

Der Mensch in der Katastrophe: Ausgewählte Aspekte der Psychosozialen Unterstützung (PSU)

Pastor Frank Waterstraat

(veröffentlicht in: Bundesministerium des Innern (Hg.) Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 4. Aufl. Berlin 2006, S. 35-50)

0. Terminologische Vorbemerkung

Unter sehr enger Orientierung an den im Auftrag des Bundesministeriums des Innern erarbeiteten Vorschlägen zur sprachlichen Vereinheitlichung wird im Folgenden zwischen Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) und Psychosozialer Unterstützung (PSU) unterschieden:

PSU-Angebote sind die nach Beauftragung **in einem konkreten Einsatz** kurz-, mittel- und langfristig *durchgeführten* methodisch-strukturierten und jeweils in sich geschlossenen Maßnahmen mit definiertem Methodenspektrum. Sie umfassen zum einen ein breites Spektrum professioneller und nicht professioneller, ehrenamtlich oder entgeltlich angebotener methodisch-strukturierter, aber auch alltagsnaher Hilfen unterschiedlicher Hilfesysteme mit sekundärpräventiver Zielsetzung. Hierunter fallen die Angebote der Notfallseelsorge, Notfallpsychologie, Kriseninterventionsteams, Einsatznachsorgeteams, aber auch sozialarbeiterische und administrative Hilfen. Zum anderen werden aber auch – insbesondere in der langfristigen Versorgung – ärztlich- und psychologisch-psychotherapeutische sowie psychiatrische heilkundliche Maßnahmen dazu gezählt. Richten sie sich an Einsatzkräfte ist von Einsatznachsorge die Rede. Die Maßnahmen für Opfer, Angehörige und Hinterbliebene werden unter dem Begriff der Notfallnachsorge zusammenfassend betrachtet. **Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)** umfasst darüber hinaus die Breite der *Angebotssysteme, Versorgungsstrukturen, Organisationsformen und Regelungen* von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen des Bevölkerungsschutzes, aber auch in der ambulanten und stationären psychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und (sozial-)psychiatrischen Regelversorgung (vgl. Beerlage, Hering, Nörenberg, 2006)

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die in einem Katastropheneinsatz vorzuhaltende Psychosoziale Unterstützung (PSU).

1. Interdisziplinarität als Leitbild ganzheitlicher Einsatzbewältigung

Der Begriff „Katastrophe“ ist unterschiedlich gefüllt, je nachdem, ob er politisch oder auf der Basis eines individuellen Verständnisses definiert wird. Für Organisationen und Behörden mit Sicherheitsaufgaben beginnt sie z. B. bei einem Massenansturm von Verletzten, für den Einzelnen kann der Verlust bereits *eines* vertrauten Menschen oder seines Arbeitsplatzes eine persönliche Katastrophe sein. Die Terroranschläge des 11. September 2001 in den USA, die von Madrid und London und nicht zuletzt die gewaltige Naturkatastrophe des Tsunamis am Jahresende 2004 haben diese Begrenztheit menschlichen Lebens und seine mögliche Gefährdung drastisch vor Augen geführt.

Im hier zur Debatte stehenden Sinn meint Katastrophe also ein Geschehen, das auf verschiedenen Ebenen (z.B. intellektuell, emotional, körperlich, operativ, technisch) die gängigen Krisenbewältigungsmuster extrem fordert oder überfordert.

Zu einer umfassenden Anthropologie im Kontext der Katastrophe gehört auch eine Analyse der nicht-technischen, nicht rein physiologischen, also der z. B. psychologisch oder theologisch zu

betrachtenden Komponenten dieses Geschehens. Und es gehört dazu, genauso, wie dieses z.B. für logistische Fragen geplant wird, taktische und strategische Handlungslogiken für den Sektor der Psychosozialen Unterstützung zu entwickeln (siehe auch Beerlage im selben Band). Dabei müssen sowohl Betroffene, als auch Helfer im Blick sein.

Entscheidend für die Akzeptanz psychologischer und theologischer Beiträge in Vorsorgeplanungen wird sein, ob es diesen Wissenschaften gelingt, den Wert ihrer Einsichten in das Sein des Menschen für den Prozess der Bewältigung von Katastrophen nachvollziehbar zu vermitteln. Positive Erfahrungen, wie sie reflektiertes theologisch-kirchliches Handeln der Notfallseelsorge – z. B. in der Gestaltung bestimmter Rituale oder Gesprächsangebote – genauso wie notfallpsychologisch begleitendes Handeln ermöglichen, sind eminent wichtig für Betroffene und Helfende. Wäre es nicht Aufgabe derjenigen, die die Gesamtverantwortung der Planungsprozesse z. B. für ein Bundesland oder regional begrenzt auf der Ebene eines Landkreises tragen, die Sicht auf den Menschen in Not auch in diesen Perspektiven der „soft skills“ offen zu halten ?

