

**Die peritraumatische Intervention:
eine deskriptive Darstellung
der psychosozialen Notfallversorgung**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von

Andreas Müller-Cyran M.A.

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Willi Butollo

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Norbert Brieskorn S.J.

Datum der mündlichen Prüfung: 24.07.2006

Inhaltsverzeichnis

1	Danksagung	5
2	Einleitung	6
3	Entstehung und Entwicklung der strukturierten peritraumatischen Intervention	8
3.1	Allgemeine Voraussetzungen	8
3.2	Krisenintervention im Rettungsdienst: KIT-München	11
3.2.1	Mitarbeiter von KIT-München: Auswahl und Ausbildung	13
3.2.2	Dokumentation	18
3.2.3	Kritische Würdigung der Dokumentation und Ausblick	36
4	Psychosoziale Notfallversorgung und die Konfrontation mit funktionaler Hilflosigkeit	36
4.1.1	Die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod	41
4.1.2	Der plötzliche Tod und die Schuldgefühle der Hinterbliebenen	45
4.1.3	Vertrautsein mit dem Tod?	47
5	Ablauf der peritraumatischen Intervention	49
5.1	Ziele und Grenzen	49
5.1.1.1	Vom Trauma zur Trauer	52
5.1.2	Orientierende Struktur der peritraumatischen Intervention	53
5.1.3	Wahrnehmung eines Betreuungsbedarfes durch Einsatzkräfte	55
5.1.4	Exkurs: Anwesenheit von Angehörigen bei der Reanimation	61
5.1.5	Peritraumatische Intervention: vom Betroffenen gewünscht?	65
5.2	Alarmierung	68
5.2.1	Anfahrt zur Einsatzstelle	69
5.2.2	Eintreffen an der Einsatzstelle	71
5.3	Beginn der Betreuung: erste Kontaktaufnahme	76
5.3.1	Unterbrechung der traumatogenen Exposition	80
5.4	Gestalten des Settings	81
5.5	Orte der psychosoziale Notfallversorgung	82
5.5.1	Psychosoziale Notfallversorgung in Wohnungen	82
5.5.2	Intervention auf Strassen und öffentlichen Plätzen	86
5.6	Das Narrativ in der peritraumatischen Intervention	89
5.6.1	Topos der psychosozialen Notfallversorgung: Schuldgefühle	91
5.6.2	Vorbemerkung: Unterscheidung von Schuldgefühl und „schuldlosem Schuldigwerden“	91
5.6.3	Schuldgefühle	92
5.6.4	Schuldgefühle mit komplexem Hintergrund	97
5.6.5	Schuldgefühle nach Suizid	98
5.6.6	Schuldvorwürfe gegen andere	100
5.6.7	Reale Schuld: schuldlos schuldig werden	101
5.7	Abschied vom Leichnam	104
5.8	Die sozialen Ressourcen	110
5.9	Dauer und Ende der Betreuung	113
5.9.1	Phänomenologisches Screening, Zusammenarbeit mit weiterführenden Einrichtungen	117
5.9.2	Hinweis auf psychosoziale Einrichtung nach Tod eines Kindes	117
5.9.3	Hinweis auf psychosoziale Einrichtung nach Gewalterfahrung	118
5.9.4	Hinweis auf psychosoziale Einrichtung bei Hinterbliebenen nach Suizid	119
5.9.5	Die dissoziative Amnesie	119

5.9.6	Schriftlicher Hinweis auf Ansprechpartner und Psychoedukation	121
5.9.7	Verständigung psychosozialer Einrichtungen in der Geh-Struktur	122
6	<i>Kasuistiken</i>	123
6.1	Kasuistik 1: Betreuung einer Witwe nach internistischer Todesursache	124
6.2	Kasuistik 2: psychosoziale Notfallversorgung nach Suizid	132
6.3	Kasuistik 3: Psychosoziale Notfallversorgung beim Überbringen einer Todesnachricht	138
6.4	Kasuistik 4 und 5: psychosoziale Notfallversorgungen bei bestehenden sozialen Ressourcen	145
6.5	Kasuistik 6: psychosoziale Notfallversorgung in einer Schule	148
7	<i>Konzepte für die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in Katastrophen, Groß- und komplexen Schadenslagen</i>	157
7.1.1	Vorbemerkungen	158
7.1.2	Alarmierung	164
7.1.2.1	Keine PSNV ohne Auftrag	164
7.1.3	Sicherheitslage	166
7.1.4	Aufbau rückwärtiger Strukturen	168
7.1.5	Eintreffen an der Einsatzstelle:	169
7.1.5.1	Vom Chaos zur Struktur	169
7.1.6	Entstehung von Grundstrukturen	172
7.1.6.1	Trauernde, Hinterbliebene	172
7.1.6.2	Vermisende	174
7.1.7	PSNV in gemeindenahen Katastrophen	174
7.1.7.1	Vermisende	174
7.1.7.2	Trauernde, Hinterbliebene	180
7.1.7.3	Überlebende, Augenzeugen	181
7.1.8	Bei gemeindefernen Katastrophen	181
7.1.8.1	Vermisende	181
7.1.8.2	Trauernde, Hinterbliebene	183
7.1.8.3	Überlebende, Augenzeugen	183
7.1.8.4	Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe der Bundesregierung („NOAH“)	184
7.1.8.5	Umgang mit Tumult	185
7.1.8.6	Ort für Gruppeninterventionen	187
7.1.8.7	Medien	187
7.1.9	Ende der psychosozialen Notfallversorgung in Katastrophen	188
7.1.9.1	Supervision des PSNV-Teams	188
8	<i>Literaturverzeichnis:</i>	190

1 Danksagung

Die hier vorliegende Arbeit konnte nur entstehen, weil viele Menschen und Institutionen ihren Verfasser unterstützen und tragen. Ihnen allen gilt der Dank.

Besonderer Dank geht an die Hochschule für Philosophie S.J. in München und Pater Professor Dr. Norbert Brieskorn S.J.. Prof. Dr. Willi Butollo vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München sei gedankt für seine Offenheit, Geduld und Solidarität. Seinem Assistent Dr. Markos Maragkos gilt der Dank für manchen konkreten Rat, Hinweis und Ermutigung.

Das Erzbischöfliche Ordinariat München hat den Verfasser für ein Jahr mit der Hälfte seiner Arbeitszeit freigestellt und damit den Rahmen zur Verfügung gestellt, der die vorliegende Arbeit erst ermöglichte. Der Arbeiter-Samariter-Bund, Regionalverband Oberbayern, ist der Träger von KIT-München. Ihm sei Dank für die Überlassung von 4258 Einsatzdokumentationen aus den Jahren 1994 bis 1999.

Psychosoziale Notfallversorgung ist zeitlich nicht disponierbar. Grundlage für die hier vorliegende Arbeit ist die vielfältige und intensive Einsatzerfahrung ihres Verfassers in peritraumatischen Interventionen seit 1994 sowohl alltagsnah wie in Katastrophen. Wenn Freunde und Familie diese Arbeit nicht mittragen würden, wäre sie dem Verfasser nicht möglich.

2 Einleitung

Eine Intervention, die so früh wie möglich – noch während einer traumatischen Exposition oder Minuten danach – einsetzt (d. i. „peritraumatisch“), trägt dazu bei, dass der Betroffene die traumatische Erfahrung angemessener in seine Biographie integriert. Zugleich kann die Intervention dazu beitragen, dass die Ausbildung traumabedingter Störungen verhindert wird und der Betroffene bei Bedarf früher einer qualifizierten, psychotraumatologisch fundierten Akutintervention zugeführt wird oder adäquate psychosoziale Unterstützung erfährt (Hyttén & Hasle, 1989; Carlier, Lamberts, van Uchelen & Gersons, 1998; Katz, Pelegrino, Pandya, Neg & DeLisi, 2002; Gray & Litz, 2005).

Diese Hypothesen können und sollen durch die vorgelegte Arbeit nicht verifiziert werden. Auch die in den letzten Jahren einsetzende bzw. zunehmende wissenschaftliche Forschung zur peritraumatischen Intervention konnte dies bislang nicht leisten (Krüsmann, Karl, Richter & Butollo, 2001; Krüsmann, 2005). Solange sie bzw. Teile oder Aspekte der Hypothesen nicht falsifiziert sind, haben sie jedoch eine hohe Plausibilität und sind derzeit die Arbeitsgrundlage für eine Vielzahl von Einrichtungen, die als psychosoziale Notfallversorgung strukturiert peritraumatische Interventionen für die Bevölkerung (z. B. trauernde oder ein Ereignis überlebende Menschen) durchführen.

Die hier vorgelegte Arbeit beschäftigt sich nicht mit der besonderen Situation von Einsatzkräften, die mit höherer Wahrscheinlichkeit als die Allgemeinbevölkerung extremen einsatzbezogenen Belastungen ausgesetzt sind und häufiger unter traumabedingten Störungen leiden (Mitchell & Everly, 1995). Nur insofern peritraumatische Interventionen zunächst und vorrangig für Einsatzkräfte konzipiert wurden, dann aber auch für andere Zielgruppen angewendet werden, kommen sie in den Blick (z. B. strukturierte Gruppeninterventionen, darunter auch Debriefing nach Mitchell & Everly, 1995).

Die Zielgruppe der strukturierten peritraumatischen Intervention, die in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird, sind akut psychisch traumatisierte

Jugendliche und Erwachsene, die unmittelbar einer traumatogenen¹ Situation ausgesetzt sind: in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um die unerwartete Konfrontation mit dem Tod einer nahe stehenden Person oder der konkreten Möglichkeit des eigenen Todes.

Die Einsatzdokumentation der Einrichtung KIT-München aus den Jahren 1993 bis 1999 wurde teilweise ausgewertet, die Daten werden vorgestellt. Die peritraumatischen Interventionen und ihr Setting in und nach Großschadenslagen oder Katastrophen werden ebenfalls dargestellt.

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erforschung der peritraumatischen Intervention leisten, in dem sie die psychosoziale Notfallversorgung, ihre Arbeitsweise und Ziele, ihre institutionellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die Akteure und ihr Selbstverständnis, ihre Entstehung und Entwicklung beschreibt.

Eine deskriptive Darstellung der peritraumatischen Intervention mit Kasustiken führt zu einer Transparenz darüber, wer für wen auf welche Weise in der psychosozialen Notfallversorgung tätig wird. Sie differenziert den Diskurs über frühe Akutinterventionen in der Psychotraumatologie und trägt zur Entwicklung einer Peritraumatologie bei, die eigene, vernetzte Forschungsansätze nötig und möglich macht. Auf der Grundlage der deskriptiven Darstellung kann eine peritraumatologische Forschung die oben genannten Hypothesen in Zukunft in ihrem Status klären.

Im Titel der vorliegenden Arbeit wird ausdrücklich der Begriff der „psychosozialen Notfallversorgung“ (PSNV) aufgegriffen. Er wurde erstmals im Titel eines Arbeitsberichtes verwendet, den Psychotraumatologen aus Mitgliedsstaaten der EU als „European Policy Paper“ herausgaben: „Psycho-social Support in Situations of Mass Emergency“ (Seynaeve, 2001). Seit dem etabliert sich der Begriff in seiner deutschen Übertragung als „psychosoziale Notfallversorgung“ (Beerlage, Hering & Nörenberg, 2004). Der Begriff wird in

¹ Die Exposition erfolgt im Rahmen einer ‚traumatogenen‘ Situation. Sie wird hier nicht als ‚traumatisch‘ bezeichnet, weil sich erst retrospektiv zeigt, ob der Mensch, der in der traumatogenen Situation exponiert war, eine traumabedingte Störung entwickelt.

der vorliegenden Arbeit deshalb übernommen, weil er die unterschiedlichen Akteure, die peritraumatische Interventionen durchführen, vereint: dies sind in Deutschland einerseits die „Kriseninterventionsteams“. Sie arbeiten unter der Trägerschaft der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst tätig sind (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfallhilfe und Malteser-Hilfsdienst). Andererseits ist zeitgleich mit den Kriseninterventionsteams die Notfallseelsorge entstanden, in der sich im Rahmen interkonfessioneller Zusammenarbeit evangelische und katholische Seelsorger engagieren. Beide Angebotsträger, die Krisenintervention wie die Notfallseelsorge, sind an der psychosozialen Notfallversorgung in Deutschland beteiligt.

3 Entstehung und Entwicklung der strukturierten peritraumatischen Intervention

3.1 Allgemeine Voraussetzungen

Das DSM-IV (APA, 1996) zählt unter 308.3 (Akute Belastungsstörung) und 309.81 (Posttraumatische Belastungsstörung) „traumatische Ereignisse“ auf, die die Entwicklung und Ausprägung einer Akuten und/oder Posttraumatischen Belastungsstörung zur Folge haben können. *„Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leids, oder Androhung des Todes oder einer Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahe stehenden Person (Kriterium A1) ... Traumatische Erfahrungen, die direkt erlebt wurden, umfassen folgende Erlebnisse (sind aber nicht auf diese begrenzt): kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle ... Beobachtete Ereignisse umfassen, ohne auf diese begrenzt zu sein: die Beobachtung*

einer schweren Verletzung oder eines unnatürlichen Todes bei einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg oder Katastrophe oder der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder Körperteils. Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat, umfassen, ohne auf diese beschränkt zu sein: gewalttätige persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Familienmitglied oder einer nahe stehender Person zugestoßen sind, vom plötzlichen, unerwarteten Todes eines Familienmitglieds oder einer nahe stehenden Person zu hören ...“ (APA, 1996).

In Deutschland (wie in allen Ländern Europas und Nordamerikas) besteht ein strukturiertes System der akuten Hilfeleistung, das in der überwiegenden Mehrzahl der Ereignisse zum Tragen kommt, die das DSM-IV als „traumatisch“ definiert (sofern die im DSM-IV genannten Ereignisse in der derzeitigen politischen und geographischen Lage in Deutschland überhaupt auftreten). In einer Untersuchung (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998) zeigt sich, dass die meisten Menschen, nämlich 60% von 2181 befragten Personen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren, einem traumatisierenden Ereignis ausgesetzt werden, indem sie den unerwarteten Tod eines nahen Verwandten oder Freundes miterleben mussten. 14,3% dieser Betroffenen, also jede siebte Person, erkrankte an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Breslau et al. führten die Studie in den USA (Detroit) durch, eine ähnliche Studie ist für Deutschland nicht veröffentlicht. Es gibt jedoch keinen Grund, diesen Befund aus den USA nicht auch auf Deutschland zu übertragen.

Die große Mehrzahl „unerwarteter Todesfälle“ dürfte für die präklinische Notfallmedizin relevant sein, weil sie außerhalb der Krankenhäuser auftreten. Als Todesursachen hat der „Akute Myokardinfarkt“ (ICD-10: I21) neben weiteren Diagnosen der internistischen Medizin, Vergiftungen (z. B. durch Suizid) und Verletzungen (z. B. durch Suizid, Unfälle) Bedeutung. Die Erfassung und Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes über Sterbefälle in Deutschland lässt keine sicheren Rückschlüsse darauf zu, wo und unter welchen Umständen die Menschen gestorben sind: ob zu Hause im Rahmen einer palliativmedizinischen Versorgung (z. B. durch einen Hospizverein) oder durch ein akutes kardiales Geschehen; ob durch Suizid im häuslichen Bereich

oder Tage oder Wochen nach einem Suizidversuch im Krankenhaus. Die Statistik weist nur die Diagnose aus, die zum Tod geführt hat (Statistisches Bundesamt, 2004). Der Ort, an dem der Tod eintritt, wird nicht erfasst bzw. nicht ausgewertet. Daher kann nur geschätzt werden, dass etwa ein Fünftel bis ein Viertel aller Menschen, die in Deutschland sterben, nicht in Krankenhäusern oder Altenheimen sterben.

Dabei spielen die Todesursachen „Transportmittelunfälle“, „Stürze“ und „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ mit insgesamt 2% nur eine untergeordnete Rolle. 45% aller Todesfälle sind durch „Krankheiten des Kreislaufsystems“ verursacht, weitere 8,2 % durch Myokardinfarkt. Der Tod, der durch die genannten Diagnosen verursacht wird, tritt zu einem – wiederum nur schätzbaren Anteil – akut und damit präklinisch ein.

Bei plötzlichen Todesfällen, die im häuslichen oder im öffentlichen Bereich auftreten, arbeiten in Deutschland verschiedene Akteure. Es ist dies zunächst der Rettungsdienst, in dem Notärzte zusammen mit Rettungsassistenten und Rettungssanitätern zu Menschen in vital bedrohlichen Zuständen alarmiert werden, nachdem ein Zeuge des Ereignisses einen Notruf² getätigt hat. Tritt der Tod ein, so ist in den meisten Fällen die Polizei (sowohl die Schutz-, als auch – für die Todesermittlung – die Kriminalpolizei) involviert. Polizei wird auch beim Auftreten von Gewalt tätig. Bei (Verkehrs-) Unfällen und Bränden wird zusätzlich die Feuerwehr tätig, die in Städten über 100.000 Einwohnern berufsmäßig, sonst freiwillig organisiert ist.

Zum Abholen des Leichnams verständigen bei natürlichen Todesarten die Hinterbliebenen, bei nicht natürlichen oder nicht aufgeklärten Todesarten die Polizei einen Bestatter.

Dieses in Deutschland wie in allen Industrienationen gut ausgebaute und verlässlich arbeitende Notfall-System führt dazu, dass kaum eine Situation, die in den A-Kriterien des DSM IV (APA, 1996) unter 309.81 als traumatische Ereignisse aufgezählt sind, nicht strukturiert und organisiert durch Einsatz-

² unter der Rufnummer 110, 112 oder 19222

kräfte aus Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst wahrgenommen wird. Im Interesse einer sekundären Prävention (Kaplan, Freedmann & Sadock, 1980) traumabedingter Störungen liegt der Gedanke nahe, dass eine psychotraumatisch fundierte Wahrnehmung betroffener Menschen nicht erst einsetzt, wenn sich – oft erst Wochen oder Monate nach der Exposition – Symptome manifestieren, sondern bereits unmittelbar oder so früh wie möglich nach der Exposition.

Die erste Einrichtung, die diesen Ansatz in Europa strukturiert und alltagsnah wie auch in Katastrophen und Großschadenslagen umsetzt, ist die vom Verfasser in den Jahren 1992/1993 in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Prof. Dr. Willi Butollo, konzipierte und seit 9.3.1994 tätige Einrichtung „KIT-München“ (Krisenintervention im Rettungsdienst) (Grasberger, 1994; Arnold, 1995).

3.2 Krisenintervention im Rettungsdienst: KIT-München

Die Einrichtung entstand als Reaktion auf die wiederholten und nachdrücklichen persönlichen Erfahrungen des Verfassers, der in den achtziger und zu Beginn der neunziger Jahre hauptberuflich als Rettungsassistent auf dem Rettungswagen, Rettungshubschrauber und in der Rettungsleitstelle in München arbeitete.

Kasuistik 1

Im Frühjahr 1989 wird der Verfasser, der an diesem Tag auf einem Rettungswagen (RTW) Dienst tut, von der Rettungsleitstelle zu einem Verkehrsunfall geschickt. Beim Eintreffen an der Unfallstelle findet er einen sechs Jahre alten Jungen vor, der von einer Straßenbahn erfasst wurde. Er hebt das Kind aus dem Gleisbett und beginnt mit Wiederbelebungsmaßnahmen (Reanimation). Es stellt sich heraus, dass das Kind Verletzungen erlitten hat, die mit dem Überleben nicht vereinbar sind. Trotzdem fällt der Notarzt die Entscheidung, das Kind unter laufender Reanimation in ein Krankenhaus zu transportieren. Dem Verfasser fällt auf, dass ein Mann und eine Frau abseits der Straßenbahn stehen und offensichtlich einen Bezug zur Situation haben. Er spricht sie an und es stellt sich heraus, dass es sich um die Eltern des Kindes handelt. Die

Mutter berichtet, dass sie – mit Einkaufstaschen in der Hand – gemeinsam mit ihrem Sohn, der auf einem kleinen Fahrrad fuhr, die Strasse, in deren Mitte der Trambahngleise verlegt sind, überqueren wollte. Weil die Strasse an dieser Stelle etwas abschüssig ist, fuhr der Junge auf dem Fahrrad etwas schneller, überquerte bei grüner Fußgängerampel die Straße und fuhr in das Gleisbett der Trambahn hinein. Dabei übersah er die Tram und wurde vor den Augen der Mutter von der Tram erfasst. Die Mutter sagt, sie hätte noch geschrien, ihr Sohn habe sie aber wegen der hohen Umgebungslautstärke der Strasse nicht hören können.

Die Eltern begleiteten den Transport ihres Kindes in das Krankenhaus und waren zugegen, als ihr Kind vom Arzt für Tod erklärt wurde.

In diesem Einsatzablauf fällt auf, dass zwar alle Einsatzkräfte, die unmittelbar mit der notfallmedizinischen Versorgung des Patienten befasst sind, wahrnehmen und wissen, dass der Zustand des Patienten infaust ist. Dennoch fehlt sowohl das Wissen wie auch der (innere oder äußere) Auftrag, für Menschen tätig zu werden, die unmittelbar unter dem Eindruck des Todes einer nahe stehenden Person stehen, medizinisch-körperlich jedoch nicht behandlungspflichtig sind.

Aus dieser und zahlreichen ähnlich gelagerten Erfahrungen heraus entstand der Gedanke, eine in den Rettungsdienst integrierte und von Rettungsdienstmitarbeitern personell getragene Einrichtung zu schaffen mit dem Ziel, akut psychisch traumatisierte und trauernde Menschen zu betreuen. Neben der Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen wie Einsatzfahrzeug und der Vernetzung mit der Rettungsleitstelle mussten interessierte Mitarbeiter ausgewählt und ausgebildet werden.

Für die Konzeption der Einrichtung war das Selbstverständnis, das von der Arbeit im Rettungsdienst geprägt war, maßgebend: so, wie im Rettungsdienst der Notfallpatient zunächst stabilisiert und einer geeigneten Einrichtung (meist einem Krankenhaus) zur definitiven Versorgung zugeführt wird, so dient auch die Krisenintervention nur einer ersten emotionalen Stabilisierung. Ziel und Anspruch von „Krisenintervention im Rettungsdienst“ war und ist es nicht,

eine „definitive“ psychische Versorgung im peritraumatischen Intervall durchzuführen, sondern betroffene Menschen nach ersten stabilisierenden Maßnahmen unmittelbar nach der traumatogenen Exposition bedarfsgerecht in die vorhandenen Strukturen der psychosozialen Regelversorgung zu integrieren.

In der peritraumatischen Intervention wird psychotraumatologisch orientiert gearbeitet. Die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod oder seiner Möglichkeit löst bei vielen Menschen eine Akute Belastungsreaktion aus (WHO, 1993), wie sie im ICD 10: F43.0 beschrieben wird. Doch nur ein Teil betroffener Menschen entwickelt später eine traumabedingte Störung. Die Mehrzahl der Menschen, die mit dem plötzlichen Tod eines Angehörigen konfrontiert sind, werden daran nicht krank, sondern trauern (vgl. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

3.2.1 Mitarbeiter von KIT-München: Auswahl und Ausbildung

Die Entstehung von KIT-München ist eng mit konkreten Einsatzerfahrungen aus der präklinischen Notfallmedizin verknüpft (vgl. Kasuistik 1). Das Defizit an Betreuungsmöglichkeiten für akut psychisch traumatisierte und trauernde Menschen wurde nicht nur von den Mitarbeitern des Rettungsdienstes wahrgenommen, sondern mehr oder weniger intensiv auch von Einsatzkräften der Feuerwehr und der Polizei.

Rettungsdienstmitarbeiter fühlten sich durch die Defiziterfahrung stärker tangiert als die anderen erwähnten Berufsgruppen. Im Bayerischen Rettungsdienstgesetz werden „Notfallpatienten“ definiert: „Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind...“ (Bayerisches Rettungsdienstgesetz 1998, Artikel 2, Absatz 3). Insofern ein akut psychisch traumatisierter Mensch eine Posttraumatische Belastungsstörung (WHO 1993, ICD 10: F43.1) entwickeln kann, die wegen ihrer Symptomatik nicht nur weitreichende Konsequenzen für seine Biographie hat, sondern über Suchtmittelmissbrauch bis hin zum Suizid führen kann, ist er als „Notfallpatient“ im Sinne des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes zu verstehen. Rettungsdienst-

mitarbeiter wenden sich formal betrachtet dem akut psychisch traumatisierten und/oder trauernden Menschen zu, weil bei ihm ein schwerer gesundheitlicher Schaden im Sinne einer traumabedingten Störung (z. B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung) zu befürchten ist. So formal diese Argumentation wirkt, so hat sie dazu geführt, dass das Gremium der „Leitenden Notärzte“ in München, dem die Konzeption für KIT-München im Juli 1994 zur fachlichen Beurteilung vorgelegt wurde, sich für das Projekt aussprach.

Der Hinweis auf den „schweren gesundheitlichen Schaden“ dient auch als Grundlage für die Benutzung von Sonderzeichen (Blaulicht, Tonfolgeanlage). Sonderzeichen kommen jedoch nur dann zum Einsatz, wenn die Anfahrt zur Einsatzstelle z. B. im Berufsverkehr unverhältnismäßig lang dauert und die Einsatzstelle in der Öffentlichkeit liegt. Wenn der Mitarbeiter erst später als ca. 30 Minuten nach Eintritt des Ereignisses eintrifft, ist eine peritraumatische Intervention in der Öffentlichkeit kaum mehr sinnvoll durchführbar.

Nachdem der „schwere gesundheitliche Schaden“, von dem der Gesetzgeber spricht, auch als Folge einer psychischen Traumatisierung verstanden werden kann, ist es folgerichtig, dass Rettungsdienstmitarbeiter sich für den psychisch traumatisierten „Notfallpatienten“ engagieren. Zudem stellen für sie Situationen, in denen ein Mensch plötzlich und in dieser Weise unerwartet gestorben ist, keine Ereignis dar, das „außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung“ (WHO, 1993: ICD 10: F.43.1) liegt. Aufgrund ihrer mehrjährigen Berufserfahrung, die im KIT-München als Voraussetzung für die Mitarbeit gilt, waren sie schon häufiger – wenn auch in anderer Rolle – mit Hinterbliebenen konfrontiert. Sie kennen die (notfallmedizinischen) Abläufe und verfügen über das Wissen und die Orientierung, das sie akut psychisch traumatisierten Menschen im Rahmen der peritraumatischen Intervention weiter geben.

Wer an der Mitarbeit im KIT-München interessiert ist und die formalen Voraussetzungen erfüllt (Mindestalter 25 Jahre, 5 Jahre Einsatzerfahrung im Rettungsdienst), kann zunächst in einigen Betreuungen hospitieren, um die Arbeitsweise kennen zu lernen. Danach findet ein Aufnahmegespräch statt.

Anschließend besucht der Interessent ein achtzigstündiges Seminar, den „KIT-Grundkurs“.

Tabelle 1:

Lfd. Nr.:	Ausbildungsabschnitt	Zeit	Inhalte und Lernziele
1.	Einführung in den Lehrgang	3 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrgangsorganisation.(Struktur und Darstellung der Ausbildung, Termine und Erholungszeiten) • Vorstellung der Dozenten; Vereinbarung zur Verschwiegenheit • Kennenlernen in der Gruppe • Kurzbiographie der Teilnehmenden mit <ul style="list-style-type: none"> - Beweggründen zur Ausbildungsteilnahme - beruflicher Tätigkeit und ehrenamtlichem Engagement
2.	Einführung in die Psycho-traumatologie	8 UE *	<ul style="list-style-type: none"> • Geschichte und Entwicklung der Psychotraumatologie und Stresstheorie • Einführung in die Terminologie • Einführung in die Peritraumatologie • Krise und Krisenverlauf • Definition von ABR, Trauerreaktion, Anpassungs-Störung und PTBS • Möglichkeiten und Grenzen der präklinischen Krisenintervention • Therapeutische Möglichkeiten
3.	Organisations-Strukturen	8 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstrukturen eines KID/KIT • Kooperation mit NFS- Einrichtungen • Netzwerk des notfallmedizinischen und rettungsdienstlichen Hilfeleistungssystems • Psychosoziale Einrichtungen • Einsatztechnik und Einsatztaktik • Zusammenarbeit mit anderen BOS-Diensten (Polizei, BGS, Feuerwehr, THW, Rettungsdienst und KatS) • Prävention für Einsatzkräfte
4.	Kultur und Religion	6 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Weltreligionen und andere Glaubensgemeinschaften • Soziologische Aspekte der Gesellschaft • Sterben, Tod und Trauer, Trauerarbeit
5.	Suizid	5 UE *	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der eigenen Haltung • Einführung der Suizidologie

			<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Suizidalität
6.	Psychiatrie und Psychotherapie	4 UE [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung des Fachgebietes • Psychotherapieverfahren • Der psychische Befund • Abgrenzung zum psychiatrischen Notfall, einschließlich zur Suizidalität
7.	Kommunikation	8 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in die Kommunikationstheorie • Rollenverständnis als KID/KIT-Mitarbeiter/in • Gesprächsführung im Einzel- und Gruppensetting • Mögliche Probleme in der Kommunikation
8.	Besondere Zielgruppen	4 UE [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Senioren • Krisensituationen in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen
9a.	Struktur einer Intervention	23 UE [*]	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Settings • Beginn der Intervention • Möglichkeiten der mittelfristigen Begleitung • Umgang mit schwierigen Situationen bei verschiedenen Indikationen (langes Schweigen, Aggression, Ablehnung, Abgrenzung bei Anklammern) • Abschluss der Intervention <p>Methodik: <i>Neben der theoretischen Einführung werden die Einsatzindikationen im Rollenspiel eingeübt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Todesfall im häuslichen Bereich • Todesfall im öffentlichen Bereich • Todesfall im Arbeitsumfeld • Todesfall/Unfall bei Sport- und Freizeitaktivitäten • Unfälle im Straßen- und Schienenverkehr • Angehörige nach Suizid und Suizidversuch <p>(siehe dazu Punkt 5.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überbringen einer Todesnachricht • Angehörige nach dem Tod eines Kindes • Gewalterfahrung in Form von <ul style="list-style-type: none"> - Misshandlung/Missbrauch, Verge-
9b.	Einsatzindikationen		

			<ul style="list-style-type: none"> waltung - Geiselnahme; Amoklauf; Tötung • Vermisstensuche • Großschadenslagen, Gruppenintervention
10.	Psychohygiene	5 UE *	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung • Motivation, Burnout • Entspannungstechniken Fallbesprechungen, Supervision, Intervention
11.	Recht und Verwaltung	4 UE *	<ul style="list-style-type: none"> • Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht • Rechtfertigender Notstand • Gesetzliche Unterbringungen • Gewaltschutzgesetz • Opferschutzgesetz • Leichenschau und Obduktion • Bestattungsrecht, Friedhofssatzungen • Unterstützung/Dienstbarkeiten öffentlich-rechtlicher Stellen • Nachlassgesetz • Organisations- und Übernahmeverschulden
12.	Abschluss-Gespräch	2 UE	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrgangsreflexion, persönliche Bilanz • Offene Fragen, Ausblick und Verabschiedung

Das Curriculum für den Grundkurs entspricht einer Vereinbarung, die unter den Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Bayerisches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst) in Bayern getroffen wurde. Nach dieser Vereinbarung bildet jede Hilfsorganisation ihre KIT-Mitarbeiter aus.

Nach dem Abschluss des Seminars hospitiert der Interessent sechs bis neun Monate. Im Fortgang der Hospitanz übernimmt er im steigenden Maß eigenverantwortlich Betreuungen unter der Begleitung und Aufsicht eines erfahrenen Mitarbeiters. Schließlich findet ein Abschlussgespräch statt. Danach versieht er eigenverantwortlich den Dienst.

3.2.2 Dokumentation

Seit dem 9. März 1994 führt KIT-München peritraumatische Interventionen durch. KIT-München ist integraler Bestandteil des Rettungsdienstes in

München, der von der „Integrierten Leitstelle“ der Branddirektion disponiert wird. Außer in Großschadenslagen und Katastrophen, zu denen KIT-München ins In- und Ausland alarmiert wird, arbeitet die Einrichtung alltagsnah ausschließlich im Bereich der Stadt München mit 1.268.000 Einwohnern³ und des Landkreises München mit 307.000 Einwohnern⁴. Die Gesamtbevölkerungszahl im Einsatzgebiet von KIT-München liegt bei ca. 1.575.000 Einwohnern. Hinzu kommen ca. 1,5 Millionen Übernachtungsgäste in München p. a.⁵.

In der psychosozialen Notfallversorgung wird für jedes Ereignis jeweils eine peritraumatische Intervention durchgeführt. Eine Person wird wegen eines Ereignisses nur einmal betreut. Die Intervention wird dokumentiert. Der KIT-Mitarbeiter ist gehalten, im unmittelbaren zeitlichen Anschluss nach der Beendigung der peritraumatischen Intervention oder in den nächsten Stunden danach, ein Protokoll zu erstellen. Das Protokoll, in dem auch persönliche Daten der Betroffenen (Name, Adresse, Alter, Geschlecht), erfasst werden, wird im Büro von KIT-München nach Datum und Uhrzeit abgelegt. Die ursprüngliche Intention für die Dokumentation liegt darin, für Interventionen einen Nachweis zu führen. Gelegentlich ergeben sich Rück- bzw. Nachfragen, die anhand des Protokolls recherchiert werden. Leider war eine wissenschaftliche Auswertung der gesammelten Daten nicht durchführbar.

Für die vorliegende Arbeit wurden alle Datensätze ab dem 9. März 1994 bis zum 31. Dezember 1999 ausgewertet.

³ www.muenchen.info/sta/m-stat; Statistisches Amt München

⁴ Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Stand 30.06.2005; www.landkreis-muenchen.de/landkreis/landkreis_1462.htm

⁵ www.muenchen.info/sta/m-stat; Statistisches Amt München

Tabelle 2: Alter in Jahren

Statistiken

		Alter (in Jahren)	Dauer (in Minuten)
N	Gültig	3751	4144
	Fehlend	507	114
Mittelwert		47,42	92,96
Standardfehler des Mittelwertes		,324	,926
Standardabweichung		19,851	59,585
Varianz		394,078	3550,351
Minimum		1	1
Maximum		102	600

In dem genannten Zeitraum vom 9.10.1993 bis 31.12.1999 wurden 4258 psychosoziale Notfallversorgungen dokumentiert.

Tabelle 3: Geschlecht

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mann	1535	36,0	37,8	37,8
	Frau	2531	59,4	62,2	100,0
	Gesamt	4066	95,5	100,0	
Fehlend	200	192	4,5		
Gesamt		4258	100,0		

Tabelle 4: Alter der Betroffenen

Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	10	72	1,7	1,9	1,9
	20	282	6,6	7,5	9,4
	30	540	12,7	14,4	23,8
	40	656	15,4	17,5	41,3
	50	587	13,8	15,6	57,0
	60	617	14,5	16,4	73,4
	70	477	11,2	12,7	86,1
	80	368	8,6	9,8	95,9
	90	141	3,3	3,8	99,7
	100	10	,2	,3	100,0
	110	1	,0	,0	100,0
		Gesamt	3751	88,1	100,0
Fehlend	200	507	11,9		
Gesamt		4258	100,0		

Tabelle 5: Verwandtschaftsgrad zur verstorbenen Person

		Verwandtschaftsgrad			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ehepartner	1270	29,8	30,8	30,8
	Lebensgefährte	299	7,0	7,2	38,0
	Mutter	412	9,7	10,0	48,0
	Vater	204	4,8	4,9	52,9
	Tochter	349	8,2	8,5	61,4
	Sohn	253	5,9	6,1	67,5
	nicht verwandt	573	13,5	13,9	81,4
	geschieden	14	,3	,3	81,7
	Schwester	85	2,0	2,1	83,8
	Enkel	36	,8	,9	84,6
	Neffe/Nichte	12	,3	,3	84,9
	Bruder	67	1,6	1,6	86,6
	Cousin	7	,2	,2	86,7
	selbst	267	6,3	6,5	93,2
	Einsatzkräfte	23	,5	,6	93,8
	Schwager/Schwägerin	15	,4	,4	94,1
	Tante/Onkel	11	,3	,3	94,4
	Großmutter/-vater	19	,4	,5	94,8
	Stiefsohn/-tochter	11	,3	,3	95,1
	Freund/Freundin	109	2,6	2,6	97,7
	Schwiegersohn/-tochter	32	,8	,8	98,5
	Schwiegervater/-mutter	22	,5	,5	99,1
	Stiefvater/-mutter	7	,2	,2	99,2
sonst verwandt	32	,8	,8	100,0	
Gesamt		4129	97,0	100,0	
Fehlend	200		3,0		
Gesamt		4258	100,0		

Bis auf „Einsatzkräfte“⁶ und die Gruppe „nicht verwandt“ handelt es sich bei allen aufgeführten Verwandtschaftsverhältnissen um die Gruppe der „Angehörigen“ bzw. der „Hinterbliebenen“ oder „Trauernden“. Die Gruppe der „Ehepartner“ und „Lebensgefährten“ macht mehr als ein Drittel aller betreuten Personen aus.

Bei den unter „nicht verwandt“ aufgezählten Personen (573) handelt es sich zumeist um Augenzeugen z. B. Passanten, die mit einer Selbsttötung durch

⁶ Einsatzkräfte gehören grundsätzlich nicht zur Zielgruppe der psychosozialen Notfallversorgung von KIT-München und werden nur dann betreut, wenn sie selbst durch das Ereignis, zu dem KIT gerufen wird, in besonderem Maß betreuungsbedürftig wirken.

Sturz aus der Höhe oder einer internistischen Todesursache in der Öffentlichkeit konfrontiert wurden. Auch sind dies Lokführer von Zügen der DB, S- und U-Bahnen, die in einen Personenunfall im Gleisbereich verwickelt werden.⁷

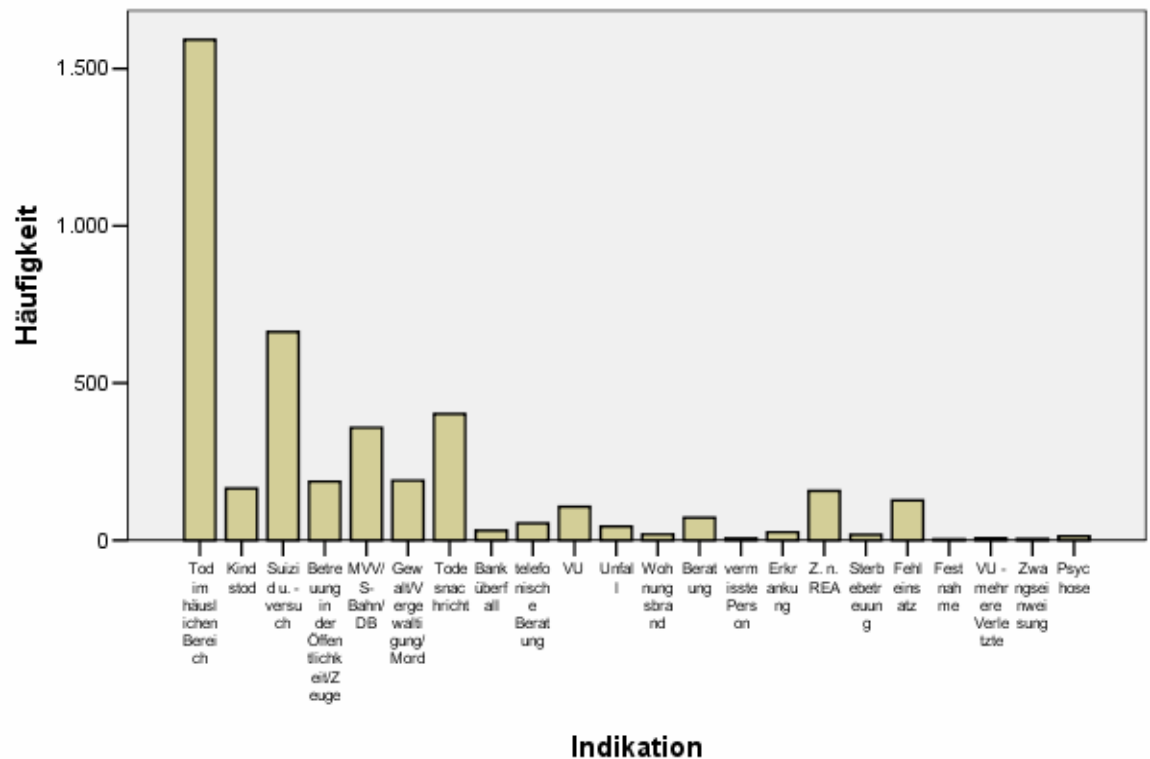
Unter „selbst“ werden Personen erfasst, die z. B. Opfer unterschiedlicher Formen von Gewalterfahrung geworden sind.

⁷ Personenunfälle im Gleisbereich sind nicht in allen Fällen mit Selbsttötung identisch, gelegentlich handelt es sich dabei auch um Unfälle, z. B. versehentlicher Sturz von der Bahnsteigkante.

Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung

Indikation	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Tod im häuslichen Bereich	1592	37,5	37,5
Kindstod	165	3,9	41,4
Suizid u. -versuch	663	15,6	57,0
Betreuung in der Öffentlichkeit/Zeuge	187	4,4	61,4
MVV/S-Bahn/DB	358	8,4	69,8
Gewalt/Vergewaltigung/ Mord	190	4,5	74,3
Todesnachricht	402	9,5	83,8
Banküberfall	31	,7	84,5
telefonische Beratung	54	1,3	85,8
VU	107	2,5	88,3
Unfall	44	1,0	89,3
Wohnungsbrand	19	,4	89,8
Beratung	72	1,7	91,5
vermisste Person	6	,1	91,6
Erkrankung, öffentl. Bereich	26	,6	92,2
Zustand nach Rea.	157	3,7	95,9
Sterbebegleitung	18	,4	96,3
Fehleinsatz	127	3,0	99,3
Festnahme	3	,1	99,4
Verkehrsunfall – mehrere Verletzte	7	,2	99,6
Zwangseinweisung	5	,1	99,7
Psychose	13	,3	100,0
Gesamt	4246	100,0	
Fehlend	12		
Gesamt	4258		

Indikation



Die häufigsten peritraumatischen Interventionen erfolgen bei „Todesfällen im häuslichen Bereich“ (37,4%).

An dieser Stelle macht sich eine Problematik in der Datenerhebung bemerkbar: in der Erfassung mischen sich die medizinischen Todesursachen, bzw. die Art des Ereignisses, mit dem Ort der Intervention. Da die meisten anderen Ursachen für einen plötzlichen Tod, wie z. B. Selbsttötung oder Unfall, je eigens erwähnt werden, handelt es sich in der überwiegenden Zahl von „Todesfällen im häuslichen Bereich“ um internistische Todesursachen (z. B. Myokardinfarkt).

Eine exakte Festlegung der Todesursache ist präklinisch durch die Begutachtung des Leichnams von außen dem Arzt nicht möglich. In der Leichenschau, die zumeist während der peritraumatischen Intervention erfolgt, wird nur ausgeschlossen, dass eine strafbare Handlung zum Tod geführt hat (entspricht der „Todesart“), die Todesursache wird jedoch nicht festgestellt. Ob

der Verstorbene z. B. einen Infarkt, Aneurysma, Embolie oder Schlaganfall erlitten hat, ist im Zeitraum der psychosozialen Notfallversorgung nicht definitiv feststellbar. Hier gibt es gewisse Wahrscheinlichkeiten oder Plausibilitäten, die sich aus der Anamnese des Verstorbenen ergeben sowie aus den Schilderungen der Hinterbliebenen über den Vorgang des Sterbens.

Nach einer internen, nicht veröffentlichten Datenerhebung, der „Integrierten Leitstelle“ in München⁸ wird KIT-München nur zu ca. jedem zehnten „Todesfall im häuslichen Bereich“ alarmiert. Dennoch stellt diese Einsatzindikationen die mit Abstand häufigste dar.

Meist trifft man auf einen, gelegentlich auch auf zwei oder drei Hinterbliebene, die Zeugen des in dieser Weise unvermuteten Sterbens eines Angehörigen geworden sind. In manchen Fällen tritt der Tod über Nacht ein und wird erst am Morgen festgestellt; in anderen Fällen kommt der Hinterbliebene (von der Arbeit, Besorgungen, Einkauf) nach Hause und findet seinen Angehörigen verstorben vor.

