

Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen
Band 1

Nachbereitung extrem belastender Einsätze bei der Feuerwehr

Teil I
Leitfaden zur Einsatznachbereitung

Teil II
Tagungsband der Fachtagung
„Abbau posttraumatischer Stressreaktionen
bei Feuerwehrleuten“ am 24.11.98



Unfallkasse Hessen
Partner für Sicherheit

Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen

Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen
Band 1

NACHBEREITUNG EXTREM BELASTENDER EINSÄTZE BEI DER FEUERWEHR

Teil I
Leitfaden zur Einsatznachbereitung

Teil II
Tagungsband der Fachtagung
„Abbau posttraumatischer Stressreaktionen
bei Feuerwehrleuten“ am 24.11.98



Unfallkasse Hessen
Partner für Sicherheit

Herausgeber:

© Unfallkasse Hessen
Opernplatz 14, 60313 Frankfurt am Main
Telefon: 0 69 / 2 99 72-0, Telefax: 0 69 / 2 99 72-2 07
Internet: www.unfallkasse-hessen.de
E-Mail: ukh@ukh.de

Regionalbüro Nordhessen
Obere Königsstraße 8, 34117 Kassel
Telefon: 05 61 / 7 29 47-0, Telefax: 05 61 / 7 29 47-11

Redaktionelle Bearbeitung Teil I:

SIGMUND-FREUD-INSTITUT
Forschungsinstitut für Psychoanalyse
Funktionsbereich Trauma und Krisenbewältigung
Myliusstraße 20, 60323 Frankfurt/Main
Telefon: 0 69 / 9 71 20 40, Fax: 0 69 / 9 71 20 44
E-Mail: SFI-S.Hau@t-online.de

Abbildungen:

Barbara Svejda: Unfallkasse Hessen

Redaktionelle Bearbeitung Teil II:

Pia Ungerer,
Barbara Kronberger: Unfallkasse Hessen

Grafische Gestaltung und Satz:

Gabel Typographie, Oppenheim

Herstellung:

Corinna Gabrisch, Universum Verlagsanstalt

Verlag und Druck:

Universum Verlagsanstalt, 65175 Wiesbaden

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Recyclingpapier

Verantwortlich für den Inhalt sind die Autoren

© für diesen Band: Unfallkasse Hessen
November 1999

ISBN 3-934729-00-2

Vorwort des Geschäftsführers der Unfallkasse Hessen

Die Unfallkasse Hessen kümmert sich nicht nur um die Prävention von Arbeits-, Schul- und Dienstunfällen bei ihren Mitgliedern, sie versucht auch, Belastungen der Gesundheit ihrer Versicherten am Arbeits- und Ausbildungsplatz bzw. Einsatzort zu verhüten. Auch psychische Belastungen gehören eindeutig in diese Gruppe – insbesondere bei Personen wie Feuerwehrleuten sowie den Angehörigen des Gesundheits- und Rettungsdienstes, bei denen die permanente Konfrontation mit Verletzungen und Tod oft traumatische Folgen haben. Bereits 1994 arbeitete die Unfallkasse Hessen daher – gemeinsam mit Feuerwehren sowie mit dem Sigmund-Freud-Institut, einem Forschungsinstitut des Landes Hessen – in einer Arbeitsgruppe mit, um insbesondere Feuerwehrleute vor den sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörungen zu schützen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde im Auftrag der UKH ein Leitfaden erstellt, den wir hiermit den Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren in Hessen vorstellen möchten.

Im zweiten Teil der vorliegenden Schrift findet sich die Zusammenfassung der Beiträge der Fachtagung „Abbau der posttraumatischen Stressreaktionen bei Feuerwehrleuten“, die die UKH gemeinsam mit dem Landesfeuerwehrverband im November 1998 veranstaltete. Hier werden zahlreiche organisatorische Modelle der Einsatznachbereitung in Hessen sowie die zugehörigen Kontaktadressen vorgestellt.

Die UKH beginnt mit der vorliegenden Publikation eine Schriftenreihe, in der aktuelle Fragen der Prävention den Mitgliedern und Versicherten praxisgerecht aufbereitet werden. In die Schriftenreihe sollen dabei Publikationen immer dann aufgenommen werden, wenn der Bundesverband der Unfallkassen und andere Dachverbände keine entsprechenden Veröffentlichungen anbieten.

Wir wünschen den Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren in Hessen, dass der vorliegende Band dazu beiträgt, die psychischen Folgen besonders belastender Einsätze zu mildern und damit die gesundheitlichen Folgen ihres Engagements für die Allgemeinheit zu reduzieren. In diesem Sinne empfehle ich den Band „Nachbereitung extrem belastender Einsätze bei der Feuerwehr“ Ihrer besonderen Aufmerksamkeit.

Ihr Gerd Ulrich



Geschäftsführer der Unfallkasse Hessen

Vorwort des Vorsitzenden des Landesfeuerwehrverbandes Hessen

Das Einsatzspektrum der Feuerwehren hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert: weg von der „klassischen“ Brandbekämpfung hin zur technischen Hilfeleistung. Aufgrund der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen werden die Feuerwehren auch in den kommenden Jahren immer vielfältigeren Anforderungen beim Einsatzgeschehen ausgesetzt sein – gleichgültig ob auf Verkehrswegen oder in Industrie und Gewerbe.

Vor allem die Rettung und Bergung von Menschen stellt dabei die Einsatzkräfte vor ganz besondere Herausforderungen. Von einer auf die andere Minute werden sie aus der gewohnten Umgebung – ihrer Familie oder dem Beruf – herausgerissen und zum Einsatz gerufen. Sie sind gefordert, wenn es darum geht, Personen zu retten – oder sie im schlimmsten Fall tot bergen zu müssen. Kurz danach stehen die Feuerwehrfrauen und -männer wieder in ihrem normalen Umfeld – oft noch mit den Eindrücken von Verletzungen und Tod belastet, die erst verarbeitet werden müssen. Die Bewältigung dieser problematischen Erlebnisse stellt einen zusätzlichen Anspruch an die Feuerwehren. Die Feuerwehrangehörigen dürfen nach solchen Einsätzen nicht allein gelassen werden, sondern bedürfen der Betreuung. Erster Ansprechpartner sollte die örtliche Führungskraft sein, die dann geschulte Fachleute zur Bewältigung dieser Einsatznachbereitung hinzuzieht. Denn diese Probleme dürfen nicht den privaten Bereich belasten – und somit nicht zu einem Problem für den Einzelnen und seine Familie werden.

Deshalb begrüßt der Landesfeuerwehrverband das besondere Engagement der Unfallkasse Hessen zur Betreuung der Feuerwehrangehörigen nach schwierigen Einsätzen, das sich in vorliegendem Band der Schriftenreihe und gemeinsamen Seminaren widerspiegelt. Die Unterlagen sollen Grundlage dafür sein, diese Problematik aufzuarbeiten und auch am Standort weiter Verwendung bei der Hilfe für unsere Feuerwehrleute finden.

Der Landesfeuerwehrverband wünscht dem Werk eine weite Verbreitung und den Lesern zahlreiche wertvolle Anregungen für ihre tägliche Einsatzpraxis.



Ralf Ackermann

Vorsitzender des Landesfeuerwehrverbandes Hessen

Inhalt

TEIL I

Leitfaden zur Einsatznachbereitung

Einleitung	10
I. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	11
II. Der extrem belastende Einsatz: Ein Einzelfall	25
III. Wissenschaftliche Untersuchungen (Gruppenstudien) über die psychologischen Auswirkungen von extrem belastenden Einsätzen	37
IV. Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	48
Literatur	62
Autoren	66

TEIL II

Tagungsband der Fachtagung „Abbau posttraumatischer Stressreaktionen bei Feuerwehrleuten“ am 24. 11. 1998

I. Das Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS)	68
II. Einsatznachbereitung bei der Berufsfeuerwehr Darmstadt	77
III. Der Kriseninterventionsdienst Marburg-Biedenkopf	81
IV. Sind Helfer oft „versteckte“ Opfer?	84
V. Notfallseelsorge Limburg-Weilburg e.V.	88
VI. Der Kriseninterventionsdienst (KID) Hochtaunus und Wiesbaden	91
VII. Notfallseelsorge im Kirchenkreis (= Altkreis) Hofgeismar	99
VIII. Die Notfallseelsorge Wetterau	102
IX. Verzeichnis der Einsatznachbereitung in Hessen	106
Autoren	114

Teil I

Leitfaden zur Einsatznachbereitung

Einleitung

Ende des Jahres 1994 wurde in Zusammenarbeit mit der Branddirektion Frankfurt/Main und der damaligen Eigenunfallversicherung Frankfurt/Main das Forschungsprojekt „Stressbewältigung, Gesundheitsförderung und Personalentwicklung“ begonnen. Ein Ziel des Projektes bestand darin, näheres über den Zusammenhang von extrem belastenden Einsätzen und deren gesundheitsgefährdeten psychischen und sozialen Auswirkungen zu erfahren. Dabei geriet der Prozess der Traumatisierung, der durch belastende Einsätze ausgelöst werden kann und die möglichen Interventionsformen, die im Sinne einer wirkungsvollen Prävention pathologische Chronifizierungen verhindern, ins Zentrum unseres Forschungsinteresses.

Der vorliegende Forschungsbericht hat zum Ziel, einen möglichst umfassenden und verständlichen Überblick über den Zusammenhang von extrem belastenden Feuerwehreinsätzen, dem Risiko der psychischen Traumatisierung und den vorhandenen präventiven Interventionsformen zu geben.

Im ersten Kapitel wird über die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) informiert. Im zweiten Kapitel wird anhand der Schilderung eines konkreten Feuerwehreinsatzes veranschaulicht, unter welchen Bedingungen tatsächlich eine Traumatisierung erfolgen kann. In diesem Fall, der schon viele Jahre zurückliegt, gab es noch keine psychologische Kriseninterventionen und es kann hier auch gezeigt werden, dass einzelne Mannschaftsmitglieder noch Jahre nach dem Einsatz unter psychischen Symptomen, die von dem Einsatz-Trauma herrühren, leiden mussten.

Im dritten Kapitel geben wir dann einen Überblick über internationale wissenschaftliche Untersuchungen, in denen der Zusammenhang von extrem belastenden Einsätzen und psychischen Auswirkungen auf die Feuerwehrmänner systematisch und methodisch kontrolliert untersucht wird.

Im abschließenden vierten Kapitel stellen wir dann die psychologischen Interventionsformen dar, mit denen man unmittelbar nach Extremeinsätzen die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auftretenden posttraumatischen Belastungsstörungen mildern oder sogar beseitigen kann.

Frankfurt/Main, im September 1999

Benjamin Bardé Stephan Hau Pierre Frevert

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

1. Einleitung

Menschen, die im Rettungswesen arbeiten wie z. B. Feuerwehrleute oder Rettungssanitäter sind, aufgrund ihres Berufes, häufiger als andere Menschen extremen Belastungssituationen ausgesetzt, wenn sie bei schweren Verkehrsunfällen, Bränden oder sogar Großschadensereignissen mit Verletzten, mit Zerstörung und mit dem Tod konfrontiert werden. Besonders belastend sind solche Einsätze, in denen sich Kinder unter den Opfern befinden oder wenn zu den Opfern eine Verbindung besteht, etwa wenn Kollegen oder Bekannte verletzt oder getötet werden.

Ausgebildet, um zu retten, zu bergen, zu löschen und zu schützen, werden an die einzelnen Feuerwehrmänner hohe Anforderungen gestellt, was sich in einer umfangreichen Ausbildung und Vorbereitung niederschlägt, die jeder einzelne Feuerwehrmann durchläuft. Aber auch nach abgeschlossener Ausbildung ist die intensive Vorbereitung auf und die Auseinandersetzung mit dem Einsatzgeschehen von entscheidender Bedeutung für eine hochprofessionalisierte Fähigkeit, auch schwierige und gefährliche Situationen zu meistern.

Ein Ziel für alle an Einsätzen Beteiligten liegt darin, die Einsätze so gut wie möglich zu überstehen und zwar nicht nur in technologischer oder körperlicher, sondern auch in psychischer Hinsicht. Vor allem letzteres kann durch extreme Belastungen, z. B. bei Großschadensereignissen, besonders schwierig sein. Rettungskräfte müssen demnach nicht nur auf große körperliche Belastungen vorbereitet sein, in den letzten Jahren wird mehr und mehr erkannt, dass auch die Vorbereitungen auf die psychischen Belastungen eine wichtige Rolle spielen, denn die Fähigkeit, mit Stresssymptomen nach belastenden Einsätzen umzugehen, hängt nicht nur von der körperlichen Verfasstheit des Einzelnen ab, sondern auch von seiner allgemeinen psychischen Befindlichkeit.

Heute ist bekannt, dass es, neben der professionellen Schulung, der zur Verfügung stehenden Ausrüstung und deren technischem Niveau sowie der Organisation insgesamt, eine Reihe positiver Faktoren gibt, durch die günstige Voraussetzungen geschaffen werden, damit Einsatzkräfte die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, gut bewältigen können. Zu diesen günstigen, positiven Faktoren (auch als „Ressourcevariablen“ bezeichnet) gehören:

- das Gefühl der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Ehepartner, Familie oder Freunde,

- ein gutes Verhältnis zu den Kameraden und zu den Vorgesetzten,
- ein Arbeitsalltag, der nicht durch permanente Überlastung gekennzeichnet ist,
- ein störungsfreier Ablauf der Tätigkeiten während des Einsatzes,
- das Gefühl, durch wichtige Personen emotionale Wertschätzung zu erfahren,
- eine positive Einschätzung der Einsatzvorbereitung insgesamt und
- die innere Einstellung, Probleme aktiv anzugehen.

Umgekehrt lassen sich eine Reihe ungünstiger, negativer Faktoren anführen, die es dem Einzelnen erschweren, mit problematischen, belastenden Einsätzen und mit Stresssituationen fertigzuwerden. Hierzu gehören:

- das Gefühl, nur wenig soziale Unterstützung und Wertschätzung zu bekommen,
- über keine oder nur geringe soziale Integration zu verfügen (z. B. kein Freundeskreis, keine Bekannten oder Freunde mit gleichen Interessen),
- die Unzufriedenheit mit dem Verhältnis zu den Kameraden,
- nur wenig Vertrauen in die Vorgesetzten,
- wenig Zuversicht, die Anforderungen bewältigen zu können und
- negative Einschätzungen darüber, dass sich der Einsatz und das Engagement auch lohnen werden.

Es ist zu betonen, dass das jeweilige Alter einer Person, der Dienstgrad oder der Bildungsstand, aber auch die Gefährlichkeit eines Einsatzes und das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung während eines Einsatzes keinen Einfluss darauf hat, wie gut ein belastender Einsatz bewältigt werden kann und ob sich in der Folge eine Stresssymptomatik entwickelt (vgl. Schade et al. 1999).

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen, trotz professioneller Ausbildung und umfangreicher Vorbereitungen kann es passieren, dass ein Einsatz dennoch als so belastend erlebt wird, dass die betreffende Person damit nicht zurecht kommt und den psychischen Stress nicht bewältigen kann. Um welche Art Einsatz es sich dabei handelt, lässt sich nur bedingt vorhersagen. Sicherlich sind Großschadensereignisse mit vielen Verletzten und Toten belastend, aber auch die Verletzung eines Kollegen oder der Tod eines Kindes können die Ursache für ein in der Folge sich entwickelndes psychisches Störungsbild darstellen, das unter dem Namen „Posttraumatische Belastungsstörung“ mittlerweile allgemein akzeptiert ist. Die Kenntnis der Symptome und v. a. der Folgen dieses Störungsbildes sollten jedem, der im Rettungswesen tätig ist, bekannt sein, um Fehleinschätzungen bei sich und in Bezug auf andere zu vermeiden und um rechtzeitig in der Lage zu sein, die erforderliche Hilfe anfordern zu können.

Im folgenden wird zunächst die Symptomatik dieses Störungsbildes beschrieben, im Anschluss daran werden die möglichen Auswirkungen und auch die zahlreichen möglichen Gegenmaßnahmen dargestellt. Zunächst mag die Frage interessieren, wie häufig Posttraumatische Belastungsstörungen in der Normalbevölkerung eigentlich vorkom-

men. Untersuchungen aus den USA zeigen, dass in der erwachsenen Bevölkerung fast 8% damit rechnen müssen, einmal in ihrem Leben unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu leiden. Frauen haben dabei ein doppelt so großes Risiko wie Männer. Aber nicht jeder, der ein traumatisches Erlebnis in seinem Leben hatte, erkrankt an dieser Belastungsstörung. Fast zwei Drittel aller Männer und die Hälfte der Frauen berichten von zumindest einem schweren traumatischen Erlebnis in ihrem Leben. So wurden sie z. B. Zeugen von Feuer-, Flut- oder anderen Naturkatastrophen, oder mussten erleben, dass jemand schwer verletzt oder getötet wurde oder wie sie selbst in einen lebensbedrohlichen Unfall oder während kriegerischer Auseinandersetzungen in Kampfhandlungen verwickelt wurden.

Einige dieser Personen berichteten auch von mehrfachen Traumatisierungen (10% dieser Männer und 6% dieser Frauen hatten vier und mehr traumatische Erlebnisse).

Bei allen diesen Erlebnissen ist jedoch nicht sicher, ob sich eine Posttraumatische Belastungsstörung in der Folge entwickelt, denn die Menschen reagieren unterschiedlich auf solche belastenden Situationen.

2. Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)¹

Der Definition der *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*, wie sie 1980 zum erstenmal in den psychiatrischen Lehrbüchern auftauchte, liegt das Konzept des Traumas zugrunde. Der entscheidende Gedanke war zunächst, dass bei einer PTBS die verursachende Komponente nicht *im* Individuum, sondern außerhalb von diesem, also im traumatischen Ereignis selbst begründet liegt. Dies grenzte sich deutlich von Konzepten ab, die eine traumatische Neurose aufgrund individueller Schwächen oder der Bereitschaft zu neurotischer Erkrankung diagnostizierten. Dabei wurde das traumatische Ereignis als Katastrophe konzeptualisiert, die außerhalb des gewöhnlichen menschlichen Erfahrungsbereiches liegt. Die Ursprünge der PTBS-Diagnose wurzeln in Ereignissen wie Krieg, Folter, Vergewaltigung, dem Holocaust, den Atombombenabwürfen von Hiroshima und Nagasaki oder Naturkatastrophen wie Erdbeben, Hurrikanen und Vulkanausbrüchen aber auch menschlich verursachten Katastrophen wie Fabrikexplosionen, Flugzeugabstürzen oder Automobilunfällen.

Das, was als traumatisches Ereignis angesehen wird, unterscheidet sich somit klar und deutlich von anderen, im Leben auftretenden Stresssituationen wie z. B. Scheidung, das Scheitern im Beruf, Zurückweisungen, schwere Erkrankungen, finanzielle Zusammenbrüche usw.

Heute wird das traumatische Ereignis anders bewertet. Nicht von außen festgelegte Großkatastrophen sind der entscheidende Maßstab, sondern die subjektiv erlebten

¹ Nach DSM-IV.

Gefühle, das, was individuell als unerträglich erlebt wird und die Unversehrtheit der eigenen oder einer fremden Person gefährdet. Dies ist als Fortschritt zu bewerten, werden doch hierdurch auch solche Einsätze mitberücksichtigt, die vielleicht für alle anderen Kollegen als normal empfunden wurden, aus bestimmten Umständen und inneren Gründen jedoch für den Einzelnen unerträglich waren. Hier wird die individuelle Erlebnisqualität eines einzelnen Menschen deutlich ins Zentrum gerückt, was andererseits die Diagnose einer solchen Störung nicht erleichtert.

3. Diagnostische Kriterien

Um das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung festzustellen, sind folgende diagnostische Kriterien aufgestellt worden:

3.1 Ereigniskriterium

Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- Die Person beobachtete, erlebte oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.
- Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

3.2 Symptomgruppe 1: Erinnerungsdruck

Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der vorliegenden Weisen wiederbelebt:

- Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- Wiederkehrende, belastende Träume vom Ereignis.
- Handeln oder fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen oder dissoziative Flash-back-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten).
- Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen (inneren) oder externalen (äußeren) Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte erinnern.

Intrusiv erlebtes Wiedererinnern von extrem belastenden Ereignissen ist eines der typischsten Symptome, die bei der PTBS auftauchen. Das Ereignis verbleibt dabei zum Teil über Jahrzehnte oder auch das ganze Leben lang eine dominierende psychische Erfahrung und verliert nichts von seiner Stärke und traumatischen Qualität. Jederzeit können Gefühle von Panik, Terror, Furcht oder Verzweiflung auftreten. Diese können sich in Tagesphantasien, traumatischen Alpträumen oder unkontrollierbarem Wiedererinnern – bekannt als PTBS-Flash-backs – äußern. Darüber hinaus gibt es sogenannte „traumamimetische“ Stimuli, für Außenstehende oft banale Situationen, die das Wiedererinnern des ursprünglichen Ereignisses hervorrufen können, also die Kraft haben, das ursprüngliche Erlebnis wieder hervorzurufen und mentale Imaginationen, emotionale und kognitive Reaktionen, die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen, zu provozieren. Auf diese Weise ist es z. B. möglich, auch im Labor eine künstliche PTBS-Symptomatik durch das Vorspielen von traumamimetischen Stimuli hervorzurufen.

Erinnerungen an das Trauma sind mit intensiven Gefühlen von Angst, Schuld, Wut oder Ekel verbunden. Die Gefühle sind so intensiv wie beim Erleben des ursprünglichen Traumas, und diese Zustände können über Jahre bzw. Jahrzehnte andauern, wobei sie entweder unverändert bleiben oder anstelle einer Verbesserung, eine Verschlechterung eintritt. Als typisch erweisen sich hier vorübergehende Schockreaktionen oder Angstgefühle, die in der Regel für die Zeitdauer von einigen Tagen bis zu einigen Wochen anhalten. Gefühle von Gram, Ärger, Zorn, Schuld, Scham, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder emotionaler Erstarrung können sich einstellen.

3.3 Symptomgruppe 2: Vermeidung / Emotionale Taubheit

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens *drei* der folgenden Symptome liegen vor:

- Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
- Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.
- Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.
- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von Anderen.
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).
- Gefühle einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

Das „Vermeidungs- oder Erstarrungskriterium“ betrifft einige Verhaltensweisen wie kognitive oder emotionale Strategien, durch die es den PTBS-Patienten möglich wird,

sich selbst diesen traumamimetischen Stimuli nicht auszusetzen oder die Intensität ihrer psychischen Reaktionen zu vermindern. Hiermit sind auch Vermeidungshaltungen gemeint, die jede Situation beseitigt oder vermeidet, die ein Risiko enthält, dass man mit dem angstausslösenden Stimulus konfrontiert wird. Diese Strategien gehen mit Dissoziationen und psychogenen Gedächtnislücken einher, also Erfahrungen und Erlebnissen, die die Menschen von der bewussten Erfahrung und den Erlebnissen, die mit dem Trauma in Zusammenhang stehen, abspalten. Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen sind nicht in der Lage, größere stressige und belastende Gefühle auszuhalten, besonders solche nicht, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen. Sie trennen dabei kognitive von emotionalen Anteilen des psychischen Erlebens ab, oder versuchen es zumindest. Dem bewussten Erleben sind dabei die kognitiven Anteile zugänglich. Diese psychische Erstarrung kann man mit einer emotionalen Taubheit in Verbindung bringen. Sie macht es für Menschen mit einer PTBS besonders schwierig, an bedeutsamen Beziehungserfahrungen teilzuhaben, Liebe und Intimität fühlen und erfahren zu können bzw. Interesse und Freude an den Alltagsaktivitäten zu haben.

Somit ist es auch verständlich, dass die Betroffenen Strategien entwickeln, um mit diesen Situationen zurechtzukommen. Solche Strategien können sich in ausgeprägtem Vermeidungsverhalten zeigen, dissoziativen Phänomenen (z. B. Ausfall der Erinnerung), Zwängen, aber auch in Form von Flucht in den Alkohol oder Drogenmissbrauch, in ausgeprägten Essstörungen, abnormem Sexualverhalten oder Arbeitssucht. Alle diese „Maßnahmen“ dienen dem Schutz vor dem Hereinbrechen des erneuten, überwältigenden Erlebens der extrem belastenden Situation.

3.4 Symptomgruppe 3: Chronische Übererregung

Anhaltende Symptome erhöhten Aroussals (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens *zwei* der folgenden Symptome liegen vor:

- Schwierigkeit, ein- oder durchzuschlafen.
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche.
- Konzentrationsschwierigkeiten.
- Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
- Übertriebene Schreckreaktionen.

Eine weitere Symptomgruppe beschreibt die mit Hyperaktivität einhergehende Panik oder *generalisierte Angststörung*. Während Symptome wie Irritierbarkeit oder Schlaflosigkeit zur *generalisierten Angststörung* gehören, sind Aufwach- und Schreckreaktionen bei der PTBS eher allgemein verbreitet. Die Hypervigilanz kann manchmal so intensiv werden, dass sie als Paranoia erscheint. Die Schreckreaktionen können das am deutlichsten ausgebildete Merkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung darstellen.

4. Zeitdauer

Das Störungsbild (Symptome unter Kriterien 3.2, 3.3 und 3.4) dauert länger als einen Monat.

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Dauer der Symptomatik. Sie gibt Hinweise darauf, ob ein chronisches oder verzögertes PTBS-Syndrom diagnostiziert werden muss. Das Bestehen der Symptome von mindestens einem Monat wird gefordert, um eine PTBS zu diagnostizieren.

5. Das Störungsbild

Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Schließlich ist auch die Erfahrung des Überlebens von Bedeutung und zwar in psychischer, sozialer und beruflicher Hinsicht. Hier können, aufgrund einer nachträglich entwickelten „Überlebensschuld“, erhebliche Einschränkungen des Erlebens und Handelns die Folge sein.

Die Diagnose PTBS setzt sich definitionsgemäß im Sinne des Diagnostisch-Statistischen Manuals so zusammen, dass in gegebenem Zeitrahmen aus der Symptomgruppe 1 ein Symptom, aus der Symptomgruppe 2 drei Symptome und aus der Symptomgruppe 3 zwei Symptome gegeben sein müssen. Die Diagnosestellung erfordert hierbei entsprechende professionelle Kompetenz, die ihrerseits langjährige klinisch-therapeutische Erfahrung mit traumatisierten Personen zur Voraussetzung hat.

Die *akuten* Belastungsstörungen werden dahingehend definiert, dass das Syndrom 2 Tage bis höchstens 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis beobachtbar ist. Von einer *chronischen* Belastungsstörung spricht man dann, wenn das Syndrom länger als 3 Monate andauert. Dies sind die Kriterien, nach denen eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden kann. Im folgenden werden diese Kriterien weiter erläutert.

Kommt es zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung und wird sie nicht rechtzeitig behandelt, kann diese Störung oft über Jahre hinweg andauern und das Leben der betroffenen Person nachhaltig beeinträchtigen. In vielen Untersuchungen wurde dabei immer wieder deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben einer traumatischen Situation, den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung und generellen Gesundheitsproblemen gibt. Gesundheitliche Probleme, die in Zusammenhang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen auftreten, können die verschiedensten Körperfunktionen betreffen wie z.B. kardiovaskuläre, neurologische und gastrointestinale Regulationssysteme. Hier kommt es zu einem komplexen Zusammen-

spiel zwischen biologischen und psychologischen Faktoren, die jedoch nicht zufällig ablaufen und gewisse Gemeinsamkeiten aufweisen.

Traumatische Erfahrungen können die folgenden körperlichen Auswirkungen haben:

- eine Anfälligkeit für erhöhten Blutdruck und arteriosklerotische Herzerkrankungen,
- Schilddrüsen- und Hormonfunktionsstörungen,
- eine erhöhte Anfälligkeit auf Infektionen und Schwächung des Immunsystems und schließlich
- Probleme bei der Schmerzempfindung, Schmerztoleranz und chronisches Schmerzsyndrom.

Jeder Mensch ist mit der Fähigkeit ausgestattet, mit gewöhnlichem Stress umzugehen. Diese Möglichkeiten sind jedoch dann außer Kraft gesetzt, wenn ein Mensch mit einem extrem belastenden Ereignis konfrontiert wird. Nur wenn ein klares äußeres, verursachendes Ereignis vorliegt, das als traumatisch erlebt wird, ein traumatischer Stressor, kann die PTBS-Diagnose gestellt werden. Hier nun haben klinische Untersuchungen gezeigt, dass sich die Menschen in ihren verschiedenen Umgangsmöglichkeiten mit katastrophalen Stressereignissen sehr unterscheiden. Während einige Menschen, obwohl sie einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, keine PTBS entwickeln, zeigen andere das vollentwickelte Syndrombild. Hier liegen Hinweise dafür begründet, dass das Trauma nicht einfach das Resultat eines objektiv bestimmbareren äußeren Ereignisses ist. Wie Schmerz generell, wird das traumatische Ereignis gefiltert und durch kognitive und emotionale Prozesse bearbeitet, bevor es z. B. als extreme Furcht erfahren werden kann. Gerade weil es diese unterschiedlichsten Umgangsweisen mit diesen verschiedenen traumatischen Stressoren gibt und bei jedem Menschen verschiedene Schwellen existieren, ab der ein Ereignis als traumatisch erlebt wird, erscheinen manche Personen hinsichtlich der Auswirkung posttraumatischer Erlebnisse mehr geschützt und andere verletzbarer zu sein. Diesem Umstand wird heute insofern Rechnung getragen, dass man das traumatische Ereignis nicht mehr von vornherein als Extremeinsätze, Großschadenslagen (oder auch Kriegshandlungen, Vergewaltigungen, Folter usw.) definiert, sondern dass man nun nur noch dann von einem traumatischen Ereignis spricht, wenn aus drei verschiedenen Symptomgruppen gleichzeitig Symptome vorliegen.

Tritt eine Posttraumatische Belastungsstörung auf, ist in der Regel auch ein erhöhter Bedarf an medizinischer Betreuung zu verzeichnen. Neueste Untersuchungen bestätigen immer wieder, dass eine akute psychologische Hilfe nach einer Katastrophe, der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorbeugen bzw. deren Auswirkungen stark mindern kann.

Neben neuropharmakologischen und neuroendokrinen Veränderungen wurde in Längsschnittuntersuchungen festgestellt (vgl. Teil III: Wissenschaftliche Untersuchungen

über die psychologischen Auswirkungen von extrem belastenden Einsätzen), dass sich die Posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer psychiatrischen Störung chronifizieren kann, die dann über Jahrzehnte, manchmal sogar ein ganzes Leben lang anhält. Bei chronischem PTBS-Verlauf kann es auch zu Remissionen kommen. Auch gibt es eine stark verzögert auftretende Variante der PTBS auf ein extrem belastendes Ereignis. Während einige Menschen, die einem solchen Ereignis ausgesetzt waren, keine PTBS entwickeln, kann bei anderen noch Monate oder Jahre nach dem extrem belastenden Ereignis die Syndromatik entstehen. Auslöser für das unmittelbare Auftreten der der PTBS zugehörigen Symptome ist oft ein Ereignis, das mit dem ursprünglichen Trauma gemeinsame Merkmale hat.

Häufig gehen mit der PTBS, im Sinne der Komorbidität, andere Störungen einher. Zu nennen sind hier Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Depressionen, Angststörungen, affektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Diese können die Behandlung unter Umständen erheblich erschweren.

Trotz intensiver Forschungsbemühungen bestehen aber auch noch Unklarheiten in bezug auf die Entstehungsbedingungen und das beobachtbare (phänomenologische) Erscheinungsbild der PTBS. Zahlreiche Fragen sind bisher unbeantwortet geblieben. So weiß man nur wenig über den klinischen Verlauf von unbehandelten PTBS-Symptomen. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Literatur zahlreiche Differenzierungen in der Ausprägung der PTBS diskutiert werden. Die Rede ist von möglichen unterscheidbaren Untergruppen der PTBS, bei denen die einzelnen Kriterien in unterschiedlichem Ausmaße bewertet werden. Die Forscher fragen nach den Unterscheidungskriterien zwischen PTBS und traumatisch bedingten einfachen Phobien, bzw. wie das klinische Zustandsbild von Patienten aussieht, die langandauernden und sich wiederholenden extrem belastenden Situationen ausgesetzt waren.

Durch die Berichterstattung in den Medien über den Golfkrieg, den Krieg in Bosnien, über Naturkatastrophen, sexuellen Missbrauch von Kindern und über größere Katastrophen wie z. B. das Zugunglück von Eschede, ist eine breite Öffentlichkeit für die Existenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen sensibilisiert worden. Allgemein anerkannt ist die Tatsache, dass es äußere Faktoren extrem belastender Erlebnisse sind, die von den Opfern nicht verarbeitet werden können, die zu gravierenden psychologischen Problemen führen.

Rettungssanitäter, Polizeibeamte und Feuerwehrleute sind in höherem Maße dem Risiko einer traumatischen Belastungssituation ausgesetzt. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Verhaltens- und emotionale Anpassungsprobleme, genauso wie für physische Erkrankungen. Es haben sich im Laufe der Zeit eine Reihe von typischen psychologischen Problemen herauskristallisiert, die in Zusammenhang mit dem Erfahren und Erleben von Katastrophen auftreten. Unterscheiden lassen sich emotionale, kognitive, körperliche und zwischenmenschliche Reaktionen, die besonders ausgeprägt in der Folge

einer PTBS auftreten. Während die emotionalen, kognitiven und körperlichen Reaktionen bereits beschrieben wurden, wollen wir in der Folge auf die interpersonellen Reaktionen eingehen.

Hier können alle zwischenmenschlichen Kontakte betroffen sein, Beziehungen in der Schule, bei der Arbeit, mit Freunden, in der Ehe oder zu den eigenen Kindern. Meist äußern sich die Schwierigkeiten in Misstrauen, leichter Gereiztheit, vermehrt auftretenden Konflikten, der Tendenz zu Rückzug und Isolation oder in den Gefühlen, zurückgewiesen und verlassen zu werden bzw. distanziert, rechthaberisch und überkontrollierend zu sein.

Oft zeigt sich auch ein großes Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit, das in den sozialen und intimen Beziehungen zu anderen Menschen dominiert.

Die Probleme, die Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in ihren intimen Beziehungen bzw. zu Familienmitgliedern oder engen Freunden entwickeln, drehen sich vor allem um Fragen des Vertrauens, der emotionalen Nähe, um die Verständigung und Kommunikation mit anderen, um die Offenheit für andere und um die Fähigkeit, Probleme effektiv zu lösen.