Eine ganzheitlich denkende und arbeitende Einsatzbewältigung erscheint nur interdisziplinär sinnvoll. Bei der präventiven Analyse möglicher Szenarien, bei der Entwicklung effektiver Strukturen des On-Scene-Support und in der Nachsorge gibt es Synergien, wenn verschiedene Perspektiven wie z. B. die theologische, die psychologische und die pädagogische eingebracht werden können. Die wünschenswerte Interdisziplinarität als Antwort auf ein hochdynamisches und „komplexes Geschehen“ führt aber zu gelegentlichen Begriffsunschärfen: Der für dieses Geschehen sensible Seelsorger muss über psychologisches Wissen und angemessene Handlungsmuster verfügen, um an einer Großschadensstelle den Menschen helfen zu können, genauso, wie der auch dort tätige Psychologe ein Gespür für in diesem Ereignis virulente religiöse Bedürfnisse haben sollte. Hier nur Trennendes zu betonen, forciert ungute, der Zusammenarbeit und damit auch der Versorgungsqualität der Betroffenen abträgliche Konkurrenzen.

Die Problemfelder interdisziplinärer Zusammenarbeit sind gut dokumentiert; verstärkt geht es nun um deren Lösung. Bei allen Kontroversen und empirischen Lücken zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen von frühen psychosozialen Angeboten nach Notfallereignissen (BVA 2002; Bengel 2004) gibt es deutliche Hinweise auf deren Bewährung bei der Vorbeugung und Abfederung massiver psychischer Traumafolgestörungen wie z. B. PTSD (Post Traumatic Stress Disorder = Posttraumatische Belastungsstörung). Bei allen Kontroversen um Mindeststandards hinsichtlich der Voraussetzungen gibt es zunehmende Verständigung darüber, was qualifizierte Unterstützung und Nachsorge für Betroffene und Einsatzkräfte – und für diese auch hoch wirksame primäre Präventionsmaßnahmen - kennzeichnet. Dazu gehört auch die Frage, wie man das Einsatzenende definiert: Ist der Einsatz beendet, wenn die Technik sich „frei“ meldet, oder dann, wenn die in der Gesellschaft Verantwortlichen ihr Möglichstes für Helfer und Betroffene getan haben, um auch die seelischen (Spät-)Folgen zu lindern? In diesem Sinn wäre Psychosoziale Unterstützung Teil der staatlichen Daseinsvorsorge.

Die folgende Darstellung von psychosozialen Aspekten des Katastrophengeschehens verzichtet auf konkrete Bezugnahmen zu einzelnen Katastrophen, da es um eine grundsätzliche Verdeutlichung geht.

2. Inhaltliche Konkretisierungen

2.1. Stressoren im Großschadensfall und in der Katastrophe

Vorbemerkung:

Die Kenntnis von psychisch relevanten Stressoren im (Katastrophen-)Einsatz ermöglicht eine

gezielte primäre Prävention für Einsatzkräfte durch gezielte Ausbildungsmaßnahmen. Sowohl Fachkräfte der PSU, als auch Einsatzkräfte müssen im Vorfeld möglicher Szenarien dafür sensibilisiert werden, was auf sie selbst und die Betroffenen zukommen kann. Natürlich wirken diese Stress-Faktoren unterschiedlich auf Helfer und Betroffene, aber sie sind für alle Teil des Gesamtgeschehens und in mehrerlei Hinsicht relevant: z. B. für den Helfer im Rettungsdienst als auf ihn einwirkend, aber auch auf die Betroffenen. Für die Fachkräfte PSU sind sie wichtig als das Geschehen, auf das auch sie mit ihren besonderen Maßnahmen reagieren (müssen).

Leitfragen für die Vorbereitung auf eine Bewältigung der hier genannten Stressoren:

- Welche Vorbereitungsmöglichkeiten z. B. für Einsatzkräfte und für potentielle Betroffene gibt es?
- Wie kann man in der Einsatzsituation zum Nutzen von Helfern und Betroffenen selbst kompetent reagieren?
- Welche möglichen Nach- und/oder Langzeitwirkungen könnten aus diesen Stressfaktoren resultieren und welche Bewältigungsangebote für Helfer und Betroffene sind hilfreich?

Mögliche Stressoren: Konfrontation mit wenigstens anfänglich nahezu hilflos machenden Schadensdimensionen; schlechte Sichtverhältnisse durch Nebel, Rauch, Dunkelheit; Orientierungsprobleme in unbekanntem Objekten oder Gegenden; Kommunikationsprobleme im Funkverkehr bei noch nicht erfolgter Abschnittsbildung und Zuweisung bestimmter Funkkanäle, sprachgrenzenüberschreitende Einsätze, Aufregung, Lärm; nächtliche Einsätze; extreme Temperaturen; lange dauernde Einsätze; Verkehrsberuhigung auf Zufahrtswegen; durch Witterungseinflüsse beeinträchtigte Wege; Versagen oder Ungenügen der eingesetzten Technik; Umgang mit Gefahrgut;

