffallender Werbetext auf dem Fahrzeug könnte zudem die Einrichtung des KIT im Stadtbild präsent machen und die Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.

Weiterhin wäre es wünschenswert, den potentiellen Anforderer durch Überzeugungsarbeit dahingehend zu sensibilisieren, dass er das Angebot eines KIT in Greifswald und Umgebung als persönliche Entlastung und Rückzugsmöglichkeit ohne verbleibendes schlechtes Gewissen ansehen kann.

Neben der Informations- und Aufklärungsarbeit ist es notwendig, dass die potentiellen Anforderer bereit sind, die unter 2.1 beschriebenen Strategien (Steigern des Problembewusstseins, Wahrnehmen förderlicher Bedingungen, Emotionales Erleben, Selbstneubewertung, Nutzen hilfreicher Beziehungen etc) *selbst* anzuwenden, um ihr Anforderungsverhalten zu verändern und um in eine andere Stufe der Verhaltensänderung mit dem Ziel von Action und Maintenance zu gelangen. Mit Hilfe der Strategie *Steigern des Problembewusstseins* kann sich der potentielle Anforderer das seelische Leid mancher Patienten und deren Angehörigen vor Augen halten und so auf die Notwendigkeit von Notfallbegleitung kommen. Damit setzt er sich mit dem Thema Krisenintervention/ Notfallbegleitung auseinander und befindet sich automatisch in Contemplation.

Ebenso kann ein potentieller Anforderer sich mit den KIT-befürwortenden Kollegen umgeben und Kollegen mit ablehnender Haltung meiden und so das Nutzen hilfreicher Beziehungen einsetzen, um von der zweiten Stufe (Contemplation & Preparation) in die dritte Stufe (Action & Maintenance) zu gelangen.



## 7 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund, dass das KIT in Greifswald und Umgebung in der Vergangenheit nicht so angefordert wurde, wie sich das seine Befürworter gewünscht hatten, war Ziel dieser Dissertation, Ansätze und Erklärungen für das geringe Inanspruchnahmeverhalten herauszufinden.

Von der Autorin wurde ein Fragebogen mit einem 5-stufigem Antwortschema und 48 Items entworfen, der auf der Grundlage von 5 Dimensionen (Wissenstand, Einstellung zu KIT, praktische Umsetzung, normative Erwartung, Entlastung der „Profis“) und den drei nach dem Transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente modifizierten Stufen (1. Precontemplation, 2. Contemplation & Preparation, 3. Action & Maintenance) basiert.

Da in Greifswald das KIT dem Rettungsdienst untergliedert ist, wurden in die Untersuchungsstichprobe alle potentiellen Anforderer- also Notärzte, Leitstellenangestellte, Rettungsdienste von DRK und HKS, Polizei und Feuerwehr- mit einbezogen. Somit umfasste die Untersuchungsstichprobe 105 Personen in unterschiedlicher Gruppengröße und Berufszugehörigkeit.

Hypothesengeleitet wurde untersucht, ob der Grund für die geringe Inanspruchnahme des KIT in Greifswald möglicherweise an einem unzureichenden Wissensstand der potentiellen Anforderer liegt. Ebenso wurden die Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu Krisenintervention und dem Anforderungsverhalten betrachtet. Besonders berücksichtigt wurde dabei die Offenheit gegenüber psychologischen Fragestellungen allgemein, die Einschätzung der Notwendigkeit von Krisenintervention allgemein, sowie die Einschätzung der Notwendigkeit von KI vor Ort in Greifswald. Weiterhin wurden Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Anforderungsbereitschaft betrachtet, spezifiziert nach den einzelnen Berufsgruppen, Lebensalter, Berufserfahrung und Geschlecht. Es wurde untersucht, inwieweit die normative Erwartung von Vorgesetzten und Kollegen Einfluss auf das Anforderungsverhalten hat und ob das Angebot des KIT und das Wissen um die Möglichkeit, aktiv auf es zurückgreifen zu können, als Entlastung für die „Profis“ angesehen werden kann. Es wurde der Versuch gemacht, die potentiellen Anforderer mit ihrem Anforderungsverhalten in das modifizierte Stufenmodell von Prochaska und DiClemente einzuordnen.