Es lassen sich hierfür einige charakteristische Hinweise und Merkmale zusammenfassen, welche diese Probleme widerspiegeln und eine Posttraumatische Belastungsstörung anzeigen:

- Zunächst kann es zu einem Interesseverlust an sozialen und auch an sexuellen Aktivitäten kommen. Der Betroffene fühlt sich von anderen entfernt, distanziert oder auch emotional taub. Dadurch können sich der Partner, Familienmitglieder oder Freunde verletzt, entfremdet, aber auch in ihren Bemühungen zu helfen, entmutigt fühlen. Sie reagieren dadurch nicht selten verärgert und abweisend. Dies wiederum hat zur Folge, dass sich die Situation des Traumatisierten noch weiter verschlechtert, indem er sich nun noch isolierter und einsamer fühlt.
- Gefühle von leichter Reizbarkeit, das ständige Alarmiert-Sein oder große Besorgnis können dazu führen, dass es demjenigen mit einer Belastungsstörung unmöglich wird, sich zu entspannen, mit Freunden in Kontakt zu kommen oder in intimen Situationen sich nicht angespannt und überfordert zu fühlen. Die für ihn bedeutsamen und wichtigen Personen können sich ihrerseits wiederum unter Druck, angespannt und kontrolliert fühlen.
- Plötzliche Erinnerungen an das Trauma, so genannte „Flash-backs“ und die Versuche, solche Situationen zu vermeiden, können das Leben eines Opfers im wahrsten Sinne des Wortes zur „Hölle“ machen. Das Leben mit einem Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung, die Angst vor einer Bedrohung oder ständigen, diffu-

sen Gefahr, kann auch, wie bereits erwähnt, für die Angehörigen zu einem Teufelskreis werden, der zu einer so genannten „sekundären Traumatisierung“ führt. Diese ist fast genauso schwer zu ertragen wie die ursprüngliche Posttraumatische Belastungsstörung.

- Das Wiedererleben einer traumatischen Situation und auch die Versuche, solche Flash-backs zu vermeiden sowie der Umgang mit der Angst und dem Ärger, kann in der Folge zu Konzentrationsschwierigkeiten führen, wobei die Verständigung mit anderen zusehends leidet.
- Sorgfältiges Zuhören fällt schwer und gemeinsame Entscheidungen werden oft hinausgeschoben, weil es nicht möglich ist, zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen.

In den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis sind die angesprochenen Gefühle besonders ausgeprägt, aber viele Menschen schaffen es, im Laufe der Zeit mit ihnen fertig zu werden, d. h. wieder normale soziale und intime Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Doch 5–10% der Personen mit einer PTBS gelingt dies nicht.

Häufig wird von Personen berichtet, die mit einem extrem belastenden Erlebnis konfrontiert waren, mit dem sie nicht fertig werden, dass, obwohl eine enge Verbundenheit zu den geliebten Personen gespürt wird, das Einlassen auf intime Beziehungen, das Vertrauen, welches in engen Beziehungen nötig ist, mit dem Gefühl einhergeht, ein notwendiges „Schutzschild“ zu verlassen. Dieses „Schutzschild“ schützt nicht nur den Betroffenen, sondern auch die anderen Angehörigen und Freunde. In der Folge kann es gerade in solchen Beziehungssituationen zu Ausbrüchen von Wut und Ärger kommen, bis hin zu physischer Gewalt. Die sozialen und intimen Beziehungen können aber auch durch Alkohol- und Drogenmissbrauch gefährdet sein, der als Versuch verstanden werden kann, mit den PTBS-Folgen fertig zu werden. Dennoch ist auch das gegenteilige Verhalten beobachtet worden: Abhängigkeit und Überfürsorglichkeit gegenüber dem Partner, den Familienmitgliedern, den Freunden und auch gegenüber dem Therapeuten.

Als günstige Bedingungen, unter denen die Bewältigung dieser schweren Belastungen gelingt, werden die Schaffung einer möglichst breit angelegten Unterstützung und Hilfe angesehen, sowie die Fähigkeit, ehrlich und offen über seine Gefühle sprechen zu können. Weitere Bedingungen sind andauerndes „Training“ der sozialen Fähigkeiten und des Problem-Lösens sowie die Möglichkeit zu Entspannung, zu spontanen, spielerischen Aktivitäten und Vergnügen. Hier wird auch deutlich, wie wichtig die Rolle von Freunden und Familienmitgliedern ist, wenn diese in der Lage sind, trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten, kontinuierliche Unterstützung und Geduld aufzubringen. Dann wirken die damit verbundenen Erfahrungen wie ein „Gegengift“ und helfen die Gefühle von Scheitern und Entfremdung zu reduzieren.

Dennoch ist es im Falle des Vorliegens einer PTBS angezeigt, so schnell wie möglich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Kap. IV: Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS]).

Für die meisten im Rettungswesen Tätigen kann ein geringfügiger, als normal zu bezeichnender Stress und auch eine Katastrophenerfahrung dazu führen, dass es zu persönlichem Wachstum kommt und die Fähigkeit, mit solchen Situationen umzugehen, weiter entwickelt wird. Auch die Beziehungen untereinander, zu den Kolleginnen und Kollegen können dadurch gestärkt werden. Feuerwehrleute oder Rettungssanitäter, die eine der folgenden Katastrophen direkt beobachten oder direkt beteiligt sind, haben ein großes Risiko, schwere Stress-Symptome und anhaltende Wiederanpassungsprobleme zu entwickeln:

- bei lebensbedrohlicher Gefahr oder körperlicher Beschädigung (vor allem von Kindern),
- durch das Beobachten von schauerlichem Sterben, körperlichen Verletzungen oder Körpern, die grausam entstellt sind,
- beim Erleben von extremer Gewalt und Zerstörung der Menschen oder der Umwelt,
- bei Verlust der Heimat, der Nachbarn, der Gemeinde oder wichtigen persönlichen Eigentums,
- durch den Verlust von Kommunikation und Verbindungen mit oder der Unterstützung von nahen Verwandten,
- in Folge intensiver emotionaler Anforderungen wie z. B. der Suche nach möglicherweise sterbenden Überlebenden oder durch den Kontakt zu hinterbliebenen Familienmitgliedern,
- bei extremer Erschöpfung, dem Wetter Ausgesetzt-Sein, durch Hunger oder Schlafdeprivation,
- durch dem andauernden Ausgesetzt-Sein einer Gefahr, eines Verlustes oder einer emotionalen oder körperlichen Belastung und schließlich
- beim Kontakt mit einer giftigen Umgebung (toxische Kontamination), wie z. B. Rauch, Gasen, Chemikalien oder Radioaktivität.

Wie sich in Studien immer wieder bestätigte, zeigen manche Menschen eine höhere Anfälligkeit für schwere Stress-Symptome und für die Entwicklung einer andauernden Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei diesen Personen finden sich häufig in der Lebensgeschichte Ursachen für die geringere Belastbarkeit wie z. B. folgende mögliche Ereignisse:

- andere traumatische Erfahrungen, wie z. B. schwere Unfälle, Missbrauch, Attentate, Kampferfahrung oder belastende Rettungseinsätze,
- chronische körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen,
- Kränkungen, Mangel in der Befriedigung von Bedürfnissen nach Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung in der frühen Entwicklung des Selbst,
- chronische Armut, Heimatlosigkeit, Arbeitslosigkeit oder Diskriminierung oder

- eine kürzlich oder in der dem traumatischen Ereignis folgenden Zeit entstandene emotionale Belastung oder ein anderer wichtiger Stressor im Leben wie z. B. das Alleinerziehen eines Kindes.

Der Stress, dem viele bei ihren Rettungseinsätzen ausgesetzt sind, kann die Erinnerung an vorangegangene Traumata reaktivieren, genauso wie bereits bestehende soziale, ökonomische, religiöse, psychische und körperliche Probleme intensiviert werden können.

Der Einzelne ist jedoch den Risiken einer extrem belastenden Erfahrung während eines Einsatzes keineswegs hilflos ausgeliefert. Es gibt durchaus Möglichkeiten, wie man mit dem Stress während eines Katastropheneinsatzes umgehen kann, um die Gefahr von Traumatisierungen zu vermindern. Hier einige Hinweise:

- Entwickeln Sie ein „Kumpelsystem“, d. h., arbeiten Sie eng mit einem guten „Kumpel“ oder Kollegen zusammen.
- Unterstützen, loben und ermutigen Sie die Kollegen.
- Kümmern Sie sich um Ihre körperliche Gesundheit, durch regelmäßiges Training und häufigere Mahlzeiten am Tag mit kleineren Mengen.
- Machen Sie eine Pause, wenn Sie merken, dass Ihre Kondition nachlässt oder sich Ihre Koordinationsfähigkeiten oder die Toleranz für Reizbarkeit vermindern.
- Bleiben Sie in Verbindung mit Ihrer Familie und den Freunden.
- Versuchen Sie sich schnell zu entspannen, wenn Sie beunruhigende Ereignisse erlebt haben. Versuchen Sie dies auch nach jeder Arbeitsschicht.

Aber auch dann, wenn die Katastrophe einmal eingetreten ist, gibt es Möglichkeiten, so damit umzugehen, dass die Gefahr einer Traumatisierung vermindert wird. Folgende Schritte können empfohlen werden:

- Nehmen Sie an einer Nachbereitung oder einem „Debriefing“ teil, wenn so ein Angebot gemacht wird oder versuchen Sie, eine solche Einsatznachbereitung zu organisieren, am besten 2–5 Tage, nachdem Sie den Ort der Katastrophe verlassen haben.
- Sprechen Sie über Ihre Gefühle, die in Ihnen aufsteigen oder hervorgerufen werden und seien Sie ein guter Zuhörer für Ihre Kollegen.
- Nehmen Sie Ärger nicht zu persönlich. Er ist oft Ausdruck von Frustrationen, Schuldgefühlen oder Ängsten.
- Geben Sie Ihren Mitarbeitern und Kollegen Anerkennung und zeigen Sie Dankbarkeit für die gut gelungene Arbeit.
- Essen Sie gut und versuchen Sie, genügend Schlaf in den Tagen nach dem Einsatz zu bekommen.
- Versuchen Sie, so gut wie möglich eine normale Arbeitsroutine aufrechtzuerhalten, aber versuchen Sie in jedem Fall, über mehrere Tage hinweg, nach und nach zu entspannen.

Nachdem Sie nach Hause zurückgekehrt sind, gibt es weitere Empfehlungen, die Sie beachten können:

- Holen Sie die fehlende Entspannung und Ruhe nach, was mehrere Tage dauern kann. Treten Sie kürzer, kommen Sie auf ein normales Tempo Ihres Alltagslebens zurück.
- Begreifen Sie, dass es völlig normal ist, wenn Sie das Bedürfnis empfinden, über die Katastrophe zu sprechen und dass es ebenfalls normal ist, nicht darüber sprechen zu wollen. Aber bedenken Sie, dass diejenigen, die dieses Erlebnis nicht durchmachen mussten, möglicherweise ein Interesse verspüren, darüber etwas zu hören. Ihre Angehörigen können es z. B. unerklärlich und ängstigend empfinden, oder einfach nur zufrieden sein, dass Sie sicher zurück sind.
- Rechnen Sie mit Enttäuschungen, Frustrationen und Konflikten. Manchmal fällt das Nachhause-Kommen nicht so leicht, wie Sie es sich gerne gewünscht hätten. Denken Sie an das, was wirklich in Ihrem Leben und in Ihrer Beziehung bedeutsam ist, so dass kleinere Konflikte und Stressoren nicht in größere Konflikte ausarten.
- Seien Sie nicht überrascht, wenn Sie starke Stimmungsschwankungen bei sich erleben. Diese werden im Lauf der Zeit nachlassen.
- Überfordern Sie Ihre Kinder nicht mit Ihren Erfahrungen. Denken Sie daran, sich auch danach zu erkundigen, was in deren Leben passierte, während Sie weg waren.

Jeden Tag einzeln als neue Chance zu erleben, ist besonders wichtig für Katastrophenhelfer. Jeder Tag ist eine neue Gelegenheit, um sich zu erholen und aufzutanken. Auch hier lassen sich einige Hinweise geben:

- Versuchen Sie vor allem zu erkennen, was Ihnen und Ihrer Familie wichtig ist, so dass Ihnen klar wird, was wirklich bedeutsam ist und was Sie vergessen können.
- Lernen Sie zu verstehen, was diese Erfahrungen für Sie persönlich bedeuten, so dass sie zu einem Teil Ihres Lebens werden. Dann werden Sie dazu in der Lage sein zu spüren, dass das Leben weitergeht und dass Sie sogar durch diese Erfahrungen persönlich wachsen können.



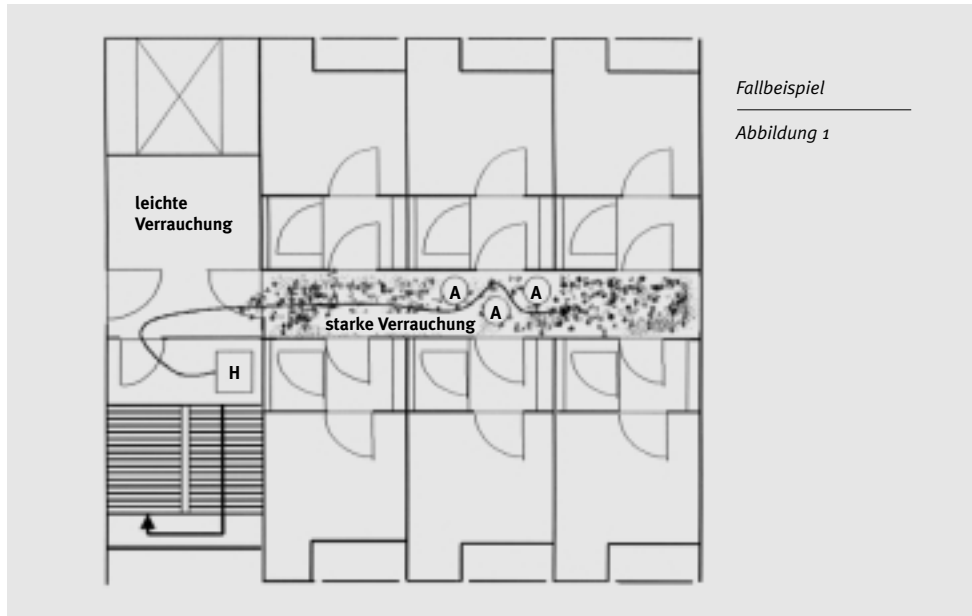
Der extrem belastende Einsatz: Ein Einzelfall²

An einem Donnerstag in einer süddeutschen Großstadt fuhr der Löschzug 3 nach einem F-Alarm „Verdächtiger Rauch“ um 16:53 Uhr in die Paulanerstraße 20–25. Mit alarmiert wurde der TE-Süd und das HLF 5. Der Zugführer und seine Mannschaft waren sich zunächst darüber einig, dass es sich bei diesem Einsatz um einen Routinefall handle, den man schnell in den Griff bekommen würde („Essen ist im Topf angebrannt oder ein kleiner Wohnungsbrand“). Diese Vermutung wurde zunächst dadurch bestätigt, dass man bei der Anfahrt keine besonderen Auffälligkeiten erkennen konnte. Ein Bewohner, der die Feuerwehr alarmierte, und der ein Stockwerk über dem brennenden Appartement, in dem das Feuer ausgebrochen war wohnte, gab bekannt, dass in seinem Badezimmer Rauch durch die Entlüftungsanlage eingedrungen sei. Der Zugführer des Löschzuges 3 nahm eine Kontrolle der Stockwerke vor und danach „haben sich die Ereignisse überschlagen“.

Bei dem Einsatzobjekt handelte es sich um ein 21-geschossiges Wohnhochhaus in Stahlbeton- und Mauerwerksbauart, mit 2 Eingängen und 2 Treppenträumen. Insgesamt befinden sich 392 1-Zimmerappartements in dem als Wohnheim genutzten Gebäude. Der Hauseingangsbereich Nr. 20 umfasst pro Etage 16 Wohnungen. Über einen Flur mit angegliederten Wohnungen besteht in jedem Geschoss eine Verbindung zum Treppenraum des Hauseingangs Nr. 22.

Zum Eingangsbereich Nr. 22 sind pro Etage in einem Stichflur vom Treppenraum zugänglich 6 Appartements angeordnet. Im Treppenraum liegt ein für Krankentragen nutzbarer Aufzug. Zwei weitere Aufzüge befinden sich im Nachbarbereich. Rauchschutztüren trennen die Flure von den Treppenträumen ab. Vom 8. Obergeschoss an besitzt jede Etage eine Rauchschutztür als Abtrennung zum Treppenraum. Eine Brandmeldeanlage mit Druckknopf, Nebenmeldern, eine nasse Steigleitung mit Wand- und formbeständigen Druckschläuchen sowie eine trockene Steigleitung sind vorhanden. Das Hochhaus ist in allen Fensterfronten mit Drehleitern zu erreichen. Die Einsatzgrenze der Drehleitern liegt aber bei diesem Objekt zwischen dem 8. und 9. Obergeschoss. Diese Tatsache ist in operativer Hinsicht von größter Bedeutung, da das Appartement, in dem der Brand ausgebrochen war, sich im 12. OG befand.

² Das Fallbeispiel orientiert sich an dem der Feuerwehrdirektion vorgelegten Bericht des zuständigen Einsatzleiters. Mit dem Einsatzleiter wurde nachträglich ein ausführliches Interview durchgeführt. Alle personen- und ortsbezogenen Angaben wurden anonymisiert.

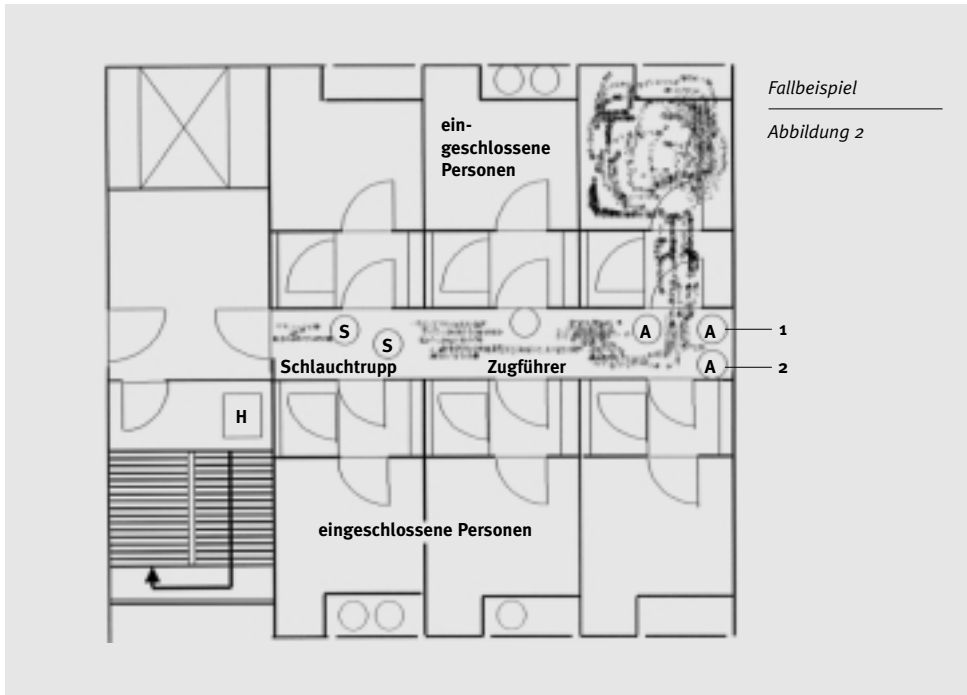


Die Annahme, dass es sich hier um einen Routinefall handelt, wurde zunächst dadurch bestätigt, dass bei der Anfahrt über die Paulanerstraße der Zugführer an der Rückseite des Gebäudes weder Rauch noch Feuerschein sehen konnte. Auch beim Absitzen auf der Eingangsseite waren keine Anzeichen eines Brandes zu erkennen. Neben der Tatsache, dass der Brand im 12. OG ausgebrochen war, kommt hinzu, dass an diesem Tage ein stürmischer Westwind mit Böen bis zu Stärke 8 herrschte.

Der Zugführer entschloss sich zunächst zur Kontrolle des 12. OG. Mit drei Kameraden unter Atemschutz benutzte er den von den Geschossfluren rauchgeschützt liegenden Aufzug. Im 12. OG bemerkten die Einsatzkräfte eine leichte Verrauchung im Treppenraum/Aufzugsvorraum. Sie öffneten die Rauchschutztür des Stichflures. Der Flur war stark verraucht. Der Atemschutztrupp bekam den Auftrag, mit dem Rohr des Wandhydranten zur Erkundung und zur Menschenrettung vorzugehen. Hausbewohner, die aus dem Nachbarflur des Hauses Nr. 20 kamen, vermuteten Personen in der brennenden Wohnung. Durch die vom S-Schlauch des Wandhydranten offen gehaltene Rauchschutztür drang der Rauch schnell in den Treppenraum ein. Der Zugführer A. zog sich auf das Treppenpodest im 11. OG zurück und gab über ein 2-Meter-Funkgerät die Depesche: „Vermutlich Wohnungsbrand im 12. OG, Menschen in Gefahr!“ Die restliche Besatzung des LZ 3 bekam von Zugführer A. den Befehl, zwei weitere Atemschutztrupps auszurüsten, die RWA auszulösen, Schlauchmaterial und 2 TZ-Rohre ins 11. OG zu bringen sowie in die trockene Steigleitung des Hauses einzuspeisen.

Zu diesem Zeitpunkt trafen der technische Einsatzleiter Süd und das HLF 5 an der Einsatzstelle ein. Zugführer A:

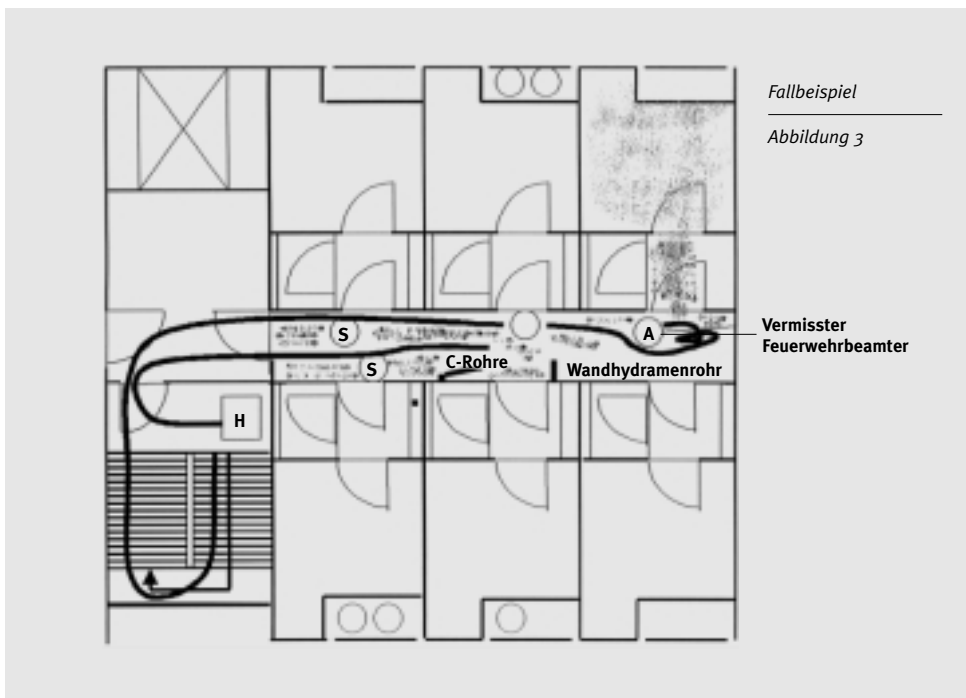
„In 2 Wohnungen befanden sich jeweils ein Mann, in einer weiteren Wohnung ein Ehepaar; die Frau war schwanger. Die Brandwohnung war noch nicht lokalisiert. Sie lag am Ende des Stichflures. Aber zu jenem Zeitpunkt war es äußerste Priorität zu lokalisieren, wo das Feuer ist, das wussten wir nicht. Wir mussten erst zur Brandwohnung, da sind Leute vermutlich“.



Löschzugführer A. rüstete sich mit Atemschutz aus und folgte seinem Trupp zur Erkundung in den Flur. Er hatte den Dreier-Trupp fast erreicht, da verständigte ihn sein A-Truppführer über Funk, dass die Brandwohnung gefunden sei. Herr A. gab dem Trupp den Befehl, die Wohnungstür aus der Deckung heraus zu öffnen: Mit einer Axt wurde die Tür eingeschlagen. Sekundenbruchteile später kam es zu einem Flash-over (Stichflammenbildung und Einsturz der Fensterfront des Wohnraumes). Der zu dieser Zeit herrschende Sturm drückte die Stichflammen mit Macht in den Flur und verwirbelte sie. Die in Deckung liegenden Feuerwehrmänner wurden von den Stichflammen erfasst. Sie erlitten an den Ohren und den ungeschützten Wangen- und Halspartien Verbrennungen 2. und 3. Grades. Ein Truppmann schrie in Todesangst und verließ in Panik den Flur. Ein zweiter kroch an dem in Deckung liegenden Zugführer A. vorbei.

„Es herrschte eine extrem große Hitze, wir gingen mit drei Mann noch mal vor in den Flur, aber die Hitze war so groß, dass wir nicht an das Appartement herankamen, es gab Verbrennungen an Ohren, Wangen, Hals und Armen, weil wir keine entsprechende Ausrüstung zur Verfügung hatten, insbesondere keine Flammenschutzhaube und über-

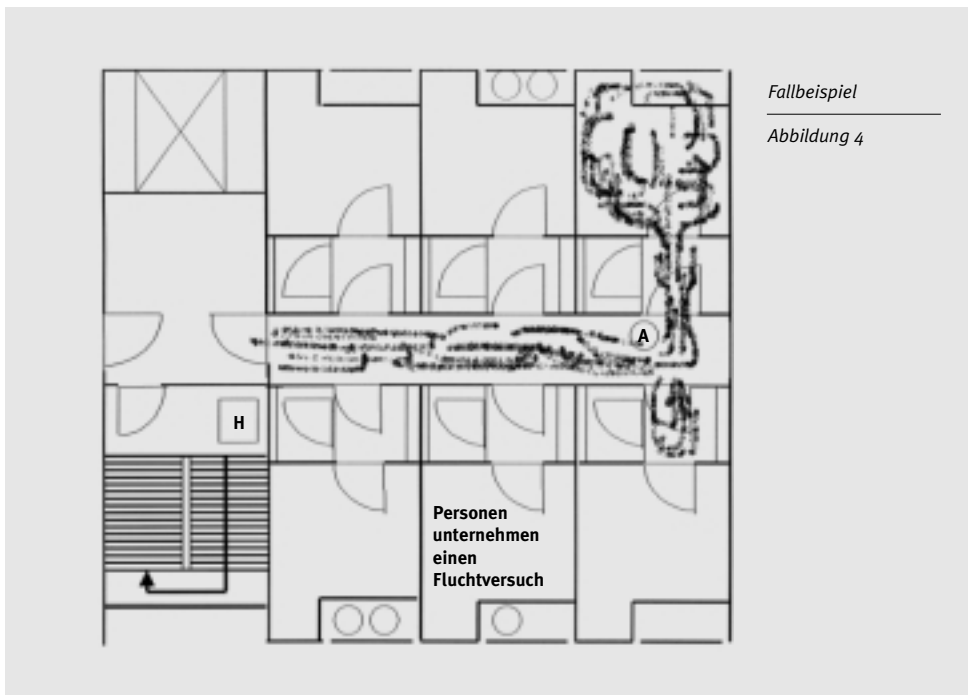
haupt keine entsprechende Schutzkleidung. Einer hat dann geschrien, das ging über Funk, geschrien wie ein Schwein, das geschlachtet wird. Ein tierischer Schrei wurde per Funk übertragen. Das konnte man in jedem Funkgerät hören. Das war einer des Dreimann-Angriffstrupps. Ich hab sie dann wieder zurückgerufen, aber es kamen von den drei Männern nur zwei zurück. Es war dann die Frage, wo ist der dritte Mann. Ich versuchte den Kollegen zu erreichen, in dem ich nochmal in den Flur vorstieß, aber das ging nicht wegen der großen Hitze. Ich kam an den Mann nicht ran. Ich war verzweifelt. Ich fragte mich, ist der tot. Es war so, wie wenn Benzin brennt. Ich musste rückwärts wieder raus, ich dachte ist der tot, ich dachte, wir sind alle tot. Wir haben uns dann wieder gesammelt, aber (...) einer hängt noch drin. Wir müssen versuchen ihn rauszuholen, noch mal reinzugehen.“



Der Flammenstrom hielt durch den Sturm, der in die Wohnung drückte, unvermindert an. Der Zugführer A. versuchte, den dritten Mann, der noch in der Nähe der geöffneten Tür liegen musste, zu erreichen. Dieser Versuch musste wegen der enormen Hitze abgebrochen werden. Am Anfang des Flures lag zu diesem Zeitpunkt noch ein Schlauchtrupp unter Atemschutz. Zugführer A. befahl seiner Mannschaft, sich im Treppenhaus zu sammeln. Dort angekommen, erstattete er dem TE Lagemeldung.

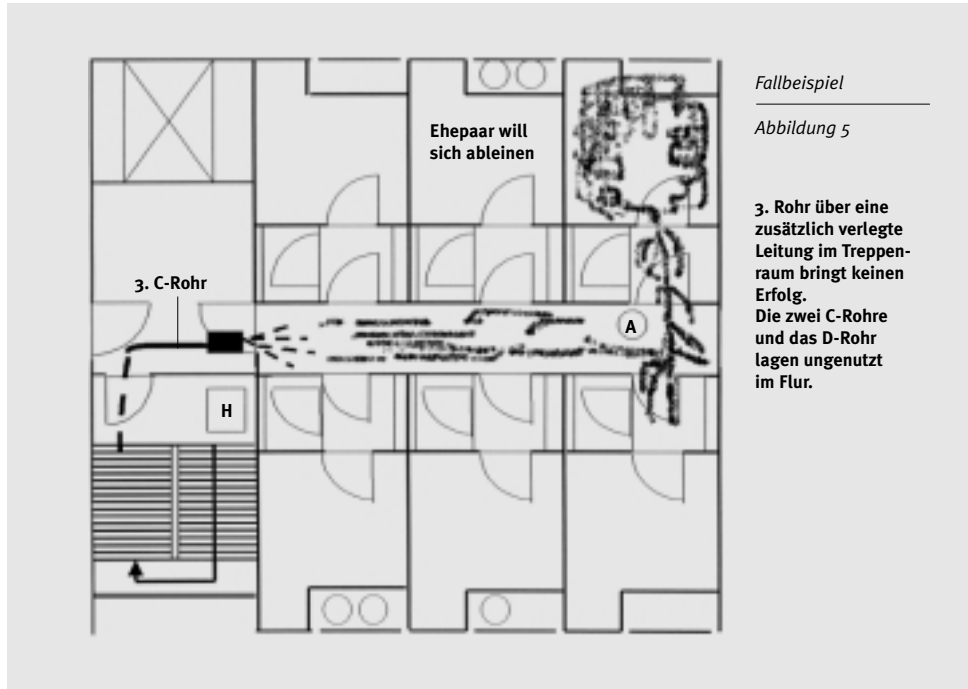
„Starke Stichflammenbildung im Flur, drei Beamte verletzt. Einer vermutlich schwer, er wird vermisst. Wir konnten den Brandherd noch nicht erreichen. Der Beamte liegt vermutlich im Flur!“

Mehrere Rettungstrupps wurden nun zusammengestellt und versuchten, in den Flur einzudringen. Die Intensität des Flammen- und Wärmestromes zwang die Einsatzkräfte immer wieder aus dem Flur. Zeitweise musste der Treppenraum im 11. und 10. OG geräumt werden. Die RWA-Anlage schaffte es nicht immer, den starken Windstrom abzuführen. Versuche mit Flammenschutzanzügen in den Flur einzudringen, brachten ebenso wenig Erfolg wie ein Versuch, mit C-Rohren eine Sprühwasserschutzwand aufzubauen.



Während dieser Tätigkeiten gab der TE 3 Alarm. Der immer stärker werdende Rauch, der sich durch den Sturm auch Wege in die durch Rauchschutztüren verschlossenen oberen Etagen bahnte, machte eine Räumung des Gebäudes erforderlich. Die nachalarmierten Kräfte des Löschzuges 2 und 1, TROWA 1 sowie die Freiwillige Feuerwehr beteiligten sich an der Räumung und dem weiteren Einsatzgeschehen. Insgesamt verließen ca. 100 Bewohner das Hochhaus. Das Ehepaar, das auf dem Balkon im 12. OG Schutz gefunden hatte, musste immer wieder von der 11. Etage aus beruhigt werden.

Es hatte schon den Entschluss gefasst, sich mit Bettlaken in das 11. OG abzulassen. Bei den herrschenden Windverhältnissen kam selbst ein Hakenleitereinsatz, der versuchsweise mit einem beträchtlichen Risiko der Selbstgefährdung von einem Feuerwehrmann durchgeführt wurde, nicht in Frage. Die Eingeschlossenen mussten weiter auf ihren Balkonen ausharren.



Es gab während des bisher abgelaufenen Einsatzgeschehens mehrere gravierende Konflikte. Der erste Konflikt zentrierte sich um den vermissten Kameraden, der im Stichflur neben der aufgebrochenen Apartmenttür, gegenüber dem Flash-over, Schutz unter der Heizung gesucht hatte. Zunächst war die Identifizierung dieses Kameraden mit einer Namensverwechslung verbunden. Der Zugführer A. gab während der Fahrt zum Einsatzort den Befehl: „3 Atemschutzgeräteträger ausrüsten!“ Wer sich mit den Geräten ausgerüstet hatte, konnte er nicht erkennen. Für ihn stand fest, dass der Angriffstrupp die gleiche personelle Struktur besaß, wie am Tagesdienst zuvor. Gemeinsam mit den 3 Atemschutzträgern benutzte er den von den Geschossfluren rauchgeschützt liegenden Aufzug. Im Aufzug sprach er kurz mit dem Trupp. Durch die angelegten Atemschutzmasken konnte er die Feuerwehrmänner allerdings nicht persönlich erkennen. Die gedämpften Stimmen und die körperlich gleiche Statur ließ auf die gleichen Personen wie am Tag zuvor schließen. Dies war jedoch nicht der Fall. Hätten die Feuerwehrmänner einen Namenszug am Helm geführt, wäre dem Zugführer A. sofort klar gewesen, dass eine andere personelle Struktur vorlag.

