



Traumatische Ereignisse

Auftaktveranstaltung am 11.12.2003 in Berlin

Inhalt

Grußwort	S. 1
1. Das Netzwerk der Verantwortlichen Vorstellung des Thematischen Initiativkreises	S. 2
Dr. Rolf Manz Bundesverband der Unfallkassen	
2. Das Trauma der Opfer Betreuung bei Überfällen im Bereich Post und Telekom	S. 6
Dr. Fritzi Wiessmann Unfallkasse Post und Telekom	
3. Das Trauma der Helfer Bewältigung belastender Ereignisse bei Feuerwehr und Rettungsdiensten	S. 9
Frank Waterstraat Feuerwehr- Unfallkasse Niedersachsen	
4. Vorstellung des INQA- Projektes 13-03 „intersektorales Präventions-, Krisen- und Versorgungsmanagement bei traumatisierenden Ereignissen“	S. 13
Katharina Ritter Bundesverband der Unfallkassen	
5. Zusammenfassung des Round Table Gespräches	S. 16
Moderation: Dr. Gunda Maintz Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	

Am 11.12.03 hat sich der Thematische Initiativkreis „Traumatische Ereignisse“ in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt.

50 Teilnehmer, Praktiker, Experten und Verbandsvertreter, nutzten die Gelegenheit, sich im Rahmen des begleitenden Symposiums über Stand und Entwicklung von Maßnahmen der Prävention, Versorgung und Nachsorge bei traumatischen Ereignissen zu informieren.

Sowohl die Fachbeiträge als auch die engagierte Diskussion machten deutlich, dass trotz unbestreitbarer Fortschritte auf diesem Gebiet ein erheblicher Handlungsbedarf besteht.

Absolute Priorität kommt demnach der Vernetzung der inzwischen vielfach vorhandenen Konzepte, aber auch der entsprechenden Institutionen in Prävention, Versorgung und Nachsorge zu. Dies wird das Forschungsprojekt „Handlungsempfehlungen für ein intersektorales Präventions-, Krisen- und Versorgungsmanagement bei traumatisierenden Ereignissen“ in Angriff nehmen, das durch den Initiativkreis „Traumatische Ereignisse“ sowie einen Expertenbeirat begleitet wird.

Um Sie an der Diskussion und Entwicklung teilhaben zu lassen, haben wir die zentralen Inhalte und Überlegungen der Auftaktveranstaltung für Sie zusammengestellt.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und möchten Sie auch in Zukunft regelmäßig über die Entwicklung der Arbeit des Thematischen Initiativkreises „Traumatische Ereignisse“ informieren.

Für den Initiativkreis

PD Dr. Rolf Manz

1. Das Netzwerk der Verantwortlichen- Vorstellung des Thematischen Initiativkreises

Obwohl die Themen Gewalt, Katastrophen und psychisches Trauma längst nicht mehr zum Spezialwissen von einschlägigen Experten gehören, sondern sich bereits im Bewusstsein weiter Bevölkerungskreise verankert haben, stellt die Frage des Umgangs mit diesen Ereignissen Fachleute ebenso wie Laien nach wie vor vor große Probleme.

Die Perspektive der Betroffenen

Spätestens seit den Ereignissen in Ramstein haben sich einschlägige Berufsgruppen aus dem Bereich Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Gesundheitswesen und anderen mehr mit Fragen der Akut- und Nachbetreuung von Opfern beschäftigt. Mit jeder Katastrophe wachsen die Erfahrungen ebenso wie die Zahl der Experten, die Rat, Tat und Hilfe anbieten. So hat sich inzwischen eine breite Landschaft unterschiedlicher Maßnahmen entwickelt, deren Effektivität und Effizienz häufig jedoch nicht zweifelsfrei belegt werden konnte. Während wir bei Institutionen des Rettungsdienstes heute schon regelhaft davon ausgehen können, dass zumindest strukturierte Einsatznachbesprechungen durchgeführt werden, und vielerorts darüber hinaus schon primärpräventive Maßnahmen in Form von Informationen, Schulungen und Einsatzvorbereitungen Anwendung finden, erleiden Opfer Ereignisse wie in Ramstein, Eschede oder Erfurt ohne einschlägige Vorbereitung.

Betroffene sind Opfer, Professionelle (Helfer wie Feuerwehr, Polizei, Mitarbeiter von Rettungsdiensten) aber auch Angehörige von Opfern und Helfern sowie unbeteiligte Zeugen.

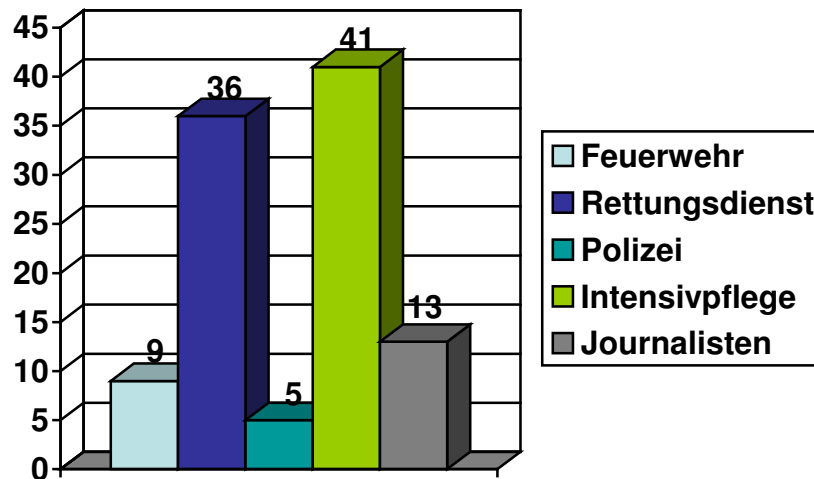
Die Perspektive des Arbeitsschutzes

Nicht für jeden dieser Personenkreise lassen sich primärpräventive Maßnahmen vorhalten und durchführen und selbst im Rahmen des Arbeitsschutzes, der für professionelle Helfer ebenso zuständig ist wie für potenzielle Opfer von Überfällen oder Übergriffen am Arbeitsplatz, finden wir deutliche Unterschiede bezüglich der Bereitstellung präventiver Maßnahmen. Denn die Gefahrenpotenziale bzw. die Risiken einzelner Berufsgruppen, Gewaltereignissen, Unfällen oder technischen Katastrophen ausgesetzt zu sein unterscheiden sich erheblich von einander.

Auch die traumatischen Ereignisse selber unterscheiden sich sehr stark im Hinblick auf ihre gesundheitliche Auswirkung für die Betroffenen. So kann bei Gewalttaten wie beispielsweise Vergewaltigungen aber auch Überfällen in nahezu der Hälfte der Fälle bei den Opfern davon ausgegangen werden, dass sie eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Diese Wahrscheinlichkeit beträgt bei Betroffenen von Naturkatastrophen ca. 20% während sie bei schweren Unfällen bei etwa 8 % anzusiedeln ist. Weitere Risikofaktoren sind in der Kumulation von Belastungen zu finden, d.h. bei Berufsgruppen, die mehr oder weniger regelmäßig belastende Einsätze durchleben wie beispielsweise Mitarbeiter der Rettungsdienste.

