



BUNDESVERWALTUNGSAMT

Zentralstelle für Zivilschutz



Stress im Katastrophenschutz

Zwischenbilanz und Forschungsbedarf

Ergebnisse eines Workshops



Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz

Schriftenreihe: WissenschaftsForum

Band 2

Bundesverwaltungsamt

**Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und
Zivilschutz
AKNZ**

und

**Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V.
DGKM e.V.**

Workshop

**„Stress im Katastrophenschutz“
Zwischenbilanz und Forschungsbedarf**

Herausgeber:

Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz –
Deutschherrenstraße 93, 53177 Bonn-Bad Godesberg

im Auftrag des Bundesministeriums des Innern

Die Beiträge geben die Meinung der Autoren wieder. Sie stellen keine Äußerung des Herausgebers dar und sind auch nicht als solche auszulegen.

INHALTSÜBERSICHT:

Programm Workshop	5
-------------------------	---

Workshop (14./15. 11. 2000)

- Begrüßung der Teilnehmer	7
- Ergebnisprotokoll	9
- Wolf R. Dombrowsky: <i>Forschungsstand und Desiderate</i>	22
- Jutta Helmerichs: <i>Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznachsorge Eschede</i>	51
- Prof. Dr. Willi Butollo: <i>Forschungsbedarf zur Stressbewältigung und Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht</i>	67

Statements

- Gregor Domes, Prof. Martin Hautzinger, Ursula Reichwald: <i>Primäre und Sekundäre Prävention im Katastrophenschutz</i>	84
- Oliver Gengenbach: <i>Statement der SbE-Bundes- vereinigung „Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen“ e.V.</i>	103
- Kai Gusek: <i>Statement der Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsoerger in Deutschland</i>	110
- Dr. Frank Hallenberger: <i>Ist-Stand der Krisenintervention in der Polizei Rheinland-Pfalz</i>	117
- Harald Halpick, Jörg Lüssem: <i>Statement der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.</i>	121
- Dr. Jutta Helmerichs: <i>Einsatznachsorge beim ICE-Unglück in Eschede</i>	124

- Dipl.-Chem. Harald Herweg: <i>Aktivitäten der Berliner Feuerwehr auf dem Gebiet der psychosozialen Betreuung</i>	142
- Dr. med. Hartmut Jatzko, Sybille Jatzko: <i>Statement zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“</i>	149
- VLR Keilholz, Dr. med Peter Platiel: <i>Statement zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“</i>	155
- Dr. Ing. Peter Ladewig: <i>Vorbereitung und Bewältigung belastender Einsatzsituationen</i>	160
- Erneli Martens: <i>Anfragen an die Forschung</i>	163
- Erneli Martens, Jörg Schallhorn: <i>Stress und Stressbewältigung bei der Landesfeuerwehr Hamburg</i>	164
- Thomas Mitschke: <i>Statement der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“</i>	167
- Werner Müller: <i>Das Mediatorenmodell der Malteser</i>	170
- Horst Schülke: <i>Statement des Bayerischen Staatsministeriums des Innern</i>	172
- Peter Schüssler: <i>Statement der Beratungs- und Koordinierungsstelle „Psychische Einsatzbelastungen und Einsatznachbereitung“ an der Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz</i>	174
- Peter Schüssler, Dipl.-Psych. Dieter Wagner: <i>Statement zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“</i>	179
- Prof. Dietrich Ungerer: <i>Forschungs- und Klärungsbedarf</i>	182
- Hanjo von Wietersheim: <i>Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst</i>	184
- Teilnehmerliste	192

WORKSHOP

14./15. November 2000

Seminarnummer: 00/46-13

PROGRAMM:

Freitag, 14. November 2000

- 13.30 Uhr **Begrüßung** durch den Präsidenten des BZS, Herrn Schuch⁽¹⁾
 13.40 Uhr **Organisatorische Hinweise, Reisekosten**
 14.00 Uhr **Einführung**, Prof. Dr. Wolfgang Weiss
 14.20 Uhr **Forschungsstand und Desiderate**,
 Dr. Wolf R. Dombrowsky
 14.50 Uhr **Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznachsorge**
Eschede, Dr. Jutta Helmerichs
 15.10 Uhr **Pause**
 15.40 Uhr **Statements zu angewandten Verfahren, interner**
Fortbildung, Forschungsaktivitäten und -bedarf,
 Teilnehmer des Workshops,
 Moderation: Prof. Dr. W. Weiss
 17. 10 Uhr **Forschungsbedarf zur Stressbewältigung und**
Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht,
 Prof. Dr. W. Butollo

15. November 2000

Moderation: Prof. Dr. W. Weiss

- 08.30 Uhr **Diskussion „Möglichkeiten des Rückgriffs auf vorhandene Einrichtungen der Vorbereitung und Nachsorge“**
 10.00 Uhr **Pause**
 10.30 Uhr **Diskussion „Forschungsbedarf zur Verbesserung der fachlichen Grundlagen für Maßnahmen der Vor- und Nachsorge“**
 12.00 Uhr **Zusammenfassung**

Begrüßung der Teilnehmer des Workshops

durch Präsident Helmut Schuch⁽¹⁾

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Professor Weiss,

ich begrüße Sie hier an der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz im Bundesamt für Zivilschutz⁽²⁾ in Bad Neuenahr-Ahrweiler recht herzlich zu dem Workshop mit dem markanten Titel „Stress im KatS“, der unter fachlicher Leitung der Schutzkommission steht.

Wie Sie wissen, bedeutet Stress im KatS natürlich nicht, dass die Helfer des Katastrophenschutzes in Stress versetzt werden sollen, sondern – ganz im Gegenteil – dass es um Möglichkeiten der Stressbewältigung und Stressverarbeitung geht.

Mit der Auswahl des Veranstaltungsortes Bad Neuenahr-Ahrweiler im landschaftlich reizvollen Ahrtal, am Rande der Weinberge, haben die Organisatoren ihren Teil dazu vorgeleistet, dass Sie diese zwei Tage hoffentlich stressfrei genießen können. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Akademie werden dazu beitragen, Ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Lassen Sie mich an dieser Stelle für diejenigen von Ihnen, die heute zum ersten Mal hier sind, zunächst einige Worte über die Akademie und ihre Aufgaben sagen:

Die AKNZ bietet im Rahmen des gesetzlichen Lehrauftrags des Bundesamtes für Zivilschutz einen umfangreichen, vielfältigen Seminarplan an, der im Wesentlichen folgende Bausteine beinhaltet:

- Sie führt für Mitarbeiter aus allen staatlichen und kommunalen Verwaltungen sowie aus verschiedenen Bereichen der Wirtschaft Seminare zu Themen der zivilen Verteidigung, insbesondere der Sicherstellungsgesetze, durch.
Sachbearbeiter von Katastrophenschutzbehörden, Mitarbeiter der Feuerwehren, der Hilfsorganisationen und aus Betrieben kommen nach Ahrweiler, um die Aufgaben des Zivilschutzes und deren korrekte Umsetzung in die Praxis zu erlernen.
- Menschen, die sich mit Kulturgütern befassen, Baufachleute, Veterinäre, Mitarbeiter der Gesundheitsverwaltung und von chemischen, Veterinär- und Umweltuntersuchungsämtern, sie alle finden themenbezogene Seminare an der AKNZ.

Interessenten informiert die AKNZ mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit über Schutz- und Hilfeleistungsmöglichkeiten und motiviert für die Aufgaben und Maßnahmen der zivilen Verteidigung und des Zivilschutzes.

- Workshops, Gesprächskreise und internationale Seminare mit hochrangigen Repräsentanten aus Verwaltung und Wissenschaft ergänzen die Öffentlichkeitsarbeit der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz.

Meine Damen, meine Herren, ich freue mich, dass Sie so zahlreich der Einladung gefolgt sind, um an diesem Workshop der AKNZ teilzunehmen und durch Einbringen Ihrer persönlichen Erfahrungen und Erkenntnisse zum Gelingen dieser Veranstaltung beizutragen. Stressbewältigung und Stressverarbeitung – das ist ein Themenkomplex, der in zunehmendem Maße an Bedeutung gewinnt und dessen Wichtigkeit gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Das Ausmaß der Unglücke wird immer schwerer, die Belastung für die Einsatzkräfte immer heftiger und jeder, der die Bilder von Eschede, Brühl oder Enschede vor Augen hat, kann sich vorstellen, was die Helfer durchmachen mussten. Sie brauchen – und haben ein Recht auf qualifizierte Hilfe. Und diese zu ermöglichen, hoffe ich, dazu wird dieser Workshop beitragen.

Abschließend möchte ich mich bei der Kommission zum Schutz der Zivilbevölkerung beim Bundesminister des Innern – oder auch kurz Schutzkommission genannt – dafür bedanken, dass sie die fachliche Leitung des Workshops übernommen hat. Diese Kommission hat die Aufgabe, die Bundesregierung in wissenschaftlichen bzw. wissenschaftlich-technischen Fragen des Schutzes der Zivilbevölkerung, insbesondere bei der Ermittlung des Forschungsbedarfs und der Umsetzung von Forschungsergebnissen, zu beraten.

Ich wünsche dem Workshop einen erfolgreichen und vor allen Dingen stressfreien Verlauf.

- 1) Helmut Schuch war Präsident des Bundesamtes für Zivilschutz von 1996 bis zur Auflösung des Bundesamtes zum 31.12.2000. Seit dem 01.01.2001 werden die Zivilschutzaufgaben des Bundes durch die Zentralstelle für Zivilschutz des Bundesverwaltungsamtes wahrgenommen.
- 2) Die Akademie war Teil des inzwischen aufgelösten Bundesamtes für Zivilschutz. Seit dem 01.01.2001 ist die Akademie Teil des Bundesverwaltungsamtes.

Ergebnisprotokoll

Einführung und Zielsetzung

Der tragische Unfall der Gletscherbahn am Kitzsteinhorn, die Folgen der Lawinen- und Murenabgänge in den Alpen, die Brände im Tauern- und Mont-Blanc-Tunnel wie auch die Zugangslücke von Brühl und Eschede im eigenen Lande haben einer breiten Öffentlichkeit zu Bewusstsein gebracht, wie sehr Opfer, Angehörige und auch Helfer während und oftmals noch lange nach derart einschneidenden Ereignissen psychisch leiden. Aus unmittelbarer Fürsorgepflicht sind wir es unseren Einsatzkräften schuldig, uns um diese psychischen Beeinträchtigungen ebenso zu kümmern wie um die physischen. Dies gilt grundlegend auch für die Opfer und deren soziales Bezugsfeld. Sie haben ein Anrecht auf Hilfe, Betreuung, Unterstützung und Rehabilitation. Gesundheit umfasst körperliches und seelisches Wohlbefinden und es wäre ein unerträglicher Widerspruch zu unserer Gesellschafts- und Werteordnung, überließen wir die besonders zu Schaden gekommenen Mitglieder ihrem Schicksal.

Es wäre jedoch unredlich, spräche man nicht zugleich darüber, wie und von wem diese Hilfe erbracht, wer unter welchen Bedingungen darauf einen Anspruch erhalten, wie dieser Anspruch normiert und institutionalisiert werden soll und von wem letztlich die Kosten zu tragen sind. Längst existieren auch in unserem Lande Kriseninterventionsteams, Nachbetreuungsdienste und Notfallseelsorger, rücken diese speziell ausgebildeten Kräfte bei Einsätzen mit aus, kümmern sich um Opfer und Einsatzkräfte, beurteilen, ob und ggf. welche Hilfen notwendig sind und raten zu weiterführenden Schritten. Es ist kein Geheimnis, dass dabei berufsständische, arbeits- und versicherungsrechtliche und vor allem fachliche Konflikte auftreten müssen.

Zurzeit herrscht eine gewisse „Gründungseuphorie“. In der Helferschaft des Katastrophenschutzes und den potenziell betroffenen Einsatzkräften – bei Rettungsdienst, in den Sanitäts- und Betreuungsdiensten, bei Feuerwehr und Polizei, aber auch im Auslandskatastrophenschutz, der humanitären Hilfe und bei der Bundeswehr – spürt man eine gewisse Erleichterung, psychische Belastungen nunmehr offen ansprechen und zudem auch auf spezifische Hilfsangebote zugreifen zu können. Die Nachfrage ermutigt die Angebotsseite. Inzwischen installieren alle einschlägigen Organisationen, Kirchen, Feuerwehr, Polizei und Bundeswehr eigenständige Betreuungsdienste, formieren sich Fach- und Berufsverbände und werden gesetzliche Regelungen und Kostenträgerschaft nachgesucht.

Zugleich beweisen die dabei auftretenden Konflikte, dass nicht nur Klärungs-, sondern vorgängig noch Forschungsbedarf besteht. Dies zeigt sich sowohl im Zuge der Lehrgänge der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz als auch anhand einiger einschlägiger Forschungsanträge, die im weitesten Sinne zum Themenbereich „Posttraumatische Belastungsstörungen“ beim Bundesamt für Zivilschutz eingereicht wurden. Gerade weil sich derzeit eine praktische Krisenintervention ausdifferenziert, weltweit zum Themenbereich geforscht wird und zunehmend breitere Erfahrungsbestände im Zuge vielfältiger Einsätze hinzugewonnen werden, erschien es der Akademie, dem Bundesamt und der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern sinnvoll und hilfreich, noch vor jeder Mittelvergabe einmal Praktiker, Verbands- und Organisationsvertreter, Wissenschaftler und Auftraggeber an einen Tisch zu bringen und einen Klärungsprozess zu initiieren. Als besonderer Mangel erscheint bislang eine fehlende Übersicht darüber, was weltweit eigentlich bereits erforscht ist, was derzeit erforscht wird, welche Erfahrungsstände vorliegen und welche Umsetzungserkenntnisse sich als gesichert und verlässlich erwiesen haben. Auch dazu sollte der Workshop beitragen, an dessen Ende es gemeinsam gelingen sollte, zukünftige Forschungsschwerpunkte zu identifizieren und zu gewichten.

Den beiden Tagen des Workshops lassen sich grob zwei Themenstellungen zuordnen: Der erste Tag galt dem Überblick über Vorhandenes aus Wissenschaft und Praxis, hier insbesondere anhand der Statements; beides fragte nach dem Helfenden in der akuten Situation, insbesondere nach Prävention und Nachsorge, nach Verfahren, Ausbildung und Einsatzprozeduren. Im Vordergrund stand das Zusammentragen und Austauschen. Übereinstimmendes, Abweichendes und Unterscheidendes sollte sichtbar werden.

Der Einführung in die Thematik dienen eingeladene Vorträge zu folgenden Themen:

- Forschungsstand und Desiderate (Dr. Dombrowski)
- Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznachsorge Eschede (Dr. Helmerichs)
- Forschungsbedarf zur Stressbewältigung und Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht (Prof. Butollo)

Der zweite Tag zielte auf den fachlichen Bedarf, auf die Systematisierung von Erfahrung und Erkenntnissen und schließlich auf die nächstliegend zu beforschenden Fragestellungen. Hier sollte das Zu-

sammengetragene diskutiert und verhandelbar gemacht, aber auch für die Zwecksetzungen des Operativen abgeklopft werden.

Bereits vor dem Workshop wurden die Teilnehmer um schriftliche Stellungnahmen gebeten. Zahl und Umfang spiegeln das Interesse und die hohe Motivation wider und bestätigen zugleich die Notwendigkeit eines Klärungsprozesses. Die wichtigsten Ergebnisse der Diskussionen werden im Folgenden zusammengefasst. Die Moderation der Diskussion hatte Prof. Dr. Wolfgang Weiss, Geschäftsführer der Schutzkommission, übernommen.

Der Diskussion wurden zwei Hauptfragestellungen zu Grunde gelegt:

1. Möglichkeiten des Rückgriffs auf vorhandene Einrichtungen der Vorbereitung und Nachsorge
2. Forschungsbedarf zur Verbesserung der fachlichen Grundlagen für Maßnahmen der Vor- und Nachsorge

Zusammenfassung der Diskussion zum Themenbereich 1

Möglichkeiten des Rückgriffs auf vorhandene Einrichtungen der Vorbereitung und Nachsorge

Aus den vorliegenden Statements, den vorangegangenen Rede- und Diskussionsbeiträgen ließen sich vier Zentralbereiche identifizieren, die übereinstimmend als Bedingungen der Möglichkeit eines Rückgriffs auf Einrichtungen der Vorbereitung und Nachsorge angesehen wurden:

- Rahmenbedingungen schaffen und optimieren
- Organisatorische Festlegungen treffen
- Verantwortlichkeiten und Qualitätsprofile festlegen
- Kosten und Kostenübernahme regeln

In den Bereich „Rahmenbedingungen“ gehört, wie insbesondere die Beiträge von Clausen, Dombrowsky, Platiel und Schüssler betonten, die Schaffung gesetzlicher Grundlagen, zumindest aber eines Legalrahmens, durch den Art und Umfang, möglicherweise auch Kompetenzen der entstehenden Akutversorgung regulierbar werden. Davon zu unterscheiden, in gewisser Weise nachgeordnet, aber gleichwohl nicht weniger wichtig sind die „organisatorischen Festlegungen“, unter die sich von der Alarmierung bis zur „Ausrückeordnung“, der technischen Ausstattung

und Ausrüstung letztlich das Operative der gesamten Einsatzorganisation und -abwicklung fassen ließe. In den Bereich „Verantwortlichkeiten und Qualitätsprofile“ gehören die mit Ausbildung, Qualifizierung, Evaluierung, Supervision charakterisierbaren Aufgabenfelder und auch die Fragen der Qualitätsstandards und -sicherung. Der Bereich „Kosten und Kostenübernahme“ wurde nur am Rande erörtert.

In einem erweiterten Sinne gehört zu den „Rahmenbedingungen“ auch die Möglichkeit der Handelnden selbst, ihr Handeln reflektieren und diskutieren zu können. Mehrmals klang der Begriff „Netzwerk“ an, sodass die

- Schaffung eines Netzwerkes der Akutversorgung, Nachsorge, Krisenintervention und Notfallseelsorge

sinnvoll und hilfreich erschien, zumal darüber auch ein kontinuierlicher

- Erfahrungsaustausch zwischen „Anbietern“, „Kunden“ und Wissenschaft

ermöglicht werden könnte, der zugleich das ebenfalls häufig angesprochene Kenntnisdefizit über die

- a) „Mitanbieter“ im Feld
- b) deren Praxislösungen, Konzepte und Einsatzerfahrungen
- c) die verfügbaren und aktuell durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen behöbe.

Einzelaspekte der Diskussion

Hanjo von Wietersheim wünschte Klärungsbedarf zur Marktmetaphorik von Anbietern und Kunden. Notfallseelsorge sei definitionsgemäß die Betreuung der Geschädigten, hier aber scheine auch die Betreuung der Einsatzkräfte mit eingeschlossen. Aus Sicht der Notfallseelsorge wäre ein Netzwerk zur Unterstützung der Einsatzkräfte erforderlich. Dem widersprach Andreas Müller-Cyran, der darin eine unzulässige Einschränkung auf spezifische Zielgruppen aus Sicht eines spezifischen Anbieters sah. Tatsächlich sei doch, so Müller-Cyran, die Feuerwehrseelsorge, für die Hanjo von Wietersheim spreche, „eine Teilmenge der Notfallseelsorge“ und es gehe doch schließlich um alle, die solche Dienstleistungen anbieten, gleichgültig wie man sie nun benenne. Die weitere Diskussion favorisierte schließlich eine Formulierung, die größtmögliche Offenheit gewähre. Sybille Jatzko verwies

darauf, dass zukünftig vielleicht auch SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen im Bereich der Akutbetreuung tätig werden könnten, man also zu Beginn nicht mehr, sondern weniger Verbandsinteressen vertreten müsse.

Im Bereich „Verantwortlichkeiten und Qualitätsprofile“ lautete die zentrale Forderung:

- Vereinheitlichung der Ausbildung und Fortbildung

ganz im Sinne der Forderung von Prof. Butollo, man möge von allen Ansätzen das Beste nehmen und es zum gemeinsamen Nutzen aller zusammenfügen. Dies aber nicht, wie der Moderator betonte, als missverständliche Harmonisierung, bei der alle auf das Gleiche verpflichtet würden, sondern im Sinne einer Orientierung am Bestmöglichen bei gleichzeitiger Vielfalt der Umsetzung und Anwendung. „Vereinheitlichung“ bedeute somit keinen Einheitsbrei, sondern die Möglichkeit, auf eine gemeinsam geteilte Referenz zugreifen zu können, wenn man so wolle, auf einen Maßstab, von dem aus sich Qualität bemessen lasse.

Auch hier haben die vorausgehenden Beiträge vielfach darauf verwiesen, dass eine wie immer gefasste Notfallpsychologie und -seelsorge evaluiert und validiert werden sollte. Dies nicht, um das Tätigkeitsfeld vor Konkurrenz abzuschotten, sondern um einen kontinuierlichen Prozess der Qualitätssteigerung auf einer nachvollziehbaren, transparenten Basis in Gang setzen zu können.

Die Frage der „Produktqualität“ ist eng verbunden mit der Definition und Definierbarkeit von Qualitätsstandards. Dies wiederum setzt einen Einigungsprozess über Mindeststandards voraus, worauf Dr. Dombrowsky hinwies. Man müsse sich über alle Organisationsgrenzen und -interessen hinweg darüber klar werden, dass es einer verbindlichen Grundfertigkeit bedarf, unterhalb derer niemand auf Menschen in Ausnahmesituationen „losgelassen“ werden dürfe. Hier gäbe es, so Dr. Dombrowsky, doch einen gravierenden Unterschied zu physischen Traumen, weil man dabei leichter und schneller Kunstfehler erkennen könne. Es gehe also nicht nur um Zielgruppen der Ausbildung, sondern auch um eine zielgruppengerechte, dienstspezifische Ausbildung: Wer erhält für welche Leistung welche Ausbildungstiefe? Bislang gibt es auch im Bereich Akuthilfe so etwas wie Laienhilfe, z.B. die tröstende Hausfrau, bis hin zur höchst professionellen Hilfe wie z.B. den ausgebildeten Psychologen oder Psychiater. Dazwischen bewegt sich eine

herangebildete Helferschaft, die, in welcher Form auch immer, in Krisenintervention, vielleicht auch noch in Gesprächstherapie ausgebildet wurde. Zudem müsse, so der Hinweis von Nathalie Kimiai, zwischen „primärer“ und „sekundärer“ Intervention unterschieden werden, also auch nach dem ob und wie einer Sofort-Diagnostik, einer weiterführenden Behandlung und der danach vielleicht erforderlichen Weiterleitung in eine Heilbehandlung oder Rehabilitation.

An dieser Stelle wurde der Begriff „psycho-soziale Betreuung“ problematisiert. Auch wenn im Vordergrund begriffliche Präzisionen standen, ging es doch letztlich um Begrenzungen oder Weiterungen von Aufgabenfeldern, wenn man so will, um das Abstecken von „claims“. So erschien einsehbar, dass „psycho-soziale Betreuung“ weiter gefasst ist als „Nachsorge“ und „Nachsorge“ selbstverständlich anderes meint als „Prävention“. „Seelsorge“ wiederum schließt, von ihrem eigenen Selbstverständnis her, sämtliche Formen der Sorge für den Nächsten, insbesondere den in Not, ein. Doch auch der Vorschlag, einfach in Vor- und Nachsorge zu unterteilen, fand keine generelle Zustimmung. Hartmut Jatzko widersprach Oliver Gengenbach, der den Begriff „Notfallpsychologie“ als allgemeinsten Oberbegriff für alle vor- und nachsorgenden Tätigkeiten vorgeschlagen hatte. Der Begriff „Notfallpsychologie“, so Jatzko, sei „bereits besetzt“ und berufsverbandlich definiert. Man müsse umgekehrt auf Offenheit der Begrifflichkeit setzen, um nicht bestimmte Hilfeformen auszuschließen, insbesondere Laienhilfe. Dr. Platiel wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass über Ausbildung, genau im Jatzkoschen Sinne, immer auch Qualitätsurteile begründbar und damit jene ausgrenzbar würden, die diesen Standards nicht entsprechen. Auf diese Weise könne man nicht nur Laienhilfe, sondern auch universitär Forschende ausschließen. Die Teilnehmer des Workshops einigten sich schließlich darauf, den Begriff „Psychosoziale Notfallversorgung“ als Bezeichnung für die Nachsorge zu verwenden und definierten ihn als „die Gesamtheit aller Maßnahmen zur Betreuung der Geschädigten und zur Begleitung und Unterstützung der Einsatzkräfte“. Damit sollen alle in der Nachsorge aktiven Gruppen, hauptamtliche, ehrenamtliche sowie besondere Berufsgruppen umfasst werden.

Prof. Butollo lenkte auf die zentrale Forderung nach einer Vereinheitlichung der Aus- und Fortbildung zurück und wies darauf hin, dass es an dieser Stelle nicht um den Zuschnitt von Aufgabenfeldern ginge, sondern um den Vergleich und die Nutzbarmachung der unterschiedlichen Aus- und Fortbildungsansätze und -konzepte, unabhängig davon, unter welchen Überschriften sie rubrizierten.

Ulrike Pohl-Meuthen fragte nach der Verbindlichkeit solcher Überlegungen. Wenn man wisse, wer welche Aus- und Fortbildung mit welchen Inhalten betreibe, ob es dann nicht sinnvoll wäre, ganz im Sinne Prof. Butollos, aus den „best practice“-Modulen eine gemeinsame, für alle verbindliche Grundausbildung zu schneiden? Der Moderator wandte ein, dass es momentan nur darum ginge, die Möglichkeiten zu eruieren, die gegeben sein müssten, damit überhaupt erst einmal Transparenz darüber entstünde, welche verschiedenen Aus- und Fortbildungskonzepte es bislang gibt und ob daraus dann ein bestmögliches Curriculum hergeleitet werden könne. Die Frage nach einer darauf verbindlichen Festlegung könne hier gar nicht gestellt werden, verweise aber auf den Bereich „Rahmenbedingungen“ zurück und damit auch auf das Erfordernis, Aufgaben- oder Tätigkeitsfelder beinahe wie im Sinne einer Arbeitsplatzbeschreibung zu konkretisieren. Dem stimmte Hanjo von Wietersheim ausdrücklich zu: „Ich denke, es ist das Problem, dass die Landschaft derzeit bei den Organisationen vollkommen unterschiedlich ist, dass wir bei den Feuerwehren durchentwickelte Curricula noch nie gehört haben, während andere Organisationen schon ganz ausgefeilte und durchgezogene Konzepte haben. Das ist die Schwierigkeit.“ Dem stimmte das Auditorium zu. Es gehe derzeit doch vor allem darum, überhaupt erst einmal einen Überblick darüber zu bekommen, was es bereits gibt, ob die Ergebnisse und Konzepte einer Überprüfung standhalten und was sich davon in der Praxis bewährt.

Abermals brach die Diskussion um die Begrifflichkeit auf. Die Frage der Ausbildung und ihrer Standards ziele ja darauf, für bestimmte Aufgaben zu qualifizieren. Darin läge immer auch ein Ausschlusskriterium, oder positiv formuliert, eine Zuweisung dessen, was und was nicht getan werden darf. So gesehen wäre eine Qualifikation in „psycho-sozialer Betreuung“ tatsächlich zu unspezifisch, folglich müsse man gewisse Eingrenzungen vornehmen. Andreas Müller-Cyran schlug den Begriff „psycho-traumatologisch“ vor, andere nannten „Notfall- oder Akutbetreuung“. Nach intensiver Diskussion, einer gewissen Ratlosigkeit und einigen heftigen Wortwechseln einigte sich das Auditorium darauf, noch einmal zum ersten Bereich „Rahmenbedingungen schaffen und optimieren“ zurückzukehren und dort die Zielsetzung „Schaffung eines Netzwerkes“ neu zu formulieren: „Schaffung eines Netzwerkes zur psycho-sozialen Notfallversorgung (u.a. Notfallpsychologie, Seelsorge und Einsatznachsorge)“.

Abermals warf Hanjo von Wietersheim die Frage auf, ob diese Formulierung, die sich auch auf die Inhalte des Zentralbereichs „Aus- und Fortbildung“ auswirke, die Nachsorge der Einsatzkräfte einbeziehe:

„Verstehen wir unter psycho-sozialer Notfallversorgung auch die Einsatznachsorge für die Einsatzkräfte?“ Das Problem liege darin, dass ein neuer Begriff, nämlich der der „psycho-sozialen Notfallversorgung“, der in keiner Weise umschrieben und definiert sei, die Gefahr birgt, später anders besetzt zu werden, als er hier in gutem Willen gemeint wurde. Dr. Peter Platiel wandte ein, dass dies doch gerade die Schwierigkeit ausmache – entweder bewege man sich in den festgeschriebenen Begrifflichkeiten, die eben auch ab- und ausgrenzen, oder man löse sich davon und müsse dann, um der Offenheit willen, eben auch das Risiko einer späteren Neubesetzung von Begriffen aushalten. Dem hielt Hanjo von Wietersheim entgegen, dass ja schon das „Wiener Manifest“ auf den Begriff „Notfallseelsorge“ verzichtet habe und er sich frage, ob dies hier wiederholt werden solle. Der Moderator schlug darauf hin vor, den Begriff „Notfallseelsorge“ einfach an allen entsprechenden Stellen einzufügen, weil es doch hier nicht um Begrifflichkeiten und definitonische Perfektion gehe, wogegen jedoch aus dem Auditorium der Einwand kam, dass sich damit nicht nur optisch die Gewichte verschöben: Was, so wurde gefragt, ist mit den Notfallärzten, was mit jenen, die eine Zusatzausbildung in Psychotherapie und Notfallpsychologie haben? Sie kämen nirgendwo vor. Dr. Peter Platiel ergänzte, dass auch der Begriff „Krisenintervention“ bisher nicht auftauche und es doch sehr nachdenklich stimmen müsse, dass bereits an dieser Stelle das Festzurren der Besitzstände die Oberhand gewinne.

Mehrere Diskussionsbeiträge zum „Wiener Manifest“ wiesen auf die sehr „deutsche“ Diskussion hin. Auf europäischer Ebene stelle die Notfallseelsorge, wie sie sich in der Bundesrepublik etabliere, eine Ausnahme dar. Das „Wiener Manifest“ habe nichts vergessen oder gar bewusst weggelassen, sondern nur die mehrheitliche Auffassung einer spezifischen Rollenfestlegung der Religionsgemeinschaften in Europa formuliert und spreche deswegen ganz allgemein von „Akutbetreuung“. Diese, die Kirchen betreffende Einschränkung, kritisierte Jörg Kluge. Für ihn sei Seelsorge ausdrücklich mehr als nur, wie es im „Wiener Manifest“ heiße, „für religiöse Betreuung zuständig“.

Dr. Wolf R. Dombrowsky verstand die definitonischen, begrifflichen Kontroversen als Ausdruck massiver Befürchtungen: „Hinter diesen Diskussionen stehen die Ängste von Gruppierungen herauszufallen, einfach dadurch, dass sie mit den von ihnen besetzten Begriffen nicht vorkommen. Wir sollten also das Begriffsgerangel als das nehmen, was es eigentlich ist: Misstrauen gegenüber Mitbewerbern oder schärfer: Konkurrenten. Wir sollten also bereit sein, das mehrfach formulierte Anliegen, offen für Weiterungen und Zukünftiges sein zu wollen, als

lauter ansehen und uns Kredit geben.“ Dem stimmte Dr. Platiel zu und schlug eine Art „Öffnungsklausel“ vor, durch die sich alle, auch nicht am Workshop-Tisch-Sitzende, eingeschlossen fühlen können. Man einigte sich daraufhin auf eine Art definitorische Präambel, sah jedoch anhand einiger Abfassungsversuche, dass dies auch leicht in Regulierungswut auf Normungsniveau enden könnte. Prof. Ungerer zielte mit einer Anleihe an den DIN-Normen-Ausschuss auf humoristische Weise in diese Richtung. Gleichwohl blieb das Problem bestehen, Tätigkeitsfelder und Zielgruppen zumindest näherungsweise beschreiben zu müssen. Die Idee, eine Präambel und eine „Öffnungsklausel“ zu formulieren fand ungeteilte Zustimmung.

Zusammenfassung der Diskussion zum Themenbereich 2

Forschungsbedarf zur Verbesserung der fachlichen Grundlagen für Maßnahmen der Vor- und Nachsorge

Die Diskussion eröffnete mit dem Problem der Qualitätssicherung, die auch die Evaluierung von Maßnahmen einschließlich des Debriefings, die Bedingungen der Mindestanforderung an Maßnahmen wie auch an die Ausbildung einschlieÙe. Abermals stellte sich das Definitorische in den Weg. Worauf solle sich „Qualitätssicherung“ beziehen und wer definiere vorab die Qualitätsstandards für welche Leistungserbringung?

Peter Schüssler verwies auf die vorangegangenen Diskussionen, die doch gezeigt hätten, dass es auch um die im Feld angewandten Verfahren gehe, vornehmlich um die von Mitchell entwickelten. Hier aber fehle es an verlässlichen Evaluierungen und Validierungen. Man müsse also alle Methoden der Einsatznachsorge „kritisch unter die Lupe nehmen“. Nathalie Kimiai schlug vor, nach „primärer“ und „sekundärer“ Nachsorge zu unterscheiden und dafür Qualitätskriterien zu entwickeln.

Grundsätzlich wurde im Auditorium angemahnt, vorgängig doch einmal zusammenzutragen, was es überhaupt an Forschungs- und Ausbildungsansätzen gibt und was insgesamt in der Wissenschaft zum Problembereich diskutiert werde. Eine solche synoptische Arbeit stehe aus, zumindest sei sie, wenn es sie denn gäbe, noch nicht in der Praxis angekommen.

Zudem stelle sich ein ganz anderes Problem, das auch die wissenschaftliche Arbeit erschwere. Man habe es in der Regel doch mit einem Personenkreis zu tun, der sich noch unterhalb des Diagnostizierten, viel-

leicht sogar des Diagnostizierbaren bewege. Es sei, wie Dr. Platiel betonte, zuerst einmal doch „nur“ eine Gesprächssituation über ein Erleben, das sich als kritisch erweisen kann. Die Frage also sei, wer redet mit wem worüber? Der Polizist, der gerade jemanden erschossen hat, wird kaum mit jemandem sprechen wollen, dem er nicht vertraut, insbesondere, weil bei einem solchen Fall derart viele Fragen berührt sind, auch dienstrechtliche, haftungsrechtliche, unter Umständen strafrechtliche. Daran knüpfte nochmals Dr. Platiel an: Er befürworte durchaus Teamarbeit und multiprofessionell arbeitende Gruppen, doch in solchen Fällen gehe es doch hauptsächlich darum: „Wer darf was in welcher Lage auf welcher Verantwortungsschiene von oben nach unten durchführen. Das ist genau der Punkt „Tätigkeitsfelder“ und Verantwortlichkeit.“ Ebenso wichtig sei doch auch, so ein weiterer Beitrag, welche Vorsorge eine jede Institution für ihre Mitglieder zu treffen habe. Hier werde doch Fürsorgepflicht und Arbeitsrecht angesprochen und darüber wisse man eigentlich noch gar nichts. Wenn bei einem Einsatz Helfer physisch zu Schaden kämen, sei dies bis hin zum Arbeitsrecht und Versicherungsschutz geregelt. Was aber ist im Bereich psychischer Traumen, also wenn im Rahmen der Dienstausbildung ein psychischer Schaden erfolgt? In diesem Bereich bestehe noch weitgehend Klärungsbedarf, der jedoch nicht im Rahmen des Workshops abgehandelt werden könne.

Drei Themenbereiche bedürfen der Klärung:

- Information über überregionale Ereignisse und Nachsorgemöglichkeiten
- Bewältigungskonzepte
- Erfahrungsaustausch zwischen „Anbietern“, „Kunden“ und Wissenschaft

Frank Hallenberger führte aus, dass aus Sicht der Polizeiarbeit durchaus spezifischer Forschungsbedarf bestehe. Gerade die besonderen Belastungen der regulären Einsatzarbeit sei bislang wenig untersucht. Die Präventionsmöglichkeiten für primäre, sekundäre und tertiäre Traumatisierungsrisiken sollten eingehend untersucht werden.

Für die Bereiche Rettungsdienst und Feuerwehrwesen gelte Ähnliches, vor allem bedürfe es einer Ist-Analyse. Was wissen wir über die tatsächlichen Belastungen und ihre Ausprägungsformen? Und wie können wir dann darauf aufbauend spezifische Schulungsprogramme entwickeln, die dafür präventiv und schützend wirken? Auch müsse einmal untersucht werden, welche Unterschiede für hauptberufliche und

ehrenamtliche Kräfte wirksam sind und wie man diesen Rechnung tragen könne. Auch dürfe man nicht von Großschadensereignissen ausgehen. Viel wirkmächtiger seien in der Praxis die alltäglichen Belastungen, sozusagen die Mikrotraumatisierungen.

Wo also setzen wir mit der Forschung an? Welche Parameter sind aussagekräftig und lassen sich auch unter realen Bedingungen erheben? Es gibt ja Messreihen während der Einsatzfähigkeit, wo nicht nur Puls und Blutdruck untersucht werden. Aber es fehlt an Zeitreihenanalysen. Was wissen wir denn über die berufsbedingten Veränderungen bei belastenden Tätigkeiten? Haben wir Erkenntnisse über die Veränderungen von Berufseintritt bis zu 5, 10 oder 15 Jahren Berufstätigkeit?

Ursula Reichwald wies auf umfangreiche Forschungen an der Universität Tübingen hin, die Belastungsverläufe auf Wachen (Feuerwehr) und im Einsatz untersucht haben, sowie auf den Stand der internationalen Forschung. Möglicherweise fehle es nur an einer geeigneten Transmission in die Praxis. Generell seien die Kenntnisstände in der Stress- und Traumaforschung sehr breit und könnten auf eine lange Tradition zurückblicken. Offensichtlich bestehe ein Problem darin, Erkenntnisse auszutauschen und allgemein zugänglich zu machen.

Dr. Hartmut Jatzko ergänzte, dass es zwar breite Kenntnisstände gäbe, diese aber in einem ganz wichtigen Praxisbereich noch keineswegs angekommen, geschweige denn umgesetzt worden seien, nämlich im Gutachterwesen. Dort werde eher das „Daumenpeilen“ praktiziert. Es fehle an Exaktheit und Überprüfbarkeit, insbesondere an einer unabhängigen Evaluierung, vielleicht auch an fachlicher Revisionsfähigkeit. Hier lägen große Einsparungspotenziale, weil durch Fehlgutachten dauerhafter Schaden bewirkt werde, der die Gesellschaft letztlich teuer zu stehen käme. Im Bereich Gutachtenerstellung herrsche grundlegender Forschungsbedarf.

Einen weiteren Gesichtspunkt beleuchtete die Frage nach dem Verhältnis zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Einsatzkräften. Was, so die Frage, macht die 80 bis 95 Prozent der nicht-traumatisierten resistent? Prof. Butollo mahnte hier zu einer vorsichtigen Betrachtung, weil es unstatthaft sei, so zu tun, als handele es sich immer um die gleichen Resistenz-Populationen, nach dem Motto, einmal resistent, immer resistent. Dies gerade sei aber nicht der Fall. Vielmehr bezögen sich Zahlenangaben, die zudem deutlich schwankten, immer auf einzelne Ereignisse. Die Einzelindividuen können also durchaus bei einem Ereignis resistent, bei einem anderen dagegen traumatisiert rea-

gieren. Dr. Dombrowsky ergänzte, dass es an grundlegenden epidemiologischen Studien fehle, sowie an einer flächendeckenden Statistik und entsprechenden Zeitreihenanalysen. Ebenso fehle es in der Praxis an einer einfach zu handhabenden Diagnostik: Woran erkennt eine Einsatzkraft, beispielsweise das Mitglied eines Kriseninterventionsteams, wer Hilfe braucht? Und wie wird diese Hilfe verteilt, wenn die Ressourcen knapp werden? Gibt es bereits so etwas wie ein Trauma-Triage-Verfahren? Ursula Reichwald merkte dazu an, dass die Voraussetzungen und Grundlagen für solche Diagnostik vorhanden seien, es fehle aber an der Transmission des vorhandenen Wissens in handhabbare Praxis. Oliver Gengenbach stimmte dem zu, verwies aber auf einschlägige Entwicklungen der SbE-Verfahren und bot für wissenschaftliche Begleitforschung seine Unterstützung an.

Christine Baumdick vom sächsischen Staatsministerium des Innen konzedierte, dass es verschiedene, möglicherweise auch schon praxiserprobte Konzepte gäbe, dass diese aber nicht umstandslos verfügbar seien. So seien nach der Verabschiedung der neuen „Richtlinie zur Führung im Katastrophenschutz“, in der erstmalig ein S-7-Stab für „Notfallpsychologische und notfallseelsorgerische Betreuung“ vorgesehen wird, Rettungsassistenten wie auch Feuerwehren in Scharen vorstellig geworden und hätten entsprechende Lehrgänge und Ausbildungen gefordert. Jeder hätte auf Konzepte und Beispiele verwiesen, die es irgendwo gäbe, was dazu führte, dass das Innenministerium alle Organisationen aufforderte, ihre Konzepte beizubringen, damit daraus ein einheitliches Konzept erstellt werden könnte. Tatsächlich sei dazu nichts gekommen. Seit über einem Jahr versuche man vergebens, ein solches gemeinsames Konzept zu entwickeln.

Dem stimmte Horst Schülke vom Bayerischen Staatsministerium des Innern zu. Absolute Priorität sollte die Ausbildung haben und dazu bedürfe es der Analyse und Evaluation aller Konzepte, um endlich das Beste und verlässlich Wirksame herausfiltern zu können. Dabei gehe es aber nicht allein um primäre und sekundäre Traumatisierung, sondern um die immer mit Traumatisierung verbundene Verschlechterung der allgemeinen Lebensqualität der Betroffenen. Über diese Wirkungen in die allgemeine Lebensführung hinein gäbe es noch zu wenig Erkenntnisse.

Beate Coellen, Innenministerium Brandenburg, wies darauf hin, dass man nicht darauf warten könne, bis die Wissenschaft „best-practice“-Konzepte entwickelt habe. Schließlich arbeiteten bundesweit die verschiedensten Organisationen mit den verschiedensten Konzepten. Es

könne doch nur darum gehen, allen, die in diesem Bereich arbeiten, so schnell wie möglich immer weitergehende Verbesserungsmöglichkeiten an die Hand zu geben.

Im Bereich „Qualitätssicherung“ sollten die Forschungsprioritäten in der Entwicklung geeigneter statistischer und epidemiologischer Methoden liegen. Es fehlte durchgängig an verlässlichen Daten, auch darüber, wie groß eigentlich das Problem „PTSD“ quantitativ ist. In der Literatur habe sich eine Traumatisierungsquote von 20 Prozent eingependelt. Wie valide ist diese Zahl? Ist sie interkulturell und transpersonell gleich? Gibt es vergleichende Untersuchungen, also verlässliche Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen? Wie in anderen Wissensbereichen auch, beispielsweise in der Arzneimittelforschung, bedarf es Untersuchungen mit Kontrollgruppen. Im Prinzip geht es sowohl um vergleichende Untersuchungen von Methoden, als auch von Personen und ihren Reaktionen, selbstverständlich unter Einhaltung ethischer Grundsätze.

Wolf R. Dombrowsky

Forschungsstand und Desiderate

Zur Grundlage

Die folgenden Darstellungen zu Forschungsstand und Desideraten im Bereich posttraumatischer Belastungsreaktionen basieren auf einer Literaturrecherche, die von der Katastrophenforschungsstelle Kiel 1998 im Auftrag des Bundesverteidigungsministeriums (BMVg) angefertigt und im Anschluss aus eigenen Mitteln fortgeführt wurde. Vom BMVg war ein sehr heterogener Bestand an wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Tagungsbeiträgen, Erfahrungsberichten, Dokumentationen und „grauer“ Literatur in verschiedenen Sprachen (deutsch, englisch, französisch, niederländisch, schwedisch) mit dem Ziel zur Verfügung gestellt worden, die Kernaussagen in Kurzform (abstracts) zusammenzufassen und in einer über das Internet recherchierbaren Datenbank verfügbar zu machen. Zudem sollte die inhaltliche Aufbereitung über Schlüsselbegriffe und Themenhäufigkeiten ansatzweise quantitative Schwerpunkte sichtbar machen, die dann, im Rückgriff auf die Inhalte, auch Aussagen über qualitative Verteilungen zulassen: Welche Forschungsfragen dominieren, wo liegen Problemschwerpunkte, welche Untersuchungsansätze, Methoden und Paradigmen herrschen vor, welche Therapierichtungen und Maßnahmen werden favorisiert?

Neben der Literaturdatenbank und den darauf aufsetzenden wissenschaftlichen Fragestellungen erschien der Aufbau einer Akteursdatenbank aufgrund der realen Entwicklung im Anwendungsbereich zunehmend dringlicher. Schon lange vor dem ICE-Unglück in Eschede, das vor allem das öffentliche Interesse an psychischen Belastungsreaktionen positiv beförderte, war bei zivilen wie militärischen Einsatzkräften ein realer Bedarf an Bewältigungsstrategien für Stress- und Extrembelastung sowie an Präventions-, Betreuungs- und Nachsorgemaßnahmen erwachsen. Eine systematische, ihre eigenen Wirkungen (i.S.v. Supervision) einbeziehende Akutbetreuung hatte in Deutschland mit den Pionierarbeiten der „Stolzenbach-Hilfe“ (vgl. Arbeitsgruppe Stolzenbach-Hilfe 1989; Schüffel 1989) und der Betreuung von Ramstein-Opfern an Gewicht gewonnen (vgl. Jatzko/Jatzko 1993/94 u. Jatzko et al. 1995). Zahlreiche Fachtagungen (u.a. ASB-Fachtagung 1996; Fachtagung 1997; Fachtagung 2000; Fachtagung 2001) und Kongresse (u.a. Bundeskongress 2000) haben seitdem Angebot und Nachfrage reflektiert und vielfache Initiativen ausgelöst, die sich inzwi-

schen beinahe flächendeckend in Form von Notfallseelsorge, SbE-, Kriseninterventions- und Nachsorgeteams den Ausprägungsformen posttraumatischer Reaktionen widmen. Kritiker sprachen alsbald von „Wildwuchs“ und bemängelten fehlende Transparenz. Weder wisse man, wer hier Dienste anbiete, noch, welchen qualitativen Anforderungen sie Genüge leisteten. Was also lag näher, als auf geeignete Weise „Transparenz“ anzubieten?

Seitens der Katastrophenforschungsstelle war „Transparenz“ von Anfang an in zweifacher Hinsicht intendiert. Zum einen ging es um die Transparenz der eigenen Absichten. Es sollte eine unabhängige, neutrale, keiner organisatorischen oder inhaltlichen Ausrichtung anhängende, nicht kommerzielle Plattform angeboten werden, auf der sich alle zur Mitwirkung bereiten Initiativen darstellen und über die sie miteinander und untereinander kommunizieren können. Zum anderen ging es um die Herstellung von Transparenz im Sinne objektivierender Vergleichbarkeit: Wer die Akteursdatenbank und den Service der Literaturdatenbank nutzen will, muss einen Fragebogen zum Leistungsangebot, den Bedingungen der Leistungserstellung und der realen Leistungserbringung ausfüllen und sich darüber für andere vergleichbar machen: Wer bietet welchen Dienst mit welchen fachlichen und sachlichen Ressourcen, auf welcher Aus- und Weiterbildungsbasis und in welchem tatsächlichen Tätigkeitsbereich wie häufig an?

Vergleichbarkeit und Qualitätskriterien

Der „Hintersinn“ dieser Abfragen leuchtet unmittelbar ein: Da sich bislang mehr Initiativen gegründet haben als reale Einsatzerfahrungen – insbesondere auf personell breiter Basis – vorliegen, ist es für alle Beteiligten und mehr noch für eine verantwortbare Aufgabenplanung von Bedeutung, Angebote und Nachfrage in Beziehung setzen und vergleichen zu können. Noch wissen wir nicht, welche Leistungen/Dienste in welchem Umfang angeboten und damit auch ausgebildet, ausgestattet und dauerhaft vorgehalten werden sollten. Zudem förderten erste unsystematische, explorative Befragungen extrem große Abweichungen in den Ansichten über Art und Umfang von Ausbildung, Verfahrensweisen, Hilfsangeboten und Leistungserbringung (Organisationsform, Einbindung in bestehende Alarmierungs- und Ausrückeordnungen, Prävention und Nachsorge) zutage, sodass es unangemessen erschien, Vorgaben oder gar schon Standards formulieren, von Dritten (zumeist eigene Interessen Verfolgenden) übernehmen oder gar selbst entwickeln zu wollen. Statt dessen verfolgt das Konzept der Akteursdaten-

bank eine grundlegend andere Strategie: Zu vermuten steht, dass die Möglichkeiten zum Vergleich relativ schnell Spreu von Weizen scheiden wird. Insbesondere der kollegiale Austausch und der nachvollziehbare Vergleich über die Datenbank werden sehr schnell „best-practice“ und „best-concepts“ sichtbar machen, sodass sich von den Praktikern selbst mit immer größerer Sicherheit erfahrungsgesättigte Angaben über Ausbildung, Organisation und Ausstattung herleiten lassen. Zudem führen die Praxiserfahrungen der Initiativen allen vor Augen, welche Leistungsangebote nachgefragt werden und welche nicht und wo Nachbesserungen in Ausstattung, Aus- und Weiterbildung erforderlich wären. Auf dieser Grundlage, so der Ansatz, lassen sich Mindestkriterien und Qualitätsprofile angemessen herleiten, anstatt sie *ex cathedra* verordnen zu wollen.

Adress- und Branchenverzeichnis

Zudem bewirkt die Akteursdatenbank einen ganz handfesten Nutzen. Sofern sie Akzeptanz findet, entsteht durch sie ein bundesweites Verzeichnis von Anbietern, das nicht nur im Akutfall ein geeignetes Instrument für eine großflächige Alarmierung und Mobilisierung abgeben kann (vor Ort dürften die Initiativen ohnehin in die Alarmplanung eingebunden sein), sondern mehr noch ein hilfreiches „Branchenverzeichnis“ zur gebietspezifischen Suche durch Betroffene und Interessierte.

Datenschutz

Selbstverständlich genügt die Datenbank den Erfordernissen des Datenschutzes. Jeder Nutzer wird nach dem Eintrag in den Zugangsfragebogen persönlich kontaktiert, um die Identität zu überprüfen. Danach wird eine Benutzerkennung und ein Password zugeteilt. Die Zugangsdaten des Fragebogens bestehen aus einem öffentlichen, für alle sichtbaren Teil – dem „Branchenverzeichnis“, das im Internet frei zugänglich ist – und einem nicht öffentlichen Teil, den allein die Besitzer eines Passwords einsehen können. Beide Teile sind allein vom jeweiligen Nutzer editierbar; dieses Editieren kann mit einem vom Nutzer gewählten Password zusätzlich geschützt werden. (Aber auch ohne ein solches *Password* können die Nutzer-Eingaben von Dritten nicht manipuliert werden.)

Zugang zur Literaturdatenbank

Jeder Nutzer, dem vom Systemadministrator (in diesem Falle seitens der KFS Kiel; doch könnte die Datenbank auch an beliebigen anderen Orten und anderer Administration verwaltet werden) ein Passwort zugeteilt wurde, kann in der PTSD-Literaturdatenbank recherchieren und Kopien der gefundenen Literatur gegen Kostenerstattung (Kopie und Porto) bestellen. Zudem kann er eigene Literaturtitel über einen Editor eingeben, sodass die Datenbank kontinuierlich wächst. Wer Literatur eingibt, also einen Beitrag für alle Anwender leistet, bekommt Bestellrabatt bis hin zur kostenlosen Literaturbestellung.

Derzeit verfügt die Literaturdatenbank über 1.800 aufbereitete, d.h. nach Schlüsselbegriffen katalogisierte und mit einer deutschen Zusammenfassung versehene Titel. Da inzwischen bereits zahlreiche Nutzer Literaturtitel eingegeben haben, denen diese Aufbereitung fehlt, erscheint es inzwischen sinnvoll, die Datenbank entsprechend zu splitten.