Anblick von Verletzten, Verstümmelten, Toten, insbesondere von Kindern oder bekannten Personen; Konfrontation mit einer bisher unbekanntem Zahl von Betroffenen („MANV“ großer Dimension); Personen in Zwangslagen, deren Befreiung lange dauert oder misslingt; schwerwiegende Handlungsfehler; Gerüche, Schreie; Verletzung oder Tod von Helfern; Behinderung durch Gaffer oder Sensationsjournalismus; Zwang, Verletzte zu verlassen (Sichtung); Konfrontation mit entsetzlichen Einzelschicksalen;

Kompetenzgerangel der beteiligten Organisationen oder innerhalb einer Organisation; akute oder chronische eigene Probleme, die den Kopf für das aktuelle Ereignis blockieren; Eskalation der Lage; unangemessene Kritik und Vorwürfe von direkt am Einsatz Beteiligten; Auslandseinsätze mit längerer Vorlaufzeit bis zum Eintreffen am Schadensort und daraus resultierenden frustrierenden Erfahrungen (nur noch Bergung von Toten, schlechte hygienische Bedingungen, anderes Verständnis von individuellem Leid u. a.)

2.2 Mögliche Folgen extremer Belastungen: Von der Stressreaktion bis zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Vorbemerkung:

Menschen reagieren unterschiedlich, abhängig von ihrem Lebensalter, ihrer bisherigen Lebenseinstellung – besonders zu menschlichen Grundfragen, wie denen nach Sterben, Tod und einer möglichen Überwindung des Todes, wie sie von vielen Religionen geglaubt wird. Niemand, der auf ein seine bisherigen Lebens- und Krisenbewältigungsmechanismen völlig überforderndes

Ereignis "stresshaft" reagiert, ist dann bereits psychisch oder physisch krank. Die im folgenden benannten Reaktionsweisen sind normale Reaktionen auf ein abnormales Ereignis. Entscheidend erscheint, dass keine vorschnelle Pathologisierung einzelner Reaktionsweisen wie z. B. der Trauer erfolgt – Trauer ist nicht per se eine Krankheit, sondern eine angemessene Reaktion auf einen erlittenen Verlust. Genau so ist eine Stress-Reaktion im Sinn des Allgemeinen Adaptationssyndroms und des Fight-Flight-Reflexes als Antwort auf eine (lebens-)bedrohliche Situation nichts Pathologisches, sondern protektiv und ggf. lebensrettend – erst dann, wenn diese Reaktionen nicht mehr situationsangemessen sind und ihre ursprüngliche Funktion verloren, sich „selbständig“ gemacht haben und selber Leiden und Alltagsbeeinträchtigungen hervorrufen, beginnt der Krankheitswert. Ein misslingender Trauerprozess oder ein prolongierter „Fight-Reflex“ können krankmachende Formen annehmen, und erfordern heilkundliche Bemühungen. In diesem Zusammenhang gewinnen die bewusste Förderung und Einbeziehung gegebener menschlicher und struktureller Ressourcen, die Möglichkeit des Ausagierens und ein vor Ort stärkendes und stützendes Handeln Bedeutung.

Reaktionsweisen von Helfern und Betroffenen werden divergieren, weil ihr Betroffensein aus unterschiedlicher Konfrontation mit der Situation resultiert. Aber es wird auch Vergleichbares in den Erscheinungsformen der Erschütterungen und Reaktionen geben; um beiden gerecht zu werden, sollten die aus Gründen der Knappheit der Darstellung hier zusammengefassten Reaktionsweisen und möglichen Symptomatiken mit Blick auf beide Gruppen von Beteiligten gelesen werden. Es geht im folgenden sowohl um Hilfen zur Zielgruppenorientierung, als auch um eine inhaltliche Orientierung über Stress-Reaktionen und PTSD.

Der Übergang von unterschiedlich intensiven Reaktionen auf das Erlebte zur PTSD-Symptomatik kann fließend sein. Ein Risiko, das möglicherweise direkt Betroffene von Einsatzkräften unterscheidet, ist die unterschiedliche Ausgangsbedingung bei der Konfrontation mit dem Ereignis. Wer mit einem entsetzlichen Geschehen unter dem Gefühl des eigenen Ausgeliefert-Seins konfrontiert worden ist, hat ein deutlich höheres Risiko, psychische Traumafolgestörungen zu entwickeln, als der Helfer, der zwar hohen Belastungen ausgesetzt war, jedoch in der Mehrzahl der Einsätze im weitesten Sinn Herr seiner selbst und möglichst auch der Lage geblieben ist.