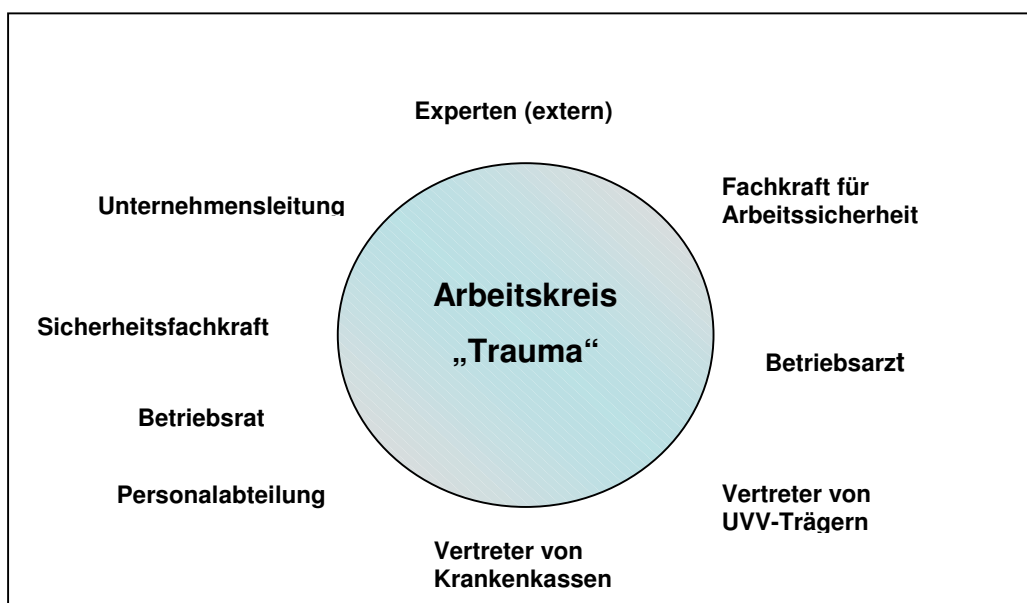
Die Erfahrungen zeigen, dass das Spektrum der betroffenen Berufsgruppen nicht nur Einsatzkräfte umfasst. So sind Mitarbeiter im Verkehrswesen, im Bank- und Postfilialbetrieb aber auch bei Arbeits-, Sozial- und Jugendämtern sowie Ausländerbehörden, Angehörige des Einzelhandels sowie Wach- und Schließdienste in zunehmendem Maße Gewaltsituationen ausgesetzt, die das Risiko einer Traumatisierung beinhalten.

Hinweise auf Posttraumatische Belastungsstörungen bei verschiedenen Berufsgruppen:
Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Intensivpflege, Journalisten



Quelle: Teegen, 2003

Es liegt auf der Hand, dass die Vorbereitung auf und die Nachbereitung von traumatischen Ereignissen vor allem im Bereich der professionellen Helfer anzutreffen ist. Andere Berufsgruppen wie etwa Filialangestellte, Mitarbeiter im Einzelhandel und dergleichen erleiden Gewaltereignisse als Opfer, die Frage einer möglichen Vorbereitung auf solche Ereignisse als präventive Maßnahme hängt sehr stark mit der Einschätzung des Risikos zusammen, dass diese Berufsgruppen von einem entsprechenden Ereignis betroffen werden. Initiativen zur Vorbereitung auf und Nachbereitung von traumatisierenden Ereignissen bei verschiedenen Berufsgruppen gehen sehr häufig von den Betroffenen selber aus. Zuständig ist aber in jedem Fall der Arbeitgeber. Häufig wird dieser unterstützt durch den zuständigen Unfallversicherungsträger. Er kann z.B. in Anlehnung an im Arbeitsschutz bekannte Gremien einen Arbeitskreis Trauma wie in der folgenden Abbildung dargestellt einberufen.



Aufgabe des Arbeitskreises Trauma ist es, Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor und bei traumatischen Ereignissen zu entwickeln, zu adaptieren und zu koordinieren. Darüber hinaus könnte er auch Ansprechpartner im Rahmen der beruflichen Reintegration bei längerer unfallbedingter Abwesenheit eines Mitarbeiters sein und den Return to Work - Prozess mitgestalten. Obwohl in vielen Bereichen Zielsetzung und Maßnahmen weitgehend vergleichbar sind, sind die jeweiligen Akteure derzeit in der Regel nicht miteinander vernetzt. Dies führt dazu, dass viele Entwicklungen in Prävention, Versorgung und Nachsorge mehrfach gemacht werden und die Möglichkeiten des Lernens von anderen Bereichen oder gar der Adaptation wirksamer Einzelmaßnahmen nicht ausgeschöpft werden. Die Parallelität der Entwicklung von Einzelmaßnahmen für bestimmte Berufsgruppen könnte als **horizontale Fragmentierung** des Präventionssystems bezeichnet werden. Ziel der Initiative muss es sein, diese horizontale Fragmentierung der Entwicklung und Anwendung von Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Bereichen aufzubrechen und Erfahrungen, Kräfte und Engagement in diesen Bereichen für alle zu bündeln.

Die Versorgungskette: Prävention, Behandlung, Rehabilitation

Nach einer Erst- oder Akutversorgung bei traumatischen Ereignissen schließt sich nicht selten eine Behandlungs- bzw. Therapiephase an. Beobachtungen zeigen, dass Betroffene häufig nach einer gut funktionierenden Akutversorgung an der Schnittstelle zum therapeutischen System auf sich alleine gestellt sind. Wartezeiten bis zum Beginn der Therapie von bis zu einem halben Jahr sind keine Seltenheit und dies, obwohl bekannt ist, dass eine rasche Intervention gerade dem Risiko einer Chronifizierung der Störung vorbeugt. Besonders bei Großereignissen ist die regionale Versorgungsdichte mit einschlägig weitergebildeten Traumatherapeuten nicht ausreichend, um die Zahl der Opfer qualifiziert versorgen zu können. Doch auch wer einen der wenigen qualifizierten Therapieplätze erhalten konnte hat längst nicht alle Hürden überwunden. Spätestens bei der Frage der Rückkehr an den Arbeitsplatz sind viele Opfer erneut auf sich alleine gestellt und auch hier, so zeigen die Erfahrungen, führen die Wiederaufnahme der Arbeit, der mögliche Wechsel des Arbeitsplatzes, die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz, mögliche Einschränkungen der Belastungsfähigkeit usw. zu erheblichen Problemen für die Betroffenen bis hin zur sog. Retraumatisierung.