Zugang zur Datenbank

Die Nutzung der Datenbank steht prinzipiell allen offen, die im Bereich PTSD arbeiten. Der Zugang erfolgt über Internet, wobei sowohl über die *homepage* der Katastrophenforschungsstelle (www.kfs.uni-kiel.de) und von dort weiter „Zum Inhalt“ oder direkt über www.kfs.uni-kiel/~ptsd zugegriffen werden kann.



Bild 1: „Homepage der KFS“



Bild 2: „Forschungsprojekt PTSD“

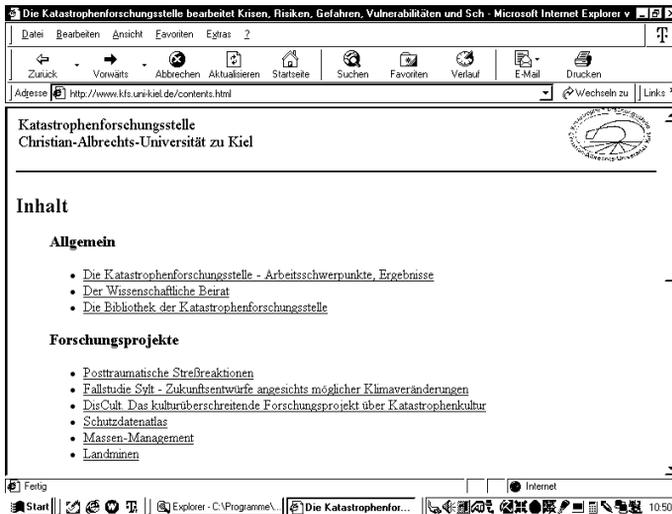


Bild 3: „Inhalt KFS“

Von „Inhalt“ aus ruft man unter „Forschungsprojekte“ „Posttraumatische Stressreaktionen“ auf und gelangt zur Eingabeseite. Der Erstbenutzer wählt in der Taskleiste „Neuer Benutzer“, der bereits registrierte und mit einem Passwort ausgestattete Nutzer wählt „Autorisierter Nutzer“.

Auf dem Bildschirm „Neuer Benutzer“ stehen Untermenüs für die Dateneingabe, die Recherche der Daten anderer Nutzer oder die PTSD-Bibliothek zur Verfügung. (Die PTSD-Bibliothek ist nicht mit der allgemeinen KFS-Bibliothek identisch. Der Bestand der KFS-Bibliothek ist von der Inhaltsseite aus für jeden Besucher mit dem Passwort *guest* zugänglich.)

Nach dem Klick auf „Daten eingeben“ erscheint das Formular des Eingabemodus; dort werden die Angaben zur Person und zum Tätigkeitsfeld eingefügt:



Bild 4 „Neuer Nutzer“

Nach der Bestätigung der Eingaben wird seitens der KFS die Identität des Benutzers überprüft und anschließend per e-mail der *Benutzername* und das *Password* vergeben, mit dem dann die Datenbank uneingeschränkt benutzt werden kann. Der folgende Bildschirm zeigt die Eingabeaufforderung für beide Zugangsschlüssel:

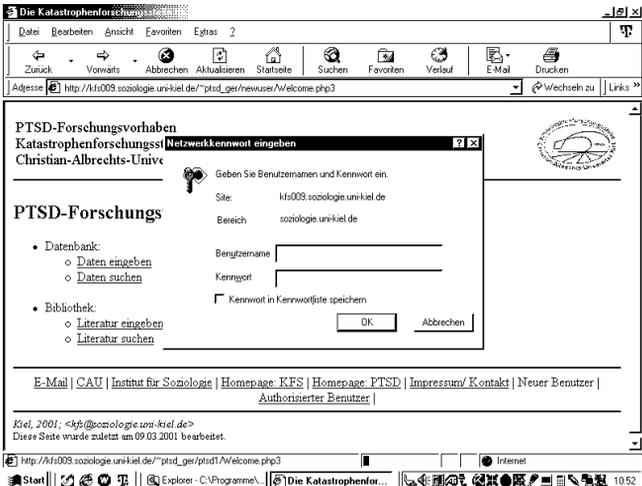


Bild 5: „Benutzername und Password“

Nach ihrer Eingabe kann entweder in der Nutzerdatenbank (dem „Branchenverzeichnis“) nach Mitbenutzern oder auf übliche Weise mit Hilfe boolescher Operatoren in der Datenbank nach Literatur recherchiert werden:

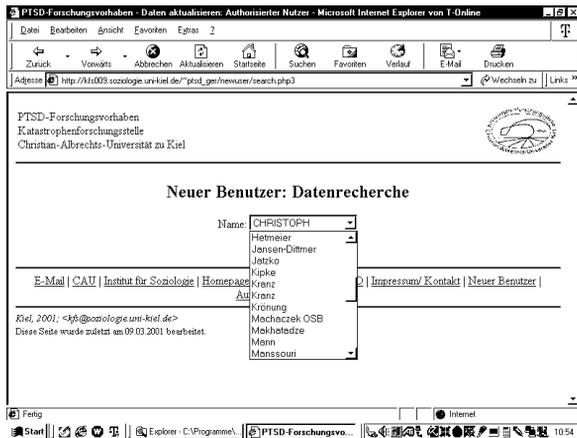


Bild 6: „Recherche Nutzer („Branchenverzeichnis“)

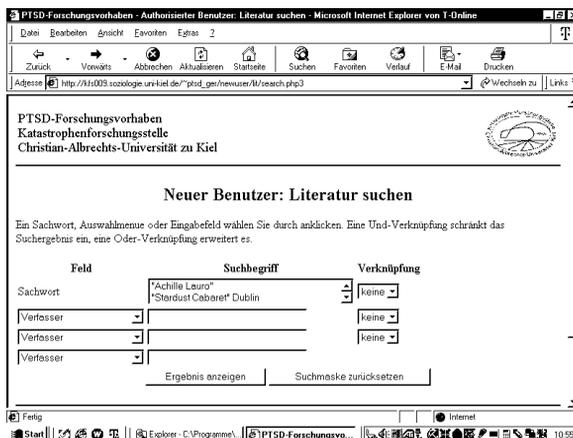


Bild 7: „Recherche Literaturdatenbank PTSD“

Auswertung der Datenbank-Literatur

Die Literatur in der PTSD-Datenbank ist derzeit noch auf die vom BMVg zur Verfügung gestellten sowie in der KFS unsystematisch gesammelten Quellen beschränkt. Die Quellenlage ist somit thematisch und zeitlich begrenzt, jedoch inhaltlich aufbereitet (Zusammenfassungen; Schlüsselbegriffe) und „online“-recherchierbar. Neueste Quellen konnten bislang nur sporadisch aufgenommen werden, der Zeitraum ab 1990 ist kaum erfasst. Diese Begrenzung ist für die folgende Darstellung zu beachten.

Trotz dieser Begrenztheit zeigen bereits die vorhandenen Quellen, dass die Thematik der posttraumatischen Belastungsstörungen viel weiter gefasst ist, als es die Rezeption von und die anwendungspraktische Zuspitzung auf Belastungen in und durch Katastrophen nahe legen lässt. Schaubild 1 zeigt sowohl die Spanne untersuchter Belastungsfelder als auch die spezifisch untersuchten Betroffenen, Ereignisse und Situationen.

Auffällig war, dass die Zahl der Beiträge pro Belastungsfeld und untersuchten Personenkreis stark schwankt. Dies scheint weniger dem normalen Gang der Geschichte geschuldet, im Sinne schwindender Bedeutung und nachlassenden Interesses, als vielmehr in politischen „Großwetterlagen“ und gesellschaftlichen Sinnstiftungen. So dürften die von den Vereinten Nationen proklamierten Jahre des Kindes und der Frau die weltweite Häufung einschlägiger Untersuchungen in den Folgejahren erklären, während Untersuchungen über traumatische Reaktionen bei Alten und Kranken eher aus den USA stammen, wo deren Lage seit je ein klassisches Thema sozialer Probleme (social problems) darstellt. Im Bereich Krieg und Kriegsfolgen wiederum lässt sich die größte forschersiche Kontinuität feststellen, vor allem, weil sich dort aufgrund neuer Waffenwirkungen und Auseinandersetzungsformen beständig neue Erkenntnisse ergeben und die vorausgehenden Untersuchungen fort entwickelt werden. Gleichwohl fallen Publikationsspitzen ins Auge, die mit konkreten Ereignissen korrelieren, wie beispielsweise dem Korea-Krieg und der Verhör- und „Gehirnwäsche“-Problematik, dem Vietnamkrieg und dem „veterans-problem“. Auch im zivilen Bereich finden sich vergleichbare Veröffentlichungsspitzen. So führte der Atomunfall von Three-Mile-Island (in Deutschland „Harrisburg“) in den USA zur sogenannten „mental-health-controversy“ und der Absturz der „El-Al“-Boing 747 bei Amsterdam in den Niederlanden zu einer Kontroverse über die Wirksamkeit von Krisenintervention.

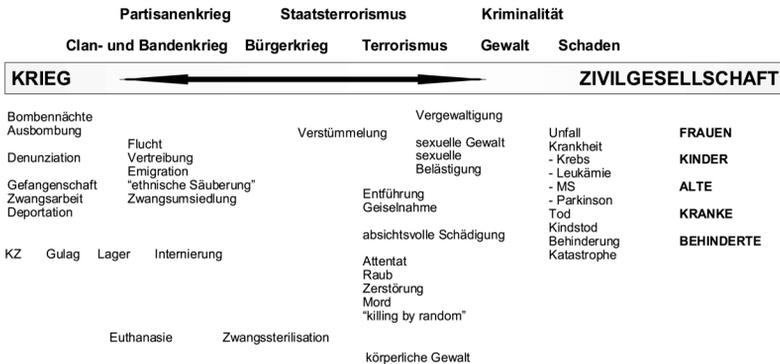


Schaubild 1: „Belastungsfelder“

Das Schaubild gibt keine quantitativen Gewichtungen wieder. Es verdeutlicht lediglich die Fülle der untersuchten Schädigungsformen und die davon betroffenen Personengruppen. Gegenübergestellt wurden der reguläre, völkerrechtlich regulierte Krieg und die Zivilgesellschaft westlicher Prägung, dazwischen finden sich die (in der Datenbank erfassten) Übergangsformen zunehmend planvoll adressierter Gewalteinwirkung.

In der Literatur ist diese „Adressierung“ von großer Bedeutung, weil Art und Schwere von Traumatisierung ganz offensichtlich von der Art der Schadenszufügung und Schadenserdungung abhängen. Kausal nicht (zumindest nicht individuell befriedigend) erklärbare Schadenseinwirkungen (wie z.B. plötzlicher Kindstod, Tod zur Unzeit, Behinderung durch genetische Defekte) bewirken besonders starke Traumatisierungen, was ebenso für bewusste Schadenszufügungen (wie Vergewaltigung, Verstümmelung, Folter) gilt. Hierzu finden sich zunehmend Untersuchungen aus Drittwelt- und Schwellenländern, in denen terroristische Regime, Todesschwadronen, Milizen, paramilitärische oder militärische Gruppen, Clans oder Banden ethnische Gruppen, Bevölkerungsteile oder sogar die gesamte Gesellschaft terrorisieren.

In den westlichen, pazifizierten Zivilgesellschaften wurden außerhalb berufs- oder tätigkeitsbedingter Belastungen insbesondere Frauen, Kinder, Alte, Kranke und Behinderte als spezifisch traumatisierte Betroffenen-Populationen untersucht, wobei übereinstimmend zwischen Einwirkungen durch ungewollte, ungeplante (Unfall, Kata-

strophe, Krankheit, Erbschaden, Tod) und gewollte und/oder geplante Schädigungen (Gewalt, Kriminalität) unterschieden wird.

Fasst man „Zivilgesellschaft“ normativ als einen Gesellschaftsstatus, der durch staatliches Gewaltmonopol, Gewaltenteilung, Rechtsförmigkeit sowie Menschen- und Völkerrecht charakterisiert ist, so lässt sich der Pazifizierung zur Herstellung und Aufrechterhaltung dieses Status „Krieg“ als Gegenpol zuordnen, dem dann, selbst bei obwaltender Rechtsförmigkeit, eine Barbarisierung unvermeidlich einhergeht – und zwar umso nachdrücklicher, desto unregulierter oder unregulierbarer Konflikte gewaltsam ausgetragen werden.

Schaubild 2 zeigt die Spanne untersuchter Belastungsfelder bei spezifischen Berufs- und Funktionsgruppen.

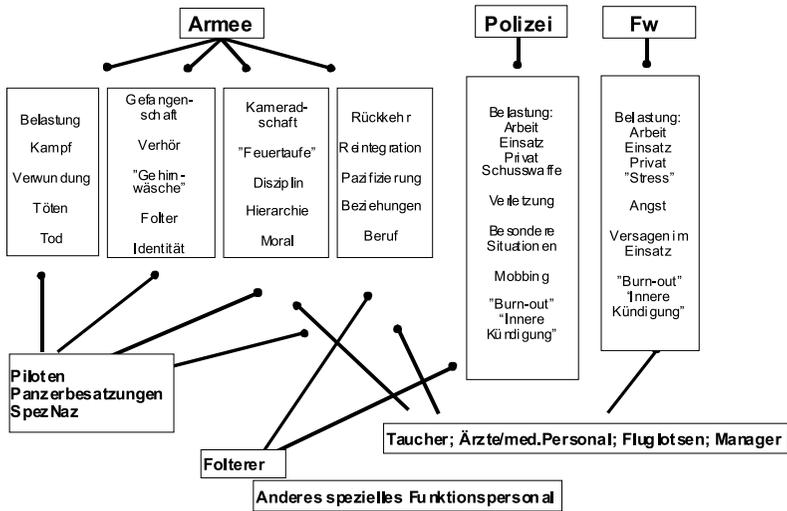


Schaubild 2: „Berufs- und Funktionsgruppen“

Die Funktionsgruppen „Armee“, „Polizei“ und „Feuerwehr“ sind weltweit am besten untersucht, daneben finden sich spezifische Einzelverwendungen in militärischen und zivilen Bereichen, die nochmals speziell untersucht worden sind, z.B. Kampf- und Zivilpiloten, Panzerbesatzungen, Taucher, Fluglotsen und andere hoch belastete Spezialisten. Ein breites Untersuchungsinteresse fanden auch Folterer und

Manager. Bei ersteren fokussiert das Interesse auf die Fragen, wer auf welche Weise Folterer wird, welcher Persönlichkeitsstruktur es bedarf, um sich für eine solche Aufgabe herzugeben, wie diese Aufgabe wahrgenommen und biographisch gedeutet und erklärt wird und wie Folterer „aussteigen“ und in ein ziviles Leben zurückkehren (können). Bei Managern fokussiert das Interesse nach einer ersten Aufmerksamkeitswelle auf die sogenannte „Managerkrankheit“ auf die Probleme langfristiger, andauernder Stressbelastung, auf additive Mikrotraumatisierung und auf Chronifizierungs- und Somatisierungsformen.

Im militärischen Bereich werden Extrembelastungen seit dem ersten Weltkrieg systematisch untersucht. „Kriegsschütteln“ und „shell shock“ verweisen seitdem auf eine Korrespondenz zwischen Kriegs- bzw. Kampfformen und Belastungssymptomatik. Der Koreakrieg prägte insbesondere in den USA die Angst vor „Gehirnwäsche“, also die gewaltsame Manipulation des menschlichen Willens durch Zufügung von Schmerz bis hin zur Folter. Die Belastungen von Gefangenschaft, Verhör und Folter begründeten wiederum eigenständige Forschungsfelder, die sich mit Überlebens-, „Härtungs“- und „Imprägnierungs“-Techniken befassten. Ihr Ziel sollten Verfahren sein, mit denen Menschen extreme psychische Belastungen schadloser ertragen und danach erfolgreicher überwinden können. In der Folgezeit fügten hier die Kolonialkriege in Afrika und Indochina, der Vietnamkrieg, die Nahost-Kriege und der Golfkrieg zahlreiche weitere Erfahrungen und Besonderheiten (z.B. Veteransdisease) hinzu.

Notwendigerweise weichen die Extrembelastungen bei Polizei und Feuerwehr von den soldatischen Erfahrungen ab. Bei der Polizei resultieren die einschneidendsten Erfahrungen aus Schusswaffengebrauch, Schussverletzungen und sogenannten „unübersichtlichen Situationen“, also Einsatzgegebenheiten, die harmlos scheinen und sich plötzlich ins Gegenteil verkehren. Gleichartig belastend werden von Polizei und Feuerwehr der Tod von Kameraden, der Tod von Kindern, schwere Verletzungen und überemotionale Betroffene empfunden. Mit dem Ausbruch massiver Gefühle mögen beide Funktionsgruppen nur widerstrebend konfrontiert werden. Deshalb auch werden bestimmte Aufgaben, z.B. das Überbringen von Todesnachrichten, gern an Seelsorger abgegeben. Die Zusammenhänge zwischen solchen Spitzenbelastungen und der „normalen“ beruflichen Belastung, insbesondere Schichtdienst, Sonderschichten und Mobbing sind noch relativ wenig erforscht, auch wenn zu allen Einzelbelastungen (insbesondere Schichtdienst) differenzierte und gründliche Untersuchungen vorliegen.

Betreuung und Nachsorge

Im internationalen Vergleich herrschen integrierende, modulare Konzepte für die Betreuung und Nachsorge vor. Insbesondere der Vorbeugung und Prävention wird dabei eine herausragende Bedeutung beigemessen. Sowohl im militärischen wie auch im zivilen Bereich wird verstärkt auf die Vermittlung von Stressbewältigungskompetenz Wert gelegt. Sogenannte „Härtungs“- oder „Imprägnierungstechniken“ spielen dabei individuell und „peer“-Konzepte im zwischenmenschlichen Bereich eine tragende Rolle. Als „peers“ werden Kameraden, Kollegen, Freunde und Familienangehörige definiert, was zugleich auf die Ansatzhöhe der Nachsorge verweist. Zunehmend gelten familienzentrierte Ansätze als besonders hilfreich, um akute Belastungsreaktionen feststellen und therapieren zu können.

Folgeseite Schaubild 3: „Integriertes, modulares Betreuungskonzept“

Das Schaubild fasst die Schwerpunkte der ausgewerteten Literatur zusammen. Auf der Stufe vorbeugender und vorbereitender Maßnahmen (Preparedness) finden sich letztlich Lehr- und Lerneinheiten, die allesamt spezifische Untersuchungsergebnisse aufrufen. Sie lassen sich grob in drei Vermittlungsbereiche samt zugehöriger Lehreinheiten unterteilen:

1. Grundlagen und Kenntnisse
2. Trainings und
3. Maßnahmen und Organisation

Im Vermittlungsbereich „Grundlagen und Kenntnisse“ sind die Untersuchungen über „Human Resources“ und „Moral und Konsequenz“ von besonderem Interesse, weil sich hinter beiden zentrale Probleme von Personalmanagement und Führung verbergen. Die meisten Extrembelastungsformen, über die Polizei und Feuerwehr (und vermutlich auch alle anderen im Katastrophenschutz mitwirkende Organisationen) klagen, resultieren aus schlechter Führung und schlechtem Personalmanagement (wie z.B. Burn-Out, Innere Kündigung, Mobbing, Einsatzorganisation und -durchführung). Von daher legen die ausgewerteten Untersuchungen allesamt nahe, vor jeder individuellen Maßnahme zur Stressreduktion die Bezüge der Dienstorganisation und die Beziehungen zwischen den Personen in den Blick zu nehmen.

Integriertes, modulares Betreuungskonzept

1. Stufe: Vorbeugen („Preparedness“)		
Lehreinheit:	Lehreinheit:	Lehreinheit:
<ul style="list-style-type: none"> - Belastungsformen - Human Ressources - Moral & Konsequenz - Selbstmanagment - Katastrophenmanagm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stress-Resistenz - Anti-Panik-Training - Helfen ohne Worte - Helfen durch Worte - „Mind, Heart, Body“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Führung - Arbeitsorganisation - Zeitmanagment - Briefing - Councelling
Lehrmaterialien, Videos, Broschüren, Merkblätter, Hinweise		
2. Stufe: Ereignisbegleitende Frühdiagnostik		
Schaubild „Belastung“		
3. Stufe: Ereignisnachbereitende Maßnahmen		
Am Ereignisort:	Unterkunft:	Nächster Tag:
<ul style="list-style-type: none"> - Pause, Erholung - Gespräch - andere Aufgaben - Teammix - Abschlussrundgang 	<ul style="list-style-type: none"> - Debriefing - Ausstiegsritual - „Roll Out“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Rundruf - Vertrauensnetzwerk - Angehörige
4. Stufe: Ereignisnachfolgende Diagnostik		
Schaubild „Symptome“		
5. Stufe: Mittel- und langfristig nachbetreuende Maßnahmen bei bleibender Symptomatik		
<ul style="list-style-type: none"> - Einzelgespräch - Kameradenhilfe - Familienhilfe - Arbeitgeber 	<ul style="list-style-type: none"> - Zuziehung externer Hilfe - Therapie - Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeitsbereich ändern - Freistellen - Kreativraum anbieten - Umschulung

Im Vermittlungsbereich konkreten Trainierens lassen sich in Deutschland die größten Defizite ausmachen. Ganzheitliche, psychodynamische Ansätze, die das Denken und Fühlen und die gesamte Körperlichkeit der Handelnden zum Ausgangspunkt nehmen, fehlen in der Ausbil-

dung. Ebenso lässt sich für den Bereich konkreter Umsetzung, also der Maßnahmen und der Organisation, gleichfalls ein deutliches Defizit konstatieren. In Deutschland wird Stressbewältigung weitgehend als Appendix angesehen, nicht aber als systematische Aufgabe bis hinein in die Organisation von Arbeit, Zeit (z.B. Termingestaltung), Abläufen und Erholung. Noch immer erscheint Stress als Problem individueller Überforderung, weit weniger als organisatorische Ressource innerhalb von *work-flow*.

Massive Defizite finden sich auf der Stufe der „ereignisbegleitenden Frühdiagnostik“. Hier suchen insbesondere Einsatzkräfte nach verlässlichen und möglichst einfachen Indikatoren. Bislang zirkulieren nur sehr rudimentäre Fingerzeige:

Tabelle: „Belastungsanzeichen“

Akute Anzeichen während und unmittelbar nach kritischen Ereignissen

Starre Mimik
Zucken, Zittern
Stottern
Spannungskopfschmerz

Herzrasen
Weiche Knie
Kloß im Hals
Schwitzen

Schreck
Überempfindlichkeit
Fade-Away
Seelen-Camouflage

Leere im Kopf (Blackout)
Konzentrationsmangel
Sieht-Wald-vor-lauter-
Bäumen-nicht
Alles-nur-ein-Traum

Auswirkungen bei fehlender oder mangelhafter Verarbeitung

Muskuläre Ebene

Verspannungen
Rückenschmerzen
Kopfschmerzen

Vegetative Ebene

Herz-Kreislauf-Störungen
Erschöpfungszustände
Asthmaattacken
Bluthochdruck

Gefühlsebene

Hilflosigkeit, Verwirrung
Ängstlichkeit, Unsicherheit
Depression, Aggression
Fehlbewertungen

Gedankliche Ebene

Flash Backs
Zirkuläres Denken
Vermeidungshaltung
Alpträume, Schlafstörungen

In der Literatur werden diese Symptome vielfach variiert und anhand von Beispielen und Fallschilderungen illustriert. Gleichwohl beklagen die Einsatzkräfte, dass sie während eines Einsatzes nur selten verlässliche Anzeichen wahrnehmen oder wahrzunehmen befähigt sind, um darauf fußend sachgerecht reagieren zu können. Zumeist werde darauf zu spät und zu drastisch reagiert, z.B. mit Ablösung, was dann nachträglich wiederum zwischenmenschliche Problemlagen hervorrufe.

Auf der Stufe der unmittelbaren „ereignisnachbereitenden Maßnahmen“ lassen sich nach Literaturlage wiederum drei Bereiche unterteilen:

1. Maßnahmen am Ereignisort
2. Maßnahmen in der Unterkunft
3. Maßnahmen am folgenden Tag

Übereinstimmend wird in der internationalen Forschung die Bedeutung der Selbst- und Kameradenhilfe beurteilt. Stressbewältigung hat danach bereits während des Einsatzes zu erfolgen, durch eine geeignete Einsatzplanung und -abwicklung. Dazu gehören eine angemessene Zeit- und Ablaufstrukturierung, fortlaufende Information über Ereignis und Maßnahmen (Lageberichterstattung vor Ort), eine den Bedürfnissen und Leistungspotentialen angemessene Aufgabenzuweisung, eine gruppendynamisch stabile Zusammensetzung und ein Abschlussrundgang nach jedem Einsatz mit strategischer Kommentierung. Nach der Rückkehr in die Unterkunft sollte ein erstes debriefing stattfinden, ein Gespräch, das die strategische Kommentierung aufnimmt, vertieft und das Geschehen zu einem sinnvollen psychischen Abschluss bringt. Dazu erscheinen wiederum übereinstimmend kulturelle Ausstiegsrituale besonders geeignet (gemeinsames Getränk, Gebet, Lied o.ä.). Am Folgetag sollte durch geeignete Kommunikationsformen zu allen Einsatzkräften Kontakt aufgenommen werden, um erste Anzeichen für akute Belastungsreaktionen in Erfahrung zu bringen.

Auf der 4. Stufe der „ereignisnachfolgenden Diagnostik“ finden sich wiederum deutliche Defizite. In der Literatur zirkulieren zwar Symptombeschreibungen, die den unter Stufe 2 genannten ähneln, die aber gleichwohl wenig praktikabel scheinen. Insbesondere sind die Übergabemodi unklar, durch die eine akut traumatisierte Person eine eindeutige Diagnose zugeordnet bekommt.

Auf der 5. Stufe der „mittel- und langfristig nachbetreuenden Maßnahmen bei bleibender Symptomatik“ erhält die Problematik der

4. Stufe ihre Bedeutung. Zwar beschreiben die in der Literatur erörterten Fälle allesamt Übergänge von der ersten Traumatisierung „on scene“ über Symptome wie unter Stufe 2 hin zu einer immer deutlicheren Auffälligkeit einschließlich erkennbarer Beeinträchtigungen der Arbeits- und Erlebensfähigkeit, bis schließlich professionelle Hilfe zugezogen und eine systematische, einschlägige Anamnese erfolgte. Gleichwohl legen kritische Untersuchungen auch andere Schlüsse nahe. Nach ihnen sind diese Fallstudien keineswegs die Regel; vielmehr sei ein solcherart reibungsloser Übergang hin zu professioneller Hilfe aufgrund mangelnder fachlicher Aus- und Fortbildung eher die Ausnahme.

In der Bundesrepublik Deutschland fehlen, von der konsequent modularen Hilfskette der Bundeswehr abgesehen, die bis hin zur Familienhilfe reicht (vgl. Puzicha 1996), jegliche empirischen Erfahrungen über Fallverläufe. Langfristige Untersuchungen, die von der akuten Traumatisierung an die Betroffenen bis zur Heilung oder Chronifizierung verfolgen, sind absolut die Ausnahme. Dies gilt für das Zugangsglück von Radevormwald, für Mogadischu, für Lengede; dies gilt für die Mehrzahl der besonders belastenden Hilfeinsätze deutscher Organisationen im Ausland und dies gilt selbst für die hervorragende Untersuchung der Helfer des Eschede-Einsatzes (vgl. Helmerichs in dieser Dokumentation). Dies gilt insbesondere für die Begründungs- und Bestätigungsliteratur einschlägiger Interventionsansätze (z.B. nach Mitchell), die allesamt keine replizierbaren Langzeitfälle nachweisen.

Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten die tatsächliche Arbeits- und Organisationsweise der inzwischen gegründeten Kriseninterventionsdienste, so werden die praktischen Defizite erkennbar:

Schaubild: „Kriseninterventionsdienste für Betroffene“

Kriseninterventionsdienste für Betroffene

1. Stufe: Organisation, STAN

In Organisationskonkurrenz

Dominierender Ansatz:
„peer“-/KIT-Konzept
nach Mitchell und
Gesprächstherapie

2. Stufe: Ereignisbegleitende Frühdiagnostik

Desiderat

Generell: Einschätzung nach Augenschein. Grundsatz: Freie Offerte

3. Stufe: Ereignisnachbereitende Maßnahmen

Definition von Diensten?

Integration von Diensten?

Übergabe: KIT – Betreuung – Überführung – Überweisung?

4. Stufe: Ereignisnachfolgende Diagnostik

Desiderat

5. Stufe: Mittel- und langfristig nachbetreuende Maßnahmen bei bleibender Symptomatik

- | | | |
|-------------|--------------------|--------------------------------|
| - Familie? | - soziale Dienste? | - Zuziehung spezieller Hilfen? |
| - Hausarzt? | - Arbeitgeber? | - Iteration der Angebote? |

Auf der 1. Stufe, der „Organisatorischen Vorbereitung“, findet sich vorherrschend Organisationskonkurrenz. Im Bereich sachlicher und persönlicher Ausstattung ist dies von untergeordneter Bedeutung. Im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Supervision und der Qualitätskontrolle zeigen sich jedoch ausgeprägte Defizite. Zwar stützen sich die nach Mitchell ausgebildeten Akteure auf das gebräuchlichste und in der Praxis verbreitetste Verfahren, doch ist damit keineswegs eine nachweisbare Gewähr für dessen Wirksamkeit gegeben. Langfriststudien und evaluierende Fallstudien kommen zu kritischen Ergebnissen, sodass ein Defizit an Vergleichbarkeit konstatiert werden muss. Grundlegend fehlt es an Wirksamkeitsanalysen.

Auf der 2. Stufe der „Ereignisbegleitenden Frühdiagnostik“ fehlt es an einsatzerprobten Verfahren. Generell handeln die Akteure nach Augenschein auf der Basis alltagspraktischen *common sense*. Eine Dis-

kussion der Triage-Problematik findet sich nicht, obgleich sie den Kern des Problems unmittelbar markierte: Sobald bei einem Massenansturm psychischer Akut-Traumatisierter über die Verteilung knapper Hilfe entschieden werden müsste, träte die Notwendigkeit einer eindeutigen Diagnostik offen zutage und damit der Mangel, sie leisten zu können.

Auf der 3. Stufe der „Ereignisnachbereitenden Maßnahmen“ stellt sich jenseits allgemeiner Kameradenhilfe ebenfalls das Problem klarer Zuständigkeiten und Verfahren, insbesondere zur Weiterleitung von akut, schwer und schwerst Betroffener (sofern man dies zutreffend diagnostizieren konnte). Hier wirkt sich ebenfalls der Mangel einer klaren Diskussion und Definition der Dienstangebote aus. So ist zwischen Dienstangeboten für Hilfskräfte der eigenen Organisation und anderer Organisationen und für Betroffene am Einsatzort zu unterscheiden. In der Praxis zeigt sich vielfach, dass Organisationen bestimmte Aufgaben gern an Kriseninterventionskräfte delegieren (z.B. Überbringung von Todesnachrichten an Notfallseelsorger), aber akut Betroffene aus den eigenen Reihen nicht gern von Externen behandeln lassen. Intern wiederum fürchten akut Betroffene dienstliche Nachteile, wenn sie sich ihren Vorgesetzten oder eigenem Kriseninterventionspersonal anvertrauen sollen. Zudem weist das Pilotprojekt der Unfallkasse Hessen (vgl. Klein 2000) darauf hin, dass aus Gründen der Kostenträgerschaft und der berufsständischen Anerkennung langfristig nur gesetzlich und verbandlich anerkannte Personen Kriseninterventionsdienste werden liquidieren können und so zahlreiche Anbieter auf das Niveau von Laienhilfe zurücksinken werden.

Insofern wird auf Stufe 4, der „Ereignisnachfolgenden Diagnostik“ das Problem verschärft: Die Diagnosefähigkeit wird sich mittel- und langfristig an professionelle Verteilungsmodi koppeln und so die Kluft zwischen Erst- und Laienhilfe und nachfolgender professioneller Hilfe verschärfen und damit im pessimalen Falle auch das Risiko, bei psychischen Traumen keine adäquate Erstversorgung zu erhalten. Im Kern setzt sich dieses Problem dann in der 5. Stufe der „Mittel- und langfristig nachbetreuenden Maßnahmen bei bleibender Symptomatik“ fort, weil sich dort die Kluft zwischen Erst- und Laienhilfe auf der einen und anerkannter professioneller Hilfe auf der anderen Seite verschärfen muss. Ein integrales System sozialer und psychischer Hilfen wie in den Niederlanden, bei dem adressatenspezifische Hilfen durch das institutionalisierte Zusammenwirken staatlicher, verbandlicher und privater Instanzen einschließlich der Versicherungsträger und des Arbeitgebers erarbeitet und angeboten werden (vgl. Smeding 2000), steht in der Bundesrepublik aus.

Desiderate

In der Zusammenschau lassen sich anhand der ausgewerteten Literatur zahlreiche Desiderate identifizieren. So bestehen zentrale Defizite

I. im Bereich empirischer Befunde:

1. Umfang und Verteilung von Extrembelastungen und PTSD sind unklar. In der ausgewerteten Literatur schwanken die Angaben zum Anteil der von PTSD-Betroffenen an der Bevölkerung zwischen 5 und 45 Prozent. Neuere Untersuchungen geben zunehmend Anteile um 20–25 Prozent an. Die Klassifizierung orientiert sich überwiegend am amerikanischen Diagnoseschlüssel, doch fehlt eine nachvollziehbare Abgrenzung zu Extremformen, die durch diesen Schlüssel nicht abgedeckt sind.
2. Handhabung der aufgetretenen Fälle (Anamnese, Diagnose, Therapie) ist nicht oder nur schwer nachvollziehbar. Bislang fehlen quantitativ verwertbare Aufzeichnungen über Fallverläufe. Zwar finden sich Fallschilderungen, doch handelt es sich dabei beinahe ausnahmslos um „Erfolgsstories“, die bestimmte Ansätze oder Verfahren als besonders geeignet untermauern sollen.
3. Thematische Relevanz bei Führungskräften ist kaum untersucht. Im Feld (insbesondere bei den Einsatzkräften von Feuerwehr und Polizei, aber auch bei den HiOrgs) werden die Bedeutung und Einflussnahme von Vorgesetzten auf Akzeptanz und Inanspruchnahme von (Krisen-)Interventionsmaßnahmen stark hervorgehoben. Welche Rolle Vorgesetzte wirklich spielen, ist weder fallweise dokumentiert noch quantitativ erhoben. Für andere Themen- und Problembereiche ist jedoch der Einfluss der Einsatzkräfte belegt, sodass zumindest Zweifel an einer einseitigen Verhinderung durch Vorgesetzte angebracht erscheinen. In Betracht gezogen werden sollte zumindest die Möglichkeit, dass Reserven gegenüber Interventionen auch seitens der Einsatzkräfte selbst bestehen und durch Verweise auf Vorgesetzte kaschiert werden sollen.
4. Individuelle Verarbeitungsmuster ermangeln der Empirie. Ein besonderes empirisches Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass psychische Belastungen individuell erfahren und verarbeitet werden und derzeit für die Bundesrepublik keine mittelbaren Skalen existieren. Welches Belastungsmaß im Mittel als „normal“ und ab wann es als „überdurchschnittlich“ zu gelten hat, ist unbekannt. Ebenfalls unbekannt sind die gegenüber Belastungen in Anschlag gebrachten Verarbeitungsstrategien. Es ist schlicht unbekannt, welche Betroffenenpersönlichkeiten auf welche Belastungen wie zu reagieren

versuchen und mit welchem Ergebnis. Solange man aber nicht weiß, welche Reaktionsweisen durchschnittlich üblich sind, könnte es sein, dass bestimmte Interventionsangebote von vornherein geringe Chancen haben, weil sie zu den üblichen Reaktionsweisen inkompatibel sind. (Beispiel: Für den typischen „In-sich-hinein-Fresser“ erscheinen Gesprächsangebote nicht sofort sinnvoll.)

II. im Bereich der Diagnostik:

1. Es fehlt eine praktikable, alltagstaugliche „On-Scene“-Diagnostik. Trotz grundlegender Forschungen fehlen bis auf Einsatzniveau transformierte Diagnose-Schemata, die auch von einer Helferschaft angewandt werden können, die nur über eine basale PTSD-bezogene fachliche Ausbildung verfügen. Dies gilt umso mehr, als gerade im Moment erster Auffälligkeit Entscheidungen getroffen werden müssen: Aufgrund welcher Symptome wird wem welche Hilfe angeboten oder welche Hilfe zugänglich gemacht – natürlich auch welche Hilfe vorenthalten oder für unnötig erachtet? Auch im Bereich traumatisierender Belastungen gelten die Grundsätze und Probleme von Triage, somit auch die Verfahren der Sichtung und Sortierung.
2. Es fehlt eine allgemeingültige PTS-Diagnostik, die zu einer zweifelsfreien Diagnose akuter Traumen befähigt. Dies bezieht sich weniger auf den Diagnose-Schlüssel (nach DSM IV), als vielmehr auf das diagnostische Potential von Ärzten, Psychiatern, Psychologen. Eingedenk der Tatsache, dass auch für diesen Bereich valide quantitative Erhebungen fehlen, legen Fallverlaufsstudien ehemals akut Traumatisierter die Vermutung nahe, dass nur selten die akute Traumatisierung erkannt und als solche spezifisch therapiert wurde.

III. im Bereich der Therapie:

1. Verfahren: Die Dominanz von Verfahren nach Mitchell und von Gesprächstherapie bildet einerseits ein erfolgreiches Marketing und eine ebenso erfolgreiche Positionierung innerhalb berufsverbandlicher Konkurrenz ab, andererseits aber auch eine erfolgreiche Handhabbarkeit dieser Ansätze in der Praxis. Die Beziehung zwischen diesen Erfolgen und dem entsprechend behaupteten Therapieerfolg ist bislang noch nicht zwingend nachgewiesen. Eine abschließende wissenschaftliche Untersuchung steht noch aus.
2. Dauer: Begründete Darlegungen über die mittlere Dauer akuter PTSD-Behandlung stehen ebenfalls aus. Statt dessen zeichnen sich Konflikte darüber ab, wie lange die Therapie akuter Belastungsreaktionen dauern und wie tiefgehend sie sein sollte.

IV. im Bereich von Qualität, Qualitätssicherung und wissenschaftlicher Reliabilität:

1. Standards: Bislang stehen keine eindeutig definierten Gütekriterien für die Erstellung und Durchführung von Diensten zur Verfügung. Ob sach- und fachgerecht diagnostiziert, versorgt, behandelt und übergeben worden ist, lässt sich derzeit weder während des Erstellungsprozesses noch im Nachhinein eindeutig ermitteln.
2. Vergleichbarkeit: Da es weder eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, noch eine einheitliche Supervision, noch eine Evaluation der geleisteten Arbeit gibt, fehlt jedwede Vergleichbarkeit und damit auch
3. Überprüfbarkeit.

V. im Bereich von Dienstleistung und -angebot:

1. Maßnahmen, Verfahren: Es fehlen klare Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen.
2. Definition: Dienste, Dienstleistung und -durchführung werden nach Belieben der Diensteanbieter definiert. Abweichende Definition finden sich oftmals schon innerhalb einer Gemeinde.
3. Ausbildung: keinerlei Übereinstimmung
4. Schnittstellen: nicht einheitlich definiert. Alarmierungs- und Ausrückeverfahren variieren kommunal und verbandlich.
5. Übergaben: bislang nur vereinzelt definiert. Zumeist fehlt eine klare Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten und Psychologen.

VI. im Bereich spezieller Verfahren:

1. Dead body handling: Insbesondere in Deutschland fehlen hier praxistaugliche, gering belastende Verfahren zum Umgang mit Toten/Leichen. Dies gilt für Maßnahmen beim „plötzlichen Kindstod“ ebenso wie beim Massenanfall von Toten und Kadavern. Im Prinzip sind die Einsatzkräfte auf derartige Eventualitäten nicht vorbereitet, sodass ihnen nicht nur reale Erfahrung fehlt, sondern auch die notwendige Flexibilität, wo es nötig ist, mit Feingefühl, mit Entschiedenheit oder mit Härte reagieren zu können.
2. Familienhilfe: Einzig die Bundeswehr bietet in Deutschland systematische, fachlich abgesicherte Familienhilfe an. Eine Dienstintegration fehlt vollkommen. Letztlich wird psychosoziale Hilfe nach Zufall gewährt und nach Belieben beendet.
3. Verbundhilfe (Soziale und kommunale Dienste, Sozialversicherung etc.): Anders als in den Niederlanden existieren in Deutschland

keine staatlich organisierten Verbundhilfen, die kommunale Hilfen, Sozialamt, Kranken- und Rentenkasse integrieren und Betroffenen maßgeschneiderte Maßnahmen anbieten. Dies muss deshalb als Desiderat erscheinen, weil zurzeit in Deutschland die von Organisationen angebotenen posttraumatischen Hilfen letztlich erratisch bleiben. Es obliegt dem Engagement und der Einsichtsfähigkeit aufgrund zufälliger Interaktionen, welche Hilfe sich für Betroffene in welcher Form und mit welcher Dauer ergibt.

Literatur

Arbeitsgruppe Stolzenbach-Hilfe: Hilfsprogramm zur gesundheitlichen Betreuung der Betroffenen des Grubenunglücks in Stolzenbach bei Borken. Dokumentation und Zielsetzung. 1989

ASB-Fachtagung „Psychologische Aspekte der Hilfeleistung“, 5.7.1996, Köln: Bundesverband Arbeiter-Samariter-Bund 1996

Badisches Rotes Kreuz. Landesschule Bad Dürkheim: Weiterbildung „Verhalten in Krisen und Notfallsituationen“. 1993

Bierhoff, H.W./Garms-Homolova, V.: Hilfsbereitschaft und Helfen. Manual erarbeitet im Auftrag vom Deutschen Roten Kreuz. Bochum, Berlin 1992

Blankenstein, U./Gassner, M./Hilken, B./Milz, H.-R.: Stress verstehen und bewältigen. Hefte zur Fortbildung Nr. 9, hrsg. v. Rheinbraun. Rheinische Braunkohlenwerke Aktiengesellschaft, o.O., o.J.

Bleich, A./Dyclan, A./Koslowsky, M./Solomon, Z.: „Psychiatric Implications of Missile Attacks on a Civilian Population“, J. AM. MED. ASSOC. 268 (1992): 613–615

Bornwasser, M.: Psychologische Nachsorge für Einsatzkräfte“, 8. DRK-Rettungskongress in Dresden 4.–7. Mai 1994

Bornwasser, M./ Kayser, A./Witthaut, J.: EKNT. Entwurf einer Konzeption des DRK zur Einrichtung eines Teams zur Nachsorge emotional stark beanspruchter Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei. Münster 1993

Bromet, E.J./Parkinson, D.K./Dunn, L.O.: „Long-term mental health consequences of the accident at Three Mile Island“, INT. J. MENTAL HEALTH 19,1990,2: 48-60

Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention „Hinter Blaulicht und Martinshorn. Erste Hilfe für die Seele“, Augsburg 23.-25.6. 2000

Crocq, L./Lery, O.: „Le stress des décideurs et des sauveteurs dans la catastrophe“, Compte rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie, Montréal 1989 (3-9 juillet)

Danish Red Cross: It must never happen again... A Report About the Fire Catastrophe on Board the Ferry „Scandinavian Star“ and about the Consequences for the Survivors and the Bereaved. January 1991

Danish Red Cross: Report on the Consultation on Red Cross / Red Crescent Response to Meeting the Psychological Needs Resulting from Stressful Life Events and Disasters. Copenhagen, 27-30 May, 1991

Delpard, Raphael: Überleben im Versteck. Jüdische Kinder 1940-1944. Aus dem Französischen von Bettina Schäfer. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. 1994

Dombrowsky, W.R.: „Standards bei der Betreuung in Krisensituationen“, Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention „Hinter Blaulicht und Martinshorn. Erste Hilfe für die Seele“, Die Referate. Augsburg 2000: 142-169

Dombrowsky, W.R.: Verhalten von Menschen in Extremsituationen. Stress, Belastungsreaktionen und Krisenintervention. In: Dokumentation „Wer hilft dem Helfer?“ Stakenburger Fachtagung 1997. Deutsches Rotes Kreuz Stakenburg. Darmstadt 1998: 1-22

Dombrowsky, W.R.: Das Verhalten von Menschen in Extremsituationen. In: Dokumentation „Das steckt niemand so einfach weg... Psychologische und ethische Probleme der Helfer in Katastropheneinsätzen und im Rettungsdienst“. Interdisziplinäre Fachtagung 1.-2.11.1996 in Darmstadt. Bonn: Akademie des DRK 1997: 5-15

Dombrowsky, W. R.: „Verhalten und psychische Reaktionen bei Brand- und Chemiekatastrophen unter Berücksichtigung des Evakuierungsverhaltens“, 5. Katastrophenseminar über Großschadensereignisse der

Berliner Polizei und Feuerwehr vom 21.–22.9.1995 in Berlin, Berlin: LKA 1995: 224–233

Dombrowsky, W. R.: „Das Problem der katastropheninduzierten Traumatisierung am Beispiel Herborn“, ZIVILVERTEIDIGUNG, 1988, Heft 2: 53–56

Dombrowsky, W. R. & Schuh, H.: „Burn-Out bei den Feuerwehren. Zur Stresssymptomatik bei Einsatzkräften“, DER FEUERWEHRMANN 10/1993: 341–343 (Teil 1) und 11/1993: 378–380 (Teil 2)

Emminghaus, W.B.: From First Aid in Emergency to Intercultural Encounters, League of Red Cross and Red Crescent Societies (Eds.): Refugees. The Trauma of Exile. Dordrecht, Boston, Lancaster: Nijhoff 1988: 111–131

Fachtagung „Das steckt niemand so einfach weg...“. Psychologische und ethische Probleme der Helfer in Katastropheneinsätzen und im Rettungsdienst. Interdisziplinäre Fachtagung des Landesverbandes Hessen des Deutschen Roten Kreuzes und der Akademie des Deutschen Roten Kreuzes in Darmstadt vom 1.–2.11.1996. Bonn: Akademie des DRK 1997

Fachtagung „Wenn es auf der Seele brennt...“. Einsatzbelastung und Einsatznachbereitung in Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Koblenz: Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz 2000

Fachtagung „Therapeutisches Händchenhalten – Qualität in Notfallseelsorge und Krisenintervention“, 4. Hessische Fachtagung Notfallseelsorge/Krisenintervention. Seelsorge in Notfällen e.V., Wiesbaden, 10.03.2001

Fertig, B.: „Lasse Deiner Seele Flügel wachsen... Stress und Stressbewältigung im Rettungsdienst“, DER RETTUNGSDIENST 15, 1992: 749–753

Frick, E.: „Psychiatrische Notfälle in der präklinischen Krisenintervention“, in: von Wietersheim, H./Fertig, B. (Hg.): Menschliche Begleitung und Krisenintervention

Goldsteen, R.L./Schorr, J.K.: Demanding Democracy after Three Mile Island. Gainesville: University of Florida Press 1991

Granot, H.: „Applying NIHM-FEMA Formulae to the Gulf War in Israel: Needs Assessment for Psycho-Social Services in Emergencies“, Ramat Gan (Israel) 1992

Guidelines for the Development of a Psychological Support Programme for Victims of Disasters and other Stressful Life Events. Int. Fed. of Red Cross and Red Crescent Societies, Genf 1993 (2074)

Handly, R. (with P. Neff): Anxiety & Panic Attacks. Their Cause and Cure. New York: Fawcett Crest 1985

Helzer, J.E./Robins, L.N./McEvoy, L.: „Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiological catchment area survey“, N. ENGL. J. MED. 317: 1630-1634

Hermanutz, M./Buchmann, K.E.: Körperliche und psychische Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften während und nach einer Unfallkatastrophe. Villingen-Schwenningen 1993

Holsboer, F.: „Stress und Hormone“, SPEKTRUM DER WISSENSCHAFT 5/1993: 97-100

von Holst, D.: „Zoologische Stress-Forschung – ein Bindeglied zwischen Psychologie und Medizin“, SPEKTRUM DER WISSENSCHAFT 5/1993: 92-96

„It must never happen again – that there is no help“ A Report about the Fire Catastrophe on Board the Ferry „Scandinavian Star“ and about the Consequences for the Survivors and the Bereaved. Danish Red Cross. Copenhagen 1991

Jahn, Th.: „Geschöntes Bild. Die offizielle Statistik täuscht – rund ein Fünftel der Ostdeutschen ist unterbeschäftigt“, DIE ZEIT Nr. 9 vom 23.2.1996: 34

Jatzko, H./Jatzko, S./Seidlitz, H.: Das durchstoßene Herz. Ramstein 1988. Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Oldenburg: Stumpf & Kossenday 1995

Jatzko, S./Jatzko, H.: „...es kam noch viel schlimmer“. Im Gespräch mit Sybille und Hartmut Jatzko über die Arbeit mit den Ramsteiner Katastrophen-Opfern. FORUM ETHIK & BERUFSETHIK 4/1993 und 1/1994

Kallus, K.W. „Die Bedeutung des psychophysischen Ausgangszustands für Belastungsreaktionen“. Würzburg 1988

Klein, J.: „Beratung und Betreuung von Personen nach psychischer Traumatisierung bei besonders belastenden Ereignissen und Tätigkeiten“, Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention „Hinter Blaulicht und Martinshorn. Erste Hilfe für die Seele“, Die Referate. Augsburg 2000: 41–49

Korittko, A.: „Trauma: Wenn nichts mehr ist, wie es war. Posttraumatische Stress-Reaktionen“, PSYCHOLOGIE HEUTE 4/1993: 54–57

Lubrich, J./Fertig, B./Lovenfosse, R.: „Von der Lust zum Frust – das Burn-Out-Syndrom im Rettungsdienst“, DER RETTUNGSDIENST 12, 1989: 228–232

Müller, V./Brümmer, D.: „Stress und Stressbewältigung“, BRANDSCHUTZ / DEUTSCHE FEUERWEHRZEITUNG 2/1992: 75–82

Müller-Cyran, A.: „Nachsorge – psychische Betreuung im akuten Großschadensfall“, 5. Katastrophenseminar über Großschadensereignisse der Berliner Polizei und Feuerwehr vom 21.–22.9.1995 in Berlin, Berlin: LKA 1995: 241–246

Puzicha, K.J.: Der Psychologische Dienst der Bundeswehr: Entwicklungen und Perspektiven. Arbeitsberichte Psychologischer Dienst der Bundeswehr Nr. 4/1996 (Sept.), hrsg.v. Bundesministerium der Verteidigung P II 4, Bonn

Quarantelli, E.L.: „An assessment of conflicting views on mental health: The consequences of traumatic events“, in: Figley, Ch. (ed.): Trauma and its wake. New York: Brunner & Mazel 1985

Quarantelli, E.L.: „The controversy on mental health consequences of disasters“, in: Groups and Organizations in War, Disaster and Trauma. Bethesda, MD: Dept. of Psychiatry, Uniformed Services University of the Health Sciences. 1987: 1–35

Resick, P.A./Schnicke, M.K./Markway, B.G.: The relationship between cognitive content and Posttraumatic Stress Disorder. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, N.Y. 1991

Reuben, E.: „Preparedness for Medical Rehabilitation of Casualties in Disaster Situations“, Paper presented at the 10th World Congress on Emergency and Disaster Medicine, Mainz 24.-27.9.1997

Reuben, E./Marincek, C. (Eds.): WHO/EURO Consultation on Guidelines for Rehabilitation of Physically Wounded in Disaster Situations. Ljubljana, Slovenia 1996

Schenk, E.G.: „Seelische Veränderungen infolge Gefangenschaft unter extremen Lebensverhältnissen“, DER MEDIZINISCHE SACHVERSTÄNDIGE 80,1984,2: 29-32

Scherer, G.: „Zur psychischen Last des Soldaten im Gefecht“, TRUPPENPRAXIS 10/1974: 759-762

Schnyder, U./Sauvant, J.-D. (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen u.a.: Hans Huber 1993

Schüffel, Wolfgang: Bewältigung schwerer Verluste. Ärztlicher Einsatz im Katastrophenfall. Das Grubenunglück Stolzenbach/Borken“, HESISCHES ÄRZTEBLATT 50,1989, 1: 14-16

Sheenan, D.V.: The Anxiety Disease. New York, Toronto a.o.: Bantam Books 1983

Singer, J.D./Small, M.: The Wages of War 1816-1965. A Statistical Handbook. New York, London, Sidney, Toronto: John Wiley 1972

Smeding, M.: „...und danach? Unser Einsatz aus Sicht der Trauerbegleitung bei Kindern und Eltern“, Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention „Hinter Blaulicht und Martinshorn. Erste Hilfe für die Seele“, Die Referate. Augsburg 2000: 204-225

Sowder, B.J. (ed.): Disaster and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives. National Institute of Mental Health. Center for Mental Health Studies of Emergencies. Rockville, M.D. 1985

Suttker, P.B./Allain, A.N.J./Winstead, D.K.: „Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans“, AM.J.PSYCHIATRY 150 (1993): 240-245

Villarreal, M.S.: „Quality Management Tool for Mass Casualty Emergency Responses and Disasters“, *Prehospital and Disaster Medicine* Vol. 12, No. 3, July-Sept. 1997: 27(200)–36(209)

Wahrheit, G.J.: „Disasters and their mental health consequences“, in: Lysted, M. (ed.): *Mental Health Response to Mass Emergencies*. New York: Brunner & Mazel 1988

v. Wietersheim, H.: *Informationen Notfallseelsorge. Rettungsorganisationen und Kirchen – Partner für Menschen in Not*. Nürnberg: AGS 1995

Zentrum Innere Führung. *Arbeitspapier 2/96: „Umgang mit Verwundung und Tod im Einsatz*. Koblenz: FIZ 1996

Jutta Helmerichs

Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznach- sorge Eschede

Am 3. Juni 1998 entgleiste der ICE 884 „Wilhelm Conrad Röntgen“ auf dem Weg von München nach Hamburg bei einer Geschwindigkeit von 200 km/h in Höhe der niedersächsischen Ortschaft Eschede. Bei diesem schwersten Eisenbahnunglück in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland starben 101 Menschen, mehr als 100 Personen wurden zum Teil schwer verletzt. Die Bergungs- und Aufräumarbeiten nahmen mehrere Tage in Anspruch. Eingesetzt waren dabei Kräfte des Deutschen Roten Kreuzes, des Malteser Hilfsdienstes, der Johanniter Unfall Hilfe, des Arbeiter Samariter Bundes, privater Rettungsdienste, der Feuerwehren, des Technischen Hilfswerkes, der Polizei, der Bundeswehr, der regional stationierten englischen Armee und des Bundesgrenzschutzes. Viele der insgesamt etwa 2000 Helferinnen und Helfer waren ehrenamtlich tätig.