Die nach dem Flash-over in Deckung liegenden Beamten wurden von den Flammen erfasst. Der Flammen- und Wärmestrom hielt durch den Sturm, der in die brennende Wohnung drückte, unvermindert an. Als Zugführer A. versuchte, den dritten Mann zu erreichen, der noch in der Nähe der geöffneten Tür liegen musste, stand für ihn fest, dass es sein Kamerad B. sein musste. Dieser befand sich allerdings zu dem Zeitpunkt des Einsatzes auf der Wache. Er rief seinen Namen und robbte in die Richtung der

brennenden Wohnung. Der Rettungsversuch musste wegen der enormen Wärmeströmung abgebrochen werden. Durch diese Namensverwechslung bzw. durch die Tatsache, dass nicht klar war, welcher Kamerad nun vermisst war, entstand eine zusätzliche sehr belastende Desorientierung. Hinzu kam, dass über einen Zeitraum von ca. einer halben Stunde alle Versuche scheiterten, den Kameraden, der mit einem andern verwechselt wurde, zu retten:

„Wir kamen nicht in den Flur rein, wir dachten, jetzt verrecken wir alle. Wir waren alle hilflos. Im Atemschutzgerät haben wir nur für 30 Minuten Luft und danach erstickt man, wie kriegt man den raus? Was machen? Wasser, Schaum?“

An der Einsatzstelle herrschte ein solches Chaos, dass der vermisste Kollege in Sicherheit gebracht werden konnte, ohne dass dies von Herrn A. bemerkt wurde. Herr A. versuchte unterdessen weiter alles, um dessen Leben zu retten.

Zusätzlich entwickelte sich ein weiterer hochbelastender Konflikt zwischen den Einsatzgruppen der Feuerwehr und der Polizei, der die bereits bestehende Desorientierung, Unsicherheit und Hilflosigkeit noch verstärkte. Die Polizei gab per Megaphon bekannt: „Verlassen Sie das Gebäude!“ Genau zu diesem Zeitpunkt war Zugführer A. im Gespräch mit einem Paar auf dem Balkon und meinte, dass sie da bleiben sollen, es zu gefährlich wäre, wenn sie jetzt das Gebäude verlassen würden. Herrn A. war es klar, dass diese Menschen verloren wären, wenn man die Türe durchbrechen würde, um sie zu befreien. Zu diesem Zeitpunkt wusste Herr A. noch nichts von zwei anderen Personen, die sich ebenfalls aus ihren Appartements auf die Balkone geflüchtet hatten und hochgefährdet gewesen wären, wenn sie der Aufforderung der Polizei Folge geleistet hätten. Herr A. war in einer verzweifelten Situation von Ratlosigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Er hatte mittlerweile die Kontrolle über die Situation verloren. In der Zwischenzeit waren über 65 Atemschutzgeräte leergeatmet und man konnte, aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Defekts in der Wasserversorgung, nicht weiter in den Stichflur vorstoßen. Herr A. hatte nun die Überlegung, von dem darüber liegenden Geschoss herunterzuklettern, in das Appartement einzudringen und von innen heraus die Türe zu öffnen.

Es folgte eine weitere, dritte Konfliktkonstellation mit dem Einsatzleiter. Der Einsatzleiter brüllte: „Seid ihr verrückt! Beim Sturm klettern!“. Herr A. entschließt sich, unter dem Druck des Einsatzgeschehens, die Kletteraktion gegen die Entscheidung des Einsatzleiters dennoch durchzuführen, da er besessen war von der Vorstellung, nicht nur seinen Kollegen, sondern auch die auf ihren Balkonen ängstlich verharrenden Personen, die aus dem Flur nicht entkommen konnten, zu befreien. Es gab zwischen Herrn A. und dem Einsatzleiter ein intensives Streitgespräch, in dem sich ein Kamerad mit Herrn A. solidarisierte und sich bereit erklärte, mit ihm diese Aktion durchzuführen. Herr A. hatte seine geplante Aktion dann aber doch abgebrochen, weil er daran dachte, dass das tatsächlich zu riskant sein könnte:

„(...) Wegen den Frauen zu Hause und den Familien, falls wirklich etwas passieren könnte und dass es sich in diesem Fall dann doch nicht lohnte. (...) Auch weil der Einsatzleiter diese Aktion verboten hatte. Es wurde dann ein Trupp mit 6 Mann zusammengestellt, aber in dem Flur war es wieder viel zu heiss. Es war so heiss, dass das Visier unserer Helme schmolz. Ich dachte, der Kollege liegt dort doch auf dem Boden. Aber der war in der Zwischenzeit gerettet und ich wusste das nicht, ich habe das nicht bemerkt.“

Der TE ließ im 11. und 10. OG ein Sanitäts- und Gerätelager einrichten. Hier konnten sich die Trupps ausrüsten und nach dem erfolglosen Vordringen erholen. Die Flure waren schnell mit total erschöpften, kollabierenden Feuerwehrleuten gefüllt. Die Besatzung des NAW 4 leistete erste Hilfe. Weitere Einsatzkräfte hatten die Einsatzstelle erreicht. Die Freiwilligen Feuerwehren in der Umgegend unterstützten die Berufsfeuerwehr. Der NAW 3, der Krankentransportbus der WLA-Entrauchung sowie der Versorgungszug gingen vor dem Einsatzobjekt in Bereitschaft.

Nach über 30 Minuten, der Feuersturm hatte nachgelassen, erreichte ein 6-köpfiger Rettungstrupp den vermissten Beamten des Löschzuges 3. Er lag leicht verletzt im toten Winkel neben dem Wohnungseingang zur Brandstelle. Er wurde aus dem Flur herausgeholt, ohne dass dies von Herrn A. bemerkt wurde. In diesem Moment verursachte eine Sturmböe eine Stichflamme, die zwei Beamte des Löschzuges 5, die ebenfalls im Flur tätig waren, erfasste.

„Der eine Kamerad hatte 60% Verbrennungen, der andere 30% Verbrennungen an den Beinen und Rücken und am Hintern. Im 11. Stock befand sich ein Rettungssanitäter, dieser hatte dann auch getobt. Herr A. war entsetzt. Er meinte, dass der erste Kamerad sterben würde. Tatsächlich erlag dieser später dann auch seinen Verletzungen.“

Insbesondere wegen der engen Raumverhältnisse war die Wärmeeinwirkung auf die nasse Dienstbekleidung der Feuerwehrmänner so intensiv, dass sie schwere Verbrühungen erlitten. Die Kleidung der Beamten war zuvor durch das umherspritzende Wasser eines durchgebrannten C-Schlauches durchnässt worden. Den mit nach vorne gerobben Kollegen gelang es, die Verletzten aus dem Flur zu ziehen und in das 11. OG zu bringen, wo die Besatzung des NAW 4 die Erstversorgung übernahm. Der am schwersten verletzte Kamerad wurde mit einem Hubschrauber in das Krankenhaus transportiert. Der Pilot vollbrachte bei der Landung und dem Start vor dem vom Sturm umtobten Hochhaus eine Meisterleistung. Insgesamt 9 verletzte Feuerwehrbeamte wurden in Kliniken eingeliefert. Feuer und Sturm tobten weiter. Die 4 Bewohner auf ihren Balkonen, auf der Vorder- und Rückseite des Hauses, warteten weiter ängstlich auf ihre Befreiung.

Erst 2 Stunden nach Einsatzbeginn gelang es zwei Trupps unter Flammenschutzanzügen, in den Flur vorzudringen. Mit einer Axt öffneten sie eine Wohnungstür, erzeugten

dadurch eine Querlüftung in der Brandetage und bekämpften das Feuer. Jetzt konnten die abgeschnittenen Bewohner ihre Balkone verlassen. Bis auf die Tür der Nachbarwohnung, in der sich niemand aufhielt, hatten alle Eingangstüren der starken Beflammung standgehalten. Noch immer war unklar, ob sich in der vom Brand betroffenen Wohnung Personen aufgehalten hatten. Erst die Durchsuchung des Brandschutzes brachte Klarheit: die Wohnung war leer gewesen! Das Appartement war total verwüstet. Unvorstellbar war für viele am Einsatz beteiligten, dass aus einem Bereich von nur 30 qm ein derartig starker Wärme- und Flammenstrom kommen konnte. Der starke Sturm hatte die Flammen nicht nur über 12 m weit in den Flur gepresst, sondern auch für eine optimale Sauerstoffzufuhr gesorgt. Die Tür zur Nachbarwohnung war zerstört worden und das Feuer hatte sich in den Vorraum ausgebreitet. Durch die Wärmebeaufschlagung entstanden Schäden an den Wänden und Decken der Brandwohnung, des Stichflurs und des Treppenraumes. Außerdem wurden drei Rauchschutztüren zerstört. Der geschätzte Schaden betrug 500.000,- DM. Drei Löschzüge der Berufsfeuerwehr und Kräfte der Freiwilligen Feuerwehren hatten 65 PA und 6 Flammenschutzanzüge eingesetzt, um die eingeschlossenen Menschen zu retten und den Brand zu bekämpfen.

„Wir waren total überfordert. Wir konnten uns das eigentlich nicht vorstellen, dass ein einfacher Wohnzimmerbrand solche Ausmaße erreicht, so etwas hatten wir nie erlebt. Es war für uns auch eine große Blamage und hinzu kommt, dass wir unter dem Druck standen, dass wir unseren Kameraden zunächst aus dem Flur nicht herausholen konnten. Dann kam noch die Verwechslung, dass wir nicht wussten wer da drin war. Denjenigen, den wir gesucht hatten, der war ja auf der Wache und es handelte sich um jemand ganz anderen. Das wäre, wenn wir z. B. Namensschilder auf dem Helm gehabt hätten, uns erspart geblieben.“

Nach dem extrem belastenden Einsatzgeschehen verhielten sich dann die Führung und Leitung der Feuerwehr gegenüber den Einsatzmannschaften auf eine distanzierte und desinteressierte Weise, die das erlittene Trauma während des extremen Einsatzes zusätzlich verstärkte.

„Die Einsatzleitung hat dann unabhängig von uns Presseerklärungen abgegeben. Die haben mich nicht gefragt und sich auch mit mir über die Darstellung des Einsatzes nicht abgestimmt. Es gab kein Gespräch, die da oben hatten mich einfach ignoriert. Ich hatte dann zwar später ein Statement abgegeben aber grundsätzlich war ich von der Presse ausgeschlossen. Auf der Wache waren wir zunächst über zwei Wochen alleine, auf uns selbst angewiesen. Niemand von denen kam zu uns. Wir waren wie gelähmt. Alle saßen nur herum. Wie erstarrt. Der Amtsleiter und die Direktion kamen erst zu uns nach 14 Tagen, um mit uns zu sprechen, um zu schauen wie es uns geht. Dann kam auch der Leiter der Technik, der wollte einfach ermitteln, ohne dass er wirklich einen Auftrag gehabt hat, so aus persönlicher Initiative und er kam nur aus diesem Grunde. Er kam nicht persönlich und das war das Schlimme, es war deutlich spürbar, dass er

nicht als Mensch, nicht als Kamerad kam und das er keinen wirklichen Anteil genommen hat. Auf unserer Wache gab es ja zwei schwerverletzte Kollegen. Die hatten Brandverletzungen, um die hat sich niemand gekümmert. Wir haben dafür gesorgt, dass die in die Kliniken kamen, und wir haben die dann in den Kliniken besucht. Von denen da oben hat sich niemand gekümmert. Das war wirklich desolat. Wir hatten ja auch schon vorher bessere Schutzkleidung angefordert, Schutzkleidung, die man in den Feuerwehren anderer Länder schon lange hatte, aber da hatte man sich auch nicht drum gekümmert.“

Herr A. fährt nach diesem Einsatz nach Hause zu seiner Familie. Er sieht seine Kinder und fühlt, dass das Leben weitergeht. Er frühstückt mit seiner Frau, die ihm voll und ganz zur Seite steht. Während des Frühstücks erlebt er erst, dass der Einsatz für ihn ein schwerer Schock war:

„Ich habe gekrampft, ich habe so gezittert, dass ich dann den Kaffee verschüttet habe. Ich musste plötzlich weinen. Ich konnte nicht anders. Ich war ständig damit beschäftigt, ob der dritte Kamerad, der schwere Verbrennungen erlitten hatte, überleben wird. Bei diesem Einsatz gab es ja insgesamt 8 Verletzte!“

Herr A. war noch über 4 Jahre nach diesem Einsatz immer wieder mit diesen Problemen, mit den Konfliktlagen des Einsatzes sowie mit den in der Folge entstandenen Schuld- und Schamgefühlen beschäftigt:

„Ob ich wollte oder nicht, das kam immer wieder über mich; ich konnte mich dagegen nicht wehren. Immer wieder bekam ich eine Gänsehaut, ich musste immer wieder zittern, wenn ich an diesen Einsatz denken musste. Ich hatte über diese Jahre immer regelmäßig Alpträume und konnte nicht schlafen. Es ging nur darum, dass der Einsatz nicht funktioniert und dass es am Schluss eine Explosion gibt, das hat mich immer wieder aufgeschreckt, furchtbar!“

Herr A. hat mit seiner Mannschaft nach der anfänglichen Lähmung auf der Wache, die über mehrere Wochen dauerte, immer wieder versucht, über die taktischen und strategischen Probleme des Einsatzes zu sprechen. Er erlebte immer wieder starke Schuldgefühle und war nachträglich von Zuständen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Gefühlen des total Ausgeliefertseins ergriffen. Er beschäftigte sich damit, was er alles falsch gemacht hatte und wie er das, was er und seine Kameraden als Katastrophe erlebten, hätte verhindern können.

„Weshalb ich mich wirklich schuldig fühle ist, dass ich den Befehl gab, die Tür zu öffnen, also die Tür hätte man nicht öffnen dürfen! – Um den Flash-over zu verhindern. Dann hätten nämlich die Kameraden keine Verbrennungen erlitten, ein Kamerad wäre dann nicht gestorben. Heute ist die Höhenrettung bei der Feuerwehr Standard. Das wäre völlig problemlos gelaufen. Die Tür wäre zu geblieben, man hätte sie nicht aufge-

macht und dadurch die ganzen Komplikationen die eingetreten waren, verhindert. Man hätte dann von oben aus durch das Fenster Wasser reingeschickt!“

Mit dem Einsatz sind für den Zugführer Herrn A. in seelischer Hinsicht die folgenden Erlebenszustände zentral:

1. Durch die Verknüpfung völlig unvorhersehbarer Ereignisse und durch den vorübergehenden Verlust und die Verletzungen von Kameraden, wurde er schwer geschockt (Schock, Aufschrei).
2. Herr A. war von dem Gefühl beherrscht, dass er noch etwas hätte tun müssen, um die „Katastrophe“ zu verhindern. Unerträglich war für ihn, dass *ihm* so etwas passieren konnte. Wenn etwas schief läuft, dann passiert es woanders, aber nicht bei ihm (Schuldgefühl, Narzissmus, psychotraumatische Abwehr).
3. Noch unerträglicher war es, dass ein *kleiner* Wohnzimmerbrand nicht sofort unter Kontrolle gebracht werden konnte und man über mehrere Stunden dem Brand hilflos gegenüber stand (Kontrollverlust, Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit).
4. Herr A. hatte auch das Gefühl, dass er sozusagen Schuld hat, dass seine Kameraden verletzt wurden (Schuldgefühle).
5. Über 4 Jahre nach diesem Einsatz leidet er unter Schlafstörungen und Alpträumen, in denen er den Einsatz immer wieder wiederholte und Schreckensvisionen hatte (Explosionen), die er mit diesem Einsatz in Verbindung brachte (Schlafstörungen, Alpträume).
6. Auch tagsüber drängten sich ihm in diesem Zeitraum immer wieder Erinnerungsbilder auf, in denen er den Einsatz wiederholte, ohne dass er sich dagegen wehren konnte, (Erinnerungsdruck/Intrusionen, „Flash-backs“).
7. Die fehlende Unterstützung und Fürsorge der Vorgesetzten gegenüber den Mannschaften nach diesem verheerenden Einsatz, erzeugten nicht nur bei den Kollegen, sondern in besonderem Maße bei Herrn A. eine hochaufgeladene, ohnmächtige Aggressivität, die ein lähmendes Entsetzen zur Folge hatte.

Fasst man die Erlebniszustände von Herrn A., die während und nach dem Einsatz für ihn von Bedeutung waren, zusammen – Schock, Kontrollverlust, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle, Schuldgefühle, Schlafstörungen und Alpträume, Intrusionen und „Flash-backs“ und zieht man das Ereigniskriterium hinzu („die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren: 1. die Person beobachtete, erlebte oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen Personen beinhalten. 2. Die Reaktion Depression umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen“), so wird klar, dass Herr A. im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch diesen Einsatz schwer traumatisiert wurde. Zu jeder Zeit war weder von Seite der Führung und Leitung der Feuerwehr noch von Seiten externer Berater ein unmittelbares Hilfsangebot oder eine professionelle psychologi-

sche Beratung zur Verfügung gestellt worden, die ihm und den Mannschaften in der Bewältigung dieses Traumas hätte Hilfe leisten können. Alle verharrten auf der Wache über 14 Tage lang sprachlos und gelähmt. Zwar hatte Herr A. eine unmittelbare soziale Unterstützung durch seine loyale Ehefrau, diese konnte aber die Verarbeitung und Bewältigung des Traumas, das Herr A. während dieses Einsatzes erlitten hatte, wie der Verlauf zeigt, nicht gewährleisten.

In der Zwischenzeit aber sind eine ganze Reihe von Modellen der sogenannten „Krisenintervention“ entwickelt worden, die zum Ziel haben, psychische Traumatisierungen, die infolge eines belastenden Einsatzes auftreten, so schnell wie möglich zu bearbeiten, damit diese nicht, wie dies bei Herrn A. deutlich wurde, sich über Jahre hinweg chronifizieren und die Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen.



Wissenschaftliche Untersuchungen (Gruppenstudien) über die psychologischen Auswirkungen von extrem belastenden Einsätzen

Es gibt inzwischen in dem Forschungsgebiet der Psychotraumatologie eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich zum Ziel gesetzt haben, in Berufsgruppen wie Feuerwehr, Polizei und Rettungsdiensten, die Zusammenhänge zwischen einem potentiell traumatisierenden extremen Einsatzgeschehen und den tatsächlich eintretenden psychologischen Folgewirkungen aufzuklären.

Das bislang am intensivsten untersuchte Desaster ist das „Ash Wednesday Bushfire“, das in Süd-Australien am 16.02.1983 ausbrach und das, unter der Einwirkung von wechselhaften intensiven Stürmen, über 70 Meter hohe Flammenwellen erzeugte, die über Tage nicht unter Kontrolle gebracht werden konnten. Über 5.000 Menschen mussten, unter teilweise chaotischen Bedingungen, evakuiert werden. Es kamen überwiegend Kräfte der Freiwilligen Feuerwehren zum Einsatz, von denen McFarlane und seine Mitarbeiter 469 Männer in eine kontrollierte Längsschnitt-Studie einbezog, die dem Desaster in einer besonders intensiven Weise ausgesetzt waren (vgl. *McFarlane 1988a, 1988b, 1988c, 1992, MacFarlane & Papay 1992, MacFarlane et al. 1994*). Die Männer der Freiwilligen Feuerwehren mussten häufig ohnmächtig und hilflos zusehen, wie ihre Bauernhöfe niederbrannten oder verletzte Viehbestände später notgeschlachtet werden mussten. Über 23% fühlten sich während des Einsatzes in ihrem eigenen Leben bedroht und über 25% der Mannschaftsmitglieder erlitten schwere Verletzungen. McFarlane erhob 3 Monate, 8 Monate, 11 Monate und 29 Monate (4 Messzeitpunkte) nach dem Desaster mit Hilfe von Fragebögen und Interviews die Persönlichkeitsstruktur, die biographische Vorgeschichte, die psychische Gesundheit und den Grad der Traumatisierung der Männer. Die Studien ergaben folgende Trends (*MacFarlane 1988c*):

- Von den 469 Feuerwehr-Leuten wurden 50 Männer infolge des Einsatzes als „hochbelastet“ eingestuft („high-risk“), weil sie sich vom Tode bedroht fühlten, Verletzungen erlitten oder schwere Eigentumsverluste hinnehmen mussten.
- In dieser Gruppe entwickelten 11 Männer eine ausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Der Vergleich mit denjenigen in der hochbelasteten Gruppe, die keine PTBS entwickelten, ergab, dass die traumatisierten Feuerwehr-Männer in ihrer Persönlichkeit eine starke Irritabilität, Nervosität und Gespanntheit („Neurotizismus“) zeigten und grundsätzlich dazu neigten, sich von anderen zu isolieren und sich mit ihren Problemen alleine zu beschäftigen („Introversion“). Sie hatten in ihrer bisherigen Lebensgeschichte wesentlich mehr belastende Ereignisse erlebt, in ihren Herkunftsfamilien wurden seelische Erkrankungen häufiger berichtet und sie selbst litten unter seelischen Erkrankungen, die sie nicht behandeln ließen. Zwar nahm die PTBS-Symptomatik generell nach acht Monaten ab, so ließ z.B. der Erinnerungsdruck

(„Intrusion“) nach, es war aber weiterhin ein Vermeidungsverhalten („Avoidance“) sichtbar.

- Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass es keine einfache kausal-notwendige Beziehung zwischen Desaster und psychischem Trauma (PTBS) gibt, sondern die individuelle Erfahrung und Verarbeitung des extremen Einsatzes (Großschadenslage) in einem komplexen Spektrum von persönlichen Einflussgrößen variiert. Das Desaster ist eine hinreichende aber keine notwendige Bedingung für die Auslösung eines traumatischen Prozesses.
- Ein weiteres Ergebnis, das dem Design einer Längsschnittstudie zu verdanken ist, besteht darin, dass es unterschiedliche Verläufe der Traumatisierung gibt. McFarlane unterscheidet drei Typen der PTBS:
 - die *akute*, die sich nach einigen Monaten auflockert,
 - die *chronische*, die sich über mehrere Jahre hinweg erstreckt und
 - die *verzögerte* („delayed“) PTBS.

Über die Bedingungsfaktoren der Unterformen des PTBS ist bislang wenig bekannt. McFarlane vermutet allerdings, dass der verzögerte Ausbruch des PTBS damit zusammenhängt, dass gängige Formen der Nachbereitung („Debriefing“) eines belastenden Einsatzes zwar unmittelbar greifen, aber langfristig, weil das Ereignis nicht intensiv und tief genug durchgearbeitet wurde, traumadynamisch dann doch noch Wirksamkeit behält. Das „Debriefing“ greift in diesem Falle zu kurz.

In einer Detailstudie untersuchte *McFarlane (1988b)* nur die Gruppe der hochbelasteten Feuerwehr-Männer. In dieser Gruppe fanden sich 15 Männer, die acht Monate nach dem Desaster den Typus der *chronischen* PTBS entwickelt hatten und noch nach drei Jahren Trauma-Symptome zeigten. Er kommt zu dem Schluss, dass vor allem die Symptome der Übererregung („hyperarousal“), also Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und Überempfindlichkeit nach acht Monaten den größten Vorhersagewert für die Entwicklung einer chronischen PTBS hatten. Der Erinnerungsdruck, der für ein wichtiges Kriterium der Traumatisierung erachtet wird, hatte demgegenüber einen geringen Vorhersagewert für die Chronifizierung der PTBS. Dies wird von McFarlane für eine weitere Bestätigung der Hypothese gewertet, dass eine in der („prämorbid“) Persönlichkeitsstruktur begründete Verletzbarkeit der entscheidende Faktor dafür ist, ob die Erfahrung eines Desasters in der Lage ist, einen traumatischen Prozess in Gang zu bringen oder ob der Betroffene über die psychischen Kapazitäten verfügt, das Desaster, jenseits der Traumatisierung, als eine „normale“ Belastung zu bewältigen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Unterstudie ist darin zu sehen, dass mit dem Prozess der Chronifizierung der PTBS sich zahlreiche andere psychische und somatische Symptombildungen verknüpfen („Komorbidität“). Zu nennen sind hier die Angst- und Panikstörungen, phobische Neurosen und vor allem Depressionen, wobei angenommen wird, dass bei Nichtbehandlung solcher Psychopathologien rückwirkend die

Posttraumatische Belastungsstörung zusätzlich stabilisiert wird. Zu den depressiven Entwicklungen gehören auffällige Ausbildungen körperlicher Störungen („Somatisierung“) des Herzkreislauf-Systems, der Atemwege, sowie Störungen des Muskel-Skelettsystems und die Entwicklung neurologischer Schmerz-Syndrome. Mit der Chronifizierung der PTBS ist auf diese Weise das Risiko verknüpft, dass von den Medizinern schließlich nur noch körperliche Symptome – nach der Untersuchung von *McFarlane (1994)* zufolge überwiegend Kopfschmerzen – diagnostiziert werden und der ursprüngliche Zusammenhang mit dem Prozess der Traumatisierung verloren geht.

Neben diesen umfassenden Studien von *MacFarlane*, gibt es weitere wichtige Forschungsarbeiten. So untersuchten *Bryant und Harvey (1996)* 751 Feuerwehrleute, die ebenfalls an der Bekämpfung des „Ash Wednesday Bushfire“ teilnahmen mit Fragebögen, die den Grad der seelischen Gesundheit bzw. der seelischen Belastung („psychological distress“) und den Grad der Traumatisierung erfassen. Zusätzlich wurden Alter, Dienstgrad, die Berufserfahrung und das Ausmaß an bisher erlebten belastenden Ereignissen erfasst. Ziel war es, einen allgemeinen Überblick über die psychosoziale Verfasstheit der Mannschaften zu gewinnen. Es stellte sich heraus, dass über 56% der Männer bereits in als hoch belastend eingestufte Situationen geraten waren, in denen sie sich in ihrer Sicherheit schwer bedroht fühlten. Diese standen meistens im Zusammenhang mit Maßnahmen der Feuerbekämpfung (69%) und erzeugten insbesondere dadurch einen intensiven „Stress“, dass man sich in diesen Einsätzen sehr hilflos und schließlich erschöpft fühlte. Dies war darin begründet, dass man nicht über eine ausreichende Ausrüstung verfügte oder bemerkte, dass man in der Einsatzsituation mit Problemstellungen konfrontiert wurde, auf die man durch die Ausbildung nicht ausreichend vorbereitet worden war (60%). Insbesondere wurde sehr häufig eine intensive Angst vor Verletzungen oder dem eigenen Tod erlebt (89%), wobei diese Erlebniszustände häufiger in den unteren Diensträngen berichtet wurden. Grundsätzlich zeigten über 17% der Mannschaften gravierende psychische Symptome, die sie mit lebensbedrohlichen Einsätzen in Zusammenhang brachten und welche die Autoren mit der PTBS in Zusammenhang bringen.

Auch *Bryant und Harvey* kommen wie *McFarlane* und seine Mitarbeiter zu dem Schluss, dass die Entwicklung einer posttraumatischen Syndromatik in keinem kausal-linearen Verhältnis zu dem kritischen Einsatzereignis steht und vor allem subjektive Faktoren, die in der psychischen und sozialen Verfassung der einzelnen Feuerwehrmänner begründet sind, eine ausschlaggebende Rolle dafür spielen, ob ein extrem belastender Einsatz zu einem traumatischen Prozess (PTBS) führt oder ob dies nicht der Fall ist. Sie stellen fest, dass die Art und Weise, wie die Lebensbedrohung, die Hilflosigkeit und vor allem der Kontrollverlust gegenüber dem kritischen Ereignis im einzelnen persönlich erlebt wird, für die Verarbeitung und Bewältigung des Ereignisses hoch bedeutsam sind. Hatte *McFarlane* angenommen, dass vor allem Persönlichkeitsmerkmale wie „Neurotizismus“ und „Introversion“ für die Traumatisierung von Bedeutung sind, nehmen *Bryant und Harvey* an, dass das Ausmaß des Gefühls, im Einsatzgeschehen die

Kontrolle über die Situation zu verlieren, ein entscheidendes Kriterium für die Entwicklung einer PTBS darstellt. Sie führen allerdings eine zusätzliche Hypothese ein die besagt, dass die Traumatisierung durch negative Lebensereignisse, die die Betroffenen nach dem belastenden Einsatz erleben, *nachträglich* maßgeblich bestimmt wird. Die Forscher vermuten, dass in dem Maße, wie beispielsweise durch eine konflikthafte Arbeitsorganisation oder durch einen mangelhaften Stil von Führung und Leitung, der keine solidarische soziale Unterstützung zur Verfügung stellt, Verärgerung, Unmut, Enttäuschung und Minderwertigkeitsgefühle entstehen („negative affectivity“). Diese werden in der Rückschau auf das belastende Einsatzerlebnis projiziert und der Einsatz wird nachträglich um so traumatischer erlebt, je stärker der negative emotionale Zustand eines Feuerwehrmannes ist. Über diese Psycho- und Soziodynamik der nachträglichen Erzeugung einer belastenden Situation als einer *traumatischen* Situation ist bislang wenig bekannt und weitere wissenschaftliche Forschung ist hier noch erforderlich, um diese Hypothese zu überprüfen.

In diesem Zusammenhang ist die Untersuchung von *Boxer und Wild (1993)* interessant, die den Alkoholmissbrauch unter 145 Feuerwehrleuten in Cincinnati/USA untersuchten. Sie stellten die Hypothese auf, dass Stressoren am Arbeitsplatz psychische Spannungen („Distress“) erzeugen, die, weil keine anderen Bewältigungsformen zur Verfügung stehen, durch Alkoholmissbrauch abgebaut werden.

Sie fanden heraus, dass über 30% der Feuerwehrleute unter hohen psychischen Spannungen standen und über 29% erhebliche Alkoholprobleme hatten. Jedoch konnte kein strikter Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, psychischer Anspannung und Alkoholmissbrauch gefunden werden. Hoch bedeutsam für unseren Zusammenhang ist aber der Befund, dass der ermittelte Zusammenhang von Belastungen am Arbeitsplatz und psychischer Anspannung weniger auf zurückliegende extreme Einsätze, sondern auf ungelöste Konflikte in den Mannschaften und in den Beziehungen mit Vorgesetzten zurückzuführen waren. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, inwieweit für den Prozess der Traumatisierung nicht nur Persönlichkeitsmerkmale der einzelnen Feuerwehrleute, sondern auch die Verfassung der Organisationskultur der Feuerwehr, also auch die Führungs- und Leitungsstile der verantwortlichen Autoritäten maßgeblich sind. In diesem Zusammenhang erhebt sich der Verdacht, dass der Einsatz von externen „Debriefings“ für traumatisierte Feuerwehrleute ungelöste Probleme und Konflikte in der Arbeits- und Einsatzorganisation der Feuerwehr, die Unmut, Verärgerung und Enttäuschung („negative affectivity“) erzeugen, kompensieren soll, welche dann in der Konsequenz aber selbst nicht verändert werden müssen.

Wie wichtig der Rückhalt in einer Arbeitsorganisation mit psycho-sozial kompetenter Führung und Leitung ist, zeigt die Studie von *Berah, Jones und Valent (1984)*. Vier Wochen nach dem bereits erwähnten „Ash Wednesday Bush Fire“ in Australien untersuchten sie die Mitglieder eines freiwilligen Kriseninterventions-Teams („mental health team“), das aus neun Psychiatern, vier Psychologen, zwei Krankenschwestern und

einem Sozialarbeiter bestand. Das Team hatte die Aufgabe, im Sinne der „Liason-Psychiatrie“, nach den Prinzipien der Unmittelbarkeit, Nähe und Flexibilität sich um Menschen zu kümmern, die vor allem durch die Evakuierungsmaßnahmen seelisch hoch belastet waren. Die Mitglieder des Teams nahmen insgesamt Kontakt mit 450 Personen auf und führten Kurzberatungen und Informationsveranstaltungen mit Betroffenen und sozialen Multiplikatoren (Lehrer, Kommunalbeamte etc.) durch. Obwohl alle Mitglieder erfahrene Notfall- und Rettungsarbeiter waren, geriet die große Mehrheit des Teams in Zustände von Erschöpfung, Hilflosigkeit und Depression. Über die Hälfte wurden nach Beendigung des Einsatzes krank. Berah und seine Mitarbeiter führen das auf die Tatsache zurück, dass die Team-Mitglieder selbst auf keine Instanz zurückgreifen konnten, die ihnen Halt, Unterstützung und vor allem Entlastung hätte gewähren können.

Die Bedenken müssen ernst genommen werden, dass mit der „Psychologisierung“ von Feuerwehr-Einsätzen unbewusst teilweise gravierende ungelöste Konflikte in Organisation, Führung und Leitung, im Sinne einer Symptombildung, abgewehrt werden („Wir tun ja alles für Euch, nach den Einsätzen draußen, damit wir drinnen im eigenen Haus alles beim Alten lassen können“). Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es einen Einsatztyp gibt, der zwar sehr selten vorkommt, der aber doch die Einsatzmannschaften in der Regel hoch belastet und mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Mehrzahl nicht ein PTBS sondern eher eine akute Belastungsstörung im Sinne des ICD 10 erzeugt. Er ist dadurch gekennzeichnet, dass die Einsatzkräfte auf eine sehr intensive Weise mit vielen Menschen konfrontiert werden, die am Sterben sind und denen nicht mehr zu helfen ist oder mit Leichen oder Leichenteilen auf eine „intime“ Weise (Körperkontakt) umgehen müssen.

Duckworth (1991) berichtet über das „Bradford Fire Disaster“, das sich am 11.05.1985 während eines Fußball-Endspiels ereignete, an dem über 3.740 Zuschauer teilnahmen. Eine Holztribüne fing Feuer, das zunächst harmlos erschien. Vier Minuten später stand die gesamte Tribüne in Flammen, was eine Massenpanik auslöste. 56 Zuschauer waren tot und 280 verletzt; 7 starben bereits auf der Tribüne, über 43 wurden in einem Tunnel, durch den alle fliehen wollten, erdrückt oder zertrampelt.