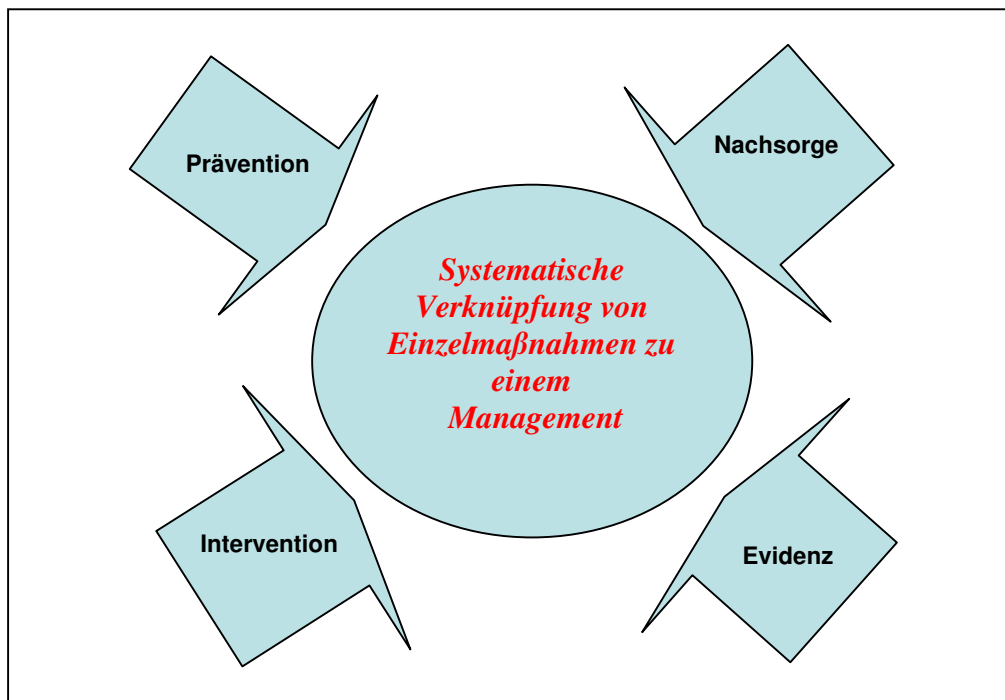
Wir beobachten hier die **vertikale Fragmentierung** des Systems, der Übergang von der Notfall- oder Akutsituation in die Behandlungssituation und von dieser zu Rückkehr an den Arbeitsplatz wird von vielen hoch qualifizierten Institutionen begleitet. Dennoch oder gerade deshalb beobachten wir hier typische Schnittstellenprobleme im Versorgungssystem. Behandlungs- und Betreuungslogiken wechseln hier ebenso wie Kostenträger, Zuständigkeiten und natürlich Verantwortlichkeiten. Ziel der Initiative ist es, diese bekannten Schnittstellenprobleme zu thematisieren und mit den Vertretern der jeweiligen Institutionen gemeinsam über Möglichkeiten der Erhöhung der Transparenz oder gar Steuerung der Einzelmaßnahmen nachzudenken.

Das Netzwerk der Verantwortlichen

Überbetriebliche Akteure sind die Unfallversicherer, Behörden, Berufsverbände, Arbeitnehmerverbände, Arbeitgeberverbände, die Länder und Kommunen als übergeordnete oder vorgesetzte Dienststellen, Professionelle Helfer wie Psychologen und Seelsorger, Vertreter des gesamten Gesundheitssystems aber auch Vertreter aus Wissenschaft und Forschung. Sie alle sind neben den Betroffenen vor Ort, den Unternehmen, Betriebs- oder Schulleitern aufgerufen, die Notwendigkeit zur Schaffung von Vor- und Nachsorgemaßnahmen zu erkennen und ihren spezifischen Beitrag zu leisten. Sei es in Form der Information, der Unternehmen und Institutionen einer bestimmten Branche, der Entwicklung und Empfehlung von Maßnahmen, der Bereitstellung von materiellen und nicht-

materiellen Ressourcen für Aus- und Fortbildung, Trainingsprogrammen für den Ernstfall oder ganz allgemein der Schaffung einer Kultur der Gefahrenwahrnehmung und Sensibilisierung.

Diese Aktivitäten gilt es zu vernetzen, damit die oben genannten horizontalen und vertikalen Schnittstellenverluste überwunden werden können. Ziel muss eine systematische Verknüpfung von Einzelmaßnahmen zu einem System von Managementtechniken für den gemeinsamen Umgang mit traumatischen Ereignissen sein.



Neben einer Koordination von Präventions- und Versorgungsangeboten müssen diese auch in Hinblick auf ihre Effektivität überprüft werden. Als Ergebnis sollten Empfehlungen für das komplexe Management bei traumatisierenden Ereignissen mit besonderer Beachtung der vertikalen und horizontalen Schnittstellenanforderungen entwickelt werden.

Der Thematische Initiativkreis "Traumatische Ereignisse":

Katrin Boege,	Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit
Dr. Jutta Helmerichs,	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
PD Dr. Rolf Manz,	Bundesverband der Unfallkassen
Hans-Jürgen Marker,	Bundesvorstand der Gewerkschaft der Polizei
Peter Maßbeck,	DRK-Generalsekretariat
Peter Schneider,	Eisenbahnunfallkasse
Ulrike Teske,	Ver.di
Frank Waterstraat,	Feuerwehrunfallkasse Niedersachsen
Barbara Weißgerber,	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Dr. Fritzi Wiessmann,	Unfallkasse Post und Telekom

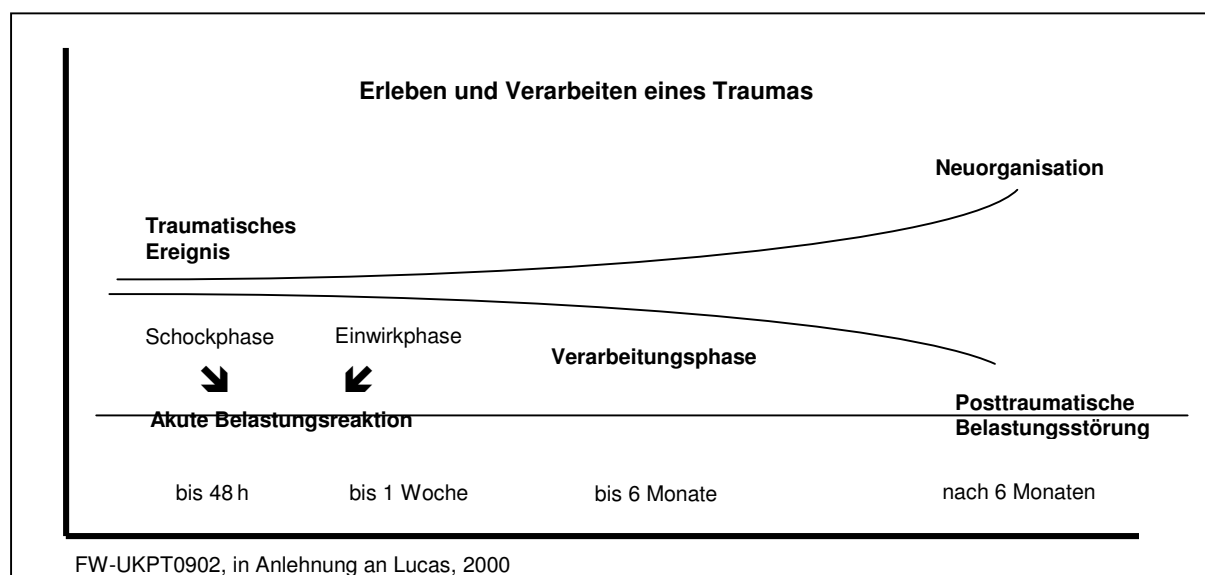
2. Das Trauma der Opfer- Betreuung bei Überfällen im Bereich Post und Telekom