Methodisch wurden die Daten der 105 Fragebögen unter Zuhilfenahme des Statistikprogramms SPSS Version 11.0 erfasst und verarbeitet. Es erfolgte zunächst eine deskriptive Datenauswertung und ein Umkodieren einiger Items. Zur Itemselektion und eindeutiger Zuordbarkeit zu den einzelnen Dimensionen und Stufen wurden Faktorenanalysen nach der Varimaxmethode und ein Expertenrating mit 7 Ratern durchgeführt. Daraufhin wurden Reliabilitätsanalysen mit Hilfe von Cronbach-Alpha –Berechnungen für die einzelnen Dimensionen und Stufen durchgeführt und jeweils Skalensummenwerte berechnet.

Die Itemselektion durch Faktorenanalysen und Expertenrating war erfolgreich, da sich die Berechnungen des Cronbach-Alphas für die einzelnen Dimensionen und Stufen als reliabel darstellten.

Aufgrund der Berechnungen der Skalensummenwerte und ihrer Beziehung zum Skalensummenmittelwert war nach einem bestimmten Schema die Zuordnung der einzelnen potentiellen Anforderer in die modifizierten Stufen nach dem TTM möglich. Einfaktorielle Varianzanalysen und Post Hoc Teste dienten der Darstellung von signifikanten Unterschieden innerhalb einer Berufsgruppe in Abhängigkeit vom Lebensalter.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Notärzte und die Leitstelle sowohl bei den einzelnen Dimensionen als auch bei den drei Stufen im Vergleich zu ihren Kollegen bei der Polizei und der Feuerwehr durch höhere Skalensummenwerte hervorheben. Ab der dritten Dimension lassen sich diese Unterschiede durch eine ein-faktorielle Varianzanalyse nach ANOVA ebenfalls als signifikant darstellen.

Bei der versuchten Stufenzuordnung aller potentiellen Anforderer befinden sich 59,8% in der Stufe der Absichtslosigkeit (Precontemplation). Diese Tatsache und der hohe unzureichende Wissensstand der potentiellen Anforderer kann als ein möglicher Grund für die geringe Anforderungsbereitschaft des KIT in Greifswald und Umgebung angesehen werden. Weitere 19,6% der potentiellen Anforderer befinden sich in der Stufe der Absichtsbildung und Vorbereitung (Contemplation & Preparation). Da beide Stufen nach Prochaska und DiClemente als sehr stabil angesehen werden können, ist ein Übergang in die aktive Stufe des Handelns (Action & Maintenance) ohne irgendwelche Veränderungsstrategien seitens der potentiellen Anforderer nicht wahrscheinlich. Dieser Sachverhalt kann als weiterer

Grund für das bestehende geringe Inanspruchnahmeverhalten der Rettungskräfte angesehen werden.

Lediglich 20,7% aller potentiellen Anforderer befinden sich in der aktiven dritten Stufe von Action und Maintenance. Spezifiziert man diese 20,7% noch einmal nach den verschiedenen Berufsgruppen, so zeigt sich, dass sich 61,5% der Notärzte und 37,5% der Leitstellenangestellten aber z.B. kein einziger Feuerwehrmann sich in der Stufe Action & Maintenance befinden. Dagegen zeigt sich bei der Verteilung in der Stufe der Absichtslosigkeit, dass sich 85,7% der Feuerwehr, 78,1% der Polizei und 65,6% vom Rettungsdienst in dieser ersten Stufe befinden. Es bestehen somit ganz signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die Betrachtung des Rettungsdienstes in Abhängigkeit vom Lebensalter zeigt, dass die Jüngeren in allen Bereichen besser abschneiden als ihre Kollegen in der mittleren und alten Altersgruppe.