In der Situation selbst ist es unabdingbar, das Geschehen für sich und andere entsprechend definieren und damit mögliche Handlungsmuster für sich und andere in der akuten und subakuten Phase einer Großschadenslage anzuwenden zu können. Dieses gilt für Helfende verschiedener Bereiche: für Einsatzkräfte z. B. des Rettungsdienstes oder der Feuerwehr, und auch für PSU-Mitarbeitende, die mit sehr belastenden Eindrücken konfrontiert werden, und die möglichst wissen und anwenden können sollten, was sowohl ihnen, als auch den Betroffenen jetzt hilft, das Erlebte in seiner schädigenden Wirkung zu begrenzen. Die Frage, wann ein abschließendes psychodiagnostisches Screening möglich ist, wird z. Zt. sehr kontrovers diskutiert. Nach Erfahrungen des Autors scheint dieses unmittelbar an der an der Einsatzstelle nur eingeschränkt möglich - weshalb es ratsam scheint, bei der Verwendung diagnostischer Kategorien und bei der Beurteilung des Erlebens von Menschen eine gewisse Vorsicht walten zu lassen. Die erforderlichen Maßnahmen psychischer Erster Hilfe könnten sich salutogenetisch orientieren an den vorhandenen individuellen und kollektiven und sozialen Ressourcen einerseits und pathogenetisch am Schweregrad des jeweiligen individuellen oder kollektiven Belastungserlebens und an dem, was der einzelne als Helfer oder Unfallopfer jetzt braucht (siehe auch den Abschnitt „Möglichkeiten gelingender Einsatzbewältigung“). Eine so formulierte „Bedürfnisorientierung“ verhindert, dass PSU-Anbieter ihre eigene Sicht des Geschehens verabsolutieren und die der direkt Betroffenen vernachlässigen. Konkret: Wem das Gebet hilft, der bete, ohne, dass es ihm verwehrt sei, und wem es nicht hilft, dem werde es nicht aufgezwungen.

Die dargestellten Erscheinungsformen von Erschütterung und Schreck gehen bei reichen persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten und sozialen Ressourcen in aller Regel von selbst wieder zurück – wenn es keine PTSD-Anzeichen sind und wenn es nicht zu einer (Fehl-)Belastungskumulation kommt, die im Idealfall durch eine selbsttätige und möglichst auch extern gestützte Erholung verhindert wird.

Leitfragen im Umgang mit der folgenden Darstellung können z. B. die gleichen wie die unter 2.1. genannten sein.

2.2.1. Stress-Reaktionen:

körperlich:

hohe Alarmbereitschaft mit (ggf. extremer) Zunahme von Puls und Atmung, Bluthochdruck, Muskelzittern bis zu Shrug-Bewegungen, starkes Schwitzen, Übelkeit, Magenschmerzen, generell psychosomatische Beschwerden, Veränderung von Gesichtsfarbe und Tonfall, Verschlechterung der Artikulation, Gefühl totaler Erschöpfung bis zum physischen Kollaps;

emotional:

Trauer, Mitleid, Schuldgefühle bei – warum auch immer – unzureichenden Hilfsmaßnahmen, Aggression gegen die Situation als solche, gegen Führungskräfte, das Schicksal, Gott oder “die Gesellschaft”; generelle Überforderung und Hilflosigkeit, seitens der Betroffenen Aggressionen gegen Helfer, Furcht, Angst;

kognitiv:

abrupt aufbrechende Sinn-Frage mit quälender Suche nach Erklärungen, Frage nach der *eigenen* Verwundbarkeit und Endlichkeit; “Abschalten” der intellektuell-rational steuernden Systeme bis hin zur Vernachlässigung von Selbstrettung und -schutz; Sorge um Kollegen, Freunde oder Angehörige;

verhaltensbezogen:

große, ggf. übertriebene Härte sich und anderen gegenüber, unruhige Überaktivität oder Rückzug in die Passivität, ggf. Regression auf kindliche Verhaltensmuster, völliger Verlust der Kontrolle, plötzlicher Rückgriff auf religiöse Rituale (Beten, Rezitieren biblischer oder Gesangbuchtexte, Verlangen nach einem Pfarrer);

2.2.2. PTSD

Die unter 2.2 dargestellten Stress-Reaktionen *können* sich zu PTSD weiterentwickeln. Bei einem zeitlichen Verlauf von 2 Tage bis 1 Monat nach dem Ereignis spricht man von einer akuten, bei einem Verlauf von länger als 1 Monat von der PTSD, von einem verzögerten Beginn bei Auftreten der Symptome nach mindestens 6 Monaten, von einer chronischen PTSD bei länger als 2 Jahre auftretenden Symptomen. Einzelne Symptome einer Stress-Reaktion, auch einer chronischen, können auf den Beginn von PTSD verweisen - aber sie müssen es nicht. Eine sichere diagnostische Klärung ist psychotherapeutisch und psychotraumatologisch qualifizierten Fachleuten vorbehalten, auch um bestimmte (Fehl-)Beanspruchungsfolgen wie Burnout von PTSD abzugrenzen.

Das Wissen um die Erscheinungsformen / Symptome der PTSD bereits vor dem möglichen Ereignis und dessen Vermittlung z. B. an Einsatzkräfte der Rettungs- und Hilfsorganisationen und der PSU gibt den beteiligten Akteuren ein höheres Maß an Sicherheit nach innen und außen:

Wer weiß, wann sowohl bei Betroffenen, als auch bei Helfern mit der Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik zu rechnen ist, kann präventiv, einsatzbegleitend und -nachsorgend gezielter tätig werden.