Besonders die Einsatzkräfte, die mit der Entfernung und der Identifizierung der Leichen beschäftigt waren, litten zum Zeitpunkt der Erhebung, die zwei Wochen nach dem Einsatz durchgeführt wurde, unter einer akuten Belastungsstörung. 34 Einsatzkräfte nahmen eine psychologische Kurzberatung in Anspruch, die nach zwei Monaten in allen Fällen zu einer Besserung führte. Ähnliche Ergebnisse berichtet *Duckworth* anlässlich des „Hillsborough crush disasters“, das sich am 15.04.1989 ereignete. Über 1.000 Fußballfans rückten verspätet an und erzwangen mit Gewalt die Öffnung der geschlossenen Eingangstore. Danach besetzten sie die vollständig besetzte Zuschauertribüne. 95 Zuschauer kamen durch Ersticken oder Erdrückt-Werden ums Leben, 170 wurden verletzt.

Jones (1985) berichtet über die Erfahrungen von 592 Einsatzkräften, die nach dem Massenselbstmord in Jonestown (Guyana), der am 18.11.1978 stattfand, zur Identifizierung und Bergung der über 1.000 Leichen und für deren Rücktransport in die USA eingesetzt wurden. Jones betont, dass die Konfrontation mit den Leichen – die Veränderung der Farbe und Größe, die Art und Weise des Insektenbefalls, im besonderen aber der Geruch der Leichen, fast alle Beteiligten spätestens nach einigen Tagen psychisch überwältigte. Hinzu kam, dass unter den zu bergenden und zu identifizierenden Leichen sich einige Hundert Kinder befanden. Interessant ist, dass Jones zur Prophylaxe von akuten psychischen Belastungsstörungen, Veränderungen in der Arbeitsorganisation und der Führung und Leitung empfiehlt. Jüngere Einsatzkräfte, die über eine geringe Berufserfahrung verfügen, sollten vorab mit älteren und erfahrenen Kollegen („Buddies“) gepaart werden; es sollten täglich, unter der Leitung von professionellen Kräften, Gruppendiskussionen stattfinden, um eine emotionale Unterstützung zu gewährleisten; das Führungspersonal sollte eine bedingungslose und konsequente Beachtung und Anerkennung der von den Einsatzkräften geleisteten Arbeit gewährleisten, und es sollte nach Abschluss des Einsatzes durch Ehrungsrituale (Verleihung von Dekorationen und Zertifikaten) eine hohe Wertschätzung des Personals erfolgen.

Fullerton, McCarroll, Ursano und Wright (1992) bestätigen die von *Duckworth (1991)* und *Jones (1985)* vorgelegten Ergebnisse. Sie untersuchten die Feuerwehrleute, die nach dem Absturz einer DC 10 in Sioux City (Iowa) am 19.07.1989 zum Einsatz kamen. Mitten im Flug brach durch eine Explosion das gesamte Hydraulik-System des Flugzeugs zusammen. Die versuchte Notlandung endete mit einem „Crash“. Von den 296 Passagieren wurden 112 getötet und 59 schwer verletzt. Die Feuerwehrleute waren bereits eine halbe Stunde vor der Notlandung am Flughafen in Sioux City in Bereitschaft. Bei der Landung brach das Flugzeug auseinander und ging in Flammen auf. Die Wrackteile schleuderten auf das Flugfeld und in anliegende Mais- und Sojafelder. Einige Opfer, die in ihrem Sitz noch angeschnallt waren, wurden durch die Luft geschleudert, andere verbrannten in dem durch den ausgetretenen Treibstoff verursachten Flammenmeer. Zugleich gab es über 184 Überlebende, die umherirrten. Das Feuer konnte erst während des folgenden Tages unter Kontrolle gebracht werden. Der Einsatz wurde dadurch erschwert, dass die meterhohen Maispflanzungen und der tiefe Schlamm in dem Feld, in dem das restliche Flugzeug zum Stillstand kam, den Einsatz von Fahrzeugen fast unmöglich machten. Zahlreiche Überlebende, die in den Maisfeldern verstreut waren, konnten wegen der starken Rauchentwicklung nicht sofort entdeckt werden. Die von professionalisierten Mitgliedern der Feuerwehr durchgeführten Gruppendiskussionen während und nach dem Einsatz ergaben, dass auch hier besonders der enge Kontakt mit sterbenden Menschen, denen man nicht mehr helfen konnte (z. B. eingeklemmte Passagiere, die nicht befreit werden konnten und vor den Augen der Feuerwehrleute, die hilflos zuschauen mussten, verbrannten) oder das Bergen der teilweise extrem verstümmelten Leichen, akute psychische Belastungsstörungen auslösten.

Fullerton und seine Mitarbeiter kamen in einer zweiten Studie, in der eine Elite-Einheit der Feuerwehr von New York City untersucht wurde, die zur Unterstützung bei besonders schwierigen Einsätzen eingesetzt wird, zu denselben Ergebnissen. Auch sie empfehlen für die Feuerwehren eine Organisations- und Personalentwicklung, insbesondere die Entwicklung von psycho-sozialen Kompetenzen bei Führungskräften, die einen adäquaten Umgang mit bei extremen Einsätzen durchschnittlich zu erwartenden psychischen, akuten Belastungsstörungen in den Mannschaften gewährleisten. Hervorgehoben wird auch, dass insbesondere in der Ausbildung von Feuerwehrleuten die Auseinandersetzung mit extremen Einsätzen verstärkt gefördert werden sollte. Hierzu gehört auch die analytische Auseinandersetzung der Feuerwehrleute mit ihren eigenen persönlichen Motiven, gerade einen solchen riskanten Beruf zu ergreifen. *Raphael (1986)* weist darauf hin, dass bei Notfall- und Rettungsarbeitern („Disaster workers“), zu denen auch die Feuerwehrleute gehören, häufig narzisstische Größenphantasien eine Rolle spielen. In der Konfrontation mit Sterbenden und Toten identifizieren sie sich mit den Opfern in dem Sinne, dass sie unbewusst unterstellen, die Opfer wollten wieder zu einem/ihrem Leben zurückkehren, wie es vor dem Desaster war und sie tun dann alles, um dieser Phantasie zu entsprechen. In dem Maße, wie das aber nicht möglich ist, erleben die „Retter“, auf dem Hintergrund ihrer Größenphantasie, häufig unerträgliche Erlebniszustände von Kleinheit, Schuld, Versagen, Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und Selbstverachtung, also Zustände, die als Elemente einer schweren narzisstischen (traumatischen?) Kränkung verstanden werden können.

Abschließend wollen wir aus dem deutschen Sprachraum noch zwei Untersuchungen vorstellen, die sich zum einen mit der allgemeinen psychischen Verfassung der Feuerwehrleute als einer Berufsgruppe, die häufig seelisch belastenden Ereignissen ausgesetzt ist, zum anderen mit den psychischen Auswirkungen eines extremen Einsatzes auf die Mannschaften befassen.

Teegen, Domnick und Heerdegen (1997) nennen Faktoren, die einen traumatischen Prozess begünstigen. Ausschlaggebend sind die psychischen und sozialen Belastungen eines Feuerwehrmannes vor dem Einsatz, die vorhandene Lebensgefahr während des Einsatzes, ein geringes Lebensalter mit entsprechend geringer Berufserfahrung, ein niedriger Dienstgrad und eine nicht vorhandene soziale Unterstützung. Faktoren, die einen traumatischen Prozess verhindern sind eine realitätsgerechte Vorbereitung auf Extrembelastungen, eine stabile Kooperation in der Arbeitsgruppe, eine klare Einsatzleitung, die präzise Aufgabenstellungen ausspricht, die Möglichkeit der Einsatznachbesprechung in der Arbeitsgruppe, eine ausgeprägte psycho-soziale Kompetenz des Einsatzleiters, der für die Mannschaften eine Vorbildfunktion für die emotionale Selbstaufklärung ausüben kann und die gesicherte Unterstützung von Gruppendiskussionen durch psychologische Experten. Teegen und ihre Mitarbeiter (1997) untersuchten auf 5 von 17 Feuerwachen in Hamburg in Interviews und mit verschiedenen Fragebögen insgesamt 198 Personen, die in Feuerwehr und Rettungsdiensten tätig waren. Von Interesse war zunächst die „Traumaexposition“, d. h., es wurde nach der Häufigkeit, Art und

Intensität von Stressoren in den Berichten über belastende Einsätze gefragt. Ferner wurden zusätzliche Belastungsfaktoren aus der Lebensgeschichte erhoben und die einzelnen Belastungsreaktionen erfasst. Die Struktur der Traumaexposition des einzelnen Feuerwehr-Mannes wurde dann in Beziehung zu seinen Bewältigungsstrategien („Coping“) gesetzt, die von der Art der Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten, von der Möglichkeit an „Stressbewältigungsseminaren“ teilzunehmen, aber auch von der Struktur der Partnerschaft sowie von persönlichen und berufsbezogenen Fähigkeiten und Werten abhängig sind. Teegen und ihrer Mitarbeiter kommen zu den folgenden Ergebnissen:

Die Feuerwehr-Leute hatten durchschnittlich 30 hochbelastende Einsätze erlebt. Bis zu 90% haben mehrmals Einsätze erlebt, in denen ihr Leben bedroht war, sie verletzt wurden, sie mit dem Tod von Kindern, bizarren Selbstmordfällen oder durch Großschadenslagen (Flugzeugabsturz, Großbrände) mit einer großen Anzahl von Verletzten und Toten konfrontiert waren. Die Belastungsintensität eines als extrem eingestuften Einsatzes wurde durchschnittlich mit 80% angegeben, der im Mittel 7 Jahre zurücklag. Als potentiell traumatisierende Situationen wurden besonders häufig Einsätze genannt, in denen die Verletzung oder der Tod von Kindern durch Unglücksfälle oder Gewalttaten eine Rolle spielten (72%), in denen die Helfer in ihrem Leben schwer bedroht (93%) oder verletzt wurden (62%) und in denen diese mit extremen Sinneserfahrungen konfrontiert wurden. Über 73% der untersuchten Feuerwehrmänner machten Angaben zu Belastungen in ihrer persönlichen Lebensgeschichte, die potentiell die Verletzbarkeit für berufsbedingte Traumatisierungen erhöhen können. Besonders häufig waren Angaben über den plötzlichen Verlust nahestehender Menschen. Ein weiterer zusätzlicher Belastungsfaktor besteht in dem Gefühl mangelnder Anerkennung. Über 56% der Feuerwehrleute gaben an, dass sie sich durch mangelnde Anerkennung bzw. Diskreditierung ihrer Person bzw. ihrer Berufsrolle entweder in der Arbeitsorganisation oder in der Öffentlichkeit (Medien) belastet fühlten.

Was die akute oder chronische Posttraumatische Belastungsstörung anbetrifft entwickelten, rückblickend gesehen, über 36% der Feuerwehrmänner in den Monaten nach extrem belastenden Einsätzen eine voll entwickelte PTBS; 28% entwickelten eine teilweise ausgeprägte PTBS (2 DSM-Kriterien waren erfüllt). Dabei waren besonders intrusive Symptombildungen zu beobachten.

In Bezug auf Strategien, die helfen sollen, hochbelastende Einsätze durchzustehen, zu verarbeiten und zu bewältigen, stellten sich vor allem die gute Zusammenarbeit, der Zusammenhalt und das Vertrauen in die Kollegen als hoch bedeutsam heraus (84%). Auf dem Hintergrund dieses vertrauensvollen Halts in einer schützenden und förderlichen Organisationskultur und Arbeitsorganisation sprachen über 85% der Feuerwehrmänner mit ihren Kameraden über extrem belastende Einsätze. Für die Bearbeitung der persönlichen emotionalen Erschütterung wurde aber vorrangig die Partnerin oder Ehefrau in den Mittelpunkt gestellt (42%). Über 30% der Männer versuchten durch

Hobbies oder sonstige Ablenkungen, die Belastungen während riskanter Einsätze zu bewältigen. Ferner stellte sich der Glaube an den Sinn des Einsatzes, der Glaube an die persönliche Stärke und die Fähigkeit zum „Galgenhumor“ als wichtige Schutzfaktoren heraus.

Interessant ist, dass viele Feuerwehrleute ihre Wünsche hinsichtlich der Verbesserung ihre beruflichen Traumarisiken auf die Veränderung der Arbeitsorganisation richten. Zunächst wurde der Wunsch geäußert, die Ausbildung dadurch zu verbessern, dass mehr Praxisnähe hergestellt und eine bessere Vorbereitung auf Extremsituationen stattfinden sollte. Ferner war auch der Wunsch an die Vorgesetzten vorhanden, dass sie sich den untergebenen Mannschaften gegenüber offener und unterstützender verhalten sollten. Gerade im Zusammenhang mit extrem belastenden Einsätzen sollten sie mehr Fürsorge, Gesprächsbereitschaft und Einfühlungsvermögen zeigen. Interessant ist, dass die Feuerwehrleute vor allem eine genauere Berichterstattung über ihren Beruf erwarten, so dass die Öffentlichkeit über die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Belastungen besser aufgeklärt wird. Eng verbunden ist damit ein starker Wunsch nach Anerkennung, Würdigung ihrer Arbeit und Danksagung.

Die einzige deutsche Studie über die psychischen Auswirkungen eines extrem belastenden Einsatzes stammt von *Hermanutz und Buchmann (1994)*, die anlässlich des Busunglücks in Donaueschingen, das sich am 06.09.1992 ereignete, durchgeführt wurde. Es gab 21 Todesopfer und viele Schwer- und Leichtverletzte. Sie untersuchten 71 Personen der Feuerwehr, Polizei und Mitglieder des Roten Kreuzes, die in helfender oder leitender Funktion an dem Einsatz beteiligt waren und Verletzte und Verstorbene bargen, mit Hilfe von Fragebögen und Interviews. Hermanutz und Buchmann stellten sich die Frage, wie diese Personengruppe nach dem extremen Ereignis reagiert, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt. Hinterlässt dieser Einsatz Symptome im Sinne der Posttraumatischen Belastungsstörung? Welche emotionalen und körperlichen Auswirkungen sind zu beobachten, und welche psychischen Bewältigungsstrategien („Coping“) wurden von den Mannschaften eingesetzt?

Bereits während der Anfahrt zur Unfallstelle zeigten ca. 20% der Mannschaften starke emotionale Reaktionen in dem Sinne, dass sie angesichts der Ungewissheit, was auf sie zukommen mag, ängstliche Anspannungen erlebten. Über 40% hegten wohl auch Befürchtungen, hatten aber andere Bewältigungsstrategien, indem sie versuchten, sich von ihren emotionalen Reaktionen mit Selbstinstruktionen zu distanzieren („... erst die Lage beurteilen“, „... Gedanken und Sorgen bringen wenig Nutzen“).

An der Unfallstelle waren umherirrende leichtverletzte Personen, Schwerstverletzte mit amputierten Gliedmaßen, verstümmelte, tödlich Verletzte und verstreute Leichenteile zu sehen. Über 34% der Mannschaften berichteten über starke körperliche Empfindungen wie „geschluckt“, „gezittert“, „geweint“ und erlebten Zustände von Übelkeit, Schwindel und Brechreiz („weiche Knie“). Über 53% waren von starken emotionalen

Gedanken über das Leid, das Chaos und die Hilflosigkeit beherrscht und erlebten Angst („furchtbar, das kann mir auch so passieren“, „... muss das sein, ... wenn nur alles vorbei wäre“, „... die vielen Säрге“). Über 46% berichteten weder über psychische oder körperliche Reaktionen. Dieser Teil Mannschaften konzentrierte sich hauptsächlich auf die Arbeitsaufgabe („... alles strukturieren, alles richtig machen“; „bleib ruhig, mach‘ deinen Job“; „die sind tot, das muss ich akzeptieren“).

Auf die Frage, was die schwierigste Aufgabe und die belastendsten Eindrücke während der Rettungsmaßnahme waren, nannten 44% den Anblick bzw. die Bergung von Leichenteilen und 40% bezogen sich auf die Erfahrungen im Umgang mit Verletzten und Angehörigen.

Als erstes Fazit dieser Untersuchung kann festgehalten werden, dass etwa die Hälfte der beteiligten Mannschaften bereits *während* des Einsatzes psychisch entweder überfordert oder schwer belastet war.

Nach der Rettungsaktion drängten sich den meisten beteiligten Personen Erinnerungen an das Ereignis auf. Überwiegend waren es Bilder und Gerüche von der Unfallstelle. Verschiedene Auslöser aktualisierten später diese Erinnerung (z. B. erzeugte Ketchup die Erinnerung an das Blut der Verletzten). Diese Erinnerungen waren bei einem Drittel der Retter tagsüber und bei Nacht über mehrere Tage hinweg vorhanden.

Auswirkungen im Sinne der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zeigten 38% aller Befragten. Sie berichteten einzelne oder mehrere Symptome einer PTBS, die bis zu sieben Tage anhielten; 26mal wurde über Affektstörungen wie Rückzugstendenzen, Interessenverlust oder Appetitlosigkeit berichtet, 7-mal wurden soziale Hemmungen genannt und 3-mal wurde über Alpträume oder über „Flash-backs“ berichtet.

Bei über 20% der Beteiligten wirkte sich die traumatische Reaktion, die dem Einsatzgeschehen folgte, störend auf die Partnerschaft oder die Familie aus. Das voll ausgeprägte Bild einer PTBS konnte mit Sicherheit nur bei einer Person festgestellt werden. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass akute Belastungsstörungen über die Dauer von ca. einer Woche vorhanden waren, im strengen Sinne aber sich im Anschluss an die Störungen kein ernsthaftes Therapiebedürfnis abzeichnete.

Hermanutz und Buchmann verglichen dann die Gruppe der Helfer mit PTBS-Symptomen (27 Personen) mit der Gruppe, die über keine Symptome berichteten (44 Personen). Sie stellten fest, dass vor allem die Jüngeren, die bisher noch nicht mit Toten und Schwerverletzten konfrontiert waren, am häufigsten Symptome einer traumatischen Reaktion entwickelten. Die Hälfte aller Befragten wollten nach dem Einsatz über ihre Erfahrungen in einer Gruppe sprechen („Nachbereitung“); über ein Viertel wünschte sich eine bessere Ausbildung, in der sie auf solche extremen Einsätze besser vorbereitet werden.

Aus der Untersuchung können die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

- „Welche Einstellung der Helfer/die Helferin generell zu Schadensereignissen wie auch zum speziellen Ereignis hat, ist für die erlebte Belastung vor Ort und für die spätere Verarbeitung von hoher Bedeutung. Diese eher kognitive Komponente setzt sich u. E. aus den Faktoren Sensibilität, Erfahrung und soziale Kompetenz zusammen. Besonders die Frage der persönlichen Instruktion (...), d. h. die Art und Weise, wie die Helfer sich vor und in der Katastrophen-Situation selber ansprechen und motivieren, scheint von großer Bedeutung zu sein. Hier wäre Schulung besonders sinnvoll und effizient“ (S. 300).
- Im Zusammenhang mit Extrem-Einsätzen ist grundsätzlich die Existenz einer verlässlichen Nachsorgekette notwendig. Für die Einsatzmannschaften „sollte eine qualifizierte Nachsorge möglich, angeboten und dann auch praktiziert werden können. Dabei scheint die Kombination aus professioneller, kollegialer bzw. semiprofessioneller Hilfestellung bei den Helfern eine besondere Bedeutung zu haben. (...) Für die regionalen und überregionalen Einsatzleitungen wäre es sinnvoll und effektiv, ein Berater- und Therapeutenteam rasch nach Katastrophen zusammenrufen zu können“ (S. 300).
- Die Bereitstellung einer funktionierenden Nachsorgekette darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass eine kompetente und gut strukturierte Führung der Einsatzmannschaften unerlässlich ist. Führungsschwächen können nicht durch die Bereitstellung einer psychosozialen Nachsorge kompensiert oder verdeckt werden. „Helfer benötigen in der Phase des chaotischen Zustandes einer ganz besonders gut funktionierenden Führung. (...) Klare Entscheidungen auf der Basis fachlich-technischer, aber auch psycho-sozialer Kompetenz werden gefordert und fördern erlebte Sicherheit bei den Einsatzkräften. (...) Den beobachtbaren Verhaltensweisen von Führungskräften (u. a. Souveränität durch ruhig-sachliche Kompetenz, Entscheidungsbereitschaft und persönliche Beherrschtheit) kommen in ihrer Modellfunktion hohe Bedeutung zu. Führungspersönlichkeiten sollten sich durch besondere Sensibilisierungs- und Qualifizierungskurse für zwischenmenschliche Abläufe weiterbilden können“ (S. 301). Der Ausbildung von psychosozialen Kompetenzen unter den Führungskräften muss eine Entwicklung solche Kompetenzen auch in den Einsatzmannschaften folgen.

Diese sollten für eine effiziente Trauma-Prävention geschult werden, damit sie mit extremen Beziehungssituationen während eines Einsatzes in einer „vertrauten“ Weise umgehen können. „Die Helfer berichten übereinstimmend, dass sie keine Probleme erleben, wenn sie in ihrer antrainierten Profession tätig sind. (...) In Schwierigkeiten kommen die Helfer, weil sie nicht wissen, wie sie und ob sie mit Sterbenden sprechen sollen. Sie haben Probleme, den schwerverletzten Angehörigen der Toten Trost und Wahrheit zu sagen. Wie geht man mit zusammenbrechenden Verwandten um, die verstümmelte Tote identifizieren sollen, usw.? Hier tut sich ein weites Feld für Schulungen und Nachschulungen auf. (...) Im psychosozialen Bereich beklagen fast alle Interviewten Defizite, die sie als belastend erleben“ (S. 301).

IV

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Um es vorwegzunehmen: *eine* Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gibt es nicht. In der Literatur lassen sich eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze finden, wobei die psychoanalytisch orientierten und die behavioral-kognitiven Therapieverfahren durch vergleichende Therapieforschungsstudien am besten validiert sind.

Zur Traumabewältigung haben Völker und einzelne Menschen zu allen Zeiten auf Verfahren zurückgegriffen oder solche weiterentwickelt, wie sie z. B. in Ritualen ihren Ausdruck finden. Trauerrituale sind Ersatzhandlungen, deren Funktion darin besteht, den Überlebenden, der sich in einer ohnmächtigen und handlungsunfähigen Situation befindet, nicht allein zu lassen. Sie stellen Ausdrucksformen für Gefühle wie Verzweiflung, Trauer und Hoffnung zur Verfügung, um sie so umzuformen, dass sie sich eingrenzen und damit kontrollieren lassen. Trauerzeremonien sind auch bei uns als kollektive Form bekannt, um Individuen, die durch den Verlust eines wichtigen Menschen aus ihrem Alltagszusammenhang gerissen wurden, durch Riten im Trauerprozess zu unterstützen und in die Gemeinschaft zu reintegrieren.

1. Prävention

Trauma ist nicht gleich Trauma. Oder genauer: Trauma bedeutet nicht, dass ihm stets eine Posttraumatische Belastungsstörung folgen muss, wie bereits gezeigt wurde. Die schützenden Faktoren, die der pathologischen Entwicklung eines Ereignisses entgegenwirken und der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit förderlich sind, weisen auf eine Wechselwirkung von individuellen und sozialen Einflüssen hin. Die Erforschung der gesundheitserhaltenden Faktoren zeigt eine neue Richtung in der Psychotherapieforschung, die sich schwerpunktmäßig auf gesundheitsfördernde Maßnahmen konzentriert (*Antonovsky 1987*).

Vor der Behandlung der Folgen des Traumas stellt sich die Frage, ob nicht das Trauma selbst und wenn nicht, die aus ihm erwachsenden Schädigungen verhindert werden können. Die *primäre Prävention* zielt *objektiv* auf die Verhinderung eines Ereignisses und *subjektiv* auf die psychische Vorbereitung eines Individuums oder einer Gruppe auf die Auswirkungen eines potentiell traumatischen Ereignisses (*Fischer & Riedesser 1998*). So *kann* beispielsweise durch effektives organisatorisches und technisches Management ein Feuerwehreinsatz ohne größere Belastung für die Mannschaften durchgeführt werden (objektiver Faktor). Die eingehende und psychische Vorbereitung der Feuerwehrmänner auf Risiken und Folgen ihres Einsatzes *kann* die Entwicklung einer traumatischen Belastungsstörung verhindern helfen (subjektiver Faktor).

Unter *sekundärer Prävention* versteht man die Verhinderung der unmittelbaren, sich aus dem Trauma ergebenden Folgen. Hier setzt die Krisenintervention ein. Die *tertiäre Prävention* soll bei einer schon eingetretenen Schädigung eine Verschlechterung verhindern. Hierzu zählen die Psychotherapien, die speziell für traumatisierte Opfer entwickelt wurden und die weiter unten vorgestellt werden. Ohne Berücksichtigung des sozialen Kontextes, der individuellen Gegebenheiten und dem Wechselspiel von schädigenden und protektiven Faktoren, greift die Behandlung von Menschen, die unter einer PTBS leiden, zu kurz. Der Ansatz einer wie auch immer konzipierten „Traumabehandlung“ kann nur ein mehrdimensionaler sein.

Das Umfeld, die wichtigen Bezugspersonen oder die soziale Organisationsstruktur können entscheidend dazu beitragen, dass ein extrem belastendes Ereignis nicht zu einer traumatischen Belastungsstörung führen muss. So tragen die Gruppenkohäsion und der Führungs- und Leitungsstil einer Organisation entscheidend dazu bei, ob sich erlittene Traumata auf die psychische Stabilität der Einsatzkräfte auswirken oder nicht. So beruht nur ein relativ kleiner Teil von Posttraumatischen Belastungsstörungen, die bei Angehörigen von Einsatzkräften, den sogenannten „Disaster Workers“, beobachtet werden, auf der persönlichen Situation der Betroffenen. In der Regel werden schwer belastende Einsätze erfolgreich von den Betroffenen selbst untereinander nachbesprochen, was der Entwicklung oder Ausprägung einer PTBS entgegenwirkt. Nur im äußersten Notfall kann eine Nachbereitung hochbelastender Einsätze durch eine Expertengruppe, wie sie beispielsweise am Frankfurter Sigmund-Freud-Institut eingerichtet wurde, notwendig werden (*Bardé 1999*). Eine institutionelle Organisationsform, die nicht aus sich heraus einen Rahmen bereitstellt, den Opfern eines Traumas entgegenkommt, läuft Gefahr, selbst traumatogen zu werden, d. h., die Institution selbst kann ebenso die Entwicklung einer PTBS begünstigen, wie das traumatische Ereignis selbst. *Baurmann (1996)* weist auf Untersuchungen hin, wonach der unsensible Umgang der Polizei mit Vergewaltigungsopfern dazu führe, dass diese sich nicht mehr an die Polizei wenden, wenn sie erneut zum Opfer gemacht werden.

2. Grundlagen der Traumatherapie

Kern der Traumatherapie ist das zentrale traumatische Situationsthema. Der Betroffene, der in einen schweren Unfall verwickelt wurde (traumatische Situation), weist, auf dem Hintergrund seiner bisherigen Lebensgeschichte, dem Ereignis eine subjektive Bedeutung zu. Um dieses Ereignis in seiner objektiv-realen Bedeutung integrieren zu können, ist es erforderlich, die subjektiven Bedeutungen, die der Betroffene auf das Ereignis überträgt, zu analysieren. Erst dann kann es gelingen, diese Zuweisungen in ihrer traumatogenen Auswirkung zu mildern oder aufzulösen. Traumatherapien versuchen diesen Differenzierungsprozess zu fördern mit dem Ziel, das Unerträgliche an der Realität, mit der man konfrontiert worden war, subjektiv erträglich zu machen. Ein generelles Problem der Behandlung stellt die Wiederannäherung an das traumatische Erlebnis dar. Sie bedeutet ein subjektiv empfundenen großes Risiko, das der-

jenige eingeht, der in einer Behandlung über das traumatische Erlebnis spricht und noch dazu alle die „Techniken“ aufgeben soll, die er/sie sich zum Schutze zugelegt hat. Hieraus wird auch deutlich, warum es so wichtig ist, möglichst früh nach der Traumatisierung eine Behandlung zu beginnen. Dann haben sich die mehr oder weniger „erfolgreichen“ (Vermeidungs-)Strategien, mit dem Trauma umzugehen, noch nicht etabliert und verfestigt und es ist für den Patienten (im Sinne einer Destabilisierung) keine so große Bedrohung, wenn er/sie, mit Hilfe eines qualifizierten Therapeuten, das traumatische Erlebnis bearbeitet. Zu einem späteren Zeitpunkt kann es dann entsprechend lange dauern, bis die „Schutzschichten“ mühsam abgetragen werden, die sich ein PTBS-Patient mittlerweile zugelegt hat.

Oft wird die Behandlung auch dadurch erschwert, dass im Laufe der Zeit andere Symptome entstanden sind, wie zum Beispiel Depressionen, Ängste, Abhängigkeiten von Medikamenten oder Drogen, Essstörungen, somatische Beschwerden oder generelle Anpassungsprobleme.

Seit die Posttraumatische Behandlungsstörung Eingang in die Internationalen Klassifikationssysteme (DSM-III/-III-R/-IV, ICD10) gefunden hat, ist eine Differenzierung der Behandlungsmethoden zu beobachten. Die Behandlung von Traumapatienten erfordert nicht nur eine profunde psychotherapeutische Ausbildung, sondern auch die Bereitschaft, schulenübergreifend den Erkenntnishorizont zu erweitern. In erster Linie ist jedoch die Bereitschaft erforderlich, sich engagiert dem Traumatisierten zuzuwenden, der in der Regel der Behandlung und dem Therapeuten zunächst misstrauisch gegenübersteht. Wie *Shay (1997)* lehnt *Becker (1992)* die „Neutralität“ des Therapeuten gegenüber dem Traumaopfer und der traumaverursachenden Realität ab, weil das Traumaopfer diese als Distanzierung von seinem Leiden und damit seiner Person erleben könnte. Vielmehr solle der Therapeut durch die Einhaltung der Abstinenzregel, den Subjektcharakter des Patienten annehmen, statt ihn auf eine Objektposition festzulegen.

Die Beachtung der Besonderheiten der Behandlung von Traumaopfern erfordert ein hohes Maß an kritischer Selbstreflexion, Einfühlung, Parteilichkeit und Fähigkeit, Verzweiflung auszuhalten. Sich auf *Wilson (1989)* berufend, schlagen *Fischer und Riederer (1998)* 13 Regulative bzw. Merkmale vor, die für die Traumatherapie beachtet werden sollten. Sie sind hier sinngemäß wiedergegeben:

- Das Opfer soll vom Therapeuten akzeptiert und nicht beurteilt werden.
- Nach der sofortigen Intervention sollte das Opfer jegliche denkbare Unterstützung in sozialer, psychischer und ökonomischer Hinsicht erhalten.
- Therapeuten müssen die massiven Gefühlsreaktionen der zu Behandelnden aushalten können.
- Der Therapeut muss die Bereitschaft mitbringen, sich vom traumatisierten Opfer, das jegliches Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen verloren hat, testen zu lassen.

- Nur wenn der Therapeut die Beziehungstests aushält, kann zwischen ihm und dem Traumatisierten ein grundlegendes Vertrauensverhältnis entstehen.
- Stress-Symptome sind Folgen des Traumas. Erst wenn diese bearbeitet werden können, ist es möglich, auch die Lebensgeschichte zu berücksichtigen.
- Informationen über die Natur und die Dynamik der traumatischen Reaktionen bringen dem Traumatisierten nahe, dass seine Symptome eine normale, wenn auch individuelle Reaktion auf eine ungewöhnliche Situation sind.
- Das Trauma bildet einen Graben zwischen dem Ich vor und nach dem kritischen Ereignis, über den eine Therapie versuchen kann, eine Brücke zu schlagen.
- Als Folge eines psychischen Traumas wird der Affekt von der Vorstellung getrennt („Dissoziation“). So kann eine traumatisierte Person bezüglich eines Sachverhaltes sehr unterschiedlich reagieren. Einmal ist ein Ereignis Anlass für eine übersteigerte emotionale Reaktion (Übererregtheit), andererseits kann eine angemessene emotionale Reaktion völlig fehlen (emotionale Erstarrung).
- Viele Traumatisierte haben ein Suchtproblem, weil sie versuchen, sich mit Alkohol und Drogenkonsum selbst zu behandeln.
- Die Erfolgreiche Verarbeitung der traumatischen Erfahrung kann die Entwicklung von positiven Charakterzügen zur Folge haben. Sie kann dem Traumatisierten helfen, einen Sinn für sich zu finden.
- Soziales Engagement und Sprechen über das Trauma fördern den Erholungsprozess.
- Die Verarbeitung des Traumas ist ein lebenslanger Prozess. Eine lebenslange Erschütterung bleibt zurück, auch wenn die traumatische Erfahrung erfolgreich in der Psychotherapie bearbeitet wurde.

3. Krisenintervention

Die Krisenforschung setzt 1942 mit der Beforschung der Folgen eines Großbrandes in einem Bostoner Tanzlokal, dem „Coconut-Grove-Brand“, ein, der auch der Erforschung der Posttraumatischen Belastungsstörung einen wichtigen Impuls geben sollte. In den 60er Jahren trug besonders Gerald Caplan in den USA zur Begründung einer Krisentheorie bei. Bis in die 90er Jahre kam es zu Diversifikationen des Krisenbegriffs durch die intensive Forschung in Nachbarbereichen wie Suizidforschung, Notfallpsychiatrie, Life-event- und Stressforschung usw. *Ciampi (1993)* weist darauf hin, dass die modernen Krisentherapien berücksichtigen, dass bei Katastrophen die Helfer selbst in die Krise geraten. Es sind besonders die Angehörigen von Notfall- und Rettungsdiensten, die professionell mit den zahlreichen Aspekten von Zerstörung, Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und des Leidens der Menschen im Rahmen ihrer Berufsausübung konfrontiert sind. Diese „Disaster-Workers“ sind so gesehen Spezialisten für „sinnlosen Sinn“ bzw. „sinnhafte Sinnlosigkeit“ – kurz: für die Abgründe katastrophaler Abnormität.

Unter dem Gesichtspunkt der möglichen psychosozialen Hilfsmaßnahmen (Interventionen), die angesichts eines belastenden Ereignisses ergriffen werden können, wird

häufig von einer „Krise“ gesprochen, die es zu bewältigen gilt. In dem Maße, wie es sich um Ereignisse handelt, die sich nicht alleine auf einer individuellen, sondern vorrangig auf der kollektiven Ebene von kleinen und großen Gruppen ereignen, lag es nahe, dementsprechend Gruppenmethoden der „Krisenintervention“ zu entwickeln und einzusetzen (*Bardé, 1995*).