Ein großer Teil dieser beim Zugunglück in Eschede eingesetzten Helferinnen und Helfer hat nach Einsatzende eine psychosoziale Betreuung in Anspruch genommen. Geschulte Kräfte verschiedener Disziplinen und Fachrichtungen (Seelsorge, Psychologie, Medizin, Feuerwehr, Rettungsdienst, Sozialarbeit) boten zur Prävention psychischer und sozialer Belastungsfolgen und posttraumatischer Belastungsstörungen Hilfe und Unterstützung durch Vorortpräsenz, entlastende Einzelgespräche, Gespräche in Gruppen, strukturierte Einsatznachbesprechungen (Debriefing) und psychotherapeutischer Behandlungen von Traumafolgen an.

Erstmals nach einem Großschadensereignis wurde ein nicht nur umfangreiches, sondern auch sehr vielfältiges und dauerhaftes (andert-halbjähriges) Unterstützungsangebot für Einsatzkräfte etabliert.

Aufbau der Eschede-Einsatznach- sorge

Beteiligte Organisationen und Institutionen

Die Nachricht vom Zugunglück in Eschede veranlasste verschiedene Organisationen und Institutionen in ganz Deutschland, Personen für die psychologische Unterstützung und Betreuung der Einsatzkräfte an den Unglücksort zu entsenden. Die meisten der „Helfer der Helfer“ sind

Einsatzkräfte aus Rettungsdienst und Feuerwehr mit psychologischer Zusatzqualifikation.

An der Einsatznachsorge der ersten Tage nach der Zugentgleisung und damit am Aufbau einer Nachsorgestruktur waren beteiligt:

- Deutsches Rotes Kreuz/DRK Rettungsschule Niedersachsen,
- Malteser Hilfsdienst – CISM-Teams,
- Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE) e.V.,
- „Einsatz Nachsorge Team“ (ENT) der Berliner Feuerwehr,
- Universität Freiburg – Psychologisches Institut und Klinikum,
- Bundesgrenzschutz, Bundeswehr und
- Sozialwissenschaftlicher Dienste (SWD) der Polizei Niedersachsen.

Erste organisatorische Maßnahmen

Das erste Ziel war die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Einsatznachsorge mit einer Hotline („Celle 7070“). Durch die Vielzahl der psychologischen Helferinnen und Helfer, die vor Ort eintrafen, wussten die einzelnen zum Teil nur wenig über die jeweilige Arbeit der anderen. Es galt deshalb, Kontakt aufzunehmen, zum einen untereinander, vor allem aber zu Geistlichen aus den regionalen Kirchenkreisen, von denen viele sofort zur Unfallstelle gefahren waren und dort vor allem Verletzte und Hinterbliebene betreuten. Ferner gab es vor Ort Kontakt mit den Psycholog/inn/en der Deutschen Bahn AG, zu Vertreter/inne/n der Kirchen und örtlicher Beratungseinrichtungen, zu Einsatzleitern, zu Verantwortlichen des Landkreises und der Stadt Celle sowie der Gemeinde Eschede. Die Kooperation und Kommunikation verlief sehr positiv und kooperativ, sodass sich innerhalb weniger Tage eine tragfähige örtliche Vernetzung entwickelt hatte.

Der organisatorische Rahmen für die Einsatznachsorge Eschede konnte innerhalb kürzester Zeit geschaffen werden: Kreisverbände des Deutschen Roten Kreuzes stellten Räume, Verpflegung und Kommunikationsmittel zur Verfügung. Wesentliche Aufgabe der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge war zunächst die Öffentlichkeitsarbeit und die Bekanntgabe des Angebots der Einsatznachsorge an die Einsatzkräfte und die Einsatzleiter durch Telefonate und Informationsveranstaltungen.

Parallel zum Aufbau der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge wurde in der zweiten Woche nach dem Zugangsglück ein Antrag auf Einrichtung einer langfristig arbeitenden Nachsorgeeinrichtung formuliert und beim Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales eingereicht.

Psychosoziale Hilfeleistungen der ersten zwei Wochen

Die psychosozialen Hilfeleistungen der ersten zwei Wochen bestand überwiegend in Einsatznachbesprechungen in Gruppen (Debriefing) außerhalb der Unfallstelle und in Einzelberatungen.

Einsatznachbesprechungen in Gruppen (Debriefing)

Die meisten (85 %) der vom Malteser Hilfsdienst, der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V., der Berliner Feuerwehr, der Bundeswehr, dem Deutschen Roten Kreuz, der Universität Freiburg und der Polizei Niedersachsen für die Einsatznachsorge nach Eschede entsandten (und über die Koordinierungsstelle eingesetzten) Kräfte sind im „Critical Incident Stress Management“-Programm (CISM) nach Mitchell und Everly, USA ausgebildet.¹ Die Eschede-Einsatznachsorge bestand dadurch zunächst vorwiegend aus strukturierten Einsatznachbesprechungen in Gruppen auf der Grundlage dieses Modells. Auch für die organisationsinterne Einsatznachsorge des Bundesgrenzschutzes und der Bundeswehr standen entsprechend ausgebildete Debriefingteams zur Verfügung.

Einzelberatungen und Vermittlung weiterführender Hilfe

Parallel zu den Einsatznachbesprechungen in Gruppen wurden den Einsatzkräften von den Mitarbeitern der Koordinierungsstelle Einzelgespräche angeboten. Die Kontaktaufnahme erfolgte sowohl telefonisch über die eingerichtete Hotline als auch durch persönliche Hinweise und Empfehlungen. Einige Einsatzkräfte nahmen im Anschluss an ein Debriefing Kontakt zur Koordinierungsstelle auf, weiterhin wurde die Kontaktaufnahme zu den regionalen Beratungseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten oder Psychologen oder zu Ambulanzen nahe gelegener Psychiatrischen Kliniken empfohlen. Als problematisch erwies sich dabei, dass der Koordinierungsstelle zwar zahlreiche Ansprechpartner namentlich genannt worden waren, deren therapeutische Ausrichtung bzw. Qualifikation vielfach jedoch nicht bekannt war.

Zusammenstellung und Systematisierung von Hilfsangeboten

Die Koordinierungsstelle erhielt unmittelbar nach dem Zugangslück aus dem gesamten Bundesgebiet Therapiehinweise und Hilfsangebote von Beratungseinrichtungen, Kliniken, Hochschulen sowie niedergelassenen Ärzten und Psychologen. Zeitgleich boten Privatpersonen, Kurverwaltungen und Hotels der Koordinierungsstelle zahlreiche Erholungs-

reisen für Einsatzkräfte an mit der Bitte um Weiterleitung bzw. Organisation.

Langfristige Einsatznachsorge

Bereits in den ersten Tagen nach dem Zugunglück wurde eine Konzeption für eine längerfristige Nachbetreuung von Einsatzkräften und anderen Betroffenen entwickelt, das auch als Modell für die Entwicklung von Konzepten für Katastrophenschutzpläne dienen soll. Vor allem aus folgenden vier Gründen wurde ein solches Einsatznachsorgeprogramm für erforderlich gehalten:

- die bereits zum Zeitpunkt der Konzeption zunehmende Anfrage nach Einzel- und Gruppengesprächen,
- die Sicherstellung der Weiterbetreuung von Personen, die bereits in der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge beraten wurden,
- ein aus psychotraumatologischer Sicht zu erwartender Versorgungsbedarf in den folgenden Wochen und Monaten,
- die nationalen und internationalen Erfahrungen bei Großschadensereignissen und die Tatsache, dass man beim Zugunglück Eschede nicht – wie in einigen europäischen Ländern – auf speziell für den Katastrophenfall vorbereitete Organisationsstrukturen der Einsatznachsorge zurückgreifen konnte.

Der Antrag auf Einrichtung einer längerfristigen Einsatznachsorgestelle wurde vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales bewilligt. Das von Bund und Land Niedersachsen finanzierte (350 TDM), zunächst bis Mitte 1999 konzipierte, dann mit Unterstützung durch die Deutsche Bahn AG (150 TDM) bis Ende 1999 verlängerte Projekt hatte folgende Aufgaben:

- regionale Nachsorge der Einsatzkräfte durch Betreuungsarbeit und Vernetzung der Versorgungsangebote, Information und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Auswertung und Dokumentation der gewonnenen Erfahrungen.

Beratungsarbeit und Aufbau eines Betreuungsnetzes

Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle gehörte die telefonische oder persönliche Einzel- oder Paarberatung sowie die Vermittlung weiterführender Hilfe. Diese Hilfe wurde auf den Einzelfall abgestimmt und Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, Psychologen oder Kliniken, zu Gemeindepastoren, Beratungseinrichtungen, Kriseninterventions-

teams oder Seelsorgediensten vermittelt. Langfristiges Ziel war es, in allen Regionen Norddeutschlands, aus denen die Einsatzkräfte nach Eschede angefordert worden sind, ein unterstützendes Netzwerk zu bilden, damit die Einsatzkräfte Kontakt zu kompetenten Ansprechpartnern aus dem psychosozialen und medizinischen Versorgungsbereich aufnehmen konnten. Daneben wurden in verschiedenen Orten Gesprächskreise für Familienangehörige (Ehe-/Partnerinnen, Eltern) der Einsatzkräfte gebildet, die in Kooperation mit den Gemeindepastoren angeboten wurden. Um die Förderung der regionalen Nachsorge mit Einsatzkräften und Beratenden gemeinsam entwickeln und abstimmen zu können, wurde eine Fachgruppe „Regionale Nachsorge“ gebildet, die sich in regelmäßigen Abständen traf.

Öffentlichkeitsarbeit

Durch Informationsgespräche oder -veranstaltungen für die Einsatzkräfte von Eschede, für Führungskräfte (Einsatzleiter, Bereitschaftsführer, Ortsbeauftragte, Wehrführer usw.) der in Eschede eingesetzten Helfergruppierungen und für Entscheidungsträger aus dem politischen Bereich sowie über die regionale Presse oder Fachzeitschriften wurde über Ziele und Angebote der Koordinierungsstelle, über psychosoziale Auswirkungen besonders belastender Einsätze und über Methoden der Einsatznachsorge informiert. Zur Öffentlichkeitsarbeit der Koordinierungsstelle gehörte weiterhin die Präsentation der Arbeit und erster Arbeitsergebnisse in Vorträgen und Publikationen.

Auswertung gewonnener Erfahrungen

Im Rahmen der Einsatznachsorge Eschede gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse wurden dokumentiert, ausgewertet und der Fachöffentlichkeit (Experten aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich sowie Führungskräften aus dem Bereich Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben) zur Verfügung gestellt.² Vorschläge zur Einrichtung einer Koordinierungsstelle psychosoziale Dienste im Katastrophen-/Großschadensfall wurden erarbeitet³. Die Auswertung der Erfahrungen und Erkenntnisse erfolgte durch:

- regional und überregional zusammengestellte Fachgruppen, die sich aus Vertreter/inne/n der Organisationen und Institutionen zusammensetzten, die am Aufbau der Einsatznachsorge Eschede beteiligt waren,
- einen Workshop für diejenigen, die in den ersten zwei Wochen nach dem Zugangslück bei der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge mitgearbeitet haben,

- eine Erhebung bei den Einsatzkräften, mit dem Ziel die langfristige psychische Belastung und Belastungsfolgen zu untersuchen, die psychische Einsatzverarbeitung zu beschreiben und das Nachsorgeangebot durch die Helfer bewerten zu lassen. Die Einsatzkräfte konnten die Ergebnisse individuell und anonym über das Psychologische Institut der Universität Freiburg erfahren.

Ergebnisse – Bilanz – Empfehlungen

Aufbau und Koordination Organisationsübergreifende Kooperation

Die Koordinierungsstelle Einsatznachsorge wurde innerhalb kürzester Zeit aufgebaut. Die wesentlichen Gründe für das Gelingen liegen in der Verfügbarkeit und Anwendung einer gemeinsamen Nachsorgemethode (CISM¹), ebenso in der guten Zusammenarbeit aller Beteiligten unter Zurückstellung persönlicher Interessen, der Bereitschaft organisationsübergreifend zu denken und zu handeln, im hohen persönlichen Einsatz Einzelner und in der guten Kooperation mit Vertretern der Kirchen und örtlicher Beratungseinrichtungen. Die lokale Vernetzung und organisationsübergreifende Zusammenarbeit ließ sich durch die gemeinsame Arbeit in der gebildeten regionalen und überregionalen Fachgruppe fortsetzen.

Diese beim Zugangsglück in Eschede gewonnenen positiven Erfahrungen sind nicht zwangsläufig auf andere Großschadensereignisse übertragbar. Erforderlich ist die gezielte Entwicklung von Organisationsstrukturen für psychosoziale Notfallversorgung, wobei ihre verbindliche Einbindung in bestehende Strukturen auf zwei Ebenen zu empfehlen ist, zum einen im Katastrophenschutz für den Großschadensfall und zum anderen im Einsatzalltag. Eine verlässlich etablierte Einsatznachsorge im Einsatzalltag hat nicht nur für sich allein genommen hohe Berechtigung, sondern ist wesentliche Grundlage für wirksame und problemlos koordinierbare Einsatznachsorge im Katastrophen/Großschadensfall.

Die Erfahrung der konstruktiven organisationsübergreifenden Zusammenarbeit sowohl in der kurz- als auch in der langfristigen Eschede-Einsatznachsorge legt nahe, auch zukünftig im Aufgabenbereich Einsatznachsorge organisationsübergreifend zu denken, zu handeln und entsprechende Netzwerke zu fördern, aber auch, strukturelle und methodische Maßnahmen nicht zu entkoppeln.

Kompatibilität

Alle 62 Personen, die in den ersten 18 Tagen der Eschede-Einsatznachsorge Nachbesprechungen in Gruppen (Debriefing) durchgeführt haben, konnten – obwohl sie aus verschiedenen Organisationen kamen – je nach Bedarf zu unterschiedlichen Teams variabel zusammengestellt werden und ad hoc zusammenarbeiten, weil sie alle nach der Methode CISM ausgebildet waren. Diese Kompatibilität der eingesetzten Teammitglieder erwies sich für die Koordination der Katastrophennachsorge als sehr vorteilhaft.

Zu empfehlen ist, dass alle Organisationen und Gruppierungen, die Nachsorge für Einsatzkräfte vorhalten und anbieten, sich auch langfristig auf eine einheitliche Methode verständigen, zumindest in Vorbereitung für den Katastrophen-/Großschadensfall, der die rasche Betreuung einer höheren Anzahl von Einsatzkräften erwarten lässt.

Sensibilisierung

Aus- und Fortbildung in Einsatznachsorge

Unter den Einsatzkräften von Eschede – aber auch bei anderen – ist seit dem Zuganglück ein wachsendes Interesse an Aus- und Fortbildung in Einsatznachsorge spürbar. Zunehmend wird die Frage aufgeworfen, wie Stressreaktionen vermindert werden können, aber auch, welche präventiven Maßnahmen sich vor einem möglicherweise traumatisierenden Einsatz anbieten.

Sinnvoll und erforderlich ist eine konsequente Integration von psychosozialen Themen in die Aus- und Fortbildung von Einsatzkräften. Darüber hinaus sollten alle Rettungs- und Hilfsorganisationen psychosozialen Themen und Angeboten insgesamt deutlich mehr Aufmerksamkeit widmen.

Impulse zum Aufbau psychosozialer und seelsorgerlicher Dienste

Eine weitere Folge des Zuganglücks, den damit verbundenen hochbelastenden Aufgaben und der kontinuierlichen Präsentation der geleisteten Seelsorge und Einsatznachsorge in den Medien ist ein bundesweit wachsendes Interesse am Aufbau weiterer Kriseninterventionsteams und Notfallseelsorgediensten. Wenngleich regional gesehen unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Dienste zu stellen sind, wäre dennoch ein stärkerer Austausch von konzeptionellen Überlegungen und gewonnenen Erfahrungen der einzelnen Initiativen untereinander wünschenswert, als es bisher der Fall ist, um Synergieeffekte sinnvoll zu nutzen.

Qualitätssicherung und Forschung

Eng verknüpft mit der Forderung nach einer konsequenten Aus- und Weiterbildung in Einsatzvorbereitung und -nachsorge und nach Vernetzung der verschiedenen Kriseninterventions- und Notfallseelsorgeteams ist die Forderung nach Qualitätssicherung und verstärkter Forschung in diesem Bereich. Gerade aufgrund der zunehmenden Akzeptanz und Einsicht in die Bedeutung psychosozialer Betreuung besteht die Gefahr des Aktionismus bei fehlender wissenschaftlicher Grundlage: Zwar lässt sich zur Zeit schon auf wissenschaftliche Ergebnisse zur Notfallpsychologie zurückgreifen, dennoch liegen insgesamt zu wenig gesicherte Erkenntnisse über den kurz- und langfristigen Bedarf von psychologischer Nachsorge nach belastenden Einsätzen vor. Auch über die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen ist zu wenig bekannt. So sind auch Indikation, Wirkungsweise und Effizienz der Debriefings noch nicht ausreichend untersucht.

Die Forschung im Bereich Notfallpsychologie ist zu verstärken und die Qualität psychologischer und seelsorgerlicher Hilfsangebote und Präventions- und Nachsorgekonzepte ist zu untersuchen und zu evaluieren.

Akzeptanz

Wenngleich seit einigen Jahren unter Einsatzkräften und Einsatzleitern eine zunehmende Akzeptanz psychosozialer Themen und Angebote zu verzeichnen ist, inzwischen zahlreiche Ausbildungskonzepte und Fortbildungsprogramme in Stressbewältigung und Krisenintervention entwickelt, publiziert und umgesetzt wurden⁴ und im gesamten Bundesgebiet die Zahl der Kriseninterventionsteams und Notfallseelsorge/-nachsorgedienste kontinuierlich ansteigt, bedeutet diese Entwicklung nicht, dass alle diesbezüglichen Vorbehalte mittlerweile ausgeräumt sind. Hilfe zur Verarbeitung eines belastenden Einsatzes in Anspruch zu nehmen, ist für Helferinnen und Helfer nach wie vor nicht selbstverständlich und die Eschede-Einsatzkräfte haben nur einen ausgewählten Teil der vielfältigen Unterstützungsangebote akzeptiert, ein Teil hingegen wurde skeptisch beurteilt oder abgelehnt.

Debriefing

Zu den breit akzeptierten Hilfeleistungen gehört das Debriefing, obwohl diese Nachsorgemethode unter den Einsatzkräften und Einsatzleitern beim Zugunglück in Eschede bis dahin nicht bekannt war. Der Betreuungsumfang der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge

betrug nach Abschluss der 32 durchgeführten Debriefings am 21. Juni 1998 insgesamt 365 Personen. Bundesgrenzschutz und Bundeswehr haben nach eigenen Angaben zusätzlich bei ca. 350 ihrer Kräfte ein Debriefing durchgeführt. Geht man davon aus, dass etwa 2000 Kräfte in Eschede im Einsatz waren (die genaue Zahl ist nicht rekonstruierbar), hat etwa jeder Dritte eine Erstbetreuung dieser Art angenommen.

Aus Rückmeldungen ist zu schließen, dass das Debriefing vor allem deshalb angenommen werden konnte, weil bei jeder dieser Einsatznachbesprechungen grundsätzlich speziell geschulte Kollegen oder Kameraden („Peers“) eingesetzt waren. Die Einsatzkräfte brauchten sich und ihre Arbeit nicht zu erklären, es konnte sehr schnell eine Vertrauensbasis entstehen, Vorbehalte gegenüber psychologischen Beratungsangeboten ließen sich so überbrücken.

Aus dieser Erfahrung ist abzuleiten, dass das Prinzip „psychologische Kollegenhilfe“ in Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst und Bundeswehr (Konzept „Peer“, „Mediatoren“ u.a.⁵) auszubauen und zu fördern ist.

Information und Aufklärung

Breit akzeptiert wurden auch die Informationsveranstaltungen für Eschede-Einsatzkräfte, die die Koordinierungsstelle im Zeitraum September 1998 bis Mai 1999 kontinuierlich anbot. Insgesamt nahmen 537 Einsatzkräfte und Einsatzleiter an einer dieser Veranstaltungen, die in der Regel im Rahmen von Dienst- bzw. Bereitschaftsabenden stattfanden, teil. Die meisten Helferinnen und Helfer hatten kaum Informationen über zu erwartende Folgen hochbelastender Einsätze wie über typische Belastungsreaktionen und zeitversetzte Reaktionen oder über Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung für sich und ihre Familien. Information und Aufklärung dienten der Orientierung und Entlastung.

Abzuleiten ist, dass gezielter Information und Aufklärung über psychologische Themen und Fragen innerhalb der Feuerwehr, des Rettungsdienstes und der Polizei ein höherer Stellenwert eingeräumt werden sollte.

Aktive Beratungsgestaltung und niederschwellige Gesprächsangebote

Die Informationsveranstaltungen der Koordinierungsstelle trugen außerdem dazu bei, Vorbehalte gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten abzubauen. Etwa die Hälfte der insgesamt 120 Einsatzkräfte, die

im Zeitraum Juni 1998 bis Dezember 1999 innerhalb der Koordinierungsstelle eine Einzelberatung nachfragten, hatte zuvor an einer Informationsveranstaltung teilgenommen und die Arbeit und Beratenden der Koordinierungsstelle kennen gelernt.

Auf der Basis dieser „nachgehenden Betreuung“ und niederschweligen Gesprächsangebote durch die Koordinierungsstelle war zumeist bei Bedarf auch eine Vermittlung weiterführender Hilfe zu Traumaexperten möglich. Die Erfahrung innerhalb der Eschede-Einsatznachsorge hat gezeigt, dass es nicht ausreicht, ein Angebot psychologischer Unterstützung (durch Aushang, Angabe von Telefonnummern, Adressen u.a.) bei Einsatzkräften und Einsatzleitern nur bekannt zu geben.

Aus diesen Erfahrungen lässt sich ableiten, dass der Ausbau eines Netzes niederschwelliger Gesprächsangebote (z.B. „Mediatoren“ und psychosoziale Fachleute mit regelmäßigem informellem Kontakt zu Einsatzgruppen) auch für den Einsatzalltag sinnvoll ist.

Auszeichnungen

Die in den Tagen und Wochen nach dem Zugunglück den Eschede-Einsatzkräfte angebotenen und überreichten Auszeichnungen für ihren Einsatz wie Dankschreiben von Politikern und Führungskräften, Einladungen von Privatpersonen und Treffen und Empfänge in einigen Verbänden wurden gern angenommen. Nicht selten erwiesen sich diese Würdigungen ihrer Leistungen als wichtiger Bestandteil der Belastungsverarbeitung.

Es empfiehlt sich, Lob und Würdigung geleisteter Arbeit in Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei und Bundeswehr auch zukünftig einen hohen Stellenwert einzuräumen.

Zusammentreffen der Einsatzgruppen

Sowohl in den Informationsveranstaltungen für Einsatzgruppen, als auch in Einzelgesprächen wurde deutlich, dass das regelmäßige Zusammentreffen mit der Gruppe, in der die Einsatzkräfte an der Unglücksstelle eingesetzt waren, für ihre Verarbeitung eine hohe Bedeutung zukommt (Effekt: Selbsthilfegruppen). Einsatzkräfte, die ohne Gruppenbezug beim Zugunglück in Eschede eingesetzt waren, berichten häufig, diese Form der sozialen Unterstützung bei der Einsatzverarbeitung sehr zu vermissen.

Abzuleiten ist, dass ein wichtiger Beitrag von Einsatznachsorge in der Förderung des Zusammentreffens der Einsatzgruppen liegt.

Gesprächskreise für Familienangehörige

Zu den akzeptierten Angeboten der Koordinierungsstelle gehören weiterhin die sehr früh (2 bis 3 Wochen nach dem Zugangsglück) eingerichteten Gesprächskreise für Familienangehörige der Einsatzkräfte. Im Vordergrund stand die eigene Belastungsbewältigung der teilnehmenden Partnerinnen und Eltern der Einsatzkräfte und die Frage nach Orientierung im (evtl. zu erwartenden) veränderten Verhalten der Partner und Kinder.

Auch zukünftig sollte die Einbindung und Förderung sozialer Ressourcen wesentlicher Bestandteil von Nachsorgeangeboten nach belastenden Einsätzen sein.

Ablehnung und Skepsis

Aktive Gesprächsangebote über Einsatzbelastung während der Rettungs- und Bergungsarbeiten

Einige Einsatzkräfte sind an der Unfallstelle selbst, also während der Rettungs- und Bergungsarbeiten, von Beratenden auf ihre Belastungen angesprochen worden. Sie haben auf diese Hilfsangebote sehr ablehnend reagiert.

Beratenden ist deshalb zu empfehlen, an einer Unfallstelle lediglich zurückhaltende Präsenz zu zeigen und aktive Nachsorge nur außerhalb der Unfallstelle zu betreiben.

Fachleute ohne Einsatzerfahrung

Weiterhin wurden Hilfsangebote von psychosozialen Fachleuten ohne Einsatzkenntnis oder Vorstellung vom Einsatzalltag von den meisten Einsatzkräften eher skeptisch beurteilt und selten in Anspruch genommen. Der Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Traumaexperten oder Fachkliniken gingen in der Regel vermittelnde Gespräche mit Personen mit Einsatzkenntnis voraus (psychologisch geschulte Kollegen oder Vorgesetzte, Koordinierungsstelle, erfahrene Gemeindefeldarbeiter).

Die Durchführung psychosozialer Einsatzvorbereitung und -nachsorge sollte ausschließlich in den Händen von Personen mit entsprechender Qualifikation und Einsatzkenntnis bzw. Feldkompetenz liegen.

Medieninteresse

Das Zugangsglück in Eschede hat sehr stark die Aufmerksamkeit der Medien hervorgerufen. Die Angebote zur Einsatznachsorge wurden

dabei von Anfang an der Öffentlichkeit positiv vorgestellt (Slogan: „Hilfe für Helfer“). Es ist anzunehmen, dass diese positive Berichterstattung, zusammen mit der Institutionalisierung der Einsatznachsorge als ein mit öffentlichen Mitteln finanziertes Projekt, wesentlich zur Akzeptanz der Eschede-Einsatznachsorge beitrug.

Von den Einsatzkräften wurde das große Interesse der Medien ambivalent aufgenommen. Es wurde vielfach zu einer Belastung, bot ihnen aber gleichzeitig die Möglichkeit, von sich, ihren Erlebnissen und Eindrücken immer wieder zu berichten und wurde damit auch zu einer Form der Verarbeitung.

Abzuleiten ist, dass dem Thema Pressearbeit und der Vorbereitung auf Medienkontakte in Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Empfehlungen

Aufbau und Koordination

1. verbindliche Einbindung psychosozialer Notfallversorgung in bestehende Strukturen: Katastrophenschutz und Einsatzalltag
2. Bildung organisationsübergreifender Netzwerke
3. keine Entkopplung von Struktur und Methode
4. Verständigung auf eine einheitliche Nachsorgemethode

„Hilfe für Helfer“

1. Förderung und Ausbau des Systems „psychologische Kollegenhilfe“
2. Einsatzkräftebetreuung über nachgehende Betreuung und niederschwellige Angebote
3. Einbindung und Förderung psychosozialer Ressourcen
4. konsequente Integration psychologischer Themen in Aus- und Fortbildung von Einsatzkräften
5. Vorortpräsenz – aktive Einsatznachsorge erst außerhalb der Unfallstelle
6. Angebot psychosozialer Notfallversorgung ausschließlich von Personen mit entsprechender Qualifikation und Feldkompetenz

Qualitätssicherung und Forschungsaktivitäten

1. Untersuchung der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionsmaßnahmen der Vorsorge, Unterstützung und Nachsorge und von Ausbildungskonzepten und Ausbildungspraxis
2. Vergleichende Evaluierung psychologischer und seelsorgerlicher Präventions- und Nachsorgekonzepte

Anmerkungen zu den Fußnoten:

1. Das CISM-Programm ist beschrieben in: *Mitchell JT, Everly GS* (1998). Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Ein Handbuch zur Prävention psychischer Traumatisierungen in Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei. (Deutsche Ausgabe, hrsg. v. A. Igl, J. Müller-Lange). Edewecht, Wien: Stumpf & Kossendey
2. Eine (Zwischen-)Bilanz der Eschede-Einsatznachsorge findet sich in: *Helmerichs J* (1999) Einsatznachsorge. Die ICE-Katastrophe von Eschede. Erfahrungen und Lehren – eine interdisziplinäre Analyse, hrsg v E Hüls und H-J Oestern, Berlin: Springer: 119–124
Helmerichs J, Bengel J, Leonhardt K (1999) Einsatznachsorge beim ICE-Unglück in Eschede. Notfall und Rettungsmedizin 6: 362–366.
Helmerichs J, Bengel J, Leonhardt K, Stalman M, Zingiser R (2000) Nachsorge für Einsatzkräfte beim ICE-Unglück in Eschede. In: Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention, hrsg. v. K. Hecht, H-U Balzer, Pabst, Lengerich: 23 – 31
Helmerichs J, Bengel J, Leonhardt K, Stalman M, Zingiser R (2000) Nachsorge für Einsatzkräfte beim ICE-Unglück in Eschede. In: Trauma – Opfer oder Helden? Tagungsband der Fachhochschule Villingen-Schwenningen, Hochschule für Polizei, hrsg. v. K. E. Buchmann, M Hermanutz: 35–46
Helmerichs J (2000) Katastrophen und Unglücksfälle: Hilfe für Helfer – Traumabewältigung am Beispiel des Zugunglücks in Eschede. In: Brockhaus Enzyklopädie Jahrbuch 1999, F.A. Brockhaus, Leipzig, Mannheim: 188–191
Bengel J, Frommberger U, Helmerichs J, Barth J (in Vorb.) Belastungsreaktionen bei Helfern der Zugkatastrophe von Eschede. In: Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie
3. Die Arbeitsergebnisse der Fachgruppe „Einsatznachsorge: Modell Eschede“ wurden verschiedenen Landesinnenministerien und der „Ständigen Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz“ (SKK) vorgestellt und in die Publikationsreihe der SKK unter dem Titel: „Psychosoziale Unterstützung bei Einsätzen. Aspekte der Führungsorganisationen“ aufgenommen. Vgl. auch: www.katastrophenvorsorge.de und Beitrag der SKK in diesem Band.
4. *Bengel J* (Hg) (1997) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin Springer Bengel J, Strittmatter R, Belz-Merk M (1998) Psychologische Aus- und Fortbildung in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Notfall & Rettungsmedizin1: 40–45.
Lasogga F, Gasch B (1997) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Edewecht: Stumpf & Kossendey

5. Lovenfosse R, Falk B (1997) Mediatorenmodell im Rettungsdienst. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, hrsg. v. J. Bengel, Berlin, Springer: 375–385.

Mitwirkende

Mitarbeitende des Projekts „Koordinierungsstelle Einsatznachsorge“

Dr. Jutta Helmerichs	Projektleitung
Kay Leonhardt	Geschäftsführung
Matthias Stalman	Beratung und Information für Einsatzkräfte
Regina Zingiser	Organisation, Presseinformationen

Wissenschaftliche Berater der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge

Dr. Jürgen Barth	Psychologisches Institut der Universität Freiburg
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel	Psychologisches Institut der Universität Freiburg
Dr. Ulrich Frommberger	Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg

Mitglieder der Fachgruppe „Einsatznachsorge: Modell Eschede“

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel	Psychologisches Institut der Universität Freiburg
Ulrich Cronenberg	DRK-Generalsekretariat, Bonn
Hans-Jürgen Folkerts	Bundeswehr – Zentrum Innere Führung, Koblenz
Joachim Fries	DRK-Generalsekretariat, Bonn
Matthias Gottschlich	Feuerwehrseelsorge, Hannover
Achim Grube	Sozialwiss. Dienst der Polizei Nds, Hannover
Joachim Häcker	SbE-Bundesvereinigung e.V., Feuerwehr Rheine
Gabriele Heise	EinsatzNachsorgeTeam der Berliner Feuerwehr, Berlin
Dr. Jutta Helmerichs	Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, Celle
Wolfgang v. Imhoff	DRK-Landesverband Niedersachsen, Hannover

Kay Leonhardt	DRK-Rettungsschule Niedersachsen, Goslar
Roman Lovenfosse Arthur Matyschock	Malteser Hilfsdienst, Düsseldorf Bundeswehr – Zentrum Innere Führung, Koblenz
Andreas Müller-Cyran	SbE-Bundesvereinigung e.V., KIT München
Dr. Klaus Runggaldier	Malteser Hilfsdienst Bundesgeschäftsstelle, Köln
Ulrike Pohl-Meuten	Institut für Rettungsdienst des DRK, Bonn
Peter Schellberg Kerstin Schönlau Matthias Stalman	Feuerwehrseelsorge, Braunschweig SbE-Bundesvereinigung e.V., Münster KOS Einsatznachsorge, Ev.-luth. Kirchenkreis Celle
Regina Zingiser	Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, Celle

Prof. Dr. Willi Butollo

Forschungsbedarf zur Stressbewältigung und Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht

Das Anliegen der Forschung über posttraumatische Anpassung

Wenn über den Forschungsbedarf zur Stressbewältigung von Einsatzkräften nach Extrembelastung gesprochen wird, sollte zuerst die Rolle der Wissenschaft, bzw. die Erwartung an die Wissenschaft, im Anwendungsfeld Stressbewältigung erörtert werden. Aus der Notfallsituation bei sogenannten Großereignissen, aber auch aus den Alltagserfahrungen von Einsatzkräften zu erwartenden psychischen Belastungen, hat sich zunehmend die Überzeugung etabliert, dass die betroffenen Einsatzkräfte nach den belastenden Ereignissen nicht nur aus humanitären, sondern auch aus psychohygienischen Gründen nicht einfach sich selbst überlassen bleiben dürfen. Sie sollen eine Unterstützung erhalten, die kurz- und langfristige Folgen der Stressbelastung minimalisieren.

Bei den Folgen handelt es sich um organische Beschwerden (z.B. erhöhte Krankheitsanfälligkeit), funktionale Beschwerden (wie z.B. Kopfschmerz, Verspannungen, Erregungszustände), vor allem aber auch um psychische Beschwerden (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, akute Belastungsstörung, spezifische Stresssymptome wie Erregungszustände, Dissoziation, aber auch Depression, Angstzustände, Schlafstörungen, um nur einige zu nennen). Auf dem Hintergrund der Vielfalt der zum Einsatz kommenden Betreuungsansätze, aber auch auf dem Hintergrund der erschwerten Bedingungen der Umsetzung der Betreuung, ist die Forderung naheliegend, dass die Maßnahmen wissenschaftliche Fundierung erhalten sollen und die Effektivität der zum Einsatz kommenden Maßnahmen objektiv überprüft wird. Das umso mehr, als einzelne Forschungsbefunde zu einzelnen Hilfsmaßnahmen nicht nur positive sondern auch negative Ergebnisse gebracht haben (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999).

Allerdings ist zu betonen, dass der Wissenschaft hier nicht die Rolle eines Schiedsrichters zukommt, der die guten von den schlechten Hilfsmaßnahmen zu trennen versucht. Vielmehr soll sie die Systematisierung und Differenzierung vorhandener Ansätze anstreben, mit dem Ziel der Verbesserung, vielleicht sogar Synchronisierung zuvor noch heterogener Interventionen.

Analogie zur Psychotherapieforschung und Gesetzgebung

Das Problem, das sich in diesem Bereich stellt, ist nicht unähnlich der Problematik wie sie in den letzten Jahrzehnten im Bereich der Psychotherapieforschung zu bewältigen war. Auch hier wurde die wissenschaftliche Kommunikation über Sinn und Unsinn bzw. über die spezifische Wirksamkeit mancher Verfahren durch die Bedrohung behindert, die Vertreter bestimmter Therapieschulen durch eine vergleichende Erforschung und damit öffentliche Objektivierung ihres Tuns befürchteten. Dabei ging es nicht nur um die Bedrohung der therapeutischen Methode, sondern auch um die Berufsgruppen, die in diesem therapeutischen Bereich tätig sind bzw. waren, und die persönliche Identität und Loyalität, die Vertreter bestimmter Therapierichtungen mit ihrer Arbeitsmethode verbindet. Die naheliegende Ich-Nähe des therapeutischen Paradigmas und die existentielle Abhängigkeit von einer bestimmten Therapierichtung, deren Kompetenz man sich in langen Jahren auch kostspieliger Ausbildung erworben hat, führte zu einer Art Bunkermentalität, die letztlich dann doch durch eine gesetzliche Regelung entschieden werden musste. In der Diskussion dazu kam es jedoch zu extremen Polarisierungen mit wechselseitiger Diffamierung der Kompetenz der jeweils Anderen.

Diese Gefahr besteht auch im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung, in der verschiedene Berufsgruppen und verschiedene Methoden beanspruchen, die Stressbewältigung effektiv und nachhaltig zu unterstützen und stressbedingten Erkrankungen vorzubeugen. Auch hier ist die Tendenz zur Polarisierung der Diskussion zu beobachten, getragen von der Befürchtung, dass eine systematische Untersuchung der Wirksamkeit zum Ausschluss bestimmter Verfahren und auch bestimmter Berufsgruppen führen kann. Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass es utopisch ist, von angewandter Forschung Aussagen zu erwarten, die eine eindeutige Ursachenzuschreibung der Wirkung von Interventionsmaßnahmen zum Gegenstand haben. In der angewandten Forschung kann in der Regel die individuelle Isolation von Wirkfaktoren aus Gründen der Praktikabilität, der forschungsmethodischen Gegebenheiten und der Umstände der Einsatzbedingungen nicht wie bei Laborstudien erwartet werden. Angewandte Forschung im Sinne einer Feldforschung wird eher Argumente zur Erhärtung oder Abschwächung bestimmter Hypothesen liefern, und keine punktuelle kategorische Entscheidung ermöglichen. Das Wissen im angewandten Bereich wächst allmählich, vorausgesetzt die im Anwendungsfeld involvierten Interessensgruppen beteiligen sich kooperativ an derartigen Forschungsvorhaben.

Zum Forschungsbedarf

Welcher Art ist eigentlich das präventiv zu beeinflussende *Problem* und welche *Veränderung* wird durch eine präventive psychosoziale Betreuung erwartet bzw. durch die Anwender versprochen? In Tabelle 1 wird ein Überblick über fünf Befunde gegeben, wie sie im Zusammenhang mit einsatzbedingten psychischen Störungen u. a. im *Rettungswesen* einhergehen. Daraus ist zu erkennen, dass im Bereich der medizinischen Notfälle und des Rettungsdienstes mit einer Vollbild-Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zwischen 3 und 7% gerechnet werden muss und die sogenannte subsyndromale Belastungsstörung eine Häufigkeit von immerhin 9–12% aufweist.

Bei der Polizei ist im Gesamteinsatzbereich eine Vollbild-PTBS mit einer Häufigkeit von 5–9% berichtet worden, die subsyndromale Belastungsstörung allerdings bereits im Ausmass von 20–40% (Teegen et al., 1997). Dramatisch verändert sich das Bild jedoch, nimmt man nur die Einsatzbeamten, die nach Einsatz mit Schusswaffengebrauch untersucht wurden. Hier zeigt sich immerhin, dass das Vollbild PTBS in 46% der Fälle diagnostiziert wird und als Teilsymptomatik die Intrusionen (zwanghaft auftretende visuelle Vorstellungen und Gedanken über das Ereignis) sogar in 70% der Fälle (Gersons et al., 1998) registriert werden.

Tabelle 1: Häufigkeit von einsatzbedingten Störungen im Rettungswesen

- **Medizinischer Notfall und Rettungsdienst**

3%– 7%	Vollbild PTBS
9%–12%	subsyndromale Belastungsstörung Hodgkinson & Stewart (1991)

- **Polizei**

5%– 9%	Vollbild PTBS
20%–40%	subsyndromale Belastungsstörung Teegen et al. (1997)

- **Polizeibeamte nach Einsätzen mit Schußwaffengebrauch**

46%	Vollbild PTSD
75%	Intrusionen Gersons et al. (1998)

- **Feuerwehrleute**

9%	Vollbild PTSD
29%	belastende Rück Erinnerungen

- **Feuerwehrleute mit höherem persönlichen Risiko**

16%–22%	Vollbild PTSD
56%	belastende Rück Erinnerungen (Bryant & Harvey (1996)

Bei den Feuerwehrleuten wird insgesamt eine PTBS-Prävalenz von 9% berichtet, wobei wiederum die Häufigkeit der belastenden Rück Erinnerungen 29% erreichen. Auch hier findet man erheblich höhere Werte für diejenigen Feuerwehrleute, die ihren Einsatz unter höherem persönlichen Risiko ableisten mussten: Die Häufigkeit der Vollbild-PTBS liegt bei 16–22% und die Häufigkeit der belastenden Rück Erinnerungen steigt auf 56% an (Bryant & Harvey, 1996).

Protektive Faktoren und Resilienz

Die berichteten Daten erlauben relativ wenig Rückschlüsse darüber, welche Faktoren für das Zustandekommen bzw. für das Ausbleiben klinisch relevanter Symptomatik verantwortlich sind. Sind es Faktoren, die im Ereignis selbst liegen, etwa Ausmaß der Katastrophe, Umfang der „Personenschäden“, Länge des Einsatzes, Erfolg desselben, u.a.? Und/oder sind eher Faktoren beteiligt, die im Bereich der persönlichen Bewältigungsversuche liegen? Welche Rolle spielen vor allem Faktoren, die in *Art und Qualität der Nachbetreuung* zu suchen sind, und u.U. das Auftreten der posttraumatischen Belastungsstörungen modulieren. Man will mit Recht wissen, unter welchen Umständen im Rahmen der peri- und posttraumatischen Anpassung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen und anderer trauma-bedingter Störungen erhöht ist, und welche Bedingungen diese Wahrscheinlichkeit senken. In anderen Bereichen der Traumatisierung, z.B. kriegsbedingte Traumatisierung, konnten verschiedene protektive Faktoren identifiziert werden. Es wäre demnach sinnvoll, die Ergebnisse über die Bedeutung dieser protektiven Faktoren auch auf den Bereich der Feuerwehreinsatzkräfte zu übertragen, und in der Vor- und Nachbetreuung, vielleicht auch im Rahmen der peritraumatischen Erfahrung, diese Faktoren zu aktivieren zu versuchen. Darunter versteht man Faktoren, die in der Persönlichkeit des Betroffenen, in situativen Aspekten des traumatischen Ereignisses und vor allem in den Methoden der Nachbetreuung zu suchen sind.

Die Forschung sollte also nicht nur prüfen ob und welche Interventionen für die Verbesserung der posttraumatischen Bewältigung indiziert sind, sondern auch die Bewältigungsstrategien und Unterstützungsmodelle derjenigen Personen untersuchen, die trotz intensiver Konfrontation mit belastenden Ereignissen keine nennenswerte posttraumatische Entwicklung verzeichnen (Resilienz).

Posttraumatische Phasen und optimale Intervention

Grundsätzlich wären auch Fragen zu klären, ob die bisher aus der Praxis gewonnenen Überzeugungen über den bestmöglichen Zeitpunkt einer Stressbetreuung mit den empirisch feststellbaren posttraumatischen Phasen hinsichtlich veränderter Ansprechbarkeit der Menschen übereinstimmt. Man weiss aus der Psychotraumatologie, dass die Phase unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis völlig andere Bewältigungsmaßnahmen notwendig macht, als eine Intervention zu einem bereits deutlich abgesetzten Zeitpunkt (Butollo, Krüsmann & Hagl 1998).

Außerdem ist zu beachten, dass unterschiedliche Personen hier auch unterschiedliche Phasenverläufe haben können: Wenn es für manche günstig ist, so rasch wie möglich Gelegenheit zu erhalten, über die Belastung zu sprechen, mag es für andere wichtig sein, mit ihren Gedanken, Vorstellungen und Erinnerungen zuerst einmal in Ruhe gelassen zu werden, um u.U. zu einem späteren Zeitpunkt darüber zu sprechen. Manche Personen haben bereits Erfahrung damit, ihre Erregung in Mitteilung umzusetzen bzw. unter Stress Unterstützung anzunehmen. Ihnen wird eine ähnliche Intervention eher entsprechen. Für andere hingegen kann dasselbe Vorgehen geradezu kontraindiziert sein. Kommt dann noch sozialer Druck dazu, gerade diese Form der Hilfe anzunehmen, kann das zu einer Retraumatisierung führen. Wichtig ist auch die Frage, durch wen und wie lange die Betreuung erfolgen soll, mit welcher Qualifikation Betreuer von Einsatzkräften ausgestattet sein sollen, und wie die Einbettung der Betreuer in das bestehende Team der Einsatzkräfte zu konzipieren ist.

Tabelle 2:

Differentielle Faktoren

Personenfaktoren

- Prätraumatische Bedingungen und Dispositionen
- Peritraumatische Bewältigung
- Posttraumatische Verarbeitung

Stressorfaktoren

- Erwartbarkeit
- Häufigkeit
- Intensität
- Intention
- Dauer

Umweltfaktoren

- Ressourcen
- Beziehungen/Gestaltung und Einbettung
- Institutionelle Bedingungen

Bedingungsgefüge posttraumatischer Adaptation

Tabelle 2 stellt noch einmal die differentiellen Faktoren zusammen, die im Zuge einer umfassenden Erforschung der Bewältigung traumatischer Erfahrungen berücksichtigt werden sollten, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Darunter sind jene Faktoren zu verstehen, die gleichsam „innerhalb“ einer Person angelegt sind. Einer der Faktoren, die in der Person des zu Betreuenden zu suchen sind, sind prätraumatische, bereits vorhandene Bedingungen und Dispositionen. Dazu gehören die in der bisherigen Entwicklung erworbenen Methoden der Stressbewältigung, einschließlich der Tendenz, eher vermeidend/ablenkend, bzw. aktiv/bewältigend, vorzugehen. Dazu kommen dann die spezifischen Umstände der peritraumatischen Bewältigung – wie wird mit dem Stress während des Einsatzes, während der Konfrontation mit kritischen Situationen umgegangen – und die posttraumatische Verarbeitung. Die Vielfalt der individuellen Strategien sind aufzuzeigen und in ein Bewältigungsprogramm so einzubauen, dass die vorhandenen Bewältigungsmethoden durch die Betreuer unterstützt werden. Auf keinen Fall sollte in der kritischen Phase höchster Belastung noch der Anspruch erhoben werden, die bisherigen Stressbewältigungsstrategien grundsätzlich zu verändern. Das wäre eher die Aufgabe einer primären Prävention, die im Bereich der Schulung von Einsatzkräften mit neuen Bewältigungsstrategien vertraut macht, die dann einzuüben wären, damit sie im Ernstfall auch tatsächlich flüssig zum Einsatz gebracht werden können.

Neben den Personenfaktoren liegt ein weiterer bedeutsamer Faktor in den *besonderen Umständen der Stressfaktoren*, etwa in der Erwartbarkeit eines Stressors, in Häufigkeit und Intensität, mit der er auftritt, der Intention, die der Stressauslöser damit verbindet: Ist die Belastung von Menschen gemacht, das Ergebnis eines aggressiven Aktes oder ist es das Ergebnis eines Unfalls, der zwar von Menschen verursacht aber nicht intendiert wurde? Und nicht zuletzt die Dauer einer akuten Belastung: wie lange ist die Person einer kritischen Situation ausgesetzt?

Als weiterer Gesichtspunkt sind im weitesten Sinne *Umweltfaktoren* zu berücksichtigen. Auf welche sozialen, physischen, psychischen Ressourcen kann in der Stressbewältigung zurückgegriffen werden, wie werden Beziehungen gestaltet, wie sind die Personen in ein soziales Netz eingebettet? Wie werden Hilfsangebote angenommen und warum werden sie abgelehnt? Sind die sozialen Beziehungen stützend oder zehren sie zusätzlich an der Substanz der belasteten Person, wenn ja, warum?

Werden die belasteten Einsatzkräfte durch die Organisation, für die sie arbeiten, unterstützt oder sind sie mit zusätzlichen Stressoren, etwa Konkurrenzkampf um den Arbeitsplatz konfrontiert. Werden sie für das Auftreten von Stresssymptomen sogar kritisiert oder in ihrer Eignung angezweifelt? Welche Unterstützung und welche Anerkennung wird durch die Institution angeboten und welche dieser Maßnahmen sind geeignet, die Stressverarbeitung tatsächlich zu fördern.

Individuelle Unterschiede

Bei all den genannten Faktoren muss immer wieder beachtet werden, dass in der gesamten Stressforschung die *interindividuelle Variation in den Reaktionsmustern* zu wenig Beachtung gefunden hat. Die Menschen unterscheiden sich enorm in der Vielfalt ihrer Reaktionen auf akute Belastung und wir können zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht sagen, ob generell die eine Reaktionsform günstiger ist als die andere. Vielmehr ist es wichtig zu erkennen, dass Menschen unterschiedlich sind, auch unterschiedlich auf Stressoren reagieren, und dementsprechend unterschiedliche Bewältigungsansätze entwickeln.

In eigenen Untersuchungen konnte schon früh festgestellt werden, dass in anderen Bereichen der Stressbewältigung die Beachtung dieser differentiellen Faktoren, wenn man so will der Persönlichkeitsunterschiede, im Umgang mit Stress eine enorme Bedeutung erlangen (Butollo, 1992).

Bei der Operationsvorbereitung etwa stellte sich heraus, dass manche Personen eher das Bedürfnis haben, möglichst detaillierte Information über die technischen und medizinischen Aspekte der Operation zu erhalten. Wird ihnen diese gegeben, fühlen sie sich sicherer. Andererseits entwickeln sie eher erhöhte Stressbelastungsreaktionen, wenn diese Information vorenthalten wird. Andere Personen hingegen werden eher beunruhigt bis irritiert und belastet, wenn ihnen diese Information angeboten wird. Sie wollen möglichst nicht mit den Details der Operation und den medizinischen Gegebenheiten beladen werden, sondern überlassen sich praktisch voll der Kompetenz des Operateurs und des Anästhesisten („Repressor-Sensitizer“).

Wird eine von diesen beiden Stressbewältigungsstrategien quasi von außen über Verordnung durchkreuzt, weil etwa ein Betreuer meint, es wäre wichtig, Information zu geben, obwohl der Patient diese gar nicht will oder umgekehrt, so führt das zu einer psychischen Belastung der Patienten. Die wiederum, so die Forschungsbefunde, variieren mit der Qualität der postoperativen Heilung.

Analog zu diesen zuvor berichteten differentiellen Faktoren in der Stressbewältigung lassen sich nun auch die Forschungsthemen ordnen, und zwar in Forschungsthemen im Rahmen der:

primären Prävention – vor einem kritischen Ereignis,

sekundären Prävention – Maßnahmen während bzw. nach dem kritischen Ereignis,

tertiären Prävention – Maßnahmen gegen Rückfall und Chronifizierung von Stressbelastung.

Fragestellungen im Rahmen der primären Intervention

Der im Einsatzbereich der Feuerwehr vermutlich wichtigste Themenbereich ist die *primäre Prävention*: Im Zuge der Ausbildung von Einsatzkräften ist es notwendig, sie auf zu erwartende Stressbelastungen ausführlichst hinzuweisen. Das erlaubt im Ernstfall die Symptomatik zu verstehen und gezielte Maßnahmen zur Beeinflussung dieser Belastungsreaktionen zu erlernen. Dabei geht es um Maßnahmen, die jeder bei sich selbst anwenden kann, etwa Entspannungsmethoden, ggf. auch Ablenkung, sich Unterstützung suchen, Pausengestaltung etc., aber auch um Maßnahmen, die zur Unterstützung der Personen durchgeführt werden können, die offensichtliche Belastungsreaktionen zeigen.

Tabelle 3: Forschungsthemen im Rahmen der primären Prävention – Maßnahmen vor einem kritischen Ereignis

- Berücksichtigung von differentiellen Faktoren in Aus- und Weiterbildungsmanualen
- Optimierung der institutionellen Bedingungen
- Optimierung persönlicher Voraussetzungen für kritische Einsätze

Fragestellungen im Rahmen der sekundären Prävention – Maßnahmen während/nach dem kritischen Ereignis

- Lassen sich die Erkenntnisse über die Relevanz von differentiellen Bedingungen und Dispositionen in eine Gruppenintervention integrieren?
- Welche Faktoren sind für negative bzw. positive Effekte nach Debriefings verantwortlich?
- Optimierung des phasenabhängigen Einsatzes von Abwehr/Vermeidung und Konfrontation/Exposition

Forschungsthemen im Rahmen der tertiären Prävention – Maßnahmen gegen Rückfall und Chronifizierung

- Optimierung der weiteren Betreuung von belasteten Einsatzkräften
- Motivation zur Betreuung

Tabelle 3 stellt einige dieser Forschungsthemen zusammen. Im Falle der primären Prävention ist hier auch die Berücksichtigung von differentiellen Faktoren im Rahmen der Aus- und Weiterbildungsmanualen angeregt, da auf die individuellen Unterschiede in den Strategien der Stressbewältigung Rücksicht genommen werden müsste. *Die Passung von Bewältigungsmethode und individuellen Eigenschaften sollte wichtigstes Merkmal einer flexiblen, den jeweiligen Anforderungen angemessenen Unterstützung darstellen.* Ein wichtiger Faktor ist hier auch die Optimierung der institutionellen Bedingungen der Einsatzvor- und Nachsorge. Wie ist die Unterstützung durch Vorgesetzte gegeben? Kann die Kommunikation im Vorfeld von Großeinsätzen im Rahmen der Ausbildung verbessert werden? Wie lässt sich die Kommunikation

über Belastungsreaktionen, über Schwierigkeiten, über Symptome innerhalb der Peergroup fördern?

Solche Kommunikationshilfen können im Rollenspiel und in vorbereitenden Gruppen erworben werden. Wichtig in dem Zusammenhang ist vor allem auch die Differenzierung von *selbstbezogener Kommunikation* und *ereignisbezogener Kommunikation* in der posttraumatischen Adaptation. Es ist nämlich gut möglich, dass die ereignisbezogene Kommunikation kurz nach dem kritischen Ereignis hilfreich ist, eine selbstbezogene Kommunikation jedoch noch nicht. Darunter ist u.a. der Ausdruck von Gefühlen, der Ausdruck von Eigentümlichkeiten der eigenen Befindlichkeit, des Denkens und das Berichten über Symptome zu verstehen. Es ist allerdings anzunehmen, dass unter gegebenen Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt diese selbstbezogene Kommunikation möglich und hilfreich ist. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen sich nicht mehr durch diese Kommunikation oder die Aufforderung dazu bloßgestellt fühlen, sondern, im Gegenteil, sich gerade dadurch unterstützt fühlen. Hierzu gibt es noch wenig systematische empirische Befunde und keine sorgfältige Untersuchung dieser Prozesse. Vor allem für die Differenzierung von selbstbezogener und ereignisbezogener Kommunikation in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand der Intervention zum kritischen Ereignis ist weiterer Forschungsbedarf dringend gegeben.

Außerdem sollten die Möglichkeiten der Optimierung der persönlichen Voraussetzungen für kritische Einsätze erforscht werden. Hier geht es unter anderem darum, welche Kenntnisse, welche Fertigkeiten, welche Lebenshaltung und Weltanschauung, welche Besonderheiten der typischen Kontaktgestaltung einer Person dazu führen, dass belastende Ereignisse mehr oder weniger nachhaltige Reaktionen auslösen. Hier könnte zum Beispiel die Fortführung der zuvor genannten Fertigkeiten zur Kommunikation erwähnt werden, außerdem die verschiedenen Methoden des Erkennens und Beobachtens von eigenen Stressreaktionen in der peritraumatischen Situation, aber auch in der posttraumatischen Entwicklung, die Möglichkeit des Führens von Post-Inzident-Tagebuchaufzeichnungen u. ä.

Es ist auch die Frage zu klären, ob die Erfahrung früher erlebter Traumata eine Bedeutung für die Bewältigung gegenwärtiger Belastungen hat, bzw. ob die Qualität der Bearbeitung der früheren Traumata sich sensibilisierend oder desensibilisierend auf die vorhandene gegenwärtige Belastungssituation auswirkt. Im Zuge der primären Prävention sollten auch Erfahrungen mit *systematischer Exposition* in

der Vorstellung und in der Realität praktiziert werden: frühere Belastungssituationen werden wieder kontaktiert und die Betroffenen können auf diese Weise die Wirkung von Exposition erfahren. Auf diese Weise soll zudem die Vertrautheit mit dieser Form der Selbstkonfrontation gefördert, und so die Chance genutzt werden, die in einer systematischen Exposition liegen. Sich dem Ereignis oder der Erinnerung daran wieder zu stellen, ohne gleichzeitig das Risiko einer Retraumatisierung einzugehen (Konfrontation ohne ausreichende Selbstunterstützung), wäre wesentliches Ziel so konzipierter Einsatzvorbereitung.

Damit ist das Thema der *Selbstunterstützung* angesprochen. Die Betroffenen sollen ihre typischen, im Laufe der Entwicklung gewachsenen Formen von Selbstunterstützung kennen lernen. Die Person lernt, ihre Selbstwahrnehmung auf die Veränderungen in ihrer Selbstunterstützung zu richten, und es werden neue Formen der Selbstunterstützung und der Fremdunderstützung in spezifischen Trainingseinheiten im Rahmen der Ausbildung erworben. Das hat auch damit zu tun, sich selbst Anerkennung auszusprechen, Anerkennung durch andere einzufordern, wenn sie nicht spontan geäußert wird, dadurch Selbstsicherheit zu fördern.

Helfermotivation

Es ist auch wichtig in diesem Abschnitt, das Problem der Identität von Helfern, der *Helfermotivation* zu thematisieren, da die Ohnmachtserfahrung bei kritischen Ereignissen oft mit dem gesamten Selbstbild und der Motivation zum Helferberuf ins Wanken gerät. Es besteht dann die Gefahr, gerade auch angesichts der besonderen Stressbelastung nach solchen Ohnmachtserfahrungen, dass es in einer Überreaktion zur Aufgabe des Berufs kommt und so an sich kompetente Einsatzkräfte für diesen Tätigkeitsbereich verloren gehen. Selbstverständlich sind in diesem Stadium der primären Prävention mit dem Ziel der Verbesserung der Selbstunterstützung auch das Explizitmachen von Erfolg, das Anerkennen von Erfolg, das Aufbauen von realistischen Erwartungen und Standards wichtiger Gegenstand der Arbeit. Genauso muss aber auf eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen hingearbeitet werden. Damit einher geht die Erfahrung der realitätsgerechten *Selbstwirksamkeit*, eine der wichtigsten Erfahrungen in der posttraumatischen Aufhebung der traumabedingten Agonie. Dazu gehört auch die Akzeptanz der unter bestimmten Umständen unausweichlichen Erfahrung der Hilflosigkeit oder Ohnmacht gegenüber manchen Fakten des Lebens, etwa den

Misserfolg bei einer Reanimation oder das Scheitern des Versuchs jemanden rechtzeitig aus einem brennenden Auto zu retten oder was auch immer an extrem belastenden Eindrücken erfahren wurde. Nicht zuletzt zählt zur Selbstunterstützung die Bekräftigung und Stärkung der eigenen Zugehörigkeit im Team, aber auch die systemische Zugehörigkeit zu den Selbstwert stützenden Bezugspersonen. Denn ein bedrohliches Phänomen der posttraumatischen Reaktion ist die soziale bzw. systemische Dissoziation und das In-Frage-Stellen der eigenen Zugehörigkeit bzw. der „Erdung“ im familiären und Peer-Kontext.

Fragestellung im Rahmen der sekundären Prävention

Hierher gehört in erster Linie die Klärung der Frage, in welcher Weise bestimmte Formen der Einsatznachbetreuung den Zweck einer verbesserten posttraumatischen Adaptation erfüllen. Ist die beanspruchte Wirksamkeit eines Verfahrens der Nachbetreuung „wirklich“ empirisch nachweisbar, bzw. auf welcher Ebene der Effektivität ist dies sichtbar zu machen, der Ebene der subjektiven Zufriedenheit, der Ebene der Symptomentwicklung, der familiären und beruflichen Adaptation, und nicht zuletzt der Leistungsfähigkeit im Rahmen zukünftiger Einsätze.

Außerdem wäre es hilfreich, die in einem komplexen Paket von Maßnahmen tatsächlich wirksamen und hilfreichen Faktoren zu isolieren, und andere irrelevante bzw. sogar zusätzlich belastende Prozesse auszuschließen. Das betrifft z.B. die Rolle der Aktivierung und Unterstützung emotionalen Ausdrucks in den unmittelbar auf die Belastung folgenden Phasen. Die kontroversen Befunde zur Wirkung von emotionsaktivierenden Maßnahmen in der Betreuung nach kritischen Ereignissen mag auf die unterschiedliche Erfahrung der Betroffenen mit den emotionalen Reaktionen, mit dem Ausdruck derselben in der Öffentlichkeit, in der Gruppensituation zu tun haben. Möglicherweise spielt aber auch die im Normalfall schon schwierige Erfahrung des Kontrollverlustes eine Rolle. Wenn zu allen anderen Stressbelastungen auch noch die emotionale Kontrolle preisgegeben wird, ist der Rahmen dafür u. U. emotional nicht sicher genug. Wird dieser Vorgang selbst in bester Absicht durch den Helfer stimuliert und angeleitet, wird er von den Betroffenen später u.U. als peinlich, bedrohlich, attribuiert. Das Wiederaktivieren der persönlichen Kontrolle würde dadurch behindert.

In diesem Abschnitt wird also auch über die Faktoren nachzudenken sein, die für mögliche negative und positive Effekte nach Debriefings verantwortlich sind und wie diese Faktoren empirisch isoliert werden

können. Ähnlich lautet die Fragestellung nach der Optimierung des phasenabhängigen Einsatzes von abwehrend-vermeidenden Bewältigungsstilen bzw. von Konfrontation/Exposition in Verbindung mit einem, den verbalen Ausdruck des Erlebten fördernden Bewältigungsstil. Auf die differentiellen Unterschiede in dem Bereich wurde bereits zuvor eingegangen. Allerdings ist auch noch zu klären, ob unabhängig von diesen individuellen Unterschieden generell in bestimmten Phasen der posttraumatischen Adaptation eher Abwehr und Vermeidung indiziert sind, in späteren Phasen eher Konfrontation und Exposition und die Vermeidung aufhebende Bewältigungsstrategien angebracht sind, in den früheren hingegen nicht.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass es gilt, dass die Konfrontation oder Exposition mit dem Ereignis voraussetzt, dass die Selbstunterstützung einer Person ausreichend und die psychische Kraft zur Bewältigung neuer Aufregung wieder hergestellt ist. Solange das nicht gegeben ist, sollten die eher deflektierenden, d.h. auf Abwehr und Vermeidung, Ablenkung u. U. sogar Dissoziation gerichteten Bewältigungsstile unterstützt werden. Obwohl sie im allgemeinen Jargon oft abwertend behandelt werden, da verpönte „Verdrängung“ stattfindet, haben diese grundsätzlich eher deflektierenden Bewältigungsstrategien in bestimmten frühen Phasen der posttraumatischen Adaptation ihre Bedeutung. Sie sollten als wichtige Bausteine einer posttraumatischen Adaptation sogar durch die Helfer unterstützt werden.

Fragestellungen im Rahmen der tertiären Prävention

Tertiäre Prävention leistet die Vorbereitung der weiteren Betreuung von Einsatzkräften, nachdem eine akute Belastung überwunden worden ist, gewissermaßen zur Vorbeugung gegenüber Rückfall und Chronifizierung. Der verlängerte Arm der weiteren Betreuung kann dann auch in eine Diagnostik eventueller posttraumatischer Belastungsstörungen oder sonstiger klinischer Phänomene münden, deren Ergebnisse eine weiterführende Betreuung durch speziell geschulte und kompetente Personen aus der Gesundheitsversorgung, z.B. Psychotherapeuten und Psychiater nach sich ziehen können.

Bleibt noch zu erwähnen, dass die Forschung natürlich die Kontrolle der Subjektivität der Effekte so weit als möglich zu gewährleisten hat. Es wird in der Regel durch objektivierende und standardisierte Testverfahren möglich sein. Außerdem sind Selektionseffekte zu beachten. Wenn z.B. die Nachsorge nur Personen angeboten wurde, die diese

Stresssymptome offensichtlich zeigten, anderen hingegen nicht, dann wird dadurch das Bild der posttraumatischen Entwicklung auf eine Teilstichprobe reduziert. Außerdem wäre zu kontrollieren, ob an bestimmten Interventionen sogenannte unspezifische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Ob z.B. die Zuwendung der Helfer, deren persönliche Fähigkeiten, ihre Dialog- und Begegnungsfähigkeit, für sich genommen entscheidend wirkt. Es soll also versucht werden, spezifische von unspezifischen Faktoren zu trennen und auf diese Weise ein Interventionsprogramm auf das tatsächlich Wirksame und Notwendige zusammenzustricken. Es wird auch nochmal darauf hingewiesen, dass die Phasenverläufe in der posttraumatischen Adaptation bei dem Entwurf von Betreuungs- und Nachsorgemaßnahmen zu berücksichtigen sind. In Abhängigkeit von der jeweiligen Phase sind unterschiedliche Maßnahmen induziert und dies soll auch diagnostisch erkennbar sein. Ein weiterer Faktor ist die *differentielle Indikation*, d.h. welche Personen brauchen überhaupt eine solche Nachsorge. Was geschieht mit ihnen, wenn ihnen diese Nachsorge aufgedrängt wird? Welche Personen lehnen tatsächlich diese Betreuung ab? Geht es ihnen tatsächlich nachher besser?

Abschließend wird noch einmal betont, dass diese Forschung eher sukzessive bestätigende Funktion hat, dass dies aber die Realität der angewandten Forschung generell ist. Die Kooperation der Forscher und der Anwender kann hierbei das Wissen schrittweise mehren und so sicheres Wissen über die Wirksamkeit und Indikation bestimmter Hilfsmaßnahmen erlangen. Es geht also, wie bereits eingangs formuliert, hier nicht um die Frage der Ausgrenzung und Trennung von Methoden oder Berufsgruppen, sondern um die Differenzierung, Weiterentwicklung und damit Verbesserung der angebotenen Serviceleistungen. Dazu gehört auch die Verbesserung der *Passung* von *Situation*, dem zu *bewältigenden Problem* der Einsatzkraft und den *Fähigkeiten* und *Maßnahmen des Beraters*. Es geht auch um die Abschätzung, wann standardisierte, u.U. in Gruppen angebotene Betreuung einer individuellen, flexibel auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittenen Maßnahme weichen soll. Nicht zuletzt soll auch versucht werden, abzuschätzen ob und in welchem Ausmaß Interventionstechniken und sogenannte Methoden der Betreuung oder Beratung oder einfach die Begegnungsfähigkeit und Kontaktstärke des Helfers bedeutsam für die posttraumatische Adaptation der Einsatzkräfte ist. Und last but not least ist natürlich auch die Qualität des Interventionsangebotes zu untersuchen, d.h. in wie weit stimmen die durchgeführten Maßnahmen tatsächlich mit der Beschreibung eines Betreuungsangebotes überein, wie gut ist es dann vor Ort tatsächlich an

den Mann oder an die Frau gebracht worden, wie weit ist die Technik, wenn es eine solche ist, tatsächlich Manual getreu zum Einsatz gekommen.

Mag sein, dass die hier dargestellte Flut von Forschungsfragen erst einmal erdrückend wirkt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint jedoch die Schwerpunktbildung im Bereich der primären Prävention und der praxisnahen Überprüfung der Effektivität von Hilfsangeboten im Vordergrund zu stehen, wobei die kontinuierliche Rückmeldung im Forschungsprozess durch die Einbeziehung der Praktiker wohl Voraussetzung für ein Gelingen derartiger Vorhaben sein dürfte.

Literatur:

Bryant, R.A., & Harvey, A.G. (1996). Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 9, No 1, 51–63.

Butollo, W. (1982). Präoperative Angst und ihre Bewältigung. In J. Schara (Hrsg.), *Deutscher Anaesthesiekongress 1982* (S. 52–57). Berlin: Springer.

Butollo, W. (1996). Psychotherapy Integration for War Traumatization – A Training Project in Central Bosnia. *The European Psychologist*, 1 (2), 1996, 140–146.

Butollo, W. (1997). „Denn traumatisiert sind wir hier alle“: Psychologische Notizen aus Sarajewo. *Report Psychologie*, 10/97, 766–772.

Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma: Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer Verlag.

Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer Verlag.

Butollo, W. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung aus der Sicht des Psychologen*. Vortrag beim Symposium: „Opfer von Gewalt und Psychische Gesundheitsstörungen“, 28.6.1999 in Würzburg, Veranstalter: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Frauen, Familie, Gesundheit.

Butollo, W. (2000). A Social Interaction Model for War Traumatization – Studies from Bosnia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2000, vol.2, issue No 1, devoted to Posttraumatic Stress Disorder, pp71–81.

Butollo, W. (2000). *Dialogic Exposure and the Role of Dialogical Cognitions in Traumatherapy in Affect Regulation of Traumatized People.* Paper for the Sepi Congress, Washington, May 4–5, 2000.

Butollo, W. (2000). Therapeutic implications of a Social Interaction Model of Posttraumatic Stress. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 11, 4/2000, pp357–374.

Gersons, B. (1989). Patterns of PTSD among police officers following shooting incidences. A two-dimensional model and treatment implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247–257.

Hodgkins, P.E. & Steward. M. (Eds.). (1991). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management.* London: Routledge.

Teegen, F. Domnick, A. & Heerdegen, M. (1997). Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29, (4), 583–599.

Gregor Domes, M. Hautzinger, Ursula Reichwald

Primäre und Sekundäre Prävention im Katastrophenschutz

I. Präventive Kompetenzentwicklung in der Ausbildung von Einsatzkräften (U. Reichwald, G. Domes, M. Hautzinger)

II. Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsfolgen (G. Domes, U. Reichwald, M. Hautzinger)

vorgelegt beim Workshop „Stress im KatS“ des Bundesministeriums des Innern, Bonn, am 14./15. November 2000 in der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz im Bundesamt für Zivilschutz, Ahrweiler

Einleitung

Psychische Belastungen werden in chronische und akute unterschieden. Die akuten Belastungen können in Alltagsbelastungen und kritische Lebensereignisse unterteilt werden, von denen die potenziell traumatisierenden Ereignisse eine Klasse bilden. Von Belastungen ist bekannt, dass sie zu psychischen und physischen Veränderungen führen, die in einigen Fällen die Diagnose und Behandlung einer psychischen Störung rechtfertigen.

Bei und nach Einsätzen des Zivilschutzes weisen traumatische Erfahrungen aufgrund von Ereignisklasse, Intensität, Exzeptionalität und anderen Merkmalen ein hohes Risikopotenzial auf für akute Belastungsstörungen (APTBS); diese erhöhen ihrerseits die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten langfristiger Ereignisfolgen. Zum Bild einer APTBS gehören starke Furcht, Entsetzen, Hilflosigkeit und Desorientiertheit oder aber die starre betäubte Hinnahme und Abspaltung der Erfahrung. Mit einer APTBS gehen körperliche (erhöhte autonome Erregung) und neuropsychologische (Hypervigilanz, Ablenkbarkeit, u.a.) Symptome einher. Das konkrete Bild kann individuell sehr stark variieren. Diese Reaktionen können Tage bis Wochen nach dem Ereignis persistieren und zu Anpassungsproblemen und Belastungen der sozialen Interaktion führen. Die langfristigen Folgen bestehen in der Entwicklung psychischer Störungen, von denen die Posttraumatischen Belastungsstörungen, andere Angststörungen, Substanz-, bes. Alkoholmissbrauch, Affektive, Dissoziative oder Somatoforme bis hin zu psychotischen Störungen belegt sind. Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen PTBS und anderen Störungen; einige

Studien belegen die Belastungsreaktionen als Durchgangsstadien zu anderen Störungen. Viele traumatisierte Menschen leiden unter subsyndromalen und subklinischen Problemen, die mit Beeinträchtigungen verbunden sind, obgleich sie nicht die jeweiligen Diagnosekriterien erfüllen (Ehlers 1999).

Epidemiologische Studien zeigen, dass nicht jedes traumatische Erlebnis zu einer psychischen Störung führt. Für die PTBS liegt die Lebenszeitprävalenz bei etwa 15% (Kessler et al. 1995) bei Lebenszeitwahrscheinlichkeiten für traumatisierende Erfahrungen zwischen 40 und 75 % (Breslau et al. 1991; Kilpatrick et al. 1992). Dabei führen manche Traumata häufiger zu einer PTBS als andere: z.B. sexueller und körperlicher Missbrauch und Kriegserlebnisse (über 50 %) im Vergleich zu Unfällen, Naturkatastrophen (ca. 4 %). Andere psychische Folgen sind bisher weniger systematisch mit auslösenden Ereignissen in Verbindung gebracht worden. Die Aufnahme der formalen Diagnose PTBS in das DSM-III-R (1987) war anfangs mit der Überzeugung verbunden, die PTBS sei die spezifische psychische Störung infolge traumatischer Ereignisse. Neuere Daten zeigen, dass aus traumatischen Ereignissen eine Vielzahl von Störungen resultieren kann.

Studien, die eine Schätzung von Prävalenzraten zulassen, um Quantität und Intensität der psychischen Folgen von einsatzbedingten Belastungen für Mitarbeiter des Zivilschutzes und in Abhängigkeit von Ereignis-, Einsatz- und Situationsbedingungen zu beurteilen, sind selten und kontrovers. Teegen, Domnick & Herdeegen (1997) und Teegen (1999) fanden bei Feuerwehr und Polizei hohe Häufigkeiten für berufsspezifische Ereignisse und sensorische Wahrnehmungen während Einsätzen über die Lebensdienstzeit; es fanden sich 9 bzw. 5 % chronische PTSD, zusätzlich aber höhere Werte bei akuten Verdachtsdiagnosen wie Depressivität, Zwanghaftigkeit, Somatisierung, Aggressivität/Reizbarkeit. Wir erhoben bei Polizisten 82 % hoch belastende Ereignisse während der Dienstjahre und eine chronische PTSD-Rate von ca. 10 %. In einer Untersuchung an 75 hauptamtlichen Rettungsassistenten konnten wir zeigen, dass etwa 9 % die Diagnose einer PTBS erfüllten und weitere 40 % einen Teil der PTBS-Symptome aufwiesen. Andererseits unterschieden sich Straßenbahnfahrer nach Unfällen mit Personenschäden langfristig durch ihre Depressionswerte von Fahrern mit leichteren Unfällen, nicht aber durch PTBS-Symptome. In unserer Screeningstudie berichten etwa 40 % der befragten Mitarbeiter des THW von wenigstens einem traumatischen Ereignis während ihrer Einsatzerfahrungen. Die häufigsten Ereignisse sind Unfälle und Naturkatastrophen mit Verletzungen der eigenen (11 %) und anderer

Personen (60 %) und lebensbedrohliche Situationen für die eigene Person (22 %) oder andere Personen (58 %). Die Befragten zeigen keine erhöhten Werte in den o.g. Verdachtsdiagnosen und eine PTSD-Rate von ca. 3 %; beide Diagnosebereiche zeigen keine Zusammenhänge mit den Einsatzerfahrungen. Bei Bahnkontrollleuten mit einer hohen Zahl an Gewaltübergriffen während des Dienstes konnten wir zeigen, dass PTBS und Depression selten waren und gehäuft bei Personen auftraten, die bereits vor den Gewalterfahrungen psychische Risiken aufgrund von Traumata in anderen Lebensbereichen aufwiesen. Studien, die wesentlich höhere Zahlen ausweisen, sind z.B. McFarlane (1992), der bei australischen Feuerwehrleuten Prävalenzen von etwa 30 % PTBS zwischen 6 Monaten und mehr als 3 Jahren nachwies oder Ersland, Weisaeth & Sund (1989), die PTBS-Raten von 24 % bis 9 Monate nach einem Rettungseinsatz bei einem Bohrinselunglück berichten. Hohe Belastungswerte erhalten auch Wagner et al. (1998) bei Einsatzkräften der Feuerwehr in Rheinland-Pfalz mit einer PTBS-Rate von 18,2 %. Weitere 46,7 % erfüllten die Kriterien der subsyndromalen PTBS. Insgesamt zeigten etwa 90% der untersuchten Stichproben irgendein PTBS-Symptom.

Die Bedeutung dieser Befunde für die einzelnen Mitarbeiter (Einschränkungen von Lebensfreude, Motivation, Lebensqualität, Leistungsfähigkeit usw.) und die Berufsgruppe als ganze (Arbeitsqualität, Arbeitseffektivität, Fehlzeiten, Fluktuation, Arbeitsklima usw.) sind bisher nicht ausreichend verstanden. Neben Merkmale der Ereignisklassen und -intensitäten (sog. A-Kriterium der PTBS) sind Organisations- und Personenmerkmale zu berücksichtigen. Es wurde mehrfach gezeigt, dass traumatisierte Mitarbeiter mit zusätzlichen intra- und extrainstitutionellen Belastungen zu der Risikogruppe gehören, die nach belastenden Ereignissen psychische Störungen entwickelt und aufrechterhält; präventive Verbesserungen von Arbeitsbedingungen und Erweiterung der sozialen Unterstützung nach dem Ereignis senken bei allen Mitarbeitern die Wahrscheinlichkeit langfristiger Ereignisfolgen (Reichwald 1998). Helfende Berufe gehören zwar zu den „critical occupations“ für die Entwicklung von Belastungsstörungen, aber Resilienzmerkmale (z.B. globale Stressresistenz, Bewältigungskompetenzen, Professionalität, Ausbildungsstand) zeichnen Personen aus, die mit Stress gut zurechtkommen; eine beachtliche Gruppe mit Risikomerkmale (z.B. pessimistisch-fatalistische und externale Problemsicht, unangemessenes Risikoverhalten, niedrige Fachkompetenzen, Isolation) dagegen zeigt eine Vielfalt von tätigkeitskonkurrenten Stressreaktionen. Die Generalisierung der bisherigen Forschungsergebnisse auf unterschiedliche Helferpopulationen verbietet

sich. Unterschiede wie Ehrenamtlichkeit, Häufigkeit und Art der Einsätze, Art und Ausmaß der konkreten Tätigkeiten und zu erwartenden Belastungen, Ausbildungsmodalitäten u.a. müssen ebenso beachtet werden wie Ähnlichkeiten bei z.B. Bedrohlichkeit, Gefährlichkeit, Komplexität der Anforderungen, Arbeit unter hoher sozialer Verantwortung und unter zeitlichem Druck usw.

Zwei Vorgehensweisen wären daher unter Berücksichtigung der persönlichen und gesellschaftlichen Kosten von Ereignisfolgen die günstigsten: 1. Vor dem Ereignis die primärpräventive person-, tätigkeits- und organisationsspezifische globale Erhöhung der individuellen Stressresistenz, um die Wahrscheinlichkeit akuter und langfristiger Ereignisfolgen zu senken und das Anpassungsniveau an Belastungen zu verbessern und 2. während und kurz nach dem Ereignis die sekundärpräventive person-, tätigkeits- und organisationsspezifische Stabilisierung psychophysischer Veränderungen zur Gesunderhaltung der betroffenen Einsatzkräfte. Ziel der beiden beispielhaften Untersuchungsansätze ist daher vorrangig die Prävention bzw. frühe Reduktion akuter Belastungen aus drei Gründen: 1. APTBS und andere Akutsymptome unter und kurz nach dem Ereignis sind die besten Prädiktoren für mittel- und langfristige psychische Störungen. 2. APTBS zieht Verhaltensfolgen nach sich (Substanzkonsum, Destabilisierung des sozialen Umfeldes, Verhaltensänderungen durch Intrusionen, Meidungsverhalten und Übererregung usw.), die als sekundäre Traumatisierungen chronifizierend wirken können. 3. Teil akuter Belastungsreaktionen (z.B. von starker Furcht, Hilf- und Hoffnungslosigkeit) sind physiologische Veränderungen (hormonelle, immunologische und neuropsychologische Verschiebungen), die bei längerer Aufrechterhaltung zur Chronifizierung von Störungen beitragen.

I. Präventive Kompetenzentwicklung in der Ausbildung von Einsatzkräften

Hintergrund

Menschen reagieren in ihrem Denken, Planen, Handeln und den damit einhergehenden Körperreaktionen unterschiedlich auf Ereignisse, die im beruflichen, familiären und freizeitbezogenen Alltag auf sie zukommen. Diese differentiellen Belastungs- und Bewältigungsreaktionen sind durch dispositionelle, erlernte und aktuell-situative Bedingungen zu erklären. Menschen haben sich immer schon kompetent mit Krisen- und Gefahrensituationen auseinandergesetzt, ohne psychischen

Schaden zu nehmen (Becker 1995). Diese Kompetenzen sind unzureichend untersucht; dass sie jedoch vorliegen, zeigt sich u.a. daran, dass die Mehrheit der professionellen und ehrenamtlichen Helfer nach risikoreichen Einsätzen in der Regel erstaunlich wenige, *dauerhafte* Belastungsreaktionen zeigen. Amerikanische und englische Einrichtungen untersuchen neuerdings verstärkt individuelle und institutionelle Bewältigungsstrategien und Risiken bei Einsatzkräften nach extremen Ereignissen auf ihre Funktionalität und Adaptationswirkung statt ihnen globale person-, tätigkeits- und organisationsunspezifische Bewältigungsmuster wie Entspannung, Ruhesuggestion u. Ähnliches zu vermitteln. Dysfunktionale Anpassungsversuche wie Alkohol- oder Medikamentenkonsum, Verleugnungs- und Meidungstechniken, riskante Freizeittätigkeiten usw. werden gezielt beeinflusst. Die Präventions- und Schulungsprogramme richten sich mit Erfolg auf Unterstützung, Ausbau und Ergänzung vorhandener Kompetenzen, auf Einschränkung und Abbau dysfunktionaler Verhaltensexzesse und gezielter Behebung bzw. Verbesserung von Verhaltensdefiziten (Istanbul 1999). Die Bewältigungsmechanismen und Verarbeitungsformen, mit denen Menschen sich gesund und leistungsfähig erhalten, können also genutzt werden; statt reaktanz erhöhender Interventionen von außen können erfahrene Einsatzkräfte z.T. mit professioneller Unterstützung ihre Aufgaben und Arbeitsbedingungen nach ihrem Belastungsgrad bewerten und die Fertigkeiten einbringen, die sie erworben und entwickelt haben, um mit stressreichen Situationen erfolgreich umzugehen.

Der „natürlichste“ Weg der Prävention der akuten posttraumatischen Belastungsstörung und *langfristiger* posttraumatischer Störungen (PTSD, Depression, Angststörungen, Anpassungsstörungen) ist daher

1. die Nutzung bereits vorhandener Kompetenzen (*Resilienz*), deren Unterstützung und Weiterentwicklung in Form von Spezifizierung und Generalisierung für die belastenden Handlungsbereiche und die Akutnachsorge
2. die frühe Berücksichtigung situativer und personbezogener Defizite und Verhaltensexzesse (*Risiken*) und deren Abbau und
3. die gezielte Entwicklung von belastungsreduzierenden Basiskompetenzen und Unterstützungssystemen (*Ressourcen*), die einsatzbegleitend und akutnachsorgend genutzt werden können.

Resilienz wird als dispositionelle oder erlernte Widerstandsfähigkeit definiert, mit der ein Mensch auf Stressoren reagiert, sie ausfiltert, bewältigt und nachhaltig verarbeitet.

- Sinnhaftigkeit, konstruktive und optimistische Lebenseinstellung verbunden mit rationaler Orientiertheit und emotionaler Stabilität schützen gegen Langzeitfolgen von Extremerfahrungen.
- Personen mit problem- und sachorientierter Fokussierung auf eine Anforderung erleiden weniger Stressreaktionen als Personen mit konflikt- und emotionsorientierter Fokussierung.
- Kompetenzwahrnehmung, Erleben der Erfolge und positiven Lerneffekte eines Einsatzes wirkt stressreduzierend; überdauernde Interpretation und Fokussierung auf unerwünschte Effekte der Einsatzerfahrung erhöht die PTSD- und Depressionsrate.
- Subjektive Kompetenzdefizite gehen mit physiologischen Veränderungen einher, die langfristig Wohlbefinden und körperliche Gesundheit beeinträchtigen, zu manifesten Erkrankungen führen oder bestehende Erkrankungen intensivieren können. Prävention psychischer Störungen wird u.a. durch physical fitness erhöht, die sich aus ausreichender Bewegung, Ernährung, Genussmittelkarenz, aktivem Erholungs- und Entspannungsverhalten zusammensetzt.

Risiken sind personenbezogene Merkmale, die als dispositionelle oder erlernte Verhaltensdefizite oder -exzesse beobachtet werden und die in Situationen mit hohem Anforderungsgrad die Handlungs- und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen können.

- Burnout-Neigungen wie Resignation, niedrige Arbeitszufriedenheit, Desillusionierung bis zu Zynismus, Abbau von Engagiertheit und Leistungsbereitschaft hängen vor allem bei der Bewältigung von Mehrfach- und komplexen Stressoren, wie wir sie bei Einsatzkräften vorfinden, eindeutig mit chronifizierten Stressreaktionen zusammen.
- Widerstände und Ängste vor rechtzeitiger Problem- und Konfliktlokalisierung und -thematisierung senken die Fähigkeit zu sozial akzeptabler Problem- und Konfliktlösung und begünstigen Reizbarkeit, Impulsivität, Negativismus usw.
- Risk-seeking-Persönlichkeiten neigen zu eingeschränkter Gefahreneinschätzung und zu mangelnder Situationsübersicht im Vergleich mit Personen mit mittlerer Risikobereitschaft. Eigen- und Fremdgefährdung und Folgestörungen sind erhöht.
- Personen, die aufgrund einer erlernten Sensibilisierung gegenüber körperlichen Reaktionen auf Anstrengung dazu neigen, kognitiv auf diese „normalen“ Reaktionen zu fokussieren und diese z.B. als gefährlich wahrzunehmen, weisen erhöhte affektive und Somatisierungsstörungen auf.

Ressourcen sind psychische interaktionsbezogene Fertigkeiten und soziale Strukturen, auf die Menschen in Anforderungssituationen kognitiv oder materiell zurückgreifen können.

- Die Fähigkeit, sich rechtzeitig der Hilfe anderer zu bedienen, ohne Gefühle von Unfähigkeit, Hilflosigkeit u. ähnliches zu entwickeln, ist eine individuelle Ressource.
- Eine tragfähige verständnisvolle Partnerschaft, das Vorhandensein einer vertrauenswürdigen Person im Verwandten- oder Freundeskreis dient sowohl als sinnstiftender Faktor in der eigenen Handlungsbereitschaft als auch als Rückzugs- und Erholungsbereich.
- Zur Ressource „professionelles Verhalten“ gehören Erwerb und Einhaltung von berufsspezifischen Regeln und Verantwortlichkeiten, die ständige selbstkontrollierte Bemühung um Kompetenzerhöhung, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sowie hohe Frequenz und selbstmotiviertes Engagement bei Klienten- und Teamkontakten. Professionalität, Durchsetzungsfähigkeiten und fachliche Kompetenz sind Handlungssicherheit vermittelnde Schutzfaktoren gegen aufgaben- und situationsbedingten Stress.
- Organisationspezifische Strukturen des Supervisions- und Peerkontaktes sind Ressourcen, die die Hemmschwellen bei sich anbahnenden Problemen senken. Durch schnelles und frühzeitiges Eingreifen können lange Chronifizierungsanamnesen verhindert werden.

Zusammenfassend: Personen, die von ihren Supervisoren und Kollegen als Rollenmodelle ihres Berufes angesehen werden, unterscheiden sich von der Population in Resilienz- und Risikomerkmale. Männliche Berufsangehörige werden als einfühlsamer, zielstrebig, aktiver, kompetenter, verantwortungsbewusster, vertrauenswürdiger, altruistischer, aber auch als durchsetzungsfähiger und beliebter angesehen. Weibliche Modelle hatten zudem höhere Werte für Offenheit und Extraversion, Ideenreichtum, positive Emotionalität, Wärme und Wertbewusstsein als die Population; sie lagen zudem signifikant niedriger in Neurotizismus und ärgerlicher Feindseligkeit (Magee & Hojat 1998). Resilienz, Risiken und Ressourcen sind voneinander relativ unabhängige Faktoren, die nicht schematisch gegeneinander aufgerechnet werden können; d.h. das Vorhandensein bestimmter Kompetenzen sagt nicht voraus, dass bestimmte Risiken nicht vorhanden sind und Ressourcen unter Stress a priori genutzt werden können (Becker 1995). D.h. Schulungsprogramme müssen alle drei Bereiche person-, tätigkeits- und organisationspezifisch trainieren und miteinander verknüpfen.

Ziele des Projektes

- Entwicklung eines ökonomischen, wissenschaftlich fundierten, laienverwendbaren Programms zur primären Prävention von Einsatzfolgen
- Erstellung eines person-, organisations-, tätigkeits- und ereignisspezifischen Protokolls zur modulartigen unterrichtsbegleitenden Anwendung
- Effektivierung und Erweiterung der individuellen Kompetenzen bzw. Senkung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien von Einsatzkräften zur Stressimmunisierung und -reduktion
- Evaluation des *primärpräventiven ausbildungsintegrierten Programms* zur Verhinderung von APTBS an Verhaltens- und Einsatzkriterien
- Übergabe des evaluierten Programms in Peertraining, Schulung und Evaluation von Peertrainern

Arbeitsplan

- **Programmentwicklung Teil I:** Entwicklung von operationalen Strategien zur Prävention der APTBS als Prädiktor für langfristige PTSD, Angst-, Affektive- und Anpassungsstörungen anhand klinisch-psychologischen Kriterienwissens
- **Programmentwicklung Teil II:** Entwicklung von operationalen Strategien zur Prävention der APTBS als Prädiktor für langfristige PTSD, Angst-, Affektive und Anpassungsstörungen aus den „natürlichen“ Fertigkeiten erfahrener Einsatzkräfte einschl. der Validierung eines baseline- und Prozessmaßes nach testtheoretischen Kriterien (teilweise bereits vorhandener Fragebogen zu Resilienz, Risiken und Ressourcen bei Einsatzkräften (FRRRE))
- **Messmethoden und Designs:** Mehrfachmessungen mit Verhaltensbeobachtung und Selbstberichten; Langzeitstudien mit Kontrollgruppen.
- **Durchführung:** Fachunterrichtsbegleitende Schulung von Präventionsstrategien zur Verhinderung von APTBS. Diese Unterrichtsprogramme sind idealerweise in die sach- und aufgabenbezogenen Unterrichtsmodule (z.B. Fachlehrgänge, Spezialisierungen) integriert bzw. auf diese bezogen. Die Trainingseinheiten sind so gestaltet, dass die häufigsten und kritischsten Situationen direkt anwendbar und generalisierbar trainiert werden.
- **Evaluation I:** Evaluation der Ersts Schulung anhand von Verhaltensproben aus person-, organisations-, ereignis- und tätigkeits-spezifischen Bereichen, Ergänzung und Verbesserung des Protokolls (Messzeitpunkte: (1) FRRRE und Videoverhaltensproben vor der

Schulung, (2) Verhaltensproben während des Trainings und deren Nutzung als Feedback im Training, (3) FRRRE und Verhaltensproben nach Abschluss der Trainingseinheit; Kontrollgruppendesign gegen Personen, die nicht im Trainingsprogramm waren)

- **Evaluation II:** Zweitschulung und Evaluation in einer oder mehreren Institutionen des Katastrophenschutzes anhand von Verhaltens- und Symptomkriterien in und nach einem A-Kriteriums-Einsatz (Messzeitpunkte: (1) FRRRE vor der Schulung, (2) FRRRE unmittelbar nach Kriterium-A-Einsatz, (3) Katamnese nach dem 6-Wochen und 6-Monats-Kriterium, Kontrollgruppendesign gegen Personen, die nicht im Trainingsprogramm waren)
- **Implementierung:** Auswertung, Manualisierung und Übergabe der Trainings in peertraining und Evaluation der peertrainings, Schulung, Evaluation und Beratung von peertrainern durch unsere Institution

II. Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsfolgen

Hintergrund

Das gesellschaftliche Problembewusstsein gegenüber den sog. critical occupations hat deutlich zugenommen. Darunter sind die Berufsgruppen zu verstehen, die unter hohem physischen und psychischen Einsatz Tätigkeiten vorhalten, die dem Allgemeinwohl dienen (siehe Einleitung). Das verständliche Bedürfnis dieser Berufsgruppen nach der Fürsorge- und Sorgfaltspflicht ihrer Arbeitgeber und das allgemeine Bedürfnis nach Dank und Zuwendung für die Menschen, die anderen Rettung, Hilfe und Versorgung unter teilweise extremen Bedingungen zukommen lassen, darf nicht zu voreiligen und u.U. unzureichenden Schlüssen führen. Die aktuelle Verbesserung der Zuwendungsformen kann nicht davon abhalten, parallel nach Bedarf, Ökonomie, Zielen, Strukturen, Effekten und Verbesserungen dieser Interventionen zu schauen.

Augenblicklich werden verbreitet sog. „Debriefings“ als Form der sekundären Prävention angeboten. Es handelt sich dabei um eine heterogene Gruppe von frühen Kurzinterventionen, die im allgemeinen als Gruppenseminare nach einem besonders belastenden Einsatz konzipiert sind und von speziell geschultem Personal durchgeführt werden sollten. Als optimales Zeitfenster für die Durchführung werden in der Regel 24–72 Stunden nach dem Ereignis, die optimale Gruppengröße mit 4–20 Personen angegeben. Die Dauer beträgt je nach Gruppengröße 1–3 Stunden. Die Teilnehmer rekrutieren sich aus dem

Personal eines Einsatzes und sind ausschließlich Helfer (hauptamtlich oder ehrenamtlich), keine Angehörigen, Beobachter oder unmittelbare Opfer. Sie sind in der Regel Mitarbeiter einer bestimmten Organisation und arbeiten bei sonstigen Einsätzen u.U. ebenfalls zusammen.

Inhaltlich umfasst ein Debriefing Information (Psychoedukation) und Krisenintervention (psychologische Intervention). In einer Sitzung werden verschiedene Phasen abgearbeitet mit dem Ziel, ereignisassoziierte Informationen auszutauschen, den Ausdruck von Gedanken und Gefühlen zu fördern und im Ansatz eine Neubewertung dieser Informationen, Gedanken und Gefühle in Bezug auf den Einsatz zu bewirken. Daneben sollen durch edukative Maßnahmen Kenntnisse der Stressbewältigung und der Symptomatik belastungsbedingter Störungen (insbesondere der PTBS) erworben werden. Ziel ist die Sensibilisierung und der präventive Motivationsaufbau zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wenn anhaltende psychische Probleme auftreten. Schließlich soll das Debriefing von den Seminarleitern als Screening von Belastungsreaktionen unter den Teilnehmern und zur Identifikation besonders betroffener Personen genutzt werden. Das Vorgehen ist stark strukturiert; die Abfolge der genannten Phasen soll möglichst eingehalten und vollständig bearbeitet werden. Als Bedingung sine qua non für den präventiven Effekt des Debriefings sehen die Autoren den emotionalen Ausdruck und die kognitive Neubewertung der Situationen an. Ziel eines Debriefings ist die Verminderung des einsatzbedingten Stresses und die Senkung der Anfälligkeit für ereignisbedingte psychische Störungen (Mitchell & Everly 1995); Kriterium für Evaluationen müsste also das deutlich erniedrigte Auftreten von APTBS und anderen Störungen bei Debriefing-Teilnehmern im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern sein.

Die Wirksamkeit früher Kurzinterventionen einschließlich des Debriefings muss bislang als kontrovers gelten; Effekte lassen sich wegen der Heterogenität der Ereignisklassen, Tätigkeiten, Helfergruppen, angewendeten Interventionsverfahren, Anwendungssettings und Anwenderausbildungen u.a.m. nicht beurteilen. Die Häufigkeit der Nutzung eines Verfahrens und der subjektive Überzeugungsgrad der Anwender sind kein Effektivitätskriterium. Neben einigen unkontrollierten Feldstudien zweifelhafter Interpretierbarkeit existieren wenige kontrollierte Interventionsstudien (Rose & Bisson 1999; Kenardy et al. 1996).

Erste Studien waren meist Erhebungen der subjektiven Zufriedenheit der Teilnehmer zu einem oder mehreren Befragungszeitpunkten

(Mitchell & Everly 1995). Die Teilnehmer geben bei dieser Fragestellung mit hohem Prozentsatz an, dass die Teilnahme für sie irgendwie hilfreich war. Genauere Selbst- oder Fremdberichtskriterien werden nicht angelegt. Auch innerhalb dieser Zufriedenheitsstudien gibt es einige kritische Hinweise auf die Verfahren: Wenn die Gruppengröße zunimmt, nehmen Teilnahmebereitschaft, Offenheit der Äußerungen, Einsicht in den und Identifikation mit dem Sinn der Intervention sowie die Zufriedenheit ab (Armstrong et al. 1998). Die globale Zufriedenheit wird bei der Frage nach konkreten Veränderungen durch das Debriefing deutlich relativiert (Stuhlmiller 1994). Die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Bezug auf die Umsetzung der Zuwendungs-, Fürsorge- und Sorgfaltspflicht der Arbeitgeber lassen sich u.E. ökonomischer und präventiv sinnvoller herstellen als mit aufwendigen Debriefings, die bisher immer als besonders kostengünstig dargestellt werden. Studien der allgemeinen Therapieforschung zeigen zudem, dass Zufriedenheitsmasse nicht in Zusammenhang stehen mit Therapieerfolg im Sinne von klinisch relevanten kognitiven und/oder Verhaltensänderungen.

Ziel einer frühen Kurzintervention ist die Senkung der Wahrscheinlichkeit von Folgestörungen, besonders von APTBS und anderen Störungen z.B. bei Debriefing-Teilnehmern im Vergleich zu Nicht-Teilnehmern. Es fehlen jedoch kontrollierte und randomisierte Untersuchungen, die Effekte auf klinische Kriterien nachweisen. Eine solche Studie z.B. ist die von Jenkins (1996), die an 29 Rettungsassistenten nach einer Massenschießerei zeigt, dass Debriefing in Interaktion mit unspezifischen Variablen der sozialen Unterstützung 1 Woche und 4 Wochen nach dem Ereignis mit niedrigeren Zwanghaftigkeits-, Depressivitäts-, Feindseligkeits- und Somatisierungswerten korrelierte. Die Studie untersucht die Fragestellung jedoch ohne baseline-Daten in einem Zeitraum, in dem der „natürliche“ Rückgang der Symptome extrem hoch ist; durch die mangelnde Kontrolle der Variablen ist eine Aussage über den Nutzen der Debriefing-Teilnahme nicht interpretierbar. Greift man auf Interventionsstudien an anderen Ereignisklassen (z.B. Gewalterfahrung) zurück, so zeigt sich, dass Effekte auf klinische Symptomatiken nur für strukturierte Expositionstherapien, teilweise mit medikamentöser Unterstützung, nachgewiesen werden konnten (Bisson & Shephard 1995; Foa & Meadows 1997).

Der weitaus größere Anteil der Studien stellt die Wirksamkeit der untersuchten frühen Kurzinterventionen in Frage (Istanbul 1999; Bisson 1995; Rose & Bisson 1999). Aber auch diese Untersuchungen sind nicht konsistent; sie unterscheiden sich in den beurteilten Verfahren (z.B. Einzel- vs. Gruppendebriefings), Stichproben und Ereignisklassen und

sind eher explorativ. Kenardy et al. (1996) verglichen Helfer nach einem Erdbeben, die an einem Debriefing teilgenommen hatten (n=62) mit solchen, die nicht teilgenommen (n=133) hatten. Die Erhebung fand 6, 12, 18 und 24 Monate nach dem Ereignis statt. Es ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich Intrusionen und Vermeidungsverhalten, jedoch konnte für die Debriefing-Gruppe gezeigt werden, dass das allgemeine Wohlbefinden sich über die zwei Jahre verschlechterte bzw. nicht verbesserte, während die Kontrollgruppe sich erholte. Es liegt nahe anzunehmen, dass die Personen, die freiwillig an dem Debriefing teilgenommen hatten, schon vorher höhere Belastungsmasse aufwiesen, welche durch das Debriefing aber auch nicht gebessert werden konnten.

Einige experimentelle Studien beschäftigen sich in Einzelsettings mit der Wirkung standardisierter Debriefings. Sie zeigen, dass diese Interventionsform keine Wirkung zeigt, sondern dass der Verlauf der Störungen eher von Unterschieden zwischen den Klienten vor der Intervention abhängt. Je zeitlich näher die Intervention zum Ereignis liegt und je länger die Durchführung dauert, desto schlechter sind die Effekte auf definierte klinische Kriterien (Hobbs et al. 1996; Conlon et al. 1999; Bisson et al. 1997). Wir sind der Überzeugung, dass ein Verfahren, das in der Einzelanwendung wenig bis gar keine Wirkung oder gar nachteilige Effekte zeigt, in einem (Groß-)Gruppensetting noch wesentlich größere Probleme aufwirft. Eindeutig überlegen sind Verfahren, die bei Risikopersonen nicht global, sondern auf klinisch relevante Verhalten und Kognitionen einwirken.

Ziele des Projektes

- Effektivierung der Nachsorge bei Mitarbeitern des Zivilschutzes mit dem Ziel der Reduzierung einsatzbedingter Belastungsfolgen
- Entwicklung eines nach wissenschaftlichen Kriterien evaluierten und theoretisch begründeten Programms zur gezielten sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen
- Nutzung von bestehenden organisatorischen (personellen) und individuellen Ressourcen und Strukturen zur Implementierung eines solchen Nachsorgeprogramms

Arbeitsplan

Eine nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführte Entwicklung und Implementierung eines effektiven Nachsorgeprogramms erfolgt sinnvollerweise nach folgendem Arbeitsplan (Teilziele):

1. **Bedarfserhebung:** Gewinnung von verlässlichen Daten bezüglich der psychischen und tätigkeitsrelevanten Auswirkungen belastender Einsätze bei Mitarbeitern der entsprechenden Organisation des Zivilschutzes durch repräsentative Erhebung von Belastungen, Belastungsreaktionen und -folgen und spezifischen Ressourcen mittels qualitativer (Interviews) und quantitativer (Fragebogen) Methoden bei Mitarbeitern der Zielorganisationen. Das Verfahren liegt vor und wurde mit Erfolg beim THW bereits eingesetzt.
2. **Screening:** Adaptierung eines bereits vorhandenen Instruments und seine Evaluation zur Identifikation von Personen mit erhöhtem Risiko für einsatzbedingte psychische Probleme. In Anlehnung an bereits veröffentlichte Verfahren zur Identifikation von Hochrisikopersonen nach traumatischen Ereignissen wird ein kurzes Verfahren nach den Gütekriterien der klassischen Testtheorie entwickelt und evaluiert. Ergebnis ist ein Screeningverfahren mit möglichst hoher Sensitivität für die Identifikation von Mitarbeitern mit erhöhtem Risiko für behandlungsbedürftige einsatzbedingte Probleme („Verfahren zur Identifikation von Problempersonen“, VIP).
3. **Programmentwicklung:** Erstellung eines Manuals für die Durchführung einer Kurzintervention für Hochrisikopersonen („Präventionsprogramm posttraumatischer Belastungen“, PPP); Schulung von Psychologen, Medizinern, u.a. in der manualgeleiteten Durchführung des PPP. In Anlehnung an das bereits mit Erfolg evaluierte Programm von E.B. Foa und Mitarbeitern (1995) erfolgt die Entwicklung einer strukturierten Kurzintervention (4 Einzelsitzungen), die von geschultem Personal psychosozialer Berufe (Psychologen, Mediziner, o.ä.) durchgeführt werden kann („Präventionsprogramm posttraumatischer Belastungen“, PPB).
4. **Schulung** von „Mediatoren“ (z.B. Gruppenführer) in der Durchführung und Auswertung des VIP. Die Schulung von Mediatoren der Organisationen zur Durchführung des VIP erfolgt durch Mitarbeiter des psychologischen Instituts der Universität Tübingen anhand eines Schulungsmanuals und standardisierter Materialien (Video, Handout, u.a.) in einem zweitägigen Seminar.

5. **Evaluation:** Wirksamkeitsnachweis durch Vergleich des Programms mit alternativen Vorgehensweisen (Debriefing); Klärung der Effizienz durch Kosten-Nutzen-Analyse. Der Nachweis der Wirksamkeit erfolgt sinnvoller Weise mittels randomisierter, kontrollierter Vergleichsstudien mit einer „unbehandelten“ Kontrollgruppe bzw. mit Alternativinterventionen. Dieses Vorgehen halten wir sowohl für das Gesamtkonzept (VIP & PPP) als auch für das PPP alleine für sinnvoll.
6. **Implementierung:** Installation eines organisationsübergreifenden psychosozialen Dienstes, der mit der VIP-Schulung von Mediatoren und der Organisation und Durchführung des PPP betraut wird. Die Implementierung erfolgt durch entsprechend befugte Stellen des BMI unter beratender Tätigkeit der Universität Tübingen

Literatur

Armstrong, K., Zatzick, D., Metzler, T., Weiss, D.S., Marmar, C.R., Garma, S., Ronfeldt, H. & Roepke, L. (1998), Debriefing of American Red Cross personnel: Pilot study on participants' evaluations and case examples from the 1994 Los Angeles earthquake relief operation. In: *Social Work in Health Care* 27 (1): 33–50

Becker, P. (1995), *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen, Hogrefe

Bisson, J.I. & Shepherd, J.P. (1995), Psychological reactions of victims of violent crime. In: *British Journal of Psychiatry* 167 (6): 718–720

Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J. & Bannister, C. (1997), Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. In: *Br J Psychiatry* 171 (78): 78–81

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991), Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. In: *Archives of General Psychiatry* 48: 216–222

Conlon, L., Fahy, T.J. & Conroy, R. (1999), PTSD in ambulant RTA victims: a randomized controlled trial of debriefing. In: *Journal of Psychosomatic Research* 46 (1): 37–44

Ehlers, A. (1999), *Posttraumatische Belastungsstörung*. Hogrefe, Göttingen: 99

Ersland, S., Weisaeth, L. & Sund, A. (1989), The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster: „Alexander L. Kielland“: 1980. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80 (355, Suppl.): 38–49

Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997), Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. In: *Annu Rev Psychol* 48 (449): 449–480

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1996), Posttraumatische Belastungsstörungen. In: A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Springer, Berlin: 107–120

Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B. & Worlock, P. (1996), A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. In: *Bmj* 313 (7070): 1438–1439

Istanbul (1999), *Psychotraumatology: Clinical practice and human rights*. 6th European Conference on Traumatic Stress, ESTSS European Society for Traumatic Stress Studies, 5th–8th June, Istanbul 1999; Workshop Risk for PTSD after Critical Incident Exposure in Police Officers: 68–70

Jenkins, S.R. (1996), Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. In: *Journal of Social Behavior and Personality* 11 (3): 477–492

Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, P.L. & Carter, G.L. (1996), Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. In: *Journal of Traumatic Stress* 9 (3): 37–49 (PTSD)

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995), Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry* 52: 1048–1060

Magee, M. & Hojat, M. (1998), Personality profiles of male and female positive role models in medicine. In: *Psychological Reports* 82 (2): 547–559

McFarlane, A.C. & Papay, P. (1992), Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 180 (8): 498–504

McFarlane, A.C. (1992), Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. In: *J Nerv Ment Dis* 180 (7): 439–445

Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (1995), Critical incident stress debriefing: CISD; an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers. Ellicott City, ML, Chevron

Reichwald, U. & Domes, G. (1998). Psychotraumatologie und Krisenintervention bei Opfern und Helfern. Beiträge zur Arbeitstagung „Opfer-Helfer-Psychologie“ am 16. und 17. Januar 1998. In: *Berichte der Tübinger Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie und Notfallpsychologie (Band 10) an der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Universität Tübingen (Prof. Dr. Martin Hautzinger):* 168

Rose, S. & Bisson, J. (1998), Brief early psychological interventions following trauma: a systematic review of the literature. In: *J Trauma Stress* 11 (4): 697–710

Stuhlmiller, C.M. (1994), Occupational meanings and coping practices of rescue workers in an earthquake disaster. In: *West J Nurs Res* 16 (3): 268–287

Teegen, F., Domnick, A. & Heerdegen, M. (1997), Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 29 (4): 583–599

Teegen, F. (1999), Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. In: *Zeitschrift für Politische Psychologie* 7 (4): 437–453

Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1998), Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. In: *American Journal of Psychiatry* 155 (12): 1727–1732

Projektrelevante Arbeitsgruppen der Abt. Klinische und Physiologische Psychologie und der TAPN Tübinger Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie und Notfallpsychologie (Ausschnitt)

Psychophysiologische Grundlagenforschung (Domann, Domes, Hautzinger, Pössel, Preilowski, Prudlo, Rebhorn, Reichwald, Revenstorf, Seidel, Wascher, Wendt)

Gedächtnisleistungen und Belastungsreaktionen bei akuten und chronischen Belastungen (Unfallopfer, Alkoholiker-Ehefrauen)

Cortisol- und Catecholaminforschung

Forschung mit peripheren Massen (Herz-Kreislauf-Parameter, EEG, EMG)

Habitentwicklung unter evozierten Stressreaktionen am Beispiel oraler habits

Neuropsychologie der Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen und der Dyslexien

Immunologische Veränderungen durch Psychotherapie

Psychotherapie und Fertilität bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen

Epidemiologie, Ätiologie und Diagnostik psychischer Störungen (Dötsch, Domes, Gasch, Meyer, Pössel, Prudlo, Reichwald, Remppis, Späth, Wendt)

Belastungsreaktionen nach daily hassles und kritischen Lebensereignissen

Belastung und Rehabilitationsverlauf bei Unfallopfern

Secondary victims: Helfer, Angehörige, Zeugen

Störungen nach belastenden Einsätzen (Straßenbahnfahrer, DB-Kontrolleure, THW-Mitarbeiter, Rettungsassistenten, Polizei)

Primäre Prävention psychischer Störungen (Präventions- und Interventionsforschung) (Anders, Bahnmüller, Domes, Freudenfeld, Hautzinger, Meyer, Pössel, Reichwald, Revenstorf, Roja, Schlottke)

Affektive Störungen in verschiedenen Lebensaltern

Persönlichkeitsstörungen

Psychosen

Veränderung riskanter Gesundheitsverhaltensweisen (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Überforderungssyndrome)

Soziale Kompetenzen in unterschiedlichen Risikogruppen (Selbsthilfegruppenleiter, Zwangskranke, Studierende)

Psychosoziale Schulungen bei verschiedenen Helfergruppen

Sekundäre Prävention psychischer Störungen (Therapie- und Rehabilitationsforschung) (Anders, Bahnmüller, Hautzinger, Meyer, Oelkers, Prudlo, Reichwald, Schlottke)

Aggression und Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen

Triple-P – Positive Parenting Program: Elternteraining

Therapeutische Hilfen bei AIDS-Kranken und Krebs

Psychotherapeutische Ambulanz der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie

Behandlung chronischer Schmerzen in Gruppen

Erstellung und Evaluation von Manualen und Trainingsprogrammen (Blattner, Domes, Gasch, Hautzinger, Kunisch, Prudlo, Reichwald, Reutter, Wackerow, Walker, Wiebel)

DIA Behandlung von „Depression im Alter“

Chronischer Schmerz

Soziale Kompetenzen in der Selbsthilfegruppenleitung

Psychosoziale Unterstützung von Suizidangehörigen

„Pressure to Change“-Programm für Alkoholiker-Ehefrauen

Psychosoziale Kenntnisse für Einsatzkräfte (THW, Polizei, Rettungswesen)

Oliver Gengenbach

Statement der SbE-Bundesvereinigung „Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen“ e.V. zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die SbE-Bundesvereinigung begrüßt nachdrücklich das Vorhaben, die Auswirkungen extrem belastender Ereignisse für Einsatzkräfte und Möglichkeiten zur Unterstützung ihrer Stressbewältigung wissenschaftlich zu untersuchen. Als Organisation, die sich auf langjährige amerikanische Ergebnisse stützen kann und die aus den USA stammende Methode des Critical Incident Stress Management (Dr. Jeffrey T. Mitchell) in Deutschland verbreitet hat und danach seit Jahren arbeitet, sind wir offen für jede Art wissenschaftlicher Begleitung. Dies auch deshalb, weil wir im deutschsprachigen Kulturraum Modifikationen der amerikanischen Methoden für erforderlich halten.

Ich möchte Ihnen die Arbeit der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, deren Arbeit und Ausbildungsangebote vorstellen. Danach formuliere ich Erwartungen, die wir an die wissenschaftliche Forschung haben, und stelle Ihnen drittens die Möglichkeiten und Ressourcen dar, die die SbE-Bundesvereinigung und ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei zukünftigen Forschungsvorhaben anbieten kann.

Die Methode der „Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen“ und die SbE-Bundesvereinigung

In der SbE-Bundesvereinigung haben sich im Jahre 1996 diejenigen zusammengeschlossen, die im Rahmen ihrer täglichen Arbeit mit einsatzspezifischen Belastungen von Einsatzkräften konfrontiert wurden und nach Möglichkeiten der Unterstützung suchten. Kristallisationspunkt war vor allem der Flughafenbrand in Düsseldorf 1996, wo erstmals eine größere Einsatznachsorge stattfand. Dem waren verschiedene Maßnahmen – vor allem in Bayern und Nordrhein-Westfalen – vorausgegangen. Schnell stellte sich heraus, dass eine methodisch fundierte Vorgehensweise unerlässlich ist. Erste Erfahrungen mit dem in den USA von Jeffrey Mitchell entwickelten Critical Incident Stress Management waren so vielversprechend, dass wir beschlossen, diese Methode in Deutschland zu verbreiten. SbE versteht sich als Deutscher

Kooperationspartner, der International Critical Incident Stress Foundation, die CISM ausbildet und weltweit CISM-Teams aufbaut. CISM ist inzwischen UNO-Standard, weltweit arbeiten ca. 700 CISM-Teams. Arbeit und Ausbildungsinhalte von SbE gründen auf dieser Methode und modifizieren sie für den deutschsprachigen Raum.

Kernpunkte von SbE/CISM

CISM/SbE geht von mehreren Grundannahmen aus, die sowohl auf wissenschaftlichen Ergebnissen als auch auf langjährigen Erfahrungen beruhen.

1. Einsatzkräfte verarbeiten ihre Einsatzbelastungen durch den Aufbau von Coping-Strategien in aller Regel eigenständig. Unterstützend wirken in diesem Bereich vor allem eine gute Gesprächskultur der Einsatzkräfte untereinander, Wertschätzung seitens der Organisation und eine kontinuierliche psychosoziale/seelsorgerliche Begleitung. Letztere wird z.B. wahrgenommen durch örtliche OPEN-Teams, Kriseninterventionsteams oder Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst/Polizeiseelsorge/Militärseelsorge.
2. Nach besonders belastenden Ereignissen kann es zur Traumatisierung von Einsatzkräften kommen. Einsatzkräfte sollten hier nicht vorschnell pathologisiert werden (Akute Belastungsreaktion ist zu unterscheiden von der Posttraumatischen Belastungsstörung).
3. SbE arbeitet im peritraumatischen Bereich, ist Krisenintervention, nicht Therapie.
4. SbE geht von den Ressourcen der Einsatzgruppe aus.
5. SbE geht davon aus, dass es nach besonders belastenden Ereignissen sinnvoll ist, der betroffenen Organisation ein Angebot externer Berater zu machen, die die betroffenen Einsatzkräfte ereignisbezogen unterstützt. Diese Maßnahmen im Anschluss an ein solches Ereignis müssen aber eingebettet sein in ein örtliches Unterstützungssystem (KIT, Notfallseelsorge u.a.).
6. SbE arbeitet in Teams von psychosozialen Fachleuten und geschulten Einsatzkräften (Peers).
7. Für SbE ist der sog. Peer-Gedanke grundlegend: Peers (Einsatzkräfte als Teammitglieder) schaffen Akzeptanz in der Organisation und tragen die Interventionen, weil sie genaue Feldkenntnisse und den gleichen Sprachcode wie die betroffenen Einsatzgruppen besitzen, deren Vertrauen genießen und so eine positive Identifikation ermöglichen.

8. Die sog. psychosozialen Fachleute verantworten die Qualität der Arbeit, leiten die Gruppengespräche und sind für die Vernetzung, Weitervermittlung in therapeutische Anschlussmaßnahmen und Fortbildung/Supervision der SbE-Teams zuständig.
9. SbE stellt eine breite Palette möglicher Interventionen dar, vom Einzelgespräch bis hin zu strukturierten SbE-Nachbesprechungen/Debriefings.
10. Zur SbE-Methode gehören neben der ereignisbezogenen Nachsorge auch präventive Maßnahmen (Ausbildung) und ein Paket an Nachfolgemeasures (Follow-up).

Die SbE-Bundesvereinigung

ist ein Verein, in dem zur Zeit knapp 250 Mitglieder zusammengeschlossen sind. Zu den Mitgliedern gehören: Psychiater, Psychologen, Therapeuten, Ärzte anderer Fachrichtungen, Notfallseelsorger und Pädagogen sowie Einsatzkräfte aus allen Einsatzorganisationen: Polizei, Bundesgrenzschutz, Bundeswehr und anderen Bereichen wie z.B. Gesundheitswesen.

Vereinsziele der SbE-Bundesvereinigung sind u.a.:

- Prävention und Einsatznachsorge nach belastenden Ereignissen
- Schulung, Förderung und Vernetzung von Einsatznachsorge-Teams
- Unterstützung und Beratung sowie Begleitung von Organisationen, Behörden und Institutionen bei der Organisation und Durchführung der Nachsorge nach einem belastenden Ereignis
- Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen und Begleitung von Forschungsvorhaben
- Information der Öffentlichkeit
- Verbindung zu und Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Einrichtungen mit ähnlicher Zielsetzung

Diese Ziele im Blick haben wir in diesen ersten Jahren vor allem reichhaltige Erfahrung im Bereich der Einsätze selbst, also konkreter Einsatznachsorge, gesammelt und zum zweiten ein umfangreiches Fortbildungspaket entwickelt und erprobt. Die Vernetzung mit ambulanten und stationären Anbietern im Bereich der Traumatherapie wurde begonnen und muss weiter ausgebaut werden. In der wissenschaftlichen Diskussion sind erste Schritte getan, aber genau hier versprechen wir uns wichtige Impulse von der Initiative des BMI.

1. Einsätze:

Da die SbE-Interventionen ein ganzes Maßnahmenbündel von Einzelgesprächen bis hin zu strukturierten SbE-Nachbesprechungen (CISD) darstellt, ist eine komplette Auflistung aller Aktivitäten selbstverständlich nicht möglich. Die meiste Arbeit findet eher unspektakulär in Einzelgesprächen mit einzelnen Betroffenen statt. Im Zusammenhang mit größeren Schadensereignissen hat die SbE-Bundesvereinigung Einsatzkräfte betreut nach dem Flughafenbrand in Düsseldorf, nach dem Hubschrauberabsturz in Dortmund, nach dem ICE-Unglück in Eschede und die Grubenwehrmitarbeiter der Ruhrkohle AG/Deutsche Steinkohle nach ihrem Erdbebeneinsatz in der Türkei. Wichtige Erfahrungen hat Eschede gebracht, wo SbE die organisierte Einsatznachsorge mit aufgebaut hat, gemeinsam mit anderen Organisationen (MHD, BGS) mit 37 SbE-Team-Mitgliedern SbE-Nachbesprechungen (CIS-Debriefings) durchgeführt hat und an der Arbeitsgruppe zur Auswertung aktiv beteiligt war. An dem Grubenwehr-Einsatz ist bemerkenswert, dass dort so gut wie alle (100 von 102) eingesetzte Grubenwehrmitarbeiter methodisch gleiche SbE-Interventionen in Anspruch genommen haben. Wir halten es für wünschenswert und sehr erfolversprechend, diesen SbE-Einsatz zu evaluieren.

2. Ausbildung

Um einerseits positive Schritte in Richtung auf eine Veränderung der Kultur in den Einsatzorganisationen (Beachtung psychotraumatologischer Gegebenheiten und Akzeptanz für psychosoziale Unterstützungsangebote) zu fördern und um andererseits psychosoziale Fachkräfte und Einsatzkräfte für strukturierte Nachsorgemaßnahmen zu qualifizieren, liegt ein Schwerpunkt der SbE-Bundesvereinigung im Ausbildungsbereich.

SbE hat ein umfassendes Fortbildungspaket entwickelt, setzt dieses seit Jahren um und entwickelt es ständig weiter. Wir bieten offene Kurse für interessierte Einzelpersonen und Inhouse-Seminare für Organisationen an. Berufs- und Freiwillige Feuerwehren, Hilfsorganisationen, Rettungsdienstverbände, Polizei und BGS, Militärseelsorger haben in den letzten Jahren teils eigene SbE-Teams ausgebildet, teils ihre Mitarbeiter in regionale SbE-Teams entsandt.

Am Beginn steht die Gewinnung von geeigneten psychosozialen Fachkräften und erfahrenen Einsatzkräften. Diese durchlaufen gemeinsam eine SbE-Ausbildung, die zunächst aus den Bausteinen I und II

besteht, wobei der BS I als Schwerpunkt das Einzelgespräch mit belasteten Kollegen zum Inhalt hat, der BS II die sog. SbE-Kurzbesprechung (Defusing). Zusammen mit einem Teambildungstag und einem späteren BS III, der zur SbE-Nachbesprechung (Debriefing) qualifiziert, halten wir ein Team dann für arbeitsfähig, wenn es sich regelmäßig fortbildet. Wir empfehlen hier Module und bieten sie an: Stress/Stressbewältigung, Gesprächsführung, Organisationskunde, Psychotraumatologie.

Ein weiteres Angebot sind stärker gruppenspezifisch orientierte Module, die die Zusammenarbeit von Teams bei unterschiedlichen Problemlagen fördern soll und spezielle Angebote für Koordinatoren, Multiplikatoren und Debriefing-Leiter.

In den letzten Jahren hat die SbE-Bundesvereinigung etwa 20 Teams ausgebildet, von denen einige z.T. seit Jahren erfolgreich arbeiten (Bayern, NRW, ENT Berlin, DRK Hochtaunus u.a.), andere sich in der Anfangs- bzw. Ausbildungsphase befinden.

Zu den SbE-Mitgliedern und den von uns ausgebildeten Kursteilnehmern gehören Psychologen, Psychiater, Therapeuten, Seelsorger, Pädagogen, Ärzte verschiedener Disziplinen sowie Mitarbeiter/innen und Einsatzkräfte aus allen Einsatzorganisationen, Feuerwehr, Hilfsorganisationen, Militär, Polizei, BGS, Gesundheitswesen.

Insgesamt haben wir in den letzten drei Jahren knapp 1600 Kursteilnehmer ausgebildet (wobei hier derselbe Teilnehmer an mehreren Kursen mehrfach gezählt wurde).

Die große Bandbreite der Berufsgruppen und entsprechender Kompetenzen, verbunden mit ärztlicher und psychologischer Kontrolle halten wir für eine Stärke des SbE-Modells, zumal diese Vielfalt auch in den Hilfsorganisationen (Ehrenamtliche) zu finden ist.

Für die SbE-Kurse liegen umfangreiche und standardisierte Ausbildungspakete vor.

3 Vernetzung

Die SbE-Bundesvereinigung arbeitet mit ambulanten wie stationären Anbietern zusammen, an die traumatisierte Einsatzkräfte weitervermittelt werden können. Wir haben mit einer Datenbank begonnen, die neben Einsatznachsorge-Teams auch diese – nicht sehr zahlreichen – therapeutischen Einrichtungen beinhaltet.

4. Wissenschaftliche Auswertung und Diskussion

Trotz einiger internationaler Studien und einer ausführlichen Meta-Analyse sehen wir, wie alle Fachleute, einen großen Forschungsbedarf. Während internationale Studien z.T. methodisch sehr fragwürdig und wenig aussagekräftig sind, fehlen in Deutschland Studien fast gänzlich.

Die SbE-Bundesvereinigung begrüßt daher sehr das Vorhaben des Arbeitskreises V der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder, „eine wissenschaftliche Untersuchung zur Stressbearbeitung bei belastenden Einsätzen (primäre und sekundäre Prävention)“ durchführen zu lassen. Als Vereinigung, die ein klar strukturiertes und standardisiertes Konzept vertritt und hiermit die Einsatznachorge in den letzten Jahren in der Fläche durchgeführt hat, versprechen wir uns von zukünftigen Forschungsvorhaben eine Evaluation der SbE-Einsatznachorge-Maßnahmen.

Konkrete Erwartungen

- Die SbE-Bundesvereinigung begrüßt sehr das Vorhaben, Einsatznachorge-Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Sie erwartet, dass sie aufgrund der zahlreichen Maßnahmen, die ihre Mitarbeiter in den letzten Jahren durchgeführt haben, in der Planungs- und Durchführungsphase berücksichtigt wird.
- Besonders wichtig erscheint uns, dass der Untersuchungsgegenstand vorher genau bestimmt wird. (Bisherige internationale Studien sind hier sehr unpräzise und daher wenig aussagekräftig.) SbE, die deutsche Form des CISM, ist ein klar strukturiertes und standardisiertes Maßnahmenpaket, dessen Methodik im deutschsprachigen Raum einheitlich geschult und im Einsatzfall angewendet wird. Diese Verlässlichkeit, die für die anfordernden Organisationen im Notfall von großer Bedeutung ist, ist auch von Bedeutung für die Forschung: der Untersuchungsgegenstand ist einheitlich und nachvollziehbar.
- Wir regen an, dass eine Studie die verschiedenen Phasen einer Traumatisierung in den Blick nimmt: Prätraumatische Phase (Prävention, Schulung), Akutphase (einsatzbegleitende Angebote), Peritraumatische Phase (ereignisbezogene, zeitnahe Interventionen, Akute Belastungsreaktion), Posttraumatische Phase (Therapie, PTBS).
- Wir regen an, besonders den Peer-Gedanke in den Blick zu nehmen, da zu den Ergebnissen von Eschede eine hohe Akzeptanz seitens der Betroffenen gehört.

- Wir regen an, die von den meisten Teilnehmern empfundene Effizienz von Gruppengesprächen wissenschaftlich zu überprüfen.
- Wir erwarten von der Forschung fundiertere Hinweise, in welchem Fall und zu welchem Zeitpunkt Einsatzkräfte sich in therapeutische Behandlung begeben müssen. (Abgrenzung peritraumatische (Krisenintervention)/posttraumatische Phase (Therapie))
- Wir erwarten bei den künftigen Forschungsvorhaben eine methodische Sorgfalt, die v.a. den Untersuchungsgegenstand (standardisierte, beschreibbare Methode) und die Untersuchungsgruppe (z.B. Einsatzkräfte unterscheiden von Primäropfern/Angehörigen), sowie sorgfältige Pre-Test-Phasen betrifft. Um dies zu erreichen, ist eine Planung der Zusammenarbeit zwischen Beteiligten in der Forschung und Beteiligten in der Einsatznachsorge schon vor einem künftigen Ereignis notwendig.

Angebote zur Zusammenarbeit

- Die SbE-Bundesvereinigung bietet ihre Mitwirkung und Unterstützung bei der Bewertung der SbE-Methode an.
- Sie bietet an, ihre Einsatz-Interventionen, sowohl die zurückliegenden, als auch die zukünftig zu erwartenden, wissenschaftlich evaluieren zu lassen.
- Sie bietet an, bei der Erarbeitung der Ausbildungsunterlagen mitzuwirken und ggf. ihre standardisierten Ausbildungsunterlagen zur Verfügung zu stellen.
- Sie bietet an, Kontakte zu den SbE-Teams in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland zu vermitteln.
- Sie bietet an, geeignete Planungen zu unterstützen, mit denen sichergestellt werden kann, dass im Ereignisfall standardisierte, beschreibbare Methoden eingesetzt werden.

14.11.2000

Kai Gusek

Statement der Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die *Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland* begrüßt ausdrücklich, dass sich die Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder, Arbeitskreis V mit den Fragen der Belastungen von Einsatzkräften der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes befasst und eine „wissenschaftliche Untersuchung der Stressbearbeitung bei belastenden Einsätzen (primäre und sekundäre Prävention)“ in Auftrag geben will.

Das Ziel, die „verschiedenen Methoden zu vergleichen und zu bewerten und auf der Grundlage der ermittelten optimalen Methode Ausbildungsunterlagen zu erarbeiten“, wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Spätestens nach dem ICE-Unglück, bei dem erstmals eine groß angelegte koordinierte Maßnahme der Einsatznachsorge für die eingesetzten Helfer angeboten wurde, ist die Bedeutung der Einsatznachsorge insgesamt, besonders aber auch der eingesetzten Standards der Nachsorge, bewusst geworden.

Auch von der *Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland* waren im Rahmen der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge Seelsorger eingesetzt, die sich mit ihren Teams an der Einsatznachsorge beteiligt haben.

Zu unseren besonderen Erfahrungen aus dieser Arbeit gehört die unmittelbare und elementare Zustimmung der Einsatznachsorge in der Form der von psychosozialen Fachleuten moderierten und geleiteten, sowie von geschulten Einsatzkräften unterstützten Gruppengespräche nach der Methodik der Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen nach Jeffrey T. Mitchell. Insgesamt waren dort 78 psychosoziale Fachleute sowie geschulte Einsatzkräfte aus Feuerwehren und Rettungsdiensten im Einsatz.

Eine der wesentlichen Rückmeldungen war, dass die Arbeit mit einem gemeinsamen Standard es erst ermöglicht hat, bedarfsgerecht für die jeweiligen anfordernden Stellen (Sanitätszüge, Betreuungs- und

Versorgungszüge des KatS, Freiwillige Feuerwehren usw.) Teams zusammen zu stellen.

Einige Evangelische Landeskirchen in Deutschland haben daraufhin begonnen, ihre Notfallseelsorgegruppen in der SbE-Methodik zu schulen. Parallel dazu wurde begonnen, das Thema „Umgang mit besonders belastenden Ereignissen“ in den Fortbildungsangeboten für Einsatzkräfte zu verstärken, ganz im Sinne einer primären und sekundären Prävention.

Insofern hat die *Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland* ein elementares Interesse an den möglichen Ergebnissen der initiierten Forschungsvorhaben.

In der Beschreibung der Forschungsprojekte finden wir die beschriebenen Ziele der Arbeitsgruppe V allerdings nur in Ansätzen wieder.

So kann unserer Meinung nach die Entwicklung eines „Anti-Panik-Trainings“ nur ein mögliches Ergebnis sein, das aufgrund der Ergebnisse anderer Forschungsvorhaben ein denkbares Folgeprojekt werden könnte.

Auch die empirische Analyse von Ausbildungsmaßnahmen im Hinblick auf Entwicklung von Ausbildungskonzepten setzt die Erforschung der Effektivität von Einsatznachsorgekonzepten voraus.

Die Erstellung einer Synopse der KatS-Führungsausbildung wird nur in Bezug auf Akzeptanz von Einsatznachsorgemaßnahmen bei den Führungskräften und möglicher Beteiligung von Führungskräften bei Einsatznachsorgemaßnahmen thematisch für die Ziele der von der Innenministerkonferenz angeregten Forschung von Nutzen sein.

Daher plädieren wir dafür, **eng an den Zielen des Arbeitskreises V** die verschiedenen Methoden zu vergleichen und zu bewerten und **auf deren Grundlage** Ausbildungsunterlagen zu entwickeln.

Es ist also ein Focus zu legen auf die *Tradition der Einsatznachsorge* in der Fläche nach Ereignissen, die potentiell geeignet waren, Einsatzkräfte zu traumatisieren.

Für die zielgerichtete Diskussion und ggf. Unterstützung eines Forschungsvorhabens ergeben sich eine Reihe von Fragen:

1. Fragenkomplex: Methodik/Kooperation mit den Anbietern

Schon hier ergeben sich methodische Fragen an ein entsprechendes Forschungsvorhaben:

Welche der „verschiedenen Methoden“ sollen untersucht werden?

Bekannterweise durchgeführt werden gegenwärtig:

- * Entlastungsgespräche durch Führungskräfte
- * Entlastungsgespräche durch Geistliche
- * Entlastungsgespräche durch Fachberater Seelsorge/Notfallseelsorger
- * Entlastungsgespräche durch Kriseninterventionsdienste
- * Entlastungsgespräche durch Psychologen
- * strukturierte Kurzgespräche als Kollegenhilfe
- * strukturierte Einsatznachsorgegespräche
- * Durchführung eines Einsatznachsorgekonzeptes mit mehreren Komponenten mit der Methodik der Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen
- * Kurztherapie zur Prävention posttraumatischer Belastungsreaktionen

Die Verbreitung der unterschiedlichen Einsatznachsorgekonzepte ist derzeit überhaupt nicht belegt. Eine Konzentration auf nur einen Teil der Methoden wird nicht die gegenwärtige Realität widerspiegeln, sondern zufälliger Forschungsgegenstand sein.

Mit welcher Kompetenz, welcher Methodik und unter wie gearteter Beteiligung der Anbieter werden die Kriterien für das Forschungsvorhaben entwickelt?

Für die *Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland* als kirchliche Anbieter präziser gefragt:

Von wem, mit welcher Kompetenz, mit welcher Methodik, mit welchem Menschenbild und unter wie gearteter Beteiligung von den Anbietern (hier: Psychologen/Theologen der Evangelischen Kirche) werden seelsorglich geprägte Angebote „verglichen und bewertet“?

2. Fragenkomplex: Ereignisse und Personengruppen

(Eingrenzung des Forschungsgegenstandes)

Was ist ein potenziell traumatisierendes Ereignis?

Wird versucht, eine Ereignisschwere zu definieren oder reduziert sich die Fragestellung auf ein traumatisches Erlebnis, wird allein das subjektive Empfinden und Reagieren von Personen oder Personengruppen analysiert?

Präziser gefragt: Zu welchem Zeitpunkt ist welches Ereignis für welche Einsatzkräfte potentiell von traumatischer Wucht?

Wie genau werden objektive Parameter (Schwere des Ereignisses), subjektive Parameter (Heftigkeit des Erlebens) und biographische Parameter (Vulnerabilität) erhoben und untereinander gewichtet?

Wie genau möchte der Anbieter des Forschungsvorhabens „Datenerhebung über die Methodik für die psycho-soziale Betreuung von Einsatzkräften“ die „Gewinnung von wissenschaftlich fundierten Daten als Bestandteil der psycho-sozialen Betreuung“ erheben? Besteht Einmütigkeit über den Datenkatalog? Wer legt ihn fest? Wie sind dabei die Anbieter beteiligt?

In einem Forschungsvorhaben soll die Methodik für die psychosoziale Betreuung am Beispiel des THW erhoben werden. Ist diese Eingrenzung sinnvoll?

Zwar ist das THW als Bundeseinrichtung in der gesamten Bundesrepublik in seiner Organisation vergleichbar, die Hilfsfristen liegen allerdings wesentlich höher.

Aus unserer Erkenntnis ergeben sich besondere Belastungen gerade in der ersten Phase einer Katastrophe, in der die Aufbauorganisation noch nicht voll entwickelt ist und die in aller Regel von der Phase der Menschenrettung geprägt ist. Daher sollten z.B. Sanitätszüge und Feuerwehren nicht von der Untersuchung ausgeschlossen sein.

3. Fragenkomplex: Psychotraumatologische Aspekte

Zu den individuellen Traumafolgen gehören u.a.

- * hirnphysiologische Veränderungen
- * psychobiologische Veränderungen
- * Verhaltensänderungen
- * Verlust / Veränderung der Weltanschauung

Auf dem Hintergrund der Beschreibungen der wissenschaftlichen Vorhaben scheint uns eine besondere Beachtung des hinter den Interessen aufscheinenden Menschenbildes besonders wichtig und nötig zu sein. Wer untersucht was auf welches Ziel hin mit welchen Interessen und Mitteln?

Für die Evangelische Kirche ist es von besonderem Interesse, dass bei den Traumafolgen u.a. die „Veränderung der Weltanschauung“ präzise untersucht wird.

Auch hier die Frage: Wer untersucht mit welcher Kompetenz und mit welcher Methodik welche bedeutsamen Bestandteile der Weltan-

schauung? Unter wessen Beteiligung werden z.B. religiöse Bestandteile der Weltanschauung/Glaubensinhalte und ihre Veränderung „ver-glichen und bewertet“?

4. Fragenkomplex Individuum/Gruppe

Nach unserer Erfahrung haben Einsätze bei besonders belastenden Ereignissen auch Folgen nicht nur für die Individuen, sondern bei Einsatzkräften auf die gesamte Gruppe. Das Binnenklima kann sich verändern, das Verhalten der Gruppe kann bei Folgeeinsätzen äußerst negativ oder positiv von dem besonders belastenden Einsatz beeinflusst sein. Bisherige Forschungsvorhaben konzentrierten sich auf die Auswirkungen eines potentiell traumatisierenden Ereignisses auf Individuen.

Die Angebote zur Entlastung und Erholung nach einem besonders belastenden Einsatz beziehen sich bei den Notfallseelsorgegruppen in unserem Verantwortungsbereich in aller Regel auf die eingesetzten Gruppen. Neben den individuellen Traumafolgen müsste ein besonderer Fokus auf die Wirkung von Einsatznachsorgemaßnahmen auf die eingesetzten Gruppen gelegt werden.

5. Fragenkomplex Kosten/Nutzen

Die Evangelische Kirche hat sich bei der Einrichtung ihrer Einsatznachsorgekonzepte, die regional stets in Kooperation mit den Feuerwehren und Hilfsorganisationen abgestimmt sind, davon leiten lassen, dass sie katastrophenschutztauglich sind in dem Sinne, dass innerhalb eines kurzen Zeitraumes potentiell allen eingesetzten Kräfte eine angemessene Einsatznachsorge angeboten werden kann. (In Eschede waren ca. 1800 Helfer eingesetzt). Das bedingt einen Einsatznachsorge-Standard, der in einem entsprechenden Umfang gehalten wird.

Zum Selbstverständnis der Evangelischen Kirche gehört, dass sie die Mitwirkung im Katastrophenschutz als originäre seelsorgliche und gesellschaftsdiakonische Aufgabe erkannt hat. Die Mitwirkung von Pfarrerinnen und Pfarrern der Kirche geschieht daher im Rahmen ihres Hauptamtes. Kosten entstehen in der Nachsorge bei Beteiligung von Teams aus psychosozialen Fachleuten und geschulten Einsatzkräften.

Mit der Einrichtung eines bundesweit einheitlichen Einsatznachsorgekonzeptes ist die Frage der Kosten verbunden.

Konkret gefragt:

Was kostet ein Einsatznachsorgekonzept für 1800 Einsatzkräfte

- unter Beteiligung der Kirche(n)
- unter Beteiligung von gemeinnützigen Organisationen, die Einsatznachsorge ehrenamtlich anbieten (z.B. Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen)
- unter Beteiligung wissenschaftlicher Einrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitspflege
- unter Beteiligung niedergelassener Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten?

6. Fragenkomplex internationale Ausrichtung

Bei der Einrichtung ihres Einsatznachsorgekonzeptes haben sich einzelne Landeskirchen auch davon leiten lassen, ob das Konzept schon internationale Akzeptanz besitzt.

International ist die Methodik des Critical Incident Stress Managements (CISM) nicht nur schon die am weitesten verbreitete Methode, sondern auch die von der UNO für ihre Mitarbeiter und für die ihrer Untergliederungen gewünschte nach Ereignissen mit besonderen Belastungen. Sie hat die International Critical Incident Stress Foundation als NGO anerkannt.

Inzwischen ist die Methodik des CISM international mit einer Reihe von über 20 Forschungsprojekten im englischsprachigen Raum ausgiebig untersucht.

Daher spricht sich die *Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland* für eine intensive und vor allem umfassende Evaluation der Methodik im deutschsprachigen Kulturraum aus und unterstützt damit das Ziel des Forschungsvorhabens, nach dem in Deutschland gängige Methoden (deren Vielfalt siehe oben unter 1.) untersucht werden sollen.

7. Fragenkomplex: Pathogenese/Salutogenese

Bisherige Untersuchungen waren in der Regel an den pathologischen Folgen eines potenziell traumatisierenden Ereignisses interessiert. Nach den gängigen Ergebnissen werden aber nur zwischen 8–15% der Einsatzkräfte eine posttraumatische Belastungsstörung davontragen.

85 % der Einsatzkräfte werden voraussichtlich den Einsatz unbeschadet überstehen, sieht man von den akuten Belastungsreaktionen als norma-

len Reaktionen ab. Welche stabilisierenden Wirkfaktoren spielen hier eine besondere Rolle? Gehören möglicherweise nicht nur ein stabiles soziales Umfeld, religiöse Glaubensüberzeugungen und ein gutes, von den Führungskräften der Organisation kameradschaftlich geprägtes, Binnenklima zu den herausragenden Wirkfaktoren? Klare Antworten auf diese Fragestellung unterstützten u.a. die Bedeutung der Führungsausbildung.

8. Fragenkomplex: ethische Fragestellungen

Die Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland vertritt den Standpunkt, dass nach einem besonders belastenden Einsatz alle Einsatzkräfte die (nach gegenwärtigen Erkenntnissen) bestmögliche Begleitung und Unterstützung erhalten. Sie könnte keinem Forschungsvorhaben zustimmen, bei dem aus methodischen Gründen (Vergleichsgruppe) einem Teil der Einsatzkräfte weniger oder keine Einsatznachorgemaßnahmen angeboten würden.

Fazit:

Die Konferenz der Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger in Deutschland begrüßt die Evaluation von Einsatznachorgekonzepten nachdrücklich. Sie ist bereit, an der Präzisierung der Forschungsvorhaben im Blick auf die o.a. Fragenkomplexe mitzuwirken.

Sie erwartet eine Beteiligung, wenn Einsatznachorgekonzepte untersucht werden, an denen die Evangelische Kirche als Mitanbieterin beteiligt ist.

Sie unterstützt Forschungsvorhaben, indem sie direkte Kontakte zu den z.Zt. über 190 Systemen der Notfallseelsorge in Deutschland vermittelt.

Dr. Frank Hallenberger

Ist-Stand der Krisenintervention in der Polizei Rheinland-Pfalz

primäre Prävention:	Thema „Hochstress“ in der Fachhochschulausbildung Seminare der LPS Psychologische Verhaltenstrainings im Rahmen der Fachhochschulausbildung Stress- und Konfliktrainings für alle Polizeibeamten Soziale Ansprechpartner in den Polizeipräsidien
sekundäre Prävention:	Kriseninterventionsteam für die Polizei (für besondere polizeiliche Belange)
tertiäre Prävention:	Seminare für Polizisten nach Schusswaffeneinsatz (fortlaufend) Seminare für Polizisten mit Hochstresserfahrung (Ramstein, Familientragödien, Todesgefahr, ...)

Forschungsvorschläge

Primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmöglichkeiten für potentiell traumatisierende Aufgaben der Polizei

Ich halte die nachfolgenden Forschungsvorhaben deshalb für besonders wichtig, weil die genannten Aufgaben zumeist starke Auswirkungen auf das Individuum (den Polizisten) haben. Die betroffenen Polizisten beeinflussen die Organisation „Polizei“ und die Polizei kann wiederum einen erheblichen Einfluss auf den einzelnen Bürger haben (Machtbefugnisse).

Allgemein ist die Frage: Wie belastend sind welche polizeilichen Aufgaben?

Einige Fragestellungen hierzu können mit geringen Mitteln aufgrund vorliegender Daten (Krankheitstage, Frühpensionierungen, Scheidungsraten, ...) bearbeitet werden.

Drei Bereiche halte ich für besonders betrachtenswert:

1) Einsatz bei Hausstreitigkeiten

Ein Einsatz bei Hausstreitigkeiten stellt nach Berichten von vielen Polizisten einen ganz erheblichen Belastungsfaktor dar. Es ist im Voraus nicht abzusehen, wie der Einsatz enden wird. Es ist alles möglich: Von Fehlalarm oder schon sich schon wieder vertragende Parteien bis zum Gebrauch der Schusswaffe oder dem Auffinden einer Familientragödie, bei der die Menschen abgeschlachtet wurden.

Zu diesem Aufgabenbereich sollte die besondere Problematik herausgearbeitet werden. „Hausstreit“ müsste qualitativ und quantitativ systematisiert werden. Wird z.B. der Einsatz bei Hausstreitigkeiten als beanspruchender erlebt als ein Einsatz bei einer Demonstration? Und falls dem so ist, warum ist dies der Fall?

Was kann man im primär- und sekundärpräventiven Bereich machen? Neben der rechtlichen Ausbildung sollte die Physis gut genug sein. Psychologisch ist die Frage, wie gehe ich als Polizist am besten mit den Beteiligten um? Wie vermeide oder reduziere ich meinen Stress? Auf welche Reize oder Bedingungen wird mit welchen Beanspruchungsanzeichen reagiert?

2) Erkennungsdienst

Die Polizeibeamten vom Erkennungsdienst machen die Tatortarbeit. Sie haben sämtliche (!) kriminalistisch wichtigen Spuren zu sichern. Besonders belastend sind nach gängigen wissenschaftlichen Erkenntnissen „man-made-disasters“, genau diese haben die Beamten z.B. bei Mordfällen zu bearbeiten. Man kann sich hierbei die Belastung annähernd vorstellen, wenn man überlegt, wie im Sommer die Leichen misshandelter Kinder nach wenigen Tagen aussehen! Neben Fingerabdrücken, Sekretpuren sind die Körpertemperatur und viele andere kriminalistischen Details festzuhalten.

Für diesen Bereich sind beispielsweise folgende Fragestellungen interessant: Was ist am belastendsten? Wie wird konkret mit der Belastung umgegangen? Wie soll das Erlebte verarbeitet werden?

Mit wem werden sinnvollerweise welche Gespräche geführt? Hierzu muss angemerkt werden, dass die meisten Erkennungsdienstler der Meinung sind, dass sie ihrer Ehefrau das Erlebte nicht zumuten sollten. Die Frage ist hierzu, stimmt dies überhaupt? Werden Angehörige womöglich durch die Berichte sekundär traumatisiert?

3) Schusswaffengebrauch

Hierbei handelt es sich zwar um ein recht seltenes Ereignis, welches aber eine hohe Bedeutung für den Schützen und den eventuell anderen beteiligten Polizisten hat. Wie verändert sich die Belastung über die Zeit hinweg? Wie sind die Beamten wieder einsetzbar? (Es werden mitunter Polizisten, die eine andere Person erschossen haben bei der Bewerbung auf andere Verwendungen abgelehnt.) Inwiefern ist das sogenannte „Post-Shooting-Trauma“ als PTSD zu sehen?

Hierzu sollte ein Laborexperiment unter hochkontrollierten Bedingungen durchgeführt werden, um die belastenden Situationen und Reize bestimmen zu können. Reagieren Beamte mit Schusswaffengebrauch anders hierauf als ihre Kollegen ohne Schieß-erfahrung?

Weiterhin sollte ein Feldexperiment auf dem Schießstand und im interaktiven Schießkino durchgeführt werden, um Hinweise auf das Erleben beim Schießen zu bekommen. Auch hier muss eine Kontrollgruppe mituntersucht werden.

Letztlich können in einer Feldstudie die alltäglichen Stressreaktionen ehemaliger Schützen analysiert werden. Hierzu müsste eine dritte Person mit in die Einsätze gehen, um die Situationen zu kategorisieren und um die subjektiven Daten zu erheben.

Kosten

1) Einsatz bei Hausstreitigkeiten

Wenn dieses Projekt als ein oder zwei Diplomarbeiten vergeben würde, dürften sich die Kosten auf einem niedrigen Niveau halten lassen. Es müssten zwei oder drei Laptops mit Software sowie psychometrische Tests und physiologische Messgeräte gekauft werden. Ein Betrag von DM 40.000 könnte ausreichend sein.

2) Erkennungsdienst

Hierzu würden zwei Laptops mit Software benötigt. Physiologische Parameter können schwerlich erhoben werden, sodass nur psychodiagnostische Verfahren besorgt werden müssten. Somit schätze ich die Kosten auf ca. DM 30.000.

3) Schusswaffengebrauch

Hier sollten zwei Diplomarbeiten vergeben werden. Das Labor- und Feldexperiment zu einer Arbeit und die Feldstudie als eine Diplomarbeit.

Labor- und Feldexperiment könnten kurzfristig durchgeführt werden. Für die Kosten ist entscheidend, welche Daten erhoben werden. Zumindest sollten neben den subjektiven (Fragebogen-) Daten physiologische Messungen durchgeführt werden. Sinnvollerweise sollten auch hormonelle und hirnphysiologische Messungen Berücksichtigung finden. Diese Messungen treiben jedoch den finanziellen Rahmen deutlich in die Höhe. Mit Hard- und Software schätze ich die Kosten für das Labor- und Feldexperiment auf DM 30.000 bis DM 100.000.

Hinsichtlich der Feldstudie ist mehr Zeit zu veranschlagen, sodass für die Durchführung eine Entlohnung gegeben werden müsste. Neben den Fragebögen müssten sehr gute transportable Messgeräte für die physiologischen Variablen angeschafft werden. Die Kosten für dieses Projekt veranschlage ich mit ca. DM 150.000 bis DM 200.000.

Schlussbemerkung

Ich möchte das Statement nicht schließen, ohne auf die Diplompsychologin Gaby Dubbert zu verweisen. Frau Dubbert hat das Exposé zu einer umfassenden Studie zu Belastungen im Polizeibereich abgefasst. Das Projekt wurde auf Grund fehlender Mittel vor ca. zwei Jahren in Schleswig-Holstein abgelehnt.

Harald Halpick, Jörg Lüssem

Statement der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“

Die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. begrüßt ausdrücklich das Vorhaben, den Themenkomplex der Stressbewältigung und der Stressverarbeitung im Katastrophenschutz sowie die zugehörige Grundlagenforschung vorzubringen.

Position der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. liegt die Thematik der Krisenintervention & Notfallsseelsorge in doppelten Sinne besonders am Herzen:

- Einerseits ist sie als Hilfsorganisation im Rettungsdienst, Sanitäts- und Betreuungsdienst des Katastrophenschutzes sowie der humanitären Auslandshilfe aktiv. Hier gebietet es schon die Fürsorge- und Sorgfaltspflicht, sich sowohl für die anvertrauten Patienten wie für die eigenen Mitarbeiter in diesem Einsatzbereich zu engagieren.
- Ferner agieren wir als Werk des evangelischen Johanniter-Ordens und als Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche im Bewusstsein unserer christlichen Wurzel. Das beinhaltet ein christlich geprägtes Bild vom Menschen, eine entsprechende Werthaltung und einen emphatischen Umgang mit dem Nächsten.

Schwerpunkt unseres Engagements im Feld der Stressbewältigung sind die primäre und sekundäre Prävention.

Maßnahmen

Richtlinie für alle Aktivitäten der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. stellt das Positionspapier „Krisenintervention und Notfallseelsorge“ dar. Dieses wurde durch eine im Jahr 1999 gebildete und interdisziplinär aus Ärzten, Pfarrern, Psychologen und Pädagogen besetzte Arbeitsgruppe erstellt. Im Oktober dieses Jahres hat der Bundesvorstand der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. diese Leitlinie für alle Verbände erlassen. Enthalten sind unter anderem Standards für die Betreuung externer Betroffener sowie der eigenen Mitglieder und Mitarbeiter. Für alle Untergliederungen der JUH werden damit verbindliche Regelungen vorgegeben und ein klarer Rahmen für die wichtige Qualitätssicherung gesetzt.

Den Schwerpunkt der laufenden Aktivitäten stellt eine groß angelegte Aus- und Fortbildungsoffensive dar. Dazu werden folgende Lehrgänge angeboten und gefördert:

- Modul „Krisenintervention Helfer“ (Zielgruppe: sämtliche Helfer/ Mitarbeiter im Rettungsdienst und Katastrophenschutz)
- Aufbaumodul „Krisenintervention Führungskräfte“
- Grundausbildung „Krisenintervention“ (für Kräfte in entsprechenden Einsatzteams)
- Multiplikatorenschulung für Fachausbilder und Lehrbeauftragte der JUH

Weitere Ausbildungsmodule, z.B. für Angehörige, sind in Vorbereitung.

Mit der Universität Tübingen (Tübinger Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie und Notfallpsychologie) wurde vereinbart, im ersten Halbjahr 2001 Ausbildungskonzepte wissenschaftlich zu verifizieren.

Unter anderem bestehen in der dargestellten Aus- und Fortbildungsoffensive folgende Ziele:

- Das Modul „Krisenintervention Helfer“ hat zum Bestandteil der Grundausbildung aller JUH-Einsatzkräfte zu gehören. Behandelt werden in diesem Seminar u.a. die Themen Stress, Kommunikation und Psychische Erste Hilfe.
- Jede Führungskraft der JUH, welche Verantwortung für Helfer im Einsatz trägt, hat das Aufbaumodul „Krisenintervention Führungskräfte“ zu absolvieren.
- Es ist eine ausreichende Anzahl qualifizierter Fachausbilder und Lehrbeauftragter zu schulen.

Für die Begleitung der Einsatzkräfte vor Ort sind geschulte Kriseninterventionshelfer, Standortpfarrer und Notfallseelsorger und geeignetes Personal von Kooperationspartnern vorgesehen.

Die Einrichtung z.B. eigener SbE-Teams ist durch den Bundesverband der JUH zur Zeit nicht vorgesehen. Zunächst soll mit den dargestellten Maßnahmen eine solide Basis für die Stressbearbeitung von Einsatzkräften geschaffen werden. Auch bestehen über die Landeskirchen, den SbE e.V., Universitäten und andere Kooperationspartner umfassende Angebote, auf welche im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. Über die genannten Schnittstellen besteht auch die Möglichkeit, im Bedarfsfall auf geeignete Therapeuten zurückzugreifen.

Forschungsvorhaben

Wie bereits ausgeführt begrüßt die JUH die Durchführung von Forschungsvorhaben. Hierbei muss es sich nach Einschätzung der JUH zur Zeit noch um eine umfassende Grundlagenforschung unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkenntnisse und der Erfahrungswerte aller Beteiligten in den Bereichen der primären und sekundären Prävention handeln. Von besonderem Interesse für die JUH sind dabei die Maßnahmen/Interventionskonzepte der sekundären Prävention.

Die Konzentration auf Einzelaspekte wie einzelne Unterrichtskonzepte erscheint im gegebenen Kontext nicht sinnvoll. Auch ist in allen beteiligten Organisationen eine ausreichende Fachkompetenz vorhanden, auf der Basis aktueller Erkenntnisse Ausbildungsmodule zu entwickeln und umzusetzen.

Notwendig ist eine umfangreiche und grundlegende Verifizierung aller Einflussfaktoren (inklusive der persönlichen Voraussetzungen von Einsatzkräften), der Maßnahmen der primären und sekundären Prävention und ihrer Wirksamkeit. Ausgehend davon können Empfehlungen beispielsweise für Aus- und Fortbildungen und Betreuungmaßnahmen getroffen werden.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. ist gerne bereit an entsprechenden Vorhaben mitzuarbeiten und ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen.

Berlin, 7.11.2000

Dr. Jutta Helmerichs

Einsatznachsorge beim ICE-Unglück in Eschede

Auswertungsergebnisse

Das Konzept der Koordinierungsstelle Einsatznachsorge sieht vor, den Nachsorge-Einsatz vom Juni 1998 zu dokumentieren und auszuwerten. Die inhaltliche Auswertung erfolgte durch die Einrichtung der Fachgruppe „Einsatznachsorge: Modell Eschede“ zur Erarbeitung von Vorschlägen zur Einbindung der Einsatznachsorge in Katastrophenschutzpläne und Einsatzalltag. Vertreter aller an der Koordinierungsstelle beteiligten Organisationen und Institutionen waren in der Gruppe vertreten, die in 14 Treffen innerhalb eines Jahres Vorschläge und Empfehlungen erarbeitete und im Herbst 1999 vorlegte.

Mitglieder der Fachgruppe „Einsatznachsorge: Modell Eschede“

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel	Psychologisches Institut der Universität Freiburg
Ulrich Cronenberg	DRK-Generalsekretariat, Bonn
Hans-Jürgen Folkerts	Bundeswehr – Zentrum Innere Führung, Koblenz
Joachim Fries	DRK-Generalsekretariat, Bonn
Matthias Gottschlich	Feuerwehrseelsorge, Hannover
Achim Grube	Sozialwiss. Dienst der Polizei Nds, Hannover
Joachim Häcker	SbE-Bundesvereinigung e.V., Feuerwehr Rheine
Gabriele Heise	Einsatz-Nachsorge-Team der Berliner Feuerwehr, Berlin
Dr. Jutta Helmerichs	Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, Celle
Wolfgang v. Imhoff	DRK-Landesverband Niedersachsen, Hannover
Kay Leonhardt	DRK-Rettungsschule Niedersachsen, Goslar

Roman Lovenfosse Arthur Matyschock	Malteser Hilfsdienst, Düsseldorf Bundeswehr – Zentrum Innere Führung, Koblenz
Andreas Müller-Cyran	SbE-Bundesvereinigung e.V., KIT München
Dr. Klaus Runggaldier	Malteser Hilfsdienst Bundesgeschäftsstelle, Köln
Ulrike Pohl-Meuten	Institut für Rettungsdienst des DRK, Bonn
Peter Schellberg Kerstin Schönlau	Feuerwehrseelsorge, Braunschweig SbE-Bundesvereinigung e.V., Münster
Matthias Stalman	Koordinierungsstelle, Ev.-luth. Kirchenkreis Celle
Regina Zingiser	Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, Celle

Projektleitung

Dr. Jutta Helmerichs

Modell „Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste“

Die Fachgruppe befasste sich mit der Beschreibung der Arbeit einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste im Katastrophen-/GSE-Fall. Unterschiedliche Leistungen sind zu erbringen, mehrere Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen zu erfüllen, um ein reibungsloses Funktionieren und eine erfolgreiche Arbeit der Stelle zu ermöglichen. Die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste organisiert und koordiniert sämtliche Einsätze der Krisenintervention oder Notfallseelsorge für Opfer, Verletzte, betroffene Unverletzte und Angehörige sowie die Einsatznachsorge für Einsatzkräfte und Helfer.

Leistungen der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

Im Folgenden werden Leistungen beschrieben, die für ein reibungsloses Funktionieren einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste zu erbringen sind. (vgl. Abb. 1: Leistungsbeschreibung/Voraussetzungen)
Diese einzelnen Leistungen können

- in Strukturen vor Ort bereits vorhanden sein und im Bedarfsfall von der Einsatzleitung umdelegiert werden (s. III. Einbindung),

- von der Einsatzleitung als „Gesamtpaket“ von einer zentralen Stelle abgerufen werden
- oder je nach Bedarf von der Einsatzleitung als einzelne Leistung angefordert werden.

Je nach Größe des Ereignisses bzw. Umfang des Betreuungsbedarfs kann eine entsprechend ausgebildete Person jeweils eine oder mehrere dieser unten beschriebenen Leistungen erbringen

1. Leistung: Fachberatung/Koordination Psychosoziale Dienste

Die Fachberatung/Koordination Psychosoziale Dienste wird im GSE-Kat-Fall aktiviert (s. II. Alarmierung) und unmittelbar nach dem Ereignis als erste Leistung installiert. Sie nimmt für den weiteren Verlauf eine Schlüsselrolle ein; mit der Person, die hier eingesetzt wird, kann die Arbeit der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste gelingen oder scheitern (s. IV. Aufgaben und Anforderungsprofil).

Der Fachberater/Koordinator, der idealerweise sowohl Fachkunde als auch Ortskunde besitzt, ist für den Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Einsatzleitung im Gesamteinsatz verantwortlich. Er ist **„Bindeglied nach außen“** und baut die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste in bestehende Strukturen ein (s. III. Einbindung). Er schätzt den zu erwartenden psychosozialen Unterstützungsbedarf ab und besetzt darauf abgestimmt – und unter Berücksichtigung der lokalen Ressourcen – die weiteren Leistungen. Bei kleineren Einsätzen kann der Koordinator den Aufgabenbereich Leitung u.U. selbst mit übernehmen, in allen anderen Fällen besetzt er als nächste Leistung die Leitung.

2. Leistung: Leitung Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

Die Leitung der Koordinierungsstelle führt die einzelnen Leistungsbereiche zusammen und koordiniert die Zusammenarbeit, sie ist das **„Bindeglied nach innen“**. Die Person, die hier eingesetzt wird, soll weitgehend die gleichen Kenntnisse wie die Fachberatung/Koordination besitzen (s. IV.2.).

Die Leitung vergibt Einsatz-Protokolle, mit denen einheitlich gearbeitet werden soll (siehe Muster-Protokoll im Anhang). Ist zu diesem Zeitpunkt noch keine wissenschaftliche Betreuung für die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste installiert, soll sie von der Leitung angefordert werden. Die Leitung erhält von jedem Einsatznachsorge-, Kriseninterventions- oder Notfallseelsorge-Einsatz

ein Protokoll (Ort, Dauer, Anzahl der Betreuten, Berufsgruppe/n, Besonderheiten, Namen der Betreuenden/Debriefler u.a.). Ihr soll Bericht über (vermuteten) weiteren Betreuungsbedarf z.B. einzelner Personen oder Gruppen erstattet werden. Die Leitung kümmert sich um den Kontakt zu weiteren Hilfsangeboten (z.B. örtlichen Beratungsstellen, Psychologen, Kliniken) und ggf. deren Vermittlung.

Es ist von Vorteil, wenn die Leitung Ortskenntnis besitzt und dadurch Zusammenarbeit und Vernetzung der regionalen Stellen schnell vorantreiben kann. Besitzt die Leitung keine Ortskenntnis, soll ihr von der Einsatzleitung eine psychosoziale Fachkraft (z.B. Psychologin des Landkreises) zugeordnet werden, die ggf. auch dem Koordinator zur Verfügung steht (s. II. Zusammenarbeit vor Ort). Die Leitung schätzt den längerfristigen Bedarf an Beratung ab und unternimmt ggf. rechtzeitig Schritte und Absprachen (z.B. mit Ministerien/Behörden/Sponsoren) zur weiteren Sicherstellung des Angebots.

Handelt es sich um einen kleinen Einsatz der Psychosozialen Unterstützung, kann die Leitung der Koordinierungsstelle u.U. auch die Einsatzplanung als Leistungsbereich übernehmen.

3. Leistung (Einsatz-)Planung Psychosoziale Unterstützung

Die (Einsatz-)Planung Psychosoziale Unterstützung fordert eng am Bedarf orientiert Kräfte aus den Bereichen Krisenintervention, Notfallseelsorge und Einsatznachsorge an. Die Einsatzplanung hält Kontakt zu den internen Koordinierungsstellen der Organisationen, die Kräfte aus o.g. Bereichen vorhalten (z.B. Organisationen SbE, Malteser, DRK, Bundeswehr, BGS, Polizei).

Bei der Planung für den Personal-Einsatz im Bereich Psychosoziale Unterstützung müssen u.a. adäquate Gruppengrößen, gruppenspezifische Peer-Zusammensetzung sowie Ruhezeiten der Betreuenden berücksichtigt werden.

Eingesetzt werden

die Krisenintervention und Notfallseelsorge für Verletzte, betroffene Unverletzte, Angehörige und Augenzeugen,
die Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge für Einsatzkräfte und Helfer.

Die unterschiedlichen Bedürfnisse von Verletzten oder Angehörigen einerseits und Einsatzkräften andererseits müssen hier jederzeit berücksichtigt werden.

4. Leistung: Verpflegung/Unterbringung/Betreuung des Koordinierungsstellen-Personals

Diese Leistung wird als Fürsorge für die in der Einsatznachsorge, Krisenintervention oder Notfallseelsorge eingesetzten Personen und – sofern notwendig – für die Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle erbracht. Bei kleineren Einsätzen kann diese Leistung z.B. mit der Leistung Verwaltung oder Einsatzplanung zusammengelegt werden.

5. Leistung: Pressearbeit der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

Für Presse und Medien soll ständig eine Ansprechperson mit einschlägiger Vorbildung und Erfahrung zur Verfügung stehen. Sie informiert über den Einsatzverlauf in der Krisenintervention bzw. der Einsatznachsorge und gibt Termine für Pressegespräche oder -konferenzen bekannt. Die Pressearbeit organisiert die Bekanntgabe der Hotlinennummer und des Angebots der Koordinierungsstelle in den regionalen Medien und den wichtigsten Ansprechstellen der betroffenen Region/en, bei größeren Ereignissen sollten eigene Presseinformationen herausgegeben werden. Aktivitäten im Bereich Presse und Medien sollen in Kooperation mit anderen Pressevertretern (z.B. Katastrophenstab, Einsatzleitung) organisiert und durchgeführt werden.

6. Leistung: Verwaltung der Koordinierungsstelle

Die Verwaltung ist verantwortlich für alle verwaltungs- und abrechnungstechnischen Fragen. Aufgaben können u.a. sein: Anmietung von Räumen, Beschaffung von Kommunikationsmitteln (Mobil-/Telefone, Fax, Computer) und Büromaterial, Erstellung von Listen mit Namen und Telefonnummern wichtiger Ansprechpartner, Aufstellung der anfallenden Koordinierungsstellen (Unterkunft, Verpflegung u.a.), Namen der eingesetzten Personen und Auflistung der Einsatzzeiten.

7. Leistung: Kommunikationszentrale Psychosoziale Dienste

Für die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste ist eine (je nach Bedarf) durchgehend und kompetent besetzte Hotline einzurichten. Die Rufnummer ist so schnell wie möglich zu schalten und zu verbreiten.

ten. Die Kommunikationszentrale soll – unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten – durch Fachkräfte mit Peer-Ausbildung und Leitstellen-Erfahrung besetzt werden.

Es ist von Vorteil, die technische Ausstattung räumlich so unterzubringen, dass sie von Kommunikationszentrale und Verwaltung genutzt werden kann. Gleichzeitig kann die Kommunikationszentrale als fester Standort z.B. für Treffen und Absprachen genutzt werden.

Ausstattung der Kommunikationszentrale:

Idealfall: Hotline („Notruf“, nur ankommend), zusätzlichen Anschluss mit Nebenstelle/n (Amtsleitung), Mobiltelefon, FME (Pieper), Fax, Funk, EDV/PC, e-mail

Minimal: Amtsleitung, Mobiltelefon, Fax, PC

8. Leistung: Wissenschaftliche Evaluation und Qualitätssicherung

Bei der Einrichtung einer Koordinierungsstelle soll von Anfang an eine wissenschaftliche Begleitung sichergestellt sein, spätestens ist sie von der Leitung der Koordinierungsstelle anzufordern. Durch lückenlose Dokumentation und Evaluation können Angebote und Qualitätsstandards kontinuierlich überprüft und verbessert werden. Auch kleine Ereignisse sollten in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen werden. Evaluation ist ein Qualitätsmerkmal für die Koordinierungsstelle. Eine Qualitätssicherung wird gewährleistet durch Reflektion (in den Arbeitsgruppen oder individuell). Nachtreffen zur Auswertung des Einsatzes der in Krisenintervention und Einsatznachsorge tätigen Personen sind einzuplanen.

Alarmierung des Koordinators und Zusammenarbeit vor Ort

Mit der Alarmierung eines Koordinators wird die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste aktiviert. Für die Alarmierung wie auch die weitere Zusammenarbeit am Ort des GSE bzw. der Katastrophe sind mehrere Möglichkeiten – je nach Strukturen und Gegebenheiten vor Ort – zu unterscheiden.

1. Alarmierung des Fachberaters/Koordinators Psychosoziale Dienste

Der Koordinator ist bereits vor dem GSE-/Kat-Fall intern installiert (z.B. als Fachberater Psychosoziale Dienste mit Koordinationsaufgaben)

der zuständigen Gebietskörperschaft) und wird im GSE-/Kat-Fall aktiviert (s. III. Einbindung). **Oder:**

Der Koordinator wird im GSE-/Kat-Fall durch die Einsatzleitung extern angefordert (die Leistung der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste muss in diesem Fall der Einsatzleitung oder einem Fachberater bekannt sein). **Oder:**

Der Koordinator tritt im GSE-/Kat-Fall von sich aus an die Einsatzleitung heran und bietet seine Dienste an. Diese Möglichkeit nimmt insbesondere in den nächsten Jahren eine wichtige Rolle ein, da nicht alle Einsatzleiter darüber informiert sein werden, dass ein Koordinator bzw. eine Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste als externe Leistung angefordert werden kann.

2. Zusammenarbeit vor Ort

A. Fachberater/Koordinator = 1 interne Person

Ein Fachberater Psychosoziale Unterstützung ist z.B. intern auf Ebene der zuständigen Gebietskörperschaft installiert (s. III. 1.), er wird bei einem Ereignis zur Beratung der Einsatzleitung alarmiert. Verfügt er über die für den Aufgabenbereich Koordination geforderten Kenntnisse und Qualifikationen (s. IV. 2.), kann er nach seiner beratenden Tätigkeit zusätzlich die eventuell notwendig werdende Koordination der Psychosozialen Dienste übernehmen.

B. Fachberater/Koordinator = 1 externe Person

Es gibt keinen Fachberater Psychosoziale Unterstützung vor Ort, die Einsatzleitung fordert einen externen Fachberater/Koordinator Psychosoziale Unterstützung an (in der Übergangszeit ebenfalls möglich: der Koordinator bietet der Einsatzleitung aktiv von sich aus seine Dienste an). In diesem Fall übernimmt der externe Fachberater und Koordinator zunächst beratende, später (falls notwendig) koordinierende Aufgaben. Bei fehlender Ortskenntnis lassen sich einige Aufgaben (z.B. Feststellen der örtlichen Ressourcen) nur mit mehr Zeitaufwand bewältigen. In diesem Fall soll die Einsatzleitung dem externen Fachberater/Koordinator eine ortskundige psychosoziale Fachkraft (z.B. Psychologin der zuständigen Gebietskörperschaft) zuordnen. Diese Person kann ggf. auch der Leitung der Koordinierungsstelle zur Verfügung stehen (s. I. Leistungen: Leitung)

C. Fachberater und Koordinator = 1 interne + 1 externe Person

Der z.B. auf Ebene der zuständigen Gebietskörperschaft installierte Fachberater Psychosoziale Unterstützung (oder Seelsorge) wird zum

Einsatz gerufen und stellt die Notwendigkeit zur Einrichtung einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste fest. Er selbst verfügt nicht über die für Koordinationsaufgaben geforderten Kenntnisse (s. IV. 2.), ist jedoch über die Möglichkeit der Anforderung eines externen Koordinators informiert und gibt diese Empfehlung an die Einsatzleitung weiter. Der externe Fachberater/Koordinator übernimmt mit seinem Eintreffen den Aufgabenbereich Koordination.

Ab diesem Zeitpunkt sind drei weitere Möglichkeiten zu unterscheiden:

C1. Interner Fachberater und externer Koordinator arbeiten zusammen. Der interne Fachberater besitzt Ortskenntnis (die der Koordinator nicht besitzt) und vermittelt zu Einsatzleitung und den psychosozialen Ressourcen vor Ort.

C2. Sieht der interne Fachberater seine Aufgabe im herkömmlichen Sinn als ausschließlich beratend an und zieht sich mit dem Erscheinen des Koordinators zurück, soll dem Koordinator (wie im Fall B.) eine ortskundige psychosoziale Fachkraft, in diesem Fall z.B. auf Empfehlung des Fachberaters, zugeordnet werden.

C3. Der externe Koordinator besitzt gute Ortskenntnis. In diesem Fall ist die weitere Zusammen-/Arbeit individuell abzusprechen.

Einbindung der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste in Strukturen vor Ort

Mehrere Möglichkeiten für die Installation eines „internen“ Fachberaters und Koordinators Psychosoziale Unterstützung sind denkbar (vgl. *Abb. 2: Einbindung in KatS-/GSE-Strukturen*).

Vor dem Einsatz

Fachberater/Koordinator der zuständigen Gebietskörperschaft (z.B. Kreis, Landkreis, kreisfreie Stadt)

Die zuständige Gebietskörperschaft hat einen Psychosozialen Dienst als Fachdienst für den Katastrophenschutz eingerichtet. Der Fachberater (z.B. Psychologin der Psychologischen Beratungsstelle des Landkreises oder eines Psychosozialen Dienstes der Kirchen, erfahrene Einsatzkraft mit psychosozialer Fachkenntnis aus Hilfsorganisation, Feuerwehr oder Polizei) weist Qualifikationen auf, die ihn zur Ausführung des Aufgabenbereichs der Koordination und Leitung einer Koordinierungs-

stelle Psychosoziale Dienste (s. IV. 2. Anforderungsprofil) befähigen. In diesem Fall wird der Fachberater der zuständigen Gebietskörperschaft im GSE-/Kat-Fall alarmiert und nach seiner beratenden Tätigkeit mit der Koordination beauftragt. Vorteil ist, dass in diesem Fall der Koordinator sehr wahrscheinlich gute Ortskenntnis besitzt.

Fachberater/Koordinator einer „federführenden“ zuständigen Gebietskörperschaft

Der Fachberater einer federführenden zuständigen Gebietskörperschaft wird als Fachberatung und Koordination für die Psychosoziale Unterstützung benannt, sie wird in das Alarmierungsschema des Katastrophenschutzes eingebunden. Diese Person muss zur Koordination befähigt sein (s. IV. 2.), sie kann Ortskenntnis haben – falls nicht, soll ihr von der Einsatzleitung eine psychosoziale Fachkraft der zuständigen Gebietskörperschaft zugeordnet werden.

Fachberater/Koordinator der Bezirksregierung (wenn vorhanden)

Auf der Ebene der Bezirksregierung wird eine Person als Fachberatung und Koordination für die Psychosozialen Dienste im GSE-Kat-Fall benannt, die in das Alarmierungsschema des Katastrophenschutzes einzubinden ist. Diese Person muss zur Koordination befähigt sein (s. IV. 2.), sie kann Ortskenntnis haben – falls nicht, soll ihr von der Einsatzleitung eine psychosoziale Fachkraft der zuständigen Gebietskörperschaft zugeordnet werden.

Fachberater/Koordinator im zuständigen Ministerium der Bundesländer

Im zuständigen Ministerium der Bundesländer wird eine Person als Fachberatung/Koordination für die Psychosozialen Dienste im GSE-Kat-Fall benannt, die in das Alarmierungsschema des Katastrophenschutzes eingebunden wird. Diese Person muss zur Koordination befähigt sein (s. IV. 2.); besitzt sie keine Ortskenntnis, soll ihr von der Einsatzleitung eine psychosoziale Fachkraft der Gebietskörperschaft zugeordnet werden.

Im Einsatz

Die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste ist flexibel und kann an unterschiedlichen, jeweils passenden Stelle in bestehende Strukturen

integriert werden. Denkbar – neben weiteren Möglichkeiten, die durch örtliche Gegebenheiten oder Strukturen der Bundesländer bestimmt werden – sind z.B.:

Einbindung über **S1 – Sachgebiet / Stab Personal**

Der Kontakt zur Einsatzleitung wird über den Sachgebietsleiter Personal hergestellt. Hält die zuständige Gebietskörperschaft ein eigenes, aus psychosozialen Fachleuten zusammengesetztes Team für Krisenintervention, Notfallseelsorge und Einsatznachsorge (oder Teile davon) bereit, kann eine Anbindung (Alarmierung) an dieser Stelle sinnvoll sein.

Einbindung über **S3 – Sachgebiet / Stab Einsatz**

Der Kontakt zur Einsatzleitung wird über den Sachgebietsleiter Einsatz sichergestellt. Ist der Koordinator ein Fachberater der zuständigen Gebietskörperschaft, einer federführenden Gebietskörperschaft oder ggf. der Bezirksregierung (s. III. 1.), erfolgt eine Einbindung voraussichtlich an dieser Stelle.

Einbindung als **eigenständiges, neues Sachgebiet, z.B. S7 – Sachgebiet / Stab Psychosoziale Unterstützung.**

In diesem Fall ist der Fachberater/Koordinator Psychosoziale Dienste eigenständiges Mitglied der Einsatzleitung. (Anmerkung: Das Bundesland Sachsen erwägt z.Z. dieses Modell mit eigenem Sachgebiet.)

Installation als **unabhängige Einheit.**

Die Einbindung in örtliche Strukturen erfolgt in Absprache mit den Entscheidungsträgern. (Anmerkung: beim Einsatz in Eschede war dies für die Koordinierungsstelle Einsatznachsorge der Fall.) Ist das Bewusstsein zur Notwendigkeit der Installation einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste bei der Einsatzleitung noch nicht gegeben und/oder sind keine Strukturen vorhanden, die eine Alarmierung der Koordinierungsstelle einbeziehen, können verantwortungsvolle Organisationen dennoch ihre Fürsorgepflicht erfüllen und Einsatznachsorge für Einsatzkräfte anbieten. Die Einsatzleitung ist in diesem Fall für die – unter Umständen nicht erfolgte – Krisenintervention und Notfallseelsorge z.B. der Verletzten und Angehörigen verantwortlich.

Aufgaben und Anforderungsprofil Fachberater/Koordinator Psychosoziale Dienste

1. Aufgabenbereiche des Fachberaters/Koordinators

Die Aufgabenbereiche des Fachberaters/Koordinators lassen sich wie folgt in Kurzform beschreiben:

A. Aufgabenbereich (Fach-)Beratung

- Begleitung des Einsatzes
- Prüfung und Feststellen der Notwendigkeit von psychosozialer Unterstützung
- Empfehlungen an die Einsatzleitung
- Feststellen der örtlichen Ressourcen
- Konzeptentwicklung zu Aufbau und Zusammenstellung der Koordinierungsstelle

B. Aufgabenbereich Umsetzung und Koordination

- Aktivieren des Produkts Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste (inklusive Berücksichtigung der lokalen Ressourcen)
- Übergabe an den Leiter der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste
- Weitere Zusammenarbeit mit der Einsatzleitung und Koordination

2. Anforderungsprofil Fachberater/Koordinator und Leiter Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

Die Person, die als Fachberater/Koordinator und/oder Leitung Psychosoziale Dienste eingesetzt wird, bestimmt maßgeblich das Gelingen der Arbeit der Koordinierungsstelle. Um diese anspruchsvolle Aufgabe bewältigen zu können, sollten möglichst viele der unten aufgeführten Qualifikationen von dieser Person erfüllt werden.

A. Persönliche und soziale Qualifikationen

- Führungsqualifikation
- Durchsetzungsvermögen
- emotionale Stabilität und Belastbarkeit
- Kooperationsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Organisationstalent

B. Formale Qualifikationen

- psychotraumatologische Kenntnisse
- Kenntnisse über Interventionsmöglichkeiten und Konzepte
- Kenntnisse über psychosoziale Hilfen und Angebote
- Kenntnisse der Verwaltungs- und Organisationsstrukturen im helfenden Bereich
- Einsatzerfahrung
- Kenntnisse über die Arbeit einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste
- Von Vorteil: Ortskenntnis

Einsatzplanung/Einsatzabschnitte Psychosoziale Unterstützung

Diese Einsatzplanung umfasst die gesamte, immer am Bedarf orientierte Planung für den Personal-Einsatz im Bereich Psychosoziale Unterstützung:

- A: die Krisenintervention und Notfallseelsorge für Verletzte, betroffene Unverletzte, Angehörige und Augenzeugen,
 B. die Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge für Einsatzkräfte und Ersthelfer.

Dieser Unterscheidung entsprechend richtet die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste zwei Einsatzabschnitte für die psychosoziale Unterstützung ein (vgl. Abb 3: Einsatzabschnitt / Einsatzplanung):

Abschnitt A: Verletzte, betroffene Unverletzte, Angehörige, Augenzeugen

Zur psychosozialen Unterstützung von Verletzten, betroffenen Unverletzten, Angehörigen und Augenzeugen werden von der Koordinierungsstelle **Kriseninterventions-Teams** und die **Notfallseelsorge** eingesetzt. Diese Unterstützung muss innerhalb kürzester Zeit nach dem Ereignis aktiviert werden.

Je nach Größe des Ereignisses bzw. Umfang des Unterstützungsbedarfs können für die genannten Gruppen Unterabschnitte gebildet werden. Dabei muss die Einsatzplanung die unterschiedlichen Bedürfnisse der zu Unterstützenden berücksichtigen:

- Beistand für Sterbende
- Beistand und Betreuung für Verletzte bis zum (i.d.R. bald erfolgenden) Transport

- Beruhigung und Unterstützung für betroffene Unverletzte bis zum (u.U. verzögerten) Transport
- Beruhigung und Betreuung für Angehörige. I.d.R. braucht diese Gruppe eine umfangreiche Unterstützung, z.B. wenn sie Angehörige verloren haben, das Schicksal ihrer Angehörigen noch unklar ist oder bei der Begleitung zu einer Identifizierung. Weitere Angehörige müssen benachrichtigt und eine Hotline eingerichtet werden.
- Beruhigung für Augenzeugen, die i.d.R. nach kurzer Zeit den Ort verlassen
- im Bedarfsfall Betreuung von Ersthelfern

Abschnitt B: Ersthelfer und Einsatzkräfte

Zur psychosozialen Unterstützung von Ersthelfern und Einsatzkräften werden von der Koordinierungsstelle spezielle **Einsatznachsorge-Angebote** bereit gestellt, die die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe berücksichtigen. Die Angebote basieren auf der Methode „Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen“ (englisch: **Critical Incident Stress Management**; kurz: SbE- oder CISM-Methode). Die Angebote der Einsatznachsorge können durch ihren zeitlichen Einsatz unterschieden und beschrieben werden. Je nach Art, Umfang und Dauer des Ereignisses sowie dem Arbeitsbeginn der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste können alle oder einige der genannten Möglichkeiten als Angebot realisiert werden.

Einsatzbegleitung

Die Einsatzbegleitung **steht als fachliche Begleitung der Einsatzleitung zur Seite**, vorwiegend während lang andauernder Einsätze oder wenn sich Einsätze zu Großeinsätzen entwickeln. Sie soll Belastungen frühzeitig erkennen, den Belastungsgrad der Helfer feststellen und dem Einsatzleiter Vorschläge zum Schutz vor weiteren Belastungen unterbreiten. Sie schätzt den zu erwartenden Betreuungsbedarf ab und schlägt geeignete Interventionsmaßnahmen vor. In Absprache mit der Einsatzleitung veranlasst sie die betreuenden Maßnahmen, die von der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste geleistet werden.

Einsatznachsorge in der Akutsituation

Es wird eine **Ruhezone** für Einsatzkräfte eingerichtet, zu der keine Außenstehenden Zugang haben. Für Einsatzkräfte, die abgelöst werden, erfolgt ein **Einsatzabschluss**, Hinweise auf Einsatznachbesprechungen können bereits zu diesem Zeitpunkt weitergegeben werden. Nach dem Einsatzabschluss kann bereits eine erste **Kurz-**

besprechung (Defusing) zum Einsatz in einer Klein-/Gruppe geführt werden.

Einsatznachsorge kurzfristig

Nachdem die Einsatzkräfte nach Abschluss des Einsatzes eine Ruhephase durchlaufen, gegessen und geschlafen haben, kann eine **strukturierte Einsatznachbesprechung in der Einsatzgruppe** nach der SbE-Methode (Debriefing) geführt werden. In dieser Besprechung werden in festgelegter Abfolge mehrere Aspekte des Einsatzes besprochen, auch die gefühlsmäßige Seite. Die Einsatzkräfte werden über mögliche Folgen und Reaktionen informiert und erfahren, wohin sie sich bei Problemen wenden können. Für diejenigen, die allein im Einsatz waren oder weitergehende Betreuung benötigen, wird ein strukturiertes **Einzelgespräch** angeboten.

Einsatznachsorge langfristig

Nachfolgeangebote können **individuell und je nach Bedarf** als Einzel-, Gruppen- oder Kleingruppengespräche organisiert werden. Zusammentreffen der Einsatzgruppe sollten gefördert werden. Bei der Einrichtung einer längerfristigen Koordinierungsstelle sollte in den regionalen Medien die weitere Erreichbarkeit mehrmals bekannt gegeben werden. Beratungsstellen der Region, örtliche Kirchen und Ärzte sind ebenfalls über das Angebot zu informieren.

Betreuung der Familienangehörigen von Einsatzkräften bei lang andauernden oder gefährlichen Einsätzen bzw. bei Verletzung oder Tod von Einsatzkräften.

Adäquate Gruppengrößen, gruppenspezifische Peer-Zusammensetzung sowie Ruhezeiten für Debriefing u.v.m. spielen bei der Einsatzplanung für diesen Abschnitt eine wichtige Rolle. Darüber hinaus kann für die Ersthelfer nach einer strukturierten Nachbesprechung z.B. Kontakt zu einem örtlichen Sozialarbeiter oder Seelsorger vermittelt werden.

Die oben beschriebenen Nachsorge-Angebote nach der SbE-Methode sind Teil eines umfassenden Programms, das ebenso Vorsorge beinhaltet, d.h. Einsatzkräfte werden auf den Umgang mit belastenden Situationen und Stressbewältigung vorbereitet. Auch Familienangehörige der Einsatzkräfte werden über mögliche Einsatzfolgen informiert und – falls nötig – in die Betreuungsaufgaben der Koordinierungsstelle einbezogen.

Voraussetzungen für die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

In den meisten Fällen wird eine Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste von mehreren verschiedenen Organisationen und Institutionen getragen. Sie „lebt“ von der funktionierenden organisationsübergreifenden Zusammenarbeit, für die verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein wollen:

Bereitschaft zur Kooperation

Alle beteiligten Organisationen/Institutionen sind zur Kooperation verpflichtet, denn Verlässlichkeit ist oberstes Gebot für eine Zusammenarbeit. Wer nicht kooperieren will oder kann, wird an der Arbeit der Koordinierungsstelle nicht beteiligt.

Beibehaltung eigener Strukturen

Die beteiligten Organisationen behalten ihre eigenen Strukturen (z.B. Alarmierung) bei. Dennoch kann es notwendig werden, flexibel zu reagieren.

Gegenseitige Erreichbarkeit

Die Organisationen informieren einander im Vorfeld über Erreichbarkeiten und Ansprechpartner. Diese Informationen müssen ständig in aktueller Form verfügbar sein.

Absprachen / Abstimmungen

Die Organisationen stimmen sich über grundsätzliche Fragen der Psychosozialen Unterstützung ab. Diese Absprachen sollten bereits im Vorfeld von Ereignissen, die einen gemeinsamen Einsatz in der Nachsorge erforderlich machen, stattfinden (z.B. durch Zusammenarbeit auf lokaler oder auf Bundesebene).

Arbeitsstruktur

Grundlage für eine gemeinsame Arbeit in der Einsatznachsorge ist die einheitliche, standardisierte Anwendung einer oder mehrerer definierter und anerkannter Methoden der Intervention. (Im Nachsorge-Einsatz Eschede war „CISM – Critical Incident Stress Management“ nach Mitchell & Everly die Arbeitsstruktur.).

Kompetente Koordinatoren

Von den eingesetzten Koordinatoren wird ein hohes Maß an fachlichem Können, persönlicher und sozialer Kompetenz sowie Einsatz- und Führungserfahrung erwartet. Eine organisationsübergreifende Anerkennung der Koordination ist unerlässlich.

Zusammenarbeit mit der Einsatzleitung

Die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste ist in den Gesamteinsatz eingebettet, die Koordination arbeitet eng mit der Einsatzleitung zusammen. Wichtige Informationen über Art des Einsatzes, Zahl der eingesetzten Kräfte, zu erwartende Situationen sowie Ansprechpartner der Einheiten müssen frühzeitig in Erfahrung gebracht werden.

Alarmierungsnummer

Die o.g. organisationsübergreifenden Absprachen können optional die Festlegung einer Alarmierungsnummer für die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste beinhalten.

Schlussbemerkungen

Zum „Modell“

Der Vorteil des Modells liegt in seiner Flexibilität: die Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste kann an unterschiedliche Gegebenheiten vor Ort angepasst werden, alle Leistungen können intern erbracht oder extern angefordert werden, viele Zwischenlösungen sind möglich. Gerade weil keine festen Vorgaben zur Einrichtung einer Koordinierungsstelle bestehen, kann sie individuell auf Ereignisse und Strukturen vor Ort abgestimmt werden. Noch einmal sei an dieser Stelle an die Schlüsselfunktion des Fachberaters/Koordinators für die erfolgreiche Arbeit der Koordinierungsstelle erinnert.

Zu den Bezeichnungen „Psychosoziale Dienste“ und „Psychosoziale Unterstützung“

Wird eine Fachberatung z.B. mit „Seelsorge“ bezeichnet oder eine Koordinierungsstelle z.B. „Psychologische Betreuung“ genannt, ist die Gefahr groß, dass Seelsorger bzw. Psychologen ohne weitere Qualifikationen zur Besetzung dieser Stellen herangezogen werden. Um die Ausbildung einer Person nicht mit der Qualifikation zur Besetzung dieser Stelle gleichzusetzen, wurden die Bezeichnungen „Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste“ und „Fachberater/Koordinator Psychosoziale Unterstützung“ gewählt.

Jemand, der in nur einem (Fach-)Gebiet qualifiziert ist, kann die umfangreichen Aufgaben der oben beschriebenen Arbeit einer Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste aller Voraussicht nach nicht bewältigen. Umfangreiche Kenntnisse in verschiedenen Gebieten

(Psychotraumatologie, Interventions-Möglichkeiten, Psychosoziale Hilfen etc.) und Einsatzerfahrung sind notwendige Voraussetzungen zur erfolgreichen Bewältigung dieser sehr verantwortungsvollen Aufgabe. Des weiteren besteht psychosoziale Unterstützung aus den gleichwertigen Komponenten Krisenintervention, Notfallseelsorge und Einsatznachsorge. Wird eine dieser Komponenten sprachlich herausgestellt, geraten die anderen in den Hintergrund. Daher ist ein von den Disziplinen unabhängiges Agieren des Fachberaters/Koordinators genauso wichtig wie eine neutrale Bezeichnung für die Koordinierungsstelle.

Aktivitäten im Bundesgebiet

Die Themen Einsatznachsorge, Krisenintervention und Notfallseelsorge erleben zur Zeit im ganzen Bundesgebiet einen Boom, Psychologie ist „in“. Es wird daher mit vielen Angeboten in diesem Bereich zu rechnen sein, die diese Welle ausnutzen und Anforderungen an Qualität und Qualifikation wenig Beachtung schenken. Wichtig bei einem Angebot ist immer: Wer arbeitet mit welchen Qualifikationen und welchen Methoden? Wie wird dokumentiert, ausgewertet und wissenschaftlich begleitet? Welche Referenzen und Einsätze in der Psychosozialen Unterstützung können vorgewiesen werden?

Zusammenfassung:

Modell Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste

1. Psychosoziale Unterstützung von Opfern, Verletzten, betroffenen Unverletzten und Angehörigen sowie Einsatzkräften und Helfern muss ein fester Bestandteil von Katastrophenschutzplänen, von Einsatzplänen für Großschadensereignisse und auch für das „alltägliche Einsatzgeschehen“ werden.
2. Zur Sicherstellung einer im Einsatzfall rechtzeitig einsetzenden Psychosozialen Unterstützung sind entsprechende Organisations- und Alarmierungsstrukturen vorzugeben.
3. Für kreisfreie Städte und Kreise empfiehlt es sich, die Funktion eines Fachberaters und Koordinators Psychosoziale Dienste mit den vorgegebenen Qualifikationsmerkmalen und Aufgabenzuweisungen einzurichten. Kleinere Kommunen sollten sich im Rahmen von Gestellungsverträgen dieser Personen bedienen können.
4. Für die Funktion des Fachberaters und Koordinators Psychosoziale Dienste müssen einheitliche Qualitätsstandards und Aufgaben festgeschrieben werden.
5. Für die Abwicklung Psychosozialer Unterstützung bei größeren Schadensereignissen empfiehlt es sich, eine ständig erreichbare Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste nach beschriebenem Muster einzurichten.
6. Zur psychosozialen Unterstützung der Opfer, Verletzten, betroffenen Unverletzten und Angehörigen sowie der Einsatzkräfte und Helfer dürfen nur anerkannte Interventionsmaßnahmen eingesetzt und von dem hierfür entsprechend qualifiziertem Personal in Anwendung gebracht werden.
7. Zur Sicherstellung einer erfolgreichen Arbeit in der Psychosozialen Unterstützung und der Koordinierungsstelle Psychosoziale Dienste sind Qualitätsfestschreibungen und ständige Qualitätskontrollen unumgänglich.

Harald Herweg

Aktivitäten der Berliner Feuerwehr auf dem Gebiet der psychosozialen Betreuung

1. Bisherige Entwicklung des Psychosozialen-Dienstes:

Ausgangspunkt aller Entwicklungen war die 1994 gegründete AG „Stress und Stressbewältigung“.

In dieser AG fanden sich engagierte Mitarbeiter der Berliner Feuerwehr zusammen, um die stressverursachenden Faktoren in der Berliner Feuerwehr zu ermitteln und Gegenstrategien für die Verminderung oder mögliche Vermeidung von Stress zu erarbeiten.

In der konkreten Arbeit der AG ergaben sich diverse Schwerpunkte, als Beispiele seien genannt:

- Ermittlung stressverursachender Faktoren
- Belastungserleben bei Mitarbeitern der Berliner Feuerwehr
- Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge
- Stressbewältigung nach belastenden Einsätzen
- Psychotraumatologie
- Einsatznachsorgeteam (ENT)
- Supervision
- Beratung von Mitarbeitern der Berliner Feuerwehr
- Fortbildung von Mitarbeitern in psychosozialen Themen

Alle Aktivitäten basierten auf Eigeninitiative und wurden überwiegend durch den Einsatz von Freizeit ermöglicht.

Die unterschiedlichen Arbeitsergebnisse mündeten in einem rudimentären Psychosozialen-Dienst, der erste Angebote für psychosoziale Themen an die Mitarbeiter der Berliner Feuerwehr unterbreitet.

2. Ist-Stand:

Im Einzelnen werden folgende Leistungen in einem sehr eingeschränkten Umfang angeboten:

2.1 Einsatznachsorge-Team (ENT):

Das ENT der Berliner Feuerwehr wurde 1997 gegründet, alle Mitglieder durchliefen eine Zusatzausbildung gemäß den Richtlinien der Bundesvereinigung Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen (SbE e.V.).

Als Methode kommt CISD – Critical Incident Stress Debriefing – nach Jeffrey T. Mitchell und Georges S. Everly zum Einsatz.

Zwischenzeitlich arbeiten im ENT 13 Einsatzkräfte der Berliner Feuerwehr, die alle über eine mindestens zehn Jahre umfassende Einsatz Erfahrung verfügen. Das ENT wird ergänzt durch zwei Einsatzkräfte, von denen einer Psychologe und der andere Psychotherapeut ist.

Weiterhin sind eine Notärztin und eine Pädagogin ENT-Mitglieder.

Die Summe der Qualifikationen der Teammitglieder beläuft sich für Nachsorge-Einsätze auf:

14 Peers

6 Co-Leader

4 Leader

(Weitere Angehörige der Berliner Feuerwehr verfügen ebenfalls über eine Peer-Qualifikation.)

2.1.1 Verfügbarkeit:

Das ENT ist über ein Handy permanent erreichbar, was durch die Rufbereitschaft jeweils eines Teammitgliedes gewährleistet wird.

Das Team wird durch eine interne Kommunikationskette für den jeweiligen Einsatz komplettiert.

2.1.2 Einsatzerfahrung:

Neben diversen Einsätzen in Berlin war das ENT der Berliner Feuerwehr bei dem spektakulären ICE-Unglück in Eschede im Einsatz. Vom 4. bis 16. Juni 1998 führte das ENT dort 14 Debriefings mit mehr als 227 betroffenen Helfern sowie eine Vielzahl von Einzelgesprächen durch.

2.1.3 Personalausstattung:

Die Mitglieder des ENT führen eine Rufbereitschaft aus und decken die anfallenden Einsätze mit Anteilen ihrer Stellen aus dem jeweiligen Herkunftsbereich ab.

2.1.4 Probleme:

Obwohl die Akzeptanz des ENT insbesondere nach dem Einsatz in Eschede stark gestiegen ist, kann nicht übersehen werden, dass bei vielen Einsatzkräften und Führungskräften das Bewusstsein für Einsatznachsorge und Psychotraumatologie noch verbessert werden muss.

2.2. Aus- und Fortbildung:

Seit 1996 werden zur Primärprävention in der Aus- u. Fortbildung psychosoziale Themen in diversen Lehrgängen behandelt:

- Stress u. Stressvermeidung
- Methoden zur Stressbearbeitung
- Einsatznachsorge
- Krisenintervention
- Suchtprävention
- Umgang mit sozialen Randgruppen
- Kommunikationsfähigkeit
- Burn-out-Risiko
- Entspannungsmethoden
- SbE-Kurzbesprechung

2.2.1 Lehrveranstaltungen:

Seit 1996 werden Seminare zu den o.g. Themen für unterschiedliche Mitarbeitergruppen durchgeführt. Die Themenauswahl und der Umfang der Seminare richtet sich nach dem Stand der Vorbildung und der konkreten dienstlichen Verwendung (z.B. Führungsaufgaben).

2.2.2 Seminare im Ausbildungsbereich:

Drei Seminare zum Umgang mit Belastungen im Feuerwehrdienst sind in das neue Ausbildungskonzept für den mittleren feuerwehrtechnischen Dienst integriert.

Bezeichnung und Einordnung der Seminare in den Ausbildungsablauf:

- Seminar 1: Stress im Feuerwehrdienst/Kooperationstraining (eintägig)
- Seminar 2: Vorbereitung auf einsatzspezifische Belastungen (eintägig)
- Seminar 3: Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen u. allg. Stressmanagement (zweitägig)

2.2.3 Seminare im Fortbildungsbereich:

Im Fortbildungskonzept sind zielgruppenorientierte Fortbildungsveranstaltungen enthalten:

- Führungskräfte des gehobenen feuerwehrtechnischen Dienstes
- Jährliche Regelfortbildung für Einsatzkräfte

2.2.4 Beispiel für den Ausbildungsumfang:

Seit 1996 fanden zahlreiche Veranstaltungen statt, die unterschiedliche Zielgruppen ansprachen:

- 19 Lehrgänge mit 380 Teilnehmern (Ein-Tages-Veranstaltungen)
- 4 Lehrgänge mit 80 Teilnehmern mit 16 Unterrichtsstunden „Stress“ und 80 Unterrichtsstunden „Psychoziale Themen“
- 7 Lehrgänge mit 140 Teilnehmern mit 16 Unterrichtsstunden „Stress“

- 4 Lehrgänge mit 80 Teilnehmern mit 8 Unterrichtsstunden „Stress“
- Fortbildung nach KED mit 300 Teilnehmern mit 2 Unterrichtsstunden „ENT“
- Wachunterricht mit 1000 Teilnehmern mit 2 Unterrichtsstunden „ENT“
- 4 Notärzte-Fortbildungen mit 80 Teilnehmern mit 2 Unterrichtsstunden „ENT“
- 2 Lehrgänge für Brandreferendare mit 35 Teilnehmern mit 8 Unterrichtsstunden
- Ausbildung zum Einsatznachsorger
- 50 Teilnehmer mit 32 Unterrichtsstunden
- 20 Teilnehmer mit 24 Unterrichtsstunden
- 12 Teilnehmer mit 40 Unterrichtsstunden

2.3 Feuerwehr-Seelsorge:

In Anlehnung an die bewährte und schon traditionelle Polizei-Seelsorge konnte auch eine Feuerwehr-Seelsorge ins Leben gerufen werden. Die evangelische Kirche stellt hierfür einen Pfarrer anteilig frei, für die katholische Kirche trägt ein Pater diese Funktion.

2.3.1 Angebotene Dienste:

Die Feuerwehr-Seelsorge umfasst die:

- Aus- u. Fortbildung (Unterricht über religiöse und ethische Themen usw.)
- Seelsorge für einzelne Mitarbeiter der Berliner Feuerwehr, sowie speziell die
- Betreuung im Einsatzdienst.

2.3.2 Erreichbarkeit:

Beide Feuerwehr-Seelsorger haben gute Kenntnisse über die Feuerwehr und sind geeignet, sich bei Bedarf speziell um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berliner Feuerwehr zu kümmern (Berufsfeuerwehr, Freiwillige Feuerwehr, Angehörige der sonstigen Organisationseinheiten).

Die Feuerwehr-Seelsorger sind bzw. waren ebenfalls in der Notfallseelsorge engagiert, sie sind im Bedarfsfall über die Feuerwehrleitstelle zu erreichen.

2.4 Notfallseelsorge:

Seit 1996 existiert die von den beiden großen christlichen Konfessionen getragene und in Zusammenarbeit mit der Berliner Feuerwehr, Polizei sowie der Jüdischen Gemeinde gegründete Notfallseelsorge.

In dieser Zeit wurde die Notfallseelsorge über 600-mal alarmiert und konnte Hilfe in Krisensituationen leisten.

2.4.1 Angebotene Dienste:

Das Angebot der Notfallseelsorge richtet sich an:

- **Opfer,**
- **Angehörige der Opfer,**
- **Helfer,**
- **Angehörige der Helfer**

und erstreckt sich auf:

- **Gruppengespräche** und
- **Einzelgespräche** an der
- **Einsatzstelle**, im
- **Krankenhaus**, auf der
- **Dienststelle** oder in
- **Privaträumen.**

2.4.2 Personalausstattung:

Acht Pfarrer teilen sich die Rufbereitschaft rund um die Uhr und arbeiten mit ca. 50 im gesamten Stadtgebiet wohnenden örtlichen Seelsorgern zusammen.

2.4.3 Erreichbarkeit:

Der diensthabende Notfallseelsorger wird von der Feuerwehrleitstelle über Handy benachrichtigt und begibt sich in der Regel unverzüglich zum Einsatzort oder leitet den Einsatz im Einzelfall an einen örtlichen Seelsorger weiter.

2.5 Beratungsbüro:

Anfang 1997 wurde ein Beratungsbüro für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berliner Feuerwehr eingerichtet.

Der Zugang zu dem Beratungsbüro kann diskret und unbeobachtet erfolgen, sodass die erforderliche Diskretion gewahrt werden kann.

Beratungen werden zu festen Sprechzeiten (wöchentliche feste Sprechstunde) oder nach Absprache durchgeführt, außerhalb dieser Sprechzeiten steht ein regelmäßig abgehörter Anrufbeantworter zur Verfügung.

Themen von Einzelfallberatungen sind z.B.:

- Traumatisierung durch Extrembelastungen
- Problemfälle mit Mitarbeitern

- Alkoholismus
- Mobbing
- Überschuldung

Sofern erforderlich, erfolgt eine gezielte Weitervermittlung:

- intern an den Mitarbeiterbetreuer,
- extern an spezielle Beratungsstellen,
- externe Fachärzte,
- niedergelassene Psychologen und
- niedergelassene Psychotherapeuten,
- Fachkliniken.

3. Fazit:

In den vergangenen 5 Jahren haben sich verschiedene Angebote für die Angehörigen der Berliner Feuerwehr entwickelt, die eine psychosoziale/seelsorgerische Betreuung zum Ziel haben.

Diese Angebote runden vorhandene interne Angebote zur Suchtprävention und externe Angebote der Notfallseelsorge für Opfer und deren Angehörige ab.

Derzeit sind vorhanden:

- | | |
|---------------------------------|---------|
| • Einsatznachsorge-Team | Fw |
| • Seminarangebote | Fw |
| • Suchtprävention und Betreuung | Fw |
| • Beratungsbüro | Fw |
| • Mitarbeiterbetreuung | Fw |
| • Notfallseelsorge | Kirchen |
| • Feuerwehrseelsorge | Kirchen |

3.1 Bewertung des Ist-Standes:

Der Psychosoziale-Dienst bietet den Mitarbeitern der Berliner Feuerwehr inzwischen ein zwar eingeschränktes aber doch breites Angebot von Dienstleistungen an. Dabei darf nicht vergessen werden, dass dies nur aufgrund der Eigeninitiative der betreffenden Mitarbeiter und durch die Duldung der Vorgesetzten, die auf Arbeitszeitanteile im originären Arbeitsgebiet verzichten, ermöglicht wird.

Die Situation stellt sich generell folgendermaßen dar:

Der PS-Dienst verfügt zur Zeit über keine eigenen Stellen, mit denen eine konsequente und kontinuierliche Arbeit möglich wäre.