Diagnostische Kriterien

Laut DSM IV (Saß, Wittchen, Zaudig, 1996) gilt als Voraussetzung, um von einer posttraumatischen Störung zu sprechen, die Konfrontation mit einem Ereignis, bei dem folgende Faktoren wirksam waren: die betroffene Person beobachtete oder erlebte den tatsächlichen oder drohenden Tod oder schwere Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von anderen oder sich selbst und damit waren intensive Gefühle von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen verbunden. Im ICD-10 (WHO, 1991) wird das Ereigniskriterium beschrieben als *belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes..., die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.*

Symptome:

Wiederkehrendes Neu-Erleben des traumatischen Ereignisses auf mindestens eine der folgenden Weisen: wiederholte, hoch belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen beinhalten können (von kleinen Kindern u. U. spielerisch reinszeniert), sich wiederholende Alpträume, das Gefühl, dem gewesenen traumatischen Ereignis aktuell ausgesetzt, wieder „drin“ zu sein, verbunden mit Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Flashbacks; intensives seelisches Leid (u. U. mit körperlichen Begleiterscheinungen) bei internalen oder externalen Hinweisreizen, die das traumatisierende Ereignis oder einen Aspekt davon symbolisieren;

kontinuierliche Vermeidung von an das Trauma erinnernden Reizen (z. B. Gedanken, Gesprächen, Aktivitäten, Orten, Personen) mit einer insgesamt eingeschränkten Reagibilität, Erinnerungslücken bezüglich wichtiger Aspekte des Traumas, Entfremdung von der eigenen Umgebung, Affektreduktion, das Gefühl, keine oder nur eine sehr beschränkte Zukunft vor sich zu haben, kontinuierlich gesteigertes Arousal;

erhöhtes Aggressionspotential, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen.

Zur Diagnose von PTSD genügt das Vorliegen einzelner Symptome bereits dann, wenn sie das Leben des Betroffenen klinisch bedeutsam beeinträchtigen. Die Zahl der vorliegenden Symptome scheint dabei weniger ausschlaggebend zu sein, als die jeweils von ihnen ausgehenden Beeinträchtigungen persönlicher und sozialer Lebensvollzüge.

3. Ausgewählte Methoden der PSU im Katastrophenfall

Primäre Prävention:

Zur Ausbildung sollte auch eine Anleitung zur Reflexion der individuell-psychischen Aspekte von Betroffenen und Helfern gehören, und nicht nur die Reflexion der technisch-taktischen Aspekte. Die Einbindung der Thematik „Psychischer Stress“ in Aus- und Fortbildungscurricula ist qualifizierte Stress-Prophylaxe. Wer sich selbst richtig einsetzen und einschätzen kann, verringert Belastungsfaktoren und kann mit entsprechender Zusatzqualifikation gerade als Fachkraft-PSU Helfern und Betroffenen wirksame Hilfe leisten. Übungen sollten realistisch auf alle Aspekte des Geschehens vorbereiten - es ist jedoch nach dem Realitätsgehalt von Übungslagen, der Einbindung der PSU und nach der Ernsthaftigkeit der anschließenden Kritik zu fragen. Nicht wenige Helfer stufen Großschadenslagen als belastend oder extrem belastend ein – so dass eigentlich niemand mit seinen offenen Fragen alleine bleiben müsste. Nicht unwichtig ist auch der bewuss-

te Erhalt der körperlichen Fitness, um in anforderungsreichen Situationen nicht so schnell ein für die Herausbildung einer PTSD hoch riskantes Erregungsniveau zu erreichen.

Wer weiß, worauf er sich einlässt, kann dieses bewusst tun, und wird möglichen Belastungen gezielter begegnen können und so mit geringerer Wahrscheinlichkeit ein Opfer seiner Hilfsbereitschaft oder der Gleichgültigkeit der Umgebung. Dazu gehört auch das Informieren der Helfer und der Betroffenen über bestehende Hilfs- und Begleitangebote in ihrem beruflichen, organisationsbezogenen und auch gesellschaftlich-lebensweltlichen Kontext: Notfall-, Feuerwehr-, Polizei-, Militär- und Gemeindeseelsorge, Einsatznachsorgeteams, Notfallpsychologie, ambulante und stationäre ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, kirchliche und staatliche Beratungsstellen, psychosoziale Dienste der jeweiligen Arbeitgeber, Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung wie der Unfallkassen der Feuerwehr, der Länder und des Bundes, der Gemeindeunfallversicherungsverbände, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der Unfallkassen.

Von einem plötzlichen Schadensereignis Betroffene haben diese *präventive* Chance kaum – um so härter trifft sie in aller Regel das Ereignis, um so mehr brauchen sie vor Ort und möglicherweise hinterher strukturierte und qualifizierte Unterstützung und Beratung der verschiedenen Fachdisziplinen.