Als „Kindstod“ werden alle Todesfälle bis zum Alter von 16 Jahren aufgeführt. Die in „Tabelle 5: Verwandtschaftsgrad zur verstorbenen Person“ aufgeführten Verwandtschaftsgrade „Vater“ und „Mutter“ stehen nicht in unmittelbarem Bezug zu dem hier erhobenen Wert, weil Väter und Mütter auch dann in diesem Verwandtschaftsgrad erfasst werden, wenn das verstorbene Kind älter als 16 Jahre ist.

Parasuizide werden nur dann unter „Suizid“ erfasst, wenn ihr Verlauf mit vitaler Bedrohung und Reanimation einhergeht. Medizinisch leichtere Verlaufsformen parasuizidaler Handlungen ohne akute Vitalgefährdungen⁹ stellen ausdrücklich keine Indikationen für KIT-München dar. Ebenso steht KIT-München nicht zur Verfügung, wenn es darum geht, die Suizidalität eines Patienten abzuschätzen.

⁸ Branddirektion, mündliche Mitteilung einer Führungskraft

⁹ z. B. Intoxikationen mit Wirkstoffen, die in der eingenommenen Dosierung nicht letal wirken, oder Probiernschnitte am Handgelenk

Für die Gesamtbevölkerung des Einsatzbereiches München von 1.575.000 Einwohnern und einer Suizidquote von 14 auf 100.000 Einwohnern p. a. (Schmidtke, Sell, Wohner, Löhr & Tatsek, 2005) ist in München mit ungefähr 220 Selbsttötungen p.a. zu rechnen. Bei denen unter „Suizid und –versuch“ erfassten Werte handelt es sich ausschließlich um Ereignisse im häuslichen Bereich. Weitere Selbsttötungen verbergen sich unter den Items „Betreuung in der Öffentlichkeit“, „MVV/S-Bahn/DB“, „Todesnachricht“ und „vermisste Person“ zu unterschiedlichen Anteilen. Insgesamt erscheint die Schätzung plausibel, dass nach ca. 80% aller Selbsttötungen in München eine peritraumatische Intervention durch KIT-München statt findet.

„MVV/S-Bahn/DB“ werden alle Ereignisse erfasst, bei denen es zu „Personenunfällen im Gleisbereich“ gekommen ist. Ein nicht gesondert erfasster Bereich stellen Suizide und Parasuizide im Gleisbereich dar. Auch (Verkehrs-) Unfälle von Straßenbahnen werden hier erfasst, weil es sich um einen „Gleisbereich“ handelt. Der „Gleisbereich“ der Straßenbahnen wird im Gegensatz zu dem aller anderen Gleisfahrzeuge von der Straßenverkehrsordnung geregelt.

Diese Indikation stellt die einzige dar, nach der KIT-München durch die Integrierte Leitstelle bereits beim Vorliegen des Meldebildes grundsätzlich alarmiert wird. Alle anderen Indikationen werden durch die Einschätzung der Einsatzkräfte vor Ort gestellt.

„Todesnachrichten“ werden grundsätzlich gemeinsam mit Beamten der Schutzpolizei überbracht. Auch wenn dies im Polizeiaufgabengesetz des Landes Bayern¹⁰ und seinen Ausführungsbestimmungen nicht eigens geregelt ist, entspricht dies einer Absprache mit der Abteilung Einsatz im Polizeipräsidium München. Das Überbringen einer Todesnachricht bekommt durch die Beteiligung von zwei uniformierten Polizeibeamten einen offiziellen Status. In der Praxis findet vor dem Überbringen eine kurze Besprechung und Angleichung des Informationsstandes in der Polizeiinspektion statt, in deren Zuständigkeitsbereich der Adressat der Todesnachricht wohnt. Anschließend wird der Adressat aufgesucht und ihm in Anwesenheit der Polizeibeamten die Todes-

¹⁰ vgl. <http://www.polizei.bayern.de/news/recht/index.html/5956>

nachricht überbracht. Unmittelbar danach verlassen die Polizeibeamten den Adressaten, der KIT-Mitarbeiter bleibt für die psychosoziale Notfallversorgung beim Hinterbliebenen.

Die „telefonische Beratung“ wird Einsatzkräften des Rettungsdienstes angeboten, wenn sie sich bei betroffenen Menschen befinden und die Verständigung eines Mitarbeiters von KIT-München nicht für indiziert erachten und selbst die Betreuung übernehmen, jedoch fachlichen Rat, der telefonisch übermittelt werden kann, benötigen. Die geringe Zahl belegt, dass diese Dienstleistung nicht angenommen wird.

Unter „Zustand nach Reanimation“ werden Interventionen erfasst, die für Angehörige von Patienten durchgeführt werden, die primär die Reanimation überleben. Die Wahrscheinlichkeit, dass der zunächst primär erfolgreich wiederbelebte Patient dennoch in den Stunden und Tagen nach seiner Aufnahme in ein Krankenhaus verstirbt, ist als ausgesprochen hoch einzuschätzen (Madler, 1998).

„Sterbegleitung“ ist in den ersten 2 Jahren des Bestehens von KIT-München eine eigene Indikation gewesen. Gelegentlich wird der Notarzt zu moribunden Patienten gerufen, wenn der Sterbevorgang im häuslichen Bereich relativ weit fortgeschritten ist und sich die pflegenden Angehörigen akut überfordert fühlen. Der Notarzt hat außer einer Einweisung des Patienten auf eine Intensivstation die Alternative, für Maßnahmen der Grundpflege und zur Unterstützung der Angehörigen einen KIT-Mitarbeiter zu verständigen. Da der Sterbevorgang in seinem zeitlichen Verlauf schwer kalkulierbar ist, stellt der KIT-Mitarbeiter den Kontakt zu einer Hospizeinrichtung dar, die die Betreuung übernehmen kann.

Diese Einsatzindikation von KIT-München hat sich, wie am geringen Zahlenwert abzulesen ist, nicht bewährt und wurde im Jahr 1995 eingestellt.

„Fehleinsätze“ werden als solche vom KIT-Mitarbeiter bewertet. In manchen Fällen wird der KIT-Mitarbeiter, der sich auf Anfahrt zum Einsatzort befindet,

über die Integrierte Leitstelle abbestellt, weil Einsatzkräfte am Einsatzort die Indikation für eine psychosoziale Betreuung für nicht mehr gegeben halten. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn zunächst der Eindruck entsteht, dass Angehörige oder Hinterbliebene zunächst auf die Einsatzkräfte traumatisiert wirken, jedoch bald soziale Ressourcen aktivierbar sind, die zu einer Stabilisierung der Gesamtsituation beitragen und die Intervention eines Außenstehenden überflüssig machen.

Die Indikationen „Zwangseinweisung“¹¹ und „Psychose“ stellen grundsätzlich kein Tätigkeitsfeld von KIT-München dar, sind jedoch deshalb erfasst worden, um nachzuvollziehen, ob den anfordernden Einsatzkräften das ausschließlich psychotraumatologische Profil von KIT-München mit hinreichender Deutlichkeit vermittelt werden konnte.

¹¹ Unterbringung eines Patienten gegen seinen Willen bei Selbst- oder Fremdgefährdung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz in eine psychiatrische Klinik

Tabelle 7: Verteilung der Einsätze über die Monate 03.1994 – 12.1999

Monatsverteilung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1	307	7,2	7,2	7,2
2	352	8,3	8,3	15,5
3	325	7,6	7,6	23,1
4	336	7,9	7,9	31,0
5	386	9,1	9,1	40,1
6	366	8,6	8,6	48,7
7	355	8,3	8,3	57,0
8	321	7,5	7,5	64,5
9	280	6,6	6,6	71,1
10	423	9,9	9,9	81,0
11	386	9,1	9,1	90,1
12	421	9,9	9,9	100,0
Gesamt	4258	100,0	100,0	

Monatsverteilung

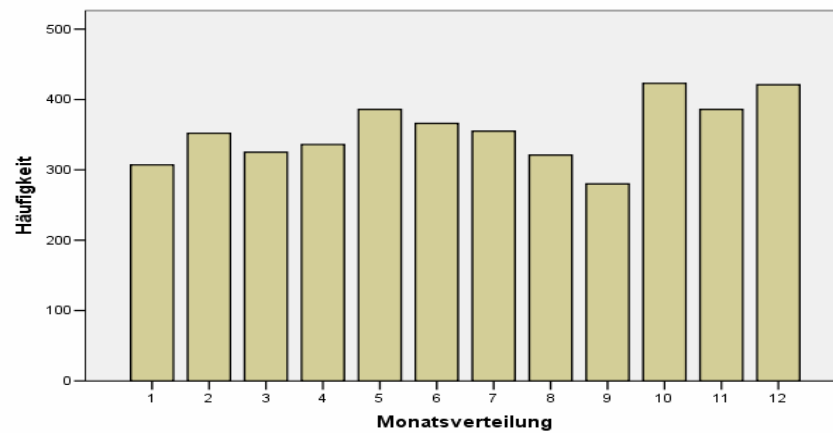
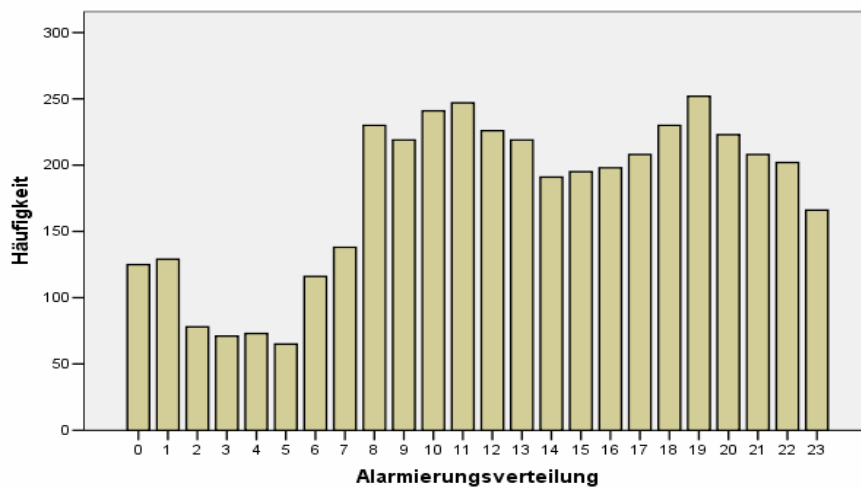


Tabelle 8

Alarmierungsverteilung über den Tag

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	125	2,9	2,9	2,9
	1	129	3,0	3,0	6,0
	2	78	1,8	1,8	7,8
	3	71	1,7	1,7	9,5
	4	73	1,7	1,7	11,2
	5	65	1,5	1,5	12,7
	6	116	2,7	2,7	15,5
	7	138	3,2	3,2	18,7
	8	230	5,4	5,4	24,1
	9	219	5,1	5,2	29,3
	10	241	5,7	5,7	34,9
	11	247	5,8	5,8	40,8
	12	226	5,3	5,3	46,1
	13	219	5,1	5,2	51,2
	14	191	4,5	4,5	55,7
	15	195	4,6	4,6	60,3
	16	198	4,7	4,7	65,0
	17	208	4,9	4,9	69,9
	18	230	5,4	5,4	75,3
	19	252	5,9	5,9	81,2
	20	223	5,2	5,2	86,4
	21	208	4,9	4,9	91,3
	22	202	4,7	4,8	96,1
	23	166	3,9	3,9	100,0
	Gesamt	4250	99,8	100,0	
Fehlend	System	8	,2		
	Gesamt	4258	100,0		

Alarmierungsverteilung



Die Auswertung der tageszeitlichen Verteilung der Alarme macht deutlich, dass in den Nachtstunden zwischen Mitternacht und 7:00 Uhr morgens nur etwa ein Drittel der Alarmierungen erfolgt. Um 11:00 Uhr und um 19:00 Uhr erfolgen die meisten Alarmierungen.

Tabelle 9

Alter der Betroffenen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	10	72	1,7	1,9	1,9
	20	282	6,6	7,5	9,4
	30	540	12,7	14,4	23,8
	40	656	15,4	17,5	41,3
	50	587	13,8	15,6	57,0
	60	617	14,5	16,4	73,4
	70	477	11,2	12,7	86,1
	80	368	8,6	9,8	95,9
	90	141	3,3	3,8	99,7
	100	10	,2	,3	100,0
	110	1	,0	,0	100,0
		Gesamt	3751	88,1	100,0
Fehlend	200	507	11,9		
Gesamt		4258	100,0		

Klientenalter

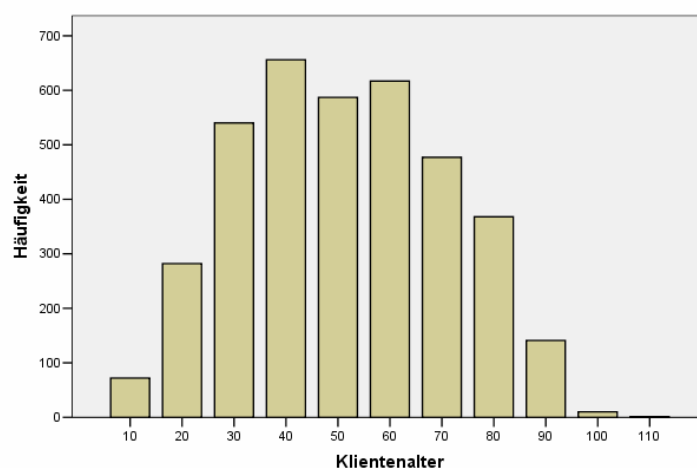
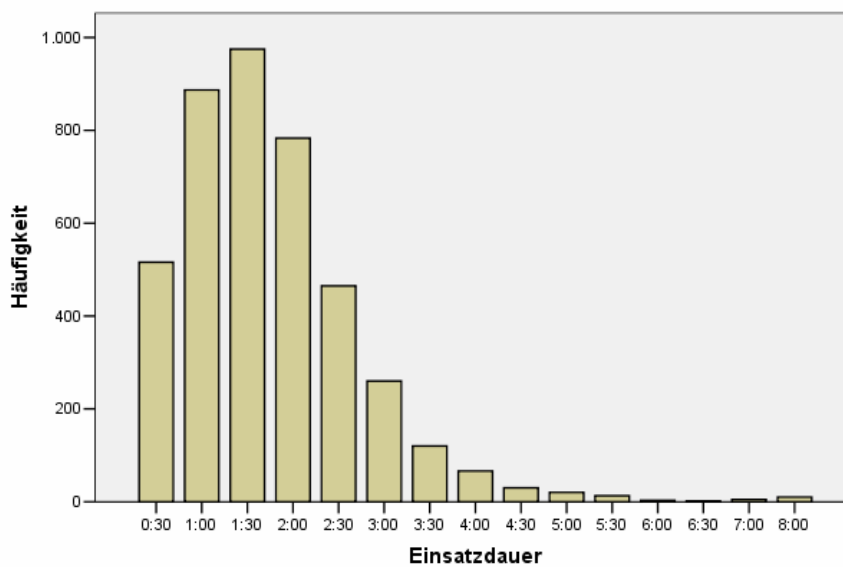


Tabelle 10

Einsatzdauer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0:30	516	12,1	12,4	12,4
	1:00	887	20,8	21,4	33,8
	1:30	975	22,9	23,5	57,2
	2:00	783	18,4	18,8	76,1
	2:30	465	10,9	11,2	87,3
	3:00	260	6,1	6,3	93,5
	3:30	120	2,8	2,9	96,4
	4:00	66	1,6	1,6	98,0
	4:30	30	,7	,7	98,7
	5:00	20	,5	,5	99,2
	5:30	13	,3	,3	99,5
	6:00	3	,1	,1	99,6
	6:30	1	,0	,0	99,6
	7:00	5	,1	,1	99,8
	8:00	10	,2	,2	100,0
		Gesamt	4154	97,6	100,0
Fehlend	500	102	2,4		
	System	2	,0		
	Gesamt	104	2,4		
	Gesamt	4258	100,0		

Einsatzdauer



In der peritraumatischen Intervention geht es um eine erste Stabilisierung eines Menschen unmittelbar nach der traumatischen Exposition. Sie findet grund-

sätzlich einmalig statt. Ihr Ziel liegt wesentlich darin, die Wiederherstellung der Handlungsfähig des Betroffenen zu unterstützen. Eine Einsatzdauer bis zu 3 Stunden wird von den Mitarbeitern von KIT-München in 93% der Interventionen als ausreichend eingeschätzt.

Tabelle 11: Indikation und Mittelwert der Interventionsdauer

Indikation	Mittelwert (Minuten)	N	Standardabweichung
Tod im häuslichen Bereich	90,13	1578	49,732
Kindstod	134,46	164	62,927
Suizid u. -versuch	117,64	655	70,305
Betreuung in der Öffentlichkeit/Zeuge	97,57	184	52,378
MVV/S-Bahn/DB	62,73	354	37,814
Gewalt/Vergewaltigung /Mord	106,02	186	77,581
Todesnachricht	85,03	397	52,985
Banküberfall	108,48	31	41,169
telefonische Beratung	19,00	52	14,967
VU	94,58	105	56,077
Unfall	99,77	44	52,525
Wohnungsbrand	115,95	19	91,780
Beratung	77,38	72	54,253
vermisste Person	61,25	4	34,731
Erkrankung	64,38	26	30,040
Z. n. REA	86,52	155	45,780
Sterbebetreuung	103,61	18	65,816
Fehleinsatz	34,63	60	86,744
Festnahme	161,67	3	37,528
VU - mehrere Verletzte	154,14	7	91,825
Zwangseinweisung	66,60	5	23,544
Psychose	104,00	13	101,515
Insgesamt	92,91	4132	59,466

Tabelle 12

Kreuztabelle Indikation und Geschlecht

		Geschlecht		Gesamt
		Mann	Frau	
Indikation	Tod im häuslichen Bereich	484	1090	1574
	Kindstod	64	100	164
	Suizid u. -versuch	231	418	649
	Betreuung in der Öffentlichkeit/Zeuge	75	99	174
	MVV/S-Bahn/DB	292	57	349
	Gewalt/Vergewaltigung /Mord	41	141	182
	Todesnachricht	123	275	398
	Banküberfall	7	23	30
	telefonische Beratung	15	26	41
	VU	59	44	103
	Unfall	25	18	43
	Wohnungsbrand	4	13	17
	Beratung	26	45	71
	vermisste Person	1	4	5
	Erkrankung	12	14	26
	Z. n. REA	47	107	154
	Sterbebetreuung	5	13	18
	Fehleinsatz	16	20	36
	Festnahme	1	2	3
	VU - mehrere Verletzte	0	1	1
	Zwangseinweisung	1	4	5
Psychose	3	9	12	
Gesamt		1532	2523	4055

Tabelle 13

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Indikation * Geschlecht	4055	95,2%	203	4,8%	4258	100,0%

Die psychosoziale Notfallversorgung dauert dann deutlich länger, wenn der Leichnam sich nicht in unmittelbarer Nähe der Hinterbliebenen befindet, die Hinterbliebenen aber eine Abschiednahme vom Leichnam unter Begleitung des KIT-Mitarbeiters wünschen. In diesen Fällen muss die Abschiednahme organisiert und vorbereitet werden, damit sich die Betroffenen dann zum Leichnam begeben können. Auch dauert die Intervention länger, wenn es bei behördlichen Maßnahmen wie die Leichenschau zu Verzögerungen kommt.

3.2.3 Kritische Würdigung der Dokumentation und Ausblick

Die Dokumentation wurde mit dem ersten Einsatz von KIT-München am 9. März 1994 begonnen. Zu dieser Zeit war nicht im Bewusstsein, dass diese Einrichtung die erste ihrer Art ist: keine andere Einrichtung führt seit diesem Zeitpunkt alltagsnah peritraumatische Interventionen durch, die Bedeutung einer wissenschaftlich auswertbaren Dokumentation war damals nicht offensichtlich. So wurden Daten erhoben, die wissenschaftlich nur eingeschränkt verwertbar sind. Dennoch tragen sie dazu bei, das Arbeitsfeld der psychosozialen Notfallversorgung zu beschreiben. Doch kann das Material, das hier vorgelegt wurde, nur der Beginn einer intensiveren, wissenschaftlich fundierten Beschäftigung und Evaluation der psychosozialen Notfallversorgung angesehen werden.

Alle Interventionen im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung müssten standardisiert dokumentiert werden. Mit diesen Daten ließen sich gesicherte Erkenntnisse darüber gewinnen, welche Faktoren der peritraumatischen Intervention positive Effekte bei den betroffenen Menschen zeigen.

4 Psychosoziale Notfallversorgung und die Konfrontation mit funktionaler Hilflosigkeit

Psychosoziale Notfallversorgung wird tätig, wenn Menschen extrem belastet sind. Die extreme Belastung, die hier gemeint ist, tritt auf, wenn ein Mensch einem traumatogenen Ereignis ausgesetzt ist. Extrem belastend oder traumatogen¹² ist ein Ereignis, wenn es die Ressourcen eines Betroffenen so überfor-

¹² Als ‚traumatogen‘ wird eine Situation oder Erfahrung bezeichnet, die traumabedingte Störungen zur Folge haben kann.

dert, dass er daran psychisch Schaden nehmen könnte. In der Praxis der psychosozialen Notfallversorgung handelt es sich dabei meistens um Ereignisse, bei denen ein Mensch plötzlich und auf diese Weise unerwartet stirbt, aber auch um Gewalterfahrungen und andere Ereignisse, die aus der Perspektive des Betroffenen für ihn oder Menschen seiner Umgebung als lebensbedrohlich wahrgenommen werden (vgl. Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung). Psychosoziale Notfallversorgung kennzeichnet ein Engagement im Angesicht des Todes, allerdings nicht des in der Palliativmedizin oder Hospizbewegung gestalteten oder zumindest teilweise gestaltbaren Prozess des Sterbens. Die peritraumatische Intervention im Kontext der psychosozialen Notfallversorgung kommt überwiegend Menschen zugute, die mit dem plötzlichen Tod oder seiner konkreten, realen Möglichkeit konfrontiert wurden.

Zum zentralen und wesentlichen Merkmal und Charakteristikum der Konfrontation mit dem plötzlichen Tod gehört die Hilflosigkeit. In der Palliativmedizin ist die „Behandlung“ auf die Lebensqualität des Sterbenden zentriert (Bausewein, 2004). Handeln, und sei es letztes Handeln am und für den sterbenden Patienten, ist möglich und gefordert. In der psychosozialen Notfallversorgung bleibt dagegen zunächst nur wahrzunehmen und hinzunehmen, dass der Mensch gestorben ist. Er ist irreversibel tot. Das, was seinem Hinterbliebenen kausal, von der Ursache her, helfen würde, wäre die Zusage, dass der Tote biologisch-konkret ins Leben zurück zu holen wäre. Diese Fähigkeit allein würde aus Trauma und Trauer befreien und sie hinfällig werden lassen. Diese Fähigkeit jedoch gibt es nicht und wird es nie geben (abgesehen von weiter wachsenden Möglichkeiten, Vitalfunktionen umfassender und länger zu substituieren und damit den Zeitpunkt des Todes zu verschieben, wird Tod durch keinen denkbaren Fortschritt biologisch abgeschafft werden). Die Zusage, den Tod umkehrbar zu machen, kann – zumindest biologisch-medizinisch – nicht gegeben werden. Unter dieser Rücksicht ist substantielles Handeln, das den Tod widerrufen könnte und das Trauma und die Trauer Hinterbliebener löscht, nicht möglich. Die Konfrontation und Erfahrung der seinsmäßigen Begrenztheit wird hier als „funktionale Hilflosigkeit“ bezeichnet.

Die funktionale Hilfslosigkeit resultiert nicht aus einem persönlichen Defizit, einem Mangel an Handlungswissen oder einer persönlichen oder situativen Indisposition. Sie kann sich allerdings in ihnen abbilden. Die funktionale Hilfslosigkeit in der psychosozialen Notfallversorgung anerkennt und teilt die Hilfslosigkeit der Hinterbliebenen gegenüber dem Faktum Tod. Darin ist sie solidarisch mit ihm und deshalb Grundvoraussetzung für jede Tätigkeit mit Menschen, die vom plötzlichen Tod eines anderen betroffen sind. Dem steht nicht entgegen, dass es im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung viel zu tun gibt und zu tun geben kann und dass ein hohes Maß an Wissen und Handlungskompetenz unerlässlich für eine verantwortete Praxis sind und in der vorliegenden Arbeit entfaltet werden soll. Trotzdem muss derjenige, der in der psychosozialen Notfallversorgung tätig ist, sich der funktionalen Hilfslosigkeit stellen. Er kann sonst den Betroffenen nicht erreichen, er begegnet ihm nicht und lässt ihn letztlich allein. Die psychosoziale Notfallversorgung gründet wesentlich in der Haltung, die Hilfslosigkeit des Betroffenen, des Trauernden und des Hinterbliebenen in der funktionalen Hilfslosigkeit zu teilen.

Die funktionale Hilfslosigkeit bildet sich in vielfachen Varianten als konkrete Erfahrung von Hilfslosigkeit in der psychosozialen Notfallversorgung ab.

- Das Gefühl von Ohnmacht gegenüber notärztlichen Entscheidungen, Handlungs- und Verhaltensweisen;
- die Abläufe der Todesermittlung und anderer polizeilicher oder staatsanwaltschaftlicher Maßnahmen;
- Schwierigkeiten, den Rahmen der Intervention angemessen zu gestalten;
- Müdigkeit und Erschöpfung nach fordernden Einsätzen oder nachts;
- geringe Akzeptanz bei anderen Einsatzkräften;
- Ehrenamtlichkeit, die gesellschaftlich gegen alle politischen Meinungsäußerungen keine Anerkennung findet, sondern zu Legitimationsdruck führt und das Engagement grundsätzlich verdächtig sein lässt;

In diesen und anderen bedenklichen Aspekten der psychosozialen Notfallversorgung bildet sich funktionale Hilfslosigkeit ab und konkretisiert sich. Sicher resultieren nicht alle Unzulänglichkeiten und Defizite aus der spezifischen Konfrontation mit dem plötzlichen Tod. Die Konfrontation kann

Bescheidenheit und Demut als Haltung lehren, kann aber auch Narzissmus und Heroismus Vorschub leisten.

In den Konkretisierungen funktionaler Hilflosigkeit ist in der peritraumatischen Intervention jeweils die Fähigkeit gefragt, zwischen dem zu unterscheiden, dem man sich gestaltend entgegenstellt und dem, was als nicht änderbar hinzunehmen ist – gegebenenfalls kann es sein, dass eine Intervention abgebrochen werden muss. Dennoch kapituliert der PSNV-Mitarbeiter in der funktionalen Hilflosigkeit nicht vor der Tatsache der Irreversibilität des Todes. Sondern er opponiert dagegen, dass der plötzliche Tod durch psychische Traumatisierung der Hinterbliebenen und durch Bagatellisierung, inflationäre Überschätzung oder Unsicherheit zusätzlich und überflüssig Macht bekommt.

Der plötzliche Tod konfrontiert mit Absurdität, er verschließt sich – zunächst – jeder Sinndeutung. Allerdings macht es Sinn, den von ihm Betroffenen¹³ nicht allein zu lassen. In dem er sich der Absurdität des Todes aussetzt, vermag er sie zu überwinden. Vielleicht ist das der letzte Grund psychosozialer Notfallversorgung.

Kasuistik 2

Bei einem Unfall im Kinderzimmer stranguliert sich das dreieinhalbjährige Mädchen D. beim Spielen mit dem Vorhang und stirbt. Rettungsdienstmitarbeiter haben es vierzig Minuten lang reanimiert und müssen schließlich ihre Bemühungen erfolglos einstellen. Der PSNV-Mitarbeiter trifft noch während der Wiederbelebungsmaßnahmen bei der Mutter ein. Der Vater, der sich an seiner Arbeitsstelle aufhält, wurde bereits verständigt und kommt einige Minuten später in die Wohnung, ein fünfjähriges Kind befindet sich noch im Kindergarten. Erst die Mutter, dann auch der Vater fragen immer wiederkehrend: Warum muss D. dies geschehen? Die Mutter macht sich heftige Vorwürfe, weil sie sich ca. 20 Minuten im Keller des Hauses in Rufweite zu ihrer Tochter aufhielt, um dort Wäsche zu versorgen – in dieser Zeit hat sie nicht nach D. gesehen, weil es ja „oben so still gewesen sei“. Schließlich kam ihr die

¹³ Wir sprechen nur deshalb vom „Betroffenen“, weil er von der unmittelbaren, konkreten Erfahrung des plötzlichen Todes eines Anderen oder seiner Möglichkeit betroffen ist; er ist nicht deshalb Betroffener, weil er psychisch krank oder hilflos wäre oder weil er trauert.

Stille unheimlich vor. Der Mann nimmt seine Frau in die Arme und sagt ihr, dass sie keine Schuld habe. Wenn ihre Schuldgefühle mit der Geste ihres Mannes nicht völlig weg sind, erleichtert und stützt sie die Nähe und die Solidarität ihres Mannes.

Der PSNV-Mitarbeiter bleibt bei den Eltern während der Reanimation, vermittelt ihnen die schlechte Prognose und dann den erfolglosen Abbruch, er bleibt während der kriminalpolizeilichen Untersuchung bei ihnen. Er begleitet den Vater in den Kindergarten, um den älteren Sohn abzuholen. Als schließlich der Bestatter kommt und den Leichnam abholt, lässt die Kriminalbeamtin die Eltern den Leichnam ihres Kindes in den Sarg legen. Der PSNV-Mitarbeiter ist knapp viereinhalb Stunden vor Ort.

In dieser Kasuistik wird deutlich, dass bei allem, was der PSNV-Mitarbeiter veranlasst oder gemacht hat, seine Nähe mit den verzweifelten, hilflosen und von Schuldgefühlen belasteten Eltern die Grundlage seines Handelns war. Diese Solidarität wird für die Betroffenen nur spür- und wahrnehmbar, wenn der PSNV-Mitarbeiter ihnen „beisteht“, in dem Sinne, dass er bei ihnen, in ihrer Nähe „steht“ (auch wenn er sitzt) und bleibt, sie aushält. Er flüchtet sich nicht in Erklärungen und Vermutungen darüber, wie dieser Tod möglich sein könne, er enthält sich einer Antwort auf die Frage der Hinterbliebenen nach dem Warum. Auf die drängende Frage nach dem Warum gibt es keine Antwort, die jemand anders geben könnte, als derjenige, der sie stellt. Vielleicht konkretisiert sich das, was mit der funktionalen Hilflosigkeit beschreiben wird, am unmittelbarsten in der grundsätzlichen Unbeantwortbarkeit des Warums. Keine noch so stringente Beschreibung des Hergangs, keine Diagnose, kein Hinweis auf einen irgendwie gearteten „göttlichen“ Willen können die Dringlichkeit und die Forderung, die in der Frage nach dem Warum liegt, zufrieden stellen. Jede Profession hat hier ihre eigenen Versuchungen, die Frage nach dem Warum aus ihren Kontexten heraus scheinbar zu beantworten. Jede Antwort, die von einem anderen kommt, als dem, der die Frage stellt, dient der Vermeidung mit der Konfrontation von Absurdität.

In der funktionalen Hilflosigkeit übernimmt der PSNV-Mitarbeiter allerdings nicht die Verzweiflung und die Erstarrung der Betroffenen. Er verliert nicht den Halt, den er den Betroffenen anbietet, die Trauer und die Tragik der Betroffenen werden nicht zu seiner eigenen.

Mit funktionaler Hilflosigkeit werden auch Einsatzkräfte konfrontiert, wenn trotz engagierter Reanimationsbemühungen der Patient verstirbt. Dies geschieht, wie unten dargestellt, nicht nur gelegentlich oder manchmal, sondern regelmäßig in etwa 9 von 10 Reanimationen. Die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der psychosozialen Notfallversorgung ist wohl aus dieser Erfahrung heraus eng mit Rettungsdienst und präklinischer Notfallmedizin verbunden. Wenn auch einerseits bis heute die psychosoziale Notfallversorgung innerhalb der präklinischen Notfallmedizin nicht überall mit ihren Möglichkeiten und Grenzen anerkannt und bekannt ist, so sind es andererseits einsatzerfahrene Rettungsdienstmitarbeiter, die sie als Krisenintervention im Rettungsdienst etablieren.

4.1.1 Die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod

Die Hospizbewegung und mit ihr die Palliativmedizin haben seit gut 20 Jahren¹⁴ den sterbenden Patienten und seine Angehörigen in das Zentrum ihrer Wahrnehmung genommen: „Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben. Palliativmedizin schließt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten ein.“¹⁵ Menschen, die sich in der Hospizbewegung engagieren, leisten einen Beitrag, die Würde Sterbender und ihrer Angehörigen zu Hause, in Pflegeeinrichtungen und in den Krankenhäusern zu bewahren und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Sie engagieren sich, um den „langsamen“ Tod würdig und angemessen zu gestalten.

Die hier zitierte Definition der Europäischen Gesellschaft für Palliativpflege schließt ein, dass die Sorge für den Sterbenden mit der Sorge für seine Angehörigen verbunden ist und auch über seinen Tod hinaus Anliegen bleibt. Hinter-

¹⁴ Gründung des ersten regionalen Hospizvereins in München, vgl. Bausewein 2004, S. 7

bliebene von Verstorbenen, die palliativmedizinisch angemessen versorgt waren, sind nicht sich selbst überlassen, sondern bekommen eine Wahrnehmung, die ihren Bedürfnissen entspricht.

Die Formulierung überrascht an dem Punkt, wo sie die „begrenzte Lebenserwartung“ in der Definition ihres Arbeitsfeldes ausdrücklich nennt. Grundsätzlich formuliert eine Definition Kriterien, die den Gegenstand der Definition gegenüber anderen abgrenzt und präzisiert. Wenn Patienten genannt werden, die zeitlich absehbar auf ihren Tod zugehen, dann stellt sich die Frage, was diese Patienten von anderen und vom Menschen überhaupt unterscheidet: Jeder Mensch geht wie jedes Lebewesen auf seinen Tod zu. Die Aussage der begrenzten Lebenserwartung trifft alle Menschen universal und nicht erst den Patienten der Palliativmedizin.

Ein Fünftes bis ein Viertel aller Menschen¹⁶ sterben allerdings einen plötzlichen, in dieser Form unerwarteten Tod: bei Unfällen auf Straßen, in den Bergen, an der Arbeitsstelle, durch Selbsttötung oder durch ein akutes kardiales Geschehen (z. B. Herzinfarkt). Der Tod als Prozess des Sterbens ist in diesen Fällen weder palliativ- noch notfallmedizinisch noch sonst irgendwie gestaltbar, er tritt unmittelbar und sofort ein – trotz komplexer gesellschaftlicher und medizinischer Vorkehrungen und Anstrengungen, ihn zu verhindern. Vor der Etablierung der psychosozialen Notfallversorgung gab es keine medizinische oder psychosoziale Institution oder Struktur, die in Fällen des plötzlichen Todes für Hinterbliebene oder Betroffene eine unmittelbare institutionalisierte Zuständigkeit hätte. Die psychosoziale Notfallversorgung versucht dieses Defizit zu überbrücken.

Während Mitarbeiter der Hospizbewegung hauptsächlich den Sterbenden im Blick haben und über ihn auch seine Angehörigen wahrnehmen, stehen im Rahmen der PSNV nur noch die Hinterbliebenen und sonst Betroffenen im Mittelpunkt der Bemühungen: die Dynamik des Todes, seine Plötzlichkeit und

¹⁵ European Association for Palliative Care (EAPC) in: Bausewein 2004, S. 3

¹⁶ In der Statistik der Todesursachen (Statistisches Bundesamt) werden nicht der Ort des Todes (Krankenhaus, Wohnung, öffentlicher Bereich) und seine Umstände (Krankheitsverlauf, akutes Geschehen) erfasst.

Unvorhersehbarkeit lassen keine andere Wahl. Die besondere Dynamik des „plötzlichen Todes“ prägt die psychosoziale Notfallversorgung, ihre Methodik, ihre Rahmenbedingungen und die Menschen, die *in* ihr tätig sind ebenso wie die Menschen, *für* die sie tätig wird. Während also die Hospizbewegung den Tod in den Heimen und Krankenhäusern zu domestizieren versucht, zeigt sich der Tod in der psychosozialen Notfallversorgung als derjenige, der sich nicht auf die von der Gesellschaft vorgesehenen Reservate eingrenzen lässt. In der PSNV kann auf den Tod nur noch reagiert werden, er entzieht sich dem Zugriff, der Kontrolle und der Gestaltbarkeit, nur noch Reaktion ist möglich.

Der Tod, der in der PSNV begegnet, kommt zu jeder Zeit, aber immer zur Unzeit. Er lässt keinen Ort aus, an dem sich Menschen aufhalten können. Trotz einer weit entwickelten präklinischen Notfallmedizin und anderer Vorkehrungen der Gesellschaft, den Tod einzugrenzen und kontrollierbar zu machen, gibt es keinen Ort und keine Zeit, die vor dem Auftreten des plötzlichen Todes sicher wären. So selbstverständlich und trivial dies zu sein scheint, die Medizin (und mit ihr eine Vielzahl anderer sich in der Gesellschaft auswirkender Kräfte) liefert einen nicht unerheblichen Beitrag dazu, dass viele Menschen sich dieses Zusammenhanges nicht bewusst sind. Ein Boulevard-Blatt titelte: „Kind – Kopf ab, wieder angenäht!“¹⁷. Der im Vorgarten landende Hubschrauber erweckt Erwartungen an eine Machbarkeit, die weit entfernt von jeder Realität liegen. In der Bevölkerung ist praktisch unbekannt, dass knapp 85 % aller Wiederbelebungsversuche, die im Rettungsdienst durchgeführt werden, an Ort und Stelle erfolglos abgebrochen werden; nur etwa 3% aller Patienten, die wieder belebt wurden, leben ein Jahr nach der Wiederbelebung noch. Diese Zahlen gelten für Wiederbelebungsversuche, die wegen eines internistischen Geschehens, zumeist wegen eines Herzstillstandes, eingeleitet werden. Wenn eine Verletzung zur Reanimation führt, sind die Erfolgsaussichten praktisch bei null (Madler, 1999).

Es ist also kein schicksalhafter Versagen menschlichen Wissens und Könnens (zumindest nicht nur und nicht unbedingt), wenn ein Mensch, der klinisch tot ist, nicht ins Leben zurückgeholt werden kann, sondern es bleibt die Regel. Es

¹⁷ Bildzeitung vom 3.8.1987

ist keine Frage, dass sich jeder Aufwand an präklinischer Notfallmedizin, an optimaler Ausstattung und Struktur des Rettungsdienstes, an Ausbildung und Können der Rettungsdienstmitarbeiter für die Wiederherstellung der Vitalfunktionen auch nur weniger Patienten lohnt. Die Medizin kommuniziert ihre Fortschritte und Möglichkeiten in die Öffentlichkeit, weniger ihre Grenzen und ihre Machtlosigkeit. Die öffentliche Wahrnehmung der Medizin als quasi allmächtige steht in maximaler Diskrepanz z. B. zur Unmöglichkeit, einem fünfjährigen Kind, das einige Minuten leblos auf dem Grund eines Schwimmbeckens lag, das Leben zurückzugeben. Die „begrenzte Lebenserwartung“ kennzeichnet leider nicht nur ein spezifisches Merkmal von Patienten der Palliativmedizin und -pflege, sondern sie gilt für jeden Menschen – auch für das fünfjährige Kind.

So, wie sich der Hospizgedanke und die Palliativmedizin in den letzten zwei Dekaden aus einem „vitalen“ und mittlerweile weithin wahrgenommenen Bedarf heraus etablierten, so hat die psychosoziale Notfallversorgung ihren Bedarf und ihre Notwendigkeit in der Tatsache, dass Tod zeitlich und örtlich – wider alle Anstrengungen – nicht eingrenzbar und kontrollierbar ist und Menschen ihm mehr oder weniger hilflos ausgesetzt sind. Grundsätzlich liegt die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass ein Mensch ein psychisches Trauma erleiden kann, in der konkreten und unmittelbaren, in dieser Weise unerwarteten Konfrontation mit der Möglichkeit des eigenen Todes oder des Todes einer nahe stehenden Person.

Kasuistik 3

Ein PSNV-Mitarbeiter wird zur Betreuung einer 80jährigen Witwe gerufen. Ihr Mann ist im Alter von 82 Jahren zu Hause gestorben. Seit 16 Jahren wurde er wegen eines Bluthochdrucks behandelt, vor 10 Jahren erlitt er einen Herzinfarkt, seit 7 Jahren kam die Diagnose Darmkrebs dazu. Der Leichnam des Verstorbenen wirkt deutlich ausgezehrt, die Witwe bestätigt, dass ihr Mann in den letzten sechs Wochen stark an Gewicht verloren habe. Für sie kommt der Tod ihres Mannes völlig überraschend und unerwartet, sie ist in keiner Weise darauf eingestellt. Auf Befragen gibt sie die Auskunft, dass sie mit ihrem Mann nie über Tod gesprochen habe.

Ein Mensch kann Jahrzehnte leben, bis er mit der Realität des plötzlichen Todes konfrontiert wird – viele begegnen ihr nie oder nur mittelbar, über Erzählungen und Berichte aus ihrem sozialen Umfeld oder distanzierter in den Medien. Mit einigem Aufwand wird der Tod in geschützte Bereiche verwiesen: in Krankenhäusern, Altenheimen und anderen Einrichtungen sterben viele Menschen. Wo der plötzliche Tod außerhalb dieser Reservate auftritt, unternimmt die Gesellschaft einige Anstrengungen, ihn nicht allzu sichtbar werden zu lassen. Mit Hilfe einiger „Periletalexperten“ (Schäfer & Knubben, 1992, S.6) aus Medizin, Polizei, Feuerwehr und Bestattungswesen werden diese Situationen mehr oder weniger routiniert und zügig abgearbeitet. Wer vor einem Wohnhaus einen Notarzt- oder Rettungswagen und eine Polizeistreife stehen sieht, wird nicht daran denken, dass in diesem Haus eine Leiche liegen könnte. Unfälle und Todesfälle im öffentlichen Raum sind nicht völlig zu verstecken, eine hohe Dichte von Einsatzkräften in Deutschland sorgt jedoch dafür, dass bis zu den Glasscherben alle Spuren zügig beseitigt werden.

Psychosoziale Notfallversorgung wird dort angeboten, wo Menschen dieser Realität des Todes nahe kommen und ihnen keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stehen, um aus dieser Konfrontation nicht als Geschwächte oder als seelisch Leidende hervor zu gehen. Ihr Selbstverständnis, ihre Arbeitsweise und Handlungslogik bezieht die psychosoziale Notfallversorgung aus der Konfrontation mit dem plötzlichen Tod und seinen Auswirkungen auf Menschen.

4.1.2 Der plötzliche Tod und die Schuldgefühle der Hinterbliebenen

In der Kasuistik 2 (vgl. S. 39) ist ein Grundthema der psychosozialen Notfallversorgung angesprochen, das im Kapitel 5.6.1 „Topos der psychosozialen Notfallversorgung: Schuldgefühle“ (S. 91) entfaltet wird, an dieser Stelle aber grundsätzlich bedacht wird, weil es wie die Hilflosigkeit mit dem plötzlichen Tod in einem inneren Zusammenhang steht: die Schuldgefühle Hinterbliebener. In der Kasuistik 2 (vgl. S. 39) resultieren die Schuldgefühle der Mutter aus dem Umstand, dass sie im Keller die Wäsche versorgte, dort ihr Kind nicht im Blick hatte, deshalb nicht wahrnahm, was sich oben im Kinder-

zimmer abspielte und ihr Kind nicht vor dem Tod bewahren konnte. Betroffene sprechen im Konjunktiv, wenn sie eigene Handlungen, Unterlassungen oder Umstände beschreiben, die den tragischen Ausgang oder den Tod hätten verhindern können. Wie Hanna Arendt im Hinblick auf Schergen in deutschen Konzentrationslagern von einer „Banalität des Bösen“ spricht (Arendt, 2001), so könnte man sagen, dass es eine „Banalität des plötzlichen Todes“, oder paradox formuliert, eine „Banalität der Tragik“ gibt: eine Frau steht im Keller vor einer Waschmaschine und hantiert mit Wäsche, ihr Kind spielt ein Stockwerk über ihr, wenige Meter von ihr entfernt, in seinem Zimmer – eine völlig alltägliche Szene, der nicht die Spur einer besonderen Gefahr oder eines Risikos anhaftet. Ebenso kann eine Autofahrt zur Arbeitsstelle, ein Flug mit dem Flugzeug, ein Spaziergang im Wald, Schwimmen oder Baden im plötzlichen, auf diese Weise unerwarteten Tod enden. Es gibt kein menschliches Tun, das davor sicher wäre. Jeweils wären es nur minimale Varianten gewesen, die die Katastrophe hätten verhindern können. Eine rote Ampel, die dafür gesorgt hätte, einige Sekunden früher oder später eine bestimmte Stelle zu passieren; beim Starten wäre dem Flugzeug nichts passiert, wenn es 40 cm weiter links oder rechts gerollt wäre, um nicht über die Metalllammelle zu fahren, die im Weg lag, den Reifen aufschlitzt und schließlich zum Absturz führt (BEA, 2000); ein Baum, dessen Jahrzehnte alter Ast in dem Moment abbricht, als der Fußgänger unter ihm durchgeht; ein fünf Meter langes Schneefeld im Frühjahr, das die Frühlingssonne noch nicht geschmolzen hat und auf dem der Bergwanderer ins Rutschen kommt; ein Blutgerinnsel, das sich löst und mit fataler Wirkung ein Gefäß verschließt.