Raubüberfälle, schwere Verkehrsunfälle oder Übergriffe gewaltbereiter Personen sind traumatische Ereignisse, die meist außerhalb menschlicher Erfahrung liegen und deswegen das (Lebens-) Gefüge eines jeden Menschen in Frage stellen können. Wenn Menschen plötzlich und ungewollt mit Gewalt und Aggressionen konfrontiert werden, sie keinerlei Kontrolle mehr über die Ereignisse haben und die Geschehnisse nicht beeinflussen können, erleben sie extremen körperlichen und psychischen Stress. Die „Verarbeitung“ solcher existentieller Grenzerfahrungen gelingt nicht immer.

Die Stress-Reaktion äußert sich zunächst rein körperlich: die Person zeigt mehr oder minder ausgeprägte physiologische Schock-Reaktionen wie Herzrasen, Atemnot, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit oder Schwitzen. Nach einigen Tagen können Schlafstörungen (Schlaflosigkeit, Angstträume), Übelkeit, Kopfschmerzen, Verspannungen oder funktionelle Störungen auftreten.

Die „psychische Schockreaktion“ folgt einige Zeit später, wenn die Ereignisse reflektiert werden. Psychische Symptome manifestieren sich als Angst- und Panikzustände, Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen („Flashbacks“), Gefühle der Unwirklichkeit, Losgelöstheit und emotionaler Taubheit, Veränderungen des Selbst-, Umwelt- und Zeiterlebens, Vermeidungsverhalten, Rückzugsbedürfnisse, Apathie, Schuld-, Wut- und Hassgefühle sowie gereiztes, nervöses, aggressives und überempfindliches Verhalten.

Diese Symptome klingen bei 2/3 aller betroffenen Personen wieder ab, bei 1/3 ist das nicht der Fall: die Symptome bleiben bestehen oder verschlimmern sich sogar. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass die Verarbeitung des Trauma- Erlebnisses nicht gelingt. Aus der akuten Belastungsreaktion hat sich eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) entwickelt, die dann diagnostiziert wird, wenn die Symptome nach mehreren Wochen und Monaten immer noch vorhanden sind. Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist ein klinisches Krankheitsbild, welches eine erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Gesundheit darstellt, verbunden mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit, die im extremen Fall zur Berufsunfähigkeit führen kann.



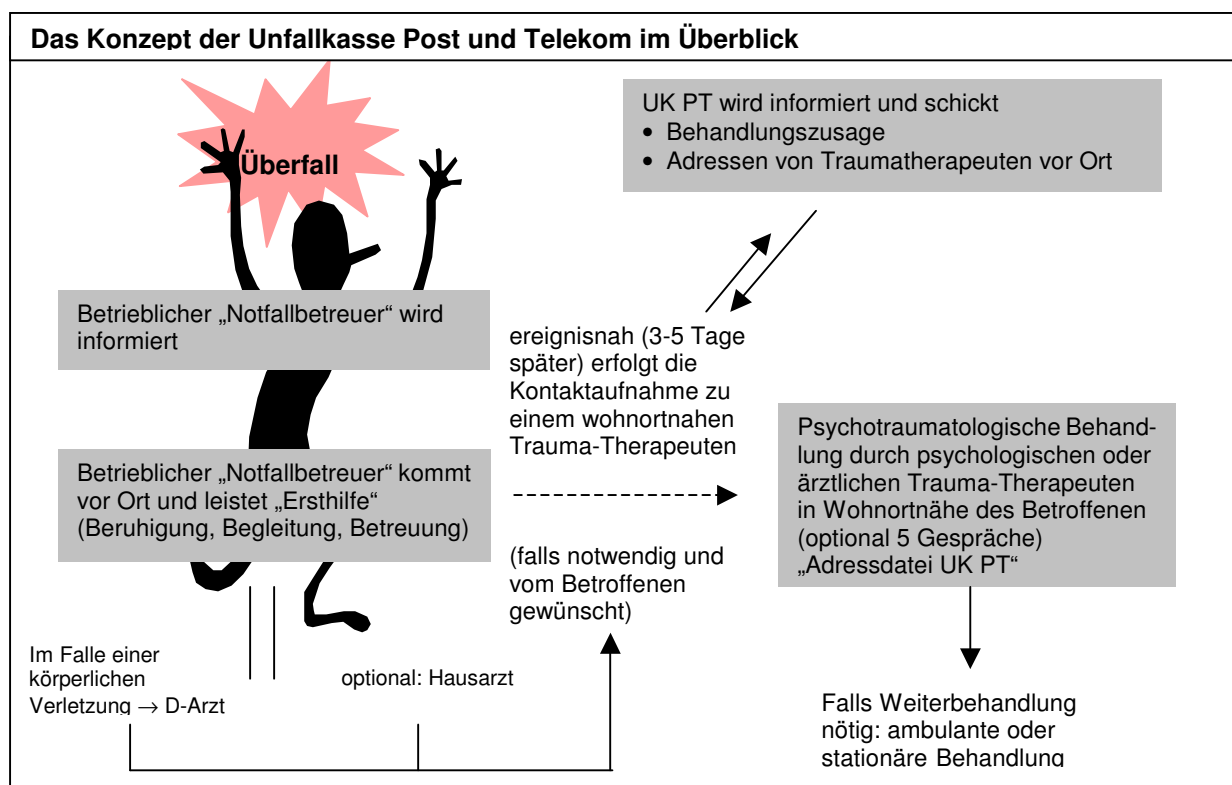
Um eine Chronifizierung posttraumatischer Symptome zu verhindern, hat die Unfallkasse Post und Telekom ein Betreuungskonzept entwickelt, welches eine „Rundumversorgung“ für Mitarbeiter anbietet, die eine traumatische Situation erlebt haben. Das Maßnahmenkonzept umfasst die Ebenen der Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Die **Prävention** findet in Form einer Information statt: So wird erstens eine „Notfallmappe“ als Informationsschrift für Mitarbeiter erstellt. Diese wurde bereits an 13.500 Beschäftigte in überfallgefährdeten Bereichen ausgegeben. Zweitens findet eine Schulung von betrieblichen »Notfallbetreuern« für die psychosoziale Unterstützung im Ernstfall statt. Kollegen (hier Sozialberater) werden dazu in dreitägigen Seminaren von einer Traumatherapeutin geschult, um traumatisierten Personen schnell vor Ort beizustehen.