Struktur und Inhalte der PSU müssen operativ und taktisch vorgeplant sein. Im Idealfall sind die beteiligten Akteure (s. o.) eng miteinander vernetzt. Organisatorisch und strukturell sollten vorgeklärt sein: Alarmierungswege und -folge, Alarmstichworte, Aufgabenbeschreibung, Ausstattung der Einsatzkräfte (z. B. Einsatzkleidung, Einsatzkoffer oder –rucksack (Inhalt!), Kommunikationsmittel, Mobilität, Versorgung), Beauftragungen, Bereitschaftssystem, Ausbildungsstandards), Supervision, Versicherungsfragen.

Möglichkeiten gelingender Einsatzbewältigung:

Hilfreiche Verhaltensweisen und Maßnahmen können im Blick auf Helfende und Betroffene in Katastrophen/Großschadenslagen (aber nicht nur dort) sein:

1. Für Helfende direkt vor und während des Einsatzes:

Vor Eintreffen an der Schadensstelle als persönliche, gewissermaßen „akute Einsatzvorbereitung“ sich auf dem Weg zur Einsatzstelle des eigenen Lebensfundaments und seiner Ressourcen vergewissern, z. B. bestehender religiöser oder philosophischer Bindungen und eigener Kompetenzen; nach dem Eintreffen sich nicht kopfüber ins Geschehen stürzen oder hineinzerren lassen; cave: Mitleid ja - Identifikation mit den Opfern nein;

Während des Einsatzes: auch, wenn es banal klingt: bewusst ein- und ausatmen; eigene Grenzen bewusst akzeptieren, in Pausen so weit wie möglich emotional und räumlich aus der Situation aussteigen, um dann zurückzukehren; sich – wenn irgend möglich – bei definitiver Überforderung ablösen lassen; auf Flüssigkeits-, Kohlehydrat- und Mineralstoffzufuhr achten; die Kollegen bewusst wahrnehmen: ein anerkennender Blick, ein zustimmendes Kopfnicken, ein gutes Wort, ein Händedruck oder dosierte Berührungen helfen zur grundsätzlichen Stabilisierung; als Führungskraft der eigenen Mannschaft das Gefühl geben, jetzt und nach dem Ereignis für sie da zu sein.

2. Für Betroffene und Helfende

Die Komplexität der Katastrophe erfordert vor allem: Überblick gewinnen und – je nach Auftrag, eigener (Führungs-)Funktion und (Führungs-)Qualifikation (s. Beerlage in diesem Band), z. B. als

Fachberater PSU, Leiter PSU oder Führungsassistent PSU – Strukturen für die PSU aufbauen: PSU-Abschnitte und Unterabschnitte bilden, einteilen, delegieren, Prioritäten setzen, nachalarmieren; in der Akutphase die Betreuung Schwerverletzter und Sterbender als oberste Priorität der PSU ansehen; für Personal und Räume sorgen ("Raum" kann ein abgeschirmter Platz draußen oder am Rand der Schadensstelle sein); erwünschte, z. B. kirchliche, Rituale durchführen; körperliche und emotionale Sicherheit vermittelnde Rückzugsgelegenheiten (z. B. Betreuungsplatz) schaffen für unverletzte Betroffene und Angehörige (konsequente Abschirmung vor den Medien); körperliche und emotionale Grundbedürfnisse befriedigen; Trauerreaktionen zulassen und aushalten, behutsam emotional und ggf. körperlich Schutz und Halt anbieten; auf vermeintlich tröstende Allgemeinplätze verzichten; Betroffenen möglichst präzise Informationen über das Unfallgeschehen und über Angehörige oder den Stand der Rettungsarbeiten beschaffen und weitergeben; mögliche Perspektiven der Begleitung (z. B. durch Psychologen oder Seelsorger) akut und über den Tag hinaus aufzeigen; besonders vulnerable Gruppen Betroffener wie z. B. Kinder, alte Menschen, ausländische Mitbürger, Touristen (Sprachbarriere ?), behinderte Menschen im Blick haben; von PSU-Mitarbeitern begleitete Rückzugs- und Erholungsräume für erschöpfte Helfer einrichten; mit Angehörigen rechnen, die möglicherweise in großer Zahl und sehr fordernd auftreten; Auskunftsstelle (Hotline ?) einrichten; psychosoziale Unterstützung der in Krankenhäuser Eingelieferten sicherstellen.

Einsatznachsorge und Notfallnachsorge

Der Einsatz ist für Helfer und Betroffene solange nicht abgeschlossen, wie die Begleitung derjenigen, die sie sich wünschen, nicht abgeschlossen ist.

Aus dem breiten Spektrum von Methoden, die Helfer und Betroffene unterstützen können, wird hier nur eine Auswahl dargestellt (zu Anbietern und Institutionen siehe auch den Abschnitt „Primäre Prävention“, zur genaueren Darstellung von Strukturen auch den Beitrag von Beerlage in diesem Band).