Um zu bewirken, dass die potentiellen Anforderer mehr und mehr in die erwünschte Stufe der Handlung übergehen, ist es nötig, weitere Informations- und Überzeugungsarbeit zu leisten. Dadurch könnte der unzureichende Wissensstand behoben und eine positive Einstellung zu KIT erreicht werden.

Darüber hinaus ist es notwendig, dass die potentiellen Anforderer selbst bereit sind, die Veränderungsstrategien des TTM (z.B. Steigern des Problembewusstseins, Nutzen hilfreicher Beziehungen etc.) anzuwenden. Dadurch können sie ihr Anforderungsverhalten ändern, das Zielverhalten erreichen und in die Stufe der Action & Maintenance gelangen.

Die dauerhafte Optimierung des Anforderungsverhaltens trägt bei zur Erreichung eines der Ziele, das sich der Forschungsschwerpunkt CM der Universität Greifswald gesetzt hat: eine optimale Befriedigung der Gesundheitsbedürfnisse der Region mittels der Vernetzung aller am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen und einer daraus resultierenden engen Zusammenarbeit aller.

## 8 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association: Diagnostical and statistical manual of mental disorder (4th. Edition) DSM IV. Washington, DC: APA, 1994.

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change; Psychological Review, S.191-215.

Basler, H.D., Jäkke, C., Baum, E & Keller, S. (1999). Selbstwirksamkeitserwartung, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20, 203-216.

Baum, E., Donner-Banzhoff, N., Keller, S., Miko, M., Jäkke, C., Sarafowa, A. & Basler, H.-D. (1998). Studie zur Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V Abschlußbericht. (Arbeitspapier 98-2). Marburg: Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin.

Bühl, A., Zöfel, P. (2002). SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Addison-Weasley 2002, S.203-483.

Buxton, K., Wyse, J. & Mercer, T. (1996). How applicable is the stages of change model to exercise behavior? A review. Health Education Journal, 55, 239-257.

Caplan, G & Grunebaum, H. (1967), Perspektiven Primärer Prävention. In: Sommer, G & Ernst, H.( Hrsg.) Gemeindepsychologie. Urban und Schwarzenberg: München

Daschner, Carl-Heinz: KIT: Krisenintervention im Rettungsdienst. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage-Edeweicht; Wien: Stumpf und Kossendey, 2003, S.5-138.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M.& Rossi,J.S.(1991): The process of smoking cessation: an analysis of pre-contemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology; S.295-304.

Doering, T.J., Steuernagel, B., Niederstadt, C., Konitzer M., Rohlfig, H., Fischer, GC., Patientenparticipation im medizinischen Entscheidungsprozess. Z. Allg. Med., 2001, 16

- Everley, George S. and Mitchell, Jeffrey T.: CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen: ein neuer Versorgungsstandard bei Notfällen, Krisen und Katastrophen; Übersetzung: Hausmann, Claus. -Wien: Facultas, 2002, S.18.
- Fava, J.L., Velicer, W.F. & Prochaska, J. O. (1995): Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20, 189-203.
- Fischer, G., Riedesser, P.(1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, 1999, Reinhardt-Verlag, München.
- Grimley, D. M., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Blais, L. M. & DiClemente, C. C. (1994). The transtheoretical model of change. In T. M. Brinthaupt & R. P. Lipka (Hrsg.) *Changing the self: Philosophics, techniques, and experiences*. SUNY scris, studying the self. Albany: State University of New York Press; S. 201-227.
- Gschwend, G. ( 2004). *Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie -Ein kurzes Handbuch für die Praxis*. 2. ergänzte Auflage, Verlag Hand Huber, Bern, S. 7-89.
- Hausmann, Clemens (2003) *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung; Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards*, facultas 2003, S.10-440.
- Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Band 20; herausgegeben von Elmar Brähler, Monika Bullinger, Hans Peter Rosemeier, Bernhard Straus, Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2001, S. 227.
- Jäkle, C., Keller, S., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999): Skalen zur Selbstwirksamkeitserwartung und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica*, 45, 138-146.
- Janis, I. L. und Mann, L. (1977): *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*; New York.
- Kast, Verena (1989):*Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, Kreuz Verlag Stuttgart, 10.Auflage, S.61.
- Keller, S. & Basler, H.-D. (1999). *Stufen der verhaltensänderung für gesunde Ernährung- Probleme und mögliche Lösungen*. In S. Keller ( Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung*; Freiburg; Lambertus; S. 159-174).