Die **Intervention** erfolgt durch die unmittelbare Betreuung durch den »Notfallbetreuer« nach dem kritischen Ereignis. Dieser wird sofort nach dem Trauma-Ereignis informiert und kommt vor Ort, um dem Betroffenen Hilfe anzubieten. Er wirkt beruhigend auf das Opfer ein und stabilisiert es, er begleitet den Betroffenen nach Hause und kümmert sich um organisatorische Dinge.

Die **Rehabilitation** beginnt einige Tage nach dem kritischen Ereignis. Klingen die Trauma-Symptome nicht ab, hat der Betroffene die Möglichkeit das Erlebnis mit professioneller Hilfe zu verarbeiten. Über eine Datenbank können Adressen von Trauma- Therapeuten in Wohnortnähe des Betroffenen abgerufen werden, die ereignisnah für ein oder mehrere Gespräche zur Verfügung stehen. Optional werden bis zu fünf Gespräche angeboten, ist eine weiterführende professionelle Betreuung notwendig, wird dies ambulant oder stationär gewährleistet.

Der kollegiale Notfallbetreuer hält zudem weiterhin Kontakt zum Betroffenen. Sollten sich die Symptome erst mit einiger Verzögerung einstellen, so ist dafür gesorgt, dass der Betroffene auch noch einige Zeit nach dem traumatischen Erlebnis Unterstützung erhält.



Dass es sich lohnt, eine sinnvolle Sofortbetreuung nach traumatischen Ereignissen anzubieten, wird aus den unten aufgeführten Zahlen deutlich:

Ausfallverhalten der sofort betreuten Mitarbeiter/Innen

Ausfalltage vor dem Überfall (12 Monate)		Ausfalltage nach dem Überfall (12 Monate)		
Anzahl	Tage	Anzahl	Tage	
0	0	2	49	
0	0	1	6	
0	0	1	5	
3	25	3	41	
3	25	7	101	= 36.768,04 €

Ausfallverhalten der nicht sofort betreuten Mitarbeiter/Innen

Ausfalltage vor dem Überfall (12 Monate)		Ausfalltage nach dem Überfall (12 Monate)		
Anzahl	Tage	Anzahl	Tage	
0	0	1	45	
2	31	5	143	
0	0	2	211	
0	0	2	19	
2	31	10	418	= 152.168,72 €
		Unterschied	= 317	= 115.400,68 €
			1 Ausfalltag lt. UKPT	= 364,04 €

Quelle: Notfallbereitschaft (Notfallteam) der Deutschen Post AG, Frankfurt am Main

Die Anzahl der Ausfalltage von sofort betreuten Mitarbeitern liegt deutlich unter der nicht betreuter Betroffener. Bei einem Unterschied von 317 Ausfalltagen und einem Ausfalltag à 364,04 € (lt. UKPT) kann eine Kostenersparnis von 115 400,68 € erwartet werden.

3. Das Trauma der Helfer- Bewältigung belastender Ereignisse bei Feuerwehr und Rettungsdiensten

3.1 Vorbemerkungen

Der Begriff der „Katastrophe“ ist gegenwärtig sowohl politisch als auch im individuellen Verständnis von Menschen unterschiedlich definiert. Für Organisationen und Behörden mit Sicherheitsaufgaben mag die „Katastrophe“ bei einem „Massenanfall“ von Verletzten beginnen, für den Einzelnen kann der Verlust eines vertrauten Menschen oder seines Arbeitsplatzes eine persönliche „Katastrophe“ sein. Dazu kommt, dass wir in unserer Gesellschaft offenbar sehr weitgehend verlernt haben, mit menschlicher Begrenztheit und Endlichkeit umzugehen und dem Wahn erlegen sind, dass Unglücke größeren oder größten Ausmaßes grundsätzlich andere treffen.

Im hier zur Debatte stehenden Sinn meint „Katastrophe“ ein Geschehen, das auf verschiedenen Ebenen (z.B. intellektuell, emotional, körperlich, organisatorisch-logistisch, technisch) die gängigen menschlichen Lebens- und Krisenbewältigungsmuster extrem fordert oder überfordert.

Zu einer umfassenden Anthropologie im Sinn einer ganzheitlichen Betrachtung des Phänomens der „Katastrophe“ und des von ihm betroffenen Menschen gehört eine Analyse der nichttechnischen, nicht rein physiologischen, also der „psychologischen“ oder „seelsorgerlichen“ Komponenten dieses Geschehens. Und es gehört dazu, nicht bei der Analyse stehen zu bleiben, sondern genauso, wie dies z.B. einsatztaktisch für logistische Fragen geplant wird, taktische Konsequenzen für den „psychologischen“ Sektor zu entwickeln.

Dabei müssen sowohl Helfer, als auch Betroffene in den Blick kommen; diese Duplizität ist auch der Hintergrund der folgenden Darstellung unter den Aspekten Prävention, Einsatzbegleitung und Nachsorge.

3.2 „Stressoren“ im Großschadensfall und in der „Katastrophe“

Dass eine „Katastrophe“ belastend ist, ist deutlich - aber warum ist sie das? Mögliche Stressoren, denen Helfer in besonderem Maße ausgesetzt sind, und die zu extremen Reaktionen auf das Ereignis führen können, sind die Folgenden:

Größe und Unüberschaubarkeit einer Einsatzstelle	Anblick von Verletzten, Verstümmelten, Toten, insbesondere von Kindern oder bekannten Personen
Orientierungsprobleme in unbekanntem Objekten oder Gegenden	Personen in Zwangslagen, deren Befreiung lange dauert oder nicht gelingt
schlechte Sichtverhältnisse durch Nebel, Rauch, Dunkelheit	Gerüche, Schreie
Kommunikationsprobleme durch „Salat“ im Funkverkehr, sprachgrenzenüberschreitende Einsätze, Aufregung, Lärm	Verletzung oder Tod von Helfern
nächtliche Einsätze mit geringer Vorwarnzeit	Behinderung durch Gaffer oder Sensationsjournalismus
extreme Temperaturen	Umgang mit Gefahrgut

langandauernde Einsätze	mitgebrachte eigene akute oder chronische Probleme, die verhindern, dass man den Kopf frei hat für das aktuelle Ereignis
Verkehrsberuhigung auf Zufahrtswegen	Zwang, Verletzte zu verlassen („Sichtung“) oder den einen sterben lassen zu müssen, um den anderen retten zu können
Versagen oder Ungenügen der eingesetzten Technik	Eskalation der Lage
Bedienungsfehler	Auslandseinsätze mit längerer Vorlaufzeit bis zum Eintreffen am Schadensort und daraus resultierenden frustrierenden Erfahrungen (nur noch Bergung von Toten, katastrophale hygienische Bedingungen, anderes Verständnis von individuellem Leid u.a.).
Kompetenzgerangel der beteiligten Organisationen oder innerhalb einer Organisation	