Wie jeder einzelne plötzliche Todesfall auf seine Weise einer „Banalität der Tragik“ zuzuordnen ist, so gibt es unzählige Konjunktive, die beschreiben, wie jeder dieser Todesfälle so hätte nicht eintreten müssen. Wie kein anderes Phänomen konfrontiert der Tod mit Irreversibilität: kein Konjunktiv, der eben noch hätte alles ganz anders kommen lassen können, wenn er zum Indikativ geworden wäre, kann den Tod rückgängig machen, wenn er eingetreten ist. Eine nicht entwirrbare Kausalität ist am Werk.

Es ist Bestandteil der traumatischen Erfahrung, dass der Betroffene das Ereignis in keine Kausalkette integrieren und einbinden kann, der Sinn für Kohärenz geht verloren. Vielleicht ist es einfacher, eigenes Handeln und damit eigene Schuld anzunehmen und einzuführen, damit Kausalität wieder sichtbar wird, als vor dem völlig Unbegreiflichen, aus allen Zusammenhängen heraus fallenden Ereignis zu stehen, das nicht in Kausalität integriert und damit auch psychisch nicht integrierbar ist. Schuldgefühle versuchen, die gerissenen Enden der Kausalkette zu verbinden. Rationalität braucht konstitutiv Kausalität. Im Kapitel 5.6.1 „Topos der psychosozialen Notfallversorgung: Schuldgefühle“ (S. 91) wird diskutiert, welche Alternativen es dazu gibt, denn Schuld und Schuldgefühle können die Trauer kontaminieren und damit zu einem wesentlich Belastungsfaktor werden.

4.1.3 Vertrautsein mit dem Tod?

Wer sich der Erfahrung des plötzlichen Todes aussetzt, weiß um seine Unberechenbarkeit, und er wird immer wieder aufs Neue damit konfrontiert, dass Tod sich dem Willen seiner Domestizierung widersetzt. Wer im Bereich der Hospizbewegung oder in der Palliativmedizin arbeitet, hat bessere Möglichkeiten, in seiner Zuwendung zum Sterbenden, in Gesprächen, in der Pflege, im Dasein für den Sterbenden und seine Angehörigen Tod und Sterben zu gestalten. Kübler-Ross spricht von der letzten Phase des Sterbenden von „von Hoffnung begleitete Zustimmung“ (Kübler-Ross, 1978, S. 37f) und von „Annahme: „Ich habe ein gutes Leben gehabt“, gelöste Stimmung, friedliche Atmosphäre, auch bei komatösen Patienten spürbare Entspannung“ (nach Albrecht, 1994, S. 450). Das stimmt versöhnlich, auch wenn es sich um ein nicht immer realisiertes und realisierbares Ideal handeln mag. Auf den Menschen, der sich als Urheber oder Zeuge so gestalteter Sterbevorgänge wahrnimmt, überträgt sich etwas von der „spürbaren Entspannung“.

In der psychosozialen Notfallversorgung dagegen bleibt der Tod in hohem Maß beunruhigend. Der Kontakt zu den Betroffenen ist einmalig und relativ kurz, der Erfolg oder auch nur das Ergebnis des eigenen Engagements kann kaum beobachtet werden. Auch nach vielen Jahren intensiver Praxis in der psychosozialen Notfallversorgung bleibt ein Erstaunen und Erschrecken über die Umstände, in und unter denen Menschen ihr Leben verlieren. Die schier

unendliche Vielgestaltigkeit des plötzlichen Todes steht jedem Vertrautwerden im Weg.

Der Tod trägt die Züge eines Mysteriums, eines nicht entschlüsselbaren Geheimnisses, das sein Wesen kennzeichnet. In der Theologie werden dem Mysterium zwei konträre Aspekte zugeschrieben: das Faszinosum und das Tremendum. Der plötzliche Tod zeigt eine faszinierende und eine furcht auslösende, erschreckende (wörtlich: Zittern machende) Seite. In der psychosozialen Notfallversorgung sind beide Aspekte gegenwärtig: es gibt eine Kraft, die motivierend wirkt, bei Menschen zu sein, die eben einem traumatogenen Ereignis ausgesetzt waren. Mit relativ wenig Aufwand kann die am Anfang stehende Be- und Verarbeitung eines Ereignisses, das sich auf die Biographie des Betroffenen auswirkt, unterstützt werden. Das Faszinosum weist allerdings auch auf die spezifischen Versuchungen und Gefahren der psychosozialen Notfallversorgung hin: der Betroffene wird mit seinen Bedürfnissen und in seiner Autonomie nicht mehr wahrgenommen und respektiert. Der Betroffene wird missbraucht, um eigene Stärke und Kraft darzustellen. Es gibt vielfältige Formen, dem Faszinosum des plötzlichen Todes zu erliegen. Sowohl auf individueller wie auch auf systemischer Ebene erfordert der Aspekt des Faszinosums ein hohes Maß an Aufmerksamkeit.

Dem entgegengesetzt wirkt etwas, das immer unheimlich bleibt, etwas, mit dem man nicht „heimisch“ wird. Die Situationen sind nicht nur wegen ihrer einzelnen Variablen, sondern konstitutionell nicht kontrollierbar und „in den Griff zu bekommen“. Man bleibt mit einem Phänomen konfrontiert, das man nicht erklären, sondern nur beschreiben kann, und das grundsätzlich nicht nur den anderen, sondern auch mich selbst betrifft und betreffen wird. Dem Tod zu begegnen heißt immer auch der Möglichkeit des eigenen Todes zu begegnen. So erfährt man, dass er zwar nicht all-, so doch immerhin sehr mächtig ist.

5 Ablauf der peritraumatischen Intervention

5.1 Ziele und Grenzen

Das Ziel der peritraumatischen Intervention liegt darin, im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung akut psychisch traumatisierten und trauernden Menschen zu ermöglichen, an ihre inneren und sozialen Ressourcen anzuknüpfen, um ein besonders belastendes Ereignis, das häufig, aber nicht ausschließlich mit dem plötzlichen Tod zu tun hat und das sie an den Rand ihrer Verarbeitungsmöglichkeiten führt, ohne traumabedingte Störung oder anderen Gesundheitsschaden zu überstehen. Die psychosoziale Notfallversorgung nutzt die Chance, die am Anfang stehende Verarbeitung eines belastenden Ereignisses und den Beginn des Trauerprozesses mit vergleichsweise wenig Aufwand zu stützen, damit der Betroffene es in seine Biographie integrieren kann. Die psychosoziale Notfallversorgung arbeitet präventiv. Sie gehört zur sekundären Prävention (Maercker & Barth, 2004, S.78f), die zeitlich so nah wie möglich mit Eintritt des traumatogenen Ereignisses einsetzt.

Der präventive Auftrag wird durch eine erste emotionale Stabilisierung des Betroffenen umgesetzt, die traumatogene Situation wird normalisiert, Orientierung vermittelt und die Wiedergewinnung der Handlungsfähigkeit unterstützt.

Die peritraumatische Intervention findet grundsätzlich einmalig beim Betroffenen statt. Die Begrenzung ergibt sich daraus, dass das peritraumatische Intervall bei alltagsnahen Geschehen wie z. B. der plötzliche Tod eines Erwachsenen mit internistischer Ursache, Suizid, Unfall mit Todesfolge etc. nach einigen, wenigen Stunden beendet ist.¹⁸ In diesem Zeitintervall unmittelbar nach Eintritt des Ereignisses ist der Betroffene Eindrücken ausgesetzt und in Vorgänge involviert, die maßgeblich den Modus der Bewältigung und die Möglichkeiten, das traumatogene Ereignis zu integrieren, bestimmen.

Dazu gehört,

- dass er überraschend einen Toten findet oder Zeuge des Todes (oder der Möglichkeit des Todes) eines anderen Menschen wird;

- dass er im Zeitraum bis zum Eintreffen der Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr der eigenen Hilflosigkeit ausgesetzt ist und nur in seltenen Fällen in der Lage ist, Dinge zu tun, die er selbst später als hilfreich und die (Lebens-) Rettung unterstützend bewertet;
- dass er in seinen psychischen Bedürfnissen von Einsatzkräften nicht die Beachtung findet, die er bräuchte, um aus dem Gefühl der Hilfs- und Orientierungslosigkeit herauszukommen;
- dass er notfallmedizinischen und polizeilichen Maßnahmen ausgesetzt ist, die er nicht verstehen, einordnen und zu denen er sich nicht verhalten kann;
- dass in allen Fällen, in denen ein Mensch gestorben ist, strukturierte und bedarfsgerechte Angebote der Abschiednahme vom Verstorbenen besonders im häuslichen Bereich irreversibel verstreichen, wenn nicht jemand entsprechend initiativ wird;
- dass jemand zur Verfügung steht, der die Erfahrung ermöglicht, nicht allein zu sein, die eigene Hilf- und Sprachlosigkeit aushält und der zum Zuhörer erster Versuche wird, das Ereignis ins Wort zu bringen;
- dass soziale Ressourcen aktiviert werden, die über die nächsten Tage, Wochen und Monate zur Verfügung stehen;
- dass bei Bedarf eine niederschwellige Brücke von der peritraumatischen Intervention zu qualifizierten weiterführenden Einrichtungen gebaut wird;
- dass der Betroffene spezifische Veränderungen im Denken und Fühlen einordnen und als angemessene Reaktion auf ein nicht normales Ereignis verstehen kann.

Das Setting der psychosozialen Notfallversorgung ist im Gegensatz zur psychotherapeutischen Akutintervention, die in den ersten vier Wochen nach der traumatogenen Exposition stattfindet, unterschieden. Während in der psychosozialen Notfallversorgung sich der Mitarbeiter zum Betroffenen in das traumatogene Ereignis begibt (Geh-Struktur), kommt in der psychotraumatologischen Akutintervention der Betroffene in eine Beratungsstelle (Komm-Struktur). Nach Abschluss der peritraumatischen Intervention greift die Handlungslogik der psychotraumatologischen Akutintervention, die eine andere

¹⁸ In größeren Schadenslagen, Katastrophen und anderen komplexen Situationen wie z. B. Vermisstensuche ist die Dauer des peritraumatischen Intervalls mit bis zu einigen, maximal acht Tagen anzugeben.

Struktur und anders qualifizierte Mitarbeiter vorsieht¹⁹. Während in der psychosozialen Notfallversorgung der Betroffene möglichst zeitnah nach dem Ereignis aufgesucht wird, vereinbart er im Rahmen der psychotraumatologischen Akutintervention selbstinitiativ einen Termin. In der psychosozialen Notfallversorgung liegt der Schwerpunkt der Intervention auf der Gestaltung der Initialisierung psychischer Prozesse, die die Verarbeitung des Ereignisses und seiner Auswirkungen zum Ziel haben. Die Intervention ist daher punktuell und umfasst wesentlich auch organisatorische Aspekte; in der Akutversorgung wird der Prozess über einen mehr oder weniger langen Zeitraum begleitet, die Gestaltung der (therapeutischen) Beziehung zwischen Betroffenenem und seinem Ansprechpartner steht im Mittelpunkt dieses Prozesses.

In den letzten Jahren ist die Tendenz zu beobachten, dass PSNV-Mitarbeiter, die ausgebildet sind, um im peritraumatischen Intervall tätig zu werden, länger andauernde Kontakte zu Betroffenen aufrechterhalten.²⁰ Der Grund dafür ist einerseits darin zu suchen, dass nicht flächendeckend Einrichtungen für die psychotraumatologische Akutintervention vorgehalten werden bzw. ihre Kapazitäten unterhalb des Bedarfes liegen. Andererseits scheint ein Zusammenhang zu bestehen zwischen der Qualität der Ausbildung und der Einsichtsfähigkeit, die psychosoziale Notfallversorgung auf eine einmalige peritraumatische Intervention zu begrenzen: es scheint Ausdruck einer unzureichenden Ausbildung zu sein, wenn die Abgrenzung zwischen der peritraumatischen Intervention und der psychotherapeutischen Akutintervention nicht gelingt.

Eine weitere Begrenzung der psychosozialen Notfallversorgung betrifft ihre Zielgruppe: in undifferenzierter Weise werden nicht nur Hinterbliebene, akut psychisch traumatisierte und trauernde Menschen begleitet, sondern auch Einsatzkräfte aus Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei. Es besteht kein Zweifel darüber, dass Ereignisse im Kontext des plötzlichen Todes zu Belastungen der Einsatzkräfte führen können (Krüsmann, 2004). Allerdings erfordern ihre Bearbeitung umfassende Maßnahmen nicht nur im Bereich der

¹⁹ Psychotherapeuten

²⁰ Vgl. www.hoffen-bis-zuletzt.de. Es handelt sich um eine Initiative der Deutschen Rotes Kreuzes und einem Teil der evangelischen Notfallseelsorge, an der auch Mitarbeiter von Kriseninterventionsteam beteiligt sind, die vom Deutschen Rotes Kreuz getragen werden

sekundären, sondern auch der primären Prävention (Kaplan, Freedmann & Sadock, 1980). Psychosoziale Notfallversorgung für die Zielgruppe von Einsatzkräften erfordert nicht nur andere Kompetenzen, sondern neben einer grundsätzlichen Beauftragung die Etablierung eigener Strukturen im Bereich des Einsatzwesens. Die psychosoziale Notfallversorgung für Trauernde, akut psychisch Traumatisierte und Hinterbliebene leidet und verliert an Qualität, wenn sie unterschiedslos allen Zielgruppen gleichermaßen angeboten wird.

5.1.1.1 Vom Trauma zur Trauer

Der psychische Prozess, der durch die psychosoziale Notfallversorgung unterstützt werden soll, kann mit der Formel „vom Trauma zur Trauer“ beschrieben werden. Unter Trauma ist hier nicht eine Krankheit oder Diagnose zu verstehen, sondern Trauma umfasst die unmittelbaren Auswirkungen der Akuten Belastungsreaktion (WHO, 1998, ICD10: F43.0). Betroffene dissoziieren, sie haben das Gefühl, neben sich zu stehen, sie erleben ihre Umgebung als unwirklich, gleichsam wie im Kino, ihr Zeitgefühl ist aufgehoben oder verzerrt, sie wissen zwar, was passiert ist, allerdings fehlen die Gefühle, die zu diesem Wissen gehören, sie fühlen sich leer und sagen von sich selbst, dass sie noch gar nicht „realisiert“ haben, was geschehen ist. Die Formulierung, „noch gar nicht realisiert (zu) haben, was eigentlich passiert ist“ wird von Betroffenen selbst oft gewählt. Sie drücken damit aus, dass zum Realisieren, zur adäquaten Wahrnehmung der Wirklichkeit, offensichtlich konstitutionell die emotionale Bewertung dazu gehört. Das kognitive Wissen um das, was geschehen ist, scheint nicht auszureichen, um das Ereignis in seiner Tragweite zu „realisieren“.

Betroffene, die in der beschriebenen Weise reagieren, sagen von sich, dass sie noch nicht Trauern können oder dass sie „keine Tränen haben“. Sie leiden unter der Unmöglichkeit, ihre Trauer auszudrücken. Daraus entwickeln sich auch Schuldgefühle: „was bin ich für ein Mensch, dass ich beim Tod meines Partners nicht weine“.

Die Akute Belastungsreaktion wird hier nicht als Ausdruck einer pathologischen Veränderung oder ihren Beginn verstanden, sondern sie stellt eine

Ressource Betroffener dar, um einen letzten Rest an Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Die Akute Belastungsreaktion bewahrt das psychische System des Betroffenen vor dem Zusammenbruch. Diese Funktion belegen eindrucksvoll die Depersonalisation und Derealisation, zwei Aspekte der Dissoziation. Eine Realität, die als hochgradig bedrohlich erlebt wird, wird entschärft, in dem sie durch einen psychischen Vorgang als Realität aufgehoben wird: De – Realisation. Die Szenerie wird als unwirklich, wie im Traum oder wie im Kinofilm erlebt. Die Person als wahrnehmendes und situativ bedrohtes Subjekt hebt sich selbst auf: De – Personalisation. Der Betroffene hat den Eindruck, „neben sich zu stehen“, wie der allgemeine Sprachgebrauch treffend formuliert. Die Akute Belastungsreaktion schützt durch den komplexen Vorgang der Dissoziation die Person vor einer maximal bedrohlichen Realität durch die Aufhebung einer der beiden oder beider Seiten: Person und Realität.

Im Rahmen einer effizienten peritraumatischen Intervention fühlt sich der Betroffene aufgehobener und sicherer, die Präsenz eines anderen Menschen, der in dieser Situation für ihn da ist, vermittelt ihm Halt und Orientierung. In der Folge bildet sich die Akute Belastungsreaktion, im engeren Sinn die Dissoziationen, zurück. Die vorher abgespaltenen Emotionen kommen stärker zum Tragen und werden gegebenenfalls durch Weinen in adäquater Weise ausgedrückt. Aus einem Menschen, der im Rahmen der Akuten Belastungsreaktion „neben sich steht“, „alles wie im Traum erlebt“, „keine Tränen hat“, wird ein Mensch, der trauert. Es findet ein Übergang statt von Merkmalen einer akuten psychischen Traumatisierung hin zum adäquaten Ausdruck von Trauer: wo Trauma war, ist Trauer geworden.

5.1.2 Orientierende Struktur der peritraumatischen Intervention

Der PSNV-Mitarbeiter begibt sich zum Betroffenen, der einem traumatogenen Ereignis ausgesetzt ist. Der Betroffene erlebt die extrem belastende Situation als Chaos, vertraute Strukturen lösen sich auf, er „verliert den Boden unter den Füßen“, hat keine Orientierung mehr und versteht nicht, was um ihn herum vorgeht. Nicht nur bei größeren und komplexen Ereignissen, sondern auch in

der alltagsnahen psychosozialen Notfallversorgung wird der PSNV-Mitarbeiter in Situationen tätig, die sich zunächst als unübersichtlich darstellen und denen Struktur fehlt. Deshalb benötigt er einerseits eine klare innere Vorstellung davon, worin sein Auftrag besteht und wie er ihn umsetzen kann. Andererseits nimmt er die konkreten Gegebenheiten der Situation und die Bedürfnisse des Betroffenen wahr und geht so weit wie möglich auf sie ein. Die Chancen und Möglichkeiten der psychosozialen Notfallversorgung werden in jeder Intervention neu in Beziehung zur Einmaligkeit der Situation und der in ihr agierenden Menschen gesetzt. Es handelt sich daher weder um starre Algorithmen oder Handlungsabläufe, die in jeder Intervention auf die immer gleiche Weise umgesetzt werden, noch um eine völlige Offenheit und Beliebigkeit des Ablaufes.

Aus diesem Grund wird hier die Auffassung vertreten, dass es riskant und missverständlich ist, in der psychosozialen Notfallversorgung von Phasen zu sprechen: die Reaktionsweise und die Bedürfnisse Betroffener sind zwar nicht jeweils völlig unterschiedlich, aber sie sind auch nicht identisch und im Vorhinein berechenbar. Die Intervention und ihr Ablauf orientieren sich an den Bedürfnissen des Betroffenen, sie sind für die psychosoziale Notfallversorgung maßgeblich. Eine Strukturierung der peritraumatischen Intervention in Phasen wird ihr auch insofern nicht gerecht, als dass Phasen eine Reihenfolge ihres Ablaufs implizieren. Wer auf die Einhaltung einer Abfolge von Phasen achtet, übersieht leichter die je aktuellen Bedürfnisse des Betroffenen.

In der Intervention vermittelt der PSNV-Mitarbeiter die Möglichkeiten des Betreuungssettings und die Bedürfnisse des Betroffenen mit dem zentralen Anliegen der Intervention: die emotionale Stabilisierung des Betroffenen. Seine Destabilisierung durch die traumatogene Exposition wirkt sich in der Weise aus, wie im Rahmen des Konzeptes der Akuten Belastungsreaktion beschrieben. Die Symptome der Akuten Belastungsreaktion werden im peritraumatischen Intervall nicht als Ausdruck einer Traumatisierung mit Krankheitswert oder seinen Beginn verstanden, sondern als einen höchst kreativen psychophysischen Vorgang mit der Funktion, im Rahmen eines psychischen „Notprogramms“ ein immerhin minimales Niveau an Handlungsfähigkeit

aufrecht zu erhalten. Die Akute Belastungsreaktion hat eine Schutzfunktion für die Psyche des Betroffenen und mobilisiert letzte Ressourcen.

Daher sind zunächst alle Maßnahmen, die den Betroffenen in der traumatischen Situation stabilisieren, für die psychosoziale Notfallversorgung zu berücksichtigen. Wie es aus den genannten Gründen wenig sinnvoll erscheint, „peritraumatische Phasen“ beim Betroffenen beschreiben und bestimmen zu wollen, so gibt es kein starres, grundsätzlich und immer gültiges Ablaufschema oder Algorithmus psychosozialer Maßnahmen. Der Ablauf der konkreten Maßnahmen wird im Folgenden dennoch in einer Reihenfolge dargestellt, die nicht beliebig oder willkürlich ist, sondern so oder in leicht variiertes Form häufig umgesetzt wird und einer inneren Logik entspricht. Daraus ergibt sich eine Struktur, die der PSNV-Mitarbeiter für seine eigene Orientierung in die peritraumatische Intervention aufnimmt, damit er sie an den Bedürfnissen des Betroffenen ausgerichtet umsetzen kann:

- Unterbrechung der unmittelbaren traumatischen (sensorischen) Exposition
- Aushalten und Teilen von Sprachlosigkeit, sprachlos machender Trauer; kontinuierliche Präsenz
- Narrativ: Erlebtes und Erlittenes in Worte fassen
- Orientierung vermitteln
- Verabschiedung vom Leichnam
- Aktivierung und Einbindung der sozialen Ressourcen
- Psychoedukation, Hinweis auf weiterführende psychosoziale Einrichtungen

Die hier aufgeführten Aspekte der orientierenden Struktur der peritraumatischen Intervention werden in den entsprechenden Kapiteln erläutert. Bevor jedoch der Ablauf der peritraumatischen Intervention dargestellt wird, muss in den Blick genommen werden, wer sie veranlasst.

5.1.3 Wahrnehmung eines Betreuungsbedarfes durch Einsatzkräfte

Die Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr kommen im Rahmen ihres regulären Arbeitsauftrages in Kontakt mit Menschen, die entsprechend den A-Kriterien des DSM IV (APA, 1996, 308.3, 309.81) mit

einem traumatogenen Ereignis konfrontiert wurden. Betroffene sind im peritraumatischen Intervall nur eingeschränkt in der Lage, für sich selbst zu beurteilen, ob sie von einer psychosozialen Notfallversorgung profitieren. Zudem sind Einrichtungen, die psychosoziale Notfallversorgung anbieten, in der Bevölkerung kaum namentlich oder von ihrem Tätigkeitsprofil her bekannt. Daher spielt neben der Selbstwahrnehmung eines Betreuungsbedarfes durch den Betroffenen selbst seine Fremdwahrnehmung durch Einsatzkräfte eine wichtige Rolle bei der angemessenen Indikationsstellung psychosozialer Notfallversorgung.

Die adäquate, psychotraumatologisch fundierte Beurteilung durch Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr setzt entsprechende Basiskenntnisse voraus, die in der Ausbildung nicht immer verlässlich geschult werden. Daher gehören regelmäßige Fortbildungen und Informationsveranstaltungen in Einrichtungen, deren Mitarbeiter im Kontakt mit betroffenen Menschen darüber entscheiden, ob eine psychosoziale Notfallversorgung veranlasst wird, zum Aufgabenfeld einer PSNV-Einrichtung.

Einsatzkräften werden in Fortbildungen, Faltblättern und Aushängen bekannt gemacht, wann eine peritraumatische Betreuung indiziert ist. Grundsätzlich haben sich dabei zwei Vorgehensweisen bewährt:

1. Situationen, in denen eine Intervention grundsätzlich erwogen werden sollte, werden beschrieben bzw. definiert (vgl. Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung, S. 16)
 - Hinterbliebene nach Suizid
 - Hinterbliebene nach dem Tod eines Kindes“
 - körperlich Unverletzte nach Gewalterfahrung (z. B. Geiselnahme, Raub, versuchte sexuelle Gewalt, etc.)
 - Angehörige während einer Vermisstensuche
 - Überbringen einer Todesnachricht
 - Betroffene nach Personenunfällen im Gleisbereich

2. Es lassen sich nicht alle real vorkommenden Situationen, in denen psychosoziale Notfallversorgung indiziert ist, beschreiben. Außerdem gibt es eine Vielzahl von Ereignissen, in denen eine Intervention abhängt von sozialen, psychischen und anderen Faktoren der bzw. des Betroffenen. Diese Faktoren müssten von Einsatzkräften identifiziert werden. Deshalb wird ergänzend zum Versuch, interventionsindizierende Situationen zu definieren, in einfacher Weise erläutert, woran ein Betreuungsbedarf sichtbar wird: z. B. "Hinterbliebene/r wirkt deutlich desorientiert, es sind keine sozialen Ressourcen greifbar, Hinterbliebener ist vereinsamt".

In den Situationen, in denen die Indikation für die psychosoziale Notfallversorgung von der Einschätzung der Einsatzkräfte abhängt, fällt auf, dass Einsatzkräfte häufiger eine Betreuung anfordern, wenn der Betroffene weint. Auch in den definierten Situationen wird die Betreuung wesentlich früher und dringlicher angefordert, wenn Betroffene weinen.

Ein Betroffener, der im Rahmen der akuten Belastungsreaktion Emotionen abspaltet, wirkt nach außen auf Einsatzkräfte zunächst „normal“ und „unauffällig“. Die hinter der scheinbaren und wahrnehmbaren Normalität liegende peritraumatische Dynamik ist Einsatzkräften nicht immer bekannt. Denn ausgelöst durch die traumatogene Exposition werden Emotionen abgespalten, damit die Handlungsfähigkeit erhalten bleibt. Anderenfalls würden die Emotionen den Betroffenen überfluten („übermannen“) und die Handlungsfähigkeit in Frage stellen oder nehmen. Durch die Abspaltung der Emotionen wirken Betroffene zunächst äußerlich gefasst und ruhig. Auf Ansprache reagieren sie leicht verlangsamt und wirken kognitiv eingeschränkt, können jedoch z. B. einfache Auskünfte geben. Oft bemühen sie sich selbst um „Unauffälligkeit“ und passen sich dem an, was sie von den Einsatzkräften als sozial erwartet empfinden. Dies führt bei psychotraumatologisch nicht geschulten Einsatzkräften zu dem Schluss, dass für den Betroffenen offensichtlich kein besonderer Betreuungsbedarf besteht.

Kasuistik 4:

Ein PSNV-Mitarbeiter wird für die peritraumatische Intervention zu einem U-Bahn-Fahrer gerufen, vor dessen Zug ein Suizidant gesprungen war. Am Bahnsteig wird er von einer Einsatzkraft der Feuerwehr empfangen: "Das macht dem Fahrer nichts mehr aus, der hat das schon zum vierten Mal!" Der Fahrer sitzt auf dem Stuhl in seinem Fahrstand und wirkt geistig abwesend, jedoch „gefasst“. In der Betreuung stellt sich schnell das Gegenteil dieser Einschätzung heraus: das Ausmaß des psychischen Traumas verstärkt sich massiv durch die mehrfache Wiederholung des Ereignisses. Der Fahrer wirkte zwar auf den ersten Blick relativ beherrscht (kompensiert). Als sich der Mitarbeiter mit ihm vom Bahnsteig entfernt (um ihm den Anblick der Leichenbergung zu ersparen) und sie in einen ruhigen Dienstraum gehen, stellt sich heraus, dass der U-Bahnfahrer massiv belastet ist.

Die psychotraumatologisch gelegentlich ignorant wirkende Haltung des Einsatzpersonals erklärt sich mit Blick auf die Tatsache, dass Affekte die Tendenz haben, sich zu übertragen („Affektinfizierung“). Einsatzkräfte spalten ihre Emotionen ab, um selbst handlungsfähig zu bleiben. Wenn sie am Einsatzort Menschen wahrnehmen, die starke, bisweilen eindrucksvolle Affekte (z. B. Schreien, Weinen, Klagen) zeigen, bedroht dies ihre eigene Handlungsfähigkeit bzw. wirkt mindestens verunsichernd. Sie vermeiden bei sich die Emotionen, die sie bei den Menschen in ihrer Umgebung an der Einsatzstelle wahrnehmen. Daher wirken starke Affekte bedrohlich, denn sie führen zu einer Empathie und Nähe, die evt. die eigene Handlungsfähigkeit, die aus der emotionalen Distanz zu resultieren scheint, einschränkt. Diese Dynamik verleitet zu der Annahme, dass ein Mensch, der weint, offensichtlich „Hilfe“ und Beistand braucht. Ein Betroffener dagegen, der massiv traumatisch exponiert war, aber Emotionen abspaltet und „normal“ wirkt, wird vom psychotraumatologisch nicht geschulten Beobachter übersehen.

Die Hilfe, die sich psychotraumatologisch ungeschultes Einsatzpersonal von einer peritraumatischen Intervention für den Betroffenen intuitiv erwartet, entspricht nicht unbedingt dem Ziel und Sinn der peritraumatischen Intervention. Eine zentrale Erwartung liegt darin, dass der Betroffene nicht länger Affekte zeigt, z. B. mit Weinen aufhört. Psychosoziale Notfallversorgung wird

simplifizierend auf „Trösten“ reduziert und Trösten bedeutet, dass der „Getröstete“ mit dem Weinen aufhört – erst dann war „Trösten“ erfolgreich. Dagegen steht die Realität der Akuten Belastungsreaktion mit ihren dissoziativen Anteilen: ein Betroffener spaltet zunächst Affekte ab, weil ihn dies in einer bedrohlichen und extrem belastenden Situation stabilisiert und ihm ein wichtiger Rest an Handlungsfähigkeit erhalten bleibt. Im Rahmen der Intervention erfährt der Betroffene Halt, Stütze und Orientierung. Diese neue Erfahrung führt dazu, dass die zunächst abgespaltenen Emotionen zum Ausdruck kommen können. Der Betroffene fühlt sich sicher und geborgen genug, um seine Gefühle wahrzunehmen und zuzulassen. Affekte werden sichtbar.

Der peritraumatisch ungeschulte Beobachter nimmt zunächst einen Betroffenen wahr, der auf den ersten Blick „unauffällig“ wirkt. Wenn nun eine Betreuung einsetzt, dann kann es aus der dargestellten Dynamik heraus dazu kommen, dass der Betroffene Affekte zeigt. Für den Beobachter, der die Dynamik der Akuten Belastungsreaktion nicht kennt, sondern deutet, was er unmittelbar wahrnimmt, hat sich in und durch die Intervention der Zustand des Betroffenen augenscheinlich verschlechtert. Der Mangel an entsprechendem Wissen kann beim Beobachter zu einer skeptischen Ablehnung psychosozialer Notfallversorgung führen.

Aus diesem Grund wird deutlich, dass die Qualität der strukturierten, peritraumatischen Intervention wesentlich davon abhängt, wie das Einsatzpersonal, das die Betreuung veranlasst, für die psychotraumatologisch fundierte Wahrnehmung der Situation geschult ist. Wer das Weinen eines Betroffenen als Indikator für psychosoziale Notfallversorgung wertet, wird dem Anliegen einer bedarfsorientierten psychosozialen Notfallversorgung nicht gerecht. Denn Weinen stellt zunächst eine angemessene, adäquate Reaktion auf einen entsprechenden Anlass dar, z. B. den Tod eines nahen Angehörigen. Weinen drückt Trauer aus. Wer trauert, hat den Verlust eines für ihn wichtigen und bedeutsamen Menschen realisiert. Er spaltet Gefühle nicht ab, sondern kann sie zum Ausdruck bringen. Betreuungsbedarf besteht jedoch nicht bzw. weniger für den Trauernden, als vielmehr für den Menschen, der Zeichen einer

extremen Belastung zeigt (z. B. unter einer emotionalen Anästhesie steht und deshalb nicht in der Lage ist, zu weinen).

Kasuistik 5

Nach dem plötzlichen Tod eines Säuglings verständigt der Notarzt einen Mitarbeiter für die peritraumatische Intervention. Als der Mitarbeiter am Einsatzort eintrifft, kommt der Notarzt auf ihn zu und weist ihn in die Situation ein: dem Vater des toten Kindes gehe es soweit gut, er würde derzeit mit dem Bestatter telefonieren. Der PSNV-Mitarbeiter solle sich der Mutter annehmen, die sitze im Wohnzimmer und weine.

In dieser Kasuistik erscheint aus Sicht der Peritraumatologie der Vater des verstorbenen Kindes auffällig. Er telefoniert mit dem Bestatter und weiß, dass sein Kind tot ist. Die Gefühle jedoch, die zu diesem Wissen gehören, sind abgespalten und werden nicht wahrgenommen. Die Mutter dagegen ist in der Lage, Affekte zu zeigen. Wann sonst als in dieser Situation hat die Frau allen Grund, zu weinen?

Peritraumatologisch geschulte Einsatzkräfte erweisen sich als wesentliche Voraussetzung für die Qualität einer bedarfsgerechten Intervention. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, Einsatzpersonal entsprechend fortzubilden. Bewährt haben sich Fortbildungen, die ca. 1,5 bis 2 Stunden dauern. In den Fortbildungen wird einerseits über die Indikationen und die Arbeitsweise der Einrichtung und die Ausbildung ihrer Mitarbeiter informiert. Andererseits werden die Einsatzkräfte ermutigt, die Betreuung bis zum Eintreffen eines PSNV-Mitarbeiters selbst zu übernehmen. Für die Betreuung werden ihnen konkrete Empfehlungen und Hinweise gegeben. In diesem Rahmen können auf verbreitete Fehleinschätzungen im Kontext der Intervention und ihrer Indikation eingegangen werden. Fortbildungen mit diesem Aufbau haben sich auch deshalb bewährt, weil sie nicht nur darüber aufklären, wie „Experten“ arbeiten, sondern die Handlungskompetenz der Einsatzkräfte selbst stärkt und vertieft. Die Teilnehmer der Fortbildung werden auf diese Weise aktiv in das Tätigkeitsfeld psychischer Betreuung einbezogen, identifizieren sich mit ihren Zielen und unterstützen die Intervention im Einsatz.

Je nach Größe des Einzugsbereiches der Einrichtung erfordern die regelmäßig durchgeführten Fortbildungen einen nicht zu unterschätzenden Aufwand, der sich jedoch zuverlässig in einer entsprechenden Qualität der Alarmierung und Kooperation an der Einsatzstelle bemerkbar macht.

Die psychosoziale Notfallversorgung stellt ein relativ neues Arbeitsfeld dar, das sich zu Beginn der neunziger Jahre etablierte und seitdem verbreitet und ausdifferenziert. Daraus leitet sich jedoch nicht ab, dass es psychosoziale Notfallversorgung – wenn auch in weniger reflektierter und systematisierter Form – nicht schon immer durch entsprechend wahrnehmende und engagierte Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr gegeben hätte. Aus diesem Grund wird hier die Auffassung vertreten, dass Einsatzpersonal aus den genannten Bereichen mindestens in Basismaßnahmen psychosozialer Notfallversorgung ausgebildet werden sollte. Denn im psychosozialen Handeln kommt grundsätzlich ein humanitäres Anliegen zum Ausdruck. Humanitäres Handeln darf im Einsatzwesen nicht einigen wenigen Fachkräften der psychosozialen Notfallversorgung vorbehalten bleiben, sondern muss Bestandteil der beruflichen wie persönlichen Identität und des Profils von Einsatzkräften bleiben. Das Engagement in der psychosozialen Notfallversorgung bleibt nicht exklusiv und grenzt entsprechend engagierte Einsatzkräfte aus. Das Ausbildungskonzept der „Basiskrisenintervention“ nimmt auf dieses Anliegen Bezug (Müller-Cyran, 1999).

5.1.4 Exkurs: Anwesenheit von Angehörigen bei der Reanimation

Bei Mitarbeitern des Rettungswesens setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Angehörige von der Versorgung eines Patienten – auch im Falle einer Reanimation – nicht grundsätzlich auszugrenzen sind. Es war weit verbreitete Praxis, Angehörige bei der Reanimation des Patienten des Raumes zu verweisen mit dem Hinweis, es sei ihnen nicht zuzumuten, invasive Maßnahmen der Reanimation (Defibrillation, endotracheale Intubation, Legen periphervenöser Zugänge, etc.) ansehen zu müssen. Die Ausgrenzung der Angehörigen wird mit dem Argument begründet, sie könnten Schaden nehmen.

Ohne Zweifel hat die Durchführung einer effizienten Reanimation absolute Priorität und liegt im Interesse der Angehörigen. Notärzte, die überwiegend in Krankenhäusern tätig sind, sind nicht gewohnt, präklinisch – außerhalb der schützenden Krankenhausstruktur – in der relativen „Öffentlichkeit“ zum Beispiel einer Wohnung tätig zu werden. Unter diesen Umständen ist es nahe liegend, dass anwesende Angehörige bei der Reanimation den Arzt bzw. das notfallmedizinische Team verunsichern. Das gilt besonders dann, wenn der Arzt in der Durchführung der Reanimation unerfahren ist oder das Team nicht aufeinander eingespielt ist. Wenn unter diesen Umständen der Arzt einen Angehörigen auffordert, den Raum zu verlassen, ist dies gerechtfertigt und ausreichend begründet, wenn er bzw. das Team effizienter den Patienten versorgen können. Der Hinweis darauf, dass die Präsenz des Angehörigen ihm selbst psychisch schade, erübrigt sich, weil er falsch ist.

Der Ablauf bzw. der Algorithmus der Reanimation ist keine esoterische Geheimlehre, sondern kommunizierbar. Er wird z. B. von der American Heart Association (1992) und von der Bundesärztekammer (vgl. Pichler & Klinner, 1998) beschrieben und unterliegt nicht dem freien Ermessen bzw. der Willkür des reanimierenden Arztes. Die Maßnahmen der Reanimation verlieren aufgrund der Anwesenheit eines Angehörigen nichts von ihrer Effizienz.

Das rettungsdienstliche Team begibt sich ohne jede Zeitverzögerung zum reanimationspflichtigen Patienten und beginnt nach einer kurzen, orientierenden Diagnostik, in der die Indikation für die Wiederbelebungsmaßnahmen gestellt wird, mit den lebensrettenden Maßnahmen. Dabei kann die Tür zu dem Raum, in dem sich der reanimationspflichtige Patient befindet, angelehnt gelassen werden. Eine angelehnte Tür ist ein nonverbaler Hinweis darauf, dass der Angehörige nach eigenem Ermessen bei der Reanimation anwesend sein kann. Die angelehnte Tür signalisiert, dass nichts zu Verheimlichendes hinter der geschlossenen Tür passiert. Angehörige, die in ihrer eigenen Wohnung von der Versorgung des Patienten ausgeschlossen werden und denen untersagt wird, einen Raum ihrer eigenen Wohnung zu betreten, entwickeln Phantasien zu den Vorgängen, die ihnen verborgen werden. Das kann bis zur Anzeige bei der Staatsanwaltschaft oder anderen forensischen Komplikationen führen, weil

von den Hinterbliebenen vermutet wird, es sei bei der Reanimation „nicht mit rechten Dingen“ zugegangen bzw. es gäbe etwas vom Notarzt zu verbergen.

Wenn der Angehörige bei der Reanimation anwesend ist, wird er Zeuge invasiver präklinischer Maßnahmen. Dabei ist zu erwägen, dass er unter den Auswirkungen der Akuten Belastungsreaktion steht. Seine Wahrnehmungsfähigkeit wie seine Erinnerungsfähigkeit an das, was er unter den Auswirkungen der Akuten Belastungsreaktion wahrnimmt, ist deutlich eingeschränkt. Details der Vorgänge während der Reanimation ist er nicht in der Lage wahrzunehmen und später zu erinnern. Das gilt sowohl für notfallmedizinische Maßnahmen, die nicht beim ersten Versuch gelingen, wie auch für das, was im Team gesprochen wird. Bei der Anwesenheit eines Angehörigen während der Reanimation besteht kein Anlass, die sachliche, einsatzbezogene Kommunikation innerhalb des Teams den vermuteten Bedürfnissen oder Erwartungen des Angehörigen anzupassen. Nach zahlreichen Interventionen bei Betroffenen, die während der Reanimation anwesend waren, lässt sich übereinstimmend sagen, dass die notfallmedizinischen Maßnahmen nie als irritierend wahrgenommen werden, zumal, wenn sie nach dem Ende der Reanimation mit einfachen Worten und verständlich erklärt werden. Kein Angehöriger hat die Maßnahmen als „brutal“ bezeichnet oder tötlich notärztliche Maßnahmen ver- bzw. behindert. Das ganze Interesse des Angehörigen ist allein darauf gerichtet, dass die Reanimation Erfolg hat. Er deutet die ihm unbekanntem medizinischen Vorgänge grundsätzlich günstig für die Prognose. Die stringente, routinierte und engagierte Arbeitsweise des notfallmedizinischen Teams und die aufwändige medizintechnische Ausstattung verstärken die Hoffnungen auf einen guten Ausgang. Der im Vorgarten landende Rettungshubschrauber oder auffällige und eindrucksvolle Einsatzfahrzeuge wirken als Garanten des medizinischen Erfolges. Sie suggerieren eine Machbarkeit, die leider immer wieder hinter der Realität zurück bleibt. So trivial die Feststellung wirkt, dass die Medizin den Tod nicht abgeschafft hat, so kommt diese Tatsache im konkreten Einzelfall bei Hinterbliebenen in ihrer schwer erträglichen Konsequenz zum Tragen. Konkret und belastend wird dies für das notärztliche Team, wenn es den frustrierten Abbruch einer Reanimation, der nicht nur eine seltene Ausnahme darstellt, gegenüber dem Hinterbliebenen vertreten muss. Es ist Bestandteil der

peritraumatischen Intervention, auf diese Zusammenhänge einzugehen, wenn sie vom Hinterbliebenen thematisiert werden.

Die Erfahrung aus der psychosozialen Notfallversorgung belegt, dass die Anwesenheit des Angehörigen bei der Reanimation aus psychologischen Gründen dann vertretbar, angemessen und empfehlenswert ist, wenn der Angehörige dies selbst wünscht. Für viele Hinterbliebene wird es in ihrer Trauer zu einem wichtigen Trost, den Sterbenden nicht allein gelassen zu haben und geflohen zu sein, sondern im Moment des Sterbens anwesend gewesen zu sein. Dabei wird das notärztliche Team durchgängig nicht als negativ oder „versagend“ erlebt und erinnert, sondern als maximal engagiert.

Kasuistik 6

Eine Witwe, die bei der Reanimation ihres Mannes anwesend sein konnte, betonte mehrfach in der Betreuung, dass sie selbst gesehen habe, wie sehr sich die Rettungsdienstmitarbeiter um ihren sterbenden Mann bemüht hätten und er trotzdem nicht mehr zu retten war. Diese Wahrnehmung und Gewissheit wurde ihr zum Trost.