Ausgewählte Methoden der Einsatz- und Notfallnachsorge

Einsatznachsorge

Ein waches Interesse am anderen Menschen, das versucht, ihn in seiner akuten Verfassung während des Einsatzes und danach wahrzunehmen; eine offene Gesprächsatmosphäre, die von gegenseitigem Respekt, aktivem Zuhören und gegenseitiger Offenheit geprägt ist, so dass man das Gefühl hat, sagen zu dürfen, wie es einem wirklich geht; dazu gehört die Schaffung und Pflege einer Gesprächskultur und eines Klimas, in dem Befindlichkeitsäußerungen nicht sanktioniert, sondern akzeptiert werden; Autarkie ist sicherlich wünschenswert, aber in diesem Grenzbereich menschlichen Lebens ist kaum alles alleine zu bewältigen - und *das muss es auch nicht sein*; diese Grundeinsicht kann bei *Helfern und Betroffenen* einer Katastrophe dazu führen, ressourcenfördernden Austausch, Gespräch, stützende Rituale, Begleitung, oder Behandlung zu suchen. Vor allem Führungskräfte sollten sich hier generell in enger Abstimmung mit bereits im Alltag vorhandenen Strukturen psychosozialer Unterstützung – extensiv verstanden – über regionale Angebotsstrukturen und mögliche Kooperationspartner informieren.

Ein mögliches Angebot hat z. B. als Defusing nach CISM eher informellen Charakter, wenn es in direkter zeitlicher Nähe zum Einsatz stattfindet und dann der Klärung der aktuellen Befindlichkeit und der Information über weitergehende Gesprächs- und Bearbeitungsangebote dient und damit eine überschaubare Gruppe von Helfern anspricht. Stärker strukturiert ist dagegen das geregelte

Einsatznachgespräch, das an verschiedenen Formen der Gesprächsführung (z.B. dem Debriefing nach CISM) orientiert werden kann. Auf eine weitergehende Differenzierung der Arten der Gesprächsführung wird hier verzichtet; grob orientierend seien für den Erfolg exemplarische Basis-Regeln genannt, die nach den Erfahrungen des Autors gültig sind, auch wenn es z. Zt. eine lebhaftige Debatte über die Bedingungen der Wirksamkeit solcher Einsatznachgespräche gibt:

Nur freiwillige Teilnahme (zur Verhinderung möglicher Sekundärtraumatisierungen); Teilnahme von Disziplinarvorgesetzten nur bei vorbehaltloser Zustimmung der Untergebenen (ggf. eigene Gruppe der Vorgesetzten bilden); absolute Vertraulichkeit des gesamten Gespräches; feld- und methodenkompetente Leitung strukturiert das Gespräch in Verlaufsphasen und moderiert; Teilnehmende sind nur an dem zu besprechenden Einsatz Beteiligte; ideal sind 8 – 10 Personen; Termin 24 - 72 Stunden nach Einsatzende (diese zeitliche Ansetzung wird gegenwärtig sehr kontrovers diskutiert; der Autor vertritt sie aufgrund eigener Erfahrungen als Leiter *und* Teilnehmer solcher Gespräche); die anberaumte Zeit sollte einschließlich einer dienstfreien Übergangszeit in den Alltag bei 3 - 4 Stunden liegen; weitere Gespräche für die Gruppe oder für Einzelne optional; Störungsfreiheit (kein Handy, kein Funkmeldeempfänger, kein Funkgerät, keine Außenkontakte etc.) sicherstellen; Schaffung einer freundlichen, offenen Atmosphäre, die individuelle Befindlichkeitsäußerungen zulässt; es wird nicht über allgemeine Probleme oder allgemeine technisch-taktische Fragen gesprochen, sondern über die im weitesten Sinn psychologisch oder seelsorgerlich zu behandelnde Seite des Gesamtgeschehens unter Einschluss der *damit verknüpften* z. B. technischen Fakten; Redebeiträge sollten schwerpunktartig daher auch "per ich/du/Sie" und nicht per "man" erfolgen; Störungen haben Vorrang - vor einem glatten, diskursiven Gesprächsverlauf; es gibt keinen Redezwang; sinnvoll ist, einen ebenfalls geschützten Nebenraum einschließlich verfügbarer Fachkraft-PSU zur Verfügung zu haben, falls einen Teilnehmenden die Gesprächssituation überwältigt; sollte nur ein Einzelner ein Nachgespräch wünschen, ist es ihm selbstverständlich zu ermöglichen.

Das Gespräch ist keine Therapie; Resultat *kann* Einsicht in die Notwendigkeit von Therapie für Einzelne oder die Gruppe sein. Auch die näheren Bezugspersonen der am Einsatzgeschehen Beteiligten müssen in den Blick der Nachsorge kommen, denn viele nehmen ihre Eindrücke oder Belastungen und extremen Erfahrungen mit nach Hause.