3.3 Methoden zur mentalen und psychischen Bewältigung

Vorbereitungsmöglichkeiten:

- Intensive Fachausbildung und qualifiziertes Training
- Integration der psychologisch- seelsorgerlichen Komponente in Übungen zur Großschadenssthematik
- Information über mögliche psycho- physische Folgen extremer Einsätze
- Information über bestehende Hilfs- und Begleitangebote
- Sport/ körperliche Fitness
- Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, Schwachpunkten, Konflikten
- Anleitung zur Selbstreflexion in der Ausbildung
- offene Gespräche über dieses Thema in die Aus- oder Fortbildung

Wer an der Einsatzstelle qualifiziert auf die psychischen Bedürfnisse von Helfern und Betroffenen eingehen möchte, muss sich die Struktur und Inhalte dieses Begleitangebotes vorher überlegt haben. Niemand baut ein „Notfallseelsorge“system, das einer „Katastrophe“ gewachsen ist, im Moment der „Katastrophe“ auf. Inhalte und Arbeitsformen eines solchen Systems sind zwischen allen beteiligten „Anbietern“ (Kirchen, Psychologen, Soziologen, Mediziner, Ehrenamtlichen verschiedener Organisationen) und potenziellen „Abnehmern“ (Helfern und Betroffenen [die natürlich vorher nicht bekannt sind]) eng abzustimmen. Dabei müssen u.a. folgende Punkte geklärt werden:

- Alarmierung der „Notfallseelsorge“
- Festlegung von Alarmstichworten
- Klärung der von der „Notfallseelsorge“ wahrzunehmenden Aufgaben in den drei Bereichen Prävention, Einsatzbegleitung, „Einsatznachsorge“
- Ausbildung(sstandards) der „Notfallseelsorge“ festlegen und für die „Abnehmer“ transparent machen
- Ausrüstung beschaffen unter den Aspekten der Beachtung der Unfallverhütungsvorschrift (UVV) und der klaren Identifizierbarkeit gerade an einer Großschadensstelle
- Bereitschaftssystem aufbauen, Alarmfolge regeln, Telefonlisten anlegen
- Mobilität sicherstellen, abstimmen mit Feuerwehrereinsatzleitung/Leitstelle, Versicherungsfragen klar regeln, Beauftragungen schriftlich fixieren
- „Supervision“ sicherstellen

In der Einsatzsituation:

In der Einsatzsituation selbst bieten sich u.a. folgende Verhaltensweisen an, um selbst "standfest" zu bleiben oder es wieder zu werden oder anderen dabei zu helfen:

Auf dem Weg zum Einsatzort sich seiner selbst vergewissern: Was ist die Basis, auf der ich stehe? Was ist das Fundament meines Lebens?	Betreuung von Schwerverletzten und Sterbenden als oberste Priorität der „Notfallseelsorger“ ansehen und für Personal und wenn möglich, Räume sorgen
Sich auf die eigenen Kompetenzen besinnen, diese durchgehen und aktivieren	Anlaufstellen zur Information und Betreuung von Angehörigen einrichten
sich nicht kopfüber ins Geschehen stürzen oder sich von anderen kopfüber hineinzerren lassen	tief durchatmen, bewusst ausatmen
versuchen, einen Überblick zu gewinnen und - je nach eigener Funktion - Abschnitte bilden, einteilen, delegieren, Prioritäten setzen - egal, ob als technischer oder medizinischer oder seelsorgerlicher Helfer vor Ort	Mitleid ja - Identifikation nein! eigene Grenzen bewusst akzeptieren
Einrichten von Rückzugsräumen für erschöpfte Helfer, wo das Angebot eines Gespräches besteht, ebenso für unverletzte Betroffene und Angehörige, bei beiden ist für eine konsequente Abschirmung vor den Medien zu sorgen	Selbstbeobachtung: Wie rede ich, in welchem Tonfall ? Wie sind meine Bewegungen ? Gebe ich noch sinnvolle „Anordnungen“ oder kann ich empfangene „Anordnungen“ noch sinnvoll umsetzen ?
Wenn ich hier in den kritischen Bereich komme:	
Pausen machen, nicht bis zum eigenen Kollaps durcharbeiten	wenn einem nach Weinen zumute ist, dann weine man
in diesen Pausen versuchen, so weit das möglich ist, emotional und räumlich aus der Situation auszusteigen, um dann wieder neu anzufangen	den Kollegen im Blick haben und kleine Freundlichkeiten und „Ermunterungen“ einbringen: ein anerkennender Blick, ein zustimmendes Kopfnicken, ein gutes Wort, ein Händedruck oder ein (seitliches!) Schulterklopfen sind wie frisches Wasser in der Wüste
sich ablösen lassen	als „Führungskraft“ die eigenen Leute nicht sich selbst überlassen, sondern das begründete Gefühl geben, jetzt und hinterher für sie da zu sein
auf Flüssigkeits-, Kohlehydrat- und Mineralstoffzufuhr achten	eigene und fremde "Maulhelden" und Wichtigtuere freundlich, aber bestimmt zurechtweisen und zur Not unmittelbaren Zwang anwenden (<u>lassen</u>)

3.4 Angebote/Maßnahmen zur „Einsatznachsorge“ und weiteren Begleitung

Nach dem Einsatz ist der Einsatz solange nicht abgeschlossen, wie die Begleitung und Betreuung derjenigen, die sich dieses wünschen, nicht abgeschlossen ist.

Hier gibt es mittlerweile ein erfreuliches Spektrum von Methoden und Institutionen, die sich der Helfer und Betroffenen annehmen. Eine Auswahl soll im folgenden dargestellt werden:

- Ein bewusstes menschliches Interesse am Kollegen, dass ihn nicht nur sieht, sondern versucht, ihn 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 gerade geht; dazu gehört die Schaffung und Pflege eines Klimas, in dem Befindlichkeitsäußerungen nicht vordergründig sanktioniert und objektiviert, sondern als individuelle Meinung akzeptiert bleiben

- Autarkie ist sicherlich wünschenswert, aber gerade in dem hier verhandelten Grenzbereich menschlichen Lebens kann man wohl kaum alles alleine bewältigen - und muss es auch nicht; diese
- Einsicht sollte in den Köpfen von Helfern und Betroffenen einer „Katastrophe“ dazu führen, dass man Austausch und Gespräch sucht.
- Dieses Gespräch kann informellen Charakter haben, wenn es in direkter zeitlicher Nähe zum Einsatz stattfindet („**Defusing**“) und dient dann der Klärung der aktuellen Befindlichkeit und der Information über weitergehende Gesprächs- und Bearbeitungsangebote, spricht damit eine überschaubare Gruppe von Helfern an.
- Stärker strukturiert läuft dagegen das geregelte „**Einsatznachgespräch**“ ab, das an verschiedenen Formen der Gesprächsführung (z.B. dem „**Debriefing**“) orientiert werden kann. Die Teilnahme ist freiwillig.