„Jemand, der an sich seelisch gesund ist und durch ein katastrophales, von außen wirkendes belastendes Ereignis in eine Krise gerät“ sei laut *von Cranach (1993)* der ideale Klient für eine Krisenintervention. Diese Definition trifft auf jene Menschen zu, die, unabhängig von seelischen Vorbelastungen, einem Ereignis ausgesetzt sind, das eine posttraumatische Belastungsstörung zur Folge haben kann. In eine Krise gerät ein Individuum dann, wenn durch eine situative Belastung seine eigenen Hilfspotentiale zusammenbrechen, so dass die Überwindung der Krise nur mit professioneller Hilfe gelingt. Die Krisenintervention setzt in Zeitnähe zum Ereignis ein und konzentriert sich zunächst auf die aktuelle Situation, um der Ausbildung von unproduktiven Lösungsversuchen des Betroffenen vorzubeugen. In einer auf den Konflikt zentrierten straffen Gesprächsführung versucht der Therapeut aus dem Gewirr von Gefühlen das Vertrauen des Traumatisierten zu gewinnen und einen ersten Ausweg aus der Krise zu zeigen (*Pörksen 1993*). Eine solche Interventionstechnik erfordert therapeutische Erfahrung, die bei den unmittelbar helfenden Laien (Notfallseelsorge usw.) in der Regel nicht vorausgesetzt werden kann.

Eine qualifizierte Krisenintervention sollte rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Zwar gibt es in einigen Städten der Bundesrepublik Kriseninterventionszentren, aber diese können personell oder zeitlich nicht annähernd den Bedarf decken. Oft werden Kriseninterventionen von den Ambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser, den sozialpsychiatrischen Diensten oder dem allgemeinärztlichen Notfalldienst geleistet. Erfolgreiche Krisenintervention erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Laien- und professionellen Diensten. Effekte von Kriseninterventionstechniken sind bei psychisch Gesunden in schwer belastenden Situationen gesichert, nicht jedoch für Personen mit genuine psychischen Krisen.

Die Krisenintervention umfasst folgende Schritte: Zunächst wird in einem exploratorischen Gespräch der Anlass der Krise verstanden und eine gemeinsame Definition des Problems zwischen Therapeuten und Hilfesuchenden bestimmt. Durch eine Atmosphäre von Vertrauen wird es dem Betroffenen ermöglicht, Gefühle von Angst, Trauer, Scham usw. auszudrücken. Die Bewältigungsstrategien („Coping“) des Betroffenen werden aktiviert und unterstützt. Es werden gemeinsam Lösungsansätze gesucht und zuletzt in einem Bilanzgespräch die Krisenbewältigung gefestigt (*Ciampi 1993*). In Abhängigkeit der erreichten psychischen Stabilisierung, wird der Therapeut entscheiden, ob und wie eine psychische Nachbetreuung einzuleiten ist.

4. Critical Incident Stress Debriefing (CISD)

Das weltweit verbreitetste Therapieverfahren zur Bewältigung akuter Belastungsstörungen und zur Vermeidung einer akuten Belastungsstörung ist das Critical Incident Stress Debriefing (zu deutsch: Einsatznachbesprechung bei einem kritischen Stressereignis) von *Mitchell und Everly (1993)*. Dem Critical Incident Stress Debriefing liegt das Traumamodell von *Freud und Breuer (1893)* zugrunde. Es besagt, dass bei einem traumatischen Ereignis die Vorstellung (z. B. von einem Unfallereignis) von dem dazugehörigen Affekt (z. B. Schrecken, Angst) abgetrennt wird, so dass entweder *nur* die Erinnerung an das Ereignis oder *nur* das Gefühl, ohne jeglichen Bezug, wiedererlebt werden. Das Ziel des CISD ist es, zu einer Reintegration von Vorstellung und Affekt zu gelangen, was eine Normalisierung einleitet.

CISD ist ein 7-stufiges, nicht-psychotherapeutisches Kriseninterventionsprogramm, das als schematisch konzipierter Gruppenprozess angelegt ist. Das Debriefing sollte im Idealfall innerhalb der ersten 20 Stunden nach dem Ereignis beginnen. Es soll die kognitiven und affektiven Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen stärken und die Wucht eines traumatischen Ereignisses mildern. Erste Ansätze von Debriefings stellten die Versuche von englischen und amerikanischen Militärpsychiatern schon im Zweiten Weltkrieg dar. Sie versuchten, die durch Kampfeinsätze traumatisierte Soldaten über diese Ereignisse in Gruppen frei sprechen zu lassen, um so die Einsatzfähigkeit wieder herzustellen. Besonders die israelischen Militärs konnten erfolgreich Debriefingprogramme 1982, während des Libanonkrieges einsetzen, die bewirkten, dass nur 10 Prozent der psychisch traumatisierten Soldaten einer weiterführenden psychiatrischen Nachsorge bedurften.

In dieser Tradition erarbeitete Mitchell das CISD in seiner jetzigen Form aus seinen Erfahrungen mit der Nachbetreuung des Rettungspersonals, das bei einem Flugzeugabsturz 1982 in Washington D. C. vor Ort war. Seither ist es von vielen Arbeitsgruppen in der Praxis angewendet worden.

Nach Mitchell sollte das Debriefing innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach dem Ereignis einsetzen und zwar dann, wenn alle Beteiligten emotional für das Verfahren „bereit“ seien. Der Ort sollte abgeschirmt und ruhig sein. Die Rollen und Zeitabläufe werden zuvor im Team festgelegt. Das Team setzt sich zusammen aus dem Leiter, dem Co-Leiter, den Peers (Sprecher aus der Gruppe der Betroffenen), dem Türsteher, der für das Abschirmen sorgen soll und eventuell einem Geistlichen. In seiner aktuellen Form beinhaltet das CISD folgende Schritte:

- *Einleitungsphase.* Die Teilnehmer am Debriefing stellen sich vor. Es soll eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre geschaffen werden.
- *Die Phase der Fakten.* Die Teilnehmer werden aufgefordert, über das Ereignis, ihre Aufgabe und Beobachtungen, aus eigener Anschauung zu sprechen.

- *Phase des Gedankenaustausches.* Diese Phase schließt sich unmittelbar an die Phase der Fakten an. Jeder Beteiligte wird ermuntert, seine wichtigsten Gedanken während des Ereignisses der Gruppe mitzuteilen. Diese Phase bildet den Übergang zwischen der Gedankenwelt und den Gefühlen. Den Teammitgliedern obliegt es, ein Übermaß an Angst und Ärger handhaben zu können.
- *Reaktionsphase.* In dieser Phase stehen die Betroffenheit und die gefühlsmäßige Beteiligung im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Teilnehmer können jetzt über die ganz besonders für sie belastenden Einzelheiten sprechen. Die Zeit hierfür wird mit 10 Minuten bis 40 Minuten veranschlagt.
- *Die Phase der Symptome.* In dieser weiteren Übergangsphase fordert das CISD-Team die Teilnehmer aktiv auf, die anlässlich des traumatischen Ereignisses beobachteten Stress-Symptome wie Zittern, Erschöpfung, Interessellosigkeit, Kontaktverlust usw., zu nennen und bereiten die Rückkehr zu der gedanklichen Verarbeitung der Ereignisse vor. Diese Phase dauert 5–10 Minuten.
- *Die Phase der Informationsvermittlung.* In dieser Phase ist das Team ebenfalls sehr aktiv bemüht, die Gruppe über die Symptome aufzuklären und Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Ein Teammitglied fragt am Ende die Runde, ob es trotz der schlimmen Erfahrung ein kleines positives Ereignis gegeben habe, was Hoffnung für die Zukunft geben kann.
- *Rückbildungsphase.* In der Abschlussphase werden Fragen beantwortet und zusammenfassende Kommentare abgegeben.

5. Kritik des Debriefingverfahrens (CISD)

Das CISD hat zwar großen Anklang gefunden, gerade weil es „therapieneutral“ und pragmatisch und somit „technisch“ leichter handhabbar erscheint, als klassische psychotherapeutische Ansätze. Darin liegt allerdings auch seine Schwäche. Die genaue Erhebung des Krisenbefundes, die Berücksichtigung persönlicher und umweltbedingter Faktoren, erfordert eine gewisse Feld- wie auch therapeutische Kompetenz.

So ist der Verlauf einer posttraumatischen Krise und ihre Chronifizierung hin zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung, entscheidend davon abhängig, ob für die Betroffenen das Ereignis *einmalig* ist (sogenannte „Typ-I-Traumatisierte“) oder ob die Betroffenen durch eine Vorgeschichte vielfältig erlittener Traumata vorbelastet sind (sogenannte „Typ-II-Traumatisierte“). *Fischer und Riedesser (1998)* weisen auf Untersuchungen von McFarlane hin, der einen Erfolg des Debriefing nur bei Typ-I-Traumatisierten feststellen konnte, während sich das Befinden der Typ-II-Patienten durch diese Methode sogar verschlechterte.

Aus unserer Sicht und Erfahrung lassen sich die Phasen, in denen *Fakten, Gedanken und Gefühle* in der Gruppe geklärt werden sollen, nicht klar voneinander trennen, wie es im Konzept des CISD von Mitchell vorgesehen ist. Auf dem Hintergrund unserer Erfahrungen ist dies auch nicht wünschenswert. So hat es sich in der Gruppendiskus-

sion mit den Feuerwehrleuten nach dem Einsatz anlässlich des Selbstmord-Bombenattentats in der Kirche in Sindlingen bei Frankfurt am Heiligabend 1997 bewährt, das Bedürfnis der Gruppe zu reden, nicht schematisch einzuschränken und Gefühle zuzulassen. Ferner stellte sich heraus, dass ein phasischer Ablauf, wie ihn Mitchell schematisch beschreibt, sich im Verlauf der Gruppendiskussion spontan einstellte, und von der Gruppenleitung keinesfalls direktiv gesteuert werden musste. Die starre Technik des CISD läßt unberücksichtigt, dass, wenn sich Menschen in einer Gruppe zu einer freien Aussprache versammeln, sich eine Dynamik entwickelt, die einer eigenen spontan sich entwickelnden Gesetzmäßigkeit folgt, in deren Rahmen unterschiedlichste Sinnentwürfe der einzelnen Teilnehmer dargestellt werden. So kann z. B. das Ereignis des Todes einen unterschiedlichen Sinn erhalten. Für den einen bedeutet er das „Lebensende“ („Man ist nach dem Tod kein Mensch mehr“), für den zweiten ein „Schicksal“ („Der Tod ist eine schwarze Wand“) und für den dritten schließlich eine „Erlösung“ („Übergang zu neuem Leben“). Das Debriefing läßt nicht nur diese subjektive Bedeutungszuweisung außer acht, sondern übersieht ebenfalls die unbewussten Motive der „Retter und Helfer“. So kann die eigene verdrängte *Aggression* den Katastrophenhelfer anspornen; der Sanitäter identifiziert sich in seiner Haltung mit den Opfern; durch seinen Einsatz kann der Feuerwehrmann eigene, phantasierte Versäumnisse und Verfehlungen *wiedergutmachen* und sich so von alten *Schuldgefühlen* befreien. Schließlich kann die *unbewusste* Annahme, dass man unsterblich ist, in der Konfrontation mit Sterben und Tod während eines Einsatzes, den man nicht mehr unter Kontrolle hat, dazu führen, dass man sich zugleich mit der eigenen Endlichkeit und Ohnmacht bewusst wird. Dies kann eine tiefe seelische Erschütterung zur Folge haben, die mit den beruflichen Standards, die von einem Feuerwehrmann gefordert werden, schwer zu vereinbaren ist.

Die mangelnde Berücksichtigung der Gruppendynamik im Debriefing führt dazu, dass deren heilsame Wirkung unberücksichtigt bleibt. Durch die Analyse der sich entwickelnden Gruppendynamik ist es dem Leiter möglich, unbewusste Prozesse, die für die Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung von Bedeutung sind, zu verstehen und anzusprechen. Gerade die Gruppe der gefährdeten, weil psychisch ohnehin belasteten Personen, wird durch ein starres, zeitlich und im Ablauf limitiertes Vorgehen nicht erreicht.

6. Psychoanalytisch orientierte Traumatherapieansätze

In einem Zeitraum von einigen Tagen nach dem traumatischen Erlebnis, setzen psychodynamische Psychotherapien an, die sich auf die Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Konflikten, konzentrieren. Durch das Sprechen über das traumatische Erlebnis gegenüber einem ruhigen, einfühlsamen Therapeuten, kann der Patient Möglichkeiten und adäquate Strategien entwickeln, sich angemessen mit dem Erlebnis auseinanderzusetzen, was schließlich zu einem besseren Kohärenzerleben führt.

Eine Form verkürzter psychoanalytischer Therapie, die im Falle einer PTBS zur Anwendung kommen kann, ist die psychoanalytische Fokaltherapie. Neben der (unbewussten) Bedeutung, die eine Krise oder ein traumatisches Erlebnis für den Einzelnen haben kann, werden hier auch gezielt in der Lebensgeschichte tieferliegende Konflikte, die in Zusammenhang mit dem Ereignis aufbrechen oder wiederbelebt werden, bearbeitet. Die Dauer dieser Behandlungsform beträgt 10–30 Sitzungen.

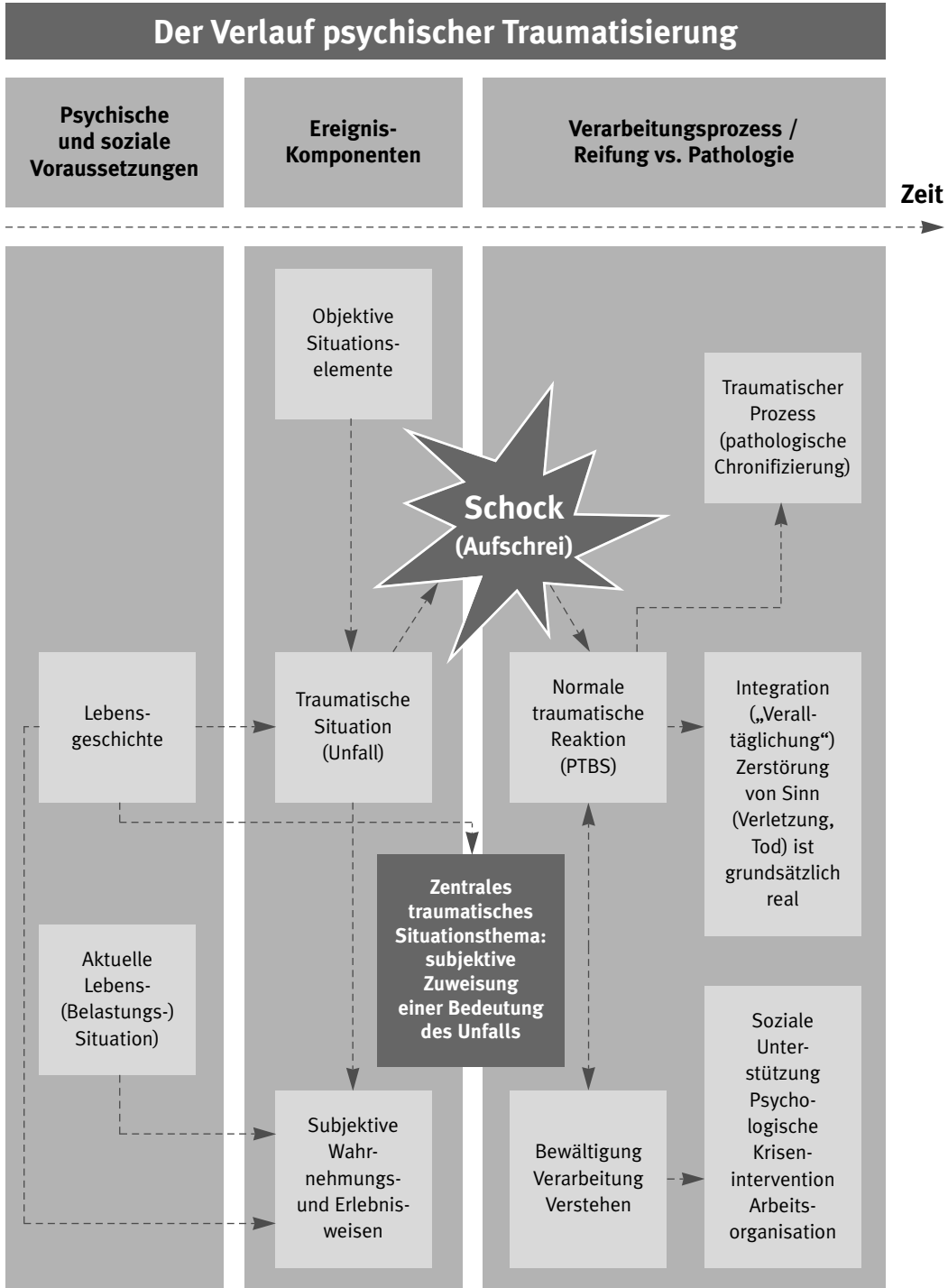
6.1 Psychodynamische Kurztherapie nach Horowitz

Das Trauma willentlich erinnern zu können und sich dennoch anderen Dingen zuzuwenden, ist das Therapieziel von *Horowitz (1976)*. Er ist zuerst bemüht, die Traumaverarbeitung durch das Kombinieren von konfrontativem und stützendem Vorgehen zu unterstützen. Hierbei wird sowohl die traumatische Situation selbst rekonstruiert, als auch die durch sie ausgelösten Gefühle besprochen. In der zweiten Phase geht es darum, das intrusive Wiedererleben des Traumas, das sich in den Sitzungen zunächst hartnäckig wiederholt, einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Seine Technik passt sich den jeweiligen Persönlichkeitsstilen der Traumatisierten an. Im Vergleich zu Kontrollgruppen, die mit Desensibilisierung behandelt wurden, schneidet dieses maximal 18 Stunden umfassende Kurzzeittherieverfahren genauso gut ab, was das posttraumatische Vermeidungsverhalten angeht, sogar besser (*Fischer & Riedesser 1998*).

6.2 Fokaltherapie der PTBS nach Lindy

Lindy (1993) definiert seine Kurztherapie als Fokaltherapie, d. h. er arbeitet einen zentralen Beziehungskonflikt heraus. Die Behandlung ist zeitbegrenzt. Sie gliedert sich in drei Phasen. Zunächst werden die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit hergestellt. Hat der Patient genügend Vertrauen gefasst, kann er es riskieren, eine schützende Distanz (sein „Schutzschild“) aufzugeben und sich dem Therapeuten, jenseits der Angst, erneut verletzt zu werden, anzuvertrauen. In der zweiten Phase werden spezifische, bislang unbewusste Merkmale und Konflikte, die im Zusammenhang mit dem Trauma von Bedeutung sind, verdeutlicht (vgl. Schaubild).

In der Schlussphase geht es um die Interpretation der persönlichen Bedeutung, welche die Person der extrem belastenden Situation zuweist. Erst diese Bedeutungszuweisung lässt die extrem belastende Situation nachträglich traumatisch werden. Dem Patienten wird deutlich, dass, auf dem Hintergrund z. B. seiner grandiosen „Helden- und Rettungsphantasien“, die traumatische Situation auch eine Kränkung, eine Belastung darstellt, die Gefühle von Schuld und Scheitern erzeugt. Erst wenn die Analyse dieser an der Realität gescheiterten Phantasien gelingt, kann die Situation als *real* belastend erkannt und die Perspektive einer kompetenten Auseinandersetzung mit der Realität ermöglicht werden. Der Stabilisierung dieser Fähigkeit dient die abschließende Phase der Behandlung.



SIGMUND-FREUD-INSTITUT Schwerpunkt: Theoretische und empirisch/experimentelle psychoanalytische Grundlagenforschung
 © Dr. Benjamin Bardé

6.3 Gruppentherapie

Das Trauma zerstört die sozialen Beziehungen der Menschen zueinander. Die Betroffenen ziehen sich aufgrund von Scham und Misstrauen zunehmend aus ihren sozialen Kontakten zurück. Wenn ein Ereignis eine Gruppe oder Gemeinschaft betrifft, wie es im Fall von religiöser, politischer Verfolgung oder von Katastrophen vorkommt, so kommt es zu vermehrten sozialen Konflikten und Misstrauen gegenüber Nachbarn. Die Familie selbst kann oft mit der Traumatisierung eines ihrer Mitglieder nicht adäquat umgehen, so dass eines der wichtigsten therapeutischen Ziele die Reintegration des traumatisierten Individuums in die Gemeinschaft ist (vgl. van der Kolk 1987). Dabei stützt er sich auf die von vielen Autoren getroffene Feststellung, dass unter den extremen Bedingungen eines Konzentrationslagers, ein minimales soziales Leben möglich blieb. Die Bedeutung der Gruppenkohäsion in der Adoleszenz, als Möglichkeit, sich aus den elterlichen Beziehungen abzulösen, spielt für Jugendliche in Gruppenverbänden wie der Armee eine tragende Rolle, wenn sie aus belasteten Familien stammen. Der Verlust der Gruppenkohäsion für die Entwicklung einer PTBS konnte bei Vietnamveteranen klar nachgewiesen werden (van der Kolk 1987, Shay 1998). So reagierten die jungen Soldaten, die eine PTBS entwickelten, auf den Tod von Kameraden aus ihrer Einheit nicht wie auf einen (Objekt)Verlust, sondern reagierten wie auf eine (narzisstische) Kränkung.

Im Vergleich zur Einzeltherapie ermöglicht die Gruppentherapie dem Einzelnen, eine aktivere Rolle einzunehmen und mit weniger Schuldgefühlen Versorgungswünsche, Hass, Ambivalenz usw. auszudrücken. Deshalb wird Gruppentherapie bei vielen Menschen, die an einer PTBS leiden, der Vorzug gegeben. Die Gruppenkohäsion setzt Kräfte frei, die in der Lage sind, Gefühle von Fragmentierung und Vernichtungsangst abzubauen. Das Medium der Gruppe stellt Wirkfaktoren zur Verfügung, die es ermöglichen, das traumatische Erlebnis nicht nur zu analysieren, sondern auch psychisch zu integrieren. Hier sind als besondere Wirkfaktoren die Möglichkeiten zu nennen, am Erleben anderer, die dem gleichen Ereignis ausgesetzt waren, teilzuhaben („Universalität“), sich in andere einzufühlen („Perspektivenübernahme“), aber auch die Erfahrung machen zu können, wie andere Menschen, die in der selben Situation waren, an jedem Einzelnen unterstützend Anteil nehmen und für den Anderen da sein können („Altruismus“). Die Gruppentherapie kann eine realistische Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis ermöglichen und eine differenzierte Realitätswahrnehmung, die durch das Trauma unterbrochen wurde, fördern.

7. Verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren

7.1 Kognitiv-behaviorale Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Aus der Behandlung von Angststörungen wurden die Expositionsverfahren und Angstbewältigungsverfahren für die Behandlung von Menschen mit einer PTBS übernom-

men. Bei den Expositionsverfahren wird der Betroffene mit der gefürchteten und daher vermiedenen, Angst auslösenden Situation konfrontiert. Von einer minimalen bildhaften Vorstellung wird das Verfahren bis zur Reizüberflutung („Flooding“) gesteigert. Bei der Angstbewältigung geht es darum, die Bewältigungsstrategien von Patienten, deren gesamter Alltag von Angst geprägt ist, zu ändern. Beide Eigenschaften, spezifische Furchtreaktion und chronisch erhöhte allgemeine Aktivierung („Arousal“) sind Merkmale der PTBS (Olasov-Rothbaum & Foa 1996). Die Desensibilisierung könne die vegetativen Begleiterscheinungen von Angst bei traumatisierten Vietnamveteranen sowie die Depressivität und Angst bei Vergewaltigungsopfern reduzieren. Die Behandlung der gleichen Gruppen mit Angstbewältigungsstrategien (Bio-feedback, kognitive Techniken) erbrachten ähnliche Resultate. Bei dem Stressimpfungsverfahren (SIT) werden die Coping- (Bewältigungs-) Fähigkeiten von Betroffenen in einem 20-Stundenprogramm trainiert und mit Entspannungsverfahren kombiniert. Die eigenen Fertigkeiten werden herausgearbeitet und in Zusammenhang mit aktuellen Situationen in Verbindung gebracht und geübt. Neben Atemübungen, Muskelentspannung, aktivem „Gedankenstopp“ und kognitiver Umstrukturierung, werden auch Rollenspiele eingesetzt.

7.2 PTBS-Programm nach Scrignar

Da die Verhaltenstherapie und die kognitive Therapien nur für bestimmte Symptombereiche effektiv sind, entwickelte v. Scrignar (1988, vgl. Fischer & Riedesser 1998) ein kompaktes und kombiniertes Therapieprogramm, das sowohl Elemente wie Desensibilisierung als auch kognitive Umstrukturierung integriert und die Pharmakotherapie nicht ausschließt. Ziel ist es, einen pathologischen Rückkoppelungsmechanismus zwischen als traumatisch erlebtem Ereignis und damit in Zusammenhang stehenden Gefühlsreaktionen und Gedanken, zu unterbrechen. In der Anfangsphase versucht der Therapeut durch erklärende und erzieherische Maßnahmen, die PTBS-Symptomatik umzukonditionieren. In der anschließenden Phase wird versucht, mittels diverser Entspannungstechniken sowie Hypnose und Selbsthypnose (Autogenes Training), die reflektorische Muskelanspannung aufzulösen. Das Verfahren hat sich bei einigen schwer chronifizierten Verläufen bewährt.

8. Integrative Behandlungsansätze

8.1 Eye Movement and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro

In der modernen Therapie Posttraumatischer Belastungsstörung gewinnt eine Behandlungsmethode an Bedeutung, die versucht, integrativ verhaltenstherapeutische Ansätze mit einem psychodynamischen Verständnis zu verbinden: das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, nach Shapiro 1995, vgl. Fischer & Riedesser 1998). Dabei wird durch sakkadische Augenbewegungen, in Zusammenhang mit dosierter Entspannung, ein Wiedererleben des Traumas erreicht. Es folgt ein Durcharbeiten des Traumas nach der klassisch psychodynamischen Methode.

8.2 Mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie (MPTT) nach Fischer

Fischer (1997) entwickelte eine Methode, die das traumatische Geschehen analysieren und zu einem kreativen Neubeginn führen soll: die *Mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie (MPTT)*. Dabei wird das Traumageschehen zerlegt (Dekonstruktionsphase), um in der Aufbauphase (Konstruktion) neue Erfahrungen zu ermöglichen. Schließlich wird in der Wiederaufbauphase (Rekonstruktion) versucht, die traumatische Erfahrung „von einer neuen Stufe persönlicher Sinnggebung aus“ (a. a. O., S. 221), in die Lebensgeschichte zu integrieren. Das Verfahren orientiert sich am Traumaverlauf, an den traumatogenen Faktoren, an der sozialen Umwelt und an der Persönlichkeit des Patienten.

9. Psychopharmakologie

Ein schweres traumatisches Ereignis vermag nicht nur psychologische Folgen zu zeitigen, es kommt auch zu neurobiologischen Veränderungen im Gehirn, die den Einsatz entsprechender Medikamente rechtfertigen. In einer Studie zur Effektivität von Behandlungsstrategien bezüglich der Posttraumatischen Belastungsstörung aus dem Jahre 1992, kommen Solomon und ihre Kollegen zum Schluss, dass trizyklische Antidepressiva (z. B. Saroten®), signifikant die Depressivität und die Ängstlichkeit der so behandelten Traumatisierten gegenüber der Vergleichsgruppe (Placebo-Gruppe) reduzieren können. Demgegenüber konnten Benzodiazepamderivate wie Aprazolam (z. B. Tafil®) lediglich die Angstsymptome, nicht jedoch die wiederkehrenden, angstbesetzten Gedanken und Alpträume beeinflussen. Auch *Fischer & Riedesser (1998)* stellt fest, dass sich in kontrollierten Studien Psychopharmaka wirkungslos gegenüber Vermeidungsverhalten, Traueranfällen, Schuldgefühlen und Erinnerungsverarbeitung erwiesen hätten. *Van der Kolk (1987)* bezweifelt den effektiven Nutzen von Psychopharmaka für die Behandlung. *Shay (1998)* relativiert ebenso den Nutzen einer medikamentösen Behandlung der PTBS, wobei er eine gewisse Ausnahme bei der Medikation einer traumabedingten Suchtproblematik und zur Reduzierung der von Wutausbrüchen der Betroffenen gelten lässt.

10. Ausblick

Die Vielfalt von therapeutischen Ansätzen, von denen hier nur ein kleiner Ausschnitt vorgestellt werden konnte zeigt, dass keine der vorgestellten Methoden für sich in Anspruch nehmen kann, als *die* Traumatherapie zu gelten. In einer Übersichtsarbeit über die Effektivität unterschiedlicher Ansätze von Traumatherapien kommt *McFarlane (1994)* zu dem Schluss, dass die Ähnlichkeiten der Therapieergebnisse für die PTBS auffälliger sind als ihre Unterschiede. Die Therapien enthalten in unterschiedlicher Weise Elemente wie zum Beispiel den Umgang mit der Bedeutung des Traumas, die Konfrontation und Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen, die soziale Unterstützung und das Fördern von Bewältigungsstrategien („Coping“).

Den erzielten Erfolgen in Teilaspekten der Symptomatik der PTBS stehen Unwirksamkeit in anderen Teilbereichen gegenüber. So fanden in der oben erwähnten Studie *Solomon und Kollegen (1992)*, dass die Verhaltenstherapie mittels Symptomkonfrontation („Flooding“) die Depression, Angstzustände und die intrusiven („eingebrannten“) Gedanken mildern half. Dagegen hatte es keinen Einfluss auf die gefühlsmäßige Erstarrung und das Vermeidungsverhalten. Die kognitiven Desensibilisierungsverfahren und die Hypnose konnten die Intrusion besser, das Vermeidungsverhalten kaum beeinflussen, wobei es sich bei den psychodynamischen Verfahren genau umgekehrt verhielt: diese konnten das Vermeidungsverhalten effektiv reduzieren, weniger gut jedoch die Intrusionen. Es liegt daher nahe, dass die neueren Forschungsansätze auf Integration setzen, wie das EMD ebenso wie das EMDR und das MPTT zeigen. Auch führt die Kombination von Einzel- mit anschließender Gruppentherapie zu besseren Ergebnissen als die Anwendung nur eines dieser Verfahren. Da die Posttraumatische Belastungsstörung erst 1980 als Krankheitsentität in die internationale Klassifikation (DSM-III, später auch in der WHO-Klassifikation ICD10) aufgenommen wurde und die wissenschaftlichen Studien über die Effizienz bewährter und neuerer Traumatherapien noch sehr spärlich sind, dürfte erst die Zukunft zeigen, ob sich *eine* Therapieempfehlung durchsetzen wird.

Hierzu werden auch am Sigmund-Freud-Institut entsprechende Forschungen durchgeführt.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Josey-Bass.
- BARDE, B. und Projektgruppe: BRUNN, W., KUNZ, T., STEIN, H.-P., MÜLLER, H. H., TILL, M. (1995): *Pilotprojekt „Stress-Bewältigung, Gesundheitsförderung und Personalentwicklung in der Branddirektion Frankfurt am Main“*. Gruppenanalytisches Kompaktseminar für Führungskräfte als psychosoziale Multiplikatoren. Frankfurt/Main: Sigmund-Freud-Institut, Manuskript.
- BARDE, B. (1999): *Zum Verhältnis von Einsatzgeschehen und Organisationskultur in der Entstehung von „Stress“ im Feuerwehrdienst*. Frankfurt/Main, Vortrag, gehalten auf dem Fachsymposium „Mensch-Maschine-Emotion“, 28.05.1999.
- BAURMANN, M. C. (1996): *Sexualität, Gewalt und psychische Folgen. Eine Längsschnittuntersuchung bei Opfern sexueller Normverletzung anhand von angezeigten Sexualkontakten*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- BECKER, D. (1992): *Es gibt keine Versöhnung ohne Haß. Das Trauma der Verfolgten*. Freiburg i. Br.: Kore.
- BERAH, E. F., H. J. JONES & P. VALENT (1984): The Experience of a Mental Health Team Involved in the Early Phase of a Disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 18, 354–358.
- BOXER, P. A. & D. WILD (1993): Psychological distress and alcohol use among fire fighters. *Scand. J. Environ. Health* 19, 121-125.
- BRYANT, R. A. & A. G. HARVEY (1996): Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. *Journal of Traumatic Stress* 9, 51–62.
- CIOMPI, L. (1993): Krisentheorie heute. In: U. Schnyder & J.-D. Sauvant: *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Huber.
- DUCKWORTH, D. H. (1991): Managing Psychological Trauma in the Police Service. From the Bradford Fire to the Hillsborough Crash Disaster. *J. Soc. Ocenp. Med.* 41, 171–173.
- FIGLEY, C. R. (Hg.) (1986): *Trauma and its Wake*. Vol. II: Traumatic Stress; Theory, Research, and Intervention. New York: Brunner/Mazel.
- FISCHER, G. et al. (1997): *Mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie*. Behandlungsmanual, Manuskript.
- FISCHER, G. & P. RIEDESSER (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB.
- FREUD, S. & J. BREUER (1893): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mitteilung. *GW I*, 81–98.

- FULLERTON, C. S.; J. E. MCCARROLL, R. J. URSANO & K. M. WRIGHT (1992): Psychological Response of Resour Workers. Fire Fighters and Trauma. *Amer. J. Orthopsychiat.* 62, 371–378.
- GARLAND, C. (Hg.) (1998): *Understanding Trauma. A Psychoanalytic Approach*. London: Duckworth.
- HERMANUTZ, M. & K. E. BUCHMANN (1994): Körperliche und psychische Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften während und nach einer Unfallkatastrophe. *Die Polizei* 11, 294–302.
- HOROWITZ, M. J. (1976): *Stress Response Syndromes*. New York: Jason Aronson.
- HOROWITZ, M. J. (1988): Stress-response-syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp. Community Psychiatry* 37, 241–249.
- JONES, D. R. (1985): Secondary Disaster Victims: The Emotional Effects of Recovering and Identifying Human Remains. *Am. J. Psychiatry* 142, 303–307.
- LINDY, J. D. (1993): Focal Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In: WILSON, J. P., B. RAPHAEL (1993) (eds.): *International handbook of traumatic stress disorder*. New York: Plenum Press.
- McFARLANE, A. C. (1988a): The Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorders Following a Natural Disaster. *Journal of Nervous an Mental Disease* 176, 22–29.
- McFARLANE, A. C. (1988b): The Aetiology of Post-traumatic Stress Disorders Following a Natural Disaster. *British Journal of Psychiatry* 152, 116–121.
- McFARLANE, A. C. (1988c): The Congifudinal Course of Posttraumatic Morbidity. The Range of Outcomes and Their Predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 30–39.
- McFARLANE, A. C. (1992): Avoidance and Intrusion in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nervous an Mental Disease* 180, 439–445.
- McFARLANE, A. C. (1994): Individual Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 17, 393–408.
- McFARLANE, A. C., M. ATCHISON, E. RAFALOWICZ & P. PAPAY (1994): Physical Symptoms in Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 715–726.
- McFARLANE, A. C. & P. PAPAY (1992): Multiple Diagnoses in Posttraumatic Stress Disorder in the Victims of a Natural Disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 498–504.
- MITCHELL, J. & G. EVERLY (1993): *Critical Incident Stress Debriefing (CISD). An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services And Disaster Workers*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.