Notfallnachsorge

Betroffene müssen in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Schadenereignis über individuell und kollektiv ausgerichtete Inhalte und Arbeitsformen der Notfallnachsorge z. B. durch persönlichen Kontakt und Handouts informiert werden. Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteams und Notfallpsychologen sollten sich den Betroffenen zeitnah bekannt machen, ohne „missionieren“ zu wollen oder sich aufzudrängen. Diese Information sollte durch kurz- und mittelfristig z. B. in den Medien öffentlich präsent – und nach Möglichkeit anhand noch festzulegender Standards und Qualitätskriterien zertifizierte - Angebote der Beratung, Begleitung und ggf. Therapie ergänzt werden. Dabei sind diejenigen der unter „Primäre Prävention“ (s. o.) genannten Anbieter aus der Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen, die auch für Opfer- und Angehörigen-Hilfen qualifiziert sind. Von dort angebotene Nachsorgemethoden und -maßnahmen sind z. B. die Kontaktherstellung zu Strukturen der kirchlichen Regelorganisation in Kirchengemeinden und –kreisen bzw. Dekanaten und ihren begleitenden Angeboten wie seelsorgerlich beratenden Gesprächen; die Kontaktherstellung zu den Strukturen der psychologischen und psychotherapeutischen Akut- und Regelversorgung; Gründung und Förderung von Selbsthilfegruppen Betroffener, Gestaltung stützender und die Verarbeitung des Erlebten fördernder Rituale wie Gedenkgottesdienste, bewusste Gestaltung des Jahrestages, Ermutigung zu einem gestalteten und ggf. begleiteten Um-

gang mit individuell bedeutsamen Tagen (wie z. B. dem Geburtstag von Verstorbenen) oder Orten (z. B. gemeinsamer wichtiger Erlebnisse) oder Errichtung einer Gedenkstätte; PSU-Fachkräfte sollten Betroffene über gesunde, aber auch über auf Dauer krankmachende, nur vermeintliche Bewältigungsmuster informieren; Möglichkeiten der Hilfe durch Rechtsberatung, Kontaktaufnahme zu Versicherungen und ggf. Berufsberatungen sollten dargestellt werden.

4. Fazit

Die in diesem Leitfaden angestrebte schnelle Informationsgewinnung für bestimmte Bereiche notfallmedizinischen Handelns ist auch hier intendiert. Wer im Einsatz diesen Leitfaden in die Hand bekommt und am Thema Psychosoziale Unterstützung „hängen bleibt“, sollte diesen Beitrag und den von Beerlage lesen. Mögliche Unsicherheiten im Zusammenhang mit Maßnahmen der Psychosozialen Unterstützung werden durch Informationen über Ziele, Inhalte und Arbeitsformen behoben. Damit wäre ein Beitrag dazu geleistet, diese Angebote anzunehmen und möglichen negativen Folgen bei Einsatzkräften und Betroffenen vorzubeugen.

Dieses Thema berührt existentielle menschliche Fragen und Grenzen. Deshalb ist interdisziplinäres Arbeiten mit geklärten Begrifflichkeiten unerlässlich - denn nur so kann auch ein erklärter Atheist sinnvoll mit einem Pfarrer der Notfallseelsorge zusammenarbeiten und umgekehrt.

Wünschenswert ist eine bundesweite, mit Qualitätsstandards verbundene Vernetzung der zahlreichen guten Initiativen zur psychosozialen Unterstützung von Menschen in Katastrophensituationen, um regionalen konkurrenzbasierten Zerfaserungen und drohender Kommerzialisierung zu begegnen.

5. Literaturverzeichnis

- Beerlage, I., Hering, T., Nörenberg, L. Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Schriftenreihe Zivilschutzforschung - Neue Folge Band 57. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn 2006.
- Bengel, J. (Hrsg.). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst (2. Aufl.). Springer, Berlin 2004.
- Bundesverwaltungsamt (BVA), Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) (Hrsg.). (2002). Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf (Schriftenreihe WissenschaftsForum Band 2). Bonn: Eigenverlag.
- Hüls, E.; Oestern, H.-J. (Hrsg.). Die ICE-Katastrophe von Eschede. Erfahrungen und Lehren. Eine interdisziplinäre Analyse. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, London 1999.
- Jatzko, H., Jatzko, S., Seidlitz, H. Das durchstoßene Herz - Ramstein 1988. Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Stumpf & Kossendey, Edewecht 1995.
- Mitchell, J. T. Everly, G. S. . Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention Psychischer Traumatisierung. Stumpf & Kossendey, Edewecht, Wien 1998 (überarbeitete Fassung 2005).

Müller-Lange, J. (Hrsg.) Handbuch Notfallseelsorge. Stumpf & Kossendey, Edewecht, Wien 2001 (Neuaufgabe in Vorbereitung).

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996) DSM IV. Beltz, Weinheim

Waterstraat, F. Einsatz: Notfallseelsorge. Lutherisches Verlagshaus, Hannover 2004

WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F).
Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern