



Dennis Wichert
Rechtsassessor
Brandreferendar

Suchterkrankungen im Einsatzdienst

Facharbeit gemäß § 21 VAP 2.2-Feu NRW

Frankfurt am Main, den 27.12.2020

Aufgabenstellung

Institut der Feuerwehr
Nordrhein-Westfalen



Institut der Feuerwehr NRW, Postfach 4967, 48028 Münster

Datum: 25.09.2020

Herr
Dennis Wichert
Primelweg 6
58553 Halver

Aktenzeichen Z2-5-2-05
bei Antwort bitte angeben

Nicole Krüler
Telefon 0251 3112-4202
Telefax 0251 3112-4299
pruefungsamt@idf.nrw.de

**Ausbildung für das zweite Einstiegsamt der Laufbahngruppe 2 des
feuerwehrtechnischen Dienstes
hier: Facharbeit**

Sehr geehrter Herr Wichert,

nachstehend teile ich Ihnen das Thema Ihrer Facharbeit mit:

Suchterkrankungen im Einsatzdienst

In manchen Fällen ist Sucht eine Folge von Stress – teilweise aus dem Einsatzdienst resultierend. Recherchieren Sie u.a. an den Suchtberatungsstellen der Städte mit Berufsfeuerwehren nach anonymisierten Beispielen und deren Ursachen. Schematisieren Sie die ermittelten Fälle und ziehen Sie Schlüsse auf mögliche Maßnahmen, um den Ursachen entgegenzuwirken.

Ich bitte um Vorlage der Arbeit in dreifacher Ausfertigung (zwei gebundene Exemplare und ein Exemplar als pdf-Datei auf digitalem Datenträger) spätestens drei Monate nach Erhalt dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Wolbecker Str. 237
48155 Münster
Telefon 0251 3112-0
Telefax 0251 3112-1099
poststelle@idf.nrw.de
www.idf.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
Buslinien 11, 22, R22, R32,
N84, Hauptbahnhof Münster
(Bussteig A) bis Haltestelle
„Institut der Feuerwehr“

Kurzfassung

Die Arbeit zeigt auf, dass Suchterkrankungen eine unterschätzte Gefahr für den Feuerwehrdienst sind. Die Zahl der bekannten Suchterkrankungen ist in Relation zur Verteilung in der Gesamtbevölkerung derart gering, dass eine hohe Dunkelziffer vorhanden sein muss.

Auch der Zusammenhang zwischen Traumata und Suchterkrankungen scheint wenig beachtet, jedoch durch einige Publikationen bereits bewiesen.

Um dieser Dunkelziffer wirksam begegnen zu können, ist es notwendig, dass eine Grundakzeptanz geschaffen wird und über diese hinaus ein Programm aufgelegt wird, das die Möglichkeiten des Stressabbaus schafft und dauerhaft bietet.

Eine Suchterkrankung ist keine Schwäche, sondern eine Erkrankung und muss so gehandhabt werden.

Das unter Punkt 4 („Maßnahmen“) aufgezeigte Programm kann einen Fahrplan für eine Art der Lebensgestaltung darstellen, die dem Stress entgegenwirkt und jede einzelne Kollegin sowie jedem einzelnen Kollegen fordert aber auch fördert.

Gemeinsam kann so etwas für den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit der Kolleginnen und Kollegen getan werden.

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit in Teilen das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Inhaltsverzeichnis

Aufgabenstellung.....	II
Kurzfassung.....	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
1. Einleitung	1
1.1 Themeneingrenzung	1
1.2 Begriffsbestimmung	1
1.2.1 Suchterkrankung.....	1
1.2.2 Einsatzdienst.....	2
2. Ursachen für Suchterkrankungen.....	3
2.1 Allgemeine Ursachen	3
2.2. Spezifische Ursache	4
2.2.1 Stress	5
2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung.....	6
3. Datenerfassung und Auswertung	7
3.1. Vorgehensweise zur Datenerhebung.....	7
3.2 Problematiken	8
3.3 Rückmeldungen	8
3.3.1 Eigene Umfragen	8
3.3.2 Studien der Universität Trier und der Berufsfeuerwehr Bielefeld	11
I. Forschungsarbeiten der Universität Trier.....	11
II. Berufsfeuerwehr Bielefeld.....	12
3.4 Auswertung	13
4. Maßnahmen	14
4.1 Prävention	14
I. Truppmann/Grundausbildung	16
II. Truppführer/Wachmannschaft	16
III. Gruppenführer.....	17
IV. Verbandsführer/Wachabteilungsleiter.....	18
V. Abteilungsleitung/Amtsleitung.....	19
4.2 Herangehensweise im konkreten Einzelfall	20
5. Zusammenfassung und Ausblick.....	20
Literaturverzeichnis	IX

Inhaltsverzeichnis

A.	ICD-Codes 10	X
B.	Ergebnisprotokoll Fachinterviews	XI
a.	OBR Mario Rosenkranz, Berufsfeuerwehr Witten, Interview am 15.10.2020	XI
b.	Dipl.-Sozialarbeiterin Sieglinde Gubernator, Interview am 11. und am 27.11.2020	XI
c.	HBMz Engelbert Schödder, Berufsfeuerwehr Köln, Interview am 14.12.2020	XII
C.	E-Mailtext vom 05.10.2020	XIV
D.	Ergebnisse Auswertung Anfrage v. 05.10.2020.....	XV
E.	Berechnung.....	XVI
F.	Lehrinhalte B-Lehrgänge	XVII
G.	Anlage Darstellung Abbildung (groß).....	XIX
	Eidesstattliche Erklärung	XX

Abkürzungsverzeichnis

<u>Abk.</u>	<u>Abkürzung</u>
AL	Amtsleiter
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BF	Berufsfeuerwehr
BI	Grundausbildungslehrgang
BIII	Gruppenführerlehrgang
BIV	Zugführerlehrgang Laufbahn gehobener Dienst
BVI	Laufbahn höherer Dienst
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtberatung
Dipl. Soz.	Diplom-Sozialarbeiterin
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (deutsch: diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) Kapitel 5
e.V.	eingetragener Verein
fw-spezifisch	feuerwehrspezifisch
GAL	Grundausbildungslehrgang
GF	Gruppenführer
HBMz	Hauptbrandmeister mit Amtszulage
ICD-Code 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
n	Anzahl
OBR	Oberbrandrat
PSNV-B	Psychosozialenotfallversorgung Betroffene
PSNV-E	Psychosozialenotfallversorgung Einsatzkräfte
PSU-Team NRW	Psychosoziales Unterstützungsteam Nordrhein-Westfalen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

Abkürzungsverzeichnis

SB	Sammelbegriff
TF	Truppführer
TM	Truppmann
UE	Unterrichtseinheit (45min)
USA	United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)
VAP 2.2 Feu NRW	Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für die Laufbahn des zweiten Einstiegsamtes der Laufbahngruppe 2 des feuerwehrtechnischen Dienstes im Land Nordrhein-Westfalen
WAL	Wachabteilungsleiter
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modellvorstellung zur Sucht-Entstehung; (Thieme, Duale Reihe, Psychiatrie und Psychotherapie)	3
Abbildung 2: „Weltbild“ PSU NRW (angelehnt an PSU-Team) Köln)	5
Abbildung 3: „Theorie des vollen Fasses“ (Eigenanfertigung)	7
Abbildung 4: Rückmeldungen der Berufsfeuerwehren	9
Abbildung 5: Zeitstrahl primäre und sekundäre Prävention (Eigenanfertigung)	15
Abbildung 6: Ausbildungsstufen „Suchtprävention“ (Eigenanfertigung)	15
Abbildung 7: „Theorie des vollen Fasses“ (Eigenanfertigung)	18
Abbildung 8: Ablaufdiagramm Sucht (DHS e. V., angepasst durch Verfasser)	20

1. Einleitung

Die vorliegende Facharbeit beschreibt eine Problemstellung, die aus der Mitte der Gesellschaft kommt und auch die Feuerwehr betrifft. Dieses Thema unterliegt jedoch in vielen Fällen noch einer Tabuisierung. So wird oft eine Sucht mit einer Schwäche des Betroffenen oder mangelnder Willenskraft gleichgesetzt und nicht mit einer Erkrankung. Dies erschwert einen offenen und konstruktiven Umgang mit dieser Problematik, was auch die Möglichkeit einer Besserung einschränkt. Eine somit ‚späte Entdeckung‘ und eben keine ‚frühzeitige Offenbarung‘ des Betroffenen erschwert einen heilungsorientierten Umgang.

1.1 Themeneingrenzung

Die genaue Themenbeschreibung wird diesseits so verstanden, dass die Verbindung zwischen Suchterkrankungen und spezifischen Besonderheiten des Einsatzdienstes hergestellt werden soll. Danach werden die Ursachen zusammenfassend dargestellt und Lösungsansätze erarbeitet.

1.2 Begriffsbestimmung

Um eine klare Abgrenzung zu ermöglichen, werden im Folgenden die Begriffe der Aufgabenstellung anhand der aktuell gültigen Definitionen bestimmt.

1.2.1 Suchterkrankung

Die Suchterkrankung, oder der nach der WHO zu nutzende Begriff der Abhängigkeit, wird als dominierendes Verlangen oder zwanghaftes Bedürfnis bezeichnet.¹ Dies kann sowohl stoffgebunden (Alkohol, Drogen, weitere Substanzen) oder nicht stoffgebunden, meistens verhaltensgebunden (Spiel, Essen, Sex etc.), sein. Dabei handelt es sich um eine Erkrankung² und nicht um eine Schwäche des Betroffenen. Die Erkrankungen werden unter den ICD-10-Codes F1x.0 bis F1x.7 geführt,³ wobei das x für verschiedene Suchtmittel steht. Der ICD-Code an sich ist eine international anerkannte Auflistung von Erkrankungen inklusive Symptomen. Bei diesen wird zwischen der akuten Intoxikation und den Abhängigkeitssyndromen unterschieden. Im Dienstbetrieb kann sowohl ein akuter Missbrauch als einmalige oder suchtbedingte Erscheinung vorkommen als auch ein Abhängigkeitssyndrom, was bedeutet, dass das Suchtmittel regelmäßig konsumiert oder gebraucht wird.

Im Bereich der Psychiatrie werden der Gebrauch, der Missbrauch und die Abhängigkeit unterschieden, wobei diese Differenzierung nur für den Bereich der legalen Suchtmittel, seien sie stoffgebunden oder nichtstoffgebunden, Geltung hat.

¹ Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, S. 306

² Bundessozialgericht; Urteil vom 18.06.1968, 3 RK 63/66

³ entnommen aus www.gelbe-liste.de; siehe Anlage A

Eine illegale Nutzung wird immer mit Missbrauch und Abhängigkeit gleichgesetzt. Der Gebrauch ist die im Grundsatz legale, nicht gefährliche Nutzung eines Suchtmittels. Im Regelfall werden für diese nicht gefährliche Nutzung alkoholische Getränke genutzt. Die Deutsche Hauptstelle für Suchterkrankungen (DHS), die als eingetragener Verein tätig ist, unterteilt die Nutzung von Alkohol jeweils pro Tag in,

- risikoarmen Konsum (bis 24 g (Männer), bis 12 g (Frauen) reiner Alkohol);
- riskanten Konsum (bis 60 g (Männer), bis 40 g (Frauen), reiner Alkohol);
- gefährlichen Konsum (bis 120 g (Männer), bis 80 g (Frauen), reiner Alkohol) und
- Hochkonsum (mehr als 120 g (Männer), mehr als 80 g (Frauen), reiner Alkohol).

Des Weiteren sollen mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden, damit eine Entgiftung stattfinden kann und kein Missbrauch vorliegt.⁴

Zur Einordnung: Die Schwelle von 24 g reinem Alkohol ist bereits bei etwas mehr als einer Flasche (0,5 Liter) Bier (genauer bei 0,61 Liter) erreicht. Das bedeutet, dass das tägliche Bier zum Einschlafen bereits keinen risikoarmen Konsum mehr darstellt. Eine solche Aussage ist emotionsbelastet, spiegelt aber eine Theorie der Suchtforschung wider – nämlich die der Selbstmedikation. Der Missbrauch beginnt beim unangemessenen Gebrauch einer Substanz, somit bereits bei einem riskanten, spätestens bei einem gefährlichen Konsum.⁵

Die Abhängigkeit ist unterteilt in die psychische (übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen nach einer Substanz) und die physische Abhängigkeit (Entwickeln von erhöhter Toleranz und Auftreten von Entzugserscheinungen),⁶ wobei beide Formen jeweils eigenständig ein ‚Loslassen‘ vom Suchtmittel verhindern.

1.2.2 Einsatzdienst

Der Einsatzdienst wird über verschiedene Merkmale wie

- Wechsel- Schichtdienst,
- Nachtdienst,
- 24-Stunden-Dienst,
- Nichtabkömmlichkeit,

aber auch folgende Eigenschaften:

- belastende Einsätze
- traumatische Ereignisse (Eigengefährdung/Nicht-helfen-Können)

⁴ Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz; DHS e.V. Eigenpublikation, S.8

⁵ Psychiatrie, Frank; Verlag Urban & Fischer, S. 118

⁶ Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Duale Reihe Thieme, 6.Auflage, S. 305

beschrieben.

Arbeitsmedizinisch betrachtet sind dies Risikofaktoren für Erkrankungen und Störungen des sozialen Lebens,⁷ wobei diese dann selbst Risikofaktoren für die oben genannten Suchterkrankungen sein können.

2. Ursachen für Suchterkrankungen

Suchterkrankungen können vielfältige Ursachen aufweisen, wobei diese anders als in der klassischen Medizin nicht immer messbare Symptome, sondern eher bemerkbare Symptome haben. Diese können und werden im Rahmen dieser Arbeit grob in allgemeine Ursachen, die jeden Menschen treffen können, als auch spezielle Gründe, die eher auf Einsatzkräfte zutreffen können, unterschieden. Neben der Suchterkrankung als solche (siehe hierzu oben) sind auch die Vorstufen in die Betrachtung einzubeziehen, denn wenn eine wirksame Prävention möglich sein soll, dann muss bereits bei den Vorstufen gehandelt werden und nicht erst bei der Manifestation der Problematik als Krankheit.

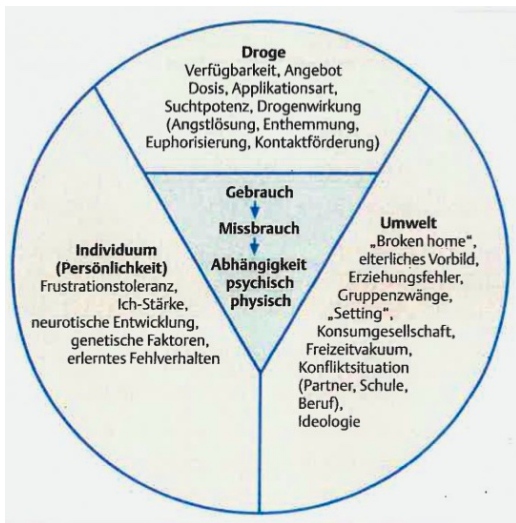


Abbildung 1: Modellvorstellung zur Sucht-Entstehung; (Thieme, Duale Reihe, Psychiatrie und Psychotherapie)

2.1 Allgemeine Ursachen

Es gibt nicht die eine Ursache für eine Suchterkrankung, sondern diese setzt sich nach herrschender medizinischer Meinung aus Droge, Individuum und dem sozialen Umfeld zusammen.⁸

Alkohol gilt als die am weitesten verbreitete **Droge** in Deutschland, weswegen hier die Gefahr der Suchtentstehung am höchsten ist, da die Verfügbarkeit, das Angebot und die gesellschaftliche Akzeptanz am größten sind. Im Groben lassen sich die Suchtmittel in lockernde (Alkohol), entspannende (Cannabis, Zigaretten) und Hochgefühl erregende (Heroin etc.) Suchtmittel unterscheiden. Neben den stoffgebundenen Abhängigkeiten sind hier die nichtstoffgebundenen nicht außer Acht zu lassen. Abhängigkeiten wie Spiel-, Medien- oder Sexsucht haben in Teilen sogar im Nachgang weitreichendere Konsequenzen als stoffgebundene, da schwere, oft unabänderliche finanzielle oder familiäre Probleme folgen können.

⁷ Arbeitsmedizin; Triebig, Kentner, Schiele, 3. Auflage S. 554 u. 712

⁸ Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Duale Reihe Thieme, 6. Auflage, S. 305

2. Ursachen für Suchterkrankungen

Beim **Individuum** sind sowohl die psychische Gesundheit als auch biologische Grundfaktoren mitursächlich für eine Suchterkrankung, wobei das Vorhandensein der biologischen Grundfaktoren bekannt ist, aber deren Ursachen unbekannt und somit nicht durch Maßnahmen beeinflussbar sind. Die psychische Gesundheit stellt den aktuellen geistig-seelischen Zustand dar und wird durch die grundsätzliche Ich-Stärke und die gerade einschlägigen Umgebungsfaktoren beeinflusst. Ein stabiles Umfeld kann eine geringe Frustrationstoleranz ausgleichen.⁹ Bekannt in diesem Zusammenhang ist der Begriff des Broken Home, was im Grundsatz den Umweltfaktoren (soziales Umfeld) angehört. Unter ‚Broken Home‘ sind Familien zu verstehen, die nicht mehr vollständig sind, wo der psychische Halt fehlen kann.

Zu den Gründen für eine Abhängigkeit aus dem **sozialen Umfeld** gehören unter anderem Gruppenzwänge oder auch ungelöste Konflikte. Als Unterpunkt dieser ungelösten Konflikte lassen sich auch andere Erkrankungen oder ungelöste Probleme fassen. Dieser Bereich ist für die vorliegende Facharbeit der wesentliche Teil, da ein direkter Zusammenhang zu Traumata – auch einsatzbezogenen Traumata – herzustellen ist. Auch nicht aufgearbeitete Konflikte im dienstlichen oder privaten Bereich sind dem sozialen Umfeld zuzuordnen.

2.2. Spezifische Ursache

Neben den allgemeinen Faktoren zur Entstehung einer Suchterkrankung birgt der berufliche Kontext von Einsatzpersonal einen eigenen – noch nicht tief erforschten – Bereich des Ursachenzusammenhangs. Stress im Dienst wird hier häufig als Ursache genannt.

So kann eine Suchterkrankung nicht nur eine Primärerkrankung, sondern auch eine sekundäre – hier wohl eine zeitlich nachgelagerte – Begleiterkrankung sein. Das bedeutet, dass eine Suchterkrankung auftritt, da eine andere Krankheit diese hervorruft oder zumindest stark begünstigt.

Treten verschiedene Erkrankungen gehäuft zusammen mit einer anderen Erkrankung auf, so wird dies als Komorbidität bezeichnet. Eine solche Komorbidität existiert zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Suchterkrankungen. So wird eine Punktprävalenz von bis zu 45 % erreicht, was bedeutet, dass 45 von 100 Suchterkrankten angeben, dass eine belastende Situation mitursächlich für die Suchterkrankung ist. Dafür hat sich der Begriff der Selbstmedikations-Hypothese gebildet.¹⁰ So ist folgender Satz typisch für Betroffene: „Ich kann nach einem Dienst mit einer Flasche Bier besser schlafen!“.

So wird seit den 2000ern von einem starken Zusammenhang zwischen Traumata – insbesondere psychischen Traumata – und Suchterkrankungen ausgegangen.¹¹

⁹ Brandschutz, Kohlhammer Verlag, 03/2010 S. 174 ff.

¹⁰ DHS e.V. Jahrbuch Sucht 2020, „Sucht und Trauma“, Ingo Schäfer S. 204 ff.

¹¹ Am J Psychiatry (eng), Ehlert u.a. 155/1998, S. 1727 ff.

2. Ursachen für Suchterkrankungen

2.2.1 Stress

Bevor eine solche Krankheitsfolge eintritt, ist in der Regel eine andere Reaktion des Menschen erfolgt: eine Stressreaktion.

Stress ist nach dem Mediziner Hans Selye eine körperliche und seelische Anpassungsreaktion auf einen äußeren oder inneren Reiz. Dennoch muss Stress von den sogenannten Stressoren abgegrenzt werden. Stress ist die Reaktion auf Stressoren, dabei können Stressoren sowohl innerdienstlich als auch privat auftreten. Innerdienstlich können dies veränderte Rahmenbedingungen (neue Wachabteilung), andere Dienstzeiten, unbefriedigende Entscheidungen und vieles mehr sein. Das, was als Stressor wirkt, kann sehr vielfältig und individuell sein, weshalb eine vollständige Aufzählung an dieser Stelle kaum möglich ist. Die Stressreaktionen sind somit das, was wir an uns beobachten können, egal ob diese positiv oder negativ bewertet sind.¹²

Zu unterscheiden sind hier Eu- und Distress. Während der Eustress eine Leistungssteigerung bewirkt, kann der Distress eine Überforderungsreaktion auslösen. Die Grenzen sind hier fließend, individuell und sogar tagesformabhängig. Zeichen einer Überforderung können bereits Vorboten für eine bereits eingetretene oder später auftretende Folgeerkrankung – wie eine Sucht – sein. Die später noch zu erläuternde Möglichkeit der Prävention ist zu beachten und konsequent umzusetzen.

Fehlbelastungen im Einsatzdienst können eine Überlastung hervorrufen, sofort oder mit einem zeitlichen Nachlauf. Dabei ist zu bedenken, dass das Empfinden einer solchen Fehlbelastung individuell auftritt und unterschiedlich verarbeitet wird.

Das Psychosoziale Unterstützungsteam Nordrhein-Westfalen (PSU-Team NRW) hat hierzu eine Darstellung erarbeitet, die das unterschiedliche Erleben und Verarbeiten eines Ereignisses skizziert, das sogenannte Weltbild. Eine Reaktion auf einen Verkehrsunfall kann das Weltbild eines normalen Bürgers bereits erschüttern und seine Stressfähigkeit überfordern, wohingegen diese bei einer Feuerwehreinsatzkraft, die bereits im Umgang mit Stress geschult ist, eine positive Stressreaktion hervorruft. Durch die Aufarbeitung dieses Einsatzes ist es der Einsatzkraft möglich, dies als Weiterbildung ihrer Stressfähigkeit zu betrachten. Bringt die Einsatzkraft den Verkehrsunfall in einen persönlichen Kontext zu ihrem Leben, kann aus dem alltäglichen Eustress erzeugenden Einsatz ein Distress erzeugender Einsatz werden, weil das Weltbild der beteiligten Einsatzkraft überfordert wird (Beteiligung von Kindern, bekannten Personen, Wiederholungsfälle).

Abbildung 2: „Weltbild“ PSU NRW (angelehnt an PSU-Team) Köln)

Das Diagramm zeigt ein „Weltbild“ in einem orangefarbenen Oval. Ein grüner Balken oben links ist mit „normal“ beschriftet. Darunter befinden sich zwei blaue Balken: „erweitert“ und „nochmals erweitert“. Ein roter Pfeil von oben zeigt auf den grünen Balken und ist mit „Ausbildung“ beschriftet. Ein roter Pfeil von rechts zeigt auf den grünen Balken und ist mit „Erfahrung“ beschriftet. Ein rotes Sternchen mit der Aufschrift „Ereignis innerhalb“ ist über dem grünen Balken positioniert. Ein weiteres rotes Sternchen mit der Aufschrift „Ereignis außerhalb“ ist rechts neben dem grünen Balken positioniert.

¹² Arbeitskreis Psychosoziale Unterstützung NRW, Grundinformation Version 2.1. S. 13f.

2. Ursachen für Suchterkrankungen

Dieser Erkenntnis folgend gibt es nicht den Einsatz, der alle überfordert, sondern lediglich die Einsatzsituation, die die individuelle Einsatzkraft überfordert.¹³ Vorschläge, wie solche Situationen bewältigt werden können, werden im Kapitel „Maßnahmen“ (Kap. 4) erläutert.

2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird gemäß dem geltenden amerikanisch geprägten Definitionsstandard DSM-V eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse, die nach Art und Ausmaß deutlich über das nach allgemeinen Lebenserfahrungen zu Erwartende hinaus gehen, angesehen. Weitere Voraussetzungen sind das ungewollte ‚Wiedererleben‘ der Situation, das Vermeiden von ähnlichen Situationen, negative Veränderung von Gedanken, der Stimmung, der geistigen Erregung und der Reaktionsfähigkeit.¹⁴ Ein Zusammenhang zwischen einer PTBS und einer Suchterkrankung wird deutlich, wenn die nachfolgend ausgewerteten Studien und Bestrebungen zur Änderung von Dienstvereinbarungen betrachtet werden. Hier sollen zukünftig der Bereich der Suchterkrankungen und der von psychischen Auffälligkeiten zusammengefasst werden.¹⁵ Um den Maßnahmen vorzugreifen, kann es nicht Aufgabe von Laien, im Sinne von nicht-medizinischem Fachpersonal sein, eine Erkrankung festzustellen, es kann lediglich ihre Aufgabe sein, Symptome zu bemerken und eine professionelle Hilfe zu begleiten bzw. diese einzuleiten.

Für den Bereich der Belastungs- und Anpassungsstörungen sind gemäß des ICD-10-Standards die in der Anlage ersichtlichen Erkrankungen anerkannt.¹⁶

Eine akute Belastungsreaktion ist eine ‚normale‘ Reaktion auf traumatisierende Ereignisse. Nach Studien aus den USA leiden zumindest kurzfristig 5–10 % der Bevölkerung irgendwann einmal im Laufe ihres Lebens an einer solchen Reaktion. Dabei muss hier nur ein kleiner Teil professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, da eine akute Belastungsreaktion nach Stunden bis Tagen abklingt und erst nach ca. vier Wochen als eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird. In Kenntnis dieser kurzen Abklingzeit haben sich bei den Feuerwehren PSU-Teams (Begriff nach Landesrecht NRW, auch bekannt unter PSNV E- oder B) gebildet, die für die Erstgespräche nach belastenden Einsätzen zur Verfügung stehen. Eine solche Hilfe überbrückt diese Zeit und hilft, problematische Verläufe zu finden. Die Wahrscheinlichkeit, eine solche Störung auszubilden, hängt eng mit der Schwere und der Häufigkeit von belastenden Ereignissen zusammen.¹⁷ Die oben genannten Zahlen

¹³ Fachinterview BF Köln vom 09.12.2020 mit Hauptbrandmeister Engelbert Schödter, Anlage B

¹⁴ American Psychiatric Association; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Auflage, 2013

¹⁵ Fachinterview BF Witten vom 15.10.2020 mit Oberbrandrat Mario Rosenkranz, Anlage B

¹⁶ entnommen aus www.gelbe-liste.de; siehe Anlage A

¹⁷ DHS e.V. Jahrbuch Sucht 2020, „Sucht und Trauma“, Ingo Schäfer S. 204 ff.

3. Datenerfassung und Auswertung

sind über die Gesamtbevölkerung erhoben. Während die Wahrscheinlichkeit einer Exposition in belastenden Ereignissen innerhalb der Bevölkerung als gering zu bewerten ist, ist eine solche bei Einsatzkräften um ein Vielfaches höher.

Zu bemerken ist hier auch, dass die Schwelle zu dem, was als belastendes Ereignis empfunden wird, bei Einsatzkräften in der Regel höher ist, hier aber die Theorie des vollen Fasses zu bedenken ist: Auch kleine Tropfen machen das Fass irgendwann voll.

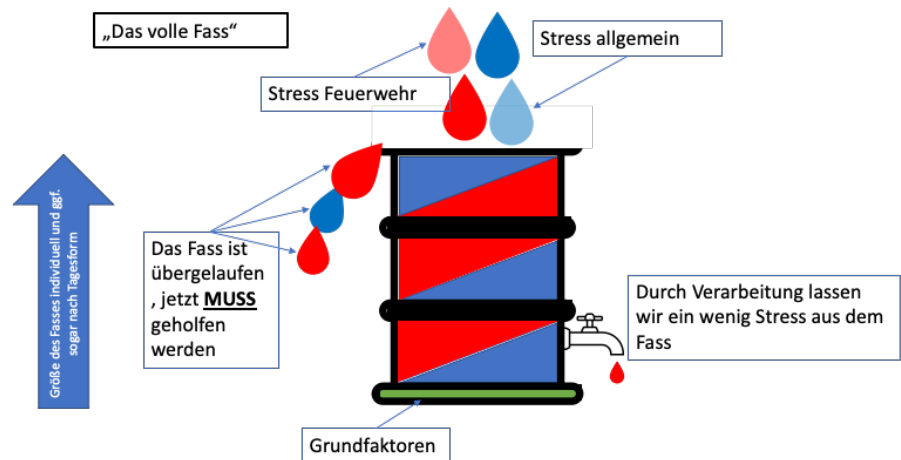


Abbildung 3: „Theorie des vollen Fasses“ (Eigenanfertigung)

3. Datenerfassung und Auswertung

Inhalt der Aufgabenstellung war es, unter anderem Kontakt mit den Suchtberatungsstellen der Städte mit Berufsfeuerwehren aufzunehmen.

3.1. Vorgehensweise zur Datenerhebung

Bei einer kurzen telefonischen Anfrage bei Städten mit Berufsfeuerwehren, die dem Ersteller dieser Facharbeit bereits persönlich bekannt waren (Iserlohn, Witten, Köln), wurde mitgeteilt, dass es dienlich sei, hier den direkten Kontakt mit den Berufsfeuerwehren zu suchen, da in den Städten jeweils verschiedene Stellen Ansprechpartner sind (Personalrat, Suchtberatungsstellen, Suchtkrankenschwestern amtsintern/behördenintern). Aus diesem Grund wurde mit allen 107 Berufsfeuerwehren in Deutschland per E-Mail Kontakt aufgenommen.¹⁸

In dieser E-Mail wurde die Thematik umschrieben und folgende Fragen gestellt:

- 1) Erheben Sie Daten über Suchterkrankungen im Einsatzdienst?
- 2) Gab es in den letzten drei Jahren (2017, 2018, 2019 und Rest von 2020) Suchterkrankungen bei Einsatzkräften (SB) in Ihrer Berufsfeuerwehr? Wenn ja, wie viele?
- 3) Gab es spezifische Ursachen für diese Suchterkrankung? Wenn ja: Waren diese unter anderem mit dem Einsatzdienst in Verbindung zu bringen? Wenn ja, welche Gründe waren maßgebend?
- 4) Gibt es bei Ihrer Berufsfeuerwehr/Stadtverwaltung standardisierte Abläufe beim Verdacht auf Vorliegen einer Suchterkrankung bzw. bei Vorliegen einer Suchterkrankung? Wenn ja, welche?

¹⁸ Siehe E-Mailtext vom 05.10.2020 als Anlage C

3. Datenerfassung und Auswertung

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Fragenkataloges war bekannt, dass ein relativ großer Prozentsatz der Durchschnittsbevölkerung an einer Suchterkrankung leidet. Aus diesem Grund wurde die Dauer der Datenermittlung auf die Jahre 2017 bis 2020 beschränkt. Daten, die über dies hinaus bekannt gemacht worden sind, wurden ebenfalls quantitativ und qualitativ ausgewertet, da schlussendlich eine geringe Rücklauf- bzw. Rückmeldungsquote zu verzeichnen gewesen ist und eine Verzerrung der Ergebnisse nicht zu befürchten war.

Neben der Abfrage per E-Mail wurden auch die fünf großen Berufsfeuerwehren (Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt am Main) telefonisch kontaktiert, damit eine möglichst große Datenmenge vorhanden ist und valide Ergebnisse erzielt werden. Hier konnten von zwei Feuerwehren Daten erhoben werden.

3.2 Problematiken

Bei der telefonischen sowie in der Kontaktaufnahme per E-Mail wurde sehr deutlich, dass das Thema Suchterkrankungen im Einsatzdienst ein sehr emotionales Thema ist, welches manchmal auch als Schwäche der jeweiligen Dienststelle gesehen wurde. Obwohl bei den rückmeldenden Kommunen zum Großteil standardisierte Vorgehen für Suchterkrankungen bestand, gab es dennoch keine Fälle, die gemeldet wurden. Eine Auskunft wurde durch den möglichen Rückschluss auf persönliche Schicksale teilweise nicht erteilt. Hier könnten nur persönliche Gespräche vor Ort Aufklärung bringen, die aber auf Grund der zum Erstellungszeitpunkt herrschenden Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung nicht in geplantem Umfang haben durchgeführt werden können. In den persönlichen Gesprächen zeigte sich häufig, dass das Thema Suchterkrankungen einer Tabuisierung unterliegt und eine Mitarbeit – wenn überhaupt – nur durch viel Zuspruch erreicht werden konnte.

3.3 Rückmeldungen

Aus den nachfolgend benannten Quellen konnten folgende Zahlen und Informationen herausgearbeitet werden.

3.3.1 Eigene Umfragen

Für die E-Mail-Abfrage vom 05.10.2020 konnte ein Rücklauf bis zum 01.12.2020 von 34 von 107 angefragten Berufsfeuerwehren verzeichnet werden. Von diesen gaben 14 an, dass im befragten Zeitraum Suchterkrankungen im Einsatzdienst verzeichnet wurden. Weitere fünf gaben an, dass keine Daten erhoben werden bzw. – mit Hinweis auf Datenschutz – keine Auskünfte erteilt werden. In den anderen 15 Rückmeldungen wurde angegeben, dass im befragten Zeitraum keine Suchterkrankungen verzeichnet wurden. Die Angaben wurden im Rahmen dieser Facharbeit anonymisiert, da dies die Betroffenen schützen soll und dies Teil der Absprache mit einzelnen Dienststellen gewesen ist.¹⁹

¹⁹ Siehe Anlage zu dieser Facharbeit (anonymisiert), Anlage D

3. Datenerfassung und Auswertung

Im Rahmen der persönlichen Befragung (E-Mail und telefonische Abfrage) von Berufsfeuerwehren wurden im erfragten Zeitraum 34 Suchterkrankungen im Einsatzdienst verzeichnet.

Insoweit Ursachen genannt worden sind, wurden folgende Hintergründe benannt:

- Trauma
- Erkrankung
- familiäre Probleme
- Stress
- unbekannt.

Auf Grund der o. g. Rückmeldungen wurden die Ursachen für eine Suchterkrankungen in die Bereiche

- unbekannt
- allgemeine Ursachen (Familie, überstandene schwere Erkrankung etc.)
- feuerwehrspezifische Ursache (Schichtdienst, Traumata etc.)

unterteilt.

Hier ergab sich folgende Verteilung:

Rückmeldungen	Gesamt	Ursache -unbekannt-	Ursache -allgemein-	Ursache- fw- spezifisch-
Durch E-Mail (11 Feuerwehren)	20	7	12	1
Vor Ort (3 Feuerwehren)	14	1	9	4
<u>Gesamt:</u>	<u>34</u>	<u>8</u>	<u>21</u>	<u>5</u>

Abbildung 4: Rückmeldungen der Berufsfeuerwehren

Auch aus diesen geringen Zahlen lassen sich Thesen ableiten.

Im Gegensatz zur allgemeinen Verteilung von Suchterkrankungen in der hier relevanten Bevölkerungsgruppe zwischen 18 und 64 Jahren (am Beispiel Alkohol: 3,1 % Abhängigkeit, zusätzlich 2,8 % Missbrauch²⁰) sind nach Angaben der befragten Feuerwehren ein Anteil von ca. 0,60 %²¹ (alle Suchterkrankungen, sowohl stoffgebunden als auch nicht stoffgebunden) zu verzeichnen (5695 Einsatzbeamtinnen

²⁰ DHS e.V. Jahrbuch Sucht 2020, „Zahlen, Daten, Fakten“, S. 16

²¹ Siehe Anlage E

3. Datenerfassung und Auswertung

und Einsatzbeamte der befragten 14 Feuerwehren, die mindestens eine Suchterkrankung angegeben haben), wobei hier die Jahre 2017 bis 2020 sogar kumuliert betrachtet worden sind. Würde eine Betrachtung nach einzelnen Jahren und nach allen Suchterkrankungen jeweils getrennt erfolgen, oder auch die Feuerwehren mit keiner Angabe von Fällen miteinbezogen werden, was die Datenabfrage jedoch nicht beinhaltete, wäre ein noch geringerer Wert für die einzelnen Erkrankungen zu erhalten. Somit besteht eine hohe Differenz zwischen Suchterkrankungen in der Gesamtbevölkerung und Suchterkrankungen bei Berufsfeuerwehren.

Dies kann zum einen an einer gewissen höheren Resilienz von Beamtinnen und Beamten liegen, aber ggf. auch an einer hohen Dunkelziffer.

Die höhere Resilienz lässt sich auf den Umgang der Berufsgruppe mit dieser Thematik zurückführen. Auch sind heute Stressbewältigung und Suchtprävention Teil der Ausbildung. Des Weiteren bilden die Auswahlkriterien für die Berufung in das Beamtenverhältnis eine Hürde, die nicht jedem Menschen zu überwinden möglich ist. Dies liegt unter anderem an der Auswahl selbst als auch an den (amts)ärztlichen Untersuchungen im Vorfeld der Ernennung. Auch die Verpflichtung zur ärztlichen regelmäßigen Untersuchung (G26.3) und die damit verbundene Verpflichtung zur Gesunderhaltung können ein Grund dafür sein, dass ein geringerer Anteil von Beamtinnen und Beamten an einer solchen Erkrankung leidet als in der Vergleichsgruppe des Bevölkerungsdurchschnitts.