Keller, S., Velicer, W. F. und Prochaska, J.O. (1999): Das Transtheoretische Modell-Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Lambertus; Freiburg; S. 17-41.

Lassoga, F. & Gasch, B. ( 2000). Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: Kompensation eines Defizits. 2. überarb. Aufl.- Edewecht; Wien: Stumpf und Kossendey, S. 109.

Marcus, B. H., Eaton, C. A., Rossi, J.S. & Harlow, L. L. (1994). Self-efficacy, decision-making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 489-508.

Maron, Monika (1999): Es gilt das gesprochene Wort, Rede anlässlich der Verleihung des Journalistenpreises der Dt. Zeitungen am 16.09.1999 in Leipzig.

Maurichat, Carsten: Konstruktion und psychometrische Testung eines Fragebogens zur Erfassung der „Stages of change“ nach dem Transtheoretischen Modell bei chronischen Schmerzpatienten; Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg im Breisgau, Psychologisches Institut, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Deutschland 2002, S. 6-68.

Müller-Cyran, Andreas: Gründer und fachlicher Leiter des KIT München: Krisenintervention im Rettungsdienst , 10 Jahre KIT-München, 03/2004.

[www.kit-muenchen.org](http://www.kit-muenchen.org)

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, S. 267-288.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. Miller (Hrsg.) *Progress on behavior modification*; Sycamore: Sycamore Press; S. 184-214.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S. & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J.L., Rossi, J. S. & Tsoh, J. Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 583-602.

Prochaska, J.O., Velicer, W. F., DiClemente, C.C. & Fava, J. (1988): Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to Addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, S.1102-1114.

Rakowski, W., Dube, C. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Abrams, D. B. (1992). Assessing elements of women`s decision about mammography, *Health Psychology*, 11, S.111-118.

Rakowski, W., Ehrich, B., Goldstein, M.G., Rimer, B.K., Pearlman, D.N., Clark, M. A., Velicer, W. F. & Woolverton, H. (1998). Increasing mammography among woman aged 40-74 by use of a stage-matched, tailored intervention. *Preventive Medicine*, 27, S.748-756.

Reinli, K. & Gehring, T. M. (1999). Das Transtheoretische Modell und Diabetes. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung* (S. 175-186). Freiburg: Lambertus.

Richtlinie für die Ausbildung zum Notfallbegleiter der Landesarbeitsgemeinschaft Notfallbegleitung in Mecklenburg-Vorpommern, [www.notfallbegleitung-mv.de](http://www.notfallbegleitung-mv.de)

Rossi, J. S., Blais, L. M., Redding, C. A. & Weinstock, M. A. (1995). Preventing skin cancer through behavior change: Implications for interventions. *Dermatologic Clinics*, 13, S. 613-622.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (1998). Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Das Gesundheitswesen*, 60, 592-597.

Rumpf, H.J., Hapke, U. & John, U. (1998). Previous help seeking and motivation change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients. *General Hospital Psychiatry*, 20, 115-119.

Rupp, Manuel (1996). *Notfall Seele: Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch- psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention*; 31 Tabellen/ Manuel Rupp.-Stuttgart, New York: Thieme, Mainz: Matthias-Grünwald-Verl., S.2-226.

Schmidt, S., Keller, S., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität- eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 21-26.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2002). Kurzversionen von Erhebungsinstrumenten zu Kernkonstrukten des Transtheoretischen Modells für RaucherInnen. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.); Lengerich: Pabst, S. 505.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2003). Skalen zu Kernkonstrukten des Transtheoretischen Modells (TTM) im Verhaltensbereich Tabakkonsum. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (2), 57-66, Hogrefe- Verlag Göttingen 2003.

Stepan, T. (1998). Zwischen Blaulicht, Leib und Seele: Grundlagen notfallmedizinischer Psychologie/ Hrsg.: Thomas Stepan. Unter Mitarb. Von U. Gieseckus, W. Heinz, B. Landen, H. Scheiblich, H. Schwaderer, H. L. Wedler, 1. Auflage- Edewecht: Stumpf und Kossendey, S.15-41.

Susenbeth, R. (1999). Anwendung des transtheoretischen Modell gesundheitsfördernder Verhaltensänderung auf HIV-protektiven Kondomgebrauch. Dissertation, Institut für Medizinische Psychologie, Phillips- Universität Marburg.

Trigwell, P., Grant, P. J. & House, A. (1997). Motivation and glyceimic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, S.307-315.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., Robbins, M. L. (2000). Using the Transtheoretical Model for Poulation-based Approaches to healthPromotion and Disease Prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, S. 174-195.



# 9 Anhang

## 9.1 Fragebogen

*Kriseninterventionsteam Greifswald (KIT)*

in Zusammenarbeit mit dem

Institut für Medizinische Psychologie der Universität Greifswald

W.-Rathenastr.48, D-17489 Greifswald

Tel.: 03834 / 865600

### Fragebogen zur Krisenintervention und Notfallbegleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie finden im folgenden eine Reihe von Aussagen zum *Kriseninterventionsteam (KIT) in Greifswald* vor. Bitte geben Sie für jede Aussage an, in welchem Ausmaß Sie dieser Aussage zustimmen bzw. nicht zustimmen.

Bitte benutzen Sie die fünfstufige *Antwortskala* von „stimmt gar nicht“ (-2) bis „stimmt genau“ (+2). Bitte geben Sie für jede Aussage die Zahl an, die Ihrer Einschätzung am besten entspricht. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

→ Beispiel:

Aussage	-2	-1	0	+1	+2
	Stimmt gar <u>nicht</u>	Stimmt eher <u>nicht</u>	unentschieden (teils/teils)	Stimmt eher	Stimmt genau
Ich bin von der Idee der Krisenintervention begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-2	-1	0	+1	+2

In diesem Beispiel wurde "stimmt eher" (+1) angekreuzt. Das bedeutet, dass diese Aussage „Ich bin von der Idee der Krisenintervention begeistert.“ für die ankreuzende Person eher zutrifft.

Bitte fahren Sie im folgenden nach dem gleichen Muster fort: Natürlich bleiben alle Ihre Angaben anonym !

Aussage	-2	-1	0	+1	+2
	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	unent- schieden (teils/teil s)	Stimmt eher	Stimmt genau
1. Ich weiß genau darüber Bescheid, welche Ziele und Aufgaben die Krisenintervention hat.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
2. Ich bin sehr genau darüber informiert, für welche Situationen das KIT zuständig ist.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
3. Ich weiß, wer das KIT anfordern kann.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
4. Über die Qualifikation und spezifische Ausbildung der KIT- Helfer bin ich gut informiert worden.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
5. Mir fehlen wichtige Informationen zur Krisenintervention in Greifswald und Umgebung.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
6. Die bisherigen Infos zur Krisenintervention (z.B. persönliches Vorstellen des Projektes durch Mitarbeiter, über Internet, Broschüren usw.) haben mich vortrefflich informiert und offene Fragen geklärt.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
7. Ich bin zu viel über Krisenintervention informiert worden.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
8. Ich fordere zur Zeit das KIT nicht an und habe nicht vor, das in der näheren Zukunft zu tun..	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
9. Während eines Einsatzes bleibt mir keine Zeit für die Anforderung des KIT.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
10. Ich bin nicht zuständig für die Anforderung des KIT.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
11. Ich weiß nicht, wie ich das KIT im Einsatzfalle erreiche.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
12. Meine Kollegen halten nichts von der Krisenintervention.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
13. Meine Kollegen erwarten von mir, im Falle eines Falles das KIT anzufordern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
14. Mein Chef/meine Vorgesetzten erwartet/erwarten von mir, im Falle eines Falles das KIT anzufordern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
15. Ich halte grundsätzlich den Einsatz eines KIT für wenig zweckmäßig.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
16. (Wenn ich selbst betroffen bin und keine andere Vertrauensperson in meiner Nähe ist:) Die Anwesenheit eines KIT- Helfers wäre für mich sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
17. Mir fällt immer erst <i>nach</i> einem Einsatz ein, dass die Anforderung eines KIT- Helfers sinnvoll gewesen wäre.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

Aussage	-2	-1	0	+1	+2
	Stimmt gar <u>nicht</u>	Stimmt eher <u>nicht</u>	unent- schie- den (teils/teil s)	Stimmt eher	Stimmt genau
18. Ich werde in Zukunft bei meinen Einsätzen über eine Anforderung des KIT nachdenken.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
19. Ich habe schon einmal während eines Einsatz daran gedacht, das KIT anzufordern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
20. Ich habe vor, demnächst bei meinen Einsätzen das KIT anzufordern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
21. Meine Kollegen erwarten von mir, in Zukunft die Anforderung des KIT zu <i>unterlassen</i> .	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
22. Mein Chef/meine Vorgesetzten erwartet/erwarten von mir, in Zukunft die Anforderung des KIT zu <i>unterlassen</i> .	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
23. Ich fühle mich erleichtert, wenn KIT-Helfer am Einsatzort erscheinen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
24. Es ist für mich beruhigend zu wissen, dass das KIT angefordert werden kann.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
25. Die Anforderung des KIT ist für mich ein Zeichen eigener Schwäche und eigenen Versagens.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
26. Meine Kollegen finden es lächerlich, wenn sie mich das KIT anfordern sehen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
27. Das KIT würde mich am Einsatzort bei meiner Arbeit behindern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
28. Ich bin vom Modell der Krisenintervention überzeugt.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
29. Meine Erfahrungen mit dem KIT am Einsatzort sind positiv.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
30. Das KIT würde mich am Einsatzort bei meiner Arbeit entlasten.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
31. Ich finde es wichtig, dass ich Betroffenen am Unfallort seelische Unterstützung gebe.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
32. Ich bewerte es positiv, wenn KIT-Helfer Betroffenen am Einsatzort seelischen Beistand geben.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
33. Psychologische und psychotherapeutische Unterstützung am Einsatzort durch geschulte Helfer finde ich gut.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
34. Psychologie und Psychotherapie finde ich im allgemeinen überflüssig.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
35. Bei meinem nächsten Einsatz werde ich auf jeden Fall das KIT anfordern, wenn es die Situation erfordert.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

Aussage	-2	-1	0	+1	+2
	Stimmt gar <u>nicht</u>	Stimmt eher <u>nicht</u>	unent- schieden (teils/teil s)	Stimmt eher	Stimmt genau
36. In Greifswald und Umgebung ist das KIT überflüssig, da das familiäre und soziale Netz noch funktioniert.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
37. Ich bin in der Lage einzuschätzen, wann ein KIT angefordert werden soll.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
38. Ich spreche mit meinen Kollegen sehr häufig über Möglichkeiten der Krisenintervention.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
39. Ich finde es gut, wenn meine Kollegen das KIT anfordern.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
40. Ich würde es begrüßen, wenn das KIT fester Bestandteil von Noteinsätzen würde.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
41. Ich bin hundertprozentig vom KIT überzeugt, so dass ich es auf alle Fälle wieder anfordern würde.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
42. Ich bin in der Vergangenheit gut ohne KIT ausgekommen und werde auch in Zukunft ohne KIT gut zurechtkommen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
43. Ich konnte den Eindruck gewinnen, dass die Betroffenen sehr froh über die Anwesenheit des KIT- Helfers waren.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
44. Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten das KIT angefordert?	<input type="checkbox"/> 0 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal	<input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 3 mal	<input type="checkbox"/> mehr
45. Wenn Sie das KIT schon einmal angefordert haben, was war der (jeweilige) Anlass? (Bitte ankreuzen:)					
<input type="checkbox"/> erfolglose Reanimation					
<input type="checkbox"/> Suizid					
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall					
<input type="checkbox"/> Plötzlicher Kindstod					
<input type="checkbox"/> Tod eines Kindes					
<input type="checkbox"/> Tod eines Ehepartners					
<input type="checkbox"/> Tod eines Elternteils					
<input type="checkbox"/> Drogen-/ Alkoholmissbrauch					
<input type="checkbox"/> Mitüberbringen einer Todesnachricht					
<input type="checkbox"/> Katastrophen ( See, Luft, Land )					
<input type="checkbox"/> Sonstiges ( bitte notieren ) _____					

46. Der Einsatzort befand sich

- im häuslichen Bereich
- im öffentlichen Bereich ( Straße, Schule, Klinik, Sport, Veranstaltungen)
- am Arbeitsplatz

47. Welche Reaktionen und Auffälligkeiten betroffener Personen während eines Einsatzes würden Sie veranlassen, das KIT anzufordern. (Bitte notieren Sie stichwortartig!)

---

---

---

48. Angaben zu Ihrer Person:

Alter: \_\_\_\_ Jahre      Geschlecht:  männlich     weiblich

Berufserfahrung: \_\_\_\_ Jahre

Berufliche Tätigkeit:  als Notarzt

- im Rettungsdienst
- bei der Polizei
- bei der Feuerwehr
- auf der Leitstelle

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## 9.2 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

München, 10. Juli 2005

## 9.3 Lebenslauf

### **Persönliche Angaben**

Name: Katharina Adam  
geboren: 11.12.1978  
Geburtsort: Werl  
Familienstand: ledig  
Nationalität: deutsch

**Schulbildung:** 1985-1989 Grundschule Dinschede in Oeventrop  
1989- 1998 Mariengymnasium in Arnsberg  
1995 Norcross High School, USA (für 3 Monate)  
1998 Abitur in Arnsberg

### **Zwischen Schule und Studium:**

Juni 1998: Krankenpflegepraktikum in der Pädiatrie in Hüsten  
Juli –Okt.1998: Madre de Deus, Bahia, Brasilien : Arbeiten im Kindergarten und auf der Erste- Hilfe-Station

### **Studium:**

Oktober 1998: Aufnahme des Medizinstudiums an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

*Ausbildung zum KIT-Helfer / Notfallbegleiter und ehrenamtliche Mitarbeit seit 2000*

März 2001: Physikum  
März 2002: 1.Staatsexamen  
März 2004: 2.Staatsexamen

**Famulaturen:** 1.Allgemeinarztpraxis in Oeventrop im Sauerland  
2.Anästhesie in Szczecin, Polen  
3.Chirurgie in Nenagh, Irland  
4.Kardiologie in Greifswald  
5.Dermatologie in Greifswald  
6.Neurologie in Greifswald

2004- 2005 PJ an der Ernst-Moritz-Arndt Universitätsklinik Greifswald  
Wahlfach: Pädiatrie

26. April 2005: 3.Staatsexamen  
01. Juni 2005: Antritt der 1.Stelle im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München: Hämatologie-Onkologie und Homöopathie

München, 10.Juli 2005

## 9.4 Danksagung

Nochmals danke ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich für die Idee des Dissertationsthemas und seine tatkräftige Unterstützung.

Bedanken möchte ich mich auch bei Dr. rer. med. U. Wiesmann für seine große Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens.

Danken möchte ich auch Dr. rer. med. R. Thyrian für sein Anbieten des freiwilligen Seminars zum TTM.

Weiterhin danke ich den 7 Diplompsychologen –innen für ihre Teilnahme am Expertenrating.

Ganz herzlich danke ich auch meiner Freundin Dr. rer. med. Jeannette Riedel, ohne deren Hilfe ich oft bei der Datenauswertung mit dem SPSS- Programm verzweifelt wäre.

Last but not least danke ich meinen Eltern Rena und Hermann Adam für ihr Interesse an meinem Studium und dem Vorankommen an meiner Doktorarbeit.