Nicht nur die direkt am Einsatzgeschehen beteiligt gewesenen Helfer müssen in den Blick der Nachsorge kommen, sondern auch deren Verwandte und nähere Bezugspersonen, denn viele Helfer nehmen die Belastungen und manchmal extremen Erfahrungen mit nach Hause. Das heißt, dass „Einsatznachsorge“ breit gefächert sein muss im Sinn psychologischer, psychiatrischer, theologisch-seelsorgerlicher, familienbezogener, finanzieller, beruflicher und juristischer Begleitung, wenn sie gewünscht wird.

2.5 Fazit und Perspektive

„Psychologische Einsatzbegleitung“ ist nur interdisziplinär denkbar und sinnvoll. Das hochkomplexe und dramatische Ereignis einer „Katastrophe“ ist kein Reservat zum Austoben einzelner Bewältigungsstars. Mediziner, Psychologen, Theologen, Soziologen, Pädagogen und andere müssen hier zusammenwirken, allein schon deshalb, weil das mögliche katastrophale Geschehen ja in einer ebenfalls hochkomplexen und manchmal disparaten Gesellschaft stattfindet.

Die „psychologische Begleitung“ von Menschen in extremen Notlagen ist sicherlich ein Thema, das zunehmend bedeutsam werden wird in einer mehr und mehr technischer und vernetzter werdenden Welt mit ihren für den Einzelnen immer weniger durchschaubaren Strukturen.

Wünschenswert zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint deshalb eine bundesweite Vernetzung der zahlreichen guten Initiativen zur „psychologischen Begleitung“ von Menschen in Katastrophensituationen, um einer Zerfaserung, Zerredung und regionalen „Neuerfindung des Rades“ vorzubeugen – und einer drohenden Kommerzialisierung dieses Handlungsfeldes.

4. „Handlungsempfehlungen für ein intersektorales Präventions-, Krisen- und Versorgungsmanagement bei traumatisierenden Ereignissen“

Der Umgang mit traumatischen Ereignissen ist ein Thema von großer Bedeutung und es besteht ein dringender Bedarf, sich mit dieser Thematik zu beschäftigen. Obwohl zum Teil sehr gute Einzellösungen zur Prävention von Folgen traumatischer Ereignisse, zur Akutbehandlung, Versorgung und Rehabilitation ausgearbeitet wurden und praktiziert werden, handelt es sich vielfach um Insellösungen, die nur innerhalb eines engen regionalen Raumes, eines Unternehmens, eines Organisationsverbandes etc bekannt gemacht und genutzt werden.

Es bestehen deshalb erhebliche Defizite im übergreifenden Austausch zwischen den Zuständigen, um Entwicklungen und Erfahrungen zu kommunizieren und nutzbar zu machen und die Kooperation an Schnittstellen der Verantwortung zu verbessern. Notwendig ist also ein Informations- und ein Kooperationsnetzwerk der Verantwortlichen für den Umgang mit traumatischen Ereignissen.

Das Projektteam fungiert dabei als neutraler Rahmengeber bzw. Katalysator, das den Prozess unterstützt, aber keineswegs vorgeben will. Das Projekt folgt also einem kooperativen Ansatz. Ziel des INQA Projektes 13-03 ist also die kooperative Entwicklung einer Handlungsempfehlung für ein intersektorales Präventions- Krisen- und Versorgungsmanagement, das das ganze Spektrum von Prävention über Krisenmanagement bis hin zur Versorgung und Wiedereingliederung in das Berufsleben umspannt. Als Teilziele können 5 Phasen des Projektes formuliert werden.

1. Phase der Identifikation der Zielgruppen und Akteure

Zunächst werden Zielgruppen identifiziert, die vermehrt traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind sowie Akteure, die für die Versorgung der Betroffenen zuständig sind. Die Liste der Betroffenengruppen und der Zuständigen ist noch nicht vollständig. Mit Hilfe des Thematischen Initiativkreises und anderen Berater soll der Kreis der zu kontaktierenden Institutionen erweitert und konkretisiert werden.

betroffene Berufsgruppen und Branchen

Beschäftigte im Verkehrswesen	Gesundheitswesen (Intensivpflege)
Bank- und Postfilialen	Journalisten
Arbeitsämter	Wach- und Sicherheitsdienste
Sozialämter	Feuerwehr
Jugendämter	Rettungsdienste
Ausländerbehörden	Polizei, Bundesgrenzschutz
Schule	Militär
Einzelhandel	

zuständige Akteure:

Unfallversicherer	Länder
Behörden	Kommunen
Berufsverbände	Netzwerke von Psychologen und Seelsorger
Arbeitnehmerverbände	Vertreter aus Wissenschaft und Forschung
Arbeitgeberverbände	

2. Phase der Strukturhebung

Um eine möglichst breite Strukturhebung zu gewährleisten werden die in Phase 1 erfassten zuständigen Akteure schriftlich befragt.

Auf der Ebene der Organisation werden Konzepte für Prävention, Akutversorgung sowie Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen innerhalb der Institution und gesetzlichen Rahmenbedingungen erfragt, auf der Ebene der Kooperation zwischen den Akteuren werden bei den einzelnen Akteuren Schnittstellen zu anderen Institutionen, aktuell bestehende Zusammenarbeitskonzepte zwischen Institutionen sowie wahrgenommene Defizite in Versorgung und Kooperation.

Die Ergebnisse dieser Fragebogenuntersuchung bilden die Informationsbasis für eine vergleichende Deskription und Analyse des Strukturaufbaus der zuständigen Akteure. So wird eine Strukturierung nach einem Raster vorgenommen werden, das einerseits die zeitliche Komponente (Prävention bis Wiedereingliederung in das Arbeitsleben mit den jeweilig Zuständigen - denn das sind aufgrund der Fragmentierung der Zuständigkeit nicht immer die gleichen von Anfang bis Schluss), und andererseits nach unterschiedlichen Zielgruppen bzw. Einsatzbereichen erfasst. Außerdem muss unterschieden werden, ob Maßnahmen für Einzelereignisse, Großschadensereignisse oder Katastrophen vorliegen.

Als Raster bietet sich das Modell der Prävention, Behandlung und Rehabilitation des Committee on Prevention of Mental Disorders nach Mrazek und Haggerty (1994) an. Mit den Stufen universelle Prävention, selektive Prävention, indizierte Prävention, Fallfindung, Behandlung, Behandlung chronischer Erkrankungen und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben wird ein weiter Bogen gespannt, der alle Aktivitäten und Akteure zeitlich zuordnen lässt und zudem hinsichtlich unterschiedlicher Zielgruppen aufgegliedert werden kann.

3. Phase der Expertenbefragung

In einem dritten Schritt werden strukturierte, halbstandardisierte Interviews mit Schlüsselpersonen, d.h. repräsentativen Einzelpersonen geführt. Thema sind konkrete Vorstellungen der Akteure hinsichtlich des Umgangs mit traumatisierenden Ereignissen und der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, und diesbezüglich individuelle und kollektive Zielsetzungen, verfügbare Ressourcen, politische Überlegungen, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Zeitvorstellungen. Die Ergebnisse der Interviews werden ausgewertet und mit den Basisdaten kombiniert.