Der PS-Dienst verfügt über kein eigenes Budget für die Durchführung seiner Aufgaben.

4. Schlussbetrachtung:

Die Kosten eines Psychosozialen Dienstes können konkret durch den personellen und sächlichen Aufwand beziffert werden. Der „Gewinn“ durch einen PS-Dienst, in Form von größerer Zufriedenheit im beruflichen Umfeld, höherer Motivation, größerer Leistungsbereitschaft, geringeren Ausfallzeiten und dem längeren Verbleiben im Berufsleben, kann dagegen nur als langfristig zu erwartender Vorteil prognostiziert werden.

Alle vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass eine intakte psychosoziale Arbeitsumwelt die Leistungsfähigkeit erhöht, die Ausfallzeiten senkt und die Verweilzeit im Berufsleben verlängert.

Dr. med. Hartmut Jatzko, Sybille Jatzko

Statement zum Workshop Stress im KatS am 14./15. 11. 2000

Trauma Definition:

Trauma ist eine unvorbereitete, plötzliche, über den Menschen hereinbrechende, höchstmögliche Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins, welches den Menschen, mit vielen Gefühlen und Gedanken und Fragen zurücklässt. Zu unterschiedlichen Zeiten können die Erinnerungsspuren dieser Gefühle zurückkehren. Je nach Veranlagung und individueller Lebensgeschichte resultieren hieraus unterschiedliche Beeinträchtigungen bis hin zum Krankheitswert.

(Dr. H. Jatzko, Sybille Jatzko, 1997)

Ein traumatisches Ereignis ist ein seelischer Schock. Der betroffene Mensch hat eine neue Erfahrung gemacht, und kann nun vieles, was in ihm selbst passiert ist, kaum begreifen. Die Betroffenen fühlen sich wie seelisch taub. Die nun langsam wiederkehrenden Gefühle und Körperempfindungen sowie die psychomotorische Unruhe werden häufig als bedrohlich erlebt und lassen den Menschen nicht mehr zur Ruhe kommen.

In der Zeit nach dem Trauma kommen ungewollt Bilder, Geräusche (können auch Stimmen sein), Gerüche, Geschmack, Hautgefühle, Schmerzen und andere Empfindungen und Gedanken wieder ins Bewusstsein, die ständig an das Trauma erinnern, obwohl der betroffene Mensch versucht, sie beiseite zu schieben. Viele haben das Gefühl sich nicht mehr in den Griff zu bekommen. Ihr Leben wird von dem Ereignis bestimmt.

Es ist uns wichtig **Trauma** und **Belastung** deutlich zu unterscheiden. Die Behandlung und die Konsequenzen sind sehr unterschiedlich. Gutachterverfahren zeigen oft Lücken im neuesten Wissensstand.

Trauma ist ganz wesentlich geprägt von der neu gemachten Erfahrung, die außerhalb des bisher Üblichen liegt.

Trauma ist die Verletzung der Seele, welches zu unterschiedlichen Narben und dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann, je nach schwere dieser Verletzung. Dieses entspricht einer körperlichen Verletzung, d.h. es führt zu einer dauerhaften hirnganorganischen Veränderung. Die Funktion ist an das Organ gebunden und soll nicht mehr unterschieden werden!

Der Unterschied zwischen Trauma und Belastung liegt im Mitbetroffensein des vegetativen Nervensystems, das seinerseits **autonom** reagiert.

Bei Belastung wird nach dem Erinnern oder Denken an die Belastung (also durch Stimulation aus der Großhirnrinde) eine vegetative Reaktion ausgelöst. Diese Reaktion steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Gedachten und kann normalerweise von den betroffenen Menschen nachvollzogen werden.

Bei einem traumatischen Erlebnis reagiert das vegetative Nervensystem durch Stimulation aus dem Hypocampus zeitweise völlig selbständig, ist nicht über das bewusste Denken zu steuern und kann schlecht zugeordnet werden. Die Selbstsicherheit geht verloren und für die Betroffenen verändert sich die Wahrnehmung in dieser Welt. Sie müssen über Fürsorge, Achtung und Würdigung eine neue Lebenssicherheit finden. Ein Verarbeitungsversuch der Großhirnrinde geschieht in Träumen. Aus tieferen Hirnkernen kommen die sehr belastenden Alpträume.

Ein **Gefühl der Gefahr** bleibt zurück. Betroffene fühlen sich ständig angespannt, und müssen wie ein Reh auf der Hut sein.

Das **Wiedererleben** ist in der akuten PTSD-Phase eine außergewöhnliche Belastung.

Die **körperliche Erregung** bleibt bestehen. „Unter Strom stehen“.

Die Vermeidung der auslösenden Reize ist in der akuten Phase eine wichtige Entlastung. Dieses Verhalten kann mit einem Beinbruch verglichen werden, wo das Bein erst nach dem Zusammenwachsen wieder belastbar wird. So kann der Seele erst nach einer Vermeidung und Beruhigung wieder langsam Belastungen zugeführt werden. Die Ermöglichung der Vermeidung ist eine Fürsorgepflicht, Vermeiden ein Menschenrecht!

Die Gefühlstaubheit/Niedergeschlagenheit sind deutliche Zeichen eines Traumas. Diese Gefühle sind Ausdruck eines psychogenen Schocks. Sie treten auch in einer akuten Belastungssituation auf. Zum Trauma gehört aber noch das Erleben, das die vegetativen Störungen auslöst. Das Gehörte wird wie durch den Schutzfilter der Seele aufgenommen.

Die Konzentrationsschwierigkeiten sind üblich nach traumatischem Erleben und haben je nach Schwere des Traumas erhebliche Auswirkungen für den betroffenen Menschen.

„Nach dem Einkaufen komme ich aus dem Kaufhaus und weiß nicht mehr wo ich bin.“

Kontrollverlust ist ein besonderes Symptom des Traumas. Die Selbstbestimmung geht verloren. Die betroffenen Menschen fühlen sich von den Auswirkungen des Traumas bestimmt.

Schuld-/Schamgefühl treten nach einem Trauma schneller auf als nach einer Belastung.

Die Selbstsicherheit ist nach einem Trauma gestört. Je nach Schwere des Traumas kann dadurch die Aufgabe des Berufes folgen.

Ärger ist nach dem traumatischen Erlebnis eine häufige gefühlsmäßige Reaktion. Sie tritt aber besonders dann auf, wenn eine Institution nicht ihrer Fürsorgepflicht nachkommt. Der Einsatz für und die Identifikation mit der Institution hat zur Folge, dass eine Fürsorge erwartet wird, wenn ein Betroffener in Ausübung seines Berufes traumatisiert wird. Fehlt diese Achtung, gerät der Betroffene in fast nicht lenkbare Wut. Dieses Gefühl unterstützt das Trauma.

Das Selbstbild ist nach einem traumatischen Erlebnis gestört. Die Veränderung der Persönlichkeit kann nur schlecht angenommen werden.

Es besteht der Wunsch, so wie vor dem Ereignis zu sein.

Misstrauen entsteht aus dem Gefühl der Unsicherheit und dem Erleben der ständigen Gefahr.

Dieses Gefühl kann sich auf vieles ausweiten. Das Vertrauen in ein sicheres Schicksal ging verloren.

Die Erinnerungen an vergangene traumatische Erlebnisse kommen mit einem erneuten traumatischen Erlebnis auch ins Bewusstsein, obwohl es schon Jahre zurückliegt.

Es ist, als wäre ein Hirnspeicher mit dem erneuten Erleben geöffnet worden, diese Erinnerungen können dann detailgetreu wiedergegeben werden wie das neue Erlebnis.

Das auf der „Festplatte“ gespeicherte wird mit dem erneuten Trauma abgeglichen.

Unveränderte Erinnerungen sind ein besonderes Merkmal traumatischen Erlebens. Die gespeicherten Erinnerungen kehren durch einen Auslöser so genau wie abgespeichert ins Gedächtnis zurück, als würde es im Augenblick wieder passieren.

Belastungen werden im Laufe von Jahren mit neueren Erfahrungen verknüpft verändern sich und nehmen an Intensität ab.

Nicht so die traumatischen Erlebnisse, sie verknüpfen sich nicht mit dem neu Erlebten und können dadurch nicht verarbeitet werden.

Mit betroffenen Menschen, die ein traumatisches Erlebnis überstanden haben, ist in Zukunft deutlich anders umzugehen, wenn wir langfristige Erkrankungen vermeiden wollen.

1. Die Fürsorge ist deutlich zu verbessern.

Nach 12-jähriger Erfahrung mit Traumatisierten stellt sich immer mehr heraus, dass die Fürsorge, die nach Extrembelastungen diesen Menschen zuteil wird, einen großen Einfluss hat, sie entscheidet, ob sich eine chronische posttraumatische Belastungsreaktion entwickelt oder nicht.

Der Einsatz für und die Identifizierung mit dem Beruf lässt Erwartung entstehen, nach erlebter Traumatisierung Hilfe und Unterstützung von den Vorgesetzten zu bekommen. Fehlt das Verständnis sowie diese Unterstützung, entsteht Wut und Kränkung, die ihrerseits die posttraumatische Belastungsreaktion in verzögerter Form entstehen lässt. **Es ist deshalb von besonderer Bedeutung, dass Vorgesetzte genau aufgeklärt werden und deren Verhalten einer besonderen Schulung unterzogen wird.**

Ein Beispiel wäre: Nach einem erlittenen Beinbruch bekommen Sie eine fachgerechte chirurgische Versorgung, damit diese Verletzung heilen kann. Fehlt diese, kann die Verletzung zu bedeutenden dauerhaften Schäden führen.

2. Die Behandlung des **Traumas** ist von der **Belastungsreaktion** abzugrenzen.

Diese Abgrenzung ist deshalb besonders wichtig, weil die Behandlung und Konsequenzen völlig unterschiedlich angegangen werden müssen. Die vorherige Annahme, es könnte durch ein Training eine **Stressresistenz** erzielt werden, ist nach unserer Auffassung falsch. Sie führt zu schädlichen Annahmen und Bewertungen der Menschen. Durch gute Vorbereitung kann eine Traumatisierung verringert werden, so wie ein guter Reiter beim Herunterfallen vom Pferd nicht so schnell einen Beinbruch bekommen wird, wie ein ungeübter Reiter, da er gelernt hat schützend zu fallen. Jedoch gibt es kein Training auch nicht für einen Reiter, das körperliche Verletzungen verhindern kann. Bei einem Querschnitt wird er eben nicht mehr aufsteigen können, um die entstandene Angst zu vermin-

dern. Ebenso ist dieses Beispiel für die Verletzung der Seele zu sehen. Wenn wir diese Wortwahl weiter verwenden, wird es zusehends zu Missverständnissen kommen, und wir werden bewertende Auswüchse von Vorgesetzten und sogar Gutachtern nicht zu verhindern wissen, wenn z.B. traumatisierte Helfer als psychisch labil und inkompetent bezeichnet werden.

3. Die Einsatznachgespräche sind nicht nur unter dem Gesichtspunkt der sich gleichenden Verfahren und Methoden zu sehen, sondern deren Erfolg hängt ganz wesentlich von den Haltungen und Erfahrungen des Peers ab. Wenn mit der Aufklärung der Symptome einer möglichen posttraumatischen Belastungsreaktion begonnen wird, dann können bei belasteten Helfern Ängste entstehen. Viel zu leicht können dann Belastungsreaktionen als traumatische Belastungsreaktionen identifiziert werden und die Symptomatik verschlimmert sich bei dem betroffenen Menschen. Einsatznachgespräche sind keine Traumaprävention, das Trauma war vorher eingetroffen, sie lassen ein Trauma erkennen und eine besondere Fürsorge kann eingeleitet werden. Wir müssen differenzieren zwischen den Peers und der Methode, erst dann kommen wir zu einem befriedigenden Ergebnis.
4. Die Gutachter müssen fortgebildet werden, um Diskriminierung von Betroffenen zu vermeiden.
Die Kenntnisse vieler Fachpsychiater sind zum Teil nicht erweitert worden. Es kommen häufig Patienten zu uns, die in anderen Kliniken falsch und nicht kompetent beurteilt wurden. Es ist dringend notwendig Aufklärung über diese seelischen Verletzungen einmal groß anzulegen.
5. Es ist ein Menschenrecht des Betroffenen alles zu vermeiden, was ihn ständig wieder an das Ereignis erinnert. Die Traumatisierten dürfen nicht durch ständige Konfrontation mit dem Ereignis gedrängt werden, was ihnen als scheinbare Bewältigung eingeredet wird. So wie nach einem Beinbruch das Bein nicht belastet werden kann, so braucht die seelische Verletzung Entlastung.
Dieses unterscheidet sich deutlich von der Behandlungsmöglichkeit der Belastungsreaktion, wo die Konfrontation eine hilfreiche Bewältigungsstrategie sein kann, und VT auch erfolgreich angewandt wird.
6. Wenn nach angemessener Zeit der Rekonvaleszenz eine innere Stressbereitschaft abgenommen hat, dann nimmt der Betroffene in

einer sicheren Beziehung selbst eine Konfrontation mit dem Erlebten auf. Nur in der Selbstentscheidung dieses Vorgehens liegt die Verminderung der Spannung.

7. Der Zeitraum für statistische Untersuchungen von posttraumatischen Belastungsreaktionen muss verlängert werden, da die verzögerte Form dieser traumatischen Störung nicht in den bisherigen Statistiken enthalten sind. Es ist von einer 20%igen Betroffenheit der Bevölkerung auszugehen.

Die verzögerte Form der posttraumatischen Belastungsreaktion tritt erst nach einem halben Jahr auf, manchmal erst nach einem Jahr. Nach der Ramstein-Katastrophe sind uns verschiedene Fälle bekannt, wo die betroffenen Menschen erst nach Jahren (durch einen Auslöser verursacht) mit einem akuten Symptombild der posttraumatischen Belastungsreaktion in Behandlung kamen. Dieses wird aus Israel und Amerika bestätigt. In der Behandlung und Erkennung der Störung werden aus Unkenntnis die Zusammenhänge zum traumatischen Erleben nicht mehr hergestellt. Hier müssen wir den Zeitraum nach hinten offen lassen und dieses muss deutlich erkennbar sein

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die **Zusammenführung in Gruppen** eine große heilende Wirkung auf die Betroffenen hat. Wir siedelten die Gruppe in der Volkshochschule an. Alle Teilnehmer empfinden es als entlastend sich nicht als „psychiatrisch“ einstufen zu lassen.

„Ich habe nur ein schlimmes Erlebnis gehabt und bin nicht krank im Kopf“.

Durch das Herausnehmen aus dem sichtbaren psychiatrischen Bereich, waren die betroffenen Menschen vor den Bewertungen der Kollegen geschützt.

Polizisten, Lockführer, Bankangestellte, Rettungsassistenten, Kassiererinnen, Feuerwehrmänner und durch verschiedene Unfälle Traumatisierte befinden sich in diesen Gruppen.

Diese Menschen haben ein großes Bedürfnis, sich an den Beispielen anderer Betroffener als normal zu erleben. Gleichzeitig helfen sie sich gegenseitig und kommen damit, ohne es zu merken aus ihrer Isolierung. Aus dem Opferstatus wird der Betroffene auch zum Helfer, hat damit wieder eine sein Selbst stärkende Kompetenz.

VLR Keilholz, Dr. med Platiel

Statement zum Workshop „Stress im Katastrophenfall“

GZ.: 040-209

Berlin, 30. November 2000

1. Viele Krisen- und Katastrophenfälle ereignen sich im Ausland. Häufig sind deutsche Staatsangehörige betroffen. Diese Ereignisse bringen für alle Beteiligten, insbesondere die Angehörigen des Auswärtigen Amts in In- und Ausland vermehrten Stress mit sich, zumal Krisen und krisenhafte Entwicklungen ein prägendes, wenn auch nicht neues Phänomen unserer Zeit sind. Ein Weltkrieg droht zwar nicht mehr, aber die Welt ist unfriedlicher denn je. 1999 wurden 34 gewaltsame Konflikte gezählt, die Mehrheit davon waren innerstaatliche Auseinandersetzungen. Durch CNN und Internet sind wir alle zu „Mitsehern“ und „Mitwissern“ geworden.

Für die Angehörigen des Auswärtigen Amts und anderer betroffener Stellen erfordert diese Entwicklung zunehmend die Vermittlung von Methoden zur besseren Stressbewältigung.

Neben medizinischen Therapien kann nach den bisherigen Erfahrungen des Auswärtigen Amts auch ein professionelles Krisenmanagement zur Verminderung von Stress beitragen.

Das Auswärtige Amt hat daher im Sommer 1999 sein Lagezentrum zu einem Lage- und Krisenzentrum erweitert um mit dieser Institution künftig einen besseren Beitrag zur Krisen- und Katastrophenbewältigung leisten zu können.

Um einschätzen zu können, in welchem Rahmen Krisen – und damit einhergehend Stress – zu bewältigen sind, ist es zunächst wichtig zu wissen, welche Katastrophe gleichzeitig Krise ist und wann wir es überhaupt mit einer Krise zu tun haben.

2. Da der Begriff Krise bzw. Katastrophe sehr komplex und bisher wenig konkret definiert ist, will ich versuchen, dies aufgrund der Erfahrungen des Auswärtigen Amts hier zu verdeutlichen:

Die intensive Wahrnehmung von „Krisen“ hat gleichwohl nicht zu mehr Klarheit geführt, was eigentlich als Krise zu verstehen ist.

Der klassische Krisenbegriff beinhaltet die Gefährdung politischer, wirtschaftlicher oder ökologischer Interessen eines Landes oder seiner Staatsbürger. Dieser Krisenbegriff trifft zwar auch heute noch zu, ist aber zu eng.

In einer vernetzten Welt werden zunehmend auch solche Ereignisse als Krisen wahrgenommen, die sich jenseits der Landesgrenzen abspielen und bei denen weder eigene Interessen noch in nennenswertem Umfang deutsche Staatsbürger gefährdet sind. So wird z.B. ein Erdbeben in der Türkei von den in Deutschland lebenden türkischen Mitbürgern ebenso sehr als Aufforderung an staatliches Handeln unsererseits aufgenommen, wie von erheblichen Teilen der deutschen Bevölkerung. Dies gilt weitgehend auch für andere Naturkatastrophen, wie z.B. die jüngste Flutwelle in Mosambik, die Dürre am Horn von Afrika oder Großschadensereignisse wie z.B. der Absturz der Concorde in Paris oder Entführungen, wie z.B. das Geiseldrama auf den Philippinen.

Die mediale Bilderwelt erzeugt eine fiktive Einheit von Raum und Zeit, zeigt ferne Geschehnisse als Bestandteil unserer Erlebniswelt und generiert den Impuls: „Hier muss doch etwas geschehen“.

Wir können daher – holzschnittartig verkürzt – heute sagen: Krise ist, neben den klassischen politisch-militärischen und konsularischen Krisenfällen das, was in Gesellschaft und Medien als Krise wahrgenommen wird, und was nach einer Krisenreaktion verlangt. Wichtig ist, dass diese Reaktion schnell und effizient erfolgt.

3. Das Auswärtige Amt beabsichtigt daher, sein Lage- und Krisenzentrum zum zivilen Krisenreaktionszentrum der Bundesregierung bei Krisen im Ausland auszubauen um künftig noch besser auf Krisen- und Katastrophenfälle reagieren zu können..

Die Bewältigung dieser Aufgaben – insbesondere mit Auslandsbezug – erhöht erfahrungsgemäß den Stress der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Angehörigen von Krisenstäben des Auswärtigen Amts (diese werden im Regelfall ad hoc bei bekannt werden einer Krise auf Weisung des Staatssekretärs des Auswärtigen Amts eingerichtet) und deutschen Auslandsvertretungen bedürfen daher zunehmend einer Beratung und Fortbildung zur Bewältigung von Stress.

Aufgrund langjähriger Erfahrungen gehören seit einigen Jahren auch Ärzte unseres amtseigenen Gesundheitsdienstes den Krisenstäben als Mitglieder an. Sie tragen mit ihrer Beratung zur Stressbewältigung bei.

Zu den o.a. Fortbildungsveranstaltungen gehören die seit Jahren bestehenden einwöchigen Krisenmanagementseminare –, die das

Auswärtige Amt für seine leitenden Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit Prof. Ungerer, Bremen, durchführt, ergänzt durch sehr realistische Planspiele mit fachlicher Beratung durch den Bundesgrenzschutz. Regelmäßige Schulungen „Verhalten in Extremsituationen“ gehören ebenso zur Ausbildung in der amtseigenen Aus- und Fortbildungsstätte wie „Stressmanagement am Telefon“.

Für unsere eigenen Mitarbeiter haben wir derzeit einen 24-Stunden-Service durch die Mitarbeiter des Ref. 106, ein Service, der auch für das THW während der Goma-Krise in Ruanda mit Vorbereitung im tropenmedizinischen und psychologischen Fachgebiet ebenso bestand wie in der Nachbereitung.

Dieser Dienst hat Erfahrung mit dem alltäglichen Handling der Gewalterfahrung, des Car-jacking mit Waffen, Überfall mit Post-Shooting-Trauma sowie in dem Verhalten bei Geiselnahme, beginnend 1989. Daraus ist auch die „Arbeitsgemeinschaft Krisen- und Traumabewältigung“ der Ministerien, Polizei, des BKAs sowie der Bundeswehr entstanden, deren Treffen alljährlich hier in Ahrweiler stattfindet.

Lassen Sie mich drei Punkte herausgreifen aus den Erfahrungen der psychosozialen Beratungsstelle des AA:

1. Akute, ressourcenorientierte Krisenintervention ist im psychologischen/psychiatrischen Kontext gut definiert, praktisch erprobt für Einzelne und ihre nächsten Angehörigen und sollte sofort effizient stattfinden. Diese Krisenintervention als psychologische Notfallhilfe beinhaltet auch das Erkennen und die Diagnostik, ob weiterführende Therapie notwendig ist. Dies setzt ein fundiertes Fachwissen voraus.
2. Auch sei auf das „Debriefing“ hingewiesen: „Die Effektivität von Debriefings in der Literatur wird kontrovers diskutiert. Zwar empfinden die Teilnehmer ein solches Gruppentreffen als hilfreich, allerdings konnte bisher keinerlei klinische Effektivität – gemessen an den Symptombelastungen – nachgewiesen werden. In einer Studie der Universität Amsterdam wurde sogar ein negativer Effekt des Debriefings auf die PTBS-Belastung gefunden. Es existieren einige Hypothesen, mit denen dieser Effekt erklärt werden sollte:
Ein wichtiges Argument gegen das Debriefing ist, dass Einsatzkräfte, die eigentlich während der Rettungsaktion zu Helden geworden sind, nun als Opfer behandelt werden. Darüber hinaus wird im Rahmen des Debriefingprozesses versucht, in kurzer Zeit

eine Vielzahl von Zielen zu erreichen, wobei die individuelle Problematik bei erhöhter Teilnehmerzahl in der Regel nur angeschnitten werden kann. Da jede traumatische Erfahrung jedoch durch die individuelle Wahrnehmung bestimmt wird, kann es möglicherweise durch die Berichte unterschiedlicher Perspektiven eines extrem belasteten Einsatzes zu einer Intensivierung der Traumaerfahrung kommen“ (zitiert nach Ehlert, Wagner, Psychomed 11/1 1999).

3. Außerdem sei auf die Schwierigkeit bei Großschadensereignissen im Ausland hingewiesen, da psychosoziale Notfallversorgung unseres Erachtens nur in der Muttersprache stattfinden kann. Die Vereinten Nationen haben im Auswärtigen Amt angefragt, ob es für die Nachsorge der Vereinten Nationen Mitarbeiternachsorgeteams zur Verfügung stellen könnte; die Universitäten München, Bonn, Trier und Greifswald haben sich auf Anschreiben einverstanden erklärt, solche multiprofessionellen Teams bereitzustellen. Es gibt aus Sicht des Auswärtigen Amtes eine große Anzahl hochengagierter, professioneller Arbeiterteams in Deutschland, aber sie sind nicht vernetzt und es bestehen unterschiedliche Ausbildungsstände. Auch scheint es, dass die Beschreibung von Prof. Lehmkuhl, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, zur Versorgung von sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen auf diese „Szene“ übertragbar ist. Sie beschreibt, dass „diese Versorgung von einem großen Tabu belegt ist, genau darzulegen, wer was und wie vor allem durchführt auf diesem schwierigen Gebiet der Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen bis zu den chronischen Verläufen von PTSD“.

Das Auswärtige Amt hat deshalb auf dem Psychotrauma-Kongress unter Beteiligung von Prof. Bengel, Freiburg und Dr. Fromberger, jetzt Offenburg, im Mai 1998 nachhaltig darum geworben, sich zu vernetzen und die Basisausbildung für die psychosoziale Notfallversorgung zu überarbeiten, die unseres Erachtens sowohl durch Peers, Notfallseelsorger, Rettungssanitäter durchgeführt werden sollten als auch mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten sowie Psychiatern und Psychiaterinnen.

Bemerkenswert halte ich in diesem Zusammenhang das in Frankreich vorhandene flächendeckende Netz der akuten medizinischen psychologischen Hilfe, das 1997 auch für Katastrophensituationen geschaffen wurde. Das Auswärtige Amt in Berlin arbeitet eng mit dem Psychotrauma-Zentrum Berlin zusammen, das zum 1. 10. 2000 unter dem Dach des „Zentrums für psychologische Medizin“ der Fliegerwerke integriert wurde. Für diesen Aufbau

konnte Herr Dr. Maerker, Dresden, gewonnen werden, der ein Standardwerk zur Behandlung des PTSD verfasst hat ebenso wie ich Frau Dr. Helmerichs nach ihrem Vortrag „Erfahrungen und Lehren aus der Einsatznachsorge in Eschede“ als Leiterin der Koordinierungsstelle „Einsatznachsorge Eschede“ nicht mehr vorzustellen brauche. Auch Dr. Hofmann, früher Psychotraumatologisches Institut Köln und Leiter des EMDR-Institut Deutschland, hat seine Mitarbeit bekundet. Dazu gehören auch Prof. Freyberger, Universität Greifswald und Prof. Hautzinger, Tübingen, als Beirat.

Aus Sicht des Auswärtigen Amtes ergibt sich ein Schwerpunkt für diese Tagung, nämlich die wissenschaftliche Untersuchung und Bewertung des Debriefings, eine Ist-Analyse der Vernetzung von Betreuung von Einsatzkräften und Strukturen vor Ort sowie eine Diskussion über Verantwortung und Verantwortlichkeit sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen für Helfer und Teams.

4. Es ist unser Ziel, angesichts der steigenden Anforderungen an ein modernes Krisenmanagement und der damit verbundenen Stresszunahme deren Bewältigungsmöglichkeiten für alle Beteiligten zu verbessern. Dies hilft nicht nur den Angehörige des Auswärtigen Amtes weltweit – in der Zentrale und in den Auslandsvertretungen – sondern kommt auch den Betroffenen von Krisen und Katastrophenfällen zugute.

Dr. Peter Ladewig

Statement „Vorbereitung und Bewältigung belastender Einsatzsituationen“

13. 12. 2000

Seit Anfang der 90iger Jahre hat sich das Einsatzgeschehen im Land Sachsen-Anhalt grundlegend gewandelt. Der Anteil der Hilfeleistungen nahm erheblich zu und beträgt jetzt mehr als 50% aller Einsätze. Die Folge war u.a. auch die Zunahme belastender Einsatzsituationen. Deshalb befasste sich das Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Brandschutz- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge und dem Landesfeuerwehrverband Sachsen-Anhalt e.V. rechtzeitig mit dieser Thematik.

Erkenntnisse und Erfahrungen anderer Bundesländer wurden ausgewertet, mit der Entwicklung im Land Sachsen-Anhalt verglichen und Schlussfolgerungen insbesondere für die Feuerwehren herausgearbeitet. Zwei Lehrer der Brandschutz- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge wurden auf diesem Gebiet speziell ausgebildet. 1997 führte die Brandschutz- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge eine Fachtagung zum Thema „Bewältigung belastender Einsatzsituationen“ durch.

Die bisherigen Erkenntnisse vorrangig aus der Sicht der Feuerwehren lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Das Thema „Belastungen“ und „Stress“ im Einsatz sollte nicht länger ein Tabuthema sein, darf aber auch nicht dramatisiert werden.
2. Wichtig ist es, die Einsatz- und Führungskräfte für diese Thematik weiter zu sensibilisieren. Ziel muss es dabei sein, anzuerkennen, dass unter Umständen auch die „starken Männer“ oder auch Frauen der Feuerwehr und des Rettungsdienstes als Helfer in der Not auch selbst Hilfe bei der Bewältigung von belastenden Einsatzsituationen benötigen können.
3. Die Erkenntnis, dass Konflikt- und Stressbewältigung als „Wiederherstellung der menschlichen Einsatzbereitschaft“ nach belastenden Einsätzen zu verstehen ist, muss sich bei allen Beteiligten festigen. Dazu gehört auch die Schlussfolgerung, dass sich dieser Prozess nicht im Alleingang vollzieht, sondern unter Wahrnehmung der Fürsorgepflicht aller Verantwortlichen zu gestalten ist. Der Komponente

„Mensch“ – als wichtigstem Glied in der Rettungskette – ist mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

4. Anzustreben ist die Behandlung dieser Thematik in drei Stufen:
 1. Stufe: Einsatzvorbereitung (Ausbildung sozialer Kompetenz, Einsatzausbildung)
 2. Stufe: Einsatzbegleitung
 3. Stufe: Einsatznachsorge/-nachbereitung

5. Im Rahmen der Einsatzvorbereitung besteht vorrangig Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Aus- und Fortbildung von Führungskräften. Diese sind zu befähigen, Anzeichen von Stresserscheinungen bei ihren Einsatzkräften zu erkennen, Inhalte und Methoden der Stressreduktion und -bewältigung zu kennen und diese anwenden zu können.
 Analoge Anforderungen stehen für die Einsatzkräfte, Anzeichen von Stress – die ja menschlich und natürlich sind – an sich selbst zu erkennen bzw. für sich selbst geeignete Methoden der Stressreduktion und -bewältigung anzuwenden. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang eine realitätsnahe Aus- und Fortbildung von Einsatz-Führungskräften, um in Belastungs- und Stresssituationen besonnen und sicher reagieren und handeln zu können (Erreichen einer gewissen Stressresistenz).

6. Aus- und Fortbildungsinhalte für Freiwillige Feuerwehren und Berufsfeuerwehren und anderer in der Gefahrenabwehr tätigen Organisationen sind entsprechend zu erarbeiten bzw. zu ergänzen. So werden z.B. an der Brandschutz- und Katastrophenschutzschule Heyrothsberge im Rahmen der Gesamtkonzeption „Soziale Kompetenz“ Lehrgänge wie „Umgang mit Konflikten“, „Umgang mit Stress in Konfliktsituationen“ und „Kommunikation in Konfliktsituationen“ angeboten. Neben diesen modularen Lehrgängen im Rahmen der Fortbildung werden diese Schwerpunkte insbesondere in der Führungsausbildung thematisch behandelt.

7. Es ist notwendig, dass sowohl durch den Träger der Feuerwehr als auch durch den Landkreis im Rahmen seiner gemeindeübergreifenden Zuständigkeit Maßnahmen der Einsatzbegleitung und Einsatznachsorge/-nachbereitung konkret vor Ort organisiert werden. Diese sollten als „Angebote“ vorhanden sein. Keinesfalls sind Bewältigungsstrategien anzuweisen oder zu „verordnen“. Die Auswahl der Ansprechpartner muss sorgfältig erfolgen (nur Fachkräfte).

Aus den bisherigen Erfahrungen kommen als Ansprechpartner Notfallseelsorger, Ärzte, Psychologen bzw. Mitglieder von Kriseninterventionsteams in Frage. An diese „Helfer“ des Helfers werden im Interesse einer Vertrauensbasis und Akzeptanz spezielle persönliche Anforderungen gestellt, z.B. Fachverständnis, Verschwiegenheit und sozialkompetentes Auftreten und Verhalten. Grundregeln der Einsatznachbereitung, insbesondere der Gesprächsführung müssen durch diesen Personenkreis beherrscht werden.

Erneli Martens

Anfragen an die Forschung

In der Diskussion um die Einsatznachsorge wird immer wieder die Frage laut, ob gerade durch das strukturierte Nachsorgegespräch (z.B. nach Mitchell) die Gefahr einer Re-Traumatisierung besteht.

Dabei wird sich besonders auf die emotionale Phase des Gespräches bezogen, die den mit dem Einsatz und seinem Schrecken verbundenen Emotionen der Einsatzkräfte Raum und Sprache gewähren soll.

Wie kommt es zu einer Re-Traumatisierung? Unter welchen Umständen oder durch welche Faktoren wird dieses ausgelöst?

Müssen bestimmte äußere Gegebenheiten die Erinnerung „triggern“? Ist es das Erzählen des Erlebten selbst, das die Emotionalität so stark werden lässt, dass die Gefahr der Re-Traumatisierung einsetzt? Gibt es einen Unterschied im Erzählenlassen des Erlebten, indem differenziert wird zwischen dem „Bedenken“ des Erlebten und dem „Nachfühlen“ des Erlebten?

In allen Diskussionen spielt dann die Frage nach dem sogenannten „Sicheren Ort“ eine Rolle.

Die Konfrontation mit dem potenziell traumatisierenden Ereignis könne dann gelingen, wenn der Mensch sich in der Beziehung zu seinem Therapeuten sicher fühle, sodass das Erlebte angesehen, versprachlicht und verarbeitet werden könne.

Die Frage stellt sich, ob es sogenannte „sichere Orte“ nicht auch außerhalb einer therapeutischen Beziehung gibt, also in der Beziehung zu Freunden, in der Beziehung zu der eigenen Familie und nicht zuletzt in der Beziehung zu den Arbeitskollegen.

Wenn dies bejaht werden könnte, ist auch danach zu fragen, was an diesen Orten getan werden kann und muss, aber auch, was zu unterlassen ist, um die Sicherheit und Stabilität zu vermitteln, die einem die Auseinandersetzung mit dem Erlebten und seine Integration in das bisherige Leben möglich werden lässt.

Diese Fragen von Seiten der Forschung zu klären, würde die entstandene Unsicherheit im Umgang mit den Möglichkeiten der strukturierten Einsatznachsorge beenden. Zugleich könnte die elementare Unsicherheit im alltäglichen Umgang mit potenziell traumatisierten Menschen beendet werden, die sich z.B. in der Frage ausdrückt, ob Gespräche mit ihnen über das Erlebte nicht doch eher als schädlich angesehen werden müssten.

Erneli Martens, Jörg Schallhorn

– Stress und Stressbewältigung – bei der Landesfeuerwehr Hamburg

Unter Federführung von Frau Dr. V. Müller ist bereits 1988 bei der Landesfeuerwehrschule Hamburg ein Konzept zum Umgang mit Stress, dem Erkennen seiner verschiedenen Formen und Ursachen und seiner Bewältigung besonders nach belastenden Einsatzgeschehen entwickelt worden.

Seit dieser Zeit wurden im Bereich der primären Prävention zunächst die Führungskräfte und danach die sozialen Ansprechpartner der Feuer- und Rettungswachen aus dem mittleren feuerwehrtechnischen Dienst geschult. Heute gehört das Thema Stress und Stressbewältigung als integraler Bestandteil zur Aus- und Fortbildung im mittleren feuerwehrtechnischen Dienst und zur Rettungsassistentenausbildung.

In den letzten Jahren hat dies zu einer Veränderung der Gesprächskultur an den Wachen geführt: Dies zeigt sich in einer zunehmend offenen Auseinandersetzung mit dem Thema selbst.

Das Konzept hat seinen Schwerpunkt auf den Umgang gerade mit dem belastenden Einsatzgeschehen gelegt. Allerdings sind von vornherein auch andere Stressfaktoren in den Blick genommen worden: der Arbeitsalltag mit seinen Abläufen ebenso wie die fachliche Ausbildung, deren Qualität wesentlich für eine stressfreie Abarbeitung des Einsatzes verantwortlich ist. Individuelle Anteile, wie das gesundheitliche Wohlbefinden oder die geistig-seelische Verfassung sind in der Auseinandersetzung mit diesem Thema berücksichtigt worden. Aber auch spezielle Einzelthemen, wie z.B. Handlungs- und Wahrnehmungsfehler vor, während und nach einem Einsatz sind Bestandteile des Gesamtkonzeptes.

Dabei stellt sich nicht nur die Frage, wie mit diesen Stresserscheinungen umzugehen, wie Stress zu begrenzen oder abzubauen ist, sondern auch die Frage, wie sein Entstehen verhindert werden kann. Wie kann sich der Einzelne, aber auch die Gruppe, mit der er zusammenarbeitet, angesichts der Herausforderungen in der Arbeit und im Einsatz schützen und die jeweilige Verletzbarkeit minimieren?

Eine große Bedeutung kommt bei der Umsetzung des Konzeptes dem Selbstverständnis der Feuerwehr zu. Das Interesse, die entstanden Belastungen eigenverantwortlich zu bearbeiten, ist groß. So folgt das

Konzept dem Prinzip ‚Kollegen helfen Kollegen‘. Interventionen von außen werden eher kritisch wahrgenommen.

So liegt ein wesentlicher Schwerpunkt des Konzeptes in der **primären Prävention**, also in der Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen vor Ort, d.h. in der Information und Schulung sowohl der Einsatzkräfte, als auch der Einsatzführungskräfte.

In der Schulung werden verschiedene Formen von Stress, seine unterschiedlichen Ursachen und möglichen Auswirkungen bis hin zur PTSD besprochen. Die Wahrnehmung eigener, aber auch der Symptome anderer wird geübt. Auf die Normalität von Belastungsreaktionen, die durch das Erleben ungewöhnlicher und belastender Einsätze bedingt sind, im Unterschied zu der Entwicklung von Belastungsstörungen angesichts solcher Ereignisse, wird aufmerksam gemacht. Darüber hinaus werden in Gesprächsführungsseminaren die besonderen Rahmenbedingungen und die Techniken der Gesprächsführung geschult.

Für den Bereich der **sekundären Prävention** wurde ein Einsatznachsorgeteam gegründet, dessen Mitglieder der verschiedenen Dienstgrade der Feuerwehr angehören. Ergänzt wird die Gruppe durch die beiden Landesfeuerwehrärzte.

Die Aufgabe des Teams besteht darin, auf Anforderung nach besonders belastenden Einsätzen zu reagieren und Gespräche mit Einzelnen, aber auch mit Gruppen von Einsatzkräften, zu führen.

Verschiedene Interventionen sind denkbar: Sie reichen von Angeboten im Einsatz (open scene help oder demobilization), bis zu strukturierten Gesprächsangeboten (defusing und debriefing).

Die Mitglieder des Teams werden in Kursen auf das Leiten dieser Gespräche von Fr. Dr. Müller vorbereitet und geschult und schließlich auch supervidiert.

Diese Angebote sind in Anlehnung an das Mitchell-Modell zur Bearbeitung von Stress nach belastenden Einsätzen entwickelt und dem Bedarf der Landesfeuerwehr Hamburg angepasst worden.

Angesichts des Anspruchs der Einsatzkräfte, letztlich selbst wissen, bzw. lernen zu wollen, wie mit den Belastungen umzugehen ist und vor allem Hilfe zur Selbsthilfe und nicht die Intervention von außen wertzuschätzen, bietet sich mit diesen Gesprächsangeboten eine Möglichkeit, niedrigschwellig, durch Unterstützung von Kollegen, das Gespräch zur Bearbeitung von belastenden Einsätzen zu führen.

Diejenigen, die eine weitergehende Begleitung wünschen, können an psychotherapeutische Maßnahmen und Therapien, z.B. bei den Ärzten des Bundeswehrkrankenhauses in Hamburg oder zum sozialtherapeutischen Dienst der Freien und Hansestadt Hamburg vermittelt werden.

In Zukunft wird der Schwerpunkt in der Weiterentwicklung dieser Arbeit im Bereich der primären Prävention liegen. Die Lerninhalte an der Landesfeuerweherschule sollen ausgeweitet werden, Einsatzführungsdienste und Notärzte weiter für dieses Thema sensibilisiert werden.

Aber auch die Einrichtung von Qualitätszirkeln zur Erhaltung und Entwicklung von Standards auch in diesem Bereich ist in der Planung.

Thomas Mitschke

Statement der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“ an der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz am 14. und 15. November 2000 in Ahrweiler

Spätestens seit dem ICE-Unglück in Eschede 1998 wurde bei allen in der Gefahrenabwehr arbeitenden Organisationen die Frage nach der psychosozialen Betreuung ihrer Helfer erneut aufgeworfen.

Das Technische Hilfswerk hat für seine ehrenamtlichen Helfer im Auslandseinsatz schon früh (ca. 1991) die psychosoziale Betreuung sichergestellt.

Ein bundesweit einheitliches Konzept zur psychosozialen Betreuung für THW-Helfer im Inlands-Einsatz ist noch zu erarbeiten. Hierbei spielt der Organisationsaufbau – Hauptamt/Ehrenamt des THW eine wesentliche Rolle.

Bis zur Vorlage von wissenschaftlichen Ergebnissen auf dem Gebiet der psychosozialen Betreuung wird das THW als Übergangslösung ein mehrstufiges Konzept umsetzen:

1. Aus jedem THW-Geschäftsbereich (zuständig für ca. 8 Ortsverbände) werden mindestens vier einsatzerfahrene Helfer als Peers ausgebildet. Sie nehmen an entsprechenden Einsätzen teil und können so im Einsatz als „Frühwarnsystem“ fungieren. Ein Debriefing wird nach solchen Einsätzen vorgegeben. Die Beteiligung der ehrenamtlichen Helfer ist freiwillig. Bei Bedarf wird professionelle Hilfe hinzugezogen.
2. Auf der Ebene der Landes-/Länderverbände werden Mitarbeiter für die Thematik „psychosoziale Betreuung“ durch Ausbildung sensibilisiert. Diese Ausbildung wird nicht vertieft, sondern soll die Mitarbeiter auf eine „Verständnisebene“ bringen, die ihnen die Vermittlung von professioneller Hilfe erleichtert. Gleichzeitig sind sie Multiplikatoren, die einem „outen“ dieses Themas im haupt- und ehrenamtlichen Bereich vorbeugen sollen.
3. Das THW wird in seiner Ausbildung von Führungspersonal die Thematik „psychosoziale Betreuung“ aufnehmen, um auch auf die-

ser Ebene zu sensibilisieren. Dabei wird eine Brücke zum ea. Helfer gebaut, der als Peer ausgebildet wurde.

4. Bei Bedarf wird die THW-Leitung unterstützend beraten, um Fachleute einzuschalten. Auch hier werden die ha. Mitarbeiter entsprechend geschult.

Wie eingangs erwähnt, liegen keine umfangreichen Studien über Stressbewältigung, Stressreaktionen bis hin zu Traumafolgen vor. Zu bestimmten Fragestellungen, Berufsgruppen und Ereignisklassen fehlen für Deutschland gänzlich Materialien; vorhandene Auslassungen entbehren häufig jeglicher methodischer Qualität und können weder als Grundlage für Bedarfs-, Präventions- oder Interventionsplanung noch als Basis inhaltlicher Überlegungen dienen.

Die BA THW legt deshalb großen Wert auf die Durchführung der Datenerhebung über die Methodik für die psycho-soziale Betreuung von Einsatzkräften des Katastrophenschutzes nach Extremsituationen am Beispiel der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk.

Nach Auffassung der verschiedensten Experten und Praktiker in den Gebieten Krisenintervention, Psychotraumatologie und Notfallpsychologie besteht mit Sicherheit Handlungsbedarf für Opfer und Helfer. Die Meinungen darüber, wie die professionellen und strukturellen Versorgungsstrukturen aussehen sollten, gehen weit auseinander, u.a. auch deshalb, weil gesicherte epidemiologische Daten über die Häufigkeit welcher Ereignisfolgen fehlen. Allgemeine Aussagen werden aus einzelnen Ereignisklassen abgeleitet; einzelne Experten haben in bestimmten Ereignisklassen Erfahrungen gesammelt, die häufig generalisiert werden, ohne dass wissenschaftliche Datenerhebungen vorliegen. Die Frage, welche Reaktionen und Folgen allen Extremexpositionen gemeinsam seien und welche gemeinsame Interventionsstrategien naheliegen könnten, ist ungeklärt.

Die kontroverse Diskussion über die Effizienz nach welcher Methode ein Debriefing (z. B. nach Mitchell oder Foa) als Bestandteil der psycho-sozialen Betreuung durchgeführt wird ist nur ein Beispiel.

Zur Zeit wird flächendeckend in Maßnahmen investiert, von denen ungeklärt ist, ob sie effektiv und nützlich sind. Auf der Ebene der Prävention muss geklärt werden, welches Ausmaß an Ausbildung, Weiterbildung sowie Einsatzvorbereitung, Einsatzdurchführung und -nachbereitung geleistet werden muss, damit die Ereignisfolgen nach Extremsituationen für Helfer des Katastrophenschutzes tatsächlich verhindert werden oder auf ein Minimum reduziert werden können.

Mit anderen Worten, die Gewinnung von wissenschaftlich fundierten Daten als Bestandteil der psycho-sozialen Betreuung zur Vorsorge von gesundheitlichen Folgeschäden für die Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes.

Ziel des Forschungsvorhabens ist die Schaffung von wissenschaftlich fundierten Grundlagen für die psycho-soziale Betreuung von Helfern des Katastrophenschutzes. Somit würden erstmals in Deutschland zeitgemäße Daten vorliegen, die auf forschungsbezogenen Qualitätskriterien beruhen, die gesicherte Aussagen z.B. über die Replizierbarkeit durch standardisierte Masse, Kontrollgruppen, präpost Messungen, Messung zu mehreren Zeitpunkten, prospektive Langzeitstudien und Katamnesen beruhen. Dadurch könnten die einsatzvorbereitenden, einsatzbegleitenden und einsatznachbereitenden Maßnahmen zur Stressbewältigung, Stressreaktionen bis hin zu Traumafolgen optimiert und die potenziellen Folgen, die teilweise verhängnisvolle Kettenreaktionen bei den Betroffenen auslösen, minimiert werden.

Für die BA THW stehen dabei insbesondere präventive Maßnahmen der Prophylaxe im Mittelpunkt des Interesses bezogen auf die spezifische Zielgruppe tendenziell einsatzunerfahrener ehrenamtlicher Helfer/-innen.

Werner Müller

Das Mediatorenmodell der Malteser

Die Einsatzkräfte von Rettungsdienst, Feuerwehr, THW und anderer Fachdienste sind bei ihren Einsätzen in kürzester Zeit einem Höchstmaß an psychischem Druck ausgesetzt und müssen dabei häufig eine hohes Maß an körperlicher und geistiger Leistung vollbringen. Besonders belastend sind nicht nur Großschadensereignisse, sondern häufig auch alltägliche Einsatzsituationen, die besonders ungewöhnlich oder kritisch verlaufen und die Emotionen besonders ansprechen. Dabei können auch gut ausgebildete und erfahrene Einsatzkräfte sehr schnell an die Grenze ihrer Belastbarkeit stoßen und typische Stressreaktionen zeigen. Gefährlich wird diese „normale“ Stressreaktion nur dann, wenn die Einsatzkräfte nicht in der Lage sind, in geeigneter Form damit umzugehen bzw. wenn eine Aufarbeitung solch kritischer Einsätze unterbleibt.

Um dem Helfer ein umfassendes Unterstützungssystem zur Verfügung zu stellen, sind – wissenschaftlich begründet – drei ineinandergreifende Maßnahmebündel von Bedeutung:

1. Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten
2. Unterstützung im Umfeld der alltäglichen Einsatzereignisse
3. Strukturierte Einsatznachsorge bei kritischen Einsatzereignissen

Die Malteser haben aus der Praxis für die Praxis ein System entwickelt, dass allen Aspekten Rechnung trägt und die Maßnahmen aufeinander abgestimmt.

1. Stärkung der Bewältigungsfähigkeit

Für Einsatzkräfte ist es von besonderer Bedeutung, mit Stressreaktionen umgehen zu können und einen Weg zu finden, ihre Belastungserlebnisse besser aufzuarbeiten. Um sie hierbei zu unterstützen, wurden zielgruppenspezifische Fortbildungseinheiten zu den Themenbereichen Stress und Stressbewältigung, Psychotraumatologie und Kommunikation entwickelt, die sowohl lernziel- als auch verhaltenensorientiert ausgerichtet sind. Die Seminare bieten die Malteser auch für Nichtmalteser an.

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen des Fachpersonals der Malteser werden ständig fortentwickelt, um sicherzustellen, dass die

notwendigen Grundkenntnisse bei allen neuen Einsatzkräften vorhanden sind.

2. Unterstützungsangebote im Umfeld der alltäglichen Einsatzereignisse

Um bei den vielen belastenden Einsatzereignissen im Alltag die notwendige Unterstützung sicherzustellen, etablieren die Malteser die Funktion des Mediators (Mittlers) in ihren Wachen. Der Mediator kommt aus dem Kreis der Einsatzkräfte, steht als Gesprächs- und Ansprechpartner zur Verfügung, sorgt für notwendige Fortbildungsangebote und sichert bei Bedarf durch Anforderung die strukturierte Einsatznachsorge. Hierauf wird im Rahmen der Mediatorenausbildung vorbereitet.

Als Mediator ist er zudem in der Lage, ein umfassendes Unterstützungsangebot von der Schuldnerberatung über die Drogenberatung bis hin zur Eheberatung anzubieten.

Die Qualifizierung zum Mediator steht auch anderen Verbänden offen.

3. Strukturierte Einsatznachsorge bei kritischen Einsatzereignisse

Die Malteser bieten einen ständig abrufbaren Einsatznachsorgedienst zur qualifizierten, organisationsübergreifenden, psychosozialen Betreuung und Begleitung von Einsatzkräften nach kritischen Einsatzsituationen an.

Die Angebote der Einsatznachsorge nach Mitchell im Einzelnen:

1. Beratung von Einsatzleitern während und nach Einsätzen
2. kurzfristige psychosoziale Betreuung von Einsatzkräften unmittelbar nach kritischen Einsatzereignissen (defusing)
3. strukturierte Einsatznachsorgegespräche (debriefing) in den Tagen nach dem Einsatz.

Unsere qualifizierten und speziell geschulten Mitarbeiter arbeiten in interdisziplinären Teams aus Psychologen, Medizinern und Einsatzkräften. Sowohl die Mediatoren als auch alle Teammitglieder haben umfangreiche Einsatzerfahrung im Rettungsdienst oder anderen Einsatzdiensten.

Unsere **bundesweite Zentrale für die Einsatznachsorge** ist rund um die Uhr an 365 Tagen für Sie erreichbar Tel.: **02 28/96 99 20**

Horst Schülke

Statement des Bayerischen Staatsministerium des Innern

ID5-2236.0-44

München, 23. 11. 2000

Im Nachgang zum Workshop Stress im KatS vom 14.11.–15.11.2000 in Ahrweiler darf ich Ihnen noch folgendes Statement unseres Hauses abgeben:

Für Staat und Kommunen stellt sich die gesamte Problematik auf zwei Ebenen dar, nämlich der Notfallseelsorge für Opfer und deren Angehörige und der Stressbearbeitung für Einsatzkräfte, die von Staat und Kommunen im Rahmen der Daseinsfürsorge in den Einsatz geschickt werden.

Die **Notfallseelsorge** Betroffener und Hinterbliebener betrachten wir als Aufgabe der Kirchen und niedergelassener sonstiger „Betreuer“ (Psychiater, Psychologen, Diakone...). In Bayern stellt eine Staatliche Feuerwehrschnule den Kirchen Infrastruktur für Lehrgänge für Notfallseelsorger zur Verfügung. Nur in den allerwenigsten Fällen ist nach einem Ereignis eine sofortige akute notfallpsychologische Betreuung von Opfern und deren Angehörigen so zwingend erforderlich, wie dies im medizinischen Bereich der Fall ist.