- OLASOV-ROTHBAUM, B. & E. FOA (1996): Kognitiv-behaviorale Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: P. A. SAIGH: *Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen*. Bern: Huber.
- PÖRKSEN, N. (1993): Schwachstellen: Warum werden herkömmliche Hilfsangebote dem Bedarf nicht gerecht? In: G. WIENBERG (Hg.): *Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- RAPHAEL, B. C. (1986): *When Disaster Strikes. A Handbook for the Helping Professions*. London: Hutchinson.
- SAIGH, P. A. (Hg.) (1992): *Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen*. Bern: Huber.
- SCHADE, B., T. SCHUNK & W. SCHÜFFEL (o.J.): *Belastungen und Stressreaktionen deutscher Bundeswehrsoldaten in Auslandseinsätzen: Gesundheitsförderliche und gesundheitsabträgliche Faktoren*. Marburg: Abteilung Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin, Philipps-Universität, Manuskript.
- SCOTT, M. J. & S. G. STRADLING (1992): *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. London: Sage.
- SCRIGNAR, C. B. (1988). *Post-traumatic stress disorder – diagnosis, treatment and legal issues*. New Orleans: Bruno Press.
- SHAPIRO, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- SHAY, J. (1997): *Trauma, paranoia, and the undoing of adult character*. Longwood Medical Area Psychiatry Grand Rounds, Manuskript.
- SHAY, J. (1998): *Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust*. Hamburg: Hamburger Edition.
- SOLOMON, S. D., E. T. GERRITY & A. M. MUFF (1992): Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *The Empirical Review. JAMA*; 268, 633–638.
- TAYLOR, S. E. (1983): Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adaption. *American Psychologist*, 11, 1161–1173.
- TEEGEN, F.; A. DOMNICK & M. HEERDEGEN (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehren. Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 29, 583–599.
- V. CRANACH, M. (1993): Bedarf und Funktion außerstationärer Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In: G. Wienberg (Hg.): *Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.

VAN DER KOLK, B.; A. C. MCFARLANE & L. WEISAETH (eds.) (1996): *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* New York: Guilford Press.

VAN DER KOLK, B. (1987): *Psychological Trauma.* Washington D. C.: American Psychiatric Press.

WILSON, J. P., LINDY, J. D. (Hg.) (1994): *Countertransference in the treatment of PTSD.* New York: Guilford Press.

WILSON, J. P. (1989): *Trauma, transformation and healing. An integrative approach to theory, research and post-traumatic therapy.* New York: Brunner and Mazel.

Autoren

DR. PHIL. BENJAMIN BARDÉ, DIPL.-PSYCH., DIPL.-SOZ.

Jahrgang 1948, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker, Supervisor, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M. Forschungsschwerpunkte: Psychotraumatologie, Psychotherapieforschung, Personal- und Organisationsentwicklung.

PIERRE FREVERT

Jahrgang 1956, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M. Forschungsschwerpunkte: experimentelle Traumforschung und Psychotraumatologie.

STEPHAN HAU, DIPL.-PSYCH.

Jahrgang 1960, Psychologischer Psychotherapeut, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M. Forschungsschwerpunkte: experimentelle Traumforschung und Psychotherapieforschung. Arbeiten zu den Themen Traum und Gedächtnis.

Teil II

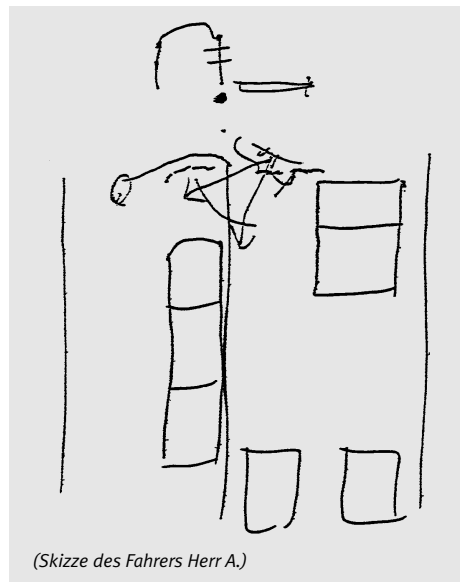
**Tagungsband der Fachtagung
„Abbau posttraumatischer Stressreaktionen
bei Feuerwehrleuten“
am 24.11.1998**

Das Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS)

1. Entstehung, Verlauf und Behandlung

Im medizinischen Sinne bedeutet der Begriff Trauma die Schädigung eines organischen Gewebes durch eine massive äußere Krafteinwirkung. In der Psychiatrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts wird das Trauma als ein Schockerlebnis, d. h. als ein Ereignis diskutiert, das entsprechend nun das psychische Gewebe schädigt und verletzt. Bis heute kann das von Freud entwickelte ätiologische Modell der Traumatisierung in seiner Logik als tragfähig und grundlegend angesehen werden. Er definiert das Trauma als ein Ereignis, welches das Fassungsvermögen der vorhandenen ausgebildeten psychischen Strukturen eines Menschen überschreitet und zur Folge hat, dass hohe Erregungszustände („Affektbeträge“) auftreten, die durch Denkvorgänge („Vorstellungsrepräsentanzen“) nicht bewältigt und „gebunden“ werden können. Diese Modellvorstellung hat sich bei der psychoanalytischen Behandlung von „Kriegsneurosen“ im Ersten Weltkrieg (*Simmel, 1918*) bewährt. Im Zweiten Weltkrieg wurde sie im anglo-amerikanischen Sprachraum – in Deutschland war in dieser Zeit die Psychoanalyse als eine „jüdische Wissenschaft“ verpönt – weiter bestätigt durch die Entwicklung der Anwendung der psychoanalytischen Methode in der Handhabung der Dynamik einer Gruppe („Gruppenanalyse“), die in der Behandlung von extrem traumatisierten Soldaten, vor allem von Piloten, ebenfalls erhebliche Erfolge vorweisen konnte (*Bion, 1971*).

In der Zwischenzeit ist der Vorgang psychischer Traumatisierung psychodiagnostisch als eine akute Belastungsstörung verortet worden, mit der gravierende Symptome verbunden sein können, die aber im traditionellen Sinne keinen Krankheitswert im Sinne der klassischen Psychoneurosen haben. Um die Psychodynamik der akuten Belastungsstörung zu verdeutlichen greife ich auf einen Unfall zurück, in den ein Schienenbahnfahrer, den ich kurz therapeutisch behandelte, verwickelt wurde.



Das Unfallereignis

Herr A. ist seit fünf Jahren Straßenbahn-Fahrer. Er wurde in einen Unfall verwickelt, der durch zwei Frauen verursacht wurde: Herr A. fuhr eine Hauptstraße entlang. Auf der rechten Straßenseite befand sich ein Verkehrsstau, an dem er vorbeifuhr. Hinter einem langsam fahrenden Lastwagen sprang plötzlich eine Frau hervor und überquerte rasch die Straße. Der Fahrer erschreckte sich zutiefst, löste eine Gefahrenbremsung aus und ließ lange Zeit Warnsignale ertönen. Die erste Frau schaffte es noch, die Straße zu überqueren. Nicht aber die zweite, die ihr folgte. Sie stand plötzlich vor dem Bug des Wagens und starrte ihn bewegungslos an. Trotz Vollbremsung, „reichte der Weg nicht mehr“. Der Zug erfasste die zweite Frau, sie wurde zur Seite geschmettert und einige Meter mitgeschleift. Dort lag sie dann blutüberströmt an der Längsseite des ersten Wagens.

Diese objektive Realität des Unfallablaufes ist unmittelbar zugleich verknüpft mit einer subjektiven Erlebnisperspektive des Fahrers. Herr A. hat die Vorstellung, dass er es hätte verhindern können, die zweite Frau anzufahren. Er erlebte Gefühle eines massiven Kontrollverlustes. Unabhängig davon, dass er die Frau nicht überfahren hatte, ist er der Auffassung, dass er sie schwer geschädigt, ja fast „ermordet“ hätte. Er erlebte der Frau gegenüber, die ihm unvorsichtigerweise in den Zug gelaufen war, intensive Schuldgefühle. Ferner hatte Herr A. das Gefühl, nicht perfekt funktioniert zu haben. Er war der Meinung, dass er irgend etwas hätte tun können, um den Unfall zu verhindern. Eigentlich hätte ihm das alles gar nicht passieren dürfen. Es ist so, als hätte er schon immer bei sich gedacht: „Wenn es jemanden trifft, bin es nicht ich, sondern ein anderer.“ Diese psychotraumatische Abwehr, die durch den Unfall durchbrochen wurde, hat die Funktion, das narzisstische Gefühl von Integrität und Unverletzbarkeit zu garantieren. Nach dem Unfall stand Herr A. unter einem schweren Schock. Er fühlte sich unmittelbar nach dem Unfall „unwirklich“, isoliert, wie von der Welt „abgeschnitten“. Zunächst konnte er sich, und auch das ist typisch, an nichts mehr erinnern (Amnesie). Er hatte in den Tagen nach dem Unfall Alpträume, in denen er den Unfall wieder erlebte. Er hatte schwere Schlafstörungen. Die immer wieder auftretenden Selbstvorwürfe, einen Fehler begangen zu haben, führten zu der festen Überzeugung, ja zu der Zwangsvorstellung, dass er seine Tätigkeit als Schienenbahnfahrer aufgeben müsse. Er war der Meinung, dass er nicht mehr fahren könne, weil er befürchtete, es könnte sich ein solcher Unfall wieder ereignen. Er traute sich nichts mehr zu. Auch das ist typisch, dass aus einer Angst heraus, die aus dem traumatischen Ereignis abgeleitet ist, die Furcht vor Wiederholung des traumatischen Ereignisses entsteht und alles getan wird, um ein solches mögliches Ereignis in Zukunft zu vermeiden. Herr A. wollte deshalb am liebsten wieder in seinen ursprünglichen Beruf als Maschinenschlosser zurückkehren; dort könnte ihm so etwas nicht wieder passieren. Das war für ihn ein erster Versuch, dass durch das traumatische Ereignis verlorene Sicherheitsgefühl wieder zu gewinnen.

Die psychischen Auswirkungen des Unfalls auf Herrn A. lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass der Unfall ein schweres Schockerlebnis war, mit dem zunächst

eine Amnesie, d. h. ein unmittelbarer Gedächtnisverlust oder auch Gedächtnislücken verbunden war. Mit dem Schockerlebnis ist das Gefühl eines umfassenden Kontrollverlustes, Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht, Gefühle der extremen Beschädigung des Selbstwertgefühls und massive Schuldgefühle gegenüber den Betroffenen verbunden.

Ferner sind Schlafstörungen die Regel, die durch Alpträume oder auch durch ein Erinnerungsdruck („Intrusionen“ „Flash-backs“), d. h., einen Zwang, immer wieder an das Ereignis und an diesen Bestandteil denken zu müssen, verursacht werden. Schlussendlich sind als Folgen eines traumatischen Ereignisses immer auch Tendenzen verknüpft, die mögliche Wiederholung einer solchen oder ähnlichen Situation zu vermeiden (phobische Reaktion) Versuche sind durchgehend zu beobachten, ein beeinträchtigtes Selbst- und Identitätsgefühls, den Zustand eines allgemeinen Sinnverlustes, der sich aus einem erschütterten Weltverhältnis ergibt und ein bedrohtes Sicherheitsgefühl durch die Suche nach einer neuen alternativen „vertrauten Welt“ wiederherzustellen. Diese sichere und vertraute Welt ist in der Regel mit sozialem Rückzug und sozialer Isolation verknüpft. Ich habe die psychischen Symptome am Beispiel des traumatischen Unfalls eines Schienenbahnfahrers dargestellt. Ähnliche Auswirkungen können auch bei Feuerwehrleuten nach extremen Einsätzen beobachtet werden. Die verschiedenen Symptome, die mit einem traumatischen Ereignis verknüpft sind, wurden im diagnostischen und statistischen Manual (*Wittchen et al. 1991*) zu einem psychotraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) zusammengefasst. Seine Definition ist wie folgt aufgebaut:

2. Definition des Posttraumatischen Belastungssyndroms (PTBS)

2.1 Ereigniskriterium

Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- Die Person beobachtete, erlebte oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.
- Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

2.2 Symptomgruppe 1: Erinnerungsdruck

Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der vorliegenden Weisen wiederbelebt:

- Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können,
- Wiederkehrende, belastende Träume vom Ereignis,

- Handeln oder fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen oder dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten),
- Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen (inneren) oder externalen (äußeren) Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern,
- Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

2.3 Symptomgruppe 2: Vermeidung / Emotionale Taubheit

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens *drei* der folgenden Symptome liegen vor:

- Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von Anderen,
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- Gefühle einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

2.4 Symptomgruppe 3: Chronische Übererregung

Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens *zwei* der folgenden Symptome liegen vor:

- Schwierigkeit, ein- oder durchzuschlafen,
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- Konzentrationsschwierigkeiten,
- Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- Übertriebene Schreckreaktionen.

3. Zeitdauer

Das Störungsbild (Symptome unter Kriterien 2.2, 2.3 und 2.4) dauert länger als einen Monat.

4. Das Störungsbild

Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Diagnose des PTBS setzt sich definitionsgemäß im Sinne Diagnostisch-Statistischer Manuals so zusammen, dass in gegebenem Zeitrahmen aus der Symptomgruppe 1 ein Symptom, aus der Symptomgruppe 2 drei Symptome und aus der Symptomgruppe 3 zwei Symptome gegeben sein müssen. Die Diagnosestellung erfordert hierbei entsprechende professionelle Kompetenz, die ihrerseits langjährige klinisch-therapeutische Erfahrung mit traumatisierten Personen zur Voraussetzung hat.

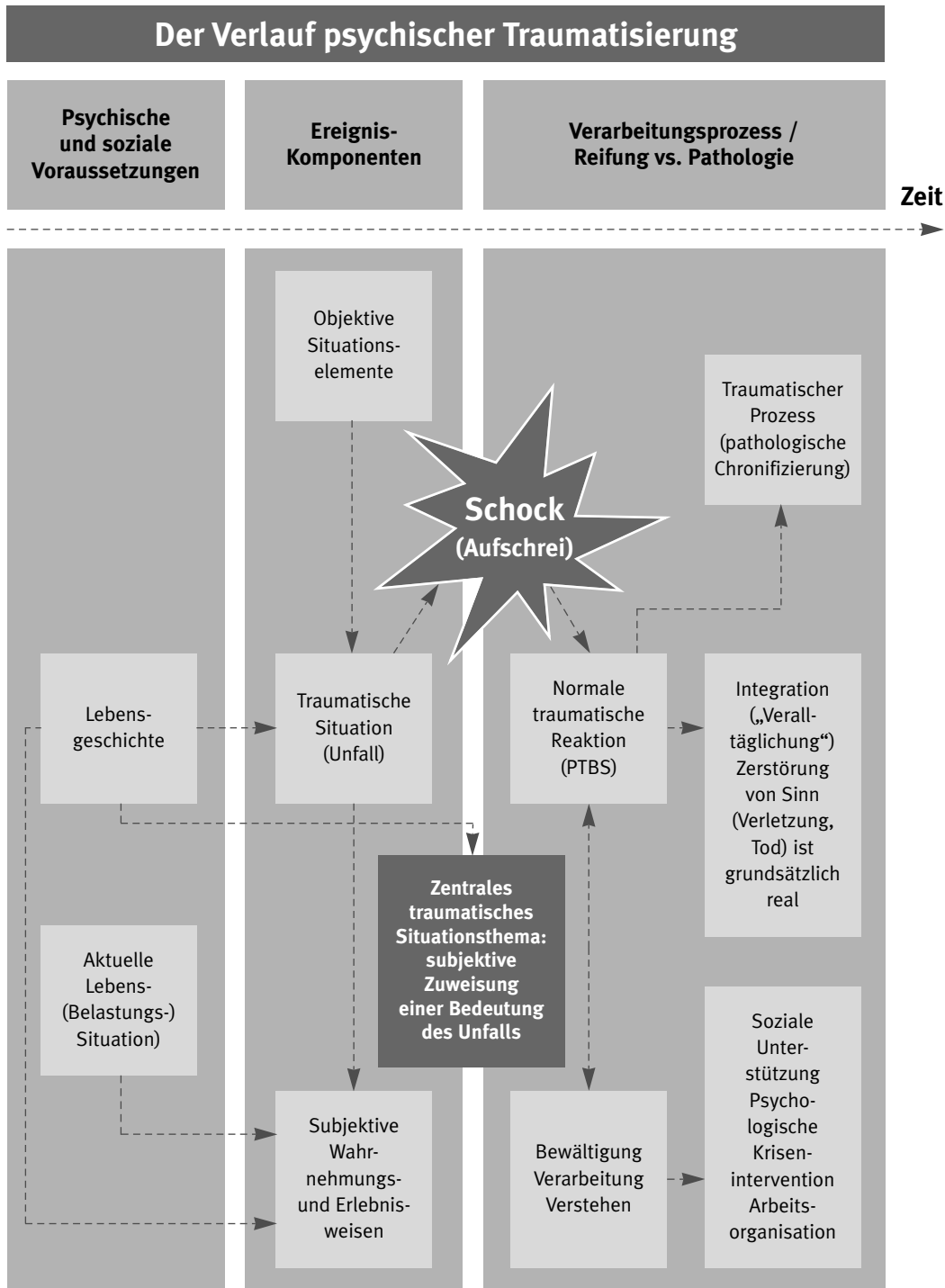
Die akuten Belastungsstörungen werden dahingehend definiert, dass das Syndrom 2 Tage bis höchstens 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis beobachtbar ist. Von einer chronischen Belastungsstörung spricht man dann, wenn das Syndrom länger als 3 Monate andauert.

5. Die subjektive Bedeutung des traumatischen Ereignisses

Die traumatische Qualität eines Extremsinsatzes oder eines schweren Unfalls ist *immer* durch subjektive, d. h. durch die jeweiligen psychischen und sozialen Voraussetzungen der betroffenen Menschen bestimmt. Wie zahlreiche empirische Untersuchungen zeigen, zeichnet sich eine Tendenz ab, dass etwa 1/3 der Beteiligten offen traumatisiert werden, 1/3 traumatisiert sind, die Symptome aber unterdrücken bzw. verdrängen können und 1/3 der Betroffenen ein Extremereignis *nicht* traumatisch erleben.

Diese differentielle Tendenz lässt sich durch die Wirkung „moderierender Variablen“ wie die persönliche Lebens- und Konfliktgeschichte, die Gegebenheit von anderen Belastungs- und Unterstützungsfaktoren in der aktuellen Lebenssituation, aber auch durch die Professionalität und Dauer der Berufserfahrung des Betroffenen erklären (vgl. Schaubild).

Insofern wird ein Extremereignis jeweils unter ganz individuellen Voraussetzungen der Betroffenen eine spezifische subjektive Bedeutung zugewiesen, deren Analyse und Bearbeitung eine professionelle Behandlung und Betreuung erforderlich macht. Bisherige Erfahrungen mit psychoanalytischen Kurzzeittherapien (Fokaltherapie) zeigen, dass mit 4 bis 25 Einzelsitzungen ausreichend gute Erfolge in der Bewältigung und Verarbeitung traumatischer Reaktionen (im Sinne des PTBS) erzielt werden können. Diese Ergebnisse basieren bislang nur auf klinischer Evidenz. Systematisch empirische Studien liegen bislang noch nicht vor, werden aber von unserer Forschergruppe vorbereitet.



SIGMUND-FREUD-INSTITUT Schwerpunkt: Theoretische und empirisch/experimentelle psychoanalytische Grundlagenforschung
 © Dr. Benjamin Bardé

6. Interventionsformen

6.1 Critical Incident Stress Debriefing (CISD)

Mitchell und Everly (1993); vgl. Mitchell (1994) haben für die Betreuung von Notfall- und Rettungsarbeiten („Disaster workers“) wozu auch Feuerwehrleute gehören, eine kurzfristige Interventionsmethode entwickelt, die zum Ziel hat, den Einsatzmannschaften bei der „Nachbereitung“ von extrem belastenden Einsätzen so behilflich zu sein, dass psychotraumatische Entwicklungen und die mit ihnen verbundenen psychischen Dissoziationstendenzen möglichst früh unterbunden werden können. Das Konzept des CISD beruht auf dem traditionellen Traumamodell (s. o.) und beabsichtigt, die ungebundenen Affekte und Übererregungen, die durch den Schock freigesetzt wurden, in Denkvorgänge, die sich auf die belastende Situation beziehen im Sinne einer Sythese wieder einzubinden. Das außergewöhnliche, überraschende und bedrohliche Ereignis soll in der „Nachbereitung“ psychisch symbolisiert, typisiert und letztlich „normalisiert“ werden. Dabei spielen therapeutische Wirkfaktoren der Gruppe wie gegenseitige Akzeptanz, Altruismus und Solidarität, Universalität (auch andere haben ähnliches erlebt), Realitätsprüfung (wie haben andere die Situation gesehen) und nicht zuletzt die gegenseitige Empathie (Perspektivenübernahme) offensichtlich eine wichtige unterstützende Rolle.

Das Ablaufschema des CISD sieht 4 Phasen vor:

- Es werden gemeinsam unter der Leitung des „Debriefers“ Sachverhalte („facts“) geklärt.
- Die dazugehörigen Kognitionen werden diskutiert („thought phase“), d. h., es werden die jeweiligen persönlichen Bewertungen des Einsatzgeschehens zur Sprache gebracht, damit dann in der wohl wichtigsten Phase.
- Die in dieser Situation mobilisierten Affekte in der Gruppe – und das ist das eigentliche „Debriefing“ – zum Ausdruck gebracht werden können („... what part of this event bothers you the most?“). Abschließend werden in der
- Phase mögliche Stress-Symptome, die infolge des Extremeinsatzes auftreten erklärt und Verhaltensweisen für die nächsten Tage gegeben (Ernährung, Sport, Partnerschaft etc.). Das CISD ist inzwischen sehr populär geworden, die Literatur ist zahlreich, Untersuchungen über die Wirksamkeit solcher akuten „Nachbereitungen“ liegen bislang aber nicht vor und werden derzeit im Sigmund-Freud-Institut von einer Expertengruppe vorbereitet und durchgeführt.

6.2 Das „Frankfurter Modell“

In dem Forschungsprojekt „Stressbewältigung, Gesundheitsförderung und Personalentwicklung in der Branddirektion Frankfurt am Main“, das inzwischen nach 4 Jahren Dauer abgeschlossen ist, kamen wir im Hinblick auf die Nachbereitung von extrem belastenden Einsätzen zu dem Ergebnis, dass

- im Rahmen der Mannschaftsgruppen nicht zu unterschätzende natürliche psychologische Bewältigungspotentiale vorhanden sind und dass
- diese Bewältigungspotentiale nach Maßgabe des Zustandes der Organisationskultur, die durch die Führungs- und Leitungsstile der oberen und mittleren hierarchischen Ebene und durch den damit bedingten Umgang mit Konflikten (siehe Schaubild) gefördert oder behindert werden kann. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass die empfundene Belastung eines Einsatzes zu einem großen Teil durch die innerorganisatorische Verfassung moderiert wird. Im Verlauf des Projekts konnten wir solche Effekte deutlich beobachten und zusammen mit Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung in einem positiven Sinne freisetzen. In einzelnen extremen Fällen, bei denen die Diagnose des PTBS vorlag, wurden die betroffenen Feuerwehrmänner kurztherapeutisch bislang mit Erfolg betreut. In unserem Kooperationsmodell hat sich die Bedeutung des CISD-Verfahrens erheblich dadurch relativiert, dass sich eine polarisierende Strategie: nämlich
 - Mobilisierung von Selbsthilfestrategien und natürlich gegebenen Bewältigungspotentialen in den Mannschaften durch umfassende Maßnahmen auf der Ebene der Organisationsentwicklung und
 - gezielte professionelle kurztherapeutische Behandlungen von traumatisierten Feuerwehrmännern durch Mitglieder unserer externen Expertengruppe im Rahmen der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts als sehr effektiv erwiesen hat.

6.3 Notfallseelsorge; Kriseninterventionsteams

Die sich inzwischen zahlreichen mehr oder weniger mobilen, rund um die Uhr zur Verfügung stehenden „Kriseninterventionsteams“ haben von ihrer Methodik her gesehen, soweit aus ihren Selbstdarstellungen zu erkennen ist, demgegenüber zum Ziel unmittelbar vor Ort durch „Präsenz“ den unmittelbar Betroffenen beizustehen und neben einer direkten umsichtigen seelsorgerlichen Unterstützung, praktische Handlungsstrategien für ein kompetentes Über- und Weiterleben zu eröffnen. Das kann die Opfer selbst, die Angehörigen der Opfer, aber auch gerade bei den Freiwilligen Feuerwehren, auch Mannschaftsmitglieder betreffen. Diese Teams folgen dabei, und das macht sicherlich ihre Effektivität aus, der Alarm- und Einsatzlogik der Notfall- und Rettungsarbeiter. Notfallseelsorger, die in der Regel nicht über eine entsprechende heilberufliche Professionalisierung verfügen, können Betroffene mit einer PTBS-Symptomatik nicht behandeln, so wie die dafür professionalisierten Psychologen und Ärzte nicht sofort vor Ort – und auch das zeigen unsere Erfahrungen – sinnvoll intervenieren können. Das ist eine genuine Aufgabe seelsorgerlichen bzw. notfallärztlichen Handelns. Wünschenswert ist es, dass beide Berufsgruppen unter Berücksichtigung der angemessenen professionellen Standards gemäß der jeweils gegebenen institutionellen Strukturen und jeweils unterschiedlichen Zielsetzungen im Sinne einer situationsadäquaten „Versorgungskette“ sich differenzieren, um sinnvoll miteinander kooperieren zu können.

Literatur

BION, W. R., 1971: *Erfahrungen in Gruppen*. Stuttgart, Klett-Cotta.

FREUD, S.; BREUER, J.: (1893): *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*. Vorläufige Mitteilung. GW I, 81–98.

MITCHELL, J. T.; EVERLY, G. S. C: (1993): *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Chevron Pub. Ellicott City.

MITCHELL, J. (1994): *Human elements training for emergency services, public safety and disaster personal: An instructional guide for teaching debriefing, crisis intervention and stress management*. Chevron Pub. Ellicott City.

SALOMON, T.W. (1919): *War neuroses and their lesson*. New York. Medical Journal 109. 993–994.

SIMMEL, E. (1918): *Kriegsneurosen und psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt aufgrund psychoanalytischer/hypnoider Studien*. Memnisch. München, Leipzig.

WITTCHEN, H.-U.; SASS, H.; ZAUDIG, M.; KOEHLER, K., 1991: *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.



Einsatznachbereitung bei der Berufsfeuerwehr Darmstadt

Die Feuerwehr Darmstadt besteht aus der Berufsfeuerwehr mit 165 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie 4 Freiwilligen Feuerwehren mit 207 Männern und Frauen sowie 4 Jugendfeuerwehren mit ca. 90 Jungen und Mädchen.

Der Anstoß zur Gründung unseres Betreuungsteams wurde in einem turnusmäßigen Monatsgespräch mit unserem Personalrat Anfang 1997 gegeben. Nachdem wir uns die folgenden Fragen gestellt hatten: Was wollen, was brauchen wir? Für wen wollen wir das? Fragten wir zunächst bei den evangelischen und katholischen Dekanaten in Darmstadt wegen Notfallseelsorgern nach. Man gab sich dort zunächst höflich zurückhaltend, aber es erfolgte keine Reaktion. Eine Anfrage beim Hessischen Polizeidekan führte uns auch nicht weiter. Deshalb kamen wir auf die Idee, im Bekanntenkreis gezielt bestimmte Personen anzusprechen und um ihre Unterstützung zu bitten. Alle vier angesprochenen Personen waren entweder spontan oder nach näherer Erläuterung des Problems bereit, im Betreuungsteam mitzuarbeiten. Das Startgespräch fand am 2. Juni 1997 bei der Feuerwehr statt. Neben zwei Vertretern unseres Personalrats und mir nahmen die folgenden Mitglieder des Betreuungsteams teil:

- Ein Psychiater, seit mehr als 30 Jahren ehrenamtlicher Helfer im Katastrophenschutz des DRK, viele Jahre Kreisbereitschaftsarzt und heute Fachberater Sanitätsdienst im Katastrophenschutz-Stab der Stadt Darmstadt. Er verfügt über einen Funkmeldeempfänger und weiß aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit, was an Einsatzstellen und bei den Einsatzkräften abläuft,
- eine Psychologin, freiberuflich tätig,
- ein Psychologe, beschäftigt in einer Klinik für Alkohol- und andere Suchtkranke,
- ein evangelischer Pfarrer, der seit vielen Jahren Hospizhelfer ausbildet.

Die drei erstgenannten Personen wohnen in Darmstadt, während der Pfarrer im Landkreis Darmstadt-Dieburg wohnt und dort inzwischen auch im Notfallseelsorgerteam mitarbeitet. Zum 31. Dezember 1998 wechselte die Psychologin zu einem anderen Arbeitsplatz nach Bayreuth und schied deshalb leider aus dem Betreuungsteam aus. Der Psychiater arbeitet ehrenamtlich, während die anderen drei Mitglieder des Betreuungsteams für ihre Dienste einen bestimmten Stundensatz sowie evtl. anfallende Fahrtkosten erhalten.

Bei unserem Startgespräch legten wir als Diskussionsergebnis die folgenden Aufgaben des Betreuungsteams fest:

- Vorbeugen gegen bzw. Bekämpfung von Stressreaktionen bei Einsatzkräften während bzw. nach Einsätzen.
- Einsatznachbereitung mit betroffenen Einsatzkräften durch:
 - Einzelgespräche
 - Gruppengespräche
 - Debriefings.
- Unterstützung der Einsatzkräfte vor Ort durch Betreuung von betroffenen Personen bzw. Hinterbliebenen.
- Beratung unserer Mitarbeiter bei Problemen, die aus dem allgemeinen Schichtdienst resultieren.

Als Zielgruppen für die Arbeit unseres Betreuungsteams wurden festgelegt:

- Beamte des Einsatzdienstes der Berufsfeuerwehr
- Beamte im Leitstellendienst der Berufsfeuerwehr
- Männer und Frauen der Einsatzabteilungen unserer 4 Freiwilligen Feuerwehren
- Angehörige von Feuerwehrleuten
- Betroffene bzw. Hinterbliebene von Einsätzen

Es wurde vereinbart, dass sich zunächst alle Mitglieder des Betreuungsteams ohne Beteiligung der Amtsleitung einzeln bei den Wachabteilungen und beim Leitstellenpersonal vorstellen sollten, mit den Zielen: Bekanntmachen mit ihren unterschiedlichen Ausbildungen und den dadurch gegebenen Hilfeleistungsmöglichkeiten sowie möglichst Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses. Ausserdem sollte dabei vermittelt werden, wie man Stressreaktionen an sich selber oder an Kollegen erkennt, wodurch sie entstehen können und welche Schäden sich für die Betroffenen daraus entwickeln können und was man dagegen tun kann. Den Mitgliedern des Betreuungsteams wurde alle Freiheit gelassen, wie sie aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausbildung und Erfahrung die Vorstellungstermine bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gestalten wollten. Darüber hinaus fand ein Vorstellungstermin mit unseren technischen Einsatzleitern, den Wachabteilungsführern und dem Leiter der Leitstelle statt.

Der Psychiater übernahm darüber hinaus die Aufgabe, die 18 Teilnehmer unseres Berufsfeuerwehr-Grundlehrgangs auf belastende Einsatzsituationen und den Umgang mit Sterbenden und den Tod vorzubereiten und die Inhalte, die bereits bei den Wachabteilungen vermittelt wurden, auch dort zu behandeln. Der Pfarrer und der Psychiater erklärten sich bereit, auf Anforderung des Einsatzleiters auch direkt zur Einsatzstelle zu kommen und dort vor allem betroffene Personen zu betreuen.

Es gibt keinen Dienstplan oder keine festgelegte Rufbereitschaft des Betreuungsteams, sondern auf Anforderung des Einsatzleiters ruft die Leitstelle die Mitglieder des Teams an und stellt fest, wer kommen kann bzw. wer abgeholt werden soll.

Ein Indikationskatalog mit Alarmstichworten für das Betreuungsteam ist in Arbeit.

Alle drei Monate wurde ein Erfahrungsaustausch in der gleichen Zusammensetzung wie beim Startgespräch durchgeführt, bei dem die Mitglieder des Betreuungsteams und die Vertreter des Personalrates über den Stand der Vorstellungsgespräche und ihre Erfahrungen dabei berichteten. In anonymer Form wurde dabei auch berichtet, über Probleme und Ergebnisse von Einzel- und Gruppengesprächen mit unseren Mitarbeitern.

Ab dem 3. Erfahrungsaustausch nahmen auch die drei Wachabteilungsführer teil und ergänzten die Diskussion durch ihre Erfahrungen.

Das Betreuungsteam erhielt Erfahrungsberichte und Fachliteratur aus dem Feuerwehrbereich und nahm zum Teil zusammen mit Vertretern des Personalrates und mir an verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen teil. Darüber hinaus hospitierten alle über mehrere Schichten im Einsatzdienst. Unser Betreuungsteam wurde durch Aushang mit Bildern, eigener Vorstellung und Telefonnummern noch einmal bei allen Kolleginnen und Kollegen bekanntgemacht. Darüber hinaus wurden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert, dass sie bei entsprechenden Problemen sich entweder direkt an ein Teammitglied ihres Vertrauens wenden könnten oder dies über den Personalrat erfolgen könnte.