Aus notfallmedizinischer Sicht empfiehlt sich die Anwesenheit von Angehörigen bei der Reanimation, weil fremdanamnestic Angaben zum Patienten (z. B. Vorerkrankungen, Medikation, sonstige Angaben zur Vorgeschichte) nur erhoben werden können, wenn ein Angehöriger im Raum ist. Die Fragen an den Angehörigen können während der Versorgung des Patienten gestellt werden. Selten hat das rettungsdienstliche Team ausreichend viele Mitarbeiter, um einen zu entbehren, der außerhalb des Raumes Angehörige befragt.

Ob Angehörige während der Reanimation in die notfallmedizinischen Maßnahmen einzubinden seien, ist nicht einheitlich zu beantworten (Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland, ohne Datum). Psychotraumatologisch ist es sinnvoll und verantwortbar, dass Angehörige, die nicht deutlich agitiert wirken, eingebunden werden. Erregte Betroffene bewegen sich, gehen umher, verlassen den Raum und betreten ihn erneut. Sie steuern damit selbst, wie viel und was sie sehen können und wollen. Wenn jedoch ein Angehöriger eher stabil bei den rettungsdienstlichen Maßnahmen und beim Patienten verweilt,

macht es Sinn, ihn aktiv an der Versorgung zu beteiligen, z. B. ihn eine Infusionsflasche halten zu lassen, ihn Medikamente des Patienten bringen zu lassen oder evt. nachgeforderte Einsatzkräfte auf der Strasse bzw. vor dem Haus einzuweisen, etc. Denn eine zentrale Qualität des belastenden oder traumatischen Erlebens liegt in der Erfahrung von Hilflosigkeit. Durch das Einbinden in die Maßnahmen kann der Betroffene die Erfahrung machen, selbst aktiv helfend mitzuwirken. Er fühlt sich nicht überflüssig und verharrt in einer passiven Haltung, sondern erinnert später seine Handlungsfähigkeit auch unter für ihn schwierigsten Umständen.

5.1.5 Peritraumatische Intervention: vom Betroffenen gewünscht?

Psychosoziale Notfallversorgung hat immer Angebotscharakter. Der Betroffene entscheidet selbst, ob er eine Begleitung wünscht. Eine Intervention, die der Betroffene nicht als stützend und entlastend annimmt, macht keinen Sinn. So selbstverständlich diese Grundhaltung erscheint, so muss sie im Arbeitsfeld der psychosozialen Notfallversorgung in besonderer Weise bedacht werden.

Einrichtungen, die innerhalb von Komm-Strukturen tätig sind, stehen nicht vor dieser Frage, weil die Initiative, die Beratungseinrichtung aufzusuchen, vom Beratungssuchenden ausgeht. In diesem Rahmen stellt sich nur die Frage, ob und wie innerhalb der Beratung z. B. nondirektiv gearbeitet wird.

Die psychosoziale Notfallversorgung unterscheidet sich jedoch von diesem Setting. Denn einerseits sucht ein PSNV-Mitarbeiter den Betroffenen am Ereignisort auf. Er wird in dessen persönlichen, bisweilen intimen privatem Lebensumfeld tätig. Er tritt zusammen mit Einsatzkräften auf, deren Arbeit keinen oder nur mittelbar abgeleiteten Angebotscharakter trägt. Andererseits befindet sich der Betroffene selbst in einem psychischen Ausnahmezustand. Ein Aspekt dieses Ausnahmezustandes liegt im ausgeprägten Bedürfnis nach Normalität. Der Betroffene wünscht sich intensiv wieder in den Zustand zurück, der vor dem Ereignis bestand.

Nach einem Zugunglück mit einer Vielzahl von Verletzten und Toten unterstützen überlebende Fahrgäste mit leichten oder ohne körperliche Verletzungen unter schwierigsten Bedingungen die zunächst noch nicht in ausreichender Anzahl eintreffenden Einsatzkräfte. Nachdem nach etwa einer Stunde die Überlebenden den Eindruck haben, es seien genügend Einsatzkräfte tätig, suchen sie – soweit möglich – ihr Gepäck aus den Trümmern und verlassen zu Fuß den Unglücksort. Sie organisieren sich selbst eine Möglichkeit für die Weiterreise und setzen die durch das Unglück unterbrochene Reise fort. Erst als sie Stunden später am Ziel ihrer Reise eintreffen, realisieren sie, ausgelöst durch die Medienberichterstattung, die sie erst jetzt zur Kenntnis nehmen, welchem Ereignis sie ausgesetzt waren und welches Ereignis sie überlebt haben.

Ähnliches wird auch von Überlebenden eines Attentates auf eine Schnellbahn in Paris berichtet: soweit es ihre Verletzungen zulassen, setzen sie zunächst ihre Fahrt zum Ziel fort und realisieren erst später die Tragweite des Ereignisses.

Das ausgeprägte Bedürfnis nach Normalität führt dazu, dass das Angebot von Einsatzkräften für die psychosoziale Notfallversorgung spontan abgelehnt wird, weil der Betroffene das Angebot nicht mit seinem Zustand und seinen Bedürfnissen in Bezug setzen kann. Die Tendenz, Gefühle abzuspalten, verstärkt dies.

Einrichtungen für die psychosoziale Notfallversorgung machen keine oder nur wenig Öffentlichkeitsarbeit. So ist es nicht realistisch anzunehmen, dass ein Betroffener die Art und Weise von Unterstützung, die ihm angeboten wird, wenn er vor die Frage gestellt wird, ob er eine „Notfallseelsorge“ oder „Krisenintervention“ wünsche, in seinem augenblicklichen Zustand adäquat einzuschätzen vermag. Die Funktion und Aufgabe der Einsatzkräfte, die der Betroffene um sich herum wahrnimmt, wirkt oft bereits verwirrend und verunsichernd auf ihn. Ein Betreuungsangebot verstärkt die Verunsicherung. Je nach Formulierung und Haltung dessen, der das Angebot vorträgt, entsteht im Betroffenen der Eindruck, sein psychischer Zustand müsse so „schlimm“,

auffällig oder schwierig sein, dass er eine psychische Betreuung brauche. Dies kann im ungünstigen Fall dazu führen, dass der Betroffene im Erschrecken darüber, dass er offensichtlich den Eindruck vermittelt, betreuungsbedürftig zu sein, zusätzlich verunsichert wird. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass jedes Angebot von psychosozialer Notfallversorgung verunsichernd wirkt, weil es signalisiert: hier ist eine Situation eingetreten, die so schwerwiegend ist, dass Hilfe von außen notwendig ist. Hilfe von außen wirkt der Normalisierung zunächst entgegen.

Diese komplexe Situation rechtfertigt nicht, das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen außer Kraft zu setzen. Der Betroffene hat einen Anspruch darauf gefragt zu werden, ob eine Intervention für ihn veranlasst werden soll. Dabei kommt es allerdings wesentlich auf die gewählte Formulierung und den Modus des Fragens an. Das Angebot einer „psychologischen“ oder „seelsorglichen Betreuung“ dürfte für viele Betroffene nicht attraktiv sein, auch wenn sie diese später durchaus als heilsam und stützend erleben.

Deshalb bietet sich eine bewährte Alternative an: Viele Betroffene machen im peritraumatischen Intervall die Erfahrung, dass „niemand für sie da“ sei, dass „niemand für sie zuständig“ sei, dass sie sich allein und unbeachtet fühlen. An dieser negativen Erfahrung knüpft ein wichtiges Ziel der Betreuung an: die Erfahrung wird möglich, dass in dem Chaos und Durcheinander jemand kontinuierlich und verlässlich für den Betroffenen da ist. Daher kommt es wesentlich darauf an, dass der Betroffene die Erfahrung machen kann, dass jemand „nur für ihn da ist“. Entsprechend macht es Sinn, diesen zentralen Punkt der peritraumatischen Intervention in der Frage um die Einwilligung des Betroffenen zu formulieren: „ich kann, wenn Sie wünschen, jemanden für Sie verständigen, der für Sie da ist“. Diese Frage knüpft an die Erfahrung des Betroffenen an und vermeidet negative Konnotationen, die evt. mit den Begriffen „psychologisch“ oder „seelsorglich“ verbunden sein mögen.

Dabei geht es nicht darum, die Identität dessen zu verschleiern, der interveniert. Im Lauf der Intervention wird die Identität geklärt. Es soll jedoch

nicht der Betroffene durch das Vortragen des Betreuungsangebotes zusätzlich in seinem Erleben verunsichert, irritiert oder gar pathologisiert werden.

Damit wird deutlich, dass die Erwartung, der Betroffene müsse oder könne selbst für sich eine psychosoziale Notfallversorgung veranlassen, weder berücksichtigt, was um den Betroffenen herum vorgeht noch was der Betroffene in diesem Zeitraum erlebt und wie er fühlt. Nicht nur für die Peritraumatologie, sondern auch für die Psychotraumatologie ist es charakteristisch, dass der Betroffene nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage ist, für sich eine angemessene Unterstützung zu organisieren (vgl. APA, 1996: DSM IV: 308.3, Akute Belastungsstörung, F-Kriterium). Deshalb haben Einsatzkräfte bei der Wahrnehmung eines Betreuungsbedarfes und der Veranlassung einer Intervention eine zentrale Bedeutung.

5.2 Alarmierung

Die Alarmierung der PSNV-Einrichtung erfolgt unterschiedlich je nach System und seinen Strukturen. Da die Verständigung für die psychosoziale Notfallversorgung von Einsatzkräften veranlasst wird, kommen die Kommunikationswege zum Tragen, die Einsatzkräften üblicherweise zur Verfügung stehen. Einsatzkräfte werden von Mitarbeitern einer (Rettungs-, Feuerwehr-, Polizei-) Leitstelle disponiert. Um die Verständigung eines Mitarbeiters der PSNV so einfach und zugleich zuverlässig wie möglich zu gestalten, hat sich bewährt, die Alarmierung über die Leitstellen vorzunehmen.

PSNV-Mitarbeiter, die über wenig Erfahrung im Einsatzwesen verfügen, übersehen leicht, dass die Verlässlichkeit der Einrichtung mit der Verlässlichkeit ihrer Alarmierung beginnt. Die Schnittstelle zwischen der PSNV-Einrichtung und der alarmierenden Leitstelle erfordert daher ständige Pflege. Zum einen geht es darum, den Mitarbeitern der Leitstelle das Profil der Arbeit zu verdeutlichen, denn sie wirken als Filter zwischen den anfordernden Einsatzkräften und der PSNV-Einrichtung. Gerade bei psychiatrischen Fragestellungen wie z. B. die Einschätzung und Beurteilung akut psychotischer oder suizidaler Patienten kommt es gelegentlich zu Irritationen und Verwechslungen mit psychiatrischen Akutdiensten. Ein aufmerksamer und gut informierter

Leitstellendisponent entlastet die PSNV-Einrichtung, wenn er derartige Fehlanforderungen herausfiltert. Ebenso wird er Anforderungen von Anrufern, die nicht im Einsatzdienst tätig oder nicht von einem plötzlichen Todesfalle betroffen sind, jedoch einen Hausbesuch wünschen, nicht an eine Einrichtung zur psychosozialen Notfallversorgung vermitteln. Zum anderen gibt es Indikationen für die PSNV, die der Disponent bereits bei der Notrufaufnahme erkennen kann. Dies ist der Fall, wenn der Anrufer einen massiven Notfall meldet (z. B. ein bewusstloses Kind) und besonders agitiert oder betroffen wirkt. Wenn in diesen Fällen der Disponent nach den anderen Rettungsmitteln (Notarztwagen, Rettungswagen, etc.) auch die PSNV-Einrichtung verständigt, erhöht dies die Effizienz der Intervention, weil sie deutlich früher einsetzen kann. Leider erfolgt häufig die Alarmierung der PSNV-Einrichtung erst nach Abbruch einer erfolglosen Reanimation oder zum Abtransport eines Patienten in kritischem Zustand, weil erst dann das Einsatzpersonal vor Ort die zeitlichen Ressourcen hat, sich um das Anliegen der PSNV zu sorgen.

5.2.1 Anfahrt zur Einsatzstelle

Die Intervention erfolgt im „peritraumatischen Intervall“, das unmittelbar mit Eintritt des Ereignisses beginnt. Wie in der präklinischen Notfallmedizin stellt der Zeitfaktor einen zentralen Bestandteil der Qualität psychosozialer Notfallversorgung dar. Die hohe zeitliche und sachliche Dringlichkeit sowohl notfallmedizinischer (Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen), brandbekämpfender (Rettung von Menschen aus gefährdeten Bereichen, Rettung von Sachgütern) als auch polizeilicher (Gefahrenabwehr) Interventionen hat zur Folge, dass besonders zu Beginn eines Einsatzes keine Ressourcen vorhanden sind, um auf die psychischen Bedürfnisse Betroffener direkt einzugehen. Dabei besteht eine ungünstige Korrelation zwischen dem Belastungspotential der traumatogenen Situation und der Beanspruchung der Einsatzkräfte: umso massiver das Ereignis ist, das sich traumatogen auswirkt, umso mehr sind die ersten am Ereignisort eintreffenden Kräfte gefordert – und umso weniger findet sich jemand, der geeignet ist, die in der Priorität weniger dringlich einzustufende psychosoziale Notfallversorgung zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aus diesem Grund empfiehlt es sich sowohl bei größeren Schadenslagen als auch bei alltagsnahen Einsätzen frühzeitig einen Experten für die

psychosoziale Notfallversorgung einzubeziehen, der zunächst über die Indikationsstellung befindet.

Wenn es sich um ein Ereignis außerhalb des häuslichen Bereiches (z. B. Selbsttötung durch Sprung aus der Höhe) handelt, ist zu erwarten, dass sich innerhalb der ersten (10 – 30) Minuten nach Eintritt des Ereignisses wesentliche Veränderungen in der unmittelbaren Umgebung des Betroffenen ergeben, die relevant sind für die Verarbeitung des Erlebten.

Die Sinneseindrücke des Betroffenen im öffentlichen Raum sind vielfältig: das Ereignis wird häufig von anderen Menschen bzw. Augenzeugen wahrgenommen, die hinzukommen und selbst auf die Belastung psychisch reagieren. Einsatzkräfte mit unterschiedlichen Rettungsmitteln treffen ein und werden tätig. Die Betroffenen bleiben zunächst weitgehend auf sich allein gestellt.

Ferner besteht Druck, Fahrwege (Strassen, Autobahnen, Gleisstrecken) wieder für den Verkehr wenigstens teilweise frei zu geben. Dies alles führt dazu, dass sich innerhalb kurzer Zeit bei Ereignissen im öffentlichen Raum viel bewegt und verändert. Entsprechend wichtig ist es, hier möglichst frühzeitig für die peritraumatische Intervention präsent zu sein.

Im häuslichen Bereich dagegen verändert sich die Situation nach dem Abbruch bzw. Ende der notfallmedizinischen Maßnahmen selten so rasant wie im öffentlichen Bereich. Hier kann eine effiziente peritraumatische Intervention auch dann einsetzen, nachdem z. B. eine Reanimation erfolglos abgebrochen wurde. Für eine sinnvolle und effiziente peritraumatische Intervention sind im öffentlichen Bereich ca. 20 Minuten zwischen Eintritt des Ereignisses bis zum Beginn anzusetzen, im häuslichen Bereich 30 bis 40 Minuten. Dabei ist immer zu bedenken, dass Einsatzkräfte nur selten bereits mit ihrem Eintreffen am Einsatzort eine Intervention veranlassen. Im häuslichen Bereich wird überwiegend alarmiert, nachdem z. B. eine Reanimation frustriert abgebrochen wurde. Häufig verstreicht (zu) viel Zeit, bis die Einsatzkräfte vor Ort die Intervention veranlassen.

5.2.2 Eintreffen an der Einsatzstelle

Entgegen der Erwartung mancher Einsatzkräfte begibt sich der PSNV-Mitarbeiter nicht unmittelbar nach seinem Eintreffen an der Einsatzstelle zum Betroffenen und beginnt sofort mit der Intervention. Denn ein hohes Gut für die Betreuung ist ihre Kontinuität. Der PSNV-Mitarbeiter unterscheidet sich in der Wahrnehmung des Betroffenen von anderen Einsatzkräften, die er bislang erlebt hat, dadurch, dass der PSNV-Mitarbeiter ihn spüren lässt, nur für ihn da zu sein und Zeit und Ruhe mitzubringen. Wenn nun der Begleiter immer wieder aufsteht und den Betroffenen kurz verlassen muss, um organisatorische Anliegen zu klären oder sich wichtige Informationen zu besorgen, kommt Unruhe in die Betreuung. Die Unruhe verstärkt bzw. fördert die Orientierungslosigkeit des Betroffenen und wirkt damit einem zentralen Anliegen der PSNV entgegen. Die Empfehlung, in einer kontinuierlichen Betreuung Ruhe zu vermitteln, kann nur unzureichend umgesetzt werden, wenn unvermutet Dinge zu klären sind, die eine wiederholte kurze Abwesenheit des Begleiters vom Betroffenen erzwingen.

Hier geht es um eine Güterabwägung: die Klärung offener Organisations- und Sachfragen und eine verlässliche Information des Betroffenen liegen ebenfalls im Interesse einer strukturierten Intervention. Das Bedürfnis nach Kontinuität und Verlässlichkeit in der Präsenz des Begleiters muss vermittelt werden mit dem Bedürfnis nach Informationen und Orientierung. Um dennoch Irritationen und Störungen in der Betreuung auf ein Mindestmaß zu reduzieren, sollten möglichst alle offenen Dinge, die noch vor dem Beginn der Intervention beim Betroffenen zu klären sind, erledigt werden. Dies trifft vor allem auf Anliegen zu, die praktisch bei jeder Betreuung eine Rolle spielen und zu beachten sind.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang für die Übergabe der Situation an den Begleiter der Umstand, dass derjenige Rettungsdienstmitarbeiter, der über eine Betreuungskompetenz und peritraumatisches Grundlagenwissen verfügt, sich sinnvoller Weise beim Betroffenen aufhält. Er überbrückt dort die Wartezeit, bis der PSNV-Mitarbeiter eintrifft. Der PSNV-Mitarbeiter, der sich vor Ort zunächst einen Überblick verschafft und den direkten Kontakt zum Betroffenen noch nicht sucht, muss schließlich in Anwesenheit des Betroffenen vom

betreuenden Rettungsdienstmitarbeiter eingewiesen werden. Eine Übergabe in Anwesenheit des Betroffenen wird vermieden, weil persönliche Wahrnehmungen nicht zur Sprache kommen.

Im Rahmen der Intervention spielt die Orientierung des Betroffenen zu dem, was um ihn herum vorgeht und was auf ihn zukommt, eine wesentliche Rolle. Der Begleiter vermittelt die Orientierung. Dafür muss er selbst die Orientierung über die grundlegenden Vorgänge an der Einsatzstelle bekommen bzw. haben. Er verschafft sich einen Überblick über die Einsatzstelle und achtet besonders darauf, welche Personen einer ersten stabilisierenden Intervention bedürfen. Zur Klärung dieser Frage ist es notwendig, sich einen Eindruck darüber zu verschaffen, was sich ereignet hat. Daraus leitet sich ab, wer in besonderer Weise traumatisch exponiert war. Die Einsatzkräfte sind zunächst die Ansprechpartner, um dies in Erfahrung zu bringen. Die Aufgabe der Einsatzkräfte aus Rettungsdienst und Feuerwehr besteht allerdings nicht darin, herauszufinden, was sich ereignet hat. Die Aufgabe der Einsatzkräfte, besonders aus dem Rettungsdienst, liegt darin, erkrankte oder verletzte Personen zu retten und notfallmedizinisch zu versorgen. Hinweise von Einsatzkräften, wer aus ihrer Sicht eine Intervention benötigt, erfordern je nach Wissens- und Erfahrungsstand kritische Berücksichtigung.

Sobald deutlich geworden ist, wer einer Intervention bedarf, muss der PSNV-Mitarbeiter abschätzen, ob er selbst gegebenenfalls mehrere Betroffene gemeinsam in einer Gruppe betreuen kann oder ob die Notwendigkeit besteht, mehrere Gruppen zu bilden, ob Fremdsprachige unter ihnen sind, mit denen er sich nicht verständigen kann, ob eventuell weitere PSNV-Mitarbeiter zu verständigen sind, die über spezielle Sprach- bzw. sonstige Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, die er allein nicht abdecken kann (z. B. Umgang mit Gruppen von Kindern, Betreuung sexuell traumatisierter Frauen, persönliche, evt. private Bekanntschaft mit dem/einem Betroffenen).

Kasuistik 8

Ein PSNV-Mitarbeiter wird zu einem S-Bahn-Bahnhof alarmiert, das Meldebild lautet „Person unter Zug“. Er trifft ca. 15 Minuten nach den ersten Einsatzkräften ein und findet auf dem Bahnsteig eine unter deutlichen Belas-

tungen stehende junge Frau mit einem Kind im Kinderwagen vor. Bei der Frau steht eine Polizeibeamtin. Im Gleisbett liegt eine tote, abgedeckte Person, ein Zug (Betreuung des Lokführers?) ist jedoch nicht zu sehen. Der Notarzt bittet den PSNV-Mitarbeiter, die Frau zu betreuen. Bevor er mit der Betreuung beginnt, geht er auf andere Einsatzkräfte (Feuerwehr, Polizei) zu und versucht zu recherchieren, was sich ereignet hat. Dabei stellt sich folgendes heraus: eine S-Bahn hielt auf dem Bahnhof, es stiegen drei Personen, darunter die junge Frau mit dem Kinderwagen, aus der S-Bahn aus. Eine der aussteigenden Fahrgäste, eine offensichtlich stark alkoholisierte Frau, kommt ins Torkeln, als der Zug die Türen schließt und eben beginnt anzufahren. Die Frau gerät in die Lücke zwischen zwei Waggons und rutscht bzw. fällt in die Lücke hinein. Die beiden anderen aussteigenden Fahrgäste, die Frau mit dem Kinderwagen und ein Mann mittleren Alters, kommen der verunglückten Frau zu Hilfe und greifen sie an den Händen und an den Armen, während der Zug beschleunigt. Sie können nicht verhindern, wie die Frau zwischen die Waggons des immer schneller fahrenden Zuges rutscht und schließlich zu Tode kommt. Dieses Ereignis ist für die beiden Beteiligten in besonderer Weise traumatisierend, weil sie der verunglückten Frau helfen wollten, sie an den Händen und am Arm hielten und neben ihr und dem beschleunigenden Zug herliefen und doch ihren Tod nicht verhindern konnten. Die Szene dauert nur wenige Sekunden. Der Lokführer bemerkt nichts von dem Zwischenfall und fährt den Zug weiter. Der PSNV-Mitarbeiter findet auf dem Bahnsteig nur mehr die Frau mit dem Kinderwagen vor, weil sie – durch den Kinderwagen gehindert – sich noch nicht entfernte. Der Mann, der in der Szene beteiligt war, ist nicht mehr aufzufinden. Der Besatzung des zuerst eingetroffenen Rettungswagens fiel der Mann zwar am Rande auf, jedoch mussten sie zunächst die verunglückte Patientin untersuchen, die mit dem Überleben nicht vereinbare Verletzungen erlitt. Der PSNV-Mitarbeiter bittet Polizisten, den Mann zu suchen, der zudem ein wichtiger Zeuge ist. Bei ihm kommt das Bedürfnis zum Tragen, nach einem massiven, traumatogenen Ereignis die Normalität wieder herzustellen, in dem man die Handlung wieder aufnimmt, in der man durch das plötzliche Ereignis unterbrochen wurde: in diesem Fall die Fortsetzung des Weges. Der Mann wird von Polizeibeamten in der Nähe des S-Bahnhofes ausfindig gemacht. In der Betreuung stellt sich heraus, dass er durch das Ereignis stark betroffen ist.

Besondere Vorsicht gilt der Wahrnehmung von Verwandtschafts- und Beziehungsverhältnissen durch die Einsatzkräfte, denn sie sind für die medizinische Versorgung des Notfallpatienten nicht relevant, für die Betreuung allerdings sehr. Die verwandtschaftliche Beziehung Anwesender untereinander und zum Toten ist oft nicht in der Weise übersichtlich, wie dies spontan zu erwarten wäre. Auch wenn der PSNV-Mitarbeiter den Toten gesehen hat, fällt es schwer, das Alter eines Toten abzuschätzen, vor allem wenn man nicht weiß, ob und welche Vorerkrankungen ein Mensch vor seinem Tod hatte und wie er zu Lebzeiten aussah. Der Kontakt zwischen Begleiter und Hinterbliebenen wird irritiert, wenn die verstorbene Frau fälschlich als Mutter des Betroffenen bezeichnet wird, sich dann aber als seine Ehefrau herausstellt.

Kasuistik 9

Der Rettungsdienst wird in eine Wohnung zu einem leblosen Säugling alarmiert. Das Einsatzpersonal findet den Patienten, einen vier Monate alten Jungen, tot im Bett vor. Es werden Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt, die schließlich erfolglos abgebrochen werden. In der Wohnung halten sich ein Kind, ein weiterer Säugling und eine Frau auf. Die Einsatzkräfte identifizieren die Frau fraglos als Mutter des verstorbenen Kindes, ihre deutliche Trauer- und Belastungsreaktion machen dies plausibel. Als kurz nach Abbruch der Reanimation eine weitere Frau, die sich als Nachbarin bezeichnet, die Wohnung betritt und ebenfalls deutliche Trauerreaktionen zeigt, wird die sich wehrende Frau, die sich jedoch nicht erklären kann, der Wohnung verwiesen. Kurz später klärt sich auf, dass die später hinzugekommene Frau, tatsächlich eine Nachbarin, die Mutter des verstorbenen Kindes ist, die wegen eines Arzttermins ihren Sohn bei der befreundeten Nachbarin zum Schlafen legte. Dort stirbt ihr Sohn durch Plötzlichen Säuglingstod.

Grundsätzlich wird in allen Fällen, in denen ein Mensch im häuslichen Bereich durch eine internistische Ursache gestorben ist, vor der Intervention die Auskunft eingeholt, ob der Notarzt zur Klärung der Umstände des Todes die Polizei verständigt oder ob er von einer „natürlichen Todesart“ ausgeht. Nur im Fall einer „natürlichen Todesart“ wird der Leichnam unmittelbar zur Bestattung frei gegeben, die Polizei leitet keine Ermittlungen ein. Bei der nicht

natürlichen Todesart (z. B. nach Suizid, Unfall, Delikt) wie auch dann, wenn der Arzt, der die Leichenschau durchführt, sich nicht festlegen kann und auf „nicht aufgeklärt, ob natürliche oder nicht natürliche Todesart“ erkennt, ermittelt grundsätzlich die Polizei die Umstände des Todes. In diesen Fällen wird der Leichnam staatsanwaltschaftlich beschlagnahmt und Beamte der Kriminalpolizei untersuchen die Umstände des Todes.

Der würdige Zustand des Leichnams ist die Voraussetzung für ein zentrales Anliegen der strukturierten peritraumatischen Intervention beim Hinterbliebenen. Wenn die Todesart vom Arzt, der die Leichenschau durchführt, als „natürliche“ erkannt ist, wird dem Hinterbliebenen angeboten bzw. wird er ermutigt, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Damit der Trauernde sich in angemessener Würde vom Verstorbenen verabschieden kann, klärt der PSNV-Mitarbeiter, dass der Tote möglichst nicht am Boden liegt, sondern im Bett oder auf einer Couch oder Sofa, dass die Leiche auf dem Rücken liegt und abgedeckt ist, die Arme am Körperstamm liegen und – damit bei einsetzender Leichenstarre der Mund nicht offen steht – dem Toten ein Kopfkissen unter- bzw. ein zusammengerolltes Handtuch unter das Kinn gelegt wird.

Für die Reanimation muss der Patient auf einem harten Untergrund liegen bzw. von Mitarbeitern des Rettungsdienstes gelegt werden. Oft werden reanimationspflichtige Patienten im Bett oder auf einer Couch liegend vom Rettungsteam vorgefunden. Sie müssen vor Beginn jeder medizinischen Maßnahme auf den Boden gelegt werden. Einsatzkräfte lassen ihn dort nach Abbruch der Reanimation liegen. Nur solange Einsatzkräfte sich noch an der Einsatzstelle aufhalten, können sie gebeten werden, den Leichnam auf eine Couch bzw. ins Bett zurück zu legen. Dies ist für den PSNV-Mitarbeiter allein später nicht mehr möglich. Auch ist darauf zu achten, dass verbrauchtes medizinisches Gerät und diverses Verpackungsmaterial beseitigt sind.

Wenn der PSNV-Mitarbeiter nicht nur die Umstände, in denen der Hinterbliebene den Tote vorfinden soll, beachtet, sondern auch beim Toten kurz verweilt, hat das nicht nur die dargelegte sachliche Bedeutung. Er kann im kurzen Innehalten beim Toten sich vergegenwärtigen, dass der Tote selbst Anlass

seines Tätigwerdens ist. In diesem kurzen Augenblick vor dem Beginn des persönlichen Kontaktes mit dem Hinterbliebenen schafft der PSNV-Mitarbeiter für sich einen wenn auch noch so kurzen Raum der Ruhe und Besinnung. Denn die Anfahrt zum Einsatzort, die Kontaktaufnahme zu den Einsatzkräften und das Verschaffen von Übersicht wendet die Aufmerksamkeit des Begleiters nach außen. Hier kann er sich kurz Sammeln und des Haltes versichern, den er benötigt, um dem Trauernden Halt zu sein.

Um einschätzen zu können, welche Vorstellung der Betroffene vom Kommen des PSNV-Mitarbeiters hat, ist es sinnvoll, die Einsatzkraft, die angefordert hat, zu fragen, wie der PSNV-Mitarbeiter beim Betroffenen angekündigt wird.

5.3 Beginn der Betreuung: erste Kontaktaufnahme

Die erste Kontaktaufnahme des Begleiters mit dem Betroffenen wird so zurückhaltend und ruhig gestaltet, wie es die Umstände zulassen. Der PSNV-Mitarbeiter meidet den auffälligen, lauten und unachtsamen Auftritt beim Betroffenen. Er achtet auf die diskreten, eventuell nonverbalen Formen der Kontaktaufnahme. Im Zentrum seiner Wahrnehmung stehen der Betroffene und das, was unmittelbar um ihn herum vorgeht, seine nähere Umgebung.

Zu Beginn der Betreuung ist es für den Betroffenen häufig – in Abhängigkeit von der Ausprägung der Akuten Belastungsreaktion – zunächst ohne jede Bedeutung, wie der Begleiter heißt, welche Ausbildung er hat und mit welchem Selbstverständnis er kommt (z. B. ob als KIT-Mitarbeiter oder als Notfallseelsorger). Wichtig dagegen ist zunächst allein die Erfahrung des Betroffenen, dass nun jemand bei ihm ist, der verlässlich präsent bleibt. Aufgrund der Akuten Belastungsreaktion steht ihm die Fähigkeit, auf Sprache zu achten oder sich Namen und Gesichter einzuprägen und zu erinnern, nur eingeschränkt zur Verfügung. Als erste Begrüßung des Begleiters genügt häufig eine Vorstellung, die das Wesentliche der Intervention einfach und direkt ausdrückt, etwa: “Guten Tag, ich bin jetzt für Sie da.” Dies gilt insbesondere dann, wenn der Betroffene sein Gesicht mit den Händen bedeckt und nicht aufschaut, wenn der PSNV-Mitarbeiter in seine Nähe kommt. Es kann als Zeichen für eine ausgeprägtere Belastungsreaktion gedeutet werden, wenn der

Betroffene derart in sich versunken scheint, dass er nicht wahrzunehmen in der Lage ist, was in seiner unmittelbaren Umgebung vor sich geht. Wenn hingegen der Betroffene sich dem ihm nähernden Begleiter zuwendet und ihn anblickt, empfiehlt sich eine kurze Vorstellung, die den Konventionen entspricht. Dazu gehören der Name und der Zweck, zu dem man gekommen ist. In diesem Zusammenhang bewährt sich auch ein direkter Bezug auf die Einsatzkräfte, die bereits vor Ort sind (oder waren), etwa: „Der Notarzt/die Rettungsdienstmitarbeiter meinten, es wäre gut, wenn jemand zu Ihnen käme, der Zeit mitbringt“.

Besonders für den Fall, dass der Begleiter vom Betroffenen explizit (z. B. durch Ansehen, Zuwenden, Ansprechen) wahr genommen wird, ist eine Frage am Anfang der Intervention angebracht, die signalisiert, dass nichts gegen den Willen des Betroffenen geschieht, sondern ihn einsetzt als denjenigen, der selbst bestimmt und kontrolliert, was in seiner näheren Umgebung, eventuell in seiner eigenen Wohnung, vorgeht (z. B. „Ist es Ihnen recht, dass ich mich zu Ihnen setze?“). Damit erlebt der Betroffene den PSNV-Mitarbeiter anders als die Mitarbeiter des Rettungswesens und der Polizei, die das Einverständnis des Betroffenen zum Tätigwerden entweder voraussetzen (Rettungsdienst, Feuerwehr) oder nicht ausdrücklich benötigen (Polizei).

Nimmt der PSNV-Mitarbeiter dagegen wahr, dass der Betroffene wie abgeschnitten von den Vorgängen um ihn herum wirkt, empfiehlt es sich trotzdem, sich knapp mit der erwähnten Funktion („ich bin jetzt für Sie da“) vorzustellen, und sich zum Betroffenen zu setzen. Umso weniger der Betroffene in der Lage ist, auf Vorgänge in seiner unmittelbaren Umgebung und auf Sprache zu achten, umso wichtiger ist die Kongruenz der Intention der Intervention (Nähe und Halt vermitteln, unaufdringliche Präsenz) und Elementen nonverbaler Kommunikation (z. B. Jacke oder Mantel ausziehen und über den Stuhl hängen – signalisiert, dass der Begleiter „da bleibt“).

Sehr oft wirken Hinterbliebene zunächst sprach- und fassungslos angesichts dessen, was sie erleben müssen, es „fehlen ihnen die Worte“, sie sind „stumm vor Entsetzen“, es „hat ihnen die Sprache verschlagen“. Die Formulierungen des allgemeinen Sprachgebrauchs geben treffend wieder, wie Betroffene unter

dem unmittelbaren Eindruck des Ereignisses wirken. Unter diesen Umständen liegt das Hauptgewicht der Intervention zu Beginn deutlich weniger auf Sprache als vielmehr auf sprachloser Präsenz. Es gilt, die Sprachlosigkeit angesichts des „Unaussprechlichen“, also angesichts dessen, was der Betroffene eben erleben musste und noch muss, auszuhalten. Der Betroffene nimmt durch den Schleier seines Zustandes wahr, dass jemand bei ihm ist. Diese Wahrnehmung gibt ersten Halt und ist wichtig für eine stabile und verlässliche Beziehung, die Grundlage jeder Intervention.

Das Aushalten der Sprachlosigkeit fällt dem Begleiter schwer. Die Versuchung besteht, die Konfrontation mit der Hilf- und Sprachlosigkeit des Betroffenen durch Aktivitäten oder Fragen zu vermeiden. Die Sprachlosigkeit des Betroffenen ist häufig ein erster Durchgang in der Intervention, der kürzer dauert, als sein Zeitgefühl den Begleiter vermuten lässt.

Die Stille am Beginn der Intervention kann für den Begleiter eine Möglichkeit sein, für sich „anzukommen“: er nimmt mit Präsenz und Aufmerksamkeit wahr und auf, wie der Betroffene gekleidet ist, wie das Zimmer eingerichtet ist, ob er Hinweise wahrnimmt auf eine religiöse Orientierung (z. B. Kreuz an der Wand, Bücher) oder auf soziale Ressourcen (z. B. Fotografien von Kindern oder Enkeln). Auch kann er wahrnehmen, in welche alltägliche Normalität hinein das Ereignis getreten ist: z. B. ist in der Küche zu sehen, dass offensichtlich zwei Menschen hier vor kurzer Zeit beim gemeinsamen Essen waren.

Das Aushalten der Sprachlosigkeit wird auch durch die Anwesenheit von Mitarbeitern des Rettungswesens erschwert. Denn der PSNV-Mitarbeiter spürt einen gewissen Erwartungsdruck der Einsatzkräfte. Sie möchten von der Gelegenheit „profitieren“, in einer schwierigen Situation direkt wahrzunehmen und damit auch zu lernen, wie der „Experte“ für die PSNV sich verhält, was er macht und vor allem: was er sagt. Das in sich selbst versunkene Schweigen des Betroffenen setzt den PSNV-Mitarbeiter unter Druck. Dies umso mehr, als sein Auftrag darin besteht, zu „helfen“. Hilfe ist assoziiert mit Tun, wenigstens mit Reden. Während die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes trotz aller notfallmedizinischer Maßnahmen nicht mehr helfen konnten, wird dem PSNV-Mitarbeiter

eine „letzte“ Form von Hilfe für die Hinterbliebenen delegiert, verbunden mit diffusen Erwartungen an einen positiven Effekt. Es ist in dieser Situation auch aufgeschlossenen Beobachtern schwer begreiflich zu machen, dass zunächst bereits die sprachlose und gleichwohl engagierte Präsenz erste und wichtigste Hilfe ist.

Notfallmedizinisches und polizeiliches Selbstverständnis treffen in der PSNV auf ein wesentlich anderes Selbstverständnis im Kontext der Begegnung mit Menschen im Rahmen eines Notfalles. Im Verhältnis zu dem, was zeitlich vorher und parallel zur PSNV im Wahrnehmungsfeld des Betroffenen vorgeht, handelt es sich bei dem, wie PSNV vom Betroffenen erfahren wird, um einen Paradigmenwechsel. Das Paradigma der Notfallmedizin ist besonders dann, wenn es um die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen geht, von entschlossen vorgetragene Maßnahmen und invasiven, in Abwägung zur akuten vitalen Bedrohung des Patienten notwendigen, Maßnahmen geprägt. Es wird in Kauf genommen, dass bei einer den Richtlinien entsprechend durchgeführten cardio-pulmonalen Reanimation körperliche Verletzungen entstehen können. Die notfallmedizinischen Maßnahmen während der Reanimation sind invasiv penetrierend. Zur Beatmung des Patienten wird ein Tubus, ein etwa fingerdicker Schlauch über den Mund in die Trachea (Luft-röhre) platziert. Der Patient wird infundiert und defibrilliert.

Die meisten präklinisch durchgeführten Reanimationen verlaufen primär frustan, d. h. sie werden erfolglos eingestellt. Zurück bleibt der tote Patient – und sein Angehöriger, sein Arbeitskollege oder sein Nachbar. Die Abwendung vom Patienten, der nach erfolgloser Reanimation oder notfallmedizinischer Versorgung gestorben ist, und die Zuwendung zum traumatisierten oder trauernden Menschen kennzeichnen den Paradigmenwechsel.

Während es Rettungsdienstmitarbeiter gibt, die den beschriebenen Paradigmenwechsel vollziehen und sich den Hinterbliebenen zuwenden, sehen sich andere dazu außer Stande. Der PSNV-Mitarbeiter, der häufig erst nach dem Abbruch der erfolglosen Reanimation verständigt wird und vor Ort eintrifft, stößt mit seinem Selbstverständnis, Auftrag und Arbeitsweise auf Mitarbeiter

des Rettungsdienstes, die eben noch in der beschriebenen Weise reanimierten, bzw. auf Polizeibeamte, die auf der Grundlage des Polizeigesetzes des jeweiligen Bundeslandes bzw. der Strafprozessordnung arbeiten.

Unterschiedliche Paradigmen, Arbeitsaufträge und Selbstverständnisse stoßen an der Einsatzstelle aufeinander, wenn ein PSNV-Mitarbeiter die Szene betritt. Sie zu vermitteln ist seine Aufgabe besonders am Beginn der Intervention. Dazu gestaltet er mit den Möglichkeiten, die er vor Ort antrifft, kreativ den Rahmen der Intervention.

5.3.1 Unterbrechung der traumatogenen Exposition

Kasuistik 10

Mit dem Meldebild: Person unter Tram wird der PSNV-Mitarbeiter zur Betreuung eines Trambahnfahrers angefordert. Eine Frau hat das Gleisbett betreten ohne die anfahrende Tram zu beachten und ist von ihr erfasst worden. Mit den Beinen ist sie vorne unter der Tram eingeklemmt. Während zahlreiche Einsatzkräfte die Frau versorgen und sich bemühen, sie zu befreien, sitzt der Tramfahrer an seinem Platz. Beim Eintreffen des PSNV-Mitarbeiters sind keine Einsatzkräfte bei ihm. Von seinem Platz aus sieht er unmittelbar den Rettungsbemühungen der Einsatzkräfte zu, er schaut aus unmittelbarer Nähe auf das Gesicht der Patientin vor der Windschutzscheibe. Alle Fahrgäste sind aus der Tram ausgestiegen. Der PSNV-Mitarbeiter spricht den Fahrer an und bittet ihn, mit ihm in den hinteren Teil der Tram zu gehen, von wo aus die Rettungsmaßnahmen der Einsatzkräfte nicht unmittelbar und „aus der ersten Reihe“ zu beobachten sind. Der Trambahnfahrer wirkt dankbar, dass er aufstehen und seinen Platz verlassen kann.

Eine erste Maßnahme der peritraumatischen Intervention besteht darin, die unmittelbare traumatogene Exposition zu unterbrechen. Besonders im öffentlichen Bereich beobachten Betroffene die Rettungsmaßnahmen, ohne selbst aktiv unterstützen oder sich sinnvoll an ihnen beteiligen zu können. Einsatzkräfte haben zu diesem Zeitpunkt noch keine Ressourcen, um sich des Betroffenen anzunehmen, sie wissen nicht immer um die Bedeutung, einen Betroffenen in dieser Situation „auf die Seite zu nehmen“ Damit ist der Betroffene seiner Hilflosigkeit in besonderer Weise ausgesetzt. Er kann den Ablauf bzw.

die Sinnhaftigkeit des Ablaufs der Rettung nicht verstehen. Es prägen sich Bilder ein, die später im Rahmen von Intrusionen belastend sein können.

Wenn es sich bei dem Patienten, um den sich Rettungskräfte bemühen, um einen Angehörigen handelt und der Betroffene deshalb die Maßnahmen beobachtet, weil er für den Patienten eine Zuständigkeit spürt, wird er eher das Bedürfnis haben, in der Nähe des Patienten bleiben zu können. In diesem Fall ist es nicht ratsam, ihn zur Seite zu nehmen, sondern ihm die von den Rettungskräften durchgeführten Maßnahmen mit einfachen Worten zu beschreiben und zu erklären.

5.4 Gestalten des Settings

Jede Beratung, Begleitung oder Intervention hat Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die geklärt werden müssen. Darunter fällt z. B., wer mit welcher Ausbildung wie lange und mit welchem Ziel berät, welche Kosten anfallen, wer sie trägt und wo die Beratung stattfindet. Die Rahmenbedingungen der psychosozialen Notfallversorgung bezeichnen wir als Setting.

Das Setting in der peritraumatischen Intervention unterscheidet sich maßgeblich vom Setting einer Beratungsstelle oder anderen psychosozialen Angeboten innerhalb von Komm-Strukturen. Im Gegensatz zu den Angeboten in den Komm-Strukturen, in denen sich der Ratsuchende an die Einrichtung wendet und dorthin kommt, geht in der PSNV der Mitarbeiter zum Betroffenen („Geh-Struktur“). Einige Aspekte des Settings in der peritraumatischen Intervention sind unabhängig vom jeweiligen Begleiter und Betroffenen grundsätzlich geklärt bzw. vorgegeben. Diese Aspekte des Settings werden in der Begleitung nur thematisiert, wenn der Betroffene sie aufgreift. Dazu zählt z. B., dass keine Begleitung dem Betroffenen in Rechnung gestellt wird, dass die Begleitung einmalig stattfindet und für die weitere Beratung an psychosoziale Einrichtungen im Rahmen der Komm-Strukturen verwiesen wird. Andere Aspekte des Settings müssen bzw. können vom Begleiter gestaltet werden: dazu gehört zum Beispiel, wo er begleitet bzw. wie er den äußeren Rahmen der Begleitung gestaltet, wie lange er tätig wird, und ob er eine bzw. welche weiterführende Einrichtung er empfiehlt.

5.5 Orte der psychosoziale Notfallversorgung

Im Gegensatz zu anderen Kontexten von Beratung und Begleitung, in die der Ratsuchende sich selbstständig begibt, sucht der PSNV-Mitarbeiter den Betroffenen an dem Ort auf, an dem er traumatisch exponiert wurde bzw. dem extrem belastenden Ereignis ausgesetzt war. Orte der Intervention sind überwiegend die Wohnungen von Betroffenen (vgl. Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung, S. 16), seltener Strassen oder andere öffentliche Plätze, Arbeitsstellen, Krankenhäuser oder Dienststellen von Behörden. Markante Unterschiede bestehen zwischen dem Setting der PSNV in Wohnungen und dagegen auf Strassen, Gleisstrecken oder Bahnhöfen

5.5.1 Psychosoziale Notfallversorgung in Wohnungen

Wie in Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung, (S. 16) zu sehen, finden in den Wohnungen die meisten Interventionen statt. Ereignisse, die eine Intervention im häuslichen Bereich erfordern, sind z. B. Todesfälle erwachsener Personen mit internistischer Ursache (z. B. Herzinfarkt), Selbsttötungen, Überbringen von Todesnachrichten, Tod von Kindern oder Gewalterfahrungen.

Die Wohnung ist eine ausgesprochen intime, von der Verfassung ausdrücklich geschützte²¹, private Sphäre. Üblicherweise bestimmen die Bewohner, wann in die Wohnung eingelassen wird. Mit Ausnahme von z. B. Handwerkern oder Kaminkehrer etc. werden nur Menschen in eine Wohnung gelassen, zu denen eine persönliche Beziehung besteht. Diese sind dann oft eingeladen, d. h. ihr Kommen ist geplant und ausdrücklich gewünscht. Strafverfolgungsbehörden benötigen zum Betreten einer Wohnung gegen die Zustimmung der dort wohnenden grundsätzlich eine richterliche Verfügung. Darin kommt zum Ausdruck, wie sehr die Wohnung als privater und intimer Ort geschützt und anerkannt ist, über den der Bewohner nach eigenem Willen verfügt.

Wenn ein Mensch krank wird oder unter Schmerzen leidet, geht er zum Arzt seiner Wahl oder bittet einen Arzt zu kommen. Im akuten Notfall, bei dem es

²¹ vgl. Art. 13 GG; „elementarer Lebensraum“ (BVerfGE 42, 212, 219)

um „Leben und Tod“ geht, ist alles, was bisher geschildert wurde, schlagartig anders und außer Kraft gesetzt. Was der Betroffene jetzt erlebt, unterscheidet sich von allem, was jemals innerhalb seiner vier Wände vorgegangen ist: er wird Zeuge, wie ein naher Angehöriger, ein geliebter Mensch überraschend vital gefährdet ist. Der Notruf, den er veranlasst, führt dazu, dass ihm fremde Menschen in eindrucksvoller Weise in seiner Wohnung tätig werden. Der vital bedrohliche Zustand des Patienten lässt den Rettungsdienstmitarbeitern keine Zeit, im Rahmen gesellschaftlicher Konventionen den Angehörigen zu begrüßen, sich vorzustellen, um ausdrückliche Einwilligung zu fragen etc. Sie begeben sich eilig zum Patienten, um unmittelbar mit der Reanimation zu beginnen, denn die Prognose des reanimationspflichtigen (klinisch toten) Patienten verschlechtert sich in den ersten Minuten nach Eintritt des Herz-Kreislaufstillstandes rapide und wird nach ca. 10 - 15 Minuten ohne Behandlung infaust. Die Reanimation erfordert in den ersten Minuten die gesamte Aufmerksamkeit des Rettungsteams²². Der Betroffene ist nicht mehr „Herr im eigenen Haus“. Er verliert nicht nur die Kontrolle darüber, was um ihn herum und in seiner Wohnung vorgeht, sondern er versteht auch nicht mehr, was vor sich geht und wer in seiner Wohnung tätig wird.

In diese Situation hinein kommt der Mitarbeiter der PSNV. Er sorgt für einen Rahmen, in dem eine effiziente Intervention möglich wird. Die gestaltungsfähigen Variablen in dieser Situation muss er kennen, um sie offensiv zu nutzen. Ebenso muss er wissen, wo der Gestaltungswille und die Gestaltungsmöglichkeiten an Grenzen stoßen. Der Rahmen für die Gestaltungsmöglichkeiten unter den beschriebenen Umständen ist eng gesetzt.

Die Wohnung, die er vorfindet mit ihrer Einrichtung und den Möbeln, mit ihren Gerüchen und den Spuren von dem, was gerade war, als alles noch normal war, lässt sich praktisch nicht verändern. Allerdings bieten die meisten Wohnungen mehrere Räumlichkeiten, in denen betreut werden kann. Wenn es zu einer Todesermittlung durch Kriminalbeamte kommt, müssen Hinterbliebene den Raum, in dem sich der Leichnam befindet, verlassen. Für Interventionen in Einzimmerappartements muss das Appartement verlassen werden.

²² In der Regel bestehend aus Notarzt, -ärztin, und Rettungsassistent und/oder Rettungssanitäter

Damit die Betreuung nicht in der Öffentlichkeit des Flures eines Wohnhauses statt findet, muss man entweder auf eine benachbarte Wohnung oder ein entsprechendes Einsatzfahrzeug der PSNV-Einrichtung oder der Polizei ausweichen (z. B. VW-Bus).

Häufig halten sich Betroffene bei Interventionen häuslichen Bereich in der Küche auf. Die Begleitung beginnt zunächst dort, wo der Betroffene sich aufhält. Die Küche eignet sich für die Intervention deshalb gut, weil die Sitzposition auf Stühlen angemessen ist, Wohnzimmer mit niedrigen und weichen Sitzgelegenheiten erschweren die Intervention.

Ein wichtiges Element des in Grenzen gestaltbaren Settings ist die Sitzposition des Begleiters zum Betroffenen. Je nach Gegebenheiten erweist es sich als günstig, wenn sich Begleiter und Betroffener nicht gegenüber oder nebeneinander, sondern in einem offenen, ca. 90-Grad Winkel zu einander sitzen. Die Entfernung soll dabei so gewählt werden, dass der Begleiter zwar zum Betroffenen ungezwungen, evt. mit einem leichten Vorbeugen Körperkontakt aufnehmen kann (z. B. Hand auf Schulter oder Oberarm legen), der Betroffene sich aber nicht durch zu große Nähe bedrängt oder beeinträchtigt fühlt.

Da das Ereignis plötzlich und unerwartet eingetreten ist, läuft gelegentlich, von Betroffenen und Einsatzkräften unbeachtet, Radio oder Fernseher. In der Ungleichheit dessen, was medial vermittelt zu Hören und/oder zu Sehen ist und dem, was sich real gerade ereignet, liegt gelegentlich eine befremdliche, surreal wirkende Spannung. Mit einer Bitte kann der Begleiter eine derartige Störungsquelle durch Ausschalten des Gerätes beseitigen.

Im Winter sind manche Wohnungen überheizt und schlecht gelüftet. Nach einer entsprechenden Bitte kann man hier für Abhilfe sorgen.

Wenn mehrere Einsatzkräfte vor Ort sind, bleibt die Tür zu dem Raum, in dem die Intervention stattfindet, geschlossen, um Störungen und Ablenkungen fern zu halten. In der Stille knarrende Lederjacken, eingeschaltete Funkgeräte, wie sie Polizeibeamte häufig bei sich tragen, und Telefonate, die Einsatzkräfte mit dem Mobiltelefon führen, irritieren, weil die Routine der Abwicklung einer

„Leichensache“ (üblicher Sprachgebrauch der polizeilichen Todesermittlung) zur persönlichen Betroffenheit Hinterbliebener in Spannung steht. Wenn Störungen nicht zu erwarten sind oder gering bleiben, bleibt die Tür angelehnt bzw. offen, um in Kontakt mit der Realität außerhalb des Raumes der Intervention zu bleiben.

Eine Schwierigkeit stellen gelegentlich Einsatzkräfte dar, die ohne weitere bzw. geklärte Funktion die Intervention beobachten wollen, sich jedoch nicht unmittelbar einbringen. Sie aufzufordern, den Raum zu verlassen, führt zu Irritationen und empfiehlt sich nur im Ausnahmefall. Es hat sich bewährt, anwesende Einsatzkräfte einzuladen, ebenfalls beim Betroffenen Platz zu nehmen. Durch diese Geste werden sie in die Intervention eingebunden. Manche Einsatzkräfte nehmen die Einladung an und lassen sich einbinden, häufiger jedoch verlassen sie auf die Einladung hin den Raum – beide Ergebnisse fördern einen guten Rahmen der Betreuung.

Gelegentlich sind bereits zu Beginn hinzu gerufene Verwandte, Freunde oder Nachbarn beim Betroffenen. Sie sollen keinesfalls zur Seite gedrängt werden, sondern in ihrer stabilisierenden Funktion für den Betroffenen bestärkt werden (vg. Kapitel 5.8: Die sozialen Ressourcen, S. 110).

Das Gestalten des Settings ist nicht auf den Beginn der Intervention beschränkt, sondern die Notwendigkeit ergibt sich immer wieder, den Rahmen der Betreuung zu verändern. Zum Beispiel rufen Angehörige oder Freunde an, die mitbekommen haben, dass „etwas passiert“ ist. Sie bieten an, zu kommen oder andere Angehörige zu informieren. Nachbarn klingeln an der Tür und erkundigen sich, bieten Hilfe an. In Absprache mit dem Betroffenen werden sie integriert. Alle Auskünfte, die der PSNV-Mitarbeiter z. B. an der Wohnungstür an Nachbarn gibt, sind inhaltlich mit dem Betroffenen abgesprochen.

5.5.2 Intervention auf Strassen und öffentlichen Plätzen

Die Häufigkeit von peritraumatischen Interventionen auf Strassen und öffentlichen Plätzen liegt bei geschätzten 10%²³. Sie stellen den Begleiter vor andere Anforderungen in Bezug auf die Gestaltung des Settings der Intervention als Interventionen im häuslichen Bereich. Der Rückgriff auf Erfahrungen und Kompetenzen aus der Beratung im Setting von Kommstrukturen fällt für Interventionen im häuslichen Bereich leichter als für Interventionen auf Strassen und öffentlichen Plätzen. Während im häuslichen Bereich das Setting wesentlich gestaltet wird z. B. durch das Schließen einer Tür oder die Sitzposition zum Betroffenen, gibt es im öffentlichen Bereich eine größere Anzahl von Faktoren, auf die kein Einfluss genommen werden kann. An Einsatzstellen in der Öffentlichkeit lässt sich die Intervention bedeutend schwerer von der Umgebung absetzen. Es muss erst eine Räumlichkeit besorgt werden, die eine Intervention intensivieren hilft.

Die Ereignisse, die im öffentlichen Raum auftreten, führen zum Einsatz von anderen Rettungsmitteln als im häuslichen Bereich. Ein Verkehrsunfall oder der Brand eines Wohnhauses erfordert eine größere Zahl von Einsatzkräften als der plötzliche Tod einer erwachsenen Person im häuslichen Bereich mit internistischer Todesursache. Die unterschiedlichen Rettungsmittel, die zum Einsatz kommen, beanspruchen bei einem PSNV-Mitarbeiter, der die Abläufe der Rettungsmaßnahmen nicht kennt, eine gewisse Aufmerksamkeit. Die Landung eines Rettungshubschraubers, eine Drehleiter der Feuerwehr, die in Stellung gebracht wird, oder die Angehörigen eines Spezialeinsatzkommandos der Polizei, die sich auf einen Einsatz vorbereiten, ziehen für jemanden, der derlei Szenarien nicht kennt, die Aufmerksamkeit auf sich. Diese Faktoren führen dazu, dass es schwer fällt, zu der nötigen Ruhe und Konzentration zu finden. In diesen Situationen und der ihr eigenen Dynamik besteht der zentrale Auftrag zunächst darin, einen sicheren und möglichst stabilen äußeren Rahmen für die Intervention zu schaffen. Die psychosoziale Notfallversorgung im öffentlichen Raum verliert ihre Funktion und Bedeutung, wenn kein Minimalrahmen sichergestellt werden kann. Die Frage, ob es dem Begleiter gelingt, einen guten bzw. angemessenen Rahmen für die Intervention zu schaffen oder

nicht, ist maßgeblich für die Qualität der Arbeit, besonders im öffentlichen Bereich.

Die Gestaltungsfähigkeit des PSNV-Mitarbeiters begegnet am Einsatzort den spezifischen Möglichkeiten der jeweiligen Situation. Begleiter mit jahrelanger Einsatzerfahrung im Rettungswesen (besonders Rettungsdienst und/oder Feuerwehr) haben hier deutliche Vorteile, denn sie kennen die Abläufe und Ansprechpartner an komplexen Einsatzstellen. Sie wissen, wie der jeweilige Einsatzleiter gekennzeichnet ist und welche Rettungsmittel wie eingesetzt werden. Die Praxis ist empfehlenswert, PSNV-Mitarbeiter ohne Einsatzerfahrung im Rettungswesen (z. B. Seelsorger/innen) bei Interventionen im öffentlichen Bereich Einsatzkräfte zur Unterstützung zuzuordnen.

Kasuistik 11

Bei einem Verkehrsunfall auf der Autobahn werden vier Menschen lebensbedrohlich verletzt, zwei von ihnen sterben während der notfallmedizinischen Versorgung. Der Verkehrsunfall führt zu einem Brand der verunglückten Fahrzeuge. Der Fahrer eines LKW, der Gefahrgut transportiert und in den Unfall verwickelt ist, bleibt körperlich unverletzt. Ein größeres Aufgebot an Feuerwehrangehörigen bringt den Brand unter Kontrolle. An der Einsatzstelle landen zwei Rettungshubschrauber und ein Hubschrauber der Polizei. Es gelingt in den ersten zwanzig Minuten der Anwesenheit von zwei PSNV-Mitarbeitern nur schwer, sich einen Überblick über die Situation zu verschaffen, Interventionsschwerpunkte in Absprache mit der Einsatzleitung der Feuerwehr, des Rettungsdienstes und der Polizei festzulegen, festzustellen, wer die Verstorbenen kennt bzw. zu ihnen gehört, und mit dem LKW-Fahrer, der massiv unter den Auswirkungen einer akuten Belastungsreaktion steht, Kontakt aufzunehmen, weil erregt und schwer zu bremsen an der Einsatzstelle hin und her läuft.

Die Personen, die zu betreuen sind und die Orte, an denen betreut wird, müssen mit den Einsatzleitern des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und der Polizei abgesprochen werden. Das setzt voraus, dass man sie unter der Vielzahl von

²³ Tabelle 6: Indikationen für die psychosoziale Notfallversorgung, (S. 16)

Einsatzkräften sicher identifiziert. Psychosoziale Notfallversorgung kann in diesen Situationen nur dann gelingen, wenn sie sich als integraler Bestandteil der Abläufe im Rettungswesen versteht und von den allen Einsatzkräften verstanden wird.

Von manchen Einsatzstellen geht eine Gefahr aus (z. B. giftiges Rauchgas, bewaffneter Täter, Einsturzgefährdung eines beschädigten Gebäudes, etc.). Ein PSNV-Mitarbeiter muss Gefahren an der Einsatzstelle erkennen und sie unbedingt meiden. Er kann von anderen Einsatzkräften vor Gefahren nicht immer gewarnt werden. Sie gehen davon aus, dass der PSNV-Mitarbeiter selbstständig das Gefährdungspotential kennt und einschätzen kann. Grundsätzlich gilt, dass kein PSNV-Mitarbeiter sich im Gefahrenbereich aufhält.

Kasuistik 12

Beim Vollbrand eines mehrgeschossigen Wohnhauses werden evakuierte und in Sicherheit gebrachte Bewohner begleitet. Ein PSNV-Mitarbeiter, der versucht, die Arbeit mehrerer anderer PSNV-Mitarbeiter zu koordinieren, betritt mehrfach den unmittelbaren Gefahrenbereich, der dadurch entsteht, dass das Haus einsturzgefährdet ist (Veränderung der Statik durch Brand und Löschwasser). Herabstürzende Gebäudeteile verfehlen den Begleiter nur knapp. Obwohl der PSNV-Mitarbeiter über gewisse Einsatzerfahrung aus der Mitarbeit in einer Freiwilligen Feuerwehr verfügt, ist er in der Situation nicht mehr in der Lage, Gefährdungsbereiche zu identifizieren und zu meiden.

Die Einsatzleitung (besonders der Polizei) muss wissen, wenn Betroffene zur Begleitung von der Einsatzstelle entfernt werden bzw. wer wo betreut wird. Denn häufig sind Betroffene auch wichtige Zeugen des Ereignisses. Polizeibeamte müssen ihre Identität feststellen, die Personalien aufnehmen und gegebenenfalls eine Befragung/Vernehmung durchführen. Auch kann es sein, dass akut psychisch traumatisierte Menschen desorientiert sind, sich selbstständig von der Einsatzstelle entfernen und sich dadurch im selbst gefährden oder weiteren Schaden zufügen. Diese Personen müssen gesucht werden – der Ärger der suchenden Einsatzkräfte ist verständlich, wenn sich herausstellt, dass der Gesuchte betreut wird.

5.6 Das Narrativ in der peritraumatischen Intervention

Das Aushalten von Sprachlosigkeit und sprachlos machender Trauer und Entsetzen stellt einen wesentlichen Durchgang in der peritraumatischen Intervention dar. Die Sprachlosigkeit, die oft am Anfang der Intervention steht, steht nicht im Widerspruch zum Narrativ. Im Narrativ soll das Erlebte und Erlittene – soweit in der Nähe zum Ereignis möglich – ins Wort gebracht werden. Das Verbalisieren des gerade Geschehenen ermöglicht es dem Betroffenen, das Erlebte in einen Prozess der Integration zu überführen. Das Geschehene kapselt sich nicht traumatisch ab, sondern kann als Bestandteil der eigenen Biographie und Lebensgeschichte integriert werden. Die Integration eines extrem belastenden Ereignisses oder einer traumatischen Erfahrung bedarf der Fähigkeit, das Erlittene zu verbalisieren. Dies muss nicht immer und gegenüber jedem geschehen und gelingen, es geht um eine grundsätzliche Befähigung zur Sprache.

So wichtig einerseits die Fähigkeit und die Geduld des PSNV-Mitarbeiters sind, Sprach- und Hilflosigkeit des Betroffenen zu teilen, so wichtig ist es andererseits, dem Bedürfnis nach Sprachfähigkeit und Mitteilen einen angemessenen Raum zu geben. Das Aushalten von sprachlos machender Trauer und Entsetzen wird dann inadäquat, wenn der Betroffene sich bemüht, in der Beziehung zum PSNV-Mitarbeiter seine Erfahrung zur Rede zu bringen und dieser ihn nicht wahrnimmt. Die Fähigkeit, zwischen den Polen von Aushalten der Sprachlosigkeit und dem Ermöglichen des Narrativs unterscheiden zu können, kennzeichnet eine Kernkompetenz in der psychosozialen Notfallversorgung. Beide Pole bedingen einander. Sie folgen nicht einem phasenhaften Ablauf der Intervention, sondern durchdringen sich. Einigen Worten kann Schweigen folgen, im späteren Verlauf der Intervention kann es für den PSNV-Mitarbeiter unvermittelt dazu kommen, dass der Betroffene emotional realisiert, was das Ereignis, dem er gerade ausgesetzt ist, für seine Biographie bedeutet und er nur noch die stützende Präsenz eines anderen Menschen braucht, die Worte überflüssig oder unangemessen werden lässt. Umgekehrt wird Schweigen belastend, wenn Erfahrung Worte sucht, die sich nicht einstellen. Schweigen wird sogar peinlich, wenn Sprache dran ist, Sprache wird peinlich, wenn Schweigen dran ist. Beide Aspekte der Beziehungsgestaltung

alternieren, sie bedingen sich und stehen nicht in einer Hierarchie oder zeitlich notwendigen Abfolge zueinander.

Der verbalen Kontaktaufnahme geht ein Blickkontakt des Betroffenen zum Begleiter voraus. Das kurze gegenseitige Anschauen steht oft am Ende eines Durchganges von Sprachlosigkeit und Schweigen, die objektiv kürzer dauert, als man sie subjektiv wahrnimmt (selten länger als ein paar Minuten). Im ersten, zögerlichen Blickkontakt prüft der Betroffene, ob der Begleiter da ist, ob seine Aufmerksamkeit außerhalb der Beziehung zu ihm beansprucht oder abgelenkt ist. Der Betroffene ändert vielleicht diskret seine Körperhaltung. Während er in der Sprachlosigkeit in sich selbst versunken ist, das Gesicht oft in den Händen vergräbt bzw. von der Außenwelt abgeschottet wirkt, öffnet er sich mit der Blickaufnahme in seiner Körperhaltung und Körpersprache zum Begleiter hin. Wenn der Begleiter den Blick des Betroffenen auffängt, signalisiert er seine Präsenz.

Häufig steht am Anfang eines Gespräches eine konkrete Frage des Betroffenen zur Situation. In der Frage kann zum Ausdruck kommen, dass der Betroffene die Vorgänge um sich herum nicht einordnen kann. Die Antwort zielt zunächst weniger auf eine detaillierte Erläuterung der Vorgänge, sondern vermittelt eine knappe Orientierung. Dabei benennt die Antwort auch den Anlass für das gesamte Geschehen, nämlich den Tod der betreffenden Person. Was dem PSNV-Mitarbeiter evidente Tatsache ist, ist gegenüber dem Betroffenen vielleicht noch von niemandem explizit geäußert worden: der Tod seines Angehörigen.

Es ist keine Seltenheit, dass erst in einer Intervention, die 30 bis 60 Minuten nach Abbruch einer erfolglosen Reanimation beginnt, das erste Mal formuliert wird, was sich ereignet hat. Der Grund dafür liegt einerseits darin, dass die Einsatzkräfte sich scheuen, gegenüber dem Hinterbliebenen Begriffe wie „tot“ oder „sterben“ zu verwenden. Dahinter verbirgt sich die Befürchtung, die Verwendung dieser Begriffe sei „hart“, „brutal“ oder „gefühllos“. Die Karikatur einer Formulierung, mit der ein Notarzt dem Hinterbliebenen den Tod des Patienten mitteilt, lautet: „Der Patient hat auf die Reanimation nicht angespro-

chen“. Diese medizinisch korrekte Formulierung verschleiert für den, der die medizinische Fachsprache nicht kennt, was eigentlich passiert ist: der Patient ist tot. Keine Formulierung kann jemals in der Lage sein, die Härte und den Schmerz, die im Inhalt der Nachricht liegen, durch eine entsprechende Wortwahl zu mildern, es sei denn, die Nachricht selbst wird verschleiert.

Wenn der Betroffene aufblickt und noch von inneren Prozessen beansprucht ist, die ihn daran hindern Worte zu finden, er jedoch die verbale Kommunikation aufnehmen will, unterstützt ihn eine offen formulierte Frage, um zur Sprache zurückzufinden. Folgende Formulierungen bieten sich an: „Ich bin erst später zu Ihnen gekommen – möchten Sie mir erzählen, was passiert ist?“ oder „War Ihr Mann krank?“. Die Frage nach einer Vorerkrankung knüpft an eine medizinische Annäherung an, die für einen PSNV-Mitarbeiter, der aus dem (notfall-) medizinischen Kontext kommt, authentisch ist, für einen Seelsorger eventuell weniger.

5.6.1 Topos der psychosozialen Notfallversorgung: Schuldgefühle

5.6.2 Vorbemerkung: Unterscheidung von Schuldgefühl und „schuldlosem Schuldigwerden“

Beinahe in jeder Intervention thematisieren Betroffene Schuldgefühle oder Aspekte realer Schuld. Schuld und Schuldgefühle sind ein Topos, ein immer wieder kehrendes Grundthema der peritraumatischen Intervention. Wir unterscheiden zwischen Schuldgefühlen und Aspekten realer Schuld, dem „schuldlosen Schuldigwerden“. Schuldgefühle entwickeln Betroffene, obwohl kausal kein Zusammenhang zwischen dem Ereignis und seinem Eintreten und einer Handlung oder Unterlassung nachvollziehbar ist. Aspekte realer Schuld kommen zum Tragen, wenn ein Mensch „schuldlos schuldig“ wird: in der paradoxen Formulierung kommt zum Ausdruck, dass der Betroffene nicht vorsätzlich handelt (wie zum Beispiel beim Tötungsdelikt oder Mord), sondern durch Unterlassung, Fahrlässigkeit oder Mangel an Aufmerksamkeit mittelbar eine Situation verursacht, durch die ein anderer Mensch körperlich schwer Schaden nimmt oder stirbt. Wir schlagen vor, zwischen Schuldgefühlen und „schuldlosem Schuldigwerden“ zu unterscheiden. Denn Schuldgefühle und

„schuldloses Schuldigsein“ erfordern jeweils unterschiedliche Reaktionsweisen in der Intervention.

Die Konfrontation in der psychosozialen Notfallversorgung mit dem Thema Schuld lässt alle Beteiligte Grenzen erfahren: persönliche, menschliche und institutionelle. Die psychosoziale Notfallversorgung ist weit davon entfernt, das Phänomen Schuld und Schuldgefühl etwa zu verstehen, zu bearbeiten oder gar bewältigen zu können. Wie die Konfrontation mit Tod grundsätzlich eine Transzendenzerfahrung darstellt, so auch die Begegnung mit den Schuldgefühlen und der Schuld von Betroffenen: es gibt hier keine abschließenden, grundsätzlich richtigen, etwa als Tipps formulierbare Erkenntnisse, die das Thema griffig und leicht handhabbar machen könnten. Mit Blick auf mögliche Angebote in der peritraumatischen Intervention stellen wir im Folgenden einige Unterscheidungen vor. Dabei handelt es sich um ein Modell, das seine Qualität und Berechtigung einzig aus dem Kriterium bezieht, die Praxis der psychosozialen Notfallversorgung in der Konfrontation mit Schuld und Schuldgefühlen reflektieren zu können.

5.6.3 Schuldgefühle

Kasuistik 13

In der Betreuung erzählt die Witwe, deren Mann eben in der gemeinsamen Wohnung offensichtlich durch ein kardiales Geschehen starb, dass ihr Mann höchst ungern zum Arzt ging, nie freiwillig einen Fuß in ein Krankenhaus gesetzt hätte, jedoch seit einigen Jahren unter Bluthochdruck leide. Heute Morgen habe er über ein Stechen in der Brust geklagt, das ihr von Anfang an nicht geheuer vorgekommen sei. Auch ging es ihm insgesamt nicht recht gut. Sie seien gemeinsam zum Einkaufen gegangen und bei der Gelegenheit an einer Apotheke vorbeigekommen. Die Witwe macht sich massive Schuldvorwürfe, weil sie doch ihren Mann hätte überreden können, mit ihr zusammen wenigstens in die Apotheke zu gehen und dort den Blutdruck zu messen. Sie meint, dass ihr Mann eine Überlebenschance gehabt hätte, wenn bei der Messung des Blutdruckes in der Apotheke etwas aufgefallen wäre, das zur sofortigen Krankenhauseinweisung geführt hätte.

Kasuistik 14

Ein Ehepaar besucht gemeinsam eine Aufführung im Theater, die zu einer Uhrzeit endet, zu der sie noch – wenn sie sich beeilen und sehr zügig gehen – die S-Bahn für den Heimweg erreichen. Auf die nächste S-Bahn hätten sie vierzig Minuten warten müssen. Tatsächlich erreichen sie im letzten Moment die S-Bahn. In der S-Bahn entwickelt der Mann einen Herzstillstand, ein Notarzt wird gerufen und der Mann muss wieder belebt werden. Auch ein PSNV-Mitarbeiter wird noch während der Reanimation verständigt. Kurz nachdem er eintrifft werden die Wiederbelebungsmaßnahmen erfolglos abgebrochen. Die Witwe macht sich massive Vorwürfe, dass nur deswegen, weil sie die S-Bahn noch hätte erreichen wollen, ihr Mann den Herzanfall bekommen habe. Sie macht sich schuldig für den Tod ihres Mannes, weil sie zur Eile gedrängt habe.

In den beiden Kasuistiken wird deutlich, dass Hinterbliebene einen Zusammenhang herstellen zwischen dem was sie getan haben (ihren Mann zur Eile angetrieben, vgl. Kasuistik 14) oder dem, was sie nicht getan haben (ihren Mann dazu zu bewegen, in der Apotheke Blutdruck zu messen (vgl. Kasuistik 13, S. 92) und Tod ihres Partners, der durch ein internistisches Geschehen (in beiden Fällen mit großer Wahrscheinlichkeit kardialen Ursprungs) verursacht wurde. Die Voraussetzung für die Schuldgefühle liegt darin, dass eigenes Handeln oder Unterlassen von Betroffenen in einen kausalen Zusammenhang mit dem Eintreten des Todes gebracht wird. Sie bezichtigen sich nicht des Mordes, zu dem konstitutionell der Vorsatz und ein Motiv gehören. Überhaupt geht es nicht um eine Einschätzung im Rahmen einer juristischen Betrachtungsweise, sondern um ein spontanes und starkes Gefühl subjektiver Schuld, das die Betroffenen in ihrem Denken und Fühlen beherrscht.²⁴ Eher handelt es sich um eine tragische Dimension des Geschehens: trotz der Liebe zu ihrem Partner fühlen sie sich schuldig an seinem Tod, den sie nicht nur nicht wollten und den sie betrauern, sondern den sie mit allen Kräften der Welt verhindern wollten. Der Tod tritt plötzlich und in dieser Weise unvorhersehbar ein, sie

²⁴ Wenn die Todesumstände dazu führen, dass die Polizei, besonders die Kriminalpolizei, wegen nicht natürlicher oder unklarer Todesart Ermittlungen aufnehmen, kommt doch eine potentiell judikable Ebene in das Geschehen, die für Betroffene mit starken Schuldgefühlen zusätzlich verunsichernd wirkt und zu einem Bedürfnis nach Abgrenzung von den ermittelnden Staatsorganen führt. Umgekehrt kann die Situation groteske Züge annehmen, wenn Kriminalbeamte aus den Schuldgefühlen der Hinterbliebenen einen Tatverdacht ableiten oder konstruieren.

sind, weil sie Zeugen sind, in den Vorgang des Sterbens direkt involviert. Die Kehrseite der Schuldgefühle liegt in der Vorstellung, den Tod des geliebten Menschen verhindern zu können. Diese Vorstellung unterstellt eine Machbarkeit und Macht über den Tod, die real nicht vorhanden ist und die, wie in Kapitel 4.1.1: „Die Konfrontation mit dem plötzlichen Tod“ (S. 41) dargestellt, auch die moderne (Notfall-) Medizin nicht hat. Die eigene bzw. die grundsätzliche Machtlosigkeit des Menschen gegenüber dem Tod relativiert den subjektiven Eindruck, vorhandene Möglichkeiten der Machtausübung über den Tod nicht genutzt zu haben. Mit der grundsätzlichen Einsicht in die Machtlosigkeit bzw. in die funktionale Hilflosigkeit ist den Schuldgefühlen der – zumindest logisch-rationale – Boden entzogen.

Selbstverständlich eignet sich diese Überlegung nicht, um sie gegenüber einem Menschen, den die Schuldgefühle belasten, ausführlich zu entfalten. Kaum ein Betroffener dürfte in der Akuten Belastungsreaktion der Rationalität der Argumentation folgen. Trotzdem weist die Überlegung eine Richtung, aus der Entlastung für den Betroffenen kommen kann: der konkrete Hinweis darauf, dass auch auf kardiologischen Intensivstationen Patienten mit Herzinfarkt sterben, entlastet von einem Gefühl der Verantwortung und Macht über den Tod. In der Kasuistik 2 ist das Verhalten des Notarztes gegenüber der Witwe bemerkenswert. Nach einem kurzen Hinweis des PSNV-Mitarbeiters sprach er die Witwe in seiner Rolle und Autorität als Notarzt an und versicherte ihr, dass ihr Mann entweder spontan im Bett oder bei der nächsten geringsten körperlichen Anstrengung den Herzstillstand hätte erleiden können. Da er vorher keine Symptome hatte, gab es keinen Anlass, einen Arzt aufzusuchen. Er bestätigte, dass aus notfallmedizinischer Sicht der Einsatz optimal abgelaufen sei und dass ihr Mann trotz mehrerer Defibrillationen nicht zu retten gewesen sei. Die zugewandte und sachliche Art, in der der Arzt von den Grenzen des medizinisch Machbaren sprach, führte dazu, dass die Frau deutlich entlastet wirkte. Der PSNV-Mitarbeiter, selbst kein Arzt, hätte vielleicht das Gleiche in ähnlichen Worten formulieren können, die Rolle, Autorität und Authentizität des Arztes, der selbst den Patienten wieder belebte, bewirkte hier jedoch mehr. Die Funktion des PSNV-Mitarbeiters in diesem Kontext bestand lediglich darin, die Schuldthematik bei der Frau wahrzunehmen, auf den Arzt zuzugehen, ihm kurz

den Hintergrund zu erläutern und ihn zu bitten, sich die Zeit zu nehmen und mit der Hinterbliebenen zu sprechen.

Ein PSNV-Mitarbeiter, der aus dem Kontext der Notfallmedizin kommt, tut sich sicherlich leichter als jemand, der aus einem seelsorglichen oder psychosozialen Berufsfeld stammt, weil ihm die medizinische Sprache vertrauter ist und er die Pathophysiologie kardialen Geschehens kennt. Er benötigt keine differenzierten kardiologischen Kenntnisse, sondern zunächst die Wahrnehmung, dass die Schuldthematik für den Betroffenen eine große Rolle spielt und es sachliche Argumente gibt, die die Schuldgefühle relativieren helfen. PSNV-Mitarbeiter aus psychosozialen Berufsfeldern vertreten gelegentlich die Auffassung, der adäquate Umgang mit Schuldgefühlen bestehe darin, sie stehen zu lassen. Eine sachliche Relativierung der Schuldgefühle im peritraumatischen Intervall ist deswegen gerechtfertigt, weil die sachlich unbegründeten Schuldgefühle den Übergang vom Trauma zur Trauer kontaminieren und den Trauerprozess überlagern und zusätzlich komplizieren. Eine Trauer, die überlagert ist von dem Eindruck, der Tod dessen, den man betrauert, wäre durch eigenes Handeln vermeidbar gewesen, kreist um diese Vorstellung und läuft Gefahr, an dieser Stelle hängen zu bleiben.

Eine weitere Ursache für teilweise massive Schuldgefühle liegt darin begründet, dass Betroffene, die unmittelbar Zeuge eines Ereignisses sind, bei dem ein Mensch lebensgefährlich verletzt wird oder stirbt, unmittelbar unter den Auswirkungen einer Akuten Belastungsreaktion stehen. Die Akute Belastungsreaktion wirkt sich negativ auf die kognitiven Fähigkeiten und das Gedächtnis aus. Daraus resultiert, dass früher gelernte lebensrettende Maßnahmen, die außerhalb der Auswirkung der Akuten Belastungsreaktion erinnerbar sein mögen, in der Akutsituation nicht zur Verfügung stehen.

Eine Frau, deren Mann während des gemeinsamen Nachmittagskaffees bewusstlos wird und im Sterben liegt, greift kaum zielbewusst zum Telefonhörer, wählt die Notrufnummer „112“ und beginnt dann mit Ersthelfermaßnahmen der Wiederbelebung. Sie nimmt zwar sofort wahr, dass ihr Mann mit dem

Tod ringt. Die Zyanose²⁵ und die finale Schnappatmung sind eindrucksvolle Boten des Todes, die auch ein medizinischer Laie sofort als vital bedrohliche Zeichen einstuft. Diese Wahrnehmung löst die Akute Belastungsreaktion aus. Die Frau klingelt in ihrer Not vielleicht an der Tür ihrer Nachbarn, ruft ihre Tochter, die sie nicht erreicht, dann den Hausarzt, der ihr sagt, sie müsse bei der Rettungsleitstelle anrufen. Erst jetzt ruft sie unter der Notrufnummer 112 die Rettungsleitstelle an, die entsprechende Rettungsmittel auf den Weg schickt. Dabei geht Zeit verloren. Wenige Minuten Verzögerung verschlechtern die Prognose für eine erfolgreiche Reanimation. Disponenten, die in Rettungsleitstellen arbeiten und Notrufe entgegen nehmen, wissen, dass Anrufer teilweise nicht mehr fähig sind, ihre Adresse oder eine Rückrufnummer²⁶ zu nennen. Wer je als Ersthelfer zu einem kurz zuvor geschehenen Verkehrsunfall dazu gekommen ist, hat selbst erlebt, wie schwer es mit einem Mal sein kann, die ansonsten so einfach einzuprägende Notrufnummer zu wählen und dann auch noch den präzisen Ort des Geschehens zu wissen und zu melden. Die Alarmierung von Einsatzkräften steht am Anfang der Rettungskette; Verzögerungen, die hier auftreten, sind nicht mehr aufholbar und können fatale Konsequenzen für die Überlebenschancen von Patienten haben.

Im Rahmen einer Begleitung, in der der Betroffene Halt, Sicherheit und Orientierung erfährt, löst sich die Akute Belastungsreaktion und mit ihr auch die eingeeengte Wahrnehmung. Der Ablauf der Ereignisse, der eventuell noch nicht abgeschlossen ist, kommt in die Wahrnehmung – und damit auch Irritationen über das eigene Verhalten, das rückblickend als nicht optimal oder sogar als Versagen beurteilt wird. Daraus ergeben sich Schuldgefühle. Diese Schuldgefühle können mit einem allgemeinverständlichen Hinweis auf die Dynamik der Akuten Belastungsreaktion relativiert werden: viele Menschen stehen sich unter dem Eindruck eines solchen extrem belastenden Ereignisses nicht in der Weise zur Verfügung, wie sie es normalerweise von sich gewohnt sind. Man steht neben sich, kann sich an wichtige Telefonnummern nicht mehr erinnern,

²⁵ Grau-blaue Einfärbung der Haut, die durch eine Unterversorgung des Blutes mit Sauerstoff verursacht wird

²⁶ Besonders problematisch bei Anrufen von einem Mobiltelefon aus, bei dem die Rufnummerunterdrückung eingeschaltet ist)

braucht erst einige Minuten, bis man sich sortiert hat. Manchen Menschen geht es so, dass sie das Gefühl haben, wie fremd gesteuert zu handeln, selbst nicht mehr der Urheber dessen zu sein, was man tut. Die Erfahrung von Ichfremde wirkt in der Erinnerung besonders irritierend. Eine ruhig vorgetragene, allgemeinverständlich, ohne Fremdworte formulierte psychotraumatologisch- edukative Relativierung befreit von dem Gefühl, versagt zu haben und damit schuldig geworden zu sein. Denn das eigene Verhalten, das kurz später bereits unverständlich und befremdlich wirkt, wird auf diesem Hintergrund verständlich und kann eingeordnet werden. Es kann bezogen, im wahrsten Sinne des Wortes „relativiert“ werden auf psychotraumatologisches Wissen (das leider nur viel zu wenigen Menschen, die in solche Situationen kommen, bekannt ist).

Kasuistik 15

Nach einem Banküberfall, bei dem ein bewaffneter Täter einen fünfstelligen Euro-Betrag geraubt hat, macht sich der Kassierer, ein etwa fünfzig jähriger Mann, der in dem Geldinstitut in der Ausbildung von Kassierern tätig ist und sie darin unterrichtet, wie sie sich bei Überfällen zu verhalten haben, massive Vorwürfe, dass er selbst sich nicht an das gehalten habe, was er Auszubildenden für diese Situation seit Jahren lehrt. Er habe versäumt, die Polizei per verstecktem Alarm zu verständigen, habe einen unnötig hohen Betrag aus der Kasse genommen und dem Täter überlassen und weitere aus seiner Sicht schwerwiegende, „unverzeihliche“ Fehler gemacht. Der PSNV-Mitarbeiter informiert ihn über die Auswirkungen der Akuten Belastungsreaktion, die in der als lebensbedrohlichen erlebten Situation – der Täter hantierte mit einer Schusswaffe, die er auf den Kassierer richtete – dazu führten, dass man vor allem das eigene Leben und das der Kunden schützen wolle. Dies sei ihm gelungen. Der Kassierer hatte bis dahin nie etwas von den akuten psychischen Auswirkungen von Überfällen auf das Personal gehört und kündigte an, aufgrund seiner konkreten Erfahrung seinen Unterricht in Zukunft modifizieren zu wollen.

5.6.4 Schuldgefühle mit komplexem Hintergrund

Kasuistik 16

Ein 31jähriger Mann, der mit einem Freund in Österreich eine eintägige Bergtour machte, verunglückte und kam zu Tode. Ein PSNV-Mitarbeiter muss

die Todesnachricht der Witwe überbringen, die mit einem 10 Monate alten Säugling zu Hause auf die Rückkehr ihres Mannes wartet. In der Betreuung macht sie sich massive Vorwürfe: ihr Mann und sie haben vor der Geburt ihres Kindes leidenschaftlich gerne gemeinsame Bergtouren unternommen. Seit der Geburt des Kindes war dies nicht mehr möglich. Zum ersten Mal hat ihr Mann für diesen Tag mit einem Freund eine Bergtour verabredet. Als er am Morgen sehr früh aufstand, sagte er zu seiner Frau, dass er eigentlich doch lieber zu Hause bleiben wolle und den Tag mit seiner Frau und dem Kind verbringen wolle. Er sei kurz davor gewesen, die Verabredung zur Bergtour abzusagen. Seine Frau habe ihm jedoch gut zugeredet, weil sie weiß, wie sehr er die Berge liebe, wie gerne er in die Berge ging und wie gut die Gelegenheit heute sei, die Tour mit einem vertrauten Partner zu gehen. Schließlich habe er die Bergtour doch nicht abgesagt, sondern sei gegangen. Die Witwe plagt das Gefühl, verantwortlich für den Tod ihres Mannes zu sein, sie sagt, sie habe ihn in den Tod geschickt.

Die in der Kasuistik zur Darstellung gebrachten Schuldgefühle der Witwe lassen sich durch kein rationales Argument relativieren. Auch wenn der PSNV-Mitarbeiter selbst der Auffassung wäre, dass es sich hier um nichts weiter als einen unglücklichen Zufall handele, wird die Witwe nicht in der Lage sein, seine rationale Sichtweise zu übernehmen. Er kann ihre Schuldgefühle nicht relativieren, die Witwe wird sie in ihren Prozess der Trauer mit hinein nehmen müssen. In diesem Prozess wird sich eine Lösung abzeichnen: sie wird sich von ihren Schuldgefühlen lösen können. Der PSNV-Mitarbeiter sollte in dieser Situation seine Möglichkeiten, den Trauerprozess der Witwe durch rationale Argumentationen positiv beeinflussen zu können, nicht überschätzen und Allmachtsphantasien erliegen. Er leistet eine wichtige Aufgabe, wenn er die Schuldgefühle und Verzweiflung der Witwe aushält, ihre sozialen Ressourcen aktiviert und dafür Sorge trägt, dass sie nach Freigabe des Leichnams von ihrem Mann sich in Würde verabschieden kann.

5.6.5 Schuldgefühle nach Suizid

Kasuistik 17

Der Leichnam eines Mannes, der im Morgengrauen im Gleisbett der S-Bahn im Umland gefunden wurde, konnte gegen 10:00 Uhr identifiziert werden. Ein

Abschiedsbrief wies darauf hin, dass es sich um eine Selbsttötung handelte. Etwa eine Stunde später überbringt ein PSNV-Mitarbeiter mit zwei Polizeibeamten die Todesnachricht an die Witwe, die bereits bei der Polizei eine Vermisstenmeldung aufgegeben hatte. Im Verlauf der Intervention macht sie sich massive Vorwürfe: ihr Mann habe nach einem Streit die Wohnung am Nachmittag des Vortages verlassen. Er hatte eine psychiatrische Behandlung vor 8 Wochen abgebrochen, nachdem er vorher mehrfach den Arzt wechselte. Vor etwa eineinhalb Jahren beging er einen Suizidversuch ebenfalls durch Sprung vor einen Zug, den er schwer verletzt überlebte. Seitdem war er in psychiatrischer Behandlung. Sie thematisiert, dass die häufigen Konflikte mit ihm es ihr schwer gemacht hätten, in ihrem Mann nicht nur einen gefährdeten psychiatrischen Patienten zu sehen, für den sie eine Art pflegerische Zuständigkeit habe. Als ihr Lebenspartner, der ihr durch seine Depression eine schwere Last aufbürdete, fühlte sie sich allein gelassen, durch seine Suizidalität unter Druck gesetzt und oft hilflos und überfordert. Auf die Todesnachricht reagiert sie in keiner Weise erleichtert. Die Witwe wirft sich vor, die nach wie vor bestehende Suizidgefahr nicht ernst genug genommen zu haben. Obgleich sie über den Krankheitsverlauf ihres Mannes einige psychiatrische Kenntnisse erworben habe, sei sie nicht in der Lage gewesen, den Streit gestern mit ihrem Mann zu entschärfen. Sie habe zu wenig Rücksicht auf seine Erkrankung genommen, vor allem habe sie ihn nicht zurückgehalten, als er wütend die Wohnung verließ. Seitdem er die Wohnung verlassen hatte, sei sie in ständiger Aufregung gewesen, habe bei Freunden nach ihm telefoniert und auch bereits die Polizeiinspektion verständigt, bei der sie eine Vermisstenanzeige aufgeben wollte.

Die Witwe erweist sich nach einer Zeit des Weinens und der Sprachlosigkeit gut zugänglich. Sie bemerkt selbst, wie schwierig die Situation ihres Mannes war, nachdem er die psychiatrische Behandlung abbrach und wie sie dies überforderte. Auch formuliert sie, dass sie ihren Mann, mit dem sie seit 15 Jahren zusammen lebte und mit dem sie ein gemeinsames Kind hat, schwer als psychiatrischen Patienten mit der entsprechenden emotionalen Distanz betrachten könne. Sie sieht, dass sie sich überforderte. Die zunächst heftig vorgetragenen Schuldgefühle lassen nach, sind sicher nicht abschließend thematisiert. Sie können sich nun der Frage zuwenden, wie sie ihren Sohn

empfangen wird, mit dessen Heimkehr nach der Schule in ca. 20 Minuten zu rechnen ist.

Die Schuldgefühle von Hinterbliebenen nach Suizid sind geprägt von dem Eindruck, dass der suizidale Angehörige in der letzten Zeit fremd wurde, sich abkapselte und nicht mehr erreichbar schien – und man sich zu wenig um ihn und seinen Zustand gekümmert habe. Häufig hat er den Suizid mehr oder weniger verschlüsselt angekündigt, erst retrospektiv werden die Ankündigungen entschlüsselbar und verständlich. Hier entstehen die Schuldgefühle daraus, dass die Ankündigungen nicht entsprechend gedeutet wurden. Hätte man – so lauten die Selbstvorwürfe – genauer hingehört oder hätte man die verborgenen Andeutungen ernst genommen, wäre der Suizid eventuell zu vermeiden gewesen.

Bei Patienten, die sich im Rahmen einer psychotischen Erkrankung suizidieren und nicht stationär im Krankenhaus waren, sondern sich zu Hause aufhielten, entstehen die Schuldgefühle aus einem globalen Gefühl von Überlastung und der immer nur eingeschränkten Möglichkeit der Überwachung des Patienten. Gelegentlich entwickeln suizidale Patienten, die zunächst in ihrer Entscheidung ambivalent waren, sich aber dann konkret auf die Ausführung des Suizides festlegen, eine auch von Fachleuten schwer einschätzbare trügerische Ruhe oder „Ruhe vor dem Sturm“ (Sonneck, 2000, S. 167). Schuldgefühle resultieren auch hier aus der im Nachhinein als falsch bewerteten Einschätzung oder Verkennung der Suizidalität.

5.6.6 Schuldvorwürfe gegen andere

Kasuistik 18

Eine Familie wird betreut, deren fünfjährige Tochter in der Nacht nach einem akuten Fieberanfall verstarb. Die Mutter des Kindes fragt, warum der Arzt, der wenige Stunden vor dem Tod des Kindes einen Hausbesuch machte, das Kind nicht in ein Krankenhaus einlieferte. Die Mutter berichtet von dem Hausbesuch des Arztes wenige Stunden vor dem Tod des Mädchens auch dem ermittelnden Kriminalbeamten. Er veranlasst, dass der Leichnam des Mädchens rechtsmedizinisch untersucht wird. Der PSNV-Mitarbeiter bemerkte auch bei Freunden der Hinterbliebenen starke Schuldvorwürfe gegen den Arzt.

Man muss in der Kasuistik wohl davon ausgehen, dass eine adäquate Einschätzung der Situation durch den Arzt, der eine Einweisung in ein Krankenhaus hätte veranlassen können, die Prognose des Kindes erheblich verbessert hätte, das Kind vielleicht hätte überleben können. Grundsätzlich ist jedoch äußerste Vorsicht angebracht, derartige Bewertungen von Betroffenen zu übernehmen oder gar fachmännisch zu kommentieren („das hätte der Arzt aber anders einschätzen müssen“). Dafür gibt es nicht nur medizinische Gründe, die für den Nichtarzt von hoher Komplexität sind, sondern vor allem psychosoziale. Denn der Tod des Patienten ist irreversibel eingetreten, keine Schuldzuweisung kann den Verstorbenen wieder lebendig machen. Wie Schuldgefühle Trauer kontaminieren können, so tun dies auch Schuldvorwürfe. Wir meinen daher, dass Schuldvorwürfe in der psychosozialen Notfallversorgung nicht verstärkt werden sollten. Wo Schuld oder Versäumnisse vorliegen, ist es die Aufgabe kriminalpolizeilicher Todesermittlung, diese festzustellen und bei Bedarf zur Anzeige zu bringen.

5.6.7 Reale Schuld: schuldlos schuldig werden

Kasuistik 19

Ein Mann, Ende 30 Jahre alt, kommt mit seinem Auto nach Hause. Vor dem Reihenhaus spielt unmittelbar neben dem Carport seine 21/2 jährige Tochter auf einem Dreirad. Der Vater winkt seiner Tochter zu und parkt rückwärts in den Parkplatz vor dem Haus ein. Irgendwie gerät die Tochter unter ein Rad des PKWs und wird lebensgefährlich verletzt.

Kasuistik 20

Bei hochsommerlichen Temperaturen hält sich eine allein erziehende Mutter mit ihrem knapp 2 Jahre alten Sohn im Wohnzimmer ihrer Wohnung im 4. Stock auf. Die Fenster sind bei der Hitze alle geöffnet. Als das Telefon in der Diele der Wohnung klingelt, nimmt sie ihren Sohn mit in die Diele. Während des Telefonates, das einige Minuten dauert, geht der Sohn wieder in das Wohnzimmer zurück, klettert – wie die kriminalpolizeilichen Ermittlungen später ergeben – auf eine Kommode und hangelt sich von dort aus entlang eines Heizungsrohres zum Fenster. Der Junge fällt aus dem Fenster und verstirbt an seinen schweren Verletzungen.

Kasuistik 21

Eine dreiköpfige Familie befindet sich im Auto auf dem Weg in den Urlaub. Sie fahren die Nacht hindurch. Die Frau hat auf dem Beifahrersitz den Gurt geöffnet, weil sie schwanger ist, und den Sitz flach gestellt, um besser Schlafen zu können. Das dreijährige Kind liegt ebenfalls nicht angeschnallt quer auf der Rückbank und schläft. In dem Auto ist einzig der Mann angeschnallt. Am frühen Morgen kommt das Auto auf der Autobahn ins Schleudern und überschlägt sich. Die Frau wird stirbt bei dem Verkehrsunfall, ebenso das Kind, das aus dem Auto herausgeschleudert wird. Nur der Mann überlebt den Unfall mit einer leichten Bagatellverletzung.

In allen drei Kasuistiken haben die Betroffenen den Tod oder die schwere Verletzung ihrer Angehörigen nicht intendiert, sondern durch Unterlassung, Mangel an Aufmerksamkeit oder „Fahrlässigkeit“ herbei geführt. Dem PSNV-Mitarbeiter kommt es nicht zu, darüber ein Urteil zu fällen. Das bleibt Sache eines Gerichtes. Der PSNV-Mitarbeiter nimmt wahr, dass hier Menschen „schuldlos schuldig“ geworden sind. In dieser Situation brauchen sie besonders einen Menschen, der ihr Schicksal aushält, ohne es zu verleugnen oder zu bagatellisieren.

Bereits an der Einsatzstelle ist in diesen Situationen zu beobachten, dass Menschen, die auf eine solche tragische Art in den Tod oder die schwere Verletzung eines Angehörigen involviert sind, von Einsatzkräften der Polizei und des Rettungsdienstes auf sonderbare Weise gemieden und ausgegrenzt werden. Niemand nimmt unnötig Kontakt mit ihnen auf. Der Polizeibeamte belässt es zunächst bei einer knappen Feststellung der Personalien, der Rettungsdienstmitarbeiter überzeugt sich kurz vom körperlichen Zustand des Betroffenen. Hier ist eine Dynamik zu beobachten, die das christliche Verständnis von Schuld berührt: wer Schuld auf sich lädt, nimmt sich aus der Beziehung zu anderen Menschen und Gott heraus (Rahner, 1976). Er sondert sich ab bzw. wird von der Gemeinschaft „abgesondert“ und isoliert. Der etymologische Hinweis, nachdem „Sünde“ und „sondern“ den gleichen Wort-

stamm haben, unterstützt dieses Verständnis.²⁷ Für die psychosoziale Notfallversorgung ergibt sich daraus die Haltung, der starken Tendenz zur sozialen Isolation eines auf diese Weise schuldlos schuldig gewordenen Betroffenen zu widerstehen und die Nähe dieses Menschen auszuhalten. Dabei ist festzustellen, dass der Betroffene es leicht macht, den Kontakt nicht herzustellen oder ihn bald wieder abubrechen. In dieser Situation kann der Aspekt der Schuld nicht geleugnet oder bagatellisiert werden, andererseits ist es nicht die Aufgabe des PSNV-Mitarbeiters, Schuld festzustellen und zu benennen. Wie oben bereits erwähnt, gibt es in unserer Gesellschaft dafür vorgesehene Strukturen und Institutionen. Aus psychosozialer Sicht sollte der Betroffene die Erfahrung machen können, dass es einen Menschen gibt, der sich von ihm nicht distanziert und den Kontakt nicht minimiert oder abbricht, der trotz seiner Geschichte und Tragik seine Nähe aushält, dem er sich zumuten darf und der „zu ihm steht“. Der Kontakt zum Betroffenen wird weniger durch lange Erörterungen der Schuldfrage gestaltet und gehalten als durch organisatorische und andere sehr konkrete Fragen. Wie jeder Betroffene braucht auch er Orientierung und ein Verständnis für das, was in seiner Umgebung vor sich geht. Das Abschiednehmen vom Verstorbenen spielt eine wesentliche Rolle. Leider sind Kasuistiken bekannt, in denen trotz aller Bemühungen sehr kompetenter und einsatzerfahrener PSNV-Mitarbeiter es nicht gelang, einen tragfähigen und halbwegs stabilen Kontakt herzustellen und der Betroffene mit dem, was geschehen war, nicht leben konnte und sich wenige Tage nach dem Ereignis suizidierte. Andererseits konstellierte sich in der Betreuung, die in Kasuistik 19 (S. 101) dargestellt ist, eine Situation, in der der Vater seiner Frau in Anwesenheit des PSNV-Mitarbeiters erzählen konnte, was geschehen ist. Seine Frau nahm ihn in die Arme und trug die Situation in Gemeinsamkeit mit ihrem Mann. In keiner anderen Einsatzsituation kommt der PSNV-Mitarbeiter mit den begrenzten Möglichkeiten der Situation nachhaltiger in Kontakt, kaum eine Situation in der psychosozialen Notfallversorgung ist persönlich fordernder.

Am Abschluss der Intervention ist es in diesen Situationen besonders geboten, die Betroffenen zu motivieren, sich an eine Beratungsstelle zu wenden.

²⁷ Diese etymologische Ableitung kann in Kluge, F. (1999). Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, bearbeitet von Elmar Seebold, Berlin: de Gruyter, nicht verifiziert werden.

5.7 Abschied vom Leichnam

In der psychosozialen Notfallversorgung vollzieht sich ein Übergang vom Trauma zur Trauer (vgl. Kapitel 5.1.1.1: „Vom Trauma zur Trauer“, S. 52). Betroffene bemerken an sich selbst, dass sie „keine Gefühle haben“, dass sie den Tod noch nicht realisieren und nicht trauern können. Wenn die Möglichkeit besteht, dass sie sich vom Leichnam in Ruhe und Würde verabschieden können, nehmen sie sinnlich wahr und „begreifen“, dass der Mensch, der eben noch gelebt hat, jetzt tot ist. Mit der Verabschiedung vom Leichnam werden viele Betroffene zu Trauernden.

In jedem Todesfall muss ein Arzt tätig werden, der eine Leichenschau durchführt und eine Todesbescheinigung ausstellt. Wenn der Arzt, der die Leichenschau durchführt, den Leichnam zur Bestattung frei gibt („natürliche Todesart“), können Hinterbliebene sich in Ruhe und ohne Zeitdruck vom Leichnam verabschieden. Eine natürliche Todesart liegt dann vor, wenn die Identität des Verstorbenen zweifelsfrei fest steht (z. B. durch ein Ausweisdokument belegt werden kann), und der „Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren eingetreten ist“ (Schwerd, 1992, S. 193). Um auf eine natürliche Todesart zu erkennen, muss der die Leichenschau durchführende Arzt die eigentliche Todesursache nicht feststellen. Der Hinterbliebene verständigt selbstständig einen Bestatter, der Leichnam kann zunächst im häuslichen Bereich bleiben.²⁸

Wenn in der Leichenschau eine „nicht natürliche Todesart“ (z. B. nach Suizid, Unfall, strafbarer Handlung) vorliegt oder der Arzt sich nicht festlegen kann, ob eine natürliche oder nicht natürliche Todesart vorliegt, ermittelt grundsätzlich die Staatsanwaltschaft. Der Arzt verständigt die Polizei. Beamte der Kriminalpolizei untersuchen die Umstände des Todes und verfassen einen Bericht, der der Staatsanwaltschaft vorgelegt wird. Diese entscheidet anhand des Berichtes über weitere Maßnahmen oder gibt den Leichnam zur Bestattung frei. Bis zur Freigabe bleibt der Leichnam beschlagnahmt. Die Staatsanwaltschaft veranlasst bei Bedarf eine Obduktion bzw. rechtsmedizinische Untersu-

chung des Leichnams. Wie bereits in der Leichenschau geht es auch in der Obduktion nicht primär darum, die genaue Todesursache in Erfahrung zu bringen, sondern eine Fremdeinwirkung auszuschließen. Staatsanwaltschaftlich beschlagnahmte Leichname werden nicht alle, sondern nur zu einem geringen Teil, bei Vorliegen entsprechender Hinweise, rechtsmedizinisch untersucht bzw. obduziert. Auch in den Fällen, in denen der Leichnam rechtsmedizinisch untersucht oder obduziert wurde, ist das Abschiednehmen für die Hinterbliebenen nach der Freigabe zur Bestattung möglich.

Immer wieder tritt die Situation auf, dass ein Arzt in einer Leichenschau nach Todesfall im häuslichen Bereich sich nicht auf eine natürliche Todesart festlegen kann, weil er z. B. Angaben zu den Vorerkrankungen des Verstorbenen von den Hinterbliebenen mitgeteilt bekommt, sie aber nicht anhand von Unterlagen des behandelnden Arztes verifizieren kann. Das bedeutet, dass zunächst unklar bleibt, ob eine natürliche oder nicht natürliche Todesart vorliegt. Auch in diesem Fall ermitteln Beamte der Kriminalpolizei und behandeln den Todesfall zunächst wie eine nicht natürliche Todesart. Besonders in diesen Situationen treten bei Hinterbliebenen Irritationen auf: ihr Angehöriger ist nach einer langen Krebserkrankung oder im hohen Alter gestorben und – so ihre Sicht – es treten Polizeibeamte auf, als ob ein Mord geschehen wäre. Ein wesentlicher Aspekt der Vermittlung von Orientierung und Normalisierung der Situation im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung liegt darin, zu erklären, warum die Kriminalpolizei tätig wird und dass es sich nicht um einen seltenen Ausnahmefall handelt, sondern dass diese Vorgehensweise Bestandteil einer Routine darstellt.

Bei nicht natürlichen und nicht aufgeklärten Todesarten veranlassen die Beamten der Kriminalpolizei die Abholung des Leichnams. In ihrem Ermessen liegt die Entscheidung, ob bzw. in welcher Form Hinterbliebene sich vom Leichnam verabschieden können. Als die psychosoziale Notfallversorgung in München neu eingeführt wurde, waren einige Beamte der Kriminalpolizei, die Todesermittlungen durchführen, zunächst irritiert, wenn PSNV-Mitarbeiter sie

²⁸ Die jeweiligen Regelungen der Bestattungsgesetze in den Bundesländern sind zu beachten, in Bayern kann der Verstorbene bei Vorliegen einer natürlichen Todesart 24 Stunden zu Hause bleiben.

im Auftrag der Hinterbliebenen bitten, eine Abschiednahme zuzulassen. Mit diesem Anliegen der Hinterbliebenen ist bis dahin ähnlich umgegangen worden wie in weiten Bereichen der (Notfall-) Medizin: Hinterbliebenen wird entgegen, sie sollen den Verstorbenen „so in Erinnerung behalten, wie er zu Lebzeiten war“. Diese Floskel hört sich zunächst plausibel an und viele Hinterbliebene folgen diesem Rat, zumal er von Ärzten oder Polizisten kommt, die berufsmäßig mit Tod zu tun haben und denen deshalb unterstellt wird, dass sie sich mit den Bedürfnissen Trauernder auskennen. Erst später im Verlauf der Trauer und dann zu spät wird deutlich, dass es für einen Trauernden geradezu paradox ist, den betrauten Toten ausschließlich als Lebenden in der Erinnerung zu behalten zu müssen. Manchen Hinterbliebenen gelingt es, den versäumten Abschied durch eine symbolische Handlung später nachzuvollziehen. Sowohl im ärztlichen wie auch im behördlichen Bereich wird heute weitgehend das Bedürfnis Hinterbliebener, Abschied zu nehmen, respektiert und berücksichtigt.

In seltenen Fällen haben Kriminalbeamte aufgrund ihrer Ermittlungsarbeit Gründe dafür, dass eine Verabschiedung nicht möglich ist. Die Gründe können nicht immer gegenüber dem PSNV-Mitarbeiter oder den Hinterbliebenen genannt werden.

Hinterbliebene fragen von sich aus, ob sie den Verstorbenen sehen können, bevor er vom Bestatter abgeholt wird. Gelegentlich wird der Wunsch nicht geäußert. Die Verabschiedung stellt einen intimen Vorgang dar, der nicht beliebig hinausgezögert und für später aufgehoben werden kann. Die Verabschiedung in der Leichenhalle (Aussegnungshalle) ist grundsätzlich möglich. Allerdings findet sie dort in einer Öffentlichkeit statt, die der Intimität und Würde des letzten Abschiedes nicht dient. Die Atmosphäre dieser Räumlichkeiten unterstützt den Abschied der Hinterbliebenen nur bedingt. In den Fällen, in denen eine Verabschiedung in ruhiger Umgebung vorher nicht möglich war, ist das Abschiednehmen in der Leichenhalle immerhin eindeutig besser als völlig darauf zu verzichten, bleibt aber ein Kompromiss. Der Abschied vom Verstorbenen sollte dort stattfinden, wo gemeinsam gelebt wurde: nach Mög-

lichkeit in der Wohnung, die der persönliche Lebensraum des Verstorbenen war.

Der Hinterbliebene, der nicht von sich aus den Wunsch äußert, sich vom Verstorbenen zu verabschieden, wird gegen Ende der Intervention darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Verabschiedung mit der entsprechenden Würde und Intimität nur noch so lange möglich ist, bis der Bestatter den Toten abholt. In Anbetracht der Bedeutung, die das Verabschieden für die Trauer des Hinterbliebenen hat, erscheint es uns angemessen, dem Hinterbliebenen nicht nur neutral anzubieten, sich zu verabschieden, sondern ihn dazu zu ermutigen.

Kasuistik 22

In einer Kurve auf einer Landstrasse verliert ein Jugendlicher die Kontrolle über sein Auto. Das Auto überschlägt sich und prallt gegen einen Baum. Der Fahrer verstirbt an der Unfallstelle an schwersten Schädel-Hirn-Verletzungen. Angehörige der Feuerwehr leiten den Verkehr an der Unfallstelle vorbei. Offensichtlich erkennt ein Fahrer, der die Unfallstelle passiert, das verunglückte Auto und ruft über sein Mobiltelefon in der Familie des Verunglückten an. Einige Minuten später kommen die Mutter und ein Bruder (23 Jahre alt) des Verunglückten an den Unfallort. Ein PSNV-Mitarbeiter wird von den Einsatzkräften zur Betreuung der Hinterbliebenen verständigt. Als er an der Unfallstelle eintrifft, bittet ihn die Mutter dringend, dass sie zu ihrem toten Sohn dürfe und sich von ihm verabschieden wolle. Sie habe ihren Wunsch bereits den Einsatzkräften mitgeteilt, die ihr aber die Auskunft gaben, dass das nicht möglich sei. Der PSNV-Mitarbeiter sagt der Frau zu, dass er sich ihres Anliegens annehme und informiert sich über den Zustand des Leichnams. Der Leichnam ist mittlerweile aus dem Autowrack befreit worden und liegt mit einem weißen Laken abgedeckt einige Meter neben dem verunglückten Fahrzeug. Der PSNV-Mitarbeiter informiert den Polizeibeamten, der den Unfall aufnimmt, über den Wunsch der Mutter. Der Polizist hat keine Einwände. Anschließend bittet der PSNV-Mitarbeiter den Einsatzleiter der Feuerwehr, zwei Einsatzfahrzeuge so zu stellen, dass der Leichnam vom vorbeigeleiteten Verkehr aus nicht zu sehen ist. Dann bereitet der den Leichnam für die Verabschiedung vor, indem er die schweren Verletzungen im Kopfbereich mit einem weißen Tuch gesondert abdeckt, darüber legt er das weiße Laken, das den

gesamten Leichnam abdeckt. Der Leichnam liegt auf dem Rücken, außer den Verletzungen am Kopf ist der Tote weitgehend unverletzt. Dann geht er zur Mutter und zum Bruder des Verstorbenen. Er weist sie darauf hin, dass der Tod aufgrund schwerer Kopfverletzungen eingetreten ist. Er begleitet sie zum Leichnam und deckt das Laken auf. Beide, die Mutter und ihr Sohn, weinen zunächst, dann beugt sie sich zu ihrem toten Sohn und nimmt seine Hand. Nach ein paar Minuten bittet die Mutter den PSNV-Mitarbeiter, der Seelsorger ist, ihren Sohn zu segnen. Der PSNV-Mitarbeiter spricht ein kurzes freies Gebet, anschließend das Vaterunser, dann eine Segensformel über den Leichnam. Er deckt den Leichnam wieder zu und begleitet die Mutter mit ihrem Sohn nach Hause, wo weitere Angehörige informiert werden müssen.

Als häufiger Einwand gegen das Abschiednehmen vom Leichnam wird der Fall geltend gemacht, dass der Tote sichtbare Verletzungen trägt und „entstellt“ sei. Zunächst sei klar gestellt, dass es sich hier um relativ seltene Ausnahmefälle handelt. Bei den meisten Todesfällen, in denen psychosoziale Notfallversorgung zum Tragen kommt, ist ein Mensch aufgrund einer internistischen Todesursache gestorben, von „Entstellung“ kann keine Rede sein. Dennoch kann es zu Situationen kommen, in denen ein PSNV-Mitarbeiter mit dem dringlichen Wunsch von Hinterbliebenen konfrontiert wird, von einem Leichnam Abschied zu nehmen, der aus der distanzierten Sicht von Einsatzkräften nicht als „ansehnlich“ bezeichnet werden kann. Für diese Fälle benötigt der PSNV-Mitarbeiter eine klare Meinung. Wir vertreten die Auffassung, dass eine Abschiednahme dann und solange verantwortbar bleibt, wie der Leichnam Züge unverwechselbarer Individualität trägt²⁹ und der PSNV-Mitarbeiter, der den Hinterbliebenen begleitet, sich selbst dies zutraut. Ein PSNV-Mitarbeiter, der befürchtet, den Anblick eines Leichnams nicht ertragen zu können, kann den Hinterbliebenen nicht bei der Verabschiedung begleiten. Die Begleitung des Hinterbliebenen erachten wir als Voraussetzung dafür, dass die Abschiednahme für den Betroffenen nicht zusätzlich traumatisierend wirkt.

Ein immer wieder vorgetragener Einwand lautet, dass das Abschiednehmen unter schwierigen Bedingungen den Hinterbliebenen nicht zuzumuten sei. Dem

Hinterbliebenen, der sich vom Leichnam verabschieden möchte und daran mit dem Motiv der Schonung gehindert wird, wird über den Tod des Angehörigen hinaus und für seine Trauer und Biographie deutlich mehr zugemutet, als wenn man ihn vermeintlich schonen wollte. Viele Hinterbliebene, die von Angehörigen Abschied genommen haben, der durch Verletzungen zu Tode gekommen ist, bestätigen uns, dass sie ihren Angehörigen nicht unter ästhetischen Kriterien betrachtet hätten. Für sie gilt nicht die Unterscheidung von „schönem“ oder „weniger schönem“, gar „entstelltem“ Leichnam, sondern allein die Tatsache, dass sie den betrauten Angehörigen zum letzten Mal haben sehen können.

Kasuistik 23

Bei einem Verkehrsunfall verstirbt ein 17jähriges Mädchen wegen schwerer Schädelverletzungen. Der Unfall ereignet sich ca. 60 Kilometer vom Wohnort des Mädchens entfernt. Als ein PSNV-Mitarbeiter der Mutter die Todesnachricht überbringt, äußert die Mutter den dringenden Wunsch, ihre Tochter zu sehen. Der PSNV-Mitarbeiter macht den Ort ausfindig, an den der Leichnam verbracht wurde und bespricht mit dem zuständigen Polizeibeamten die Vorgehensweise. Er fährt mit der Mutter zur Aussegnungshalle eines kleinen Friedhofs in der Nähe der Unfallstelle. Dort treffen sie einen Polizeibeamten, der ihnen den Zutritt zum Leichnam möglich macht. Als die Mutter vor ihrer toten Tochter steht, die deutlich sichtbare Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels aufweist, und sie betrachtet, wendet sie sich zum PSNV-Mitarbeiter und sagt: „War meine Tochter nicht schön?“.

Das Abschiednehmen kann eventuell eine Traumatisierung auslösen, wenn die Rahmenbedingungen nicht genügend bedacht sind. Unter Beachtung der folgenden Hinweise überwiegt der positive Impuls, der von der Abschiednahme für die Trauer ausgeht, die Gefahr einer Traumatisierung des Hinterbliebenen:

- Der Hinterbliebene nimmt nur dann Abschied, wenn er dies wünscht.

²⁹ diese kann bei fortgeschrittener Verwesung oder starker Verbrennung bzw. Verkohlungs nicht mehr mit dem Auge sichtbar sein

- Der PSNV-Mitarbeiter geht zunächst allein zum Leichnam, überzeugt sich von seinem würdigen Zustand und sorgt dafür, dass Verletzungen abgedeckt sind.
- Das Abschiednehmen wird mit dem Betroffenen vorher besprochen. Die Formulierung „ich weiß nicht, ob Sie Ihren Angehörigen sofort erkennen“ oder „Ihrem Angehörigen sieht man die Folgen der Unfalls an“ bereiten den Hinterbliebenen vor. Man sollte jede Formulierung, die auf Ästhetik abhebt vermeiden (z. B. „Ihr Angehöriger sieht nicht so schön aus“).
- Religiöse Bedürfnisse werden respektiert und berücksichtigt, eventuell wird vorher ein Seelsorger verständigt.

Eine Kerze, die angezündet wird, ist für viele Hinterbliebene, auch wenn sie sich nicht christlich gebunden fühlen und die Kerze als Hinweis auf die Tauf- oder Osterkerze wahrnehmen, ein angemessenes Symbol.

5.8 Die sozialen Ressourcen

Der Betroffene ist nicht die hilflose Person, der alles Handeln und Entscheiden abzunehmen oder vorzugeben wäre. Das betrifft zentral die Frage, welche Menschen der Betroffene in dieser Situation um sich haben möchte, von welchen Menschen seiner sozialen Umgebung er sich getragen und er sich geborgen fühlt. Einsatzkräfte und das soziale Umfeld von Betroffenen haben die Tendenz, die Notfallversorgung in die Hände von „Profis“, von ausgebildeten und erfahrenen Fachleuten zu legen. Das ist zweifellos berechtigt, darf jedoch nicht dazu führen, die Möglichkeiten und die Nachhaltigkeit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu unterschätzen.

Kasuistik 24

Nach einer Katastrophe reisen Überlebende und Betroffene im Flugzeug in ihre Heimat zurück. Beim Eintreffen am Flughafen werden sie im nicht allgemein zugänglichen Bereich von PSNV-Mitarbeitern empfangen. Manche halten auch dann die Betroffenen in einer „Betreuung“ auf, obwohl sie im öffentlichen Bereich von Angehörigen abgeholt werden und deutlich und klar den Wunsch vortragen, so schnell wie möglich zu ihnen gehen zu wollen. Die PSNV-Mitarbeiter respektieren nicht den Wunsch der Betroffenen, sie über-

schätzen ihre Bedeutung für die Betroffenen und entwerten deren soziale Ressourcen.

Die sozialen Ressourcen, die Verwandten, Freunde und Nachbarn, stehen über die peritraumatische Intervention hinaus den Betroffenen zur Seite, über die Beerdigung hinaus für die nächsten Wochen, Monate und Jahre. In ihrem sozialen Umfeld können sich Betroffene aufgehoben und geborgen fühlen, sie bekommen die Art und Intensität von Unterstützung, die für sie angemessen ist. In der PSNV dürfen diese Ressourcen keinesfalls übersehen, unterschätzt oder vernachlässigt werden.

Grundsätzlich ist den sozialen Ressourcen im Kontakt zum Betroffenen der Vorrang zu lassen. Es kommt immer wieder vor, dass Einsatzkräfte nach erfolglosen Reanimationen oder Todesfeststellungen im häuslichen Bereich einen einzelnen Hinterbliebenen wahrnehmen, für den sie PSNV veranlassen. Bis der PSNV-Mitarbeiter die Einsatzstelle erreicht, sind Angehörige, Freunde oder Nachbarn bereits beim Betroffenen. In diesen Situationen, in denen vor dem Eintreffen eines PSNV-Mitarbeiters soziale Ressourcen des Betroffenen bereits aktiviert sind, tritt er besonders zurückhaltend und defensiv auf. Er achtet sorgsam darauf, die sozialen Ressourcen in ihrer Rolle, für den Betroffenen da zu sein, nicht zu irritieren oder ihnen ihre Bedeutung zu nehmen. Denn sowohl für den Betroffenen wie für seine sozialen Ressourcen hat er einen Expertenstatus: er gilt zu Recht als Fachmann für die Betreuung akut psychisch Traumatisierter und Trauernder – entsprechend tritt er auf und entsprechend wird er wahrgenommen. Angehörige, Freunde oder Nachbarn sind durch die Situation, in die sie sich beim Betroffenen begeben, häufig selbst verunsichert. Sie haben keine oder wenig Erfahrung im Umgang mit trauernden und betroffenen Menschen. Sie reagieren dankbar auf den Auftritt einer Fachkraft, die sie in ihren eigenen Betreuungsbemühungen und in ihrer Unsicherheit entlastet. Allerdings wird die Fachkraft nur im peritraumatischen Intervall einmal tätig, die Entlastung wirkt also nur kurzfristig. Nachdem die Fachkraft sich verabschiedet hat, ist die Verunsicherung bei den sozialen Ressourcen umso größer, weil sie wahrgenommen haben, wie der „Profi für Trauer und Begleitung“ sich auskennt und wesentlich sicherer als sie selbst in

der Situation auftritt, auch wenn sie es sind, die den Betroffenen oft bereits seit Jahren oder Jahrzehnten kenn.

Der PSNV-Mitarbeiter ermutigt und bestärkt als „Experte“ die sozialen Ressourcen in ihrer Bedeutung für den Betroffenen. Damit beachtet er sie, er wertet sie auf und stärkt sie. Besonders in komplexen Situationen wie zum Beispiel nach Suizid, Tötungsdelikten, Tod eines Kindes oder Unfällen, bietet er nicht nur dem Betroffenen Ansprechpartner an, an die er sich mit seinen Fragen wenden kann, sondern auch den sozialen Ressourcen.

Kasuistik 25

Beim Eintreffen in der Wohnung findet der PSNV-Mitarbeiter außer der Witwe auch ihre Tochter, den Schwiegersohn und ein Enkelkind (ca. 20 Jahre alt) vor, außerdem zwei Beamte der Schutzpolizei. Einige Minuten vor ihm ist der Arzt eingetroffen, der die Leichenschau durchführt. Der Arzt kommt nach etwa 10 Minuten zu dem Ergebnis, dass eine natürliche Todesart vorliegt und gibt den Leichnam zur Bestattung frei. Er und die beiden Polizeibeamten verlassen die Wohnung. Der PSNV-Mitarbeiter klärt die Anwesenden darüber auf, wie mit dem Leichnam und dem Bestatter zu verfahren sei und antwortet auf einige Fragen, die vor allem die Tochter und der Schwiegersohn stellen. Es ergibt sich ein kurzes Gespräch, das er unter vier Augen mit dem Schwiegersohn führt. In diesem Gespräch bittet der Schwiegersohn zunächst den PSNV-Mitarbeiter darum, ein Beruhigungsmittel für die Witwe zurück zu lassen. Der PSNV-Mitarbeiter erklärt, dass er grundsätzlich keine Medikamente mit sich führt und dass der Witwe durch ein Beruhigungsmittel nicht geholfen sei, sondern vielmehr durch die Anwesenheit von ihm und seiner Familie. Er nimmt ihm die Sorge vor einem befürchteten Zusammenbruch seiner Schwiegermutter, nennt ihm einen Ansprechpartner, an den er sich wenden könne, wenn er Fragen habe, und dankt ihm für sein Engagement in dieser Situation. Nach insgesamt knapp 25 Minuten verabschiedet er sich.

Nur in seltenen Fällen erweisen sich die sozialen Ressourcen als völlig überfordert und gar hinderlich. Eine Frau, die nach dem Tod ihres Vaters bei ihrer Mutter bleibt, trauert selbst um ihren Vater. Sie muss sich nicht „zusammenreißen“, „sich beherrschen“ oder „besonders stark sein“. Sie kann auch dann

Trost für ihre Mutter sein, wenn sie mit ihr zusammen weint, sie gemeinsam trauern und sie sich gegenseitig in ihrer Trauer stützen. Den größten Dienst für ihre trauernde Mutter erweist die ebenfalls trauernde Tochter, in dem sie ihre Mutter nicht allein lässt. Das gilt im übertragenen Sinn auch für andere Menschen im sozialen Umfeld, die mehr oder weniger immer auch selbst durch den plötzlichen Tod betroffen sind.

Die Bitte an den Arzt oder PSNV-Mitarbeiter um ein Beruhigungsmittel für den Betroffenen ist als Hinweis zu werten, dass sich die sozialen Ressourcen verunsichert und überfordert fühlen. Selbstverständlich führt ein PSNV-Mitarbeiter keine Medikamente mit sich. Die Bitte um ein beruhigendes Medikament für den Betroffenen wird häufig, wenn die sozialen Ressourcen die Angst genommen bekommen, dass sich unkontrollierbare, bedrohliche Zustände entwickeln könnten.

5.9 Dauer und Ende der Betreuung

Die Dauer der Betreuung ergibt sich aus der Anfangszeit und der Endzeit der Intervention. Die Intervention beginnt, wenn der PSNV-Mitarbeiter beim Betroffenen präsent ist (nicht also bei Eintreffen an der Einsatzstelle). Der Zeitraum, der vom Eintritt des Ereignisses über die Verständigung des PSNV-Mitarbeiters vergeht, weiter durch die Anfahrt zur Einsatzstelle und die erste Orientierung vor Ort, sollte so lang wie nötig und so kurz wie möglich sein (vgl. dazu Kapitel 5.2.2, S. 71). Die Dauer dieses Zeitraums liegt nur eingeschränkt im Ermessen und der Gestaltbarkeit des Begleiters. Das Ende der Intervention allerdings liegt in seinem Ermessen.

Die Qualität der Intervention ist nicht proportional zu ihrer Dauer, die längere Intervention ist nicht die bessere. Darüber muss sich ein PSNV-Mitarbeiter im Klaren sein. Wer sich durch einen Kurs für die Mitarbeit in der psychosozialen Notfallversorgung qualifiziert, den beschäftigt zunächst eher die Frage, ob es ihm gelingt, einen angemessenen Zugang zum Betroffenen zu bekommen. Er konzentriert sich stark auf die Gestaltung der Anfangssituation und schenkt dem Ende der Notfallversorgung nicht die gleiche Aufmerksamkeit. Mit

zunehmender Einsatzerfahrung stellt sich heraus: der Einstieg in die Intervention fällt weniger schwer, wenn die grundlegenden Voraussetzungen für ein angemessenes Setting erfüllt sind und der Mitarbeiter über Betreuungserfahrung verfügt. Die Intervention zum angemessenen Zeitpunkt zu beenden erfordert jedoch jedes Mal aufs Neue eine differenzierte Wahrnehmung des Betroffenen und der Situation sowie eine Klarheit darüber, wo die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen wie auch die der peritraumatischen Intervention liegen.

In der Intervention wird aus dem traumatisierten Mensch zunehmend ein trauernder. Der Trauernde hat eine natürliche Kompetenz, Menschen seiner Umgebung an sich zu binden. Diese Dynamik führt, wenn sie vom Begleiter nicht wahrgenommen wird, tendenziell dazu, die Dauer der Intervention auszudehnen. Diese Tendenz wird zusätzlich verstärkt und kann sich fatal auswirken, wenn der PSNV-Mitarbeiter einen wesentlichen Teil seiner Gratifikation für sein Engagement aus der Anerkennung und Wertschätzung des Betroffenen beziehen muss. Im Lauf der Betreuung kann es dazu kommen, dass der Betroffene Dankbarkeit und Anerkennung über die Präsenz oder Arbeitsweise des PSNV-Mitarbeiters äußert. Ein Kompliment darf der PSNV-Mitarbeiter annehmen, er darf von ihm jedoch nicht abhängig werden. Wenn in ihm das Bild entsteht, dass die psychosoziale Notfallversorgung nur dann „gut“ oder „erfolgreich“ verlaufen sei, wenn er vom Betroffenen positiv gewürdigt wird, entsteht eine Abhängigkeit, die den Zielen der psychosozialen Notfallversorgung zuwider läuft.

Kasuistik 26

Im Rahmen einer psychosozialen Notfallversorgung nach dem Tod des Mannes durch Herzversagen, bedankt sich die Witwe nach etwa 2 Stunden beim PSNV-Mitarbeiter: „Wenn Sie nicht gekommen wären, weiß ich nicht, wie ich das hätte überstehen sollen. Alle anderen (sie meint damit die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes) waren ja sofort danach (nach der Feststellung des Todes des Ehemannes) gleich wieder weg, nur Sie sind bei mir geblieben. Sie wissen ja gar nicht, wie dankbar ich Ihnen dafür bin, dass Sie die Zeit für mich haben – Sie sind der Einzige, der mir jetzt hilft!“.

Der PSNV-Mitarbeiter, der die Intervention beenden will, fühlt eine Verpflichtung, die Intervention zeitlich auszudehnen, um weiter „gut“ zu bleiben. Er fühlt sich durch das Lob gebunden, es fällt ihm schwer, der Witwe die nötige Grenze zu setzen.

Eines der zentralen Ziele der Intervention ist die Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit: der Begleiter nimmt wahr, ob und in welchem Maß die Handlungsfähigkeit des Betroffenen zunimmt. Wenn der Betroffene beginnt, den PSNV-Mitarbeiter als Gegenüber wahr zu nehmen, ist das ein Hinweis darauf, dass die Einengung der Wahrnehmung, ein von außen gut beobachtbarer Hinweis auf die akute Belastungsreaktion, sich weitet. Häufig geschieht dies dadurch, dass der Betroffene sich nach dem Namen des PSNV-Mitarbeiters erkundigt. Während sein Name und seine Person am Anfang der Betreuung in anbetracht dessen, was geschehen ist, noch keine Rolle gespielt hat, ist die Frage nach dem Namen oder nach seinem Beruf ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Betroffene nun wieder über Kapazitäten verfügt, sich für sein Gegenüber zu interessieren. Der Betroffene möchte vom PSNV-Mitarbeiter wissen, wer er sei, dass er in dieser Situation sich Zeit für ihn nehme. Die Frage – jeweils auf ihre Weise formuliert – ist ein Aspekt des Bemühens, einordnen und verstehen zu können, was um ihn herum vorgeht.

Als ein weiteres Zeichen sich öffnender Wahrnehmung kann das Angebot verstanden werden, ein Glas Wasser oder einen Kaffee zu trinken. In diesem Angebot kommt zusätzlich zum Ausdruck, dass der Betroffene, dessen Handlungsunfähigkeit und emotionale und kognitive Verlangsamung und Lähmung sich lösen, seine Gastgeberrolle übernimmt. Dieses Angebot entlässt ihn aus der Rolle des Hilflosen, der sich in seiner eigenen Wohnung nicht mehr orientieren kann, und setzt ihn ein als autonomen und souveränen „Hausherren“. Der PSNV-Mitarbeiter, der das Angebot eines Kaffees oder eines Glases Wasser annimmt, übernimmt damit die Rolle des Gastes und unterstützt damit die Wiedergewinnung von Handlungsfähigkeit und Autonomie. Die Frage nach dem Namen oder dem Beruf und das Angebot eines Getränkes sind daher ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Intervention zu ihrem Ende kommt. In dem Maß, in dem der Betroffene selbst handlungsfähig wird und seine sozialen

Ressourcen greifen, wird der Begleiter verzichtbar. Die verantwortete und effiziente PSNV entlässt den Betroffenen in seine Selbstständigkeit und Autonomie und macht sich selbst überflüssig.

Kasuistik 27

Ein 72 Jahre alter Mann, dessen Frau vor etwa eineinhalb Stunden starb und die vom Leichenschauer zur Bestattung frei gegeben wurde, bietet, nachdem der Arzt und die Polizisten die Wohnung verließen, dem PSNV-Mitarbeiter einen Kaffee an. Bis dahin wirkte der Witwer gefasst und emotional eher distanziert. Als er den Kaffee bereitet, das Kaffeepulver und den Filter aus dem Schrank holt, unterbricht er plötzlich, setzt sich auf den Stuhl neben den PSNV-Mitarbeiter und beginnt, das erste Mal seit dem Tod seiner Frau zu weinen. Er sagt, ihm sei eben, wie er begonnen habe den Kaffee zu bereiten, deutlich und spürbar geworden, dass es bisher immer seine Frau war, die den Kaffee machte.

Der PSNV-Mitarbeiter beendet die peritraumatische Intervention, wenn er wahrnimmt,

- dass die sozialen Ressourcen des Betroffenen zur Verfügung stehen
- dass der Betroffene zunehmend in der Lage ist, seine Umgebung wahr zu nehmen, sich orientieren kann und seine Handlungsfähigkeit zunimmt
- dass der Betroffene dies wünscht

Nach einer Dauer von 3 Stunden sind 93% aller Interventionen beendet (vgl. Tabelle 11: Indikation und Mittelwert der Interventionsdauer, S. 34) Wenn der PSNV-Mitarbeiter länger vor Ort bleibt, sollte er sich selbst über die Gründe dafür im Klaren sein. Mögliche Gründe sind

- dass die kriminalpolizeilichen Ermittlungen vor Ort noch laufen,
- der beschlagnahmte Leichnam noch nicht abgeholt wurde und Hinterbliebene mit dem Leichnam nicht allein gelassen sein möchten
- keine sozialen Ressourcen zur Verfügung stehen und der Betroffene stark desorientiert wirkt oder dass mit dem Eintreffen der sozialen Ressourcen in absehbarer Zeit gerechnet werden kann
- starker Andrang von Medien, vor denen der Betroffene geschützt werden sollte

5.9.1 Phänomenologisches Screening, Zusammenarbeit mit weiterführenden Einrichtungen

Ein zentraler Aspekt des Settings in der PSNV liegt in der grundsätzlichen Einmaligkeit der Intervention. Die Einmaligkeit der peritraumatischen Intervention ohne den ausdrücklichen Hinweis auf eine weiterführende Einrichtung ist überall dort vertretbar, wo am Ende des Kontaktes der Betroffene zu einer ausreichenden Handlungsfähigkeit zurückgefunden hat, soziale Ressourcen greifen und keine Risikofaktoren zu erkennen sind, die auf die Wahrscheinlichkeit hinweisen, dass der Betroffene später eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln könnte.

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass klinische Parameter beim Betroffenen, wie z. B. Ausmaß an Dissoziation, Hyperarousal und Ausmaß an emotionaler Abspaltung, unsichere Prädiktoren für ein erhöhtes Risiko darstellen, an einer traumabedingten Störung zu erkranken (Rauch, Hembree, Foa, 2001). Solange kein zuverlässiges peritraumatisches Screening etabliert ist und als fester Bestandteil der PSNV-Ausbildung geschult wird, wird für die Orientierung zur Einschätzung der traumatischen Exposition ein phänomenologisch ausgerichtetes Screening empfohlen. Um die Schwere traumatischer Exposition einzuschätzen, werden weniger die peritraumatischen Auswirkungen des Ereignisses auf den Betroffenen abgeschätzt, sondern besonders traumatogene Faktoren der Exposition.

Drei Indikationen für die peritraumatische Intervention führen grundsätzlich zu einem Hinweis auf weiterführende psychosoziale Einrichtungen:

5.9.2 Hinweis auf psychosoziale Einrichtung nach Tod eines Kindes

Der Tod eines Kindes belastet die Familie in einem Maß, dass eine Begleitung über die Intervention im peritraumatischen Intervall hinaus notwendig und sinnvoll erscheint. Zum einen beschäftigen die hinterbliebenen Eltern massive Schuldgefühle. Zum anderen besteht die Tendenz, dass vom Vater des verstorbenen Kindes der Tod anders verarbeitet wird als von der Mutter. Während Männer dazu neigen, ihre Trauer durch eine besondere Betonung der Arbeit

und äußerer Aktivitäten zu integrieren und seltener das Bedürfnis haben, über ihre Innenwelt mit der Partnerin oder in Gruppen zu reden, sind Frauen oft im „Mutterschutz“ und damit aus der Arbeitswelt (vorübergehend) ausgeschlossen. Sie bleiben zu Hause, sind der Leere der Wohnung ausgesetzt und suchen nach Möglichkeiten zum Kontakt und zum Austausch mit Menschen, die ähnliches erlebt haben wie sie.

Nach dem Tod eines Kindes durch „Plötzlichen Säuglingstod“ bewährt sich der Hinweis auf die „Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod“ (GEPS). Wenn ein Kind aus anderen Ursachen stirbt, empfehlen sich z. B. „Verwaiste Eltern“.

Gegen die Praxis, um ihr Kind trauernde Eltern grundsätzlich weiter begleitende Einrichtungen zu nennen, wendet sich R. Smeding³⁰ mit dem Argument, aus trauernden Eltern würden durch den Hinweis psychisch kranke Trauernde werden. Dieses Argument wiegt schwer. Grundsätzlich darf die peritraumatische Intervention nicht dazu führen, akut psychisch traumatisierte und trauernde Menschen zu pathologisieren. Andererseits geht es um eine Abwägung unterschiedlicher Güter. Denn der Möglichkeit, Betroffene durch den Hinweis auf weiterführende Einrichtungen zu pathologisieren, steht die Wahrscheinlichkeit entgegen, dass die Betroffenen später, wenn sie von dem Hinweis profitieren würden, ihn nicht mehr erhalten.

5.9.3 Hinweis auf psychosoziale Einrichtung nach Gewalterfahrung

Keine andere Form der Traumatisierung wirkt sich auf längere Zeit so nachhaltig auf die psychische Gesundheit aus wie Traumatisierungen, die durch direkte Gewaltanwendung herbeigeführt wurden. In unserem kulturellen Kontext kommen hier weniger die Traumatisierungen in den Blick, die als langfristige Traumatisierungen z. B. in Haft oder Konzentrationslagern durch Folter erlitten werden (Terr, 1991). Auch kommt es nur sehr selten zu „peritraumatischen“ Interventionen im Kontext von lang andauernden, häufig wiederholten sexuellen Traumatisierungen bei Kindern. Einsatzkräfte verstän-

³⁰ Persönliches Gespräch am Domberg Freising

digen jedoch PSNV nach sexuellen Traumatisierungen von Frauen, wenn sie körperlich nicht so stark verletzt wurden, dass sie unmittelbar in stationäre Behandlung eingewiesen werden müssen.

5.9.4 Hinweis auf psychosoziale Einrichtung bei Hinterbliebenen nach Suizid

Der Suizid eines Angehörigen führt zu besonderen Belastungen, weil nach vollzogener Selbsttötung erst rückblickend die sich über Monate oder Jahre hinziehende suizidale Entwicklung deutlich wird. Nicht selten war die Beziehung der Hinterbliebenen zum Verstorbenen durch Ambivalenzen geprägt. Nach dem Suizid wechseln sich Zeiten der Trauer mit Zeiten der Wut ab.

Zusätzlich ist die Gefahr, dass es zu weiteren Suiziden im sozialen Umfeld des Suizidanten auch noch Jahre später kommt, signifikant erhöht. In diesem Kontext sollte die Schwelle, die immer besteht, eine empfohlene Einrichtung aufzusuchen, so niedrig wie möglich gelegt werden. Dabei muss nicht etwa auf eine nun notwendig werdende „Therapie“ hingewiesen werden. Der Hinweis auf Therapie verunsichert, es ist fraglich, ob er in diesem Kontext angebracht ist. Allerdings kann der PSNV-Mitarbeiter auf die Erfahrungen aus früheren Interventionen bei Hinterbliebenen nach Suizid hinweisen. Vielen Hinterbliebenen gehen in den nächsten Tagen und Wochen Fragen durch den Kopf, auf die sie keine Antworten finden. Es kann sein, dass diese Fragen an Dringlichkeit zunehmen und das Bedürfnis immer stärker wird, einen Gesprächspartner zu finden, der zwar keine endgültigen Antworten parat hat, aber doch die Suche nach tragfähigen Antworten unterstützen kann.

5.9.5 Die dissoziative Amnesie

Betroffene haben die Tendenz, einige Aspekte bis hin zu ausgedehnten Bereichen des peritraumatischen Geschehens innerhalb weniger Tage zu vergessen. Dieses auffallende Merkmal der Verarbeitung traumatogenen Erlebens wird den Symptomen der peritraumatischen Dissoziationen zugeordnet und in der Literatur als „dissoziative Amnesie“ (APA, 1994) bezeichnet. Betroffene sagen, dass sie das Ereignis „nicht auf die Reihe bekommen“, dass sie nicht in der Lage sind, kausale oder zeitliche Zusammenhänge und Abläufe darstellen zu können. Bei Untersuchungen, in denen betroffene Menschen nach protekti-

ven oder vulnerabilisierenden Faktoren im peritraumatischen Geschehen befragt werden, sind die Berichte zu allen Messzeitpunkten überlagert von mehr oder weniger weit reichenden Amnesien (Krüsmann, Karl, Richter & Butollo, 2001). Auch in der Vernehmung von Zeugen im Rahmen von staatsanwaltschaftlichen Untersuchungen wird eindrucksvoll sichtbar, wie bruchstückhaft und inkohärent Abläufe im peritraumatischen Intervall erinnert werden (Gasser, 2004).

Eine nähere Beschäftigung mit Phänomenen der dissoziativen, peritraumatischen Amnesie zeigt, dass hier einige Differenzierungen angebracht sind. Zum einen bedeutet die Amnesie selten ein totales, vollständiges Vergessen. Betroffene erinnern eher einige, wenige Szenen, Wortwechsel oder sonstige Aspekte, die jedoch nicht mit der objektiven Bedeutung der Abläufe zusammenhängen. Die Vermutung liegt nahe, dass die bruchstückhafte Erinnerung, die wie unter der Lupe oder unter dem Mikroskop einige wenige Details des traumatogenen Ereignisses umfasst, in einem emotionalen Zusammenhang zum gesamten Erleben im peritraumatischen Intervall steht. Es scheint so zu sein, dass wenn eine Bezugsperson wahrgenommen wurde, die Orientierung vermittelte und kontinuierlich präsent war, das Ereignis zwar insgesamt als schlimm oder fürchterlich in der Erinnerung bewertet wird, jedoch in der lupenhaften Erinnerung eher positive, beruhigende und die Trauer in ihrem Verlauf stützende Aspekte präsent sind. Smeding berichtet von einer Mutter, die zu einem Verkehrsunfall dazukommt, bei dem ihr Kind von einem Auto erfasst wurde und starb. Die Mutter erinnert das Bild, wie ein Rettungsdienstmitarbeiter, nachdem die Wiederbelebungsmaßnahmen erfolglos beendet wurden, sich in einer kurzen und unauffälligen Geste nochmals ihrem toten Kind zuwendet, sich zu ihm niederbeugt und ihm die Augen schließt und kurz bei ihm verweilt.³¹ Diese Erinnerung aus dem peritraumatischen Intervall bedeutete der Mutter in ihrer Trauer Trost. Andererseits werden negativ bewertete Details erinnert, wenn der Betroffene sich global als hilflos, nicht wahrgenommen und übersehen fühlte.

³¹ im persönlichen Gespräch in Freising, Domberg 2003

Die peritraumatische Amnesie führt dazu, dass der Sinn für die Kohärenz verloren geht. Das Vergessen steht dem Bedürfnis im Weg, das Erlebte und Erlittene Tage oder Wochen später in Worte zu fassen und anderen Menschen mitteilen zu können. Das Narrativ der peritraumatischen Intervention versucht dieser Tendenz entgegenzuwirken, da der Betroffene bereits im peritraumatischen Intervall die Gelegenheit hat, das eben Erlebte in Worte zu fassen und einem Zuhörer zu berichten. Da die Psychoedukation gegen Ende der Intervention ein wichtiges Anliegen darstellt, ist davon auszugehen, dass sie nur keine Nachhaltigkeit hat, wenn sie ausschließlich sprachlich vorgetragen wird.

5.9.6 Schriftlicher Hinweis auf Ansprechpartner und Psychoedukation

Mit großer Wahrscheinlichkeit wird bereits einige Tage nach der Intervention nicht mehr erinnert, was in der Psychoedukation gesagt und an welche Einrichtung verwiesen wurde. Deshalb überreicht der PSNV-Mitarbeiter am Ende der Intervention ein Faltblatt, auf dem relevante Informationen zu finden sind. Die bessere Variante ist es, dass er das Faltblatt dem Betroffenen bei der Verabschiedung direkt in die Hand gibt. Sollte sich das nicht ergeben, kann er es an einer markanten Stelle der Wohnung (z. B. neben dem Telefon, etc.) hinterlassen. Der Betroffene wird später auf das Faltblatt stoßen und es in Verbindung bringen mit der PSNV. Die Erfahrung zeigt, dass Dank dieses Hinweises Betroffene eine erhöhte Bereitschaft zeigen, sich mit der vorgeschlagenen psychosozialen Beratungsstelle bei Bedarf in Verbindung zu setzen. Auch wenn sie sich dort nicht melden, bezeichnen es Betroffene als hilfreich, bei Bedarf einen Ansprechpartner zur Hand zu haben, auch wenn sie ihn nicht kontaktieren. Viele Betroffene berichten später, dass ihnen die psychoedukativen Hinweise helfen, Veränderungen, die sie bei sich wahrnehmen und die sie irritieren, in einfacher Sprache erläutert zu bekommen (Krüsmann, Karl, Richter & Butollo, 2001). Die Psychoedukation im Faltblatt klärt Betroffene darüber auf, dass es nach belastenden Ereignissen zu spezifischen Veränderungen im Fühlen und Denken kommen kann (vgl. Akute Belastungsreaktion). Diese werden auf dem Faltblatt in allgemeinverständlichen Worten erläutert. Die Aufklärung soll dem Betroffenen die Möglichkeit geben, Veränderungen, die er bei sich wahrnimmt, einordnen und damit

„normalisieren“ zu können. Es wirkt entlastend, die psychischen Veränderungen, die man an sich wahrnimmt, beschrieben zu finden und zu wissen, dass diese Veränderungen nicht nur die eigene Person betreffen, sondern auch andere betreffen und allgemein bekannt sind.

5.9.7 Verständigung psychosozialer Einrichtungen in der Geh-Struktur

Die Erfahrungen aus peritraumatischen Interventionen von KIT-München seit 1994 belegen, dass alltagsnahe Ereignisse von massiver traumatogener Einwirkung auf den Betroffenen in der psychosozialen Notfallversorgung keine Seltenheit darstellen. Der Betroffene ist in der Folge nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage, an die notwendigen Ressourcen anzuknüpfen, um selbst aktiv zu werden, sich an einen qualifizierten Ansprechpartner für die psychotraumatologische Akutintervention zu wenden, einen Termin zu vereinbaren und sich dort hin zu begeben. Außerdem zeigt sich, dass Betroffene nach belastenden Ereignissen nicht nur eine qualifizierte Akutintervention brauchen, sondern auch in lebenspraktischen, finanziellen, juristischen oder anderen konkreten Anliegen Beratungsbedarf entsteht. Die Adressen und telefonischen Erreichbarkeiten entsprechender regionaler Anlaufstellen werden allen PSNV-Mitarbeiter zur Verfügung gestellt und auf dem aktuellen Stand gehalten.

In diesem Kontext erscheint es diskussionswürdig, ob nicht das eher starre Komm-Setting, in dem psychotraumatologische Therapie und Beratung angeboten werden, überdacht werden sollte und den Bedürfnissen Betroffener besser angepasst werden kann. Ab einer gewissen Schwelle von Belastung bzw. bei entsprechend gravierenden Ereignissen, die beschrieben und definiert werden müssen, um jede Form von Aufdrängen und Entmündigung Betroffener zu vermeiden, sollte den Betroffenen angeboten werden, dass sie zu Hause aufgesucht werden. Immer wieder stellen wir fest, dass Betroffene nach sehr massiven Erfahrungen zunächst über Wochen nicht in der Lage sind, sich um eine strukturierte psychosoziale Unterstützung zu kümmern. Nachsorgende und nachgehende Angebote können jedoch nicht durch PSNV-Mitarbeiter ohne entsprechende berufliche Qualifizierung vorgehalten werden.

Kasuistik 28

Ein sechzehnjähriges Mädchen geht mit ihrem neunjährigen Bruder im Hochsommer an ein fließendes Gewässer zum Baden. Sie trifft sich dort mit einigen Freunden. Nach etwa einer halben Stunde bemerkt sie, dass ihr kleiner Bruder abgängig ist. Sie sucht nach ihm, findet ihn jedoch nicht. Da sie von der Mutter streng ermahnt wurde, auf ihren kleinen Bruder zu achten, hat sie Schuldgefühle. Eineinhalb Stunden nach dem Verschwinden des Bruders verständigt sie die Polizei. Es wird eine Suchaktion in Gang gesetzt, doch der Junge bleibt unauffindbar. Nach drei Tagen wird er 25 Kilometer flussabwärts im Gitter eines Wasserwerkes tot gefunden. Die rechtsmedizinische Untersuchung ergibt, dass der Junge ertrunken sein muss, ein Delikt liegt nicht vor. Der PSNV-Mitarbeiter, der die Familie am Tag des Verschwindens des Jungen begleitete, kann es sich nach Absprache mit der fachlichen Leitung so einrichten, dass er in den Tagen, in denen der Leichnam des Jungen noch nicht gefunden war, die Familie besucht, er überbringt der Familie die Nachricht, als der Junge gefunden wird.

Dieser Einsatzablauf stellt eine seltene Ausnahme von der Grundregel dar, nur einmalig im peritraumatischen Zeitraum zu begleiten. Die Familie war umso stärker auf eine Begleitung angewiesen, weil sie erst kürzlich nach Deutschland einwanderte und soziale Ressourcen nicht zur Verfügung standen. Es fand sich keine Einrichtung, die die Begleitung der Familie übernahm– alle Einrichtungen für die Akutintervention in der Region arbeiten ausschließlich in Komm-Strukturen.

6 Kasuistiken

Alle hier vorgelegten Kasuistiken bilden die Abläufe peritraumatischer Interventionen ab, die der Verfasser als regulärer Diensthabender des KIT-München durchgeführt hat. Sie wurden jeweils einige Stunden bis maximal zwei Tage (vgl. 6.5, S. 148ff) nach der Intervention aus dem Gedächtnis aufgezeichnet. Auch wörtliche Rede wird aus dem Gedächtnis wieder gegeben.

Präzise Kasuistiken sollen das bisher erörterte exemplarisch zur Darstellung bringen. Die Kasuistiken stellen peritraumatische Interventionen in ihrem gesamten Ablauf dar.

In der Auswahl der Kasuistiken wurde darauf geachtet, dass Interventionen dargestellt werden, die typisch Verläufe abbilden. Es werden nach Bedarf einige Erläuterungen eingefügt, die organisatorische Abläufe des Rettungsdienstes bzw. der Polizei in München betreffen.

6.1 Kasuistik 1: Betreuung einer Witwe nach internistischer Todesursache

Die Integrierte Leitstelle der Branddirektion München, die alle Rettungsmittel³² im Bereich des Rettungsdienstbereiches München (Stadt und Landkreis) disponiert, löst den Piepser um 00:00 Uhr aus. Der KIT-Mitarbeiter hält sich zu diesem Zeitpunkt zu Hause auf. Er ruft unmittelbar nach der Alarmierung über die Notrufnummer „112“ in der Integrierten Leitstelle an und lässt sich den Einsatz vom Disponenten übermitteln. Er erfährt, dass es sich um eine Anforderung nach einer erfolglosen Reanimation handelt, dass der Verstorbene 62 Jahre alt wurde. Weiter bekommt er die Adresse und den Namen mitgeteilt, damit der die Einsatzstelle anfährt. Die Besatzungen des Rettungswagens und Notarzteinsetzfahrzeuges seien vor Ort.

Der KIT-Mitarbeiter begibt sich sofort nach dem Telefonat zum Einsatzfahrzeug, schaltet den Funk ein und signalisiert der Integrierten Leitstelle, dass er sich auf der Anfahrt zur Einsatzstelle befindet. Er sucht im Stadtplan die Adresse und fährt sie an. Nach 17 Minuten (00:19) trifft er an der Einsatzadresse ein, ein viergeschössiges Wohnhaus aus den 50er Jahren.

Auf der Strasse vor dem Haus parken ein Rettungswagen, ein Notarzteinsetzfahrzeug sowie ein Streifenwagen der Polizei. Die Eingangstür zum Haus ist angelehnt, ebenfalls die Tür zur Wohnung. Er betritt den engen Flur einer kleinen Dreizimmerwohnung. Im Flur steht eine Polizeibeamtin. Er bittet sie, in das Treppenhaus zu kommen. Dort macht die Polizistin, die offensichtlich die Einrichtung KIT-München kennt, eine kurze Übergabe: die Frau hat den Rettungsdienst verständigt und der Notarzt habe nach kurzer Reanimation den Tod des Ehemannes festgestellt. Der Notarzt sei eben damit befasst, eine vorläufige Leichenschau durchzuführen, sie habe bereits den Arzt verständigt,

der die vollständige Leichenschau durchführen soll. Der KIT-Mitarbeiter erkundigt sich, in welchem Raum der Tote liegt und wo sich jetzt die Witwe aufhält. Er geht in der Wohnung zunächst in den Raum, in dem sich der Tote befindet. Der Tote liegt am Boden des Wohnzimmers auf dem Rücken. Er ist nur mit einer Hose bekleidet, trägt Socken, der Oberkörper ist nackt. Hausschuhe liegen etwa einen Meter neben den Füßen, ein zerrissenes Hemd und ein aufgeschnittenes Unterhemd liegen ebenfalls dort. Ein Rettungsdienstmitarbeiter ist gerade dabei, Reste von Verpackungen, in denen sich medizinisches Gerät befand, das zur Reanimation gebraucht wurde, und anderen Müll, der durch den Gebrauch von Materialien und Medikamenten entstand, in einer Plastiktüte zu sammeln. Der Endotrachealtubus und ein venöser Zugang in der Ellenbeuge werden entfernt. Der Rettungsdienstmitarbeiter erläutert kurz den Ablauf der Reanimation. Sein Kollege und er fanden den Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor. Die sofortige Messung der Herzaktivität ergab, dass das Herz nicht flimmerte, sondern völlig still stand. Dies reduziert die Erfolgsaussichten der Reanimationsbemühungen. Angesichts des Alters des Patienten und seiner medizinischen Vorgeschichte – es bestand ein Bluthochdruck, der mit Medikamenten behandelt wurde, sonst keine weiteren bekannten Vorerkrankungen – wurde eine knappe halbe Stunde reanimiert. Nach Abbruch der Reanimation verständigten die Rettungsdienstmitarbeiter KIT, weil sie den Eindruck hatten, dass eine Betreuung der Witwe notwendig sei.

Dem Verstorbenen werden die Augen geschlossen, unter den Kopf wird ein Kissen gelegt, um zu vermeiden, dass der Mund auffällt, die Arme werden an den Körperstamm gelegt. Mit einer Decke, die auf der Couch liegt, wird der Tote abgedeckt. Der KIT-Mitarbeiter bittet darum, den Leichnam auf die Couch zu legen und ist selbst dabei behilflich.

Jetzt begibt sich der KIT-Mitarbeiter zur Witwe, die sich in der Küche befindet. Sie sitzt am Küchentisch, den Kopf in beide Hände gestützt. Von dem, was um sie herum vorgeht, scheint sie keine Notiz zu nehmen. Sie schaut auf, als der Notarzt sie anspricht, der über den Tisch gebeugt stehend Formulare ausfüllt. Ihr Blick geht kurz zum neu dazu gekommenen KIT-Mitarbeiter, sie

³² u. a. Notarzteinsatzfahrzeug „NEF“, Rettungswagen „RTW“, Rettungshubschrauber,

spricht ihn nicht an bzw. scheint nicht zu bemerken, dass er neu in die Szene dazu gekommen ist. Der Notarzt stellt die Witwe als Frau A. dem KIT-Mitarbeiter vor, die Witwe scheint auch davon nicht Notiz zu nehmen. Nach wenigen Minuten verabschiedet sich der Notarzt von Frau A. und dem KIT-Mitarbeiter, die anderen Rettungsdienstmitarbeiter verlassen ebenfalls die Wohnung. Nun sind außer dem KIT-Mitarbeiter und der Witwe nur noch zwei uniformierte Polizeibeamte vor Ort. Sie warten auf den Arzt, der die vollständige Leichenschau durchführen wird und von den Polizeibeamten über die Einsatzzentrale des Polizeipräsidiums verständigt wurde. Beide Beamte halten sich in der Diele auf.

Der KIT-Mitarbeiter setzt sich zu Frau A. an den Küchentisch. Er nimmt über Eck rechtwinklig zu ihr Platz. Bisher hat keine verbale Kommunikation zwischen beiden stattgefunden. Sie sitzen dort etwa drei Minuten. Frau A. blickt auf und schaut den KIT-Mitarbeiter an.

Kit: „Ich habe Zeit für Sie, ich kann etwas länger bei Ihnen bleiben als die Kollegen.“

Frau A. antwortet nicht, sie schüttelt den Kopf. Dies interpretiert der KIT-Mitarbeiter nicht als Ablehnung seines Angebotes, sondern als Ausdruck ihres Nichtbegreifenskönnens und ihrer Fassungslosigkeit.

Kit: „Ich bin vor ein paar Minuten erst bei Ihnen eingetroffen. Möchten Sie mir erzählen, was hier eben bei Ihnen passiert ist?“

Frau A.: „Weiß auch nicht – mein Mann – wir wollten gerade zusammen einkaufen gehen...“

Es entsteht wieder eine Pause von etwa 2 Minuten. In der Stille sind gelegentlich das Funkgerät und einige geflüsterte Worte der beiden Polizisten in der Diele zu hören. Frau S. nimmt davon keine Notiz. Sie schaut wieder auf und blickt den KIT-Mitarbeiter an.

Kit: „Möchten Sie mir erzählen, was passiert ist?“

Frau A.: „Wir haben ganz normal wie immer zu Mittag gegessen. Ich habe abgewaschen, die Sachen weggeräumt. Mein Mann fühlte sich nicht so gut, er hat auch nur wenig gegessen, und sich auf die Couch ins Wohnzimmer gelegt.“

Als ich dann hier (in der Küche) fertig war – ich habe dafür nur so etwa ne Viertel Stunde gebraucht, wie haben ja nur eine Kleinigkeit gegessen – habe ich zu meinem Mann gerufen rüber ins Wohnzimmer gerufen, dass ich jetzt fertig bin und ob wir uns jetzt nicht anziehen wollten. Er hat nicht geantwortet. Ich hab“ mir dabei ja nichts gedacht und hab“ noch das Geschirr abgetrocknet und weggestellt...“

Frau A. unterbricht, stützt den Kopf wieder in beide Hände. Sie hat – wie die gesamte Zeit, seitdem der KIT-Mitarbeiter eingetroffen ist, nicht geweint. Sie weint auch jetzt nicht.

Frau A. schaut auf und sagt: „Ich hätte gleich ins Wohnzimmer gehen sollen, als er nicht geantwortet hat. – Aber ich hab“ ja nur gedacht, dass er ein bisserl eingeschlafen ist. Ich wollte ihn nicht stören und hab“ gedacht, dass er halt ein bisserl schlafen soll, dass es ja nichts macht, wenn wir ein paar Minuten später losgehen. – Und dann hab“ ich nach ihm geschaut. – Wie er da so auf der Couch lag hab“ ich gleich gedacht: mit ihm stimmt was nicht. Ich hab“ ihn gerüttelt und er hat nur so ein seltsames Geräusch gemacht. Da bin ich sofort ans Telefon und hab“ den Hausarzt angerufen. Der hat dann gesagt, ich muss die 112³³ anrufen. Die (die Besatzung des Rettungswagens) kamen ja dann auch schnell, dann noch der Notarzt. – Kann man wirklich überhaupt nichts mehr tun?“ Sie wendet sich mit dieser Frage direkt an den KIT-Mitarbeiter und schaut ihn an.

Kit: „Der Notarzt und die Kollegen vom Rettungsdienst haben gemacht, was möglich war. Sie haben sofort mit der Wiederbelebung bei Ihrem Mann begonnen. Leider hatten sie keinen Erfolg...“

Frau A., wirkt erschrocken, schaut sich um: „Ist er noch da oder haben sie ihn schon mitgenommen?“

Kit: „Nein, er liegt drüben im Wohnzimmer...“

Frau A.: „Was machen denn die Polizisten hier?“

Kit: „Die kommen immer, wenn jemand in einer Wohnung stirbt. Sie warten auf einen Arzt, der noch kommt, um Ihren Mann noch mal zu untersuchen.“

Frau A. schüttelt den Kopf. Sie schaut vor sich auf den Tisch und nimmt die Dokumente wahr, die der Notarzt zurückließ. Es entsteht wieder eine Pause von wenigen Minuten.

³³ Integrierte Leitstelle der Branddirektion München

Frau A.: „Brauche ich die jetzt?“ und zeigt auf die Dokumente.

Kit: „Nein, die braucht vor allem der Arzt, der jetzt noch kommt. Es wäre sehr gut, wenn Sie den Ausweis Ihres Mannes holen könnten.“

Frau A.: „Warum denn den Ausweis? – Wo ist der denn nur hin...“ Sie steht auf, geht in die Diele und kommt mit einer Briefftasche in der Hand zurück. Sie holt den Personalausweis heraus und legt ihn auf den Tisch. Dann setzt sie sich wieder.

Frau A.: „Wie geht’s denn jetzt bloß weiter?“

Kit: „Das sehen wir gleich, wenn der Arzt kommt – wir haben genug Zeit, um das abzuwarten. Es wäre nicht schlecht, wenn Sie die Medikamente, die Ihr Mann nimmt, herholen könnten, vielleicht haben Sie auch schriftliche Unterlagen von dem Arzt, bei dem Ihr Mann in Behandlung war?“

Frau A. steht auf und holt zwei Schachteln mit Medikamenten, die auf einer Anrichte in der Küche stehen.

Frau A.: „Mehr habe ich nicht. Er ist ja so ungern zum Arzt gegangen, ich musste ihn immer dran erinnern, sich wieder untersuchen zu lassen.“

Frau A. möchte sich gerade wieder setzen, als es an der Tür klingelt. Einer der beiden Polizeibeamten öffnet die Tür und eine Ärztin in Zivil betritt, mit einem Alukoffer in der Hand, die Wohnung. Sie grüßt die beiden Polizeibeamten, den KIT-Mitarbeiter – beide kennen sich von früheren Einsätzen – und geht zur Witwe in Küche. Sie erläutert, dass sie den Verstorbenen untersuchen müsse und danach noch ein paar Fragen an Frau A. hätte. Sie begibt sich in Begleitung der beiden Polizeibeamten ins Wohnzimmer zum Verstorbenen und schießt die Tür hinter sich. Frau A. sitzt mit dem KIT-Mitarbeiter wieder allein in der Küche.

Frau A.: „Was machen die jetzt da drinnen mit meinem Mann?“

Kit: „Sie untersuchen noch mal Ihren Mann. Die Ärztin schaut, ob sie eine Todesursache erkennen kann. Das ist Routine, das muss immer passieren, wenn jemand außerhalb eines Krankenhauses stirbt.“

Frau A.: „Und was ist, wenn die Untersuchung fertig ist? Nehmen sie meinen Mann dann mit?“

Kit: „Das werden wir dann sehen. Sollten sie sich so entscheiden, dass Ihr Mann gleich vom Bestatter abgeholt werden muss, dann haben Sie aber

trotzdem die Möglichkeit, wenn Sie wollen, noch Mal zu Ihrem Mann hin zu gehen.“

Frau A.: „Meinen Sie, ich soll meinen Mann noch Mal sehen?“

Kit: „Sie haben die Möglichkeit dazu. Ich weiß von vielen Menschen, die in einer ganz ähnlichen Situation waren wie Sie jetzt, dass sie es sehr gut und wichtig fanden, sich von ihrem verstorbenen Angehörigen verabschieden zu können.“

Frau A.: „Hier, in der Wohnung, nicht auf dem Friedhof?“

Kit: „Sie haben hier mehr Zeit und Ruhe dafür, hier sind Sie für sich. Ich bleibe gerne noch so lange bei Ihnen. Aber wir müssen abwarten, was die Ärztin sagt.“

Frau A. schweigt einige Minuten, sie beginnt unruhig zu werden.

Frau A.: „Ich muss unbedingt seine Schwester anrufen. Die hat ja soviel durchmachen müssen im letzten Jahr...“

Kit: „Haben Sie denn Kinder – oder andere Menschen, die noch bald informiert werden sollten?“

Frau A. schüttelt den Kopf, sagt: „Nur unsere M. in A.“ und schweigt wieder. Plötzlich schaut sie auf.

Frau A.: „Wir sind heute Abend mit Freunden verabredet, die wollten zu uns kommen. – Ich muss Ihnen jetzt absagen.“ Wieder Schweigen.

Nach etwa 12 Minuten verlassen die Ärztin und die beiden Polizeibeamten das Wohnzimmer. Die Ärztin kommt in die Küche und setzt sich an den Tisch zur Witwe und dem KIT-Mitarbeiter. Sie erkundigt sich nach Vorerkrankungen des Mannes, fragt nach der Dosierung der Medikation und nach dem letzten Arzttermin. Sie fragt ab, wie das Befinden des Mannes in den letzten Tagen und besonders heute im Laufe des Tages war. Frau A. berichtet, dass ihr Mann gestern über einen leichten Schmerz in der Brust geklagt hätte und dass sie schon gestern versuchte ihren Mann zu motivieren, einen Termin beim Hausarzt zu vereinbaren. Ihr Mann meinte, er wolle zunächst noch abwarten, es handle sich sicher um eine kleine Grippe, wie sie ja jeder bei diesem Wetter zurzeit habe. Auch heute Morgen hätte sie ihn gefragt, wie es ihm ginge. Er habe ausweichend geantwortet, sie hätte den Eindruck gehabt, dass die Beschwerden noch nicht vorbei seien. Schon vor und während des Essens sei er stiller als sonst gewesen, aber sie habe dies nicht als bedrohlich interpretiert.

Ihr sei aber durch den Kopf gegangen, dass sie sich bald ein automatisches Blutdruckmessgerät anschaffen wollten. Die Ärztin fragt sachlich nach weiteren Hinweisen auf eine Verschlechterung der Symptomatik. Sie lässt sich detailliert beschreiben, was während des Essens bis zu dem Augenblick geschah, als der Mann ins Wohnzimmer ging und sich auf die Couch legte. Die Witwe beschreibt das, was sie bereits dem KIT-Mitarbeiter mitteilte.

Schließlich scheint die Ärztin zu einer Entscheidung gekommen zu sein, sie nickt den beiden Polizeibeamten zu, die von der Küchentür aus stehend die Szene verfolgen und sagt ihnen, dass sie fahren können. Dem KIT-Mitarbeiter sagt sie knapp, dass sie den Todesfall als „natürliche Todesart“ beurteilt. Sie hat umfangreiche Formulare vor sich liegen, die bereits teilweise ausgefüllt sind und die sie jetzt durch weitere Angaben ergänzt. Sie lässt sich den Personalausweis des Verstorbenen geben.

Kit: „Es ist jetzt so, dass Ihr Mann zunächst noch hier in der Wohnung bleiben kann. Wir haben Zeit.“

Frau A., an die Ärztin gewandt: „Nehmen Sie meinen Mann nicht mit? Rufen Sie den Bestatter oder muss ich selbst einen anrufen?“

Die Ärztin antwortet, dass sie selbst den Bestatter nicht verständigt, dass sie jedoch Papiere in einem Kuvert zurück lässt, die für den Bestatter wichtig sind und dass der KIT-Mitarbeiter noch da bleiben wird und mit ihr gemeinsam überlege, wie es jetzt weiter ginge. Nachdem die Ärztin das Ausfüllen der Formulare beendet hat, erhebt sie sich, gibt Frau A. die Hand und verabschiedet sich. Frau A. begleitet die Ärztin zur Wohnungstür, der KIT-Mitarbeiter bleibt in der Küche.

Frau A. fragt zögerlich vom Flur aus, in ihrer Stimme ist Angst und Unsicherheit wahrnehmbar: „Kann ich zu meinem Mann?“

Kit: „Ja klar, ich komme mit, wenn Sie möchten.“

Frau A. nickt, sie gehen zum Wohnzimmer.

Gemeinsam betreten sie das Wohnzimmer, auf der Couch liegt der zugedeckte Leichnam. Frau A. schaut zum KIT-Mitarbeiter, er beantwortet den Blickkontakt, geht zum Leichnam und deckt das Gesicht des Toten auf. Sie geht auf den

Leichnam zu, setzt sich zu ihm, streichelt ihm über das Gesicht und spricht ihn direkt an. Sie nimmt den KIT-Mitarbeiter nicht mehr wahr, ist ganz bei ihrem Mann, bemerkt, dass er kalt ist und dass er sehr friedlich auf sie wirke. Der KIT-Mitarbeiter sagt leise, dass er sie lasse und in der Küche auf sie warte.

Nach etwa 10 Minuten schaut der KIT-Mitarbeiter durch die offene Wohnzimmertür nach der Witwe. Er bemerkt, dass sie eine Kerze angezündet hat, die auf dem Couchtisch neben dem Totem steht. Sie sitzt beim Toten auf der Couch und weint leise. Der KIT-Mitarbeiter geht zurück in die Küche.

Nach etwa 15 Minuten kommt Frau A. in die Küche. Sie schaut den KIT-Mitarbeiter an und fragt, was sie nun zu tun hätte. Der KIT-Mitarbeiter klärt sie darüber auf, dass der Leichnam – wenn sie möchte – noch gut vierundzwanzig Stunden in der Wohnung bleiben könne. Er empfiehlt ihr, in den nächsten Stunden einen Bestatter ihrer Wahl anzurufen. Dieser wird ihr bei der Abwicklung der nötigen Formalitäten behilflich sein. Er fragt sie, wen sie in dieser Situation jetzt bei sich haben möchte. Sie erwähnt wieder ihre Schwägerin, mit der sie eine Freundschaft verbinde und deren Mann, der Bruder des Verstorbenen, im letzten Jahr nach einer langen Krebserkrankung gestorben sei. Weiter spricht sie von ihrer Tochter, die etwa zwei Stunden brauchen würde, um mit dem Auto anzureisen. Außerdem wolle sie nicht vergessen, die Einladung für den Abend abzusagen.

Das Telefonat mit der Tochter führt Frau A. selbstständig, der KIT-Mitarbeiter hat vorher mit ihr angesprochen und überlegt, wie die Tochter auf die Nachricht vom Tod ihres Vaters reagieren wird. Er empfiehlt die Anreise der Tochter, die jedoch keinesfalls überstürzt erfolgen müsse. Die Schwägerin, die im angrenzenden Stadtviertel wohnt, ruft sie ebenfalls an. Die Schwägerin sagt zu, sofort zu kommen. In der Zwischenzeit bietet Frau A. dem KIT-Mitarbeiter einen Kaffee an, den er annimmt, und fragt ihn nach seinem Namen. Der KIT-Mitarbeiter fragt Frau A., ob sie Kontakt zu einer Pfarrei habe und ob es ihr ein Anliegen sei, dass ein Seelsorger jetzt in die Situation käme. Sie verneint.

Als die Schwägerin nach ca. 20 Minuten eintrifft, begrüßt er sie und verstärkt, wie wichtig es sei, dass sie sich in dieser Situation sofort Zeit genommen und sich auf den Weg zu Frau A. gemacht habe. Er fragt beide, was er weiter für sie tun könne und kündigt an, dass er sie bald gehen würde. Er erinnert daran, dass der Kuvert, den die Ärztin zurückließ, für den Bestatter wichtig sei. Er lässt ein Faltblatt zurück, macht jedoch nicht auf eine weiterführende Einrichtung aufmerksam. Dann verabschiedet sich der KIT-Mitarbeiter von Frau A. und ihrer Schwägerin und verlässt die Einsatzstelle. Er war rund 75 Minuten vor Ort.

Im Einsatzfahrzeug dokumentiert er die Betreuung und meldet sich bei der Integrierten Leitstelle einsatzklar.

6.2 Kasuistik 2: psychosoziale Notfallversorgung nach Suizid

Die Integrierte Leitstelle löst den Alarm um 13:30 Uhr aus. Aus dem Meldebild ergibt sich, dass der KIT-Mitarbeiter von der Polizei angefordert wurde: eine Frau habe sich stranguliert, der Rettungsdienst befindet nicht mehr vor Ort, zwei Streifenbeamte fordern KIT an für die Begleitung eines Hinterbliebenen.

Der KIT-Mitarbeiter fährt unverzüglich die angegebene Adresse an und trifft dort 23 Minuten nach Alarmierung ein. Es handelt sich um ein Einfamilienhaus. Auf der Strasse vor dem Haus parken ein Streifenwagen und ein ziviles Fahrzeug der Kriminalpolizei. Er läutet an der Tür, eine Beamtin des Kriminaldauerdienstes öffnet die Tür.

Sie weist ihn in die Situation ein: der Ehemann, Herr B., sei heute Morgen wie gewöhnlich zur Arbeit gefahren, er lässt seine Frau (Frau B), die seit mehreren Jahren wegen Depressionen in psychiatrischer Behandlung sei, und die fünfjährige Tochter, die im Kindergarten einen Ganztagesplatz habe, zurück. Gegen Mittag ruft der Mann zu hause an und erreicht seine Frau nicht. Dies irritiert ihn, er fährt nach Hause und findet seine 37jährige Frau stranguliert im Treppenhaus. Der Notarzt stellt den Tod fest und verständigt die Polizei. Die

eintreffenden uniformierten Beamten der Schutzpolizei verständigen ihre Kollegen der Kriminalpolizei und KIT. Die beiden Beamten der Kriminalpolizei sind wenige Minuten vor dem KIT-Mitarbeiter eingetroffen. Die Beamtin macht darauf aufmerksam, dass Herr B. in der Küche sitze, agitiert, aber emotional gefasst wirke und davon gesprochen habe, dass die Tochter C. im Kindergarten sei. Weiter hätte er gesagt, dass seine Frau bereits einen Suizidversuch hinter sich hätte, dass sie vor einigen Monaten mehrere Wochen stationär in einer psychiatrischen Klinik gewesen sei und dass er in den letzten Tagen in zunehmender Sorge um seine Frau gewesen sei. Ihr Zustand habe sich verschlechtert.

Zusammen mit der Kriminalpolizistin geht der KIT-Mitarbeiter zum Leichnam der Frau, die sich im 1. Stock befindet. Der Leichnam ist nicht abgehängt. Ein weiterer Beamter der Kriminalpolizei hat eben mit den Untersuchungen begonnen, er trägt Gummihandschuhe und spricht in ein Diktaphon. Die Beamtin zieht sich ebenfalls Gummihandschuhe über und nimmt einen Photoapparat. Der KIT-Mitarbeiter geht in die Küche, die im Parterre liegt. Dort trifft er auf den Witwer und einen Beamten der Schutzpolizei. Herr B., der eben im Gespräch mit dem Beamten war und in der Küche hantiert, nimmt den KIT-Mitarbeiter sofort wahr und spricht ihn an.

Herr B.: „Sie sind der, den mir die Polizisten angekündigt haben?“

Kit: „Ja, Herr B., ich habe jetzt Zeit für Sie und bin für Sie gekommen.“

Herr B. schaut den KIT-Mitarbeiter einen Moment lang an und fragt dann:

„Was mache ich jetzt nur mit C.?“

Kit: „Die Polizistin sagte mir eben, dass sie im Kindergarten ist?“

Herr B.: „Ja, bis um fünf Uhr muss sie abgeholt werden“.

Kit: „Ich schlage vor, dass wir gleich überlegen, was für C. jetzt am besten ist. Ich komme eben gerade erst zu Ihnen. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir kurz erzählen möchten was die letzten Tage und heute war.“

Herr B. sagt, dass der Zustand seiner Frau sich in den letzten Wochen und besonders seit fünf Tagen akut verschlechtert habe. Er habe sie gebeten und schließlich aufgefordert, den behandelnden Psychiater aufzusuchen. Sie habe

dies abgelehnt mit dem Hinweis darauf, dass sie nie mehr wie früher schon einmal ins Krankenhaus wolle. Herr B. vermutet, dass sie selbstständig die Medikation verringert habe, um die unerwünschten Nebenwirkungen zu vermeiden. Nachdem sich in den letzten Monaten der Zustand seiner Frau im Großen und Ganzen stabilisiert habe, hätte er sich hilflos gefühlt, wie in den vergangenen Tagen eine deutliche Verschlechterung des Zustandes seiner Frau eingetreten sei. Er habe zurzeit besonders viel in der Arbeit zu tun und hätte darauf vertraut, dass die Verschlechterung der letzten Tage sich selbstständig geben würde. Herr B. setzt sich während der Schilderung hin, macht immer wieder Gesprächspausen und beruhigt sich zusehends. In den letzten Nächten hätte seine Frau nicht mehr im gemeinsamen Schlafzimmer, sondern im Wohnzimmer geschlafen, weil sie so unruhig gewesen sei. Er habe heute Morgen ihre Tochter C. geweckt, sie fertig gemacht und mit ihr gefrühstückt. Von seiner Frau habe er nichts bemerkt, er sei davon ausgegangen, dass sie im Wohnzimmer schläft und wollte sie nicht wecken. Auf dem Weg in die Arbeit habe er seine Tochter in den Kindergarten gebracht. In der Arbeit angekommen habe er sich Gedanken um seine Frau gemacht und ein „ungutes Gefühl“ gehabt. Er habe mehrfach versucht, sie telefonisch zu erreichen. Nachdem er sie nicht erreichte, habe er seinen Chef gebeten, ihn kurz nach Hause fahren zu lassen um nach dem Rechten zu sehen. Er habe die Haustür geöffnet und es sei ihm gleich „unheimlich still“ vorgekommen. Auf dem Weg in den ersten Stock habe er dann seine Frau entdeckt. Dieses Bild sei schrecklich für ihn gewesen, ein Schock, er habe sich wie gelähmt gefühlt –während der letzten Sätze kommen ihm Tränen, gegen die er ankämpft. Er wirft sich vor, dies verhindert gekonnt zu haben, wenn er eine Ahnung davon gehabt habe, wie ernst es um seine Frau stehe. Er stabilisiert sich nach einer kurzen Pause und berichtet von seinem Telefonat mit der Polizei und dem Eintreffen des Rettungsdienstes.

Der KIT-Mitarbeiter fragt nach Verwandten, Freunden oder Nachbarn, die für Herrn B. in seiner Situation eine Entlastung darstellen könnten. Er nennt eine Nachbarin, Frau D., die selbst ein Kind im Alter seiner Tochter hat, die von der Vorerkrankung seiner Frau weiß und die bereits immer wieder half. Herr B. und der KIT-Mitarbeiter beschließen, gemeinsam zur Nachbarin ins Haus

neben an zu gehen und sie um Unterstützung zu bitten, vor allem auch im Hinblick auf die Tochter C..

Nach kurzer Rücksprache mit dem Polizisten gehen beide ins Nachbarhaus. Herr B. erklärt Frau D. die Situation. Sie wirkt erschrocken und betroffen, erklärt sich aber spontan bereit, Herrn B. zu unterstützen. Nach einem Telefonat, in dem sie einen Arzttermin absagt, gehen sie zu Dritt in das Haus von Herrn B.. In der Küche reden beide miteinander, der KIT-Mitarbeiter bleibt im Raum. Die Rede kommt auf die Frage, wann die Tochter C. abzuholen sei. Unsicherheit entsteht zu der Frage, ob man sie bis gegen 17:00 Uhr, die übliche Zeit zum Abholen des Kindes, im Kindergarten lasse, oder ob man sie früher hole. Daran knüpft eine Unsicherheit darüber an, ob und wie man dem fünfjährigen Mädchen sage, dass ihre Mutter sich suizidiert habe. Frau D. schlägt spontan vor, dem Mädchen von einem Unfall zu erzählen, an dem die Mutter gestorben sei. Der KIT-Mitarbeiter gibt zu bedenken, dass es aus seiner Sicht für das Mädchen jetzt, aber auch im Verlauf seiner weiteren Biographie, von Bedeutung sei, dass die Umstände des Todes der Mutter nicht tabuisiert, sondern von Anfang an in einfacher Sprache kindgemäß genannt werden. Herr B. überlegt kurz und schließt sich der Meinung des KIT-Mitarbeiters, auch Frau D. signalisiert ihr Einverständnis. Der KIT-Mitarbeiter schlägt vor, die Tochter eher bald, jedenfalls vor dem üblichen Zeitpunkt, abzuholen und bietet dabei seine Unterstützung an. Herr B. schlägt vor, in etwa einer viertel Stunde los zu fahren. Der KIT-Mitarbeiter bespricht die Details der Abholung, informiert die Polizeibeamten und vereinbart mit Frau D., dass sie in der Küche des Hauses von Herrn B. bereithält. Das Zimmer des Mädchens liegt im ersten Stock und ist durch die kriminalpolizeiliche Untersuchung der Leiche und des Tatortes noch ca. eine Stunde nicht zugänglich. Ein Beamter der Kriminalpolizei kündigt an, im Anschluss an die Untersuchung der Leiche Fragen an den Witwer zu stellen und hat keine Einwände, dass Herr B. seine Tochter aus dem Kindergarten abholt.

Die Leiterin des Kindergartens wird vom KIT-Mitarbeiter angerufen und ihr die Situation dargestellt. Sie zeigt sich kooperativ. Der KIT-Mitarbeiter vereinbart mit ihr, dass er mit dem Vater in einen Büroraum des Kindergartens

gehen und dann die Erzieherin der Gruppe, in der das Mädchen ist, das Mädchen zum Büro begleitet. Die Leiterin wird gebeten, die Erzieherin erst in die Situation einzuweisen, nachdem sie das Mädchen in den Büroraum gebracht hat. Auf der Fahrt zum Kindergarten ermutigt der KIT-Mitarbeiter Herr B., selbst seiner Tochter in eigenen Worten mitzuteilen, was geschehen ist. Als die Tochter im Kindergarten wie vereinbart zu ihm gebracht wird, nimmt er seine Tochter in den Arm, beide weinen. Er sagt der Tochter in einfachen Worten, was geschehen ist. Der KIT-Mitarbeiter bemerkt, dass Herr B. und seine Tochter eine enge Bindung haben, signalisiert ihm, dass er vor Tür auf beide warte und lässt sie mit sich allein im Büro. Wie vorher mit Herrn B. vereinbart spricht der KIT-Mitarbeiter mit der Leiterin des Kindergartens und der Erzieherin und gibt einige Empfehlungen für den Umgang mit dem Kind in der nächsten Zeit.

Ungefähr 20 Minuten später kehren sie zum Haus zurück. Frau D. nimmt sich der Tochter an und bleibt mit ihr in der Küche, C. scheint sie gut zu kennen und geht vertraut mit ihr um. Herr B. wird kurz nach seinem Eintreffen im neben der Küche (im Parterre) liegenden Wohnzimmer von der Beamtin der Kriminalpolizei befragt. Ein zwischenzeitlich eingetroffener Arzt, der die Leichenschau bereits durchgeführt hat, ist bei der Befragung ebenfalls anwesend. Herr B. wirkt während der Befragung, bei der auch der KIT-Mitarbeiter dabei ist, jedoch nicht eingreift oder spricht, emotional weitgehend stabil. Er nimmt die Fragen des Arztes und der Beamtin zum Anlass, Klarheit über seine Wahrnehmungen und den Ablauf der vergangenen Tage zu gewinnen. Herr B. erklärt der Beamtin, in welcher Schublade des Schrankes im Arbeitszimmer, das im 1. Stock liegt, Unterlagen des behandelnden Arztes (mit Krankheitsverlauf, Diagnose und Hinweisen zur Medikation) zu finden sind. Arzt und Beamtin machen sich Notizen, nach knapp 15 Minuten ist die Befragung von Herr B. beendet. Die Beamtin stellt der Tochter in der Küche einige Fragen. Anschließend geht sie in den ersten Stock zum Arzt und zu ihrem Kollegen. Der Arzt verabschiedet sich wenige Minuten später und verlässt das Haus.

Herr B. ist in der Küche bei seiner Tochter, Frau D. hat einen Kaffee aufgesetzt und versorgt C. mit Saft, der KIT-Mitarbeiter ist ebenfalls in der Küche und hält sich im Hintergrund. Nach ca. 15 Minuten bittet ihn die Beamtin der Kriminalpolizei zu sich in den ersten Stock. Sie sagt ihm, dass die Ermittlungen der Kriminalpolizei vor Ort nun abgeschlossen seien. Sie habe den Abtransport der beschlagnahmten Leiche veranlasst. Bevor die Leiche abgeholt werde, könne Herr B., wenn er wolle, sich vom Leichnam seiner Frau verabschieden. Mit dem Eintreffen des Bestatters sei in der nächsten halben Stunde zu rechnen. Die Kripobeamten haben den Leichnam zur Untersuchung auf den Boden gelegt und abgedeckt, das Gesicht der Toten zeigt rötlich-bläuliche Verfärbungen.

Der KIT-Mitarbeiter geht zurück in die Küche und signalisiert Herrn B., ihn kurz unter vier Augen sprechen zu wollen. Beide gehen für das Gespräch vor das Haus. Dort klärt der KIT-Mitarbeiter Herrn B. darüber auf, dass der Leichnam seiner Frau beschlagnahmt sei und dass dies nach Suizid grundsätzlich immer erfolge, er jedoch die Möglichkeit habe, sich von seiner Frau vor deren Abholung verabschieden zu können. Herr B. fragt den KIT-Mitarbeiter um Rat, ob es für seine Tochter gut sei, sich von ihrer Mutter zu verabschieden. Der KIT-Mitarbeiter ermutigt dazu. Herr B. geht in die Küche zurück, spricht mit Frau D., die ebenfalls bei der Verabschiedung anwesend sein und besonders auf C. achten möchte, und wendet sich dem Kind zu. Er erklärt ihr, dass die Mutter nun bald abgeholt werde und dass sie vorher zur Mutter gehen können. Das Kind nickt, der Vater nimmt seine Tochter bei der Hand, und gefolgt von Frau D. gehen sie in den ersten Stock hinauf. Beide Kripobeamte halten sich im Hintergrund, der KIT-Mitarbeiter deckt das Gesicht der Toten bis unter das Kinn auf und stellt sich an die Seite. Herr B. geht zu seiner Frau, kniet bei ihr nieder und weint, ebenso seine Tochter. Er streichelt seiner Frau über das Gesicht und nimmt seine Tochter in den Arm. Frau D. stellt sich hinter beiden auf. Der KIT-Mitarbeiter und beide Polizeibeamte bleiben im Hintergrund. Die Verabschiedung dauert etwa fünf Minuten, dann gehen die Drei begleitet vom KIT-Mitarbeiter zurück in die Küche. Nach ca. 10 Minuten klingelt es an der Tür, der KIT-Mitarbeiter öffnet zwei Männern eines Bestattungsunternehmers. Sie gehen mit einer Tragbahre zum Leichnam, wickeln ihn

in Plastikfolie und schnallen ihn auf die Bahre. Die Tür zur Küche bleibt geschlossen, der KIT-Mitarbeiter informiert Herrn B., dass der Leichnam jetzt abgeholt wird. Als Herr B. die Schritte der Bestatter vor der Küchentür hört, steht er auf, verlässt die Küche und geht nochmals kurz zum Leichnam seiner Frau, der auf der Bahre eingewickelt liegt. Die Bestatter warten kurz. Nach dieser Szene geht Herr B. in die Küche zurück, die Bestatter fahren davon. Beide Kriminalbeamte kommen kurz darauf in die Küche. Sie hinterlassen ein Informationsblatt und eine Visitenkarte, erklären Herrn B., dass die Staatsanwaltschaft vermutlich in den nächsten Tagen den Leichnam freigeben wird und dass er Kontakt mit einem Bestatter seiner Wahl aufnehmen könne. Anschließend verabschieden sie sich.

Herr B. überlegt und plant die nächsten Schritte, die an diesem Tag zu tun sind. Er will mit seiner Tochter zunächst nicht im Haus bleiben und nimmt das Angebot der Nachbarin an, im Gästezimmer zu übernachten. Weitere Verwandte müssen informiert werden: Geschwister, Eltern und Schwiegereltern ruft er in der nächsten Stunde an, ebenso seinen Arbeitgeber, den er um einige Tage Urlaub bittet. Herr B. bittet den KIT-Mitarbeiter darum, während der Telefonate in seiner Nähe zu bleiben. Seine Tochter bleibt bei ihm in der Küche, manchmal steht sie auf und holt sich ein Stofftier, Spielzeug, etwas zu Malen. Die Nachbarin Frau D. geht zum Einkaufen und erledigt Besorgungen, sie wird anschließend wieder zu C. zurückkommen.

Nachdem Herr B. die Telefonate geführt hat, macht der KIT-Mitarbeiter auf eine Einrichtung aufmerksam, an die Herr B. sich wenden kann, wenn er für seine Fragen, die ihn in den nächsten Wochen beschäftigen könnten, einen Ansprechpartner sucht. Nach 2,5 Stunden, verabschiedet sich der KIT-Mitarbeiter von Herr B. und C. und verlässt das Haus.

6.3 Kasuistik 3: Psychosoziale Notfallversorgung beim Überbringen einer Todesnachricht

Der KIT-Mitarbeiter ist um 11:05 Uhr im Dienstfahrzeug unterwegs, als die Integrierte Leitstelle ihn verständigt: er wird in einer Polizeiinspektion erwartet, um mit Beamten eine Todesnachricht zu überbringen. 12 Minuten später

trifft er in der Inspektion ein. Zwei Beamte der Schutzpolizei erläutern ihm die Situation: auf einer Bundesstrasse in Oberbayern kam es zu einem Verkehrsunfall, bei dem Herr E. starb. Der Unfall ereignete sich vor etwa 2,5 Stunden. Herr E. prallte mit seinem PKW während des Überholens frontal auf einen LKW. Das überholte Auto war nicht in den Unfall verwickelt. Der LKW-Fahrer blieb unverletzt, Herr E. war nach telefonischer Auskunft durch die den Unfall bearbeitenden Polizeibeamten vor Ort sofort tot. Sein Leichnam liegt in einer Aussegnungshalle der Ortschaft M. Soweit recherchierbar wohnen unter der Adresse von Herrn E. eine Frau F. sowie der 13jährige G. und der 17jährige H.. Die Beamten und der KIT-Mitarbeiter verabreden, dass sie in zwei Fahrzeugen zur Adresse fahren.

Sie treffen um 11:40 Uhr an der Adresse, einem fünfgeschössigen Wohnhaus mit zahlreichen Wohnungen, ein. Sie parken beide von dem Haus und läuten an der Haustür. Auf die Nachfrage an der Sprechanlage antwortet der KIT-Mitarbeiter, dass er vom Rettungsdienst sei und dass er mit Frau F. sprechen müsse. Die Tür öffnet sich, er geht mit beiden Polizeibeamten in den dritten Stock hinauf und klingelt an der Wohnungstür. Eine Frau öffnet die Wohnungstür und erschrickt beim Anblick des KIT-Mitarbeiters, der die übliche Schutzbekleidung des Rettungsdienstes trägt, und der beiden uniformierten Beamten.

Kit: „Grüß Gott, sind Sie Frau F.?“

Frau F. nickt: „Was wollen Sie denn von mir?“

Kit: „Wir müssen mit Ihnen reden, dürfen wir zu Ihnen in die Wohnung kommen?“

Wortlos tritt Frau F. zur Seite und lässt die drei Personen eintreten, die nun in einem relativ engen, ca. 2 Meter breiten und 5 Meter langen Flur stehen. Vom Flur aus gehen mehrere Zimmer ab, die Tür zu einer Küche und einem Wohnzimmer stehen offen, die Wohnung wirkt relativ unaufgeräumt, sie wirkt so, als ob Frau F. eben mit Hausarbeiten beschäftigt gewesen wäre.

Kit: „Es geht um Ihren Mann, er ist im Auto heute unterwegs?“

Frau F. blickt vom KIT-Mitarbeiter zu den Polizisten: „Hat er einen Unfall gehabt?“

Kit: „Ja, er hatte heute morgen einen Unfall... und ist dabei tödlich verunglückt... Es war auf der Bundesstrasse X bei Y...“

Frau F.: „Nein, das kann nicht sein... er ist heute Morgen wie immer aus dem Haus gegangen... in was für einem Wagen soll er denn unterwegs gewesen sein?“

Kit: „Es war ein blauer 5er-BMW mit dem Kennzeichen M-XY 1234“

Frau F. wendet sich ungläubig an die beiden Polizeibeamten: „Sagen Sie mir, dass das nicht wahr ist!“

Einer der beiden Polizeibeamten macht einen Schritt in Richtung Frau F.:

„Leider muss ich Ihnen sagen, dass es so ist... Er hatte einen Unfall mit einem Laster. Er war wohl dabei zu überholen...“

Frau F. schüttelt den Kopf und geht unvermittelt in die Küche. Sie räumt dort etwas, nach wenigen Augenblicken kommt sie zurück.

Frau F.: „Entschuldigen Sie, bei mir schaut's so aus... Mein Mann ist wirklich tot? Ist er nicht in einem Krankenhaus?“

Der Polizeibeamte: „Nein, meine Kollegen, die den Unfall bearbeiten, sagten, dass er sofort an Ort und Stelle tot war. Es war noch ein Rettungshubschrauber dort, der hat aber nicht mehr helfen können.“

Frau F. schüttelt den Kopf, wirkt zunehmend erregt (agitiert), geht für einige Augenblicke in die Küche, dann ins Wohnzimmer. Die drei Einsatzkräfte stehen nach wie vor im Flur, sie sagen nichts. Frau F. kommt aus dem Wohnzimmer und geht durch den Flur in die Küche.

Kit: „Ist es Ihnen recht, dass wir noch etwas bei Ihnen bleiben?“

Frau F.: „Jaja, bitten gehen Sie doch ins Wohnzimmer und setzen Sie sich.“

Sie betreten ein kleines, enges Wohnzimmer. Einer der beiden Polizeibeamten setzt sich in einen Sessel, der KIT-Mitarbeiter und der andere Beamte bleiben stehen. Frau F. kommt ins Wohnzimmer und bietet nochmals allen einen Platz an, sie setzen sich. Auch sie setzt sich selbst dazu, hält beide Hände vors Gesicht, weint nicht, sagt nichts, sondern steht wieder auf und geht in die Küche, dann zurück in den Flur, greift nach dem Telefon und wählt eine eingespeicherte Telefonnummer. Offensichtlich hebt niemand ab. Frau F. kommt mit dem Telefonapparat in der Hand zurück ins Wohnzimmer und sagt zum KIT-Mitarbeiter, dass unter der Mobilnummer ihres Mannes nur die

Mailbox antworte. Sie setzt sich auf die Vorderkante des Sessels, hat beide Hände vorm Gesicht. Dann wendet sie sich an den Polizeibeamten, der ihr gegenüber sitzt:

Frau F.: „Ja, was muss ich denn jetzt tun?“

Der Beamte wirkt etwas verunsichert und blickt zum KIT-Mitarbeiter.

Kit: „Im Moment müssen Sie gar nichts tun – Sie haben Kinder?“

Frau F.: „Ja, G. und H., sie gehen beide ins Gymnasium. G. kommt gegen halb zwei nach Hause, H. eine halbe Stunde später... Sagen Sie mir, dass das Alles nicht wahr ist.“

Es ist still im Raum, aus dem Funkgerät des Beamten sind hin und wieder Stimmen zu hören. Frau F. hat wieder ihr Gesicht in beide Hände gestützt und schüttelt den Kopf, sie weint nicht.

Nach wenigen Minuten Stille klingelt das Telefon aus der Diele. Sie steht auf, geht in die Diele und meldet sich mit ihrem Namen. Sie erklärt, dass sie jetzt nicht könne, dass Polizisten und jemand vom Rettungsdienst bei ihr seien – und dass ihr Mann tot ist. Als sie das sagt, fängt sie an zu weinen. Der weitere Verlauf des Telefonats ist nicht zu verstehen. Nach dem Telefonat geht sie in die Küche und kommt mit einem Papiertaschentuch in der Hand ins Wohnzimmer zurück. Sie erklärt im Stehen, dass eine Freundin angerufen habe, die nicht weit weg wohne, mit der sie sich regelmäßig treffe, die aber jetzt nicht kommen könne, weil sie selbst kleine Kinder habe und für deren Beaufsichtigung sie erst jemanden finde müsse, sie wolle dann kommen.

Sie setzt sich wieder, entschuldigt sich zum wiederholten Mal für die Unordnung im Wohnzimmer und wendet sich an die beiden Beamten. Sie bittet sie, zu erzählen, wie es zu dem Unfall kam. Die Beamten können nicht viel Auskunft geben, sie sind selbst nur knapp informiert worden. Ein Beamter sagt nach einigen Sätzen, dass sie nun weiter müssten, dass aber der KIT-Mitarbeiter noch bei ihr bleibe. Sie stehen verunsichert auf, geben Frau F. die Hand, sagen beide: „mein herzliches Beileid“, nicken dem KIT-Mitarbeiter zu und verlassen die Wohnung.

Nachdem Frau F. die beiden Beamten zur Wohnungstür begleitet hat, kommt sie ins Wohnzimmer zurück und bietet dem KIT-Mitarbeiter einen Kaffee an. Er nimmt an, sie geht in die Küche und hantiert dort. Nach einigen Minuten kommt sie mit einer Thermoskanne und zwei Tassen in das Wohnzimmer zurück. Sie schenkt dem KIT-Mitarbeiter und sich eine Tasse ein und lehnt sich in ihrem Sessel zurück. Wieder schüttelt sie heftig den Kopf und weint. Nach drei Minuten schaut sie den KIT-Mitarbeiter an und beginnt zu erzählen, dass ihr Mann so viel mit dem Auto unterwegs ist (sie erzählt von ihm im Präsens), dass er vor einem Jahr bereits einen Unfall hatte, an dem er nicht schuld gewesen und der glimpflich verlaufen sei, dass er ein guter Autofahrer sei, dass er aber gerne zügig fahre, dass er heute morgen bereits sehr früh aufgestanden sei, sie hätten sich noch kurz gesehen nachdem sie aufgestanden und bevor er gegangen sei, die Söhne haben da noch geschlafen. G. ist ihr gemeinsamer Sohn, H. hat sie aus einer früheren Beziehung in die Ehe mitgebracht. Wieder weint sie. Sie sagt, dass nun ihre Söhne ohne den Vater aufwachsen müssten und fragt den KIT-Mitarbeiter, ob er solange bleiben könne, bis G. und H. aus der Schule nach Hause kämen. Es ist zu diesem Zeitpunkt 12:50 Uhr. Nach kurzer Abwägung kommen beide zu der Entscheidung, dass es angesichts der Länge des Schulweges und des kurz bevorstehenden Endes des Schultages nicht sicher sei, die Söhne in der Schule anzutreffen und sie deshalb nicht abzuholen. Der KIT-Mitarbeiter sagt zu, so lange zu warten, bis beide nach Hause kommen.

In den nächsten 45 Minuten beschäftigen Frau F. unterschiedliche Gedanken und Fragen, wobei charakteristisch ist, dass sie selten länger als ein paar Minuten bei einem Thema bleibt, assoziativ springt und später wieder auf das Thema zurückkommt. Dabei kreist sie um den Beruf ihres Mannes, in dem er viel mit dem Auto unterwegs sei und in der letzten Zeit häufiger davon sprach, nicht mehr so viel reisen zu wollen und sich eine andere Arbeitsstelle zu suchen. Sie wechselt im Sprechen über ihren Mann immer wieder zwischen Präsens und Vergangenheit, bemerkt dies schließlich selbst und weint bei der Feststellung, dass sie von ihrem Mann jetzt nur mehr in der Vergangenheit sprechen dürfe. Einige Sätze später spricht sie von ihm wieder in der Gegen-

wart. Weiter beschäftigt sie die exakte Erinnerung an diesen Morgen und den Abschied von ihrem Mann, der ganz alltäglich und in der Gewissheit stattfand, sich am Abend wieder zu sehen. Der routinierte Abschied am Morgen habe durch den Unfall eine ganz neue Bedeutung bekommen, sie habe dies ja nicht ahnen können. Mit fortrückender Zeit beschäftigt sie sich mit der Frage, wie ihre Söhne auf die Nachricht reagieren würden. Sie bittet den KIT-Mitarbeiter, ihren Söhnen zu sagen, was geschehen ist, er habe sicherlich das nötige Wissen und die Erfahrung dazu. Der KIT-Mitarbeiter bespricht konkret, wie sie selbst ihren Söhnen den Tod des Vaters mitteilen könne und ermutigt sie dazu. Sie traut sich diese Aufgabe nicht zu, zumal der ältere Sohn H. in der letzten Zeit mit seinem Stiefvater immer wieder Konflikte und Streitigkeiten hatte.

Um 13:35 Uhr klingelt es an der Tür, einen Moment später sperrt G. die Tür auf. Frau F. steht auf, macht dem KIT-Mitarbeiter ein Zeichen, mit zu kommen, und geht in die Diele. Der KIT-Mitarbeiter wartet einen kurzen Moment und geht Frau F. nach. Der Sohn geht auf seine Mutter zu und sieht im nächsten Moment den KIT-Mitarbeiter. Er stutzt und schaut den KIT-Mitarbeiter verunsichert und fragend an. Seine Mutter nimmt ihn in den Arm und beginnt zu weinen. Sie erzählt ihrem Sohn, dass ihr Mann gestorben ist.

G. reagiert zunächst ungläubig, geht einen Schritt von der Mutter weg, legt die Schultasche ab und hängt seine Jacke an die Garderobe, während Frau F. spricht. Er blickt hin und wieder zum KIT-Mitarbeiter, spricht ihn jedoch nicht an. Schließlich umarmt er seine Mutter und beginnt zu Weinen. Der KIT-Mitarbeiter geht zurück ins Wohnzimmer und setzt sich. Schließlich kommen beide ins Wohnzimmer und setzen sich zusammen auf die Couch. Dann steht G. auf und geht in sein Zimmer und kommt gleich darauf wieder zurück ins Wohnzimmer. Er äußert dezidiert den Wunsch, seinen Vater noch mal sehen zu können. Der KIT-Mitarbeiter erklärt ihm, dass dies zurzeit nicht möglich ist, weil der Leichnam des Vaters in der Aussegnungshalle des Friedhofes in M. liegt. Die Fahrt dorthin würde gut 2 Stunden dauern. Allerdings gibt es in den nächsten Tagen die Möglichkeit, vom Vater Abschied zu nehmen. Der KIT-Mitarbeiter macht auf ein Bestattungsunternehmen aufmerksam, das auf die Wünsche und Bedürfnisse trauernder Hinterbliebener in besonderer Weise

eingeht und sich dafür einsetzen wird, dass Frau F. und ihr Sohn G. sich verabschieden können.

Frau F. fragt, wen sie über den Tod ihres Mannes benachrichtigen müsse. Sie erwähnt den Arbeitgeber ihres Mannes, seine Mutter, seine Geschwister und ihre nähere Verwandtschaft, die aus drei Personen besteht. Sie bittet den KIT-Mitarbeiter, während der Telefonate anwesend zu bleiben. Mit leiser, ruhiger und fester Stimme führt sie die Telefonate, während der Gespräche mit den Verwandten weint sie immer wieder. In der Zwischenzeit trifft die Freundin ein. Sie wirkt unsicher und weint. Der KIT-Mitarbeiter bestätigt ihr, wie wichtig es für Frau F. und G. ist, dass sie sich die Zeit nehme und komme. Als der Sohn den Wunsch nach Mittagessen äußert, geht sie in die Küche und bereitet eine Mahlzeit.

Um 14:20 sind von der Wohnungstür die Geräusche eines Schlüssels und das Öffnen der Tür zu hören. Frau F. geht in die Diele, ihr Sohn H. ist nach Hause gekommen. Der KIT-Mitarbeiter bleibt im Wohnzimmer sitzen. Er hört Frau F. mit H. sprechen, dann ein lauterer Geräusch, das von einem Rucksack kommt, den H. offensichtlich zu Boden wirft. H. reagiert auf die Nachricht des Todes seines Stiefvaters laut, gereizt und deutlich aggressiv. Er geht in die Küche und begrüßt knapp die Freundin seiner Mutter, anschließend kommt er in das Wohnzimmer.

Beim Anblick des KIT-Mitarbeiters wendet er sich um zu seiner Mutter und fragt sie, was denn jemand vom Rettungsdienst hier zu suchen habe und ob der Rettungsdienstmitarbeiter wegen ihr da sei. Als Frau F. verneint fragt er sie, warum der Rettungsdienstmitarbeiter hier sei, etwa wegen ihm, er brauche keine Hilfe. Der KIT-Mitarbeiter erhebt sich und geht auf H. zu:

Kit: „Grüß Gott, mein Name ist X, ich bin mit zwei Polizeibeamten vorhin zu Ihrer Mutter gekommen, die beiden Beamten mussten wieder weiter, ich habe etwas mehr Zeit und bin noch geblieben...“

H.: „Was hatte denn die Polizei hier zu suchen? Sind wir denn Verbrecher?“

Kit: „Nein, aber es ist immer so, wenn man einer Familie sagen muss, dass ein Angehöriger bei einem Unfall gestorben ist, dass da Polizeibeamte mitkommen. Sie haben mich gebeten, sie zu begleiten, weil sie nicht so viel Zeit haben.“

H.: „Ja, aber ich glaube, wir kommen jetzt auch ganz gut selbst zurecht.“

Frau F. versucht H. zu beschwichtigen, der KIT-Mitarbeiter sei ihr eine Hilfe gewesen. G. geht zu H. und umarmt ihn, H. scheint sich in dieser Geste nicht wohl zu fühlen.

Der KIT-Mitarbeiter wendet sich an Frau F. und sagt, dass die beiden Kinder nun zurück gekommen und die Freundin auch da sei, dass es jetzt für ihn an der Zeit sei zu gehen. Er gibt ihr ein Faltblatt, auf das er die Telefonnummer eines Bestatters notiert. Als Frau F. sich nochmals versichert, ob sie den Leichnam ihres Mannes sehen kann, schaltet sich H. ein und fragt nach, ob er etwa den Leichnam seines Stiefvaters sehen müsse. Frau F. erklärt ihm, dass es für sie und G. wichtig wäre, sich verabschieden zu können und das der KIT-Mitarbeiter ihnen dazu geraten habe. H. lehnt dies klar und eindeutig für sich ab. Der KIT-Mitarbeiter unterstützt die klare Entscheidung von H., macht aber deutlich, dass andere Menschen andere Bedürfnisse haben, die ebenfalls berücksichtigt werden sollten. H. wendet ein, dass sein Stiefvater nach dem Unfall fürchterlich aussehen müsse und er sich durch den Anblick nicht traumatisieren lassen wolle. Dem entgegnet der KIT-Mitarbeiter, dass man dem Verstorbenen die Verletzungen, die zum Tode führten, vermutlich ansehen werde, dass aber eine würdige, unter Begleitung stattfindende Abschiednahme nicht traumatisierend sei, wenn die Angehörigen dies wünschten. Jeder habe die Wahl, für sich zu entscheiden. H. kann dies so stehen lassen.

Er verabschiedet sich von allen, Frau F. bedankt und entschuldigt sich für ihren Sohn H., der sich seinerseits etwas verlegen vom KIT-Mitarbeiter verabschiedet.

Um 14:35 Uhr verlässt der KIT-Mitarbeiter die Wohnung.

6.4 Kasuistik 4 und 5: psychosoziale Notfallversorgungen bei bestehenden sozialen Ressourcen

Kasuistik 4:

Die Anfahrt der Einsatzstelle dauert nach der Alarmierung im Berufsverkehr knapp 45 Minuten. Das Meldebild der Integrierten Leitstelle lautet „Todesfall im häuslichen Bereich“. Dem KIT-Mitarbeiter öffnet ein etwa vierzigjähriger Mann die Tür. Er stellt sich als Schwiegersohn des Verstorbenen vor und bestätigt, dass sein 69jähriger Schwiegervater offensichtlich durch eine inter-nistische Todesursache vor etwa eineinhalb Stunden gestorben sei. Ein Arzt hat die Leichenschau bereits durchgeführt, den Leichnam zur Bestattung frei gegeben und die Einsatzstelle verlassen.

Insgesamt halten sich fünf Personen in der Wohnung auf: bei der Witwe befindet sich die Tochter mit ihrem Mann und ein in der Nachbarschaft wohnendes, befreundetes Ehepaar. Der Leichnam liegt im Wohnzimmer auf dem Boden, der Kopf ist aufgedeckt, eine brennende Kerze steht auf den Tisch. Die Witwe und ihre Tochter halten sich im Wohnzimmer auf, beide Frauen weinen. Sie nehmen vom KIT-Mitarbeiter kaum Notiz. Der KIT-Mitarbeiter geht mit dem Ehemann der Tochter/Schwiegersohn des Verstorbenen in die Küche zu dem befreundeten Ehepaar. Auf der Anrichte liegen die Todesbe-scheinigung und der Personalausweis des Verstorbenen.

Der Ehemann der Tochter erklärt, dass sie einen Bestatter angerufen hätten, mit dem sie in der Familie bei zwei anderen Todesfällen bereits gute Erfahrungen gemacht hätten. Der Bestatter wolle den Leichnam im Lauf des späteren Abends abholen. Weiter meint er, dass seine Frau und seine Schwiegermutter zwar traurig seien, sie aber mit der Situation den Umständen entsprechend zu Recht kämen. Der KIT-Mitarbeiter fragt, ob es offene Frage gebe oder er sonst behilflich sein könne. Der Mann verneint. Beim KIT-Mitarbeiter bestätigt sich der Eindruck, dass die Witwe in ihrem sozialen Umfeld gut aufgehoben ist. Er verabschiedet sich und geht.

Kasuistik 5:

Eine 82 Jahre alte Frau ist über Nacht in ihrem Bett gestorben. Die Tochter, die jeden zweiten Tag nach ihrer Mutter sieht und sie im Haushalt, beim Einkaufen und Kochen unterstützt, hat sie gefunden. Die Tochter verständigt im ersten Schrecken den Rettungsdienst, obwohl ihr von vornherein klar ist, dass ihre

Mutter tot sei und bereits länger tot sein musste, weil sie kalt und leichenstarr war. Der eintreffende Notarzt bestätigt den Tod und verständigt für die vollständige Leichenschau die Schutzpolizei. Die Tochter wirkt auf ihn desorientiert und betreuungsbedürftig, für sie lässt er einen Mitarbeiter von KIT-München kommen. Bis dieser eintrifft, ist der Notarzt nicht mehr anwesend. Außer der Frau sind zwei Polizisten vor Ort, die auf den Arzt warten, der die Leichenschau durchführen wird.

Dem KIT-Mitarbeiter begegnet in der 56jährigen Tochter eine Frau, die offensichtlich über den in dieser Weise überraschenden Tod ihrer Mutter trauert. Sie schildert dem KIT-Mitarbeiter strukturiert und zusammenhängend, wie sie ihre Mutter aufgefunden habe. Sie ergänzt, dass sie sich kurzfristig hilflos gefühlt hätte, dass sie aber mit ihrer Mutter über deren Tod mehrfach gesprochen habe. Es bestehen für diesen Fall Vorkehrungen und Absprachen, an denen sie sich jetzt orientieren könne. Der KIT-Mitarbeiter erklärt der Frau, was es mit der Leichenschau auf sich habe und welche Konsequenzen sich aus dem Ergebnis der Leichenschau für sie ergeben. Sie holt Arztbriefe der letzten Woche und Monate herbei. Aus denen gehen die Vorerkrankungen ihrer Mutter hervor. Sie dienen als wichtige Entscheidungsgrundlage für die Leichenschau.

Die Frau spricht an, dass sie sich Schuldvorwürfe mache. Sie habe ihre Mutter zum letzten Mal am Vortag vormittags gesehen, da sei sie völlig unauffällig gewesen. Wie üblich rief sie abends noch mal ihre Mutter an, um sich nach ihrem Wohlbefinden zu erkundigen. Dass die Mutter nicht abhob habe sie gedeutet als Hinweis darauf, dass die Mutter bereits etwas früher als sonst zu Bett gegangen und eingeschlafen sei. Ein kurzes „ungutes Gefühl“ habe sie beschlichen, sie habe dies zur Seite geschoben, weil es in der letzten Zeit häufiger vorkam, dass ihre Mutter früher einschlafe. Heute früh habe sie wieder angerufen. Dafür, dass das Telefon nicht abgehoben wurde, gibt es eine breite Palette von Ursachen – deren schlimmste nun eingetreten sei. Früher als gewöhnlich machte sie sich auf den Weg zur Wohnung ihrer Mutter, beim Aufsperrern der Wohnungstür habe sie wegen der sonderbaren Stille sofort gewusst, dass etwas nicht stimmt. Nach einer Pause des Nachdenkens kommt

sie selbstständig zu der Überlegung, was anders gelaufen wäre, wenn sie ihre Mutter früher, eventuell bereits am Vortag gefunden hätte. Schließlich deutet sie den Tod ihrer Mutter in der Weise, dass sie – dem eigenen Wunsch entsprechend – zu Hause hat sterben können und nicht ins Krankenhaus transportiert werden musste. Dies sei ein für ihre Mutter stimmiger und den Umständen entsprechend guter Tod gewesen.

Die Frau macht auf den KIT-Mitarbeiter nach dem etwa 10 Minuten dauernden Gespräch einen emotional stabilen und orientierten Eindruck. Ihren Ehemann und andere nahe Verwandte hat sie bereits telefonisch informiert. Als sie sich erkundigt, ob der KIT-Mitarbeiter grundsätzlich bei plötzlichen Todesfällen käme oder nur dann, wenn ein besonderer Betreuungsbedarf bestehe, bietet der KIT-Mitarbeiter ihr an, sie mit den beiden Polizeibeamten allein zu lassen. Sie stimmt dem zu und meint, dass sie nun gut alleine zu Recht käme. Der KIT-Mitarbeiter verabschiedet sich von ihr, er war knapp 15 Minuten vor Ort.

6.5 Kasuistik 6: psychosoziale Notfallversorgung in einer Schule³⁴

In der vierten Stunde (10:35 – 11:20 Uhr) findet in einem Gymnasium in der achten Klasse Sportunterricht statt. Der Lehrer beginnt die Stunde mit einem moderaten Konditionstraining, die Schüler rennen im Kreis in der Turnhalle. Plötzlich fällt ein Schüler und bleibt am Boden liegen. Während zwei Schüler, die hinter ihm gelaufen sind, ihm ausweichen können und noch einige Schritte weiter laufen, stehen bald andere Schüler um den am Boden liegenden herum. Später erzählen sie, dass er „eigenartig, mit einem rasselnden Geräusch und sehr tief“ geatmet habe. Der Schüler läuft blau an, schließlich hört er auf zu atmen, Speichel rinnt aus seinem Mund. Der Lehrer erkennt sofort den Ernst der Lage und schickt zwei Schüler in das Schulsekretariat, damit sie von dort aus den Rettungsdienst und die Schulsanitäter verständigen.

³⁴ Bei dieser Kasuistik handelt es sich um ein alltagsnahes Ereignis, das jedoch aufgrund der Rahmenbedingungen komplexer ist als die Interventionen, die in den vorhergehenden Kasuistiken dargestellt werden.

In der Turnhalle beginnt der Lehrer mit Mund-zu-Mund-Beatmung. Als zunächst ein, in den folgenden Minuten zwei weitere Schulsanitäter dazu kommen, werden am Jungen Wiederbelebensmaßnahmen durchgeführt. Einige der Klassenkameraden stehen unmittelbar neben ihrem sterbenden Mitschüler, andere stehen in Gruppen in der Halle zusammen, einige begeben sich in die Umkleieräume.

Vor der Schule treffen ein Rettungswagen und kurz darauf ein Notarzteeinsatzfahrzeug ein (10:45). Sie werden von Schülern empfangen, dem Rettungsdienstpersonal wird der Weg in die Sporthalle gezeigt. Die Wiederbelebensmaßnahmen scheinen unter der Leitung des Notarztes und eines zusätzlich eintreffenden Kinderarztes zunächst Erfolg versprechend zu verlaufen. Aufgrund der relativen Entfernung der Schule zum nächstgelegenen Krankenhaus, in dem ein Jugendlicher nach Reanimation versorgt werden kann, fordert das Rettungsteam einen Hubschrauber an. Dieser landet einige Minuten später auf dem Sportplatz der Schule. Ebenfalls wird KIT-München alarmiert. Der KIT-Mitarbeiter trifft nach ca. 25 Minuten Anfahrt um 11:15 an der Schule ein.

Er begibt sich zunächst zum Rettungsteam in der Sporthalle. Dort wird nach wie vor reanimiert. In der Halle halten sich keine Schüler mehr auf, ein Lehrer, der sich als stellvertretender Schuldirektor zu erkennen gibt, ist für die Einsatzkräfte der Polizei und des Rettungsdienstes Ansprechpartner. An ihn wendet sich der KIT-Mitarbeiter und versucht, einige Fragen abzuklären. Der Lehrer wirkt äußerlich weitgehend ruhig, im Gespräch verliert er jedoch leicht den Faden und springt assoziativ zu anderen als den unmittelbar erforderlichen Inhalten. Aus dem Gespräch ergibt sich, dass

- dem Lehrer der Name des reanimierten Jungen bekannt ist (steht auf einem Zettel, den der Lehrer in der Hand hält), er jedoch nicht sagen kann, ob die Eltern informiert sind und ob dies versucht werde bzw. wer dies versucht.
- nicht klar ist, wo der Rest der Schulklasse sich derzeit aufhält
- der Sportlehrer wahrscheinlich im Lehrerzimmer sei

- die Turnhalle für Schüler gesperrt werden müsse, ebenso der Platz vor der Turnhalle, da die Wand aus Glas besteht und in wenigen Minuten die Große Pause beginnt
- über eine Durchsage durch den Lautsprecher der Schule nachzudenken sei, weil spätestens mit der Landung des Hubschraubers in unmittelbarer Nähe zur Schule Schüler und Lehrer irritiert und besorgt seien.

Nach diesen Informationen ist dem KIT-Mitarbeiter deutlich, dass er in Anbetracht der Situation weitere Unterstützung braucht und fordert über das Büro³⁵ von KIT-München zusätzliche Mitarbeiter an.

Weil viele Schüler über ein Mobiltelefon verfügen und es ungünstig ist, wenn die Eltern des Patienten in unkontrollierter Weise von betroffenen Mitschülern über den Zustand ihres Sohnes informiert werden, hat für den KIT-Mitarbeiter die schnelle Information der Eltern die höchste Priorität. Dafür geht er in das Schulsekretariat. Auf dem Weg dorthin wird er von einer Lehrerin angesprochen und gefragt, ob die Schüler, die am Sportunterricht teil nahmen, vorzeitig nach Hause geschickt werden sollten. Der KIT-Mitarbeiter empfiehlt, alle Schüler der betroffenen Klasse in ihrem Klassenzimmer zu sammeln. Wenn möglich, sollte der Klassenlehrer bei den Schülern sein, Unterricht sollte nicht gehalten werden.

Im Sekretariat stellt sich heraus, dass die Sekretärin bereits die Telefonnummer der Eltern des Patienten herausgesucht hat. Da sie jedoch nicht weiß, was genau sie den Eltern mitteilen soll, hat sie bislang noch nicht angerufen und bittet den KIT-Mitarbeiter, dies zu übernehmen. Er ruft zu Hause an, er erreicht dort allerdings niemanden. In den Personalunterlagen des Schülers ist eine Mobilnummer angegeben, die der KIT-Mitarbeiter wählt. Er erreicht den Vater des Patienten, der noch nicht informiert ist. Er teilt ihm mit, dass sein Sohn akut sehr schwer erkrankt sei, dass sich derzeit Notärzte um ihn bemühen und die Situation insgesamt als ernst zu beurteilen sei. Der Vater reagiert auf die Nachricht besonnen, eine kurze aggressive Irritation fängt der KIT-Mitarbeiter

³⁵ Zwei hauptamtliche Mitarbeiter sind für KIT-München während der Bürozeiten tätig

auf. Da zu diesem Zeitpunkt noch unklar ist, in welches Krankenhaus der Sohn gebracht werden wird, rät der KIT-Mitarbeiter dem Vater, die Mutter zu verständigen, sich mit ihr zu Hause zu treffen und weiter über das Mobiltelefon erreichbar zu bleiben. Er sagt dem Vater zu, ihn über den weiteren Verlauf unmittelbar zu informieren und nennt ihm seine Erreichbarkeit auf dem Mobiltelefon.

Nach dem Telefonat erkundigt er sich bei der Schulsekretärin nach dem Verbleib des Sportlehrers. Auf dem Weg zurück in die Turnhalle geht er in das Lehrerzimmer, in dem sich der Sportlehrer aufhält. Eine Kollegin sitzt bei ihm, beide sprechen miteinander. Der KIT-Mitarbeiter bittet ihn, vorerst noch nicht nach Hause zu gehen und im Lehrerzimmer auf ihn zu warten. Den Sportlehrer beschäftigt zentral die Frage, ob der Schüler überlebt, wie ein derartiges Ereignis möglich ist und welche Ursache es habe.

In der Turnhalle stellt sich heraus, dass die Wiederbelebungsmaßnahmen fortgesetzt werden, die Prognose des Jungen zu überleben sinkt damit deutlich. Die Ärzte verständigen sich darauf, den Jungen mit laufender Reanimation durch den Hubschrauber ins Krankenhaus zu transportieren. Im Rettungsteam wird intern kommuniziert, dass der Junge eine ausgesprochen schlechte Prognose hat. Der Junge wird zum Hubschrauber gebracht, der zum Krankenhaus X startet (11:45).

Der KIT-Mitarbeiter hält Rücksprache mit dem Büro und vereinbart, dass der Kollege, der ihn unterstützen soll, direkt zu den Eltern und gemeinsam mit ihnen in das Krankenhaus X weiter fährt. Zusätzlich sagt ihm die hauptamtliche Kollegin im