4. Phase der Rückmeldung

In einer vierten Phase werden die gesammelten Informationen den Akteuren zugänglich gemacht. Ziel ist dabei das Schaffen eines gleichen Informationsstandes, um auf der Basis dessen in einer 5. Phase Absprachen treffen zu können. gleich ist.

5. Phase der kooperativen Entwicklung

Auf dem in Phase 4 geschaffenen einheitlichen Informationsstand basierend werden in Phase 5 durch die Akteure im Rahmen eines Workshops kooperativ und moderiert durch das Projektteam formelle oder informelle Absprachen bzw. Konzepte für den Ernstfall in Form eines Kodex oder Regulariums erarbeitet und verabschiedet, sowie institutionalisierte Möglichkeiten zum Austausch von Inhalten z.B. in Form einer Austauschbörse entwickelt. Eine Strukturbildung soll dabei sowohl auf politischer als auch auf operativer Ebene stattfinden.

Anvisierte Ergebnisse:

- 1. eine möglichst vollständige Liste zuständiger Akteure**
- 2. Informationen zu bestehenden Maßnahmen der Prävention, Intervention und Nachsorge für unterschiedliche Zielgruppen und von verschiedenen Akteuren**
- 3. Informationen über Schnittstellen der Verantwortung**
- 4. Informationen über Szenarien, auf die die jeweiligen Schnittstellen zutreffen**
- 5. Handlungsempfehlungen für ein intersektorales Präventions-, Krisen- und Versorgungsmanagement bei traumatisierenden Ereignissen**
- 6. schriftliche Berichte sowie CD- ROM- bzw. Internetauftritt**
- 7. Pläne zu weitergehenden Aktivitäten**

5. Zusammenfassung des Round Table Gespräches

Frau Dr. Gunda Maintz, Leiterin des Fachbereichs "Betrieblicher Arbeitsschutz" der BAuA, hatte die Moderation des Round-Table-Gesprächs übernommen. Ihre Gesprächspartner waren:

Frau Katrin Boege, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit. Als klinische Psychologin ist Frau Boege beim BGAG mit dem Arbeitsgebiet Notfallpsychologie betraut, für das sie auch Erfahrungen aus einem Kriseninterventionszentrum mitbringt.

Herr Kay Leonhardt, Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes. Bei seiner Tätigkeit, in der die psychosoziale Unterstützung einen wesentlichen Schwerpunkt darstellt, kann er sich u. a. auf seine Erfahrungen vom ICE-Unfall in Eschede stützen. Dort hatte er die Einsatzkräftenachsorge mit initiiert.

Herr Dr. Rolf Manz, Bundesverband der Unfallkassen, dem die Leitung des Thematischen Initiativkreises "Traumatisierende Ereignisse" obliegt. Die Prävention, Intervention und Rehabilitation bei traumatischen Ereignissen gehört zu seinen Arbeitsschwerpunkten innerhalb des Geschäftsbereiches Prävention des BUK.

Herr Hans-Jürgen Marker, Bundesvorstand der Gewerkschaft der Polizei. Aus gewerkschaftlicher Sicht engagiert sich Herr Marker für die Vor-, Akut- und Nachsorge bei Polizeibeamten, die durch traumatisierende Ereignisse gefährdet sind. So setzte er sich auch erfolgreich für ein Forschungsprojekt zu dieser Thematik bei der BAuA ein.

Frau Ulrike Teske, ver.di Sowohl in ihrer jetzigen Tätigkeit für ver.di als auch in ihren früheren Arbeitsbereichen, z. B. dem Einzelhandel, ist Frau Teske immer wieder mit dem Problem der psychischen Traumatisierung, vor allem durch gewalttätige Übergriffe auf Beschäftigte, konfrontiert worden und kann diese Erfahrungen in die TIK-Arbeit einbringen.

Die Frage der Moderatorin "Steckt das Gebiet noch in den Kinderschuhen?" löste lebhaftere Diskussionen aus. Festgestellt wurde, dass zwar nicht bei Null begonnen werden muss - im Präventionsbereich liegt eine Reihe von verfügbaren Maßnahmen vor -, aber sowohl hinsichtlich der Verfahrensweise als auch ihrer praktischen Umsetzung bleibt viel zu tun.

Im Einzelnen wurden angesprochen:

- das Problem der Vorbeugung: Besonders mit Blick auf Gewaltfälle ist die Vermeidung im Vorfeld verbesserungsbedürftig. Das Thema "Traumatisierung" braucht stärkere Beachtung in der Gefährdungsbeurteilung.
- das Problem der Intervention: Man setzt Verfahren ein (Mitchell!), von denen man weiß, dass sie umstritten sind. Aber man hat nichts anderes.
- das Problem des Zugangs zu Therapeuten: Datenbanken über erreichbare Fachleute im regionalen Umfeld fehlen, auch für die Finanzierung der Nachsorge sind Klärungen erforderlich.
- das Problem der arbeitsrechtlichen Anerkennung einer posttraumatischen Störung als arbeitsbedingt.
- das Problem der Kommunikation und Kooperation zwischen verschiedenen Trägern.

Einigkeit herrschte darüber, dass entscheidend sei, was "unten", also vor Ort bei den (potentiell) Betroffenen, ankomme. Hier zeige sich deutlicher Handlungsbedarf.

Herr Leonhardt brachte die Beantwortung der Frage auf den Punkt - mit einem optimistischen Ausblick: "Wir stecken noch in den Kinderschuhen, aber das Baby wächst schnell!"

Im Ergebnis dieser Situationsbewertung wurden Erwartungen an den TIK bzw. Aufgabenstellungen für den TIK formuliert.

Zentrales Anliegen aller Beteiligten war die Vernetzung von Informationen, um Insellösungen aus ihrem Inseldasein zu befreien, mehr Kooperation zu ermöglichen und Transparenz zu erzeugen. Verbunden damit soll eine Qualitätsbetrachtung für Methoden und Ausbildungsverfahren (z. B. im Bereich der Psychologischen Ersten Hilfe) sein. Schließlich bleibt auch für Verständnis und Akzeptanz des Themas in der Öffentlichkeit einiges zu tun (anschauliche Fälle, Belege für Sinnhaftigkeit der Prävention, Best-Practice-Modelle).

Kontaktadressen:

Bundesverband der Unfallkassen
Fockensteinstr. 1, 81539 München
Postfach 90 02 62, 81502 München

Projektleitung BUK: PD Dr. Rolf Manz
E-Mail: Rolf.Manz@unfallkassen.de
Telefon: 089/ 62272-172

Projektkoordination BUK: Katharina Ritter
E-Mail: Katharina.Ritter@unfallkassen.de
Telefon: 089/ 62272-212

Projektbegleitung BAuA: Barbara Weißgerber
E-Mail: weissgerber.barbara@baua.bund.de
Telefon: 0351/8062-440