Im November 1997 beging ein junger Feuerwehrbeamter Selbstmord aufgrund eines nicht verarbeiteten privaten Problems. Da sein Problem sowohl in seiner Wachabteilung als auch bei der Amtsleitung bekannt war, versuchten im Vorfeld viele Kollegen einschließlich unterschiedlicher Mitglieder des Betreuungsteams ihm zu helfen. Alle Bemühungen blieben jedoch erfolglos. Die Dienste verschiedener Mitglieder des Betreuungsteams wurden sowohl von dem Kameraden der Freiwilligen Feuerwehr, der ihn tot aufgefunden hatte, als auch von seinem Bekannten- und Freundeskreis aus der Freiwilligen Feuerwehr und vor allem auch von unseren Kollegen, die sich im Vorfeld sehr stark um ihn bemüht hatten, in Anspruch genommen.

Nachdem bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Berufsfeuerwehr alle Mitglieder des Betreuungsteams bekannt sind und damit die Voraussetzung für ihre Inanspruchnahme geschaffen wurde, planen wir für das Jahr 1999 die Vorstellung der Teammitglieder bei den 4 Freiwilligen Feuerwehren. Darüber hinaus ist vorgesehen, unsere Einsatzleiter nach und nach zu der Fortbildung „Führung und Leitung unter hoher psychischer Belastung“ an die Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz zu entsenden und mit einer benachbarten Berufsfeuerwehr eine Partnerschaft zum Austausch von Debriefern abzuschließen.

Seit Januar 1999 gibt es vom evangelischen und katholischen Dekanat Darmstadt eine gemeinsame Projektgruppe mit der Feuerwehr, den Rettungsdienstorganisationen,

dem Technischen Hilfswerk und der Polizei zum Aufbau einer Notfallseelsorge im Rettungsdienstbereich Darmstadt. In diesem Jahr ist zunächst beabsichtigt, alle Mitarbeiter, die von Seiten der Kirche ehrenamtlich an diesem Projekt teilnehmen, durch insgesamt 10 Fortbildungsveranstaltungen fachlich auf ihre Aufgabe vorzubereiten. Dazu gehören u. a. auch Hospitationstermine bei allen o. g. Organisationen sowie Einführungen in die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Organisation dieser Institutionen. Es ist beabsichtigt, dass sich das Betreuungsteam der Feuerwehr und die Notfallseelsorge ergänzen. Die Leitfunkstelle Darmstadt bei der Berufsfeuerwehr wird voraussichtlich die Alarmierung nach einem entsprechenden Indikationskatalog, der mit allen Beteiligten abgestimmt wird, übernehmen.

Mit dem Aufbau der Notfallseelsorge steht ab Anfang des Jahres 2000 flächendeckend für den Rettungsdienstbereich Darmstadt, der die Stadt Darmstadt sowie 12 umliegende Städte und Gemeinden des Landkreises Darmstadt-Dieburg umfasst, ein viel breiteres Hilfsangebot der Kirchen für alle o. g. Organisationen sowie für alle betroffenen Personen zur Verfügung steht als dies durch das Betreuungsteam der Feuerwehr bisher der Fall war.

Der Koordinator der Projektgruppe „Notfallseelsorge“ ist Herr Pfarrer Dr. Held Steinbergweg 33, 64285 Darmstadt, Telefon 06151/494476 bzw. an seinem Arbeitsplatz im Klinikum 06151/107-4630, Fax-Nr. 06151/494477.



DIETER BEETZ

Der Kriseninterventionsdienst Marburg-Biedenkopf

Im Jahre 1994 gründete eine Gruppe von vier Menschen nach einem einschneidenden Erlebnis ein Team, welches sich die Stressbewältigung nach belastenden Einsätzen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Hilfsorganisationen sowie für die Feuerwehrkameradinnen und Kameraden zur Aufgabe gemacht hat.

Im gleichen Zeitraum, initiiert durch eine Rettungsdienstorganisation, soll ein System Notfallseelsorge für unseren Landkreis aufgebaut werden.

Dies gab Anlass sich zusammenzutun, um nach zweijähriger Planungszeit den Kriseninterventionsdienst Marburg-Biedenkopf in der heutigen Organisationsform aufzubauen.

Zur Organisation einige Sätze:

Die MitarbeiterInnen des Kriseninterventionsdienstes setzen sich zusammen aus MitarbeiterInnen aus den Bereichen Rettungsdienst und Feuerwehr, aus StudentInnen der Fachbereiche Psychologie, Psychotherapie, Soziologie, MitarbeiterInnen der Kirchen beider Konfessionen.

Aus diesem Kreis hat sich eine Organisationsgruppe gebildet, die sich monatlich trifft und organisatorische Arbeiten in kleinem Kreis abarbeitet.

Die MitarbeiterInnen des Kriseninterventionsdienstes teilen unter sich drei Arbeitsbereiche.

1. Die Einsatzgruppe

Die Einsatzgruppe ist zum heutigen Stand mit 30–35 Personen besetzt. Dabei ist der Landkreis in vier Sektionen – Ost, West, Mitte, Stadt Marburg mit Stadtteilen – aufgeteilt. Jeder Sektion ist eine Einsatzgruppe zugeteilt. Jede Einsatzgruppe hat einen Ansprechpartner – Koordinator –. Dieser stellt die Einsatzbereitschaft (rund um die Uhr) der Gruppe sicher und verteilt Informationen, z. B. Einladungen zu internen Fortbildungen usw. Die Alarmierung erfolgt über Funkalarmempfänger. Jede Sektion hat dabei eine Melderschleife. Jeder Dienstuende verfügt über einen Einsatzkoffer. Die Bestückungsliste ist individuell verschieden. Ein Grundbestand an Ausrüstung ist jedoch festgelegt. Fernziel soll es sein, dass jeder Dienstuende auch über ein Handy verfügt (zur Zeit sind zwei Handys vorhanden). Bei einem Alarm entscheidet der Dienstuende über einen Eigeneinsatz oder Delegation.

2. Der Hintergrunddienst/Krankenhausseelsorge

Den Hintergrunddienst bilden alle PfarrerInnen des Landkreises. Sie kommen zum Einsatz durch Delegation des Diensttuenden oder bei Überstellung durch den Diensttuenden (weitergehende Betreuung).

Die Krankenhausseelsorge übernimmt die Betreuung von Angehörigen, leichter Verletzten oder Sonstigen. Sie wird über die Zentrale Leitstelle durch den Rettungsdienst oder durch den Diensttuenden verständigt.

3. Notfallstressmanagement-Gruppe

Diese rekrutiert sich aus MitarbeiterInnen der Einsatzgruppe, die für die Einsatznach-sorge besonders geschult sind. Im Kriseninterventionsdienst steht ein Debriefing-Team bereit, um auch außerhalb der Kreisgrenze unterstützen zu können.

4. Präventions-Gruppe

Ein kleiner Kreis der sich mit der Schulung für Angehörige des Rettungsdienstes, der Hilfsorganisationen sowie der Feuerwehren engagiert.

Der Kriseninterventionsdienst ist im Kreisfeuerwehrverband integriert. Finanziert wird er zur Zeit noch durch Spenden, die der Landrat dem KID zuwendet. Für das Haushalts-jahr 1999 ist eine originäre Haushaltsstelle im Bereich des Brandschutzamtes ange-setzt. Sollte diese trotz der angespannten Haushaltslage für den Bereich Einsatznach-sorge und Prävention zur Verfügung stehen, so wäre das KID Marburg-Biedenkopf als erstes System von einem Landkreis mitfinanziert.

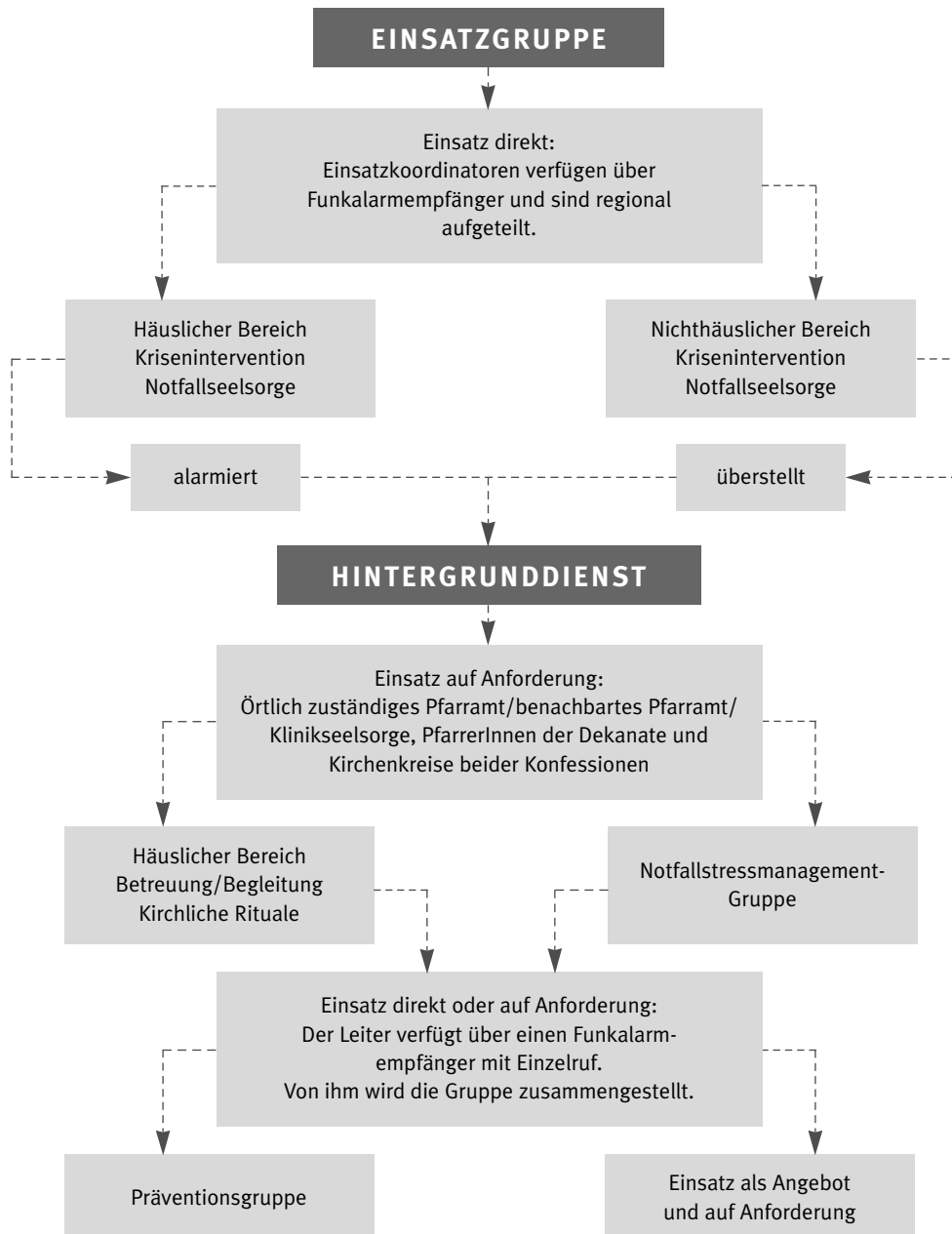
Zur Versicherungsfrage ist eine diesbezügliche Vereinbarung mit dem Landkreis Mar-burg-Biedenkopf erstellt und im Geschäftsgang. Bei Interesse steht diese als Muster zur Verfügung.

Anfang 1999 wird sich die Organisationsgruppe mit einer Geschäftsordnung für das KID befassen. Bei Interesse steht diese danach zur Veröffentlichung zur Verfügung.

Informationsveranstaltungen mit allen MitarbeiterInnen sowie Infoveranstaltungen auf Einsatzgruppen bezogen mit den in den Sektionen tätigen Feuerwehren, Rettungs-diensten, Polizeistationen und der Bevölkerung, sind ein Aufgabenfeld für 1999.

Kriseninterventionsdienst Marburg Biedenkopf Struktur und Einteilung der Mitarbeiter

- Einsatzgruppe
- Hintergrunddienst/Klinikseelsorge
- Notfallstressmanagement-Gruppe
- Präventionsgruppe



1. Einleitung

Eines der immer noch ungeklärten Phänomene des menschlichen Verhaltens ist, warum einige Menschen außergewöhnliche, belastende Ereignisse ohne irgendwelche erkennbare Schäden bewältigen und wie selbstverständlich in ihre Biographie einbauen – während andere Zeit ihres Lebens – oder zumindest längere Zeit – daran leiden. Jene Erlebnisse, die außerhalb der üblichen menschlichen liegen und im allgemeinen schwere seelische Erschütterungen bewirken, hat es wohl seit Beginn der Menschheit gegeben. Sie treten statistisch selten auf, verändern das Leben der Beteiligten erheblich und lösen oft psychische Störungen aus. Solche traumatischen Erlebnisse kommen bei Naturkatastrophen, bei schweren Unfällen, im Krieg und in anderen lebensbedrohlichen Situationen vor, sie können posttraumatische Syndrome auslösen.

2. Was passiert mit uns, wenn wir die Dienstkleidung wieder ausziehen?

- Wie verarbeiten wir selbst außergewöhnliche Einsätze?
- Wie gehen wir damit um, wenn sich Bilder und Gefühle in uns breit machen, ob wir wollen oder nicht?
- Todesängste, Verzweiflung und Frust können uns erfassen, genauso wie die Opfer.

Im Alltag der Feuerwehr und des Rettungsdienstes begegnen wir immer wieder Tod und Leben. Manchmal sind wir zu spät ..., manchmal sind alle Bemühungen erfolglos.

- Wie schwer ist es dann für uns, menschliches Leid auszuhalten, wieviel Energie benötigen wir dafür?

Es muss uns bewusst werden, dass gefühlsintensive und körperliche Reaktionen nach schockierenden Einsätzen völlig normal und natürlich sind. Erinnerungen an diese Erlebnisse können noch lange danach in (un-)regelmäßigen Abständen wiederkommen. Es ist wichtig für uns zu wissen, dass nicht jeder von uns Beschwerden empfindet. Aber wenn es der Fall ist, dann ist es gut, diese Signale zu erkennen.

Es sind meist ganz natürliche Reaktionen wie:

- sich von der Umgebung isolieren und z. B. nicht imstande sein, Dinge zu genießen, die vor dem Erlebnis schön waren
- unerwartetes Auftauchen von Bildern und Eindrücken des Ereignisses

- Konzentrationsschwächen
- sich depressiv fühlen
- Schuldgefühle empfinden, weil vielleicht möglicherweise andere umgekommen sind und es hätte vielleicht verhindert werden können, wenn ...
- deutliche Stresssymptome empfinden bei ähnlichen Einsätzen
- Zweifel am Beruf verspüren
- das Gefühl von „Ausgestoßen-Sein“ erleben
- Alpträume
- Trauer
- Untätigkeit, Freude und Anteilnahme zu empfinden
- Unruhe
- Magen-Darm-Probleme
- Gespanntheit
- Nierenleiden
- Kopfschmerzen
- Schlafschwierigkeiten
- Zittern
- sexuelle Probleme
- Übelkeit
- Herzrasen ...

3. Wie gehen wir damit um?

Seelische Belastungen mit körperlichen Symptomen sind bei Feuerwehr und Rettungsdienstpersonal normal. Körper und Geist besitzen starke Regenerationskräfte, aber nicht alle Belastungen erledigen sich von alleine mit der Zeit. Wir sollten sie ernst nehmen.

Es ist wichtig zu begreifen, dass schockierende Einsätze unser Leben beeinflussen können. Deshalb brauchen wir uns nicht zu schämen. Oft scheint es, dass „Andere“ schwierige Situationen problemlos überstehen, aber das kann auch nur der äußere Eindruck sein.

Auch die Stellung in unserer Gesellschaft als heldenhafte Figuren bringt viele von uns in ein falsches Bild und kann uns zusätzlich unter Druck setzen.

4. Wie handhaben wir wirklich unsere Gefühle?

Um uns aufzubauen birgt der Weg über Alkohol und Tabletten Suchtgefahr. Wenn wir uns in unseren Gefühlen festfahren, kann sich das auf unsere Partner, Kinder und alle Freunde in unserer Umgebung auswirken.

Gespräche führen in den meisten Fällen zur Stressreduktion.

5. Was können wir tun?

Das Wichtigste:

- spricht untereinander über die Dinge, die euch beschäftigen.
- Redet über eure Einsätze! Direkt danach, später, Tage später!
- Redet über eure Gefühle! Was euch bewegt! Was euch wütend machte!

Oftmals empfindet dein gegenüber genauso. Gespräche über Einsätze, Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen sind Psychohygiene.

Zusätzlich und wenn Bedarf besteht – wenn ihr es für richtig empfindet – werden Einsatznachbereitungsgespräche angeboten. Über die Organisation in eurem Kreis oder über eine noch zu schaffende Zentrale Rufnummer werden die Einsatznachbereitungsgespräche organisiert. Zögert nicht dieses Angebot anzunehmen.

Ein Einsatznachbereitungsgespräch, auch „Debriefing“ genannt, gibt den Einsatzkräften einen Gesamteindruck des Geschehens anhand des geschilderten Ablaufes aus verschiedenen Sichtweisen.

Gleichzeitig wird die Möglichkeit angeboten, über aufgetretene Reaktionen in solch einem Extremfall zu reden und über Gefühle sich zu äußern, sei es Wut, Frust oder Erfolgserlebnisse. Die Teilnahme ist freiwillig, ohne Pressevertreter und so vertraulich, dass über den Inhalt Stillschweigen vereinbart wird. Es hat nichts zu tun mit Therapie, nichts mit „Weich-Ei-Syndromen“ und nichts mit „Reif-für-die-Couch-beim-Psychiater“.

Die Eindrücke bei einem Debriefing sollen angemessen bewertet werden und das Gespräch soll aufklären, entlasten und entspannen. Es werden keine Aufzeichnungen gemacht und keine Wertung getroffen. Die Durchführung sollte möglichst innerhalb von 72 Stunden nach dem Einsatz erfolgen.

Es gibt keinen Katalog, wann solch ein Debriefing durchzuführen ist. Die Entscheidung hierbei sollte „aus dem Bauch“ erwachsen.

Macht euch diesen Merksatz zum Gebot: Mit dem Abstellen der Motoren in der Fahrzeughalle ist der Einsatz noch nicht zu Ende!

Seit 1992 befasse ich mich schon mit der Thematik der Einsatznachbereitung. Außer einem Studium denke ich alle in Deutschland mir bekannten Ausbildungsgänge hierfür gemacht zu haben. Mein Fernziel wäre noch die Ausbildung zum Supervisor.

In der Zwischenzeit habe ich einige Nachbereitungen, Einzelgespräche in meinem Landkreis sowie eine Nachbereitung in einem anderen Bundesland – wo ich den Kame-

raden fremd war – durchgeführt. Ich kann sagen in dieser Thematik ein gewisses Maß an Erfahrung in der Zwischenzeit gesammelt zu haben.

Die Einsätze der Krisenintervention bei frustraner Reanimation, Plötzlichem Kindstod, nach erfolgtem/versuchtem Suizid, Überbringung von Todesnachrichten und viele andere mehr möchte ich nur am Rande erwähnen.

Beispielhaft möchte ich zum Schluss den Grund für eine Einsatznachbereitung schildern: Eine Feuerwehr wird zu einem Wohnhausbrand alarmiert. Schon auf der Anfahrt ist bekannt, dass Menschenleben in Gefahr sind. Beim Abrücken ist schon eine rötliche Färbung des Himmels zu erkennen. Das Objekt – ein Wohn- und Geschäftshaus – ist bekannt. Der Einheitsführer erteilt den Trupps den Auftrag zur Menschenrettung. Im Zuge dieser Maßnahme verläuft sich ein Trupp in dem Gebäude – er findet nicht mehr zurück –. Über 2m-Funk teilt er dies der Einsatzleitung mit. Gleichzeitig wird über den gleichen 2m-Kanal von der Atemschutzüberwachung mitgeteilt, dass der Trupp nur noch über wenig Atemluftvorrat verfügt. Dies hört der Trupp, der sich in dem Gebäude befindet mit. Mit dem gleichen Wissen wird der Rettungstrupp eingesetzt. Durch die mittlerweile erhebliche Brandausweitung ist der Zugang zu dem Objekt nicht mehr möglich. Der Rettungstrupp muß sich zurückziehen.

Durch einen glücklichen Umstand hat der eingeschlossene Trupp selbständig zwischenzeitlich einen Ausweg gefunden und kann das Freie erreichen.



HEDI SEHR, BERND-VOLKER SPONHOLZ

Notfallseelsorge Limburg-Weilburg e.V.

Bereich:	Landkreis Limburg-Weilburg
Rechtsform:	Verein (e.V. und gemeinnützig)
Gründung:	4. September 1996
Leitung:	Vorstand und Beirat: Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienste
Mitglieder:	Körperschaften (Ffw, DRK-Kv, Malteser, Kirchen) und Privatpersonen
Finanzierung:	Mitgliedsbeitrag und Spenden
Mitarbeiter:	Pfarrer, Dipl. Theologen, Psychologen, Mitglieder aus Rettungsdiensten, Feuerwehren und Verbänden
Einsatzbeginn:	1. November 1996
Angebot:	psychische Betreuung während des Einsatzes Angehörige, Einsatzkräfte psychische Betreuung im Anschluss an den Einsatz
Einsatzkräfte:	Regelmäßiger Gesprächskreis für Einsatzkräfte (monatlich) Leitung: Pfarrer und Psychotherapeut Schulungen der Einsatzkräfte (psychologische Themen)
Einsatzform:	Immer 2 Personen (angestrebt: Frau und Mann)
Dienstplan:	Erstellung: monatlich Dienstzeit: tageweise
Alarmierung:	Über Fernmeldeempfänger (FME) durch Leitstelle
Fortbildung:	Eigenverantwortlich (1. Jahr monatlich ganztags) (2. Jahr monatlich abends und 2 x ganztags)
Referenten:	Ärzte, Psychologen, Theologen, KBI etc.
Einsätze:	Wohnungsbrand Hausbrand mit Todesfolge Überbringung von Todesnachrichten Suizidandrohung erfolgter Suizid

erfolglose Reanimation
Kindstod
Unfall mit Todesfolge
Stressbewältigung nach Banküberfall
Betreuung nach Mordfall
Teilnahme an Übungen (angenommener Atomunfall, etc.)

Kontaktadresse: Pfarrer Bernd-Volker Sponholz
Weilburger Straße 11, 35796 Weinbach
Telefon/Fax: 0 64 71 / 44 71 (1. Vorsitzender)
Hedi Sehr, Kellerweg 2a, 65614 Beselich-Obertiefenbach
Telefon: 0 64 84 / 9 10 31, Fax: 0 64 84 / 9 10 32 (Schriftführerin)

Beispiele der Zusammenarbeit mit den Feuerwehren

Beispiel 1

Es ist 2.10 Uhr in der Nacht von Samstag auf Sonntag. Der Melder bei den Mitarbeitern der Notfallseelsorge ertönt. Die beiden diensthabenden Mitarbeiter, selber Mitglied einer Freiwilligen Feuerwehr, erfahren von der Leitstelle, dass ein Haus brennt und möglicherweise Menschen in den Flammen zu Tode gekommen sind. Die beiden Mitarbeiter machen sich auf den Weg und benachrichtigen von unterwegs den am Brandort wohnenden Krankenhauspfarrer, der sich ebenfalls sofort auf den Weg macht. Am Brandort erfahren die Mitarbeiter, dass von der betroffenen Familie zwei Mädchen mit Brandverletzungen und Knochenbrüchen ins Krankenhaus gekommen sind, der Bruder und die Oma noch nicht geborgen werden konnten, die Eltern jedoch nicht verletzt sind.

Die Mitarbeiter übernehmen dann die Aufgabe, sich um die Eltern zu bemühen und überbringen ihnen die Todesnachricht, als beide Personen gefunden und geborgen waren. Sie gehen und nehmen am Sarg Abschied mit den Eltern.

Im Krankenhaus, das die Eltern aufsuchen, um bei ihren Töchtern zu sein, erwartet sie der Krankenhauspfarrer, der sich um sie kümmert.

Die Mitarbeiter der Notfallseelsorge bemühen sich zwischenzeitlich um die Feuerwehrleute am Einsatzort. Sie haben für sie eine wärmende Decke bereit und bieten ihnen Tee, Kaffee und Getränke an. Auch weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Notfallseelsorge sind inzwischen am Einsatzort und empfangen die zurückkommenden Wehrmänner und haben erste Gespräche über die belastende Erfahrung, einen Toten bergen zu müssen. Für viele junge Kameraden ist es der erste Tote, den sie sehen.

Die Gespräche werden dann auf einem Dienstabend fortgesetzt, der nach einer Woche im Beisein des Psychotherapeuten der Notfallseelsorge, der auch die regelmäßigen Gesprächsabende leitet.

Etwa 4 Wochen später lud die Notfallseelsorge noch einmal alle beteiligten Feuerwehren, die Rettungsdienste und die Notärzte zu einem Treffen ein, um eine Auswertung deren gemeinsamen Arbeit zu machen. Dabei kommt es zu der Aussage eines Wehrführers: „Sonst haben wir nach solchen Einsätzen immer eine Menge Alkohol gebraucht. Diesmal wart ihr dabei, da hatten wir das nicht notwendig.“

Beispiel 2

Gleicher Ort und Feuerwehr wie unter 1., ca. 4 Monate später: Ein 27-jähriger Mann stürzt bei einem Fußballspiel in einen 10 m tiefen Schacht. Die Feuerwehr muss ihn bergen.

Notarzt und Rettungssanitäter werden zunächst abgeseilt, um den Verletzten zu versorgen.

Plötzlich steht ein junges Mädchen am Einsatzort, das bitterlich weint. Die Feuerwehrleute erfahren, dass es die Freundin des Verletzten ist. Die Mitarbeiter der Notfallseelsorge werden alarmiert und kümmern sich um die junge Frau. Nachdem der Verletzte geborgen und ins Krankenhaus gebracht wird, bringen die Seelsorger auch die junge Frau zu einer Freundin, die sich weiter um sie bemüht.

Die Notfallseelsorger gehen anschließend ins Feuerwehrhaus, wo die Wehrmänner das Gerät gesäubert und einsatzbereit gemacht haben. Noch einige Zeit sitzt man bei Kaffee zusammen und spricht über den Einsatz.

Beispiel 3

Verkehrsunfall mit Todesfolge. Die Feuerwehr wird alarmiert um zu bergen. Fünf Personen in einem schweren PKW sind gegen einen Baum geschleudert. Einer der Insassen ist so schwer verletzt, dass er noch an der Unfallstelle verstirbt. Plötzlich stehen die Eltern des Getöteten an der Unfallstelle. Die Mutter ist aggressiv und lässt sich nicht bewegen, von ihrem Sohn wegzugehen. Sie behindert die weitere Arbeit der Feuerwehr und Polizei. Die Notfallseelsorge wird gerufen, um sich um die Angehörigen zu bemühen.

Zwei der vier anwesenden Notfallseelsorger kümmern sich um die Angehörigen und begleiten sie nach Hause, nachdem die Pietät den Verstorbenen zum Friedhof überführt hatte. Die anderen beiden begleiten die Wehrmänner ins Feuerwehrhaus und stehen ihnen zum Gespräch zu Verfügung.



PETER WEIDMANN

Der Kriseninterventionsdienst (KID) Hochtaunus und Wiesbaden

„Critical Incident Stress Debriefing (CISD)“

Strukturierte Einsatznachbetreuung für Einsatzkräfte nach außergewöhnlich belastenden Ereignissen.

Warum Einsatznachbetreuung?

Die beruflichen Anforderungen der Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Polizei und der Feuerwehr sind oftmals mit einem Höchstmaß an physischen und psychischen Belastungen verbunden. Ihr beruflicher Auftrag erfordert es immer wieder, dass die Einsatzkräfte mit menschlichem Leid, Gewalt und „auch eigengefährdenden Situationen“ konfrontiert werden. Unter großem Einsatz setzen sie sich bewusst diesen Belastungen aus, um Menschenleben zu retten und zu schützen. Von ihnen wird erwartet, dass sie auch unter extremsten Bedingungen immer in der Lage sind, angemessen zu reagieren.

Doch es ist nicht immer leicht, mit diesem Übermaß an Stress zurechtzukommen. Insbesondere außergewöhnliche Situationen, die wir „kritische Einsatzereignisse“ nennen, sind oftmals nicht einfach zu verarbeiten.

Beispiele hierfür sind:

- Gewalt gegen Einsatzkräfte,
- Unfälle im Dienst, bei denen Einsatzkräften schwer verletzt werden oder zu Tode kommen,
- Kindernotfälle (Plötzlicher Kindstod),
- Großschadensereignisse mit vielen Verletzten und Toten,
- zerstückelte Körperteile, verbrannte Menschen.

Kritische Einsatzereignisse können zu einer starken Beeinträchtigung des persönlichen Wohlbefindens und unter Umständen auch zu einer Beeinträchtigung der physischen, vor allem aber der psychischen Gesundheit der Einsatzkräfte führen.

Um die Einsatzkräfte bei der Bewältigung solcher Grenzsituationen zu unterstützen und langfristigen Störungen vorzubeugen, besteht die Möglichkeit, im Zeitraum von 24–72 Stunden nach einem außergewöhnlichen Ereignis eine strukturierte Einsatznachbetreuung durch besonders geschulte Betreuungskräfte anzubieten.

Eine bewährte Form der strukturierten Einsatznachbesprechung ist das Verfahren des „Critical Incident Stress Debriefings“ (CISD). Dieses Verfahren ist aus der Praxis entstanden und wurde in den USA mit dem Ziel entwickelt, Einsatzkräften nach belastenden Ereignissen in einer geschützten Umgebung eine Möglichkeit zu geben, über das Erlebte zu sprechen. Dabei werden sie über die Entstehung von Stress und dessen Auswirkungen informiert, um sie bei der Bewältigung zu unterstützen und die negativen Auswirkungen des Ereignisses zu lindern.

Was ist eine „strukturierte Einsatznachbetreuung“ nach der Methode des „Critical Incident Stress Debriefings“

Critical Incident Stress Debriefing (Debriefing-Einsatznachbesprechung) ist ein Verfahren, das Einsatzkräften hilft, das Erlebte und die damit verbundenen Folgen zu verarbeiten. Ein „Debriefing“ ist eine Gesprächsrunde auf freiwilliger Basis mit Einsatzkräften, die ein kritisches Ereignis erlebt haben. Die Teilnehmer werden ermutigt, über persönliche Erfahrungen zu sprechen. Das „Debriefing“ wird durch ein Team geleitet. Dieses Team strukturiert das Gespräch und gibt Informationen zum Umgang mit den entstandenen Belastungsreaktionen (z.B. Alpträumen). Das „Debriefing“ soll die Stressreaktionen der Helfer mildern. Die Einsatzkräfte erhalten so ein tieferes Verständnis dafür, was ihnen widerfahren ist und eine Perspektive, wie sie mit diesen Erfahrungen umgehen und was sie selbst tun können. Sie sind besser in der Lage, bewusst mit vergleichbaren Stressreaktionen umzugehen und diese aus eigenen Kräften zu bewältigen.

Was CISD nicht ist!

Einsatznachbesprechung (Debriefing) ist **keine** medizinische Therapie, keine Psychotherapie und beabsichtigt **keine** individuelle Beratung.

Was CISD ist	Was CISD nicht ist
Gespräch mit Kollegen	keine Einsatzkritik
Unterstützung nach belastenden Einsatzereignissen	keine Einzelberatung
Strukturierte Besprechung	keine psychologische Behandlung
Unterweisung im Umgang mit Stress	keine Psychotherapie

Durchführungsbedingungen für eine strukturierte Einsatznachbesprechung (Debriefing):

- Während des „Debriefings“ sollen keine Vorgesetzten anwesend sein.
- Jede Art der Dokumentation ist verboten. Das Debriefing-Team und die Teilnehmer verpflichten sich, über den Gesprächsinhalt absolutes Stillschweigen zu bewahren.

- Gespräche über organisatorische und taktische Probleme sowie über die Qualität der Einsatzführung sind nicht Gegenstand des „Debriefings“.
- Das „Debriefing“ findet in einem geschützten Raum statt, der nicht durch Telefon, Meldeempfänger oder Dritte gestört werden darf .
- Das „Debriefing“ sollte zwischen 48 und 72 Stunden nach dem Ereignis erfolgen.
- Frühzeitige Alarmierung eines CISD-Teams.

Das Debriefing-Team

Eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des „Debriefing“ ist ein harmonisch zusammenarbeitendes und gut ausgebildetes Team. Je nach Größe der Debriefing-Gruppe (von 4 bis circa 30 Personen) setzt sich das Team aus mehreren Mitgliedern zusammen.

Das Team ist interdisziplinär und setzt sich aus einem qualifizierten Leiter und KO-Leiter (Psychologe, Mediziner, Seelsorger) und speziell geschulten Kollegen (Rettungsassistenten, Feuerwehrmänner, Polizisten) aus den jeweiligen Dienstbereichen der Debriefing-Gruppe zusammen.

Wie kann das CISD-Team alarmiert werden?

Betroffene Einsatzkräfte/Dienststellen aus dem Großraum Rhein-Main können das CISD-Team bei Bedarf anfordern.

Anforderungen über die Rettungsleitstelle des Hochtaunuskreises:
Telefon: 0 61 72 / 8 36 36 oder 0 61 72 / 1 92 22

Weitere Infos

Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Hochtaunus e.V.; K.F.Promenade 5 und 6
61348 Bad Homburg, Telefon 0 61 72 / 12 95 – 34 oder Fax 0 61 72 / 12 95 – 33

Die Rettungsleitstelle leitet die Informationen an die diensthabende Teammitglieder weiter. Diese mobilisieren das Team und nimmt Kontakt mit der anfordernden Dienststelle auf, um die für eine Durchführung eines „Debriefings“ wichtigen Bedingungen und Vorbereitungen abzusprechen und eine Entscheidung über Art und Umfang eines Einsatzes herbeizuschaffen. Im Falle einer Alarmierung werden vom Anforderer folgende Informationen benötigt:

- Anfordernde Stelle (Adresse, Anfahrtsweg).
- Ansprechpartner (Name, Erreichbarkeit: Telefon, Telefax, Uhrzeit).
- Anlass (Zeitpunkt, Anzahl der Betroffenen bzw. Teilnehmer, kurze Schilderung des Ereignisses mit Besonderheiten).

Um einen effektiven Ablauf des „Debriefings“ zu gewährleisten, sollte der Anforderer folgende organisatorische Voraussetzungen erfüllen:

- Geeignete Räumlichkeiten (keine Störungen durch Telefon, Funkmelder, Dritte, etc.; ausreichende Größe und Bestuhlung).
- Terminkoordination (Einladung und Freistellung der Teilnehmer).
- Das „Debriefing“ soll 24 – 72 Stunden nach dem Ereignis stattfinden.
- Reisekostenübernahme (Fahrtkosten, gegebenenfalls Übernachtung und Verpflegung).
- Erfrischungen für die Teilnehmer (Obst, Wasser, Säfte, etc.; keine alkoholische oder koffeinhaltige Getränke).

Anhang:

Informationen für Einsatzkräfte nach besonders belastenden Einsätzen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
als Einsatzkräfte der Rettungsorganisationen gehen Sie tagtäglich mit Leid und Not vieler Menschen um. Um anderen zu helfen, begeben Sie sich regelmäßig selber in Gefahr. Sie erleben viel mehr kritische Situationen, als die meisten anderen Menschen. Für diesen Dienst und für Ihren Einsatz möchten wir Ihnen danken.

1. Was ist Stress?

Durch Ihre Lebens- und Einsatzerfahrung haben Sie Möglichkeiten entwickelt, wie Sie mit dem Stress und den Erlebnissen Ihrer Tätigkeit umgehen können. Sicherlich haben Sie schon bemerkt, dass Stress sehr unterschiedlich empfunden und bewertet wird und dass jeder für sich selber herausfinden muss, was für ihn belastend ist, und was nicht. Stress entsteht auf verschiedenen Wegen.

1.1 Angesammelter Stress

Hierunter versteht man die vielen kleinen Ärgernisse, die sich im beruflichen und privaten Bereich ansammeln und die sich zu einer großen Belastung anhäufen können.

1.2 Einsatzstress

Bei fast jedem Einsatz entsteht Stress. Das ist durchaus sinnvoll, denn unter mäßigem Stress kann man schneller und besser handeln und den Einsatz besonders gut bewältigen. Bei einem Übermaß an Einsatzstress verringert sich hingegen die persönliche Leistungsfähigkeit und man kann nicht mehr so gut arbeiten wie vorher.

1.3 Emotionaler Stress

Diese Stressform entsteht, wenn man persönlich von einem Einsatz speziell betroffen ist, weil sich z. B. Freunde oder Bekannte unter den Opfern befinden oder weil bestimmte Aspekte des Einsatzes uns gefühlsmäßig besonders treffen.

Diese unterschiedliche Stressformen stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern sie addieren sich. Wenn also jemand einen großen Berg von angesammeltem Stress mit sich herumträgt, dann wird er nur noch wenig emotionalen oder Einsatzstress vertragen. Umgekehrt wird jemand, der seinen alltäglichen (angesammelten) Stress gering halten kann, besonders gut in der Lage sein, emotionalen oder Einsatzstress auszuhalten.

2. Besonders belastende Einsätze

Es gibt Einsätze und Situationen, die uns erfahrungsgemäß besonders stark belasten. Dies sind z. B.:

- Eigenunfall
- Einsatz mit Schusswaffengebrauch
- Gewalt gegen Einsatzkräfte
- persönliche Bekanntschaft mit Opfer
- besonderes Medieninteresse
- Tod von Kollegen
- Selbsttötung eines Kollegen
- viele Verletzte oder Tote
- Beteiligung von Kindern
- langandauernde und schwierige Einsätze

Insbesondere nach solchen Erfahrungen können sogenannte Stressreaktionen auftreten. Solche Stressreaktionen sind z. B.:

- Übelkeit
- Herzrasen
- Erschöpfungszustände
- Schlafstörungen
- Alpträume
- geringe Konzentrationsfähigkeit
- gedankliche Rückblenden
- starke Stimmungsschwankungen
- Unfähigkeit, Freude oder Anteilnahme zu empfinden
- Schuldgefühle
- Rückzug aus sozialen Beziehungen
- veränderte Ess-, Trink- und Rauchverhalten
- übertriebene Lustigkeit
- extreme Schweigsamkeit
- Unausgeglichenheit

Normalerweise verschwinden die Stressreaktionen umgehend oder nach einigen Tagen, wenn wir Gelegenheit haben, den Stress abzubauen. Falls die Stressreaktion länger als eine Woche anhalten, sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.

3. Stressmanagement

Ziele des Stressmanagement sind: Die Belastungen der Einsatzkräfte vermindern, psychische Belastbarkeit erhöhen und Hilfe für die Verarbeitung anbieten. Diese Ziele müssen in Vorbereitung, Einsatz und Einsatznachbereitung angestrebt werden.

3.1 Persönliche Vorbereitung

Denke über dein Leben nach und nutze deine Zeit richtig, finde deine eigenen Prioritäten, versuche deine Kraft sinnvoll einzuteilen. Vermindere Konkurrenzdenken und Aggressivität. Gönn' dir und Anderen regelmäßig Pausen. Lerne eine Entspannungstechnik. Reduziere den Einsatzstress durch gedankliche Vorbereitung. Versuche, strukturellen Stress (Nachtschichten, schlechtes Arbeitsklima, schlechte Ausrüstung) abzubauen oder zu beherrschen, beobachte deinen beruflichen und privaten Lebensstil, treibe regelmäßig Sport, iss vernünftig. Vermeide Drogen, Alkohol, Nikotin und überflüssige Medikamente.

3.2 Soziales Umfeld

Die Unterstützung durch deine Organisation und deine Familie ist ein wichtiger Faktor für deine psychische Belastbarkeit. Bemühe dich deshalb, zusammen mit deinen Kolleginnen und Kollegen, ein gutes Betriebsklima zu schaffen. Sprich mit deinem Lebenspartner, wieweit deine Tätigkeit in das Familienleben eingreifen darf. Zeige deinen Angehörigen möglichst viel von deiner Arbeit, damit sie dich besser verstehen können.

3.3 Technik, Taktik, Schulung

Bemühe dich um gute Aus- und Fortbildung. Beteilige dich an der Fortentwicklung von Technik und Taktik. Bedenke immer, dass es in diesem Bereich um den Schutz deines eigenen Lebens geht und auch um fachliche Kompetenz, die Stress vermeiden hilft. Wenn du weißt, dass du fachlich gut bist, arbeitest du souveräner und stressfreier.

3.4 Einsatz

Es gibt Methoden, Stress schon im Einsatz entgegenzuwirken. Eine besteht darin, sich selber Anweisungen zu geben, z. B.: „Anhalten, durchatmen!“ Das Anhalten hilft, die Situation neu zu überdenken; das bewusste Durchatmen beruhigt Atmung und Puls. Ähnlich wirken positive Selbstgespräche, mit denen man sich selber Ruhe zusprechen kann, z. B.: „ich kann das, ich habe einen ähnlichen Einsatz schon einmal bewältigt, ich bin gut“. Auch bestimmte Atemtechniken können im Einsatz hilfreich sein, z. B. Einatmen, Luft 5 Sek. anhalten, Ausatmen. Eine Möglichkeit zum bewussten Entspannen besteht darin, alle Muskeln auf einmal anzuspannen und nach 2 Sek. wieder lösen.

Falls du in einem Einsatz Probleme festgestellt hast, sprich hinterher mit deinen Kolleginnen und Kollegen darüber und überlegt gemeinsam, wie sie beseitigt werden können.

3.5 Nachbereitung

Negative Reaktionen nach besonders belastenden Einsätzen können verhindert oder gemildert werden, wenn daran gearbeitet wird, die Belastung wieder abzubauen. Eine gute Möglichkeit ist das Gespräch mit dem eigenen Lebenspartner, denn dieser ist der Mensch, der einen am besten kennt.

Sehr hilfreich kann ein Gruppengespräch sein, z. B. in Form eines CISD-Gesprächs. In einigen Berufsgruppen hat man gute Erfahrungen mit regelmäßigen Gruppengesprächen gemacht. Sie bieten Gelegenheit, Gefühle und Gedanken zu äußern und einander mitzuteilen.

Auch Einzelgespräche mit professionellen Gesprächspartnern können hilfreich sein. Daneben gibt es individuelle Aufarbeitungsmöglichkeiten, z. B. Entspannungstechniken, Tagebuch schreiben und entspannende Hobbies. Seelsorgerliche Gespräche, Beichte und Gebet können gläubigen Menschen helfen. Grundsätzlich ist es immer hilfreich, wenn man sich nach belastenden Einsätzen selber etwas Gutes tut. Auch ein Tapetenwechsel, Stressvermeidung und Sport können gut tun.

3.6 Mögliche Partner

Im Bereich der Rettungsorganisationen kennen wir professionelle Hilfe bei der Bearbeitung seelischer Belastungen bisher kaum. Es wird immer vorausgesetzt, dass die Einsatzkräfte mit ihren Problemen selber klarkommen. Dieses funktioniert aber nicht immer. Deshalb sollte eine Zusammenarbeit mit Fachkräften angestrebt werden. Diese Zusammenarbeit ist für viele ein neuer und ungewohnter Gedanke. Seelsorger und Psychologen haben spezielle Ausbildungen, die auch den Einsatzkräften helfen können.

Wenn du Fragen oder Probleme hast, zögere nicht zu lange, um die Menschen anzusprechen, die sich dafür bereithalten, dir zu helfen. Diese können sein: Ärzte, Seelsorger, MitarbeiterInnen von psychologischen Beratungsstellen, soziale Ansprechpartner oder andere BeraterInnen, zu denen du Vertrauen hast. Das SBE-Team Rhein-Main bietet stressbearbeitende Nachgespräche an und hilft bei der Vermittlung von Fachreferenten.

VII

DR. THOMAS ZIPPERT

Notfallseelsorge im Kirchenkreis (= Altkreis) Hofgeismar

Zurzeit sind es 13 Notfallseelsorger und -seelsorgerinnen. Das entspricht ungefähr einem Drittel der Pfarrrschaft. Zwei haben gleichzeitig eine Woche lang Bereitschaftsdienst, einer in der Nordhälfte, einer in der Südhälfte. Beide sind auf einer FME-Schleife. Das ist fehlerfreundlich und ermöglicht bei größeren Einsätzen auch die gleichzeitige Alarmierung zweier Notfallseelsorger. Paarweises Arbeiten hat sich für alle also entlastend und weniger stressig erwiesen. Bisher sind keine Handys in Gebrauch. Alarm löst der jeweilige Einsatzleiter aus, wenn er es für erforderlich hält. Es gibt 4 Ansprechpartner zur Kontaktpflege: je 1 für FFW, DRK, ASB und Notärzte. Das Team wird von einer Sprecherin geleitet, die aber nicht mitarbeitet. Jeden 2. Monat findet eine Supervision zur Besprechung und Aufarbeitung von Einsätzen statt.

Das Notfallseelsorge-Team fungiert als Ausschuss der Pfarrkonferenz des evangelischen Kirchenkreises, aber mit Beteiligung eines Predigers einer freien evangelischen Gemeinde. Katholische Kollegen werden im Ernstfall bzw. bei Bedarf über Telefon zu erreichen versucht. Die ökumenische Ausrichtung der Arbeit (in welcher Form auch immer) ist unbedingt weiter auszubauen, auch über die Grenzen der christlichen Religion hinaus. Gerade im Umgang mit Muslimen ist es wichtig, deren Sitten und Gebräuche zu kennen, um keine zusätzlichen Verletzungen zuzufügen.

Als Ausstattung und Kennzeichnung im Einsatz wurden dunkelblaue Jacken mit silbernen Leuchtstreifen und Rückenschild gewählt (ähnlichen denen der Rettungsassistenten) sowie Schilder für die Windschutzscheibe. Die Ausstattung wurde über Spenden finanziert, die laufenden Kosten (Supervision) übernimmt der Kirchenkreis.

Einen Koffer mit den Dingen, die beim Einsatz nötig sein könnten, hat sich jeder selbst zusammengestellt (Pläne, Taschenlampe, Kerze, Taschentücher, Schreibzeug, Bibel, Gesangbuch, Spiel für Kinder, Adressenliste, Pfarrerausweis, Telefongeld/-karte, Handreichung [nach bayrischem Vorbild], Aidshandschuhe, Wolldecke u. a.).

Vor dem Start im Juli 1998 wurde folgendes Fortbildungsprogramm absolviert¹:

¹ In Anlehnung an die „Kasseler Thesen der Bundeskonferenz evangelischer Notfallseelsorger und -seelsorgerinnen“, die enthalten sind in: „Notfallseelsorge. Eine Handreichung: Grundlegendes – Modelle – Fortbildung“ (kostenlos erhältlich bei der Bruderhilfe Akademie für Verkehrssicherheit 34108 Kassel, Telefon 05 61/78 81 – 3 97, Fax 05 61/78 81 – 7 14).

- Gefahren an der Einsatzstelle,
- Suizid,
- Todesnachricht,
- Klärung der Motivation,
- klientenzentrierte Seelsorge,
- Tod im häuslichen Bereich (zusammen mit Notarzt),
- Erste-Hilfe-Kurs für Pfarrer und Pfarrerinnen,
- Besichtigung der Leitstelle Kassel, des Babynotarztwagens und der Polizeiwache.

Die begleitende Supervision enthält auch Fortbildungselemente und stellt sicher, dass später dazukommende Seelsorger mit in die Arbeit integriert werden.

Nach ca. 11 Einsätzen im ersten halben Jahr geht es zur Zeit noch darum, Kontakt bis zur Ebene der einzelnen Wachen und Wehren herzustellen. Es gibt das Angebot, über Stresssymptome und Umgang mit Stress zu informieren.

Noch nicht geregelt sind die Einsatzstrukturen bei Großschadenslagen. SBE- bzw. Notfallstressmanagement-Teams sind für den Raum Nordhessen und Thüringen im Aufbau begriffen.

Die ersten Erfahrungen von Notfallseelsorge im Einsatz zeigten, dass nicht nur die Betreuung Betroffener (auch Einsatzkräfte), sondern schon allein die Anwesenheit eines Notfallseelers/einer Notfallseelerserin für die Einsatzleitung eine Entlastung darstellt. Die Kooperation wurde von allen Seiten bisher begrüßt. Ausführliche Nachbesprechungen nach CISM/SBE fanden nicht statt, gelegentlich aber Nachbesprechungen.

Von einer besonderen Erfahrung lohnt sich zu berichten. Nach einem tödlichen Unfall beim Holzrücken fand direkt danach eine größere Einsatznachbesprechung statt, die – ähnlich wie bei *Mitchell/Everly*² – mit Informationen über möglicherweise zu erwartende Stresssymptome und dem Umgang damit schloss. Nach einer Woche fand während des regulären Übungsdienstes ein Erfahrungsaustausch darüber statt. Es zeigte sich, wie unterschiedlich solche besonders belastenden Ereignisse auf die einzelnen Feuerwehrleute wirken und wie verschieden sie verarbeitet werden. Bei dem einen half dieses, beim anderen jenes, ein dritter hatte noch etwas anderes für sich entdeckt, ein vierter sagte, nichts habe so richtig funktioniert.

Dieser Erfahrungsaustausch war nicht nur eine Erfolgskontrolle für den Notfallseelsorger, er förderte auch das Klima und den Umgang miteinander in dieser Feuerwehr.

² Hier die Literaturangabe: Jeffrey T. Mitchell / George S. Everly, Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, *Stumpf und Kossendey* 1998 (ISBN 3-923124-72-4). Es ist die Übersetzung des klassischen amerikanischen Lehrbuchs in 2. Auflage.

Man lernte voneinander in Bereichen (und Tiefen!), wo es vorher niemand vermutet hätte. Möglicherweise ist dies eine Form, bei Freiwilligen Feuerwehren in kleineren Gemeinden zu einer wirkungsvollen Form der Stressbearbeitung beizutragen.

Arbeitsgemeinschaft der evangelischen und katholischen Dekanate in der Wetterau.

1. Konzeption

1.1 Grundlegendes

- Theologie

Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Ängste der Jünger Christi (*Jl. Vaticanum, Pastoralikonstitution „Gaudium et spes“*).

- Organisation

- Notfallseelsorge – eine kirchliche Einrichtung
- Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, Wetteraukreis (Amt für Brandschutz) unterstützen diese Einrichtung

1.2 Personal

- Personalbedarf

- Vordergrund: Einsatz zu zweit ist die Regel
- Hintergrunddienst
- 24 Notfallseelsorger. Die Einsatzzeit beträgt eine Woche pro Quartal, also vier Wochen im Jahr.

- Personelle Voraussetzungen

- Einbindung in die kirchlichen Institutionen
- Die individuelle Eignung wird von der Sprecher/innen-Gruppe festgestellt

- Formale Voraussetzungen

- Hauptamtliche/r Seelsorger/in – Wahrung der Verschwiegenheit
- Fachhochschul- oder Hochschulabschluss in Theologie oder ein vergleichbarer Abschluss
- fünf Jahre Berufserfahrung
- seelsorgliche Kompetenz, seelsorgliche und/oder psychologische Weiterbildungen (KSA, TZI, Systemische Organisationsberatung u. a. m.)
- nimmt selbst Supervision in Anspruch

- Auswahlkriterien

- Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Einfühlungsvermögen
- Akzeptanz von und Respekt vor Fremden, kein Fundamentalismus

- Zuverlässigkeit
- Belastungsfähigkeit
- Menschliche Reife („Bescheidenheit“), keine Profilierungssucht und Selbstüberschätzung
- Ausbildung zu Beginn der Tätigkeit
Vor Aufnahme der Tätigkeit als Notfallseelsorger/in oder in unmittelbarer Nähe des Tätigkeitsbeginns wird eine differenzierte Grundausbildung absolviert:
 - Erste Hilfe (Grundausbildung)
 - Verhalten am Unfallort (rechtliche Aspekte)
 - Psychologische Aspekte von Extremsituationen
 - Gemeinsame Arbeit an existentiellen Fragen
 - Ablauforganisation Polizei
 - Ablauforganisation Feuerwehr und Rettungsdienst
 - Praktika Polizei
 - Praktika Feuerwehr und Rettungsdienst
- Fortbildungen

2. Erfahrungen

2.1 FFW Altenstadt

- 24. Mai 1998:
Schwerer Verkehrsunfall auf der A45, 8 Unfallbeteiligte, ca. 20 Feuerwehrleute

2.2 Banküberfall

- 12. November 1998: Banküberfall Volksbank Nidda: ca. 18–20 Angestellte, Kunden und Vorstände der Volksbank Nidda

2.3 Institutionalisierte Kontakte

- Gespräche mit den diensthabenden Kameraden der Leitstelle
- Heimatfeuerwehr
- Besuche bei den freiwilligen Feuerwehren und dem Feuerwehrverband

3. Elemente zum „Abbau posttraumatischer Stressreaktionen bei Feuerwehrleuten“

3.1 Vorhandene Handlungsmuster in normalen Einsatzsituationen

- Erfahrene und angesehene Kollegen der Feuerwehr
- Nach den Einsätzen miteinander essen und trinken

3.2 Von anderen Organisationen lernen

- „Über den Zaun schauen“ ins Bistum Mainz
- Nähe und Distanz, Lernen am Supervisions- und Weiterbildungsangebot für Krankenhauseseelsorger/innen, Seelsorger/innen an den JVA

3.3. Ein personales „freundschaftliches“ Angebot

3.3.1 3–5 ausgebildete Personen auf Kreisebene aus dem Kreis der Notfallseelsorge

- Heimatfeuerwehr (aktives Mitglied)
 - Feuerwehrgrundlehrgang
 - Erste-Hilfe-Kurs
 - Normaler Dienst, ohne Leitungsfunktion
- CISD – Lehrgang nach Jeffrey T. Mitchell
 - Grundlehrgang
 - Aufbaukurs

3.3.2 Vorhandene Ressourcen der Notfallseelsorge

- Seelsorgliche Grundausbildung
 - Gesprächsführung
 - Grundzüge der Moderation
 - Bewältigungsstrategien nach belastenden Situationen
- Psychologische Weiterbildungen
 - Klinische Seelsorgsausbildung (KSA)
 - Themenzentrierte Interaktion (TZI)
 - Familientherapie / Systemische Organisationsberatung (Beratung komplexer Einheiten)
 - Gestalttherapie
 - Unterschiedliche Moderationstechniken
 - Zeitlich beschränkte Supervisionen für Seelsorger/innen in normalen gemeinde-nahen Einsatzfeldern
 - Konstante Supervisionen für Seelsorger/innen in speziellen Einsatzfeldern (z. B.: Klinikseelsorge, Seelsorge an Justizvollzugsanstalten, Trauerbegleitung)

3.3.3 Notwendiges Sponsoring

- Allgemeine Arbeit der Notfallseelsorge
Das kooperativ arbeitende Team der Notfallseelsorge bildet den Hintergrund und den Rückhalt für die spezielle Arbeit zum „Abbau posttraumatischer Stressreaktionen bei Feuerwehrleuten“.

- schwierige Finanzlage aller uns bekannten Organisationen (Telefonkosten, FME, Jacken u. a. m.)
 - unterschiedliche Kulturen – unterschiedliches Sicherheitsbewusstsein zwischen Feuerwehr und Kirche
 - Spezielle Arbeit der Notfallseelsorge zum „Abbau posttraumatischer Stressreaktionen bei Feuerwehrleuten“
 - Grund- und Aufbaukurse von CISD-Kursen nach J. T. Mitchell
 - Finanzierung oder Bereitstellung von Referenten/innen
 - Bereitstellung des Personals durch die Kirchen
 - Aufbau von Handbibliotheken für jede Organisation durch Sponsoren
 - Vernetzung eilt bei
 - Großschadenslagen (Notwendigkeit der Koordination mehrerer Teams)
 - Unerreichbarkeit der vor Ort gemeldeten Kameraden/innen
 - nicht vorhandene innere Distanz der vor Ort tätigen Kameraden/innen
- und es wird eine Alarmierung über die Kreisgrenzen hinweg notwendig!

Deshalb wünschen wir eine einheitliche Telefonnummer für das Land Hessen und das Bundesgebiet!



HEDI SEHR

Verzeichnis der Einsatznachbereitung in Hessen¹

KREIS BERGSTRASSE

Nähere Angaben waren vor Drucklegung noch nicht bekannt.

STADT DARMSTADT

Berufsfeuerwehr Krisenintervention

Professionelles Beraterteam bei der Berufsfeuerwehr Darmstadt

Notfallseelsorge im Aufbau

Pfarrer Dr. Peter Held

Erfurter Straße 19a, 64372 Ober-Ramstadt

Fax: 06154 / 53703

Brandoberrat Dipl. Ing. Hans-Jürgen Stein

Bismarckstraße 86, 64293 Darmstadt

Telefon (dienstlich): 06151 / 98000, Fax: 06151 / 132403

KREIS DARMSTADT-DIEBURG

AG Kirche

Pfarrer Winfried Steinhaus

Bachstraße 2, 64832 Babenhausen

Telefon (privat): 06073 / 2010, Fax: 06073 / 62288

STADT FRANKFURT

Notfallseelsorge und Krisenintervention

SIGMUND-FREUD-INSTITUT

Forschungsinstitut für Psychoanalyse

Funktionsbereich Trauma und Krisenbewältigung

Myliusstraße 20, 60323 Frankfurt/Main

Telefon: 069 / 9712040, Fax: 069 / 9712044

e-mail: SFI-S.Hau@t-online.de

¹ *Zusammengestellt von Hedi Sehr (Notfallseelsorge Limburg/Weilburg)
Kellerweg 2a, 65614 Beselich-Obertiefenbach
Stand Juni 1999*

Bis 31. Dezember 1999:

Notfallseelsorge – Diakonisches Werk für Frankfurt

Koordination: *Dagmar Keim-Hermann*

Wolfsgangstraße 109, 60325 Frankfurt/Main

Telefon: 069/15 05 90 55, Fax: 069/15 05 90 55

Ab 1. Januar 2000:

Notfallseelsorge/Telefonseelsorge

Ute Krutzki, Pfarrer Dieter Roos

Saalgasse 15, 60311 Frankfurt/Main

Telefon: 069/28 28 90, Fax: 069/28 73 61

KREIS FULDA

Ökumenische Notfallseelsorge

Malteser Hilfsdienst e.V.

Matthias Krause, Markus Lapp

St. Laurentius Straße 4, 36041 Fulda

Telefon: 06 61/90 20 40, Fax: 06 61/90 20 440

KREIS GIESSEN

Notfallseelsorge Gießen

Pfarrer Armin Gissel

Lonystraße 13, 35390 Gießen

Telefon (privat): 06 41/7 17 77, Fax: 06 41/79 26 53

Pfarrer Thomas Born

Händelstraße 11, 35392 Gießen

Telefon (privat): 06 41/2 14 26

KREIS GROSS-GERAU

Seelsorge in Notfällen e.V.

Pfarrer Markus Gärtner

Kirchgasse 7, 65468 Trebur (Geschäftsstelle)

Telefon (privat): 06147/2155

Stefan Scheidmantel

Grabenstraße 14^{1/10}, 65428 Rüsselsheim

Telefon (privat): 06142/64970

KREIS HERSFELD-ROTENBURG

Dekan Ulrich Brill

Kirchplatz 2, 36251 Bad Hersfeld

Telefon (privat): 066 21/23 41, Fax: 066 21/782 12

KREIS HOCHTAUNUS

DRK-Kreisverband Hochtaunus

Kriseninterventionsteam und Stressbearbeitungsteam (SBE)

Leitstelle Hochtaunus

Peter Weidmann

Promenade 5, 61348 Bad Homburg

Telefon: 06172/83636

Telefon (dienstlich): 06172/1295-0, Fax: 06172/1295-33

Heike Knorr

Promenade 5, 61348 Bad Homburg

Telefon (dienstlich): 06172/1295-0, Fax: 06172/1295-33

KREIS KASSEL

Stadt Kassel und Altkreis Kassel (Land)

Kriseninterventionsdienst DRK

Kriseninterventionsteam DRK Kassel

Ansprechpartner und Projektleiter: *Peter Klein*

Baumgartenstraße 6, 34130 Kassel

Telefon: 05 61/66987, Fax: 05 61/66987

Telefon (dienstlich): 05 61/7894-247

Evangelische Kirche von Kurhessen

Beauftragter für Notfallseelsorge im Altkreis Kassel und der Stadt Kassel:

Pfarrer Kurt Grützner

Postfach 410260, 34114 Kassel

Telefon: 05 61/9378-358, Fax: 05 61/9378409

Fortbildungen im Predigerseminar Hofgeismar:

Pfarrer Dr. Thomas Zippert

Kabemühlenweg 18b, 34369 Hofgeismar

Telefon (privat): 05671/881-269/270, Fax: 05671/881250

KREIS KASSEL – HOFGEISMAR (Altkreis)

Evangelische Kirche

Sprecherin: *Bärbel Hager*
Am Diedichsborn 1, 34130 Kassel
Telefon (privat): 05 61 / 6 76 08, Fax: 05 61 / 6 76 08

KREIS KASSEL – WOLFHAGEN (Altkreis)

Pfarrerin Römer-Bornmann
Ehringen, Steenweg 10, 34471 Volkmarsen
Telefon: 05693 / 253

KREIS LAHN-DILL

Diakon Jürgen Ambrosius
Am Bornstück 10, 35638 Leun-Biskirchen
Telefon (privat): 06473 / 8964, Fax: 06473 / 8964

Pastor im Sonderdienst Christoph Kückes
Breslauer Straße 8, 35435 Wettenberg-Wißmar
Telefon: 06406 / 74400

Pfarrer Klaus Renfordt
Schlossstraße 13, 35619 Braunfels
Telefon: 06442 / 4239, Fax: 06442 / 6845

DRK Wetzlar

Predigthelfer Friedel Schmidt
Wiesenstraße 16, 35630 Ehringshausen
Telefon (privat): 06449 / 921888, Fax: 06449 / 921890
Telefon (dienstlich): 06441 / 976413

KREIS LIMBURG-WEILBURG

Notfallseelsorge Limburg-Weilburg e.V

Pfarrer Bernd-Volker Sponholz
Weilburger Straße 11, 35796 Weinbach
Telefon (privat): 06471 / 4471, Fax: 06471 / 4471
Telefon (dienstlich): 017 26 85 5736

Stephan Schienbein
Schmittbachweg 3, 35781 Weilburg/Lahn
Telefon (privat): 06471 / 2317
Telefon (dienstlich): 06421 / 794163

KREIS MAIN-KINZIG

Kriseninterventionsdienst (Kid) DRK Gelnhausen

über die Leitstelle Main-Kinzig
Arbeitskreis Krisenintervention und Stressbewältigung
Telefon: 06181/19222

DRK-Kreisverband Gelnhausen e.V.

Sprecher: *Gerhard Hilß*
Frankfurter Straße 34, 63571 Gelnhausen
Telefon: 06051/480050, Fax: 06051/480033
Teamleiter: *Fabian Kuhls*
Mobil-Tel.: 01773641666, E-Mail: kid@excite.de

DRK-Kreisverband Gelnhausen

Walter Hartwig
Telefon: 06051/480050, Fax: 06051/480033

KREIS MAIN-TAUNUS

Notfallseelsorge

Pfarrer Peter Diekmann
Platz an der Linde 5, 65843 Sulzbach
Telefon (privat): 06196/500712

KREIS MARBURG-BIEDENKOPF

Kriseninterventionsdienst

Kreisbrandinspektor Dieter Beetz
Notfallstressmanagement (SBE)
Ziegelhüttenweg 7, 35075 Gladenbach
Zentrale Leitstelle
Telefon (privat): 06462/912984, Fax: 06462/912985
Marburg-Biedenkopf
Telefon (dienstlich): 06421/405320, Fax: 06421/405500
Telefon: 06421/23024
Mobil-Tel.: 01722688734

KREIS ODENWALD

Feuerwehr

Kreisbrandmeister Walter Amond
Heubacherstraße 10, 64747 Breuberg
Telefon (privat): 06163/3405, Fax: 06165/18189

STADT OFFENBACH

Krisenintervention/Notfallseelsorge

DRK KV Offenbach

Spessarttring 24

Telefon: 0 69 / 85 00 50, Fax: 0 69 / 85 00 52 29

KREIS RHEINGAU-TAUNUS

Seelsorge in Notfällen e.V.

Stresseinsatzteam (SET):

erreichbar über:

Notfallseelsorge und Krisenintervention

Leitfunkstelle Wiesbaden

Geschäftsstelle

Telefon: 06 11 / 192 22

Bethelstraße 8, 65199 Wiesbaden

oder Telefon: 06 11 / 41 92 10, Fax: 06 11 / 41 92 10

Leitstelle Hochtaunus

Telefon: 0 61 72 / 192 22

Pfarrer Andreas Mann

Bethelstraße 8, 65199 Wiesbaden

Telefon: 06 11 / 42 31 08, Fax: 06 11 / 42 45 57

KREIS ROTENBURG-FULDA

Evangelische Kirche Kurhessen-Waldeck

Pfarrerin Dorothea Altmüller

Am Kratzberg 1, 36199 Rotenburg/F.

Telefon (privat): 0 66 23 / 86 15 61

KREIS SCHWALM-EDER

4 Kirchenkreise

Dekan Gottlieb Dellit

Paradeplatz 3, 34613 Schwalmstadt

Telefon (privat): 0 66 91 / 60 55, Fax: 0 66 91 / 5 02 16

Kreisbrandinspektor Wilhelm Lipphardt

Lustgarten 6, 34628 Willingshausen

Telefon (privat): 0 56 81 / 77 50, Fax: 0 56 81 / 77 52 22

Evangelische Kirche

Dekan Gottlieb Dellit

Paradeplatz 3, 34613 Schwalmstadt

Telefon (privat): 06691/6055, Fax: 06691/50216

Dekan Rudolf Schulze

Kirchstraße 8, 34212 Melsungen

Telefon (privat): 05661/2192, Fax: 05661/51743

KREIS VOGELSBURG

Nähere Angaben waren vor Drucklegung noch nicht bekannt.

KREIS WALDECK-FRANKENBERG

Kirchenkreis Frankenberg und VHS Waldeck-Frankenberg

KREIS WERRA-MEISSNER

Ökumenische Notfallseelsorge im Altkreis Eschwege

Pfarrer Ralph Beyer

Streibeleinstraße 4, 37287 Wehretal-Oetmannshausen

Telefon (privat): 05658/315, Fax: 05658/315

Dekan Gerd Pflieger

Goldbachstraße 12, 37269 Eschwege

Telefon (privat): 05651/31562, Fax: 05651/76415

KREIS WETTERAU

Ökumenische Arbeitsgemeinschaft

Pastoralreferent Joachim Michalik

Karlstraße 35, 61231 Bad Nauheim

Telefon (privat): 06032/931313, Fax: 06032/931312

Mobil-Tel. (dienstlich): 01726552712

Sprechergruppe:

*Joachim Michalik, Pfarrer Jörg Fröhlich, Pfarrer Hilmar Gronau,
Markus Kiefer, Gregor Rettinghaus*

STADT WIESBADEN

Seelsorge in Notfällen e.V.

Stresseinsatzteam (SET):

erreichbar über:

Notfallseelsorge und Krisenintervention

Leitfunkstelle Wiesbaden

Geschäftsstelle

Telefon: 06 11 / 192 22

Bethelstraße 8, 65199 Wiesbaden

oder Telefon: 06 11 / 41 92 10, Fax: 06 11 / 41 92 10

Leitstelle Hochtaunus

Telefon: 06 172 / 192 22

Pfarrer Andreas Mann

Bethelstraße 8, 65199 Wiesbaden

Telefon: 06 11 / 42 31 08, Fax: 06 11 / 42 45 57

Autoren

DR. PHIL. BENJAMIN BARDÉ, DIPL.-PSYCH., DIPL.-SOZ.

Jahrgang 1948, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker, Supervisor, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M. Forschungsschwerpunkte: Psychotraumatologie, Psychotherapieforschung, Personal- und Organisationsentwicklung.

DIETER BEETZ

Kreisbrandinspektor des Landkreises Marburg-Biedenkopf,
Vorsitzender des Kreisfeuerwehrverbandes.

HEDI SEHR

Schriftführerin, Notfallseelsorge Limburg-Weilburg.

BERND-VOLKER SPONHOLZ

Pfarrer, Notfallseelsorge Limburg-Weilburg.

DIPL.-ING. HANS-JÜRGEN STEIN

Brandoberrat, Berufsfeuerwehr Darmstadt.

PETER WEIDMANN

Rettungsassistent Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Hochtaunus und Wiesbaden.

DR. THOMAS ZIPPERT

Pfarrer, Predigerseminar Hofgeismar.



ISBN 3-934729-00-2

Unfallkasse Hessen

Opernplatz 14
60313 Frankfurt am Main

Regionalbüro Nordhessen
Obere Königsstraße 8
34117 Kassel