Ein derartiges Delta der Prozentsätze lässt sich nicht alleine mit einer höheren Resilienz erklären. So steht zu befürchten, dass die Dunkelziffer eine weitere Erklärung ist. Diese Dunkelziffer wird im tatsächlichen Alltag aber keine „Dunkelziffer“ sein, sondern eher eine „Grauziffer“, da die Tatsachen häufig bekannt sind, diese aber aus verschiedensten Gründen verdeckt gehalten werden.

So ist zu beobachten, dass gerade im Bereich des Wechseldienstes sich falsch verstandene Kollegialität bildet in dem Versuch, die Suchterkrankungen dauerhaft abzufangen oder zu vertuschen.²² Des Weiteren spielen häufig Faktoren wie eigene Überforderung („Was soll ich noch alles machen?“), eigene Verunsicherung („Ist dort wirklich ein Problem?“), oder ein bestehender Rollenkonflikt („Mit dem war ich doch im Grundausbildungslehrgang!“) eine Rolle.

Dieser Problembereich wird als Co-Abhängigkeit bezeichnet, so wird lange versucht, den eigenen Kameraden bzw. Kollegen zu schützen („Leg dich ruhig nochmal hin, ich mache deine Arbeit schon.“; „Bleib liegen, dass schaffen wir diesmal ohne dich.“). Co-Abhängigkeit wird in der Psychologie als Beziehungsstörung geführt und als Unterstützung des Partners bis zur eigenen Selbstaufgabe definiert.²³ Diese falsch verstandene Solidarität ist ein Zeichen von Gemeinschaft, wobei die Beteiligten verkennen, dass der Kollege oder die Kollegin eher eine Hilfestellung benötigt als eine

²² Fachinterviews Dipl. Sozialarbeiterin Sieglinde Gubernator, Personalberatungsstelle Frankfurt am Main vom 11.11.2020 und vom 27.11.2020, Anlage B

²³ Handbuch der Suchtbehandlung, 2002, Jörg Fengler S.101

3. Datenerfassung und Auswertung

Vertuschung. Bekannt ist auch, dass die eintretende Persönlichkeitsveränderung des Betroffenen ein Teil der ‚Nichtmeldung‘ durch Kollegen ist. So versuchen betroffene Personen, Abwehrmechanismen zu etablieren, die die Entdeckung einer Suchterkrankung verhindern sollen. Es werden Tatsachen verleugnet oder bagatellisiert. Beliebt, aber für die persönliche Beziehung zu Kollegen sehr ungünstig ist das Ablenken, hier wird unter anderem feindselig reagiert oder die Aufmerksamkeit auf Verfehlungen des Gesprächspartners – des Helfenden – gelenkt. Einer solchen Drucksituation wollen oder können diese dann nicht standhalten, da sie sich häufig nicht ausreichend sicher sind, ob eine Erkrankung wirklich vorliegt.

Des Weiteren steht zu befürchten, dass eine Suchterkrankung auch für betroffene Dienststellen eher als Schwäche ausgelegt werden könnte, es ist aber tatsächlich so, dass Dienststellen, die offen mit dem Vorhandensein solcher Fälle umgehen, auch einen offenen Umgang innerhalb der Behörde vorleben, was eine Inanspruchnahme von Hilfe durch Betroffene erleichtern kann und den Weg für Prävention ebnet.

Da eine valide Auswertung alleiniger für diese Arbeit selbst erhobener Zahlen nicht ausreichend erscheint, wurden weitere Quellen mittels Literaturrecherche erschlossen. So kann auch die These der Dunkelziffer näher beleuchtet werden.

3.3.2 Studien der Universität Trier und der Berufsfeuerwehr Bielefeld

Als weitere Quelle für Daten konnten zwei Studien zu Traumata und Suchterkrankungen im Einsatzdienst herangezogen werden.

I. Forschungsarbeiten der Universität Trier²⁴

Die Studie aus dem Jahre 1998 wurde mit allen hauptamtlichen Feuerwehrleuten in Rheinland-Pfalz durchgeführt und in der Fachzeitschrift „Am J Psychiatry“ veröffentlicht. Die Durchführung wurde durch Dr. Ulrike Ehlert von der Universität Trier überwacht. Im Rahmen dieser Studie wurden durch anerkannte Fragebögen (allgemeiner Gesundheitsfragebogen, Freiburger Persönlichkeitsinventar, Stressverarbeitungsfragebogen inklusive Substanzkonsumfragebogen u. v. m.) Daten über die psychische Gesundheit erhoben. Von den verteilten 574 Fragebögen wurden 402 ausgefüllt zurückgegeben. Von diesen 402 waren 318 verwertbar. Anhand von zwei Bewertungssystemen (PTBS-Symptomskala und allgemeiner Gesundheitsfragebogen) wurde ermittelt, ob es Hinweise gibt, dass ein Proband an einer PTBS leidet. Diese Voraussetzungen wurden durch 58 Probanden (18,2 %) erfüllt. Das bedeutet, dass bei 18,2 % der untersuchten Beteiligten gesicherte Erkenntnisse vorlagen, dass eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt.

Eine weitere Erkenntnis war, dass 147 (46,2 %) Probanden Anzeichen für eine subsyndromale PTBS vorwiesen. Das bedeutet, dass Einzelsymptome vorlagen, aber eine PTBS nicht – oder noch nicht – gesichert war.

²⁴ Am J Psychiatry (eng), Ehlert u.a. 155/1998, S. 1727 ff.

3. Datenerfassung und Auswertung

Im Rahmen der Studie wurde außerdem die Komorbidität betrachtet. Von den 58 Probanden, die eine gesicherte PTBS aufwiesen, hatten elf eine nicht näher bezeichnete Suchterkrankung mit Suchtmitteln. Heruntergebrochen auf die Gesamtteilnahmezahl von 402 Teilnehmern und unter Außerachtlassung der nicht auswertbaren Fragebögen bestand bei einem Prozentsatz von 2,74 % eine PTBS mit korrespondierender Suchterkrankung.

Dieser Wert kann als verwertbar angesehen werden, da er nicht allein bei einer Berufsfeuerwehr erhoben worden ist, sondern bei allen hauptamtlichen Kräften eines ganzen Bundeslandes und auch dem durch die DHS erhobenen Prozentsatz zumindest nahekommt.

Nimmt man den Prozentsatz von 2,74 % als Richtwert für beruflich tätige Feuerwehreinsatzkräfte, so wäre mit einer Betroffenzahl von 917 zu rechnen bei ca. 33 000 hauptamtlichen Einsatzkräften in ganz Deutschland.²⁵

II. Berufsfeuerwehr Bielefeld²⁶

Im Rahmen einer Studie über Arbeitszufriedenheit und psychische Belastungen bei Berufsfeuerwehrlern wurden im Jahre 2008 305 Beamtinnen und Beamte der Berufsfeuerwehr Bielefeld mit einer Rückmeldequote von 71,8 % (n = 219) per Fragebogen befragt. Neben dem Bereich der Arbeitszufriedenheit wurden auch Daten über die psychische Gesundheit erhoben. Dabei wurde eine Quote von 7,3 % (n = 16) für die Untersuchten ermittelt, die nach eigenen Angaben an einer psychischen Erkrankung leiden. Des Weiteren wurde erhoben, inwiefern die Betroffenen einem traumatisierenden Ereignis ausgesetzt waren. Hier gaben 86,3 % aller Befragten an, dass Sie mindestens einmal ein solches Ereignis erlebt haben. Im Mittel erlebten die Mitarbeiter bis zum Befragungszeitpunkt 2,5 traumatisierende Ereignisse. Dabei passierten diese traumatischen Ereignisse zu 72 % bei Einsatzsituationen. Folgende Teilwerte konnten ermittelt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:

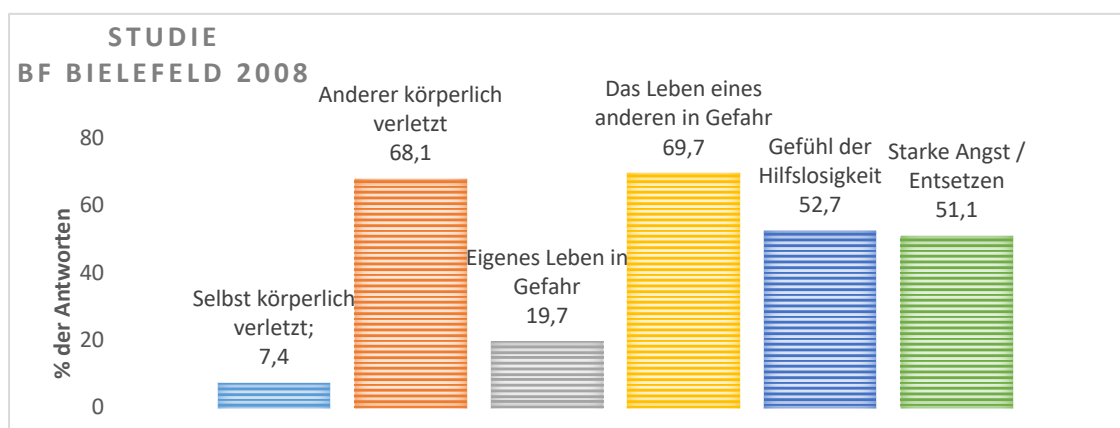


Abbildung 4: Studie BF Bielefeld: Traumatische Ereignisse

²⁵ entnommen aus <https://www.feuerwehrverband.de/presse/statistik/>, am 16.12.2020

²⁶ Brandschutz, Kohlhammer Verlag 03/2010, S 174 ff.

3. Datenerfassung und Auswertung

Neben der Erfassung von Daten im Bereich der Arbeitszufriedenheit und über das Auftreten von Erkrankungen konnte auch ein Zusammenhang zwischen den Faktoren Arbeitszufriedenheit und Auftreten von PTBS hergestellt werden. Denn der Anteil von psychisch Erkrankten war bei der Berufsfeuerwehr Bielefeld mit 7,3 % deutlich geringer als in der Studie für Rheinland-Pfalz oder in vergleichbaren Studien aus Schweden und Australien.²⁷

„Schaffung guter Arbeitsbedingungen als wichtige Prävention von belastungsassoziierten Störungen“²⁸

Eine solche oben genannte Umsetzung erfolgt gemäß der Studie durch Besprechungen nach schwierigen Einsätzen, somit durch das Angebot von PSU.

3.4 Auswertung

Nach der Auswertung lässt sich feststellen, dass Feuerwehrangehörige ein erhöhtes Risiko haben, an einer Suchterkrankung – auch aus dem Grund eines erlittenen Traumas – zu erkranken, auch wenn die für die vorliegende Arbeit erhobenen Zahlen dies nicht bestätigen. Fest steht, dass Angehörige der Feuerwehr einem erhöhten Risiko unterliegen, an einem traumatischen Ereignis beteiligt zu sein. Da eine Traumatisierung wiederum ein erhöhtes Risiko für eine Suchterkrankung darstellt, sind diese Bereiche gemeinsam zu betrachten. Es liegt außerdem die Vermutung nahe, dass eine erhöhte Dunkelziffer vorliegen muss, da die in dieser Facharbeit erhobenen Zahlen nicht durch bekannte Zahlen (DHS, Studie Trier, Studie Bielefeld) validiert werden konnten.

Die Frage, die sich aufdrängt, ist, inwiefern es auf die Ursache einer Suchterkrankung ankommt. Für die Therapie ist es wichtig, die Ursache zu kennen, da verschiedene Therapieansätze existieren. So wird eine traumabasierte Suchterkrankung mittels einer Traumafolgentherapie behandelt. Für das bloße Erkennen einer Suchterkrankung ist die Ursache zweitrangig, da es hier nur auf das reine Erkennen von Anomalien ankommt und nicht auf die konkrete Benennung von Gründen. Im präventiven Bereich wird für die Feuerwehr abermals zwischen den Ursachen zu unterscheiden sein, da in der Regel nur feuerwehrspezifischen Problemen begegnet werden kann. Allgemeinen Ursachen kann nur begrenzt entgegengetreten werden, da die Ursachen häufig unbekannt und sehr individuell sind. Bei Eintreten einer Suchterkrankung ist zwingend im Sinne des Beteiligten zu entscheiden, was bedeutet, dass eine Heilung mit anschließender Wiedereingliederung das angestrebte Ziel sein sollte.

Somit lässt sich feststellen, dass die Ursache für eine bestehende Suchterkrankung für die Herangehensweise in der konkreten Situation unerheblich ist. Das bedeutet, dass die im Folgenden dargestellten Maßnahmen sowohl für den Bereich des

²⁷ Am J Psychiatry (eng), Ehlert u.a. 155/1998, S. 1727 ff.

²⁸ Brandschutz, Kohlhammer Verlag 03/2010, S 174 ff.

traumabedingten Suchtmittleinsatzes als auch für allgemeinursächliche Suchtmittleinsätze Geltung finden, soweit diese gleiche Auffälligkeiten aufweisen.

4. Maßnahmen

Nachfolgend werden Maßnahmen aufgezeigt, die im Rahmen von Präventionsarbeit den Ursachen von Suchterkrankungen entgegenwirken sollen.

Aufgabe dieser Arbeit soll es hauptsächlich sein, Maßnahmen zu entwickeln, die den Ursachen entgegenwirken. Das heißt, es geht um Prävention.

4.1 Prävention

Zur Prävention gehören zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern.²⁹

Die primäre Prävention dient dazu, eine Erkrankung zu verhindern, das bedeutet im Bereich einer psychischen Erkrankung wie Sucht oder einer PTBS, dass der Einstieg vermieden wird (Sucht) oder dass Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien, PTBS) entwickelt werden. Eine solche primäre Prävention kann im Bereich der Feuerwehr durch eine frühzeitige und breite Aufklärungsarbeit erfolgen.

Die sekundäre Prävention ist die Früherkennung von Krankheiten. Dies kann bei klassischen Erkrankungen die Vorsorgeuntersuchung sein, bei psychischen Auffälligkeiten aber ein Aufmerksam-Werden auf einen Unterschied zwischen bekanntem und aktuellem Verhalten. Eine solche Prävention ist somit nur möglich, insoweit die Vorgesetzten einen direkten Kontakt zu möglicherweise Betroffenen haben oder die Kommunikationswege innerbehördlich derart offen gestaltet sind, dass persönliche Veränderungen wertungsfrei kommuniziert werden können. Die beiden genannten Stadien der Prävention lassen sich nach Meinung des Verfassers der vorliegenden Arbeit in ein einheitliches Vorgehens- und Ablaufdiagramm fassen, sodass die Schulung zu diesem Thema gemeinsam erfolgen kann. Die folgenden Maßnahmen stellen ein Schulungsprogramm dar, das nach Meinung des Erstellers und von kontaktierten Suchtberatungsstellen³⁰ in der Lage ist, das Auftreten von Suchterkrankung in der Qualität und der Quantität abzumildern. Das heißt, Suchterkrankungen werden vermieden oder die Auswirkungen vermindert.

Im folgenden Ablaufschema (Abb. 5) wird der berufliche Werdegang eines Feuerwehrangehörigen von der Grundausbildung bis zum Eintritt in die Pension aufgezeigt. Eine weitere Unterteilung erfolgt in den Bereich „Was tue ich für andere“ und „was wird für mich getan“.

²⁹ entnommen aus <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html> am 17.11.2020

³⁰ Siehe Fachinterviews Anlage B

4. Maßnahmen

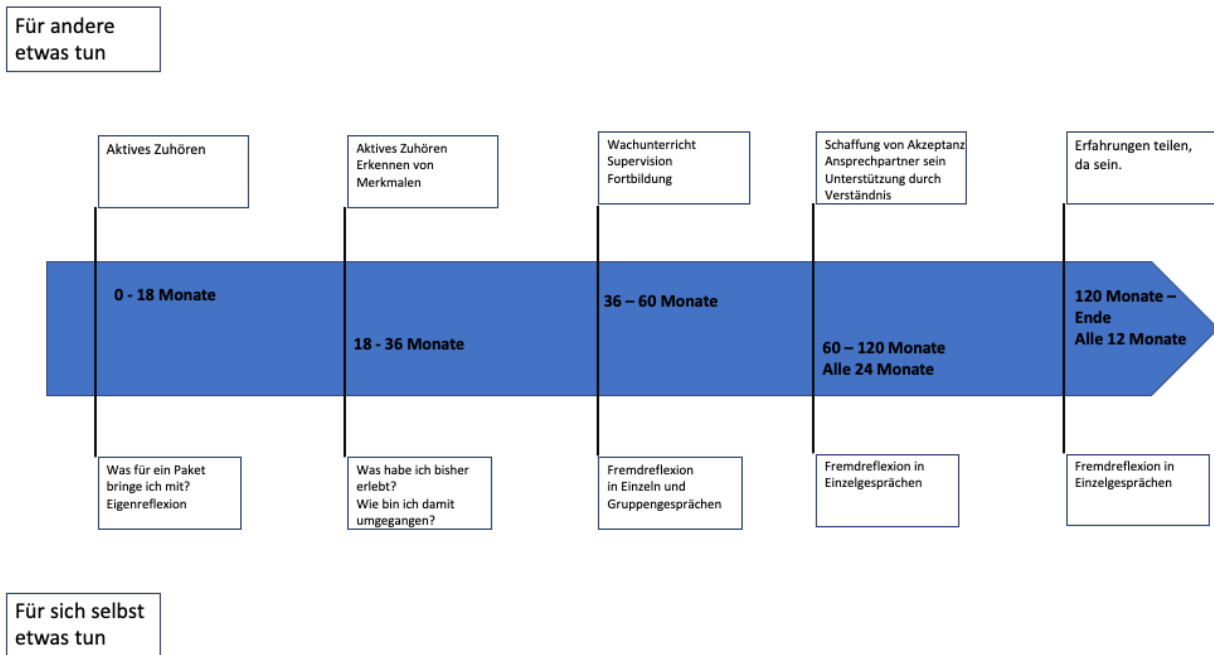


Abbildung 5: Zeitstrahl primäre und sekundäre Prävention (Eigenanfertigung)

Für diesen Ablauf sind aktuell schon einige Schulungsinhalte in den Lehrgängen BI, BIII, BIV und BVI vorgesehen. Die entnommenen Lehrinhalte richten sich nach dem Landesrecht NRW, sind aber länderübergreifend ähnlich. Diese lassen sich wie folgt grafisch darstellen:

			Verbandsführer / WAL	Abteilungsleiter / Amtsleiter
			24 UE Teil d. Lehrganges Menschenführung BIV	40 UE Teil des Führungslehrganges III
	TF / GAL / Wachmannschaft	GF / Fahrzeugführer		
	-----	12 UE Teil des Moduls Mitarbeiterführung B III		
TM / GAL				
18 UE				
<ul style="list-style-type: none"> – Erwartungen an den Beruf – Vorstellung der PSU – Stressmerkmale an sich selbst erkennen – Umgang mit Stress 	<ul style="list-style-type: none"> – nochmalige Vorstellung PSU – Sucht und Trauma „Keine Schwäche, sondern Krankheit“ – Besuch einer Suchthilfeeinrichtung – Selbstreflexion 	<ul style="list-style-type: none"> – Stress- und Suchtanzeichen an anderen erkennen – belastende Einsätze erkennen – Rollenverständnis entwickeln – Bindeglied Mannschaft - WAL 	<ul style="list-style-type: none"> – Ansprechpartner für GF, ggf. Fallbesprechungen – Training Umgang mit Konfliktsituationen – Supervision für GF – Überwachung, dass Thema regelmäßig behandelt wird – Verdachtsfälle begleiten und frühzeitige Weitergabe an AL – --> WAL verbleibt als Vertrauensperson 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundkonzeption – Eindeutige Kommunikation einer Akzeptanz und Unterstützung in diesem Bereich – Vorgabe: „Sucht keine Schwäche, sondern eine Krankheit“ – Bindeglied FW-Suchtberatungsstelle – Problemfeld - Ausbildung

Abbildung 6: Ausbildungsstufen „Suchtprävention“ (Eigenanfertigung)

Die obersten Zeilen zeigen jeweils das zu erreichende Ausbildungsziel (rot), und die dort abzuleistenden Oberthemen inklusive abzuleistender Unterrichtseinheiten(grau).³¹

³¹ Lehrinhalte B I, B III, B IV, B VI; siehe Anlage F

Die blau hinterlegten Texte stellen den geplanten Mindestlehrinhalt in den jeweiligen Stufen dar, wobei auch konkrete Aufgaben genannt werden. Eine Ist-Aufnahme des Inhaltes ist nicht dargestellt.

I. Truppmann/Grundausbildung

Dem/der Feuerwehrangehörigen soll innerhalb seiner/ihrer Grundausbildung die Möglichkeit gegeben werden, dass er oder sie ein aktiv zuhörendes Mitglied der Gemeinschaft wird. Des Weiteren sollen erste Berührungspunkte mit der Einheit „Psychosoziale Unterstützung“ (Länderspezifisch auch PSNV) geschaffen werden. Hier gilt das Motto „in Krisen Köpfe kennen“. Auch soll hier der Umgang mit Stress geschult werden, damit die Herausforderungen des Berufslebens erkannt werden und mit ihnen umgegangen werden kann. Hier ist es besonders wichtig, dass Stressmerkmale erkannt werden und der Begriff des Traumas verstanden wird. Da jeder bereits ein Leben vor dem des Berufsfeuerwehrangehörigen hatte, ist es hier sinnvoll, erlebte Stresssituationen aufzuarbeiten und gemeinsam Stressabbautechniken (Coping-Strategien) zu entwickeln. Das schafft Vertrauen und dient zugleich der Gruppenbildung.

II. Truppführer/Wachmannschaft

Noch während der Ableistung der Grundausbildung werden die angehenden Feuerwehrangehörigen im Einsatzdienst eingesetzt. Auch wird in einigen Bundesländern die Ausbildung zum Rettungssanitäter mit Praktika im Krankenhaus und im Rettungsdienst absolviert. Dort werden die Teilnehmer fast automatisch mit Situationen konfrontiert, die neu und in ihrer Schwere herausfordernd sind. Dies sind die besten Gelegenheiten, wenn das sprichwörtliche Fass noch nicht überläuft, die Möglichkeit zu erhalten, über die Herausforderungen zu reden und die gewählten Bewältigungsstrategien auf ihre Wirkungsweise (zu) überprüfen (zu lassen). Neben der eigenen Verarbeitungsstrategie wird hier der Fokus auch auf die anderen Kolleginnen und Kollegen gelegt (Geht die Kollegin aus dem Grundausbildungslehrgang (GAL) mit diesem Problem gut um, hat sie Stress?).

Nach Erreichen der Abschlussprüfung und Ableistung der ersten Einsatzjahre muss das Projekt „Psychohygiene“ außerhalb eines Lehrganges absolviert werden. Hierzu dient sowohl der regelmäßige Wachunterricht als auch noch einzuführende Formate. Im Rahmen der Unterrichtseinheiten auf der Feuerwache sollen die Themen Stress, Stressbewältigung und Suchtprävention Teil der regelmäßigen Fortbildung sein. Dies dient zum einen dazu, dass das Thema präsent bleibt, und zum anderen dazu, dass Neuerungen der Bewältigung erlernt werden. Auch können Probleme in der Gruppe besprochen werden. Eine regelmäßige Aufnahme solcher Maßnahmen in das Dienstgeschehen muss von vorgesetzter Stelle erfolgen, da Akzeptanz für den Bereich der Suchterkrankung zwingend zur Prävention notwendig ist. Dieser Bereich kann durch PSU-Assistenten abgebildet werden.

So kann es sinnvoll sein, dass Therapieeinrichtungen besucht werden, damit das ausgebende Credo „Sucht ist eine Krankheit, keine Schwäche“ auch mit Erlebtem

gefüllt wird. Hier kann ggf. eine verzerrte Sichtweise, die aus den Einsätzen im Rettungsdienst resultiert, korrigiert werden.

Im zeitlichen Verlauf der Diensttätigkeit werden eine Vielzahl von besonderen, aber auch belastenden Ereignissen erlebt. Da aber in der Regel die Bereitschaft zur Mitteilung an die Kolleginnen und Kollegen auf Grund eigener Dienststellung oder anderer Vorbehalte abnimmt, ist den Feuerwehrleuten eine Gelegenheit zur professionellen (externen) Reflexion zu bieten. Dort können dann sowohl dienstliche als auch private Probleme aufgearbeitet werden. Im Laufe der Dienstzeit ist der Anteil an Einzelgesprächen zu Lasten von Gruppengesprächen zu erhöhen. So kann hier eine jährliche oder zweijährliche Vorstellung bei spezialisierten Stellen erfolgen, damit erst gar keine Überlastung eintritt. Vorteil dieser engmaschigen Begleitung durch die Dienstzeit ist, dass ein Besuch bei der spezialisierten Stelle kein auffälliges Alleinstellungsmerkmal ist, sondern eine regelmäßige Veranstaltung – analog zur G26.3.

Positiver Nebeneffekt ist, dass erfahrene Kolleginnen und Kollegen für andere etwas tun können. Im Verlauf ihrer Karriere werden sie somit zu Multiplikatoren, die Stressoren bei ihren Kolleginnen und Kollegen erkennen und ihnen im ersten Schritt Hilfe (aktives Zuhören) anbieten können. Auch ist eine vertrauensvolle und qualifizierte Weitergabe an Führungskräfte möglich. Eine Auffälligkeit (siehe hierzu Prävention der ersten Stufe) kann eher detektiert und dieser dann abgeholfen werden.

III. Gruppenführer

Die Person in erster Führungsverantwortung ist gleichzeitig das Bindeglied zwischen der Mannschaft und der Leitungsebene. Diese Funktion ist elementar, damit eine frühzeitige Erkennung möglich ist. Gleichzeitig ist sie auch Gradmesser für Akzeptanz. Sollte diese Ebene die obige Herangehensweise negieren oder vielleicht sogar konträre Positionen einnehmen, so wird dadurch der Wille des Einzelnen zur Öffnung behindert. Dieser Maßgabe folgend ist sie in einen Prozess der Einführung von Präventionsstrukturen mit einzubeziehen.

In ihrer Ebene als Fahrzeugführer sind diese Führungskräfte die ersten, die belastende Einsätze erkennen müssen. Denn es sind in der Regel nicht die Großeinsätze, die eine psychische Belastung herbeiführen, sondern die kleinen, die im Alltag eines jeden Feuerwehrangehörigen passieren. Das sind die Reanimation oder der Verkehrsunfall mit betroffenen oder bekannten Personen.

Die bisherige Ausbildung im Rahmen des B III, nämlich der 5-tägige Lehrgang Mitarbeiterführung, kann beibehalten werden, ist jedoch durch interne regelmäßige Schulungsmaßnahmen zu ergänzen, damit der Blick auf Problemfälle geschärft wird und erhalten bleibt. Auch das Führen von Konfliktgesprächen und die Ausbildung in Fragetechniken, die durch ein aktives Zuhören eingeleitet werden, sind zu intensivieren.

Der Gruppenführer ist stark dem Problemfeld des Rollenwechsels unterworfen, so wird es regelmäßig vorkommen, dass ältere Kollegen oder ehemalige Lehrgangskollegen

4. Maßnahmen

nunmehr Untergebene sind. Das bedeutet, dass ‚alte gemeinsame Geschichten‘ ein Hemmnis für eine offene Kommunikation sein können. Dies kann und soll durch die offene Kommunikation mit der Wachabteilungsführung entschärft werden. So kann das Erkennen von Problemen durch den Gruppenführer erfolgen, das Hilfsangebot aber durch den Wachabteilungsleiter erfolgen.

Ziel soll es sein, dass die Belastungen aus den Einsätzen durch Bewältigungsstrategien auf ein zu bewältigendes Level gedrückt werden können und noch Platz im sprichwörtlichen Fass für Unvorhersehbares ist.

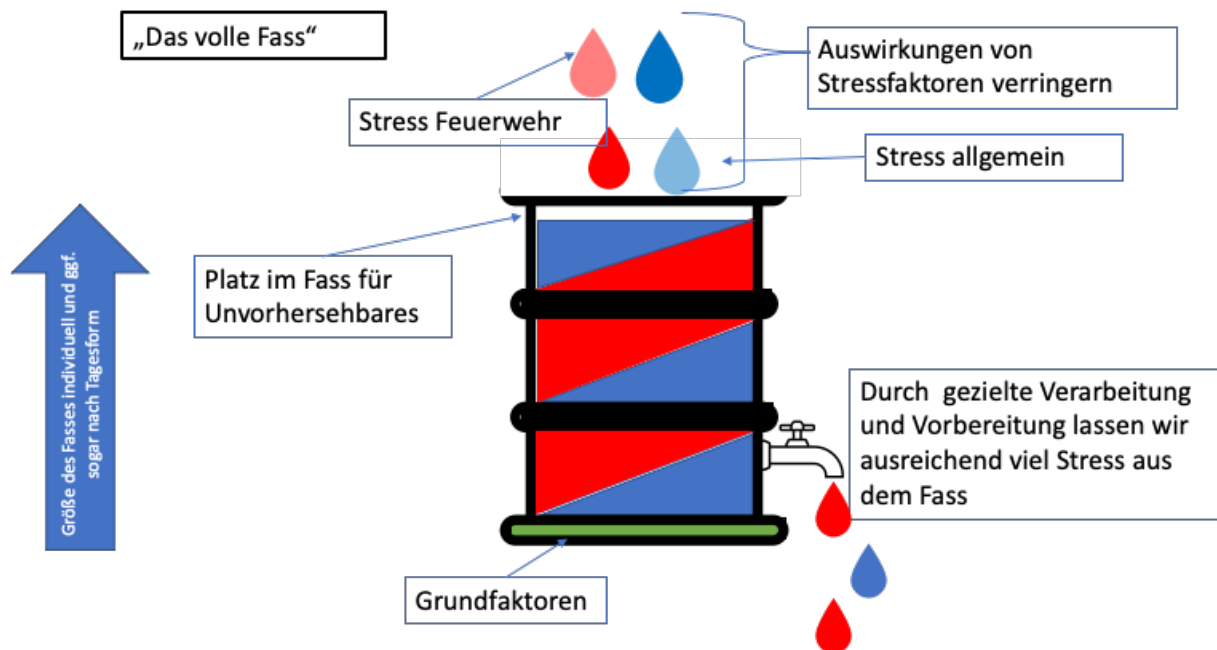


Abbildung 7: „Theorie des vollen Fasses“ (Eigenanfertigung)

IV. Verbandsführer/Wachabteilungsleiter

Der Wachabteilungsführer soll in seiner Ausbildung im Rahmen des BIV-Lehrganges etwas zu Stressbewältigung, Suchtprävention und Einsatznachsorge lernen. Dies erscheint mit 24 UE noch nicht ausreichend, denn es sollten folgende Inhalte zusätzlich behandelt werden:

Der Wachabteilungsleiter (WAL) dient als Ansprechpartner der Gruppenführer für Verdachtsfälle und soll Debriefings für die Gruppenführer anbieten und gestalten. Das bedeutet, dass er die Handlungen gemeinsam mit dem Gruppenführer reflektiert und ggf. nachsteuernd eingreifen kann. Es ist wichtig, dass bei einem begründeten Verdachtsfall frühzeitig eine Weitergabe des Sachverhaltes an den Abteilungsleiter bzw. den Amtsleiter erfolgt, da bisher gute Ergebnisse damit erzielt wurden, dass der WAL als Ansprechpartner während der Erstphase, der Heilungsphase und der Wiedereingliederungsphase zur Verfügung steht. So wird dem Betroffenen eine unvoreingenommene Person an die Seite gestellt, die ihn unterstützt. Bei großen Feuerwehren besteht hier ggf. bereits eine Vorgesetztenstellung im Sinne des Beamtenrechts, was problematisch sein kann, da Beurteilungen anzufertigen sind. Eine weitere Vertrauensperson kann der PSU-Assistent sein, dieser ist unabhängig, aber gleichzeitig Teil des Kollektivs.

Des Weiteren soll der WAL überwachen, dass die Thematik PSU, Stressbewältigung und Suchtprävention ausreichend häufig und auch ehrlich im Rahmen des Wachunterrichts angesprochen und behandelt wird. Ehrlichkeit ist deshalb wichtig, weil nur bei einem akzeptierten Umgang mit diesem Thema eine eigene Betroffenheit angesprochen wird.

V. Abteilungsleitung/Amtsleitung

Im Rahmen der Ausbildung werden sowohl im B IV als auch im B VI die Thematiken, wie oben beschrieben, behandelt. Diesem Personenkreis obliegt die schlussendliche Überleitung von Verdachtsfällen innerhalb des Amtes hin zu den spezialisierten Suchtberatungsstellen der Behörde. Eine persönliche Begleitung – so möglich – erleichtert es den Betroffenen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wichtiger als die persönliche Begleitung ist jedoch das in die Feuerwehr eingebrachte Leitbild zum Thema Suchterkrankung. Es muss klar kommuniziert werden, dass Sucht keine Schwäche, sondern eine Erkrankung darstellt. Das bedeutet, dass die getroffenen Maßnahmen immer mit voller Rückendeckung durch die Amtsleitung erfolgen und ggf. auch Personen, die Meinungen wie „Das passiert nur den Schwachen“ vertreten, das Leitbild verdeutlicht wird. Denn eine anderweitige Vorgabe, dass es sowas „bei uns nicht gibt“ oder nur Schwache betroffen seien, wird zur Folge haben, dass die Suchtfälle nur im Eskalationsfall aufgedeckt werden und den Betroffenen die dringend notwendige Hilfe verwehrt wird bzw. ihnen diese verspätet zugeht. Dieses Leitbild muss Teil der Aus- und Fortbildung sein und stetig erneuert werden. Inhalte können sein:

- Schulung von Führungskräften
- Vorhalten von Vertrauenspersonen (Wachabteilung → WAL (ggf. PSU-Assistent)
- In Krisen Köpfe kennen

Abzugrenzen von den ersten beiden ist das dritte Stadium von Präventionsmaßnahmen, da es nach der Suchterkrankung ansetzt.

Die tertiäre Prävention hat zum Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu mildern. Sie ist oft deckungsgleich mit einer Rehabilitation und einem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM-Verfahren). So gibt es Dienstvereinbarungen (bspw. Frankfurt am Main), die eine Wiederaufnahme in den Dienst vorsehen, wenn eine Abstinenz nachgewiesen wird. Gerade diese Möglichkeit ist für Beamtinnen und Beamte wichtig und ein Ausblick in die Zukunft.

5. Zusammenfassung und Ausblick

4.2 Herangehensweise im konkreten Einzelfall

Bei Vorliegen einer Suchterkrankung werden die anerkannten Maßnahmen (Stufenplan, Durchführung der Dienstvereinbarung „Sucht“) genutzt. Diese basieren auf untenstehendem Ablaufdiagramm (Abb. 8).³² Da neuere Erkenntnisse aber davon weggehen, eine spezielle Diagnose (Sucht) zu stellen, sondern den Begriff der Auffälligkeit zu nutzen, ist dieses Diagramm angepasst.³³ Bei der Durchsetzung von Maßnahmen im Bereich der Feuerwehr ist immer zu bedenken, dass die Vorgesetzten lediglich Symptome oder Auffälligkeiten beobachten und nicht Diagnosen stellen

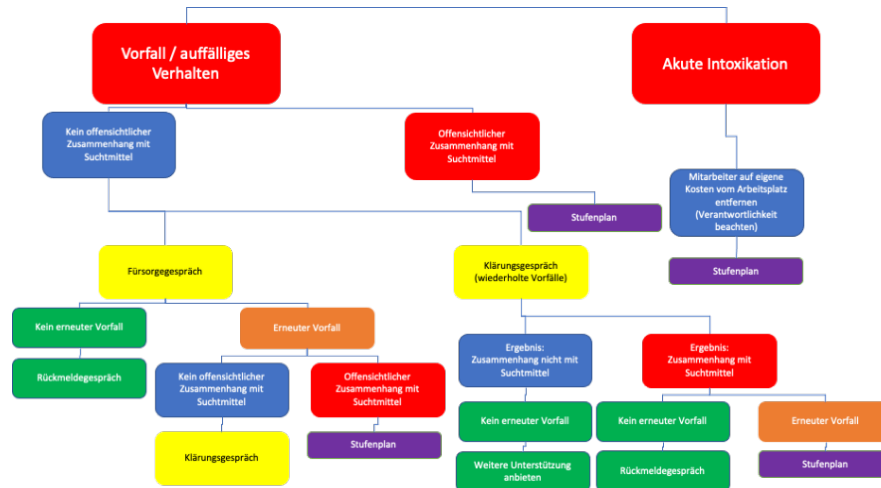


Abbildung 8: Ablaufdiagramm Sucht (DHS e. V., angepasst durch Verfasser)

können und auch nicht sollen. Eine konsequente Durchführung hat nicht nur positive Auswirkungen auf den Einzelfall, sondern auch auf andere –ggf. noch – unbeteiligte Personen. Dies öffnet den Weg für Präventionsarbeit und erhöht die Arbeitszufriedenheit durch vorgelebte Akzeptanz.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Bei einer Suchterkrankung handelt es sich um eine Erkrankung und nicht um eine individuelle Schwäche des Betroffenen. Wenn diesem Credo Folge geleistet wird, so kann wirksame Prävention erfolgen.

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass in vielen Feuerwehren eine hohe Dunkelziffer von Menschen mit Suchtproblematiken vorhanden sein muss. Diese hat aber häufig nicht mit einer Ignoranz oder einem Verschließen der Augen von Führungskräften zu tun, sondern eher mit falsch verstandener Kollegialität. Man möchte dem Betroffenen helfen und eine Aufdeckung verhindern, bis über eine Grenze hinaus, wo auch selbst Schaden genommen wird.

Dieser Problematik liegt zu Grunde, dass nicht bekannt ist, dass andere Hilfe notwendig ist und jede Führungsebene mittlerweile für diesen Bereich sensibilisiert ist.

³²Alkohol am Arbeitsplatz, Praxishilfe für Führungskräfte, Eigenpublikation DHS e.V. S. 15

³³ große Darstellung, siehe Anlage G

5. Zusammenfassung und Ausblick

Ein erster Schritt kann sein, dass die oben aufgezeigten Maßnahmen mehr in die Ausbildung integriert werden und eine offene Kommunikation geführt wird. Im Ehrenamt ist dies bereits durch § 8 DGUV Vorschrift 49 gesichert, denn der Unternehmer (Kommune) ist verpflichtet, zum Thema Fehlbeanspruchungen zu unterweisen.³⁴ Eine solche Verpflichtung ist auch für das Hauptamt anzustreben.

Gerade in der jetzigen Zeit ist es wichtig, dass dieser Bereich gefördert und ausgebaut wird. Die CoVid-19-Pandemie zeigt, dass versucht wird, Stresssituationen mit dem Gebrauch von Alkohol zu kompensieren. So wurde in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr 34 % mehr Wein, 31 % mehr Schnaps, 11,5 % mehr Bier und 87,1 % mehr Mixgetränke verkauft.³⁵

Deshalb sind folgende Themen und Punkte zu beachten, um den Bereich der Gesundheitsvorsorge bezogen auf Suchterkrankungen auszubauen:

- mehr Prävention,
- mehr Ausbildungszeit,
- mehr Zeit für den individuellen Betroffenen,
- Herausbilden von Vertrauenspersonen,
- Stellen, in denen eine Wiedereingliederung auf Augenhöhe möglich ist.

Eine solche Perspektive ist wichtig, denn momentan folgt nach der Erkrankung oft eine Herausnahme aus sozialen Strukturen – auch bei anderen Erkrankungen.

³⁴ DGUV Vorschrift 49, UVV Feuerwehren, Stand 01.10.2019

³⁵ Deutsches Ärzteblatt 2020, Text 214451, online

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (Herausgeber) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Auflage. Washington DC, 2013

DGUV Vorschrift 49, Unfallverhütungsvorschrift Feuerwehren, Stand 01.10.2019

Ehlert, Dr. Ulrike; *Am J Psychiatry* (engl.), 155/1998

Fengler, Jörg; *Handbuch der Suchtbehandlung*, Verlag ecomed; 1. Auflage, 2002

Frank, Peter; Kohlen, Martin; Mallmann-Kallenberg, Jan; Slatosch, Ulrich; Publikation „PSU für Einsatzkräfte“ des Arbeitskreis Psychosoziale Unterstützung NRW, Version 2.1.

Frank, Wolfgang; *Psychatrie*, Verlag Urban & Fischer, 15. Auflage, 2007

Gaßmann, Dr. Raphael; Raiser, Peter; Merfert-Diete, Christa; *Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm, Auflage 2.20.05.11

Möller, Hans Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno; *Psychatrie, Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Thieme Verlag, 6. Auflage, 2015

Pajonk, Frank-Gerald Bernhard; Cransac, Philippe; *Deutsche Feuerwehr-Zeitung Brandschutz*, Verlag Kohlhammer, Zeitschrift 03/2010

Raiser, Dr. Peter; Tönsmeise, Charlotte; *Alkohol am Arbeitsplatz, Eine Praxishilfe für Führungskräfte*; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm, Auflage 2019, 5.150.03.19

Schäfer, Ingo; *Jahrbuch Sucht 2020*, DHS e.V. 2020

Triebig, Gerhard; Kentner, Michael; Schiele, Rainer; *Arbeitsmedizin, Handbuch für Theorie und Praxis*, Gentner Verlag, 4. Auflage, 2014

A. ICD-Codes 10

<u>Code</u>	<u>Text</u>	<u>Erläuterung</u>
F43.0	Akute Belastungsreaktion	
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.2	Anpassungsstörung	
F43.20		Kurze depressive Reaktion
F43.21		Lange depressive Reaktion
F43.24		Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
F43.22		Angst und depressive Reaktionen, gemischt
F43.24		m. vorwiegender Beeinträchtigung a. Gefühle
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung	
F1x.0	Akute Intoxikation	
F1x.1	Schädlicher Gebrauch	
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom	
F1x.3	Entzugssyndrom	
F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir	
F1x.5	Psychotische Störung durch akuten Konsum	
F1x.6	Amnestisches Syndrom	
F1x.7	Psychotische Störung als Spätfolge	
F.63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	nichtstoffgebundene Abhängigkeit

B. Ergebnisprotokoll Fachinterviews

a. OBR Mario Rosenkranz, Berufsfeuerwehr Witten, Interview am 15.10.2020

Zur Person: Herr Rosenkranz ist Amtsleiter der Berufsfeuerwehr Witten und berichtete aus der Sicht eines Amtsleiters über das Vorgehen beim Auftreten eines Verdachts einer Suchterkrankung.

Zum Schutz von betroffenen Personen wird in diesem Ergebnisprotokoll lediglich auf die gezogenen Schlüsse Bezug genommen. Eine Nennung von Details erfolgt auf Grund der möglichen Rückverfolgbarkeit nicht.

Die ersten Auffälligkeiten des Betroffenen werden in der Regel dem direkten Fahrzeugführer oder dem Wachabteilungsleiter bekannt. Es ist wichtig, diesen Personen eine Handlungsanweisung und Hilfestellung zu bieten, da diese ansonsten eine eigene Lösung suchen und dies teilweise in den Bereich einer Co-Abhängigkeit mündet. Es ist des Weiteren wichtig, dass nicht versucht wird, eine Diagnose zu stellen, sondern dass lediglich Auffälligkeiten bemerkt werden. Nach Erfahrungen ist es vielmehr so, dass eine Suchterkrankung und andere psychische Auffälligkeiten die gleichen bzw. ähnliche Auswirkungen haben. So ist in der Stadtverwaltung Witten der Plan gereift, dass die Dienstvereinbarung „Sucht“ geändert wird und durch eine Dienstvereinbarung „Auffälligkeiten“ (Arbeitstitel fehlt noch) ersetzt wird. Hier wird auf das oben Gesagte reagiert.

Sollten sich die Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung verdichten, so bietet es sich weiterhin an, dass die Fahrzeugführer bzw. Wachabteilungsleiter frühzeitig aus dem Verfahren (Stufenplan) herausgelöst werden, da in der Regel in solchen Verfahren mit steigendem Druck gearbeitet wird. Dieser steigende Druck löst häufig Frust und Abneigung gegenüber den Gesprächspartnern aus, weswegen es für eine Wiederkehr des Betroffenen in den Dienstalltag gut ist, wenn er seine Vertrauenspersonen (Fahrzeugführer/WAL) behält.

b. Dipl.-Sozialarbeiterin Sieglinde Gubernator, Interview am 11. und am 27.11.2020

Zur Person: Frau Gubernator ist Sozialarbeiterin bei der Stadtverwaltung Frankfurt am Main und arbeitet in der innerstädtischen Personalberatungsstelle.

Die Personalberatungsstelle ist eine psychosoziale Beratungsstelle und für alle städtischen Bediensteten ansprechbar. Sie ist eine Querschnittsstelle für alle Beschäftigten in der Stadt Frankfurt, da nur dort Beratung in dieser Art durchgeführt wird.

Bei der Arbeit mit Personen, die Auffälligkeiten aufweisen, ist der erste Schritt, dass diese entdeckt werden, weil dann erst geholfen werden kann. Es wird in Frankfurt versucht, Personen mit Personalverantwortung dahingehend zu schulen, dass diese eine Handlungssicherheit darin entwickeln, Abwehrstrategien der Betroffenen zu erkennen und mit diesen umgehen können. Des Weiteren wird aufgezeigt, welche

Hindernisse im Handeln bei Personalverantwortlichen existieren und wie diese umgangen werden können.

Damit zukünftige Feuerwehrbeamtinnen und -beamten die Beratungsangebote und Hilfen der Personalberatungsstelle kennen, wird frühzeitig Kontakt zu ihnen aufgenommen. So wird in jedem Grundausbildungslehrgang die Arbeit der Personalberatungsstelle vorgestellt. Damit sollen Hemmschwellen reduziert und ein erster Kontakt hergestellt werden.

Eine weitergehende wünschenswerte Kontaktaufnahme, auch in die Wachen und jede Wachabteilung hinein, scheitert an den fehlenden Personalkapazitäten.

Die Erfahrung aus 19 Jahren Tätigkeit zeigt, dass es nie die eine Ursache für eine Suchterkrankung gibt, sondern dass sich häufig viele Ursachen gegenseitig bedingen (multifaktorielles Geschehen). So kann das regelmäßige – nach eigener Wahrnehmung notwendige – Bier nach dem Dienst Probleme in der Beziehung verursachen, wobei später dann die Beziehungsprobleme die Haupt-Ursache für eine manifestierte Sucht sein können.

Wichtig für wirksame Hilfestellung ist die frühzeitige Erkennung von Auffälligkeiten und Problemen und das Bereitstellen von niedrigschwelligen Hilfsangeboten. Bei Fortbestehen von Auffälligkeiten und Beanstandungen ist eine regelmäßige Ansprache der Personen seitens der Personalverantwortlichen notwendig und ermöglicht Hilfe.

c. HBMz Engelbert Schödder, Berufsfeuerwehr Köln, Interview am 14.12.2020

Zur Person: Herr Schödder ist Leiter des PSU-Teams der Berufsfeuerwehr Köln und bildet die Schnittstelle zwischen den betroffenen Einsatzkräften und der Branddirektion. Des Weiteren hat er sich in diesem Bereich weitergebildet, so ist er Fachberater für Psychotraumatologie und Heilpraktiker (Psychotherapie).

Der Zusammenhang zwischen Traumata und Suchterkrankungen wird häufig verkannt und stattdessen ein Zusammenhang zwischen der Suchterkrankung und dem Privatleben hergestellt. Schaut man aber hinter jeden speziellen Fall, so lässt sich häufig ein traumatisierendes Ereignis als Ursache ausmachen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass nach traumatischen Ereignissen schnellstmöglich ein Gesprächsangebot unterbreitet wird. Diese traumatischen Ereignisse können auch Kleinigkeiten sein. So ist ein Fall bekannt, in dem bei einem Verkehrsunfall – ohne Verletzte – ein Schultornister aufgefunden wurde und der beteiligte Gruppenführer nicht mehr handlungsfähig gewesen ist, da seine Tochter einen baugleichen hatte und kurz vorher eingeschult worden war.

So kann – je nach Struktur der Feuerwehr – auch ein PSU-Assistent ein Bindeglied zwischen Betroffenen und Feuerwehr sein. Der Wachabteilungsleiter bleibt Vorgesetzter und unvoreingenommen.

Der Bereich der Psychohygiene ist häufig nicht ausreichend bedacht im Alltag von Feuerwehrangehörigen. Die regelmäßige Schulung ist bei ehrenamtlichen Angehörigen gemäß der DGUV 49 bereits Pflicht. Auch viele Berufsfeuerwehren haben diese verpflichtend eingeführt, bilden ihre Einsatzkräfte über diesen Bereich der Gesundheitsvorsorge aber nicht fort.

C. E-Mailtext vom 05.10.2020

E-Mail an Berufsfeuerwehren vom 05.10.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf mich Ihnen kurz vorstellen. Mein Name ist Dennis Wichert und ich bin Brandreferendar des Institutes der Feuerwehr NRW. Wie in den Jahren zuvor ist auch nun wieder die Zeit für die Facharbeiten angebrochen, weswegen ich Ihre Hilfe benötige.

Meine Facharbeit braucht für eine breite Basis weitreichende Information aus den einzelnen Feuerwehren. Ich hoffe Sie werden mich bei dieser Facharbeit unterstützen. Ich werde selbstverständlich meine Ergebnisse und Erkenntnisse mit Ihnen teilen.

Mir ist es wichtig mitzuteilen, dass die Ergebnisse meiner Facharbeit anonymisiert dargestellt werden, weil an jedem einzelnen „Datensatz“ -es tut mir leid für diesen Begriff- ein menschliches Schicksal hängt. Diese Arbeit kann aber ggf. auch dazu dienen zukünftige Schicksale besser einschätzen zu können und diesen dann besser -vielleicht sogar früher- helfen zu können.

Mein Thema:

Suchterkrankungen im Einsatzdienst

In manchen Fällen ist Sucht eine Folge von Stress – teilweise aus dem Einsatzdienst resultierend. Recherchieren Sie u.a. an den Suchtberatungsstellen der Städte mit Berufsfeuerwehren nach anonymisierten Beispielen und deren Ursachen. Schematisieren Sie die ermittelten Fälle und ziehen Sie Schlüsse auf mögliche Maßnahmen, um den Ursachen entgegenzuwirken.

Wenn Sie mich unterstützen möchten, bitte ich Sie um Beantwortung von folgenden Fragen:

1. Erheben Sie Daten über Suchterkrankungen im Einsatzdienst?
2. Gab es in den letzten 3 Jahren (2017, 2018, 2019 und 2020) Suchterkrankungen bei Einsatzkräften (SB) in Ihrer Berufsfeuerwehr?
3. Gab es spezifische Ursachen für diese Suchterkrankung? Wenn ja. Waren diese unter anderem auch mit dem Einsatzdienst in Verbindung zu bringen? Wenn ja, welche Gründe waren maßgebend.
4. Gibt es bei Ihrer Berufsfeuerwehr / Stadtverwaltung standardisierte Abläufe beim Verdacht auf Vorliegen einer Suchterkrankungen, bzw. bei Vorliegen einer Suchterkrankung? Wenn ja welche?

Zur Erfassung der einzelnen anonymisierten Fälle ist es notwendig, für jede einzelne betroffene Person Grunddaten wie z.B. Alter, Dienstalter, Dienststellung, Ursache, spezifische Suchterkrankung, getroffene Maßnahme usw. zu erheben. Zur Erhebung dieser Daten werde ich Ihnen im weiteren Verlauf ein auszufüllendes Dokument zukommen lassen.

Sollten Sie Betroffene haben, deren Suchterkrankungen auf den Einsatzdienst zurückzuführen ist, und die an einem persönlichen Gespräch Interesse haben, so bitte ich um Kontaktaufnahme.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, ohne Ihre Hilfe wäre diese Facharbeit undenkbar.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Dipl. Jur. Dennis Wichert
Rechtsassessor
Brandreferendar

Institut der Feuerwehr NRW
Brandreferendar
Wolbecker Str. 237
D-48155 Münster
Fon: 0160/95965210
E-Mail: dennis.wichert@mail.idf.nrw.de



D. Ergebnisse Auswertung Anfrage v. 05.10.2020

Ifd Nr.	Person	Ursache	Sucht
1	Mann	Partnerschaft, Trauer	Alkohol
2	Mann	unbekannt	Cannabis
3	Mann	diverse Erkrankungen, Partnerschaft, finanzielle Probleme	Alkohol
4	Mann	Tod der Partnerin, Schlafstörungen	Alkohol
5	Mann	Partnerschaft, Schulden	Alkohol
6	Mann	Gesundheit, familiäre Probleme	Alkohol
7	Mann	PTBS	Alkohol
8	Mann	unbekannt	Spielsucht
9	Mann	Partnerschaft, Schulden, Trauer	Alkohol
10	Mann	Familiäre Probleme	Alkohol / Sex
11	Mann	PTBS	Alkohol
12	Mann	unbekannt	unbekannt
13	Mann	unbekannt	unbekannt
14	Mann	unbekannt	unbekannt
15	Mann	unbekannt	unbekannt
16	Mann	privater Bereich	unbekannt
17	Mann	privater Bereich	unbekannt
18	Mann	privater Bereich	unbekannt
19	Mann	privater Bereich	Alkohol
20	Mann	privater Bereich	Alkohol
21	Mann	privater Bereich	Alkohol
22	Mann	Erkrankung	Alkohol
23	Mann	unbekannt	Alkohol
24	Mann	unbekannt	Alkohol
25	Mann	privater Bereich	Alkohol
26	Mann	privater Bereich	Alkohol
27	Mann	privater Bereich	Alkohol
28	Mann	privater Bereich	Medikamente
29	Mann	privater Bereich	Alkohol
30	Mann	privater Bereich	Alkohol
31	Mann	PTBS	Alkohol
32	Mann	PTBS	Alkohol
33	Mann	PTBS	Alkohol
34	Mann	privater Bereich	Mischkonsum

Die weiteren Daten sind dem Verfasser mit mindestens dem Dienort bekannt, wurden jedoch, absprachegemäß mit den zur Verfügung stellenden Dienststellen, nicht in diese Auflistung aufgenommen, da ansonsten eine Rückverfolgbarkeit hätte gegeben sein können. Auf Nachfrage können diese vorgezeigt werden.

E. Berechnung

Zahl der Einsatzbeamtinnen und -beamte (anonymisiert), entnommen aus den Jahresberichten 2019. Berücksichtigt wurden Berufsfeuerwehren, die mindestens einen Suchterkrankten gemeldet haben. Eine Pauschale Aussage, dass keine Suchterkrankten zu verzeichnen sind, wurde einstweilen nicht betrachtet.

<u>lfd. Nr.</u>	<u>Einsatzbeamte</u>	<u>Gesamt inkl. Verwaltung etc.</u>
1	392	515
2	1033	1066
3	628	734
4	33	33
5	1000	1200
6	257	306
7	1380	1426
8	180	200
9	103	104
10	94	104
11	330	330
12	120	120
13	45	50
14	100	110
Gesamt:	<u>5695</u>	<u>6298</u>

Berechnung Anteil Suchterkrankte

Gesamt:

Suchterkrankte der Jahre 2017-2020:

=

5695 Einsatzbeamtinnen und Beamte

34 Einsatzbeamte

0,597 % (gerundet 0,60%)

F. Lehrinhalte B-Lehrgänge

B I

(entnommen aus Stundenplan B I BF Köln, in Anlehnung an Positionspapier AK PSU VdF NRW und AGBF NRW)

Fachunterricht PSU / Einsatznachsorge / Stressmanagement

Dauer 18 UE

Aktuelle Änderung durch Arbeitskreis PSU VdF NRW und AGBF NRW

B III

(entnommen aus Lernzielen B III (NRW) und Stundenplan IdF NRW zum Modul Mitarbeiterführung)

Modul Menschenführung

Dauer: 1 Woche (hier 12 UE)

Ziel: Der Lehrgangsteilnehmer besitzt Kenntnisse im Bereich Führungs- und Kommunikationspsychologie sowie der Stressprävention und –nachsorge und kann diese als Einheitsführer von taktischen Einheiten (Führungsstufe A), als Leiter einer Brandsicherheitswache sowie als Vorgesetzter im regulären Dienstbetrieb anwenden. Er ist sich seiner Stellung in der Feuerwehr und seiner Vorbildfunktion und Führungsaufgabe bewusst.

Inhalt:

- Führungs- und Kommunikationspsychologie
- Stress und belastende Situation
- Ethik
- Nachbereitung belastender Situationen

B IV

(entnommen aus Unterrichtsverlaufsplan Akademie Mont-Cenis Herne)

5. Ausbildungsabschnitt

Lehrgang Menschenführung – Teil I und II

Dauer: 2 x 2 Wochen (hier 24 UE)

Ziel: Die Teilnehmerin oder der Teilnehmer soll die Grundkenntnisse der Personal- und Menschenführung erwerben, die zur Ausübung der Tätigkeit in der Laufbahn des ersten Einstiegsamtes der Laufbahngruppe 2 des feuerwehrtechnischen Dienstes

erforderlich sind.

Inhalte:

- Personalführung,
- Moderation und Verhandlung,
- Beurteilungswesen,
- Stressbewältigung und Einsatznachsorge/PSU,
- Zeit- und Selbstmanagement,
- Qualitätsmanagement,
- Suchtbewältigung,
- Berufsethik,
- Öffentlichkeitsarbeit und Personalplanung

B VI

(entnommen aus Stundenplan IBK Heyrothsberge)

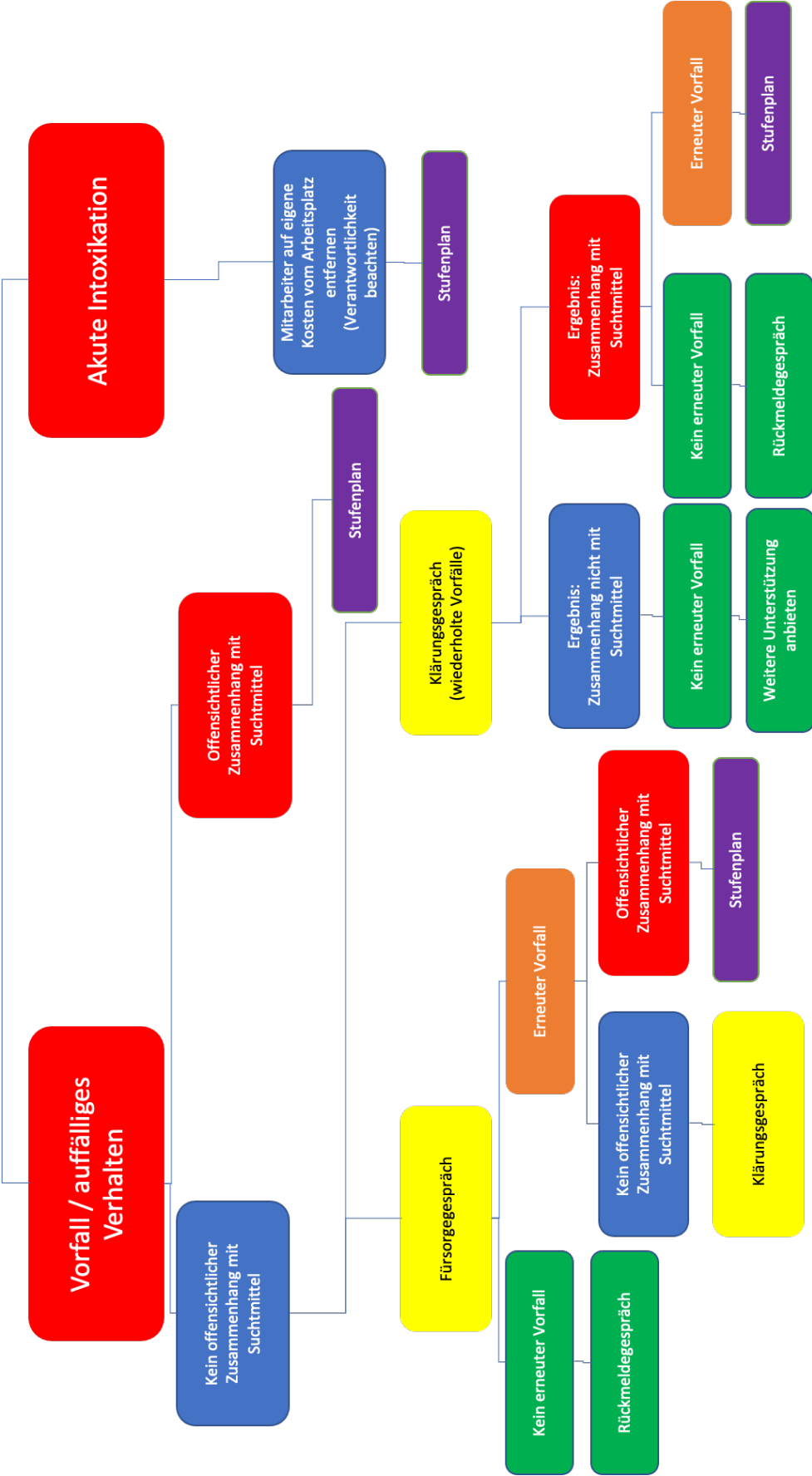
- 9. Ausbildungsabschnitt
- Führungslehrgang III
- Dauer: 6 Wochen (hier 40 UE)
- Ausbildungsstelle: zentrale Ausbildungsstelle

Ziel: Der Beamte soll die Grundkenntnisse der Personal- und Menschenführung erwerben, die zur Ausübung der Tätigkeit als Abteilungs- oder Amtsleiter in der Laufbahn des zweiten Einstiegsamtes des feuerwehrtechnischen Dienstes erforderlich sind. Er soll in die Betriebswirtschaftslehre eingeführt werden.

Inhalte:

- Personalführung;
- Moderation und Verhandlung;
- Beurteilungswesen;
- Stressbewältigung und Einsatznachsorge;
- Suchtbewältigung;
- Zeit- und Selbstmanagement;
- Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre;
- Qualitätsmanagement;
- Öffentlichkeitsarbeit;
- Grundlagen des Katastrophenschutzes und Zivilschutzes in Deutschland sowie der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten der EU im Katastrophenschutz

G. Anlage Darstellung Abbildung (groß)



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Dennis Wichert, die vorliegende Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Quellen angefertigt zu haben. Alle aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet.

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

Halver, den 27.12.2020

.....

BRef Dennis Wichert
Rechtsassessor