Für die von Staat und Kommunen in den Einsatz entsandten Einsatzkräfte liegt der Handlungsbedarf bei der öffentlichen Hand. **Stressbearbeitung** ist als Teil der Einsatzvor- und -nachbereitung zu werten. Genauso wie z. B. der einzelne Feuerwehrmann durch die Ausbildung am Standort oder in speziellen Lehrgängen auf sein Verhalten am Einsatzort und im Gebrauch der Ausstattung vorbereitet wird, ist er auch auf mögliche seelische Probleme vorzubereiten, um Schäden durch den Einsatz möglichst zu vermeiden. Und ähnlich wie nach einem Einsatz Fahrzeug und Gerät gewartet werden müssen, um vorzeitige Reparaturen zu verhindern, kann nach belastenden Einsätzen eine seelische Nachbereitung notwendig werden, um dadurch eine Erkrankung mit teurerer Heilbehandlung weitgehend zu verhindern.

Forschungsaktivitäten, die von der öffentlichen Hand finanziert werden, sollten sich deshalb an den Verantwortlichkeiten der öffentlichen Hand orientieren.

Zur zu Beginn des Workshops angekündigten, aber am Ende dann doch nicht mehr gestellten Frage:

„Welche Prioritäten würden Sie setzen, wenn Sie nur einen bestimmten Betrag für Forschungsvorhaben zur Verfügung hätten?“

Folgende Rangreihenfolge wird für erforderlich gehalten:

1. Repräsentative, möglichst breite epidemiologische Untersuchung auf Vorhandensein von PTSD bei freiwilligen Helfern (Feststellung der Notwendigkeit und Dringlichkeit)
2. Erarbeitung nachgewiesener wirksamer Methoden (Ausbildungssequenzen mit Medien für Helfer und Führungskräfte) der primären Prävention, also von Methoden für Senkung der Vulnerabilität und Steigerung der Stressresistenz bei Helfern und Führungskräften im Rahmen der Ausbildung am Standort oder an den einschlägigen Schulen. Hierzu gehört auch die Entwicklung einer einfachen Stressdiagnostik für die Beurteilung sowohl des eigenen Zustands als auch der Verfassung der Einsatzkräfte im nachgeordneten Bereich, einschließlich einfacher Methoden, negativen Stresserscheinungen bereits während des Einsatzes bei sich selbst und bei anderen zu begegnen. Die Wirksamkeit der Methoden ist auf einer breiten Grundlage zu überprüfen. Nur dann, wenn die Methoden auf der Grundlage einer wirklich repräsentativen, breiten Helferschicht erarbeitet wurden, sind sie gesichert (Handlungssicherheit der Agierenden) und von den Betroffenen auch akzeptiert. Das gilt insbesondere dann, wenn die Forschung ungewöhnliche/unerwartete Maßnahmen zum Ergebnis hat.
3. Erarbeitung nachgewiesener Maßen wirkungsvoller Methoden für den Umgang mit freiwilligen Helfern nach einem belastenden Einsatz zur Wiederherstellung eines möglichst stressfreien Zustands.

Peter Schüssler

Statement der Beratungs- und Koordinierungsstelle „Psychische Einsatzbelastungen und Einsatznachbereitung“ an der Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz

Einsatzkräfte von Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz sind im Rahmen ihrer Tätigkeit zum Teil extremen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Diese Erkenntnis ist nicht neu, scheint sich aber erst in den letzten Jahren bei den Verantwortlichen durchgesetzt zu haben. Bis dahin war die Bewältigungsstrategie recht einfach: Wer in diesem Bereich tätig ist, muss ein „harter Mann“ sein, muss solche Erlebnisse wegstecken können, darf kein „Weichei“ sein. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht verwunderlich, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Betroffenheit der Einsatzkräfte weder in der Ausbildung noch im Einsatzgeschehen eine große Rolle gespielt haben.

Erst der Unfall während des Flugtages am 18. August 1988 in Ramstein hat deutlich gemacht, dass überlebende Opfer, Angehörige von Opfern und die Helfer in der Folge unter zum Teil massiven psychischen Störungen litten, die ursächlich auf den Unfall zurückzuführen waren. Die große Zahl der Betroffenen schloss individualpsychologische Gründe für die Traumatisierung aus.

Um hier einen Ansatz für präventive Maßnahmen zu finden, musste zunächst geklärt werden, welche psychischen Traumata nach belastenden Einsätzen erwartet werden müssen. Das im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychiatrischer Erkrankungen IV“ (DSM IV) beschriebene Krankheitsbild der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) war am besten geeignet, die psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse zu beschreiben. Die Definition des Traumas als Ereignis, bei dem eine Person den drohenden oder tatsächlichen Tod oder die ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen erlebt oder beobachtet, schloss erstmals die Helfer in den Kreis der Betroffenen ein. Da Angehörige der Feuerwehr, des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes häufig mit solchen Situationen konfrontiert sind, konnte erwartet werden, dass dieser Personenkreis eine Hochrisikopopulation für das Auftreten von PTBS darstellt. Tatsächlich konnte das Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik

der Universität Trier (FPP) in einer vom Land Rheinland-Pfalz finanzierten und von der LFKS unterstützten Studie nachweisen, dass 18,24 % der Angehörigen der rheinland-pfälzischen Berufsfeuerwehren zum Untersuchungszeitpunkt alle Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten. Damit war klar, dass präventive Maßnahmen sich daran messen lassen müssen, ob sie geeignet sind, posttraumatische Belastungsstörungen zu verhindern oder zumindest in ihrer Ausprägung zu mildern.

Gemeinsam mit dem FPP wurde ein Drei-Stufen-Konzept entwickelt, das Maßnahmen im Rahmen primärer und sekundärer Prävention und der Psychotherapie vorsieht. Zur wissenschaftlichen Absicherung dieses Modells werden derzeit mehrere Studien durchgeführt. Die ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass verschiedene präventive Maßnahmen das Auftreten von PTBS reduzieren.

In einer von Staatsminister Walter Zuber initiierten und von der LFKS am 14. November 1998 im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz durchgeführten Fachtagung mit dem Titel „Wenn es auf der Seele brennt“ wurde der Fachöffentlichkeit der Stand von Forschung und Praxis auf dem Gebiet der Einsatznachbereitung vorgestellt. In seiner Ansprache während der Tagung erteilte Staatsminister Zuber der LFKS den Auftrag, eine Beratungs- und Koordinierungsstelle einzurichten, die folgende Aufgaben wahrnehmen soll:

- **Entwicklung von Ausbildungskonzepten im Rahmen der Prävention**

Alle Einsatzkräfte sollen im Rahmen ihrer Ausbildung am Standort umfassend über die Folgen psychisch belastender Einsätze informiert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Ausbilder (Mediatoren) entsprechend geschult sein. Dazu werden entsprechende Ausbildungsunterlagen (Lehrblätter, Foliensätze) entwickelt, die den Mediatoren nach einem Einführungsseminar zum Thema Stressbewältigung zur Verfügung gestellt werden. Für die Führungskräfte werden Lehrgänge angeboten, die sie in die Lage versetzen sollen, psychische Belastungen im Einsatz zu erkennen und zu reduzieren. Dazu gehört die Vermittlung von Techniken zur Stressreduzierung im Einsatzgeschehen und die Gesprächsführung nach solchen Einsätzen. Das Erkennen der Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen ist ein weiteres Ausbildungsziel (Lehrgänge „Menschenführung“ und „Krisenintervention“).

- **Weiterentwicklung bestehender Ausbildungsangebote in Form von Lehrgängen, Seminaren und Vorträgen**

Bereits heute gehören Lehrgänge wie „Menschenführung“ und „Krisenintervention“ zum Lehrgangsangebot der LFKS. Dieses Angebot wird durch die Beratungs- und Koordinierungsstelle zukünftig bedarfsgerecht erweitert. Bedarfsgerecht heißt in diesem Zusammenhang: Lehrgänge und Seminare, die an den Wünschen und Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert sind. Denkbar sind z.B. weiterführende Seminare zum Thema psychische Einsatzbelastungen auf der Grundlage der Standortausbildung oder ein Aufbaulehrgang „Menschenführung II“. Dieser Wunsch wurde schon häufig an die LFKS herangetragen. Für weitere Vorschläge sind wir dankbar.

- **Konzeption und Durchführung eines Seminars für die Anbieter von Hilfsmaßnahmen, in dem die Strukturen der Gefahrenabwehr vermittelt werden**

Eine Umfrage des Ministeriums des Innern und für Sport im Frühjahr 1998 hat ergeben, dass es bereits zahlreiche Angebote zur Einsatznachbereitung im Land gibt. Die Anbieter kommen aus unterschiedlichen Bereichen. Seelsorger, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter sind neben Gemeindereferenten, Führungskräften der Organisationen und Kriseninterventionsteams tätig. Für diesen Personenkreis soll ein Angebot geschaffen werden, das über die Strukturen der Gefahrenabwehr informiert und Möglichkeiten und Grenzen der unterschiedlichen Angebote aufzeigt (Strukturseminar Gefahrenabwehr).

- **Durchführung von Veranstaltungen, die über die Entwicklungen auf diesem Gebiet informieren und als Forum für die Diskussion zwischen den Beteiligten dienen**

Die Vielfalt der bereits bestehenden Angebote in Rheinland-Pfalz ist nicht unproblematisch. Viele der Anbieter formulieren eigene Ziele für ihre Arbeit mit den Einsatzkräften und wenden unterschiedliche Methoden an. Aufgabe der Beratungs- und Koordinierungsstelle in diesem Zusammenhang soll es sein, den Anbietern ein Forum zu bieten, auf dem Lösungsansätze vorgestellt und diskutiert werden können und die wissenschaftliche Begleitung anzubieten. Nur auf diesem Wege kann es auf Dauer gelingen, die Anbieter davon zu überzeugen, gesicherte Methoden anzuwenden

und sich den Strukturen der nicht polizeilichen Gefahrenabwehr anzupassen. Eine andere Möglichkeit, steuernd auf die bestehenden und noch zu erwartenden Hilfsangebote einzuwirken, besteht nicht. Das liegt vor allem daran, dass die kommunalen Aufgabenträger frei in der Entscheidung sind, wen sie für diese Aufgabe zulassen.

- **Beratung der kommunalen Aufgabenträger bei der Schaffung von örtlichen Hilfsangeboten**

Die Bewältigung der Folgen psychisch belastender Einsätze gehört zu den Aufgaben der kommunalen Aufgabenträger für den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz bzw. der jeweiligen Arbeitgeber (z.B. Rettungsdienst, Gesundheitsbereich). Wenn ein Aufgabenträger es wünscht, kann die Beratungs- und Koordinierungsstelle beraten und Entscheidungshilfen geben, wie ein entsprechendes Angebot für die Einsatzkräfte geschaffen werden kann. Die Beratungs- und Koordinierungsstelle wird sich dabei an den Ergebnissen der durch das Land finanzierten wissenschaftlichen Studien orientieren und eng mit Kirchen und Verbänden zusammenarbeiten. Ziel soll es sein, bei allen Angeboten Standards einzuhalten, die zwischen den Beteiligten vereinbart wurden.

- **Vermittlung konkreter Hilfe, wenn vor Ort kein Hilfsangebot besteht**

Derzeit bestehen nicht in allen Kommunen strukturierte Angebote. Die Beratungs- und Koordinierungsstelle steht den Aufgabenträgern, die nicht über eigene Hilfsangebote verfügen, im konkreten Einzelfall als Ansprechpartner zur Verfügung und vermittelt ein Hilfsangebot.

Damit die Beratungs- und Koordinierungsstelle auf eine möglichst große Akzeptanz stößt, wurden in einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Konzeption auf der Grundlage des Auftrages von Herrn Staatsminister Walter Zuber alle in der Gefahrenabwehr tätigen Organisationen eingebunden. Darüber hinaus wurden auf dem Gebiet der psychologischen Einsatznachbereitung tätige Fachleute und Vertreter der Kirchen um ihre Unterstützung gebeten.

In insgesamt sechs mehrstündigen Sitzungen und einem ganztägigen Workshop wurde von der Arbeitsgruppe die Konzeption für die

Beratungs- und Koordinierungsstelle erarbeitet. Auf der Grundlage dieser Konzeption hat die Beratungs- und Koordinierungsstelle am 25. Mai 2000 offiziell ihre Arbeit aufgenommen.

Peter Schüssler, Dieter Wagner

Statement zum Workshop „Stress im Katastrophenschutz“

Trier und Koblenz, den 30. 11. 2000

Bezugnehmend auf den Workshop „Stress im KatS“ vom 14.– 15. 11. 2000 in der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz möchten wir folgendes Statement abgeben:

1. Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörung

Voraussetzung für die wissenschaftliche Evaluation von Methoden der sekundären Prävention von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Hochrisikopopulationen wie Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Technisches Hilfswerk ist ein umfassendes Wissen über die Auftretenshäufigkeit von PTBS bei solchen Stichproben. Die Konzeption von Evaluationsstudien ist abhängig von Anzahl der erkrankten Personen innerhalb einer Population. Während verlässliche Daten für die Berufsfeuerwehr (Wagner et al., 1998), für die Polizei und für andere spezifische Berufsgruppen existieren, fehlen solche Daten insbesondere für den Rettungsdienst und für freiwillige Helfer. Unklar ist weiterhin, ob es regionale Unterschiede gibt und welche spezifischen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Erkrankung erhöhen. Derzeit laufen einige Studien in unserem Institut, die die Frage der Risikofaktoren spezifischer beleuchten. Insbesondere möchte ich in diesem Zusammenhang auf eine prospektive Längsschnittstudie bei jungen, unerfahrenen Feuerwehreinsatzkräften hinweisen, die über einige Jahre hinweg diagnostisch begleitet wurden. Diese Untersuchung befindet sich im Moment in der Auswertungsphase und wird wertvolle Hinweise zu dieser Thematik liefern.

2. Evaluation einer sekundären Prävention von PTBS bei Einsatzkräften der Feuerwehr

Bisher ist lediglich ein Verfahren zur sekundären Prävention von PTBS bei Frauen nach einer Vergewaltigung wissenschaftlich evaluiert worden (Foa et al., 1995). Diese Kurzintervention besteht aus vier Sitzungen im Einzelsetting. Bereits 1997 wurde dieses Konzept von unserer Arbeitsgruppe für Einsatzkräfte der Feuerwehr adaptiert. Bei einigen Probanden wurde dieses Konzept bereits erfolgreich angewandt. Allerdings konnten nicht genügend Versuchspersonen für diese Untersuchung rekrutiert werden, sodass eine umfassende Evaluation

bisher nicht durchgeführt werden konnte. Ein solches Vorhaben hat aus unserer Sicht nur Sinn, wenn es in einem größeren Rahmen durchgeführt werden würde.

Andere Verfahren zur sekundären Prävention konnten bisher nicht den Beweis einer Effektivität erbringen. Insbesondere das häufig angewandte Critical Incident Stress Debriefing (nach Mitchell) wird in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Bisher konnte keine klinische Effektivität bezüglich der Symptombelastung nachgewiesen werden (Wagner et al., 1999)

Aufgrund unserer mehrjährigen Erfahrung in diesem Bereich scheint es erforderlich zu sein, multizentrisch und bundesweit mit Unterstützung möglichst aller Hilfsorganisationen an diese Problematik heranzugehen. Regionale Versuche würden höchstwahrscheinlich an einer zu geringen Stichprobengröße scheitern. So könnte in einer groß angelegten Studie nicht nur die Effektivität der verschiedenen Programme evaluiert werden, sondern Empfehlungen ausgesprochen werden, bei wem zu welchem Zeitpunkt welche Intervention erfolgsversprechend sein würde.

Das Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier sieht sich in der Lage, dieses Forschungsvorhaben mit zu begleiten und die langjährige Forschungserfahrung mit in dieses Projekt einfließen zu lassen. Darüber hinaus stehen approbierte psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung, die über Erfahrung im Bereich der Evaluationsforschung verfügen. Den Praxisbezug gewährleistet die langjährige, bewährte Zusammenarbeit mit der Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz sowie die guten Kontakte mit zahlreichen kommunalen Feuerwehren und Hilfsorganisationen in Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Nordrhein-Westfalen.

3. Ist-Analyse des aktuellen Forschungsstandes

Der Workshop in Ahrweiler hat gezeigt, dass die Informationen über den aktuellen Forschungsstand bei Aufgabenträgern (Bund, Länder, Gemeinden) und Anbietern (Notfallseelsorge, CISD-Teams, Hilfsorganisationen usw.) uneinheitlich ist. Auch die Literaturübersicht der Katastrophenschutzforschungsstelle der Universität Kiel bietet Informationen nur bis 1997. Um die vorhandenen Mittel gezielt einsetzen zu können und Forschungen in Bereichen zu vermeiden, die bereits ausreichend evaluiert sind, schlagen wir eine Ist-Analyse des aktuellen Forschungsstandes vor. Dies könnte mit Hilfe einer Datenbank den auf diesem Gebiet tätigen Experten zugänglich gemacht werden.

4. Präventionskonzepte

Der Workshop hat auch gezeigt, dass auf dem Gebiet der primären und sekundären Prävention Angebote vorhanden sind, die sich teilweise sehr ähneln. So wurden mehrere Konzepte der Multiplikatoren-Ausbildung vorgestellt, die inhaltlich fast gleich sind. Auch hier scheint eine synoptische Darstellung der vorhandenen Konzepte sinnvoll. Sie würde verhindern, dass an vielen Stellen die gleiche Arbeit getan wird. Darüber hinaus würde die Vereinheitlichung präventiver Konzepte die Evaluation ihrer Wirksamkeit erheblich erleichtern. Wenn sich die Anbieter dieser Konzepte auch noch verständigen könnten, entsprechende Curricula, Lehr- und Lernunterlagen zu entwickeln bzw. vorhandene zu vereinheitlichen, wäre auch hier ein gezielter Einsatz von Mitteln möglich. Eine solche synoptische Darstellung könnte durch die Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz geleistet werden.

Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 948–955.

Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1998). Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727–1732.

Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1999). Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 1/99, 31–39.

Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule Rheinland-Pfalz (1998). Referateband der Fachtagung „Wenn es auf der Seele brennt“.

Dietrich Ungerer

Forschungs- und Klärungsbedarf

1. Vorbemerkungen

Die Kennzeichnungen des Stressverhaltens und der psychischen Stressauswirkungen sind semantisch vielgliedrig und umfassend. Eine terminologische Homogenisierung zeichnet sich allerdings seit einiger Zeit durch die Klassifikation nach dem amerikanischen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ab. Zur Etablierung eines übergreifenden Begriffsverständnisses im Katastrophenschutz sind terminologische Klärungen notwendig.

Außerdem sollten zukünftig vermehrt Ausbildungsmaßnahmen entwickelt werden, die dysfunktionalen Stress und posttraumatische Belastungsstörungen verhindern. Daher ist eine Panoramaerweiterung von der kurativen zur primärpräventiven Betrachtungsweise anzustreben.

Primärpräventive Ausbildung bedeutet dementsprechend folgendes:

- Reduzierung der Einsatzvulnerabilität
- Erhöhung der Stress- und Traumaresistenz

2. Stressdiagnostik

Die Stressdiagnostik ist einsatzorientiert auszurichten. Differenzierungen nach einzelnen Stressprofilen (z.B. akuter Stress, dysfunktionaler Stress, traumatisierender Stress, posttraumatische Belastungsstörung) sind unerlässlich. Die jeweiligen Symptome und Verhaltensbesonderheiten der jeweiligen Stressprofile sind einsatznah und einsatzpraktisch zu bestimmen.

Hilfreich für sämtliches Einsatzpersonal ist eine Liste mit **Vorwarnsymptomen**, um die einzelnen Stresszustände rechtzeitig ausmachen zu können. Gleichzeitig lassen sich dazu auch Maßnahmen entwickeln, um den weiteren Stressverlauf zu dämpfen oder abzustoppen.

3. Transfer von bewährten Maßnahmen

Polizei, Bundeswehr, Feuerwehr u.a. haben bereits anspruchsvolle Ausbildungs- und Debriefing-Programme zur Verfügung. Der Transfer in den Katastrophenschutz wäre zu überprüfen. Allerdings sind dabei die speziellen Einsatzbedingungen der einzelnen Einrichtungen zu beachten.

Parallelforschungen könnten dadurch weitgehend vermieden werden. Das hält die Kosten in Grenzen.

4. Traumagenerierungen

Zu klären ist, unter welchen Einsatzbelastungen einzelne Stresszustände und speziell Psychotraumen entstehen können. Dazu sind die Einsatzbelastungen und die Einsatzbiographien des Personals eingehender zu analysieren. In diesem Zusammenhang wäre eine Klassifizierung der Einsatzrisiken möglich. Risikofaktoren für Stress und Psychotrauma sind damit bestimmbar. Eine präventiv ausgerichtete Ausbildung ist dadurch zu bereichern. Ebenso wäre damit ein Kriterienkatalog für eine gezielte Auswahl des Einsatzpersonals möglich.

5. Einsatzspezifische Programme

Entwickelt werden müssten einsatzspezifische Beratungs-, Betreuungs- und Nachsorgeprogramme. Sie müssten so konzipiert sein, dass ihre Verfahren von den aktuellen Belastungsereignissen der Betroffenen aus angewandt werden können. Sie sollten von den besonderen Gefahrenereignissen der jeweiligen Einsätze ausgehen.

Bedrohliche Ereignisse werden unterschiedlich wahrgenommen und empfunden. Weltanschauung, Menschenbild, Kultur, aktuelles Umfeld u.v.m. spielen dabei eine oft ausschlaggebende Rolle. Zu pauschalisiert laufen die einzelnen Programme der psychosozialen Notfallversorgung noch ab.

Einsatzspezifische Beratungs-, Betreuungs- und Nachsorgeprogramme können nur von solchen Experten umgesetzt werden, die die Besonderheiten der Einsätze genau kennen. Fachwissen, das extern auf die Lage projiziert wird, hilft nur wenig.

6. Stress im Führungsbereich

Die Stabs- und Führungsarbeit unter hohen Belastungen ist näher zu klären. Im Vordergrund müssten vor allem Stressursachen auf der Führungsebene stehen. Stress- und Traumaresistenz sind demgemäß auszubilden. Außerdem ist der Umgang mit Einsatzkräften, die Verhaltensauffälligkeiten im Einsatz zeigen, besonders intensiv zu erforschen und entsprechend auszubilden.

Hanjo von Wietersheim

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst

Seit 10 Jahren gibt es in Deutschland die Einrichtung der kirchlichen Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst. Diese Arbeit ist nicht auf Bestreben der Kirchen entstanden, sondern sie entwickelte sich aufgrund von Anfragen der Einsatzkräfte der Rettungsorganisationen.

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst hat Pionierarbeit bei der Begleitung der Einsatzkräfte und im Bereich der Stressbearbeitung geleistet. Sie hat sich als eine eigenständige, innovative und zuverlässige Partnerin der Rettungsorganisationen etabliert.

Etliche Rettungsorganisationen haben Seelsorger/innen in ihre eigenen Strukturen integriert, um eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der Einsatzkräfte zu gewährleisten: In den kirchlichen Rettungsorganisationen, den Johannitern und Maltesern, wurden vielerorts die vorhandenen Posten der Standortseelsorger wiederbelebt. Bei den Feuerwehren wurde der Bereich „Fachberater Seelsorge“ oder „Feuerwehrseelsorge“ komplett neu eingerichtet. Die Rettungsorganisationen haben die Erfahrung gemacht, dass hier ein wichtiger Teil der Personalführung durch kompetente Mitarbeiter/innen übernommen werden kann.

Die Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst ist international – vor allem in Form der Feuerwehrseelsorge – weit verbreitet. Weltweit unterstützen Seelsorger/innen mit ihren spezifischen christlich-seelsorgerlichen Möglichkeiten die Einsatzkräfte. Ergänzend zu ihren seelsorgerlichen Möglichkeiten benutzen sie allgemein anerkannte psychologische Methoden, z.B. in Form des Critical-Incident-Stress-Managements nach Mitchell. In Deutschland ist Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst derzeit die am meisten verbreitete Form der psycho-sozialen Begleitung von Einsatzkräften. Allein in Bayern arbeiten ca. 100 Seelsorger/innen nebenamtlich in diesem Bereich. Andere Länder, z.B. Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen können ähnliche Zahlen aufweisen. Hinzu kommen bundesweit über 20 Seelsorger/innen, die hauptamtlich die Einsatzkräfte der Rettungsorganisationen unterstützen.

Die Kirchen haben in beispielhafter Weise auf die Anfragen und Bedürfnisse der Einsatzkräfte reagiert und erbringen seit Jahren erhebliche personelle und finanzielle Leistungen, um die Einsatzkräfte der Rettungsorganisationen in ihren belastenden Tätigkeiten zu begleiten.

Es ist erstaunlich, dass diese Arbeit in keinem der vorgestellten Forschungsprojekte erwähnt, geschweige denn beforscht wird.

In meinem Beitrag möchte ich ihnen die Arbeit der Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst vorstellen.

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst bedeutet in aller Regel eine kontinuierliche Begleitung der Einsatzkräfte durch örtlich zuständige kirchliche Seelsorger/innen, die sich für diese Arbeit speziell qualifizieren.

Fortbildungsseminare werden z.B. an der Staatlichen Feuerweherschule Regensburg regelmäßig durchgeführt. Wie wichtig hierbei die Stressbearbeitung ist, können sie daran sehen, dass alleine 2 Tage des 5-tägigen Seminars für diesen Bereich reserviert sind. Weitere Ausbildungsbereiche sind z.B. die individuelle und personenzentrierte Begleitung einzelner Einsatzkräfte und die Bearbeitung ethischer und religiöser Fragestellungen.

Zielvorstellung der Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst ist nicht der 100-prozentig gestählte Retter, der roboterähnlich jede Stresssituation erträgt, sondern der durch Höhen und Tiefen begleitete Mensch, der bewusst an der richtigen Stelle sein Bestes gibt, um anderen Menschen zu helfen.

Ein besonderer Vorteil der Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst liegt darin, dass die örtlichen Seelsorger/innen die Einsatzkräfte langfristig begleiten und deshalb kontinuierlich und unabhängig von besonderen Ereignissen mit ihnen arbeiten können. Diese langfristige Unterstützung der individuellen Persönlichkeit und die Stärkung des sozialen Umfelds ist im Sinne einer primären Prävention besonders geeignet, um späteren Stresserkrankungen vorzubeugen.

Auf der nachfolgenden Graphik können sie die verschiedenen Bereiche erkennen, in denen Seelsorger/innen für die Einsatzkräfte tätig werden. Ich beschränke mich in meiner Darstellung auf die zentralen und ganz spezifisch seelsorgerlichen Arbeitsformen. Es ist selbstverständlich, dass viele Seelsorger/innen aufgrund ihrer persönlichen Qualifikation ein sehr viel umfangreicheres Angebot für die Einsatzkräfte erbringen.

<p><<< ständige Angebote (Primäre Prävention) >>></p> <p>kontinuierliche Begleitung u. Unterstützung der Einsatzkräfte</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Religiöse Angebote • Personalfürsorge • Unterricht und Information • Abbau von strukturellem Stress

<p>Bedarfsorientierte Angebote (Sekundäre Prävention).</p>	
<p>Begleitung im Einsatz</p>	
<p>Begleitung nach einem belastenden Einsatz oder Ereignis</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Einsatzleitung • Versorgung der Toten • Gesprächspartner • Betreuung Verletzter u. anderer Betroffener 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelgespräche • Einsatzabschluss • Religiöse Angebote

Spezielle Möglichkeiten der Seelsorger/innen in der kontinuierlichen Begleitung der Einsatzkräfte

– Primäre Prävention –

Jede Maßnahme, die den Einsatzkräften hilft, ihren Stresspegel zu kontrollieren, jede Stärkung ihrer Persönlichkeit und jede Stabilisierung des sozialen Umfelds hilft den Einsatzkräften, belastende Ereignisse besser zu verarbeiten.

Seelsorger können helfen durch:

Unterricht und Information über Stressbearbeitung

Personalfürsorge

- Persönlichkeitsentwicklung
- Gesprächsangebote und Beratung
- Dank und Anerkennung für Bereitschaft und geleistete Arbeit
- Stärkung des sozialen Umfelds

Religiöse Angebote (Gottesdienste, Segnungen, Gebete, Gespräche, ...)

- Klärung ethischer und religiöser Fragen
- Kennenlernen und ggf. Einüben religiöser Riten -auch für Krisensituationen
- Klärung von Sinnfragen
- Begleitung im privaten Bereich (Hochzeit, Taufe, Beratung, ...)
- Dank und Anerkennung
- Bestärkung im guten Tun

Abbau von strukturellem Stress

- Vermittlertätigkeit bei organisationsinternen Auseinandersetzungen
- Unterstützung einer familienverträglichen (ehrenamtlichen) Arbeit
- Mitgestaltung eines gutes Betriebsklimas

Information über wichtige Ereignisse

Ergänzende Angebote

Umgang mit Menschen unter Stress, Menschenführung, Tod und Sterben, Familien- und Partnerschaftsprobleme, Ruhestandsplanung, Umgang mit einschneidenden Lebensereignissen,...

Spezielle Möglichkeiten der Seelsorger/innen bei der Unterstützung der Einsatzkräfte im Einsatz – Sekundäre Prävention –

Normalerweise brauchen die Einsatzkräfte im Einsatz keine besondere Unterstützung. Sie haben ihre speziellen Aufgaben und sind durch ihre Konzentration, durch die Zusammenarbeit und durch geübte vorstrukturierte Tätigkeitsabläufe gut vor stressbedingten Ausfällen geschützt.

Wir haben aber die Erfahrung gemacht, dass die Präsenz speziell ausgebildeter Seelsorger/innen an der Einsatzstelle hilfreich sein kann in den folgenden Bereichen:

Unterstützung der Einsatzleitung bei der stressarmen Einsatzgestaltung

- Beobachten der Expositionsdauer der Einsatzkräfte
- Erkennen von Stressreaktionen
- Mithilfe bei der Ablösung

Versorgung der Toten

- Gebete
- Totenwache

Hilfe beim gefühlsmäßigen Abschluss des Einsatzes für die Einsatzkräfte

- Segnung
- gemeinsames Gebet

Gesprächspartner in Rekreationsräumen und an Versorgungsstellen

Unterstützung einer sinnvollen inoffiziellen Kommunikation

- zwischen den Einsatzkräften
- von den Einsatzkräften nach Hause

Entlastung der Einsatzkräfte

- Betreuung Verletzter und anderer Betroffener

Spezielle Möglichkeiten der Seelsorger/innen bei der Begleitung der Einsatzkräfte nach einem belastenden Ereignis – Sekundäre Prävention –

Einzelgespräche mit Einsatzkräften

- gegebenenfalls mehrere Gespräche
- kurzer Weg zum örtlichen Seelsorger

Einsatzabschluss im Gerätehaus

- Stressabbau für den gerade beendeten Einsatz
- Stimmungsbild der ganzen Wehr oder einzelner Einsatzkräfte
- Informeller Unterricht für Neulinge: Warum haben wir was gemacht?
- Berichte über alte Einsätze (einschließlich Stressbearbeitung)
- Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und der Kameradschaft

Im Landkreis Kitzingen haben wir gute Erfahrungen mit der folgenden Regelung gemacht:

1. Die Feuerwehrseelsorger werden mit ihren Feuerwehren alarmiert und rücken zusammen mit ihnen aus.
2. Die Feuerwehrseelsorger werden während des Einsatzes aus ihrer Wehr herausgelöst und erfüllen unter der Leitung eines lfd. Notfallseelsorgers Aufgaben im Bereich der Notfallseelsorge und der Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst.
3. Die Feuerwehrseelsorger rücken zusammen mit ihrer Wehr wieder ein, um am Einsatzabschluss in ihrem jeweiligen Gerätehaus teilzunehmen.
4. Falls ein SBE-Gespräch vereinbart wird, gehört der Feuerwehrseelsorger zu den teilnehmenden Einsatzkräften und keinesfalls zum SBE-Team.

Dieses Modell setzt natürlich voraus, dass möglichst jede Feuerwehr einen eigenen Feuerwehrseelsorger hat. Aber auch die Teilnahme eines gut bekannten Feuerwehrseelsorgers einer anderen Wehr an dem Einsatzabschluss wird gut akzeptiert.

In das Gespräch können die Feuerwehrseelsorger Elemente von stressbearbeitenden Methoden einfließen lassen. Die Nähe zum SBE-Einsatzabschluss ist deutlich zu sehen.

Religiöse Angebote (Andachten, Gebete, Beerdigungen, ...)

- Sinnfragen können gestellt und ggf. beantwortet werden
- Trauer bekommt ihren anerkannten Platz darf gezeigt werden

- eingeübte Rituale helfen auf dem Weg zurück zur Normalität
- der Einsatz - und gegebenenfalls auch die Toten - werden gefühlsmäßig abgegeben
- Dank und Anerkennung
- Bestärkung im guten Tun

Die Zusammenarbeit von Seelsorger/innen und Rettungsorganisationen hat viele Vorteile:

- In ländlich strukturierten Gebieten sind die Kirchen die einzigen Organisationen, die kostengünstig und flächendeckend geschultes Personal zur Verfügung stellen können, um eine kontinuierliche Begleitung der Einsatzkräfte zu realisieren.
 - Die Seelsorger/innen wohnen am Ort. Es entwickelt sich über die Jahre eine persönliche Beziehung zu den Einsatzkräften, die im Krisenfall ein wichtiger stabilisierender Faktor ist.
 - Örtliche Seelsorger/innen garantieren Kontinuität in Vorbereitung, Einsatz und Nachbereitung.
 - Örtliche Seelsorger/innen begleiten die Einsatzkräfte auch außerhalb der Rettungsorganisation. Durch Begleitung, Beratung und Hilfe im familiären Bereich (Taufe, Trauung, Beerdigung, Beratungsgespräche,...) wird eine intensive Unterstützung der Einsatzkräfte erreicht.
 - Die Seelsorger/innen sind verschwiegen. Das Beichtgeheimnis hat einen im Grundgesetz verankerten Schutz, der absolute Vertraulichkeit auch bei polizeilichen Ermittlungen garantiert.
- Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst zielt vor allem darauf, die Persönlichkeit der Einsatzkräfte und ihr soziales Umfeld zu stärken. Im Innenbereich der Organisationen arbeitet sie darauf hin, die Arbeitsbedingungen für die Einsatzkräfte besser, d.h. menschlicher zu gestalten. Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst hat eigene, ganz spezielle Möglichkeiten, benutzt aber auch allgemein anerkannte prätherapeutische Methoden der Stressbearbeitung. Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst ist nicht geeignet, grundsätzliche Fehler und Versäumnisse der Rettungsorganisationen oder der einzelnen Einsatzkräfte zu kompensieren.
- Die Rettungsorganisationen müssen in je ihrem Bereich dafür sorgen, dass struktureller Stress abgebaut wird und Angebote des Stressmanagements für ihre eigenen Einsatzkräfte konzipieren und durchführen.

- Die Einsatzkräfte müssen lernen, ihren persönlichen Stress zu kontrollieren, Entspannungstechniken anwenden, sie müssen sich aktiv an Fortbildungen und an der Arbeit innerhalb ihrer Organisation beteiligen.

Dieses vielfältige innerorganisatorische, örtliche und individuelle Stressmanagement muss ergänzt werden durch überörtliche, organisationsübergreifende Strukturen, z.B. durch SBE-Teams, durch Ausbildungsangebote für Seelsorger/innen und andere Fachkräfte und durch Netzwerke psychologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachkräfte, die qualifiziert die Beratung und Therapie einzelner Einsatzkräfte nach belastenden Ereignissen übernehmen können. Nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten und durch das Angebot verschiedener ineinandergreifender Methoden wird letztendlich erreicht werden können, dass die Menschen, die uns anvertraut sind, künftig weniger unter Stress zu leiden haben.

Die notwendige Forschungsarbeit sollte jetzt schon realisierbare Verbesserungen nicht blockieren. Deshalb sehe ich die wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre in den folgenden Bereichen:

1. Integration des Stressmanagements in die Einsatzorganisation und die Aus- und Fortbildung der Rettungsorganisationen.
2. Abbau des organisationsinternen Stresses innerhalb der Rettungsorganisationen.
3. Aufbau organisationsübergreifender Strukturen und Netze (SBE-Teams, psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Fachkräfte)
4. Intensive Fortbildung örtlicher Seelsorger/innen und ähnlicher Fachleute und ihre weitere Integration in die Rettungsorganisationen.

Teilnehmerliste

Christine Baumdick

c/o Sächsisches Staatsministerium des Innern
Wilhelm-Buck-Str. 2
01097 Dresden
Tel.: 0351/5643411
Fax: 0351/5643409-3924
Mail: christine.baumdick@smi.sachsen.de

Professor Dr. Dr. J. Bengel

Albertus-Ludwigs-Universität Freiburg
Psychologisches Institut
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
Belfortstr. 16
79085 Freiburg
Tel.: 0761/2032122
Fax: 0761/2033046
Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. Karin Braun

Tel.: 01888/358 5612
Mail: Karin.Braun@bva.bund.de

Angela Clemens-Mitschke

Tel.: 01888/358 5376 Fax: 01888/358-5880
Mail: Angela.Clemens-Mitschke@bva.bund.de

Diethard Klitsch

Tel.: 01888/358 5385 Fax: 01888/358-5880
Mail: Diethard.Klitsch@bva.bund.de
c/o Bundesverwaltungsamt
– Zentralstelle für Zivilschutz –
Deutschherrenstr. 93–95
53177 Bonn

Dr. Olaf von Brevern

c/o Innenministerium des Landes
Mecklenburg-Vorpommern
Arsenal am Pfaffenteich
Karl-Marx-Str. 1
19055 Schwerin
Tel.: 0385/5882070
Fax: 0385/5882074
Mail: II7@im.mv-regierung.de

Dipl.-Psych. E. Bröstler

c/o Grenzschutzpräsidium Süd
Infanteriestr. 6
80797 München
Tel.: 089/12149(0)302

Professor Dr. Willi Butollo

Institut für Psychologie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstr. 13
80802 München
Tel.: 089/21805172 089/21805173
Fax: 089/21805224
Mail: butollo@psy.uni-muenchen.de

Professor Dr. Lars Clausen

c/o Katastrophenforschungsstelle
Christian-Albrechts-Universität
Olshausenstr. 40
24098 Kiel
Tel.: 0431/880-2167
Fax: 0431/8803467
Mail: lclausen@soziologie.uni-kiel.de
Protokollant: Herr Voss
Tel.: 0431/93586
Fax: 0431/93586
Mail: soziologie-kiel@gmx.de

MinR'n Beate Coellen

c/o Ministerium des Innern des Landes Brandenburg
Postfach 601165
14411 Potsdam
Tel.: 0331/8662340
Fax: 0331/291204
Mail: beate.coellen@mi.brandenburg.de

Ulrich Cronenberg

c/o DRK-Zentrum
Auf dem Steinbüchel 22
53340 Meckenheim
Tel.: 0228/5412338
FaX. 0228/5412341
Mail: cronenbu@rotkreuz.de

BauD Dipl.-Ing. Horst-E. Dolle

c/o Staatliche Feuerweherschule Geretsried
Sudetenstr. 81
82538 Geretsried
Tel.: 08171/34950
Fax: 08171/3495120
Mail: sfs-g@t-online.de

Dr. Wolf R. Dombrowsky

c/o Katastrophenforschungsstelle
Christian-Albrechts-Universität
Olshausenstr. 40
24098 Kiel
Tel.: 0431/880-2167
Fax: 0431/8803467
Privat-Tel.: 0421/4984348
Mail: wdombro@kfs.uni-kiel.de
Privat-Mail: wdombro@aol.com

Gregor Domes

c/o Eberhard-Karl-Universität Tübingen
 Psychologisches Institut
 TAPN Tübinger Arbeitsgruppe für
 Psychotraumatologie
 Stäudach 36
 72074 Tübingen
 Tel: 07071/2977189
 Fax: 07071/552413
 Mail: gregor.domes@uni-tuebingen.de

Dipl-Psych. Gerlinde Dötsch

Altdorfer Str. 17
 71088 Holzgerlingen
 Tel.: 07031/607741
 Fax: 07031/607742
 e-Mail: doetsch@z.zgs.de

Oliver Gengenbach**Olaf Schaper**

c/o Evangelische Kirche im Rheinland
 Kirchenleitung
 Hans-Böckler-Str. 7
 40476 Düsseldorf
 Tel.: Gengenbach: 02302/1752608 Schaper: 0211/8985218
 Fax: Gengenbach: 02302/1752605 Schaper: 0211/8985201
 Mail: kkv@duesseldorf.ekir.de
 Mail: mailto:o.gengenbach@cityweb.de
 SCHAPER@Duesseldorf.EKIR.de

Ministerialdirigent Ulrich Gudat

c/o Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein
 Düsternbroker Weg 104
 24105 Kiel
 Tel.: 0431/9882703
 Fax: 0431/9883140
 Mail: ulrich.gudat@im.landsh.de

Pastor Kai Gusek

c/o Nordelbische Ev.-Luth. Kirche
Goldland 1
25923 Braderup
Tel.: 04663/1880033
Fax: 04663/325
Mail: Notfallseelsorge.Nordelbien@web.de

Frank Hallenberger

c/o Fachhochschule für öffentliche Verwaltung
Fachbereich Polizei/Landespolizeischule
Flughafen Hahn
55483 Lautzenhausen
Tel.: 06543/9850 06131/970888
Fax: 06543/985100 06131/970885
Mail: landespolizeischule@polizei.rlp.de

Jörg Lüssem

c/o Johanniter-Unfall-Hilfe
Bundesgeschäftsstelle
Lützowstr. 94
10785 Berlin
Tel.: 030/269970
Fax: 030/26997429
Mail: joerg.luessem@juh.de

Harald Halpick

Tel.: 07222/938959
Fax: 07222/35500
Mail: harald.halpick@ra.juh-bw.de

Professor em. Prof. Dr. med. Karl Hecht

c/o I.S.F. GmbH, Institut für Stressforschung
Medizinischer Direktor
Chausseestr. 111
10115 Berlin

Dr. Jutta Helmerichs

Zähringer Str. 13
10707 Berlin
Tel.: 030/88627177
Fax: 030/88627178
Mail: rzoelle@t-online.de

Herr Hensel

c/o Bundesärztekammer
– Geschäftsführung –
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln (Lindenthal)
Tel.: 0221/4004425
Fax: 0221/4004385
Mail: dezernat2@baek.dgn.de

BrD Dipl.-Chem. Harald Herweg

c/o Berliner Feuerwehr
13625 Berlin
Tel.: 030/38710220
Fax: 030/38710299
Mail: h.herweg@freenet.de

Dr. Alexander Jatzko

Tel.: 0621/7629921
Fax: 06307/993007
Mail: jatzko@as200.zi-mannheim.de

Dr. Hartmut Jatzko und Sybille Jatzko

Westklinikum GmbH
Abt. Psychosomatik
Hellmut-Hartert-Str. 1
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631/203(0)1692; 06307/993006
Fax: 06307/993007
Mail: <mailto:sjhj105991@aol.com>

Hartwig Kaczmarek

Tel.: 0228/940-1542 Fax: 0228/940-1511
Mail: <mailto:hartwig.kaczmarek@thw.de>

Irmgard Nieland

Tel.: 0228/940-1802 Fax:0228/940-1144
Mail: <mailto:irmgard.nieland@thw.de>

Thomas Mitschke

Tel.: 0228/940-1805 Fax: 0228/940-1144
Mail: thomas.mitschke@thw.de
c/o Bundesanstalt Technisches Hilfswerk
– Leitung –
Deutscherrenstr. 93–95
53177 Bonn

Thomas Kaspari

c/o Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Sülzburgstr. 146
50937 Köln
Tel.: 0221/47605288
Fax: 0221/47605288
Mail: t.kaspari@asb-online.de

Dipl.-Psych. R. Kemmler

Deutsche Lufthansa
Abt. FRA
Lehrteile PL 1
60546 Frankfurt/Main

Nathalie Kimiai

c/o Grenzschutzschule Lübeck
Postfach 16 81
23505 Lübeck
Tel. 0451/5067367 oder 361
Fax: 0451/5067504 oder 0451/5067772
Mail Nath.Kim@hotmail.de
Oder: BGSSCH-Luebeck@t-online.de

Pfarrer Peter Schellberg

c/o Evangelische Kirche in Berlin-Brandenburg
Kurze Wanne 5
38159 Vechede
Tel.: 0171/3014584
Fax: 05302/70546
Mail: p.schellberg@t-online.de
und

Pfarrer Jörg Kluge

Friedrich-Franz-Str. 10
12103 Berlin
Tel.: 030/7510704 oder 0171/6875139
Fax: 030/7513896
Mail: jkluge@freenet.de

Dipl. Psych. Marion Krüsmann

Institut für Psychologie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstr. 13
80802 München

Andreas Mann

c/o Evangelische Kirche in Hessen und Nassau
Seelsorge in Notfällen
Wiesbadener Str. 24
64276 Darmstadt
Tel.: 0611/419210 oder 0611/423108
Fax: 0611/1841832
Mail: a.mann@t-online.de

Pastorin Erneli Martens

c/o Feuerwehr Hamburg
Einsatzabteilung F 020 P
Wendenstr. 251
20537 Hamburg
Tel.: 040/28824203 oder 040/5321697
Fax: 040/28824209 oder 040/53104822
Mail: Erneli.Martens@feuerwehr.hamburg.de

Dr. Willi Marzi

c/o Bundesministerium des Innern
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn
Tel.: 01888/6813339
Fax: 01888/6813828 oder 01888/68153339
Mail: Willi.Marzi@bmi.bund.de
Weiterer Teilnehmer:

Felix Eltner

Tel.: 01888/6813346 Fax: 01888/681/53346 oder 01888/681 3828
Mail: Felix.Eltner@bmi.bund.de

RD Molitor

c/o Bundesverwaltungsamt
– Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz –
Ramersbacher Str. 95
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641/381202
Fax: 02641/381218 oder 02641/381210
Mail: aknz-ahrweiler@t-online.de
Mail: lehrgangsbuero@bzs.bund400.de
Weitere Teilnehmer der AKNZ:
Harald Simeit Tel.: 02641/381244 Fax: 02641/381210

Werner Müller

c/o Malteser Hilfsdienst e.V.
– Generalsekretariat –
Kalker Hauptstr. 22–24
51103 Köln
Tel.: 0221/9822363
Fax. 0221/9822369
Mail: werner.mueller@maltanet.de

Andreas Müller-Cyran

KIT-München
Michael-Hartig-Weg 6
81929 München
Tel.: 089/95720327
Fax: 089/95720326 Mobil: 0171/3618584
Mail: mueller-cyran@gmx.de

Joachim Müller-Lange

c/o Bundesvereinigung Stressbearbeitung
nach belastenden Ereignissen e.V.
Akazienweg 22
53859 Niederkassel
Tel.: 02208/8229

Dr. Peter Platiel

c/o Auswärtiges Amt
Werderscher Markt 1
10117 Berlin
Tel.: 01888/173702 oder 01888/173273
Fax: 01888/1753702
Mail: 106-9@auswaertiges-amt.de

Ulrike Pohl-Meuthen

c/o Institut für Rettungsdienst
Auf dem Steinbüchel 22
53340 Meckenheim-Merl
Tel.: 0228/5412248 oder 0228/5412246
Fax: 0228/5412277
Mail: pohlmeuu@drk.de
Oder: ifrd@drk.de

EPHK Holger Poser

c/o Behörde für Inneres
der Freien und Hansestadt Hamburg
Johanniswall 4
20095 Hamburg

Dipl.-Psych. Ursula Reichwald

c/o Eberhard-Karl-Universität Tübingen
Psychologisches Institut
TÄPN Tübinger Arbeitsgruppe für Psychotraumatologie
Stäudach 36
72074 Tübingen
Tel.: 07071/2977686, -82607
Fax: 07071/552413
Mail: ursula.reichwald@uni-tuebingen.de

Walter Sauer

c/o Bundesministerium der Verteidigung
Zentrum für Innere Führung
Bereich 2
Von-Witzleben-Str. 17
56076 Koblenz
Tel.: 0261/780-2594
Fax: 0261/780-2185

Professor H. Schuh

Konrad-v.-Hochstaden-Str. 22
53881 Euskirchen-Stotzheim

Horst Schülke

c/o Bayerisches Staatsministerium des Innern
Odeonsplatz 3
80539 München
Tel.: 089/21922654
Fax: 089/219212562
Mail: horst.schuelke@stmi.bayern.de

Peter Schüssler

c/o Feuerwehr- und Katastrophenschutzschule des Landes
Rheinland-Pfalz
Lindenallee 41-43
56077 Koblenz
Tel.: 0261/97291160
Fax: 0261/97291109
Mail: Pschuessler@LFKS-RLP.de

Professor Dr. med. P. Sefrin

Leiter der Sektion für präklinische Notfallmedizin
Klinik für Anästhesiologie
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Str. 2
97080 Würzburg
Tel.: 0931/2015124
Fax: 0931/2013354
Mail: sefrinsek@anaesthesie.uni-wuerzburg.de

Peter Strickmann

c/o Institut der Feuerwehr Nordrhein-Westfalen
Wolbecker Str. 237
48155 Münster
Tel.: 0251/3112113
Fax: 0251/3112104
Mail: peter.strickmann@idf.nrw.de

EPHK Erich Traphan

c/o Polizeifortbildungsinstitut
Außenstelle Essen-Schellenberg
Schellenbergstr. 120
45134 Essen
Tel.: 0201/8291700 (Frau Dominzak)
Fax: 0201/8291705
Mail: fb2.5@pfi-muenster.de

Prof. Dr. Dietrich Ungerer

Universität Bremen
Fachbereich 9
Postfach 330440
28334 Bremen
Tel.: 0421/510336
Fax: 0421/2185598

Dipl. Psych. Dieter Wagner

c/o Forschungszentrum für Psychologie und Psychosomatik
Universität Trier
Friedrich-Wilhelm-Str. 23
54290 Trier
Tel.: 0651/9750441
Fax: 0651/9750490
Mail: wagnerd@fpp.uni-trier.de

Professor Dr. Wolfgang Weiss

Geschäftsführer der Schutzkommission
beim Bundesminister des Innern
Rosastr. 9
79089 Freiburg
Tel.: 0761/3866712 oder 089/31603200
Fax: 0761/382459 oder 089/31603202
Mail: wweiss@bfs.de
Mail: Useifert@bfs.de

Pfarrer Hanjo von Wietersheim

c/o Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern:

Beauftragter für Notfallseelsorge

Pfarrgasse 2

97355 Wiesenbronn

Tel.: 09325/274

Fax: 09325/6838

Mail: NotfallseelsorgeBayern@t-online.de

Bayerisches Rotes Kreuz

Präsidium

Holbeinstr. 11

81679 München

Deutsche Bischofskonferenz

Sekretariat u. Zentralst.

Kaiserstr. 163

53113 Bonn

Tel.: 0228/1030

Fax: 0228/103299 + 0228/103330

Deutsche Lebensrettungs-Gesellschaft

Niedernfeld 2-4

31542 Bad Nenndorf

Deutscher Feuerwehrverband

- Bundesgeschäftsstelle -

Koblenzer Str. 133

53177 Bonn

Deutsches Rotes Kreuz

Generalsekretariat

Carstennstraße 58

12205 Berlin

Evangelische Landeskirche Anhalts

Landeskirchenamt

06844 Dessau

Evangelisch-Lutherische Landeskirche in Braunschweig

Dietrich-Bonhoeffer-Str. 1

38300 Wolfenbüttel

Niedersächsische Landesfeuerwehrschule Celle
Bremer Weg 164
29223 Celle

Polizei-Führungsakademie
Postfach 480353
48080 Münster

Schriftenreihe: WissenschaftsForum

Herausgeber:

Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz –
Deuschherrenstraße 93, 53177 Bonn-Bad Godesberg

im Auftrag des Bundesministeriums des Innern

Bereits erschienen:

Band 1 **Kehren die Seuchen zurück?**
 (Neue) Gefahren durch biologische Kampfstoffe
 Workshop I

In Vorbereitung:

Band 3 **Kehren die Seuchen zurück?**
 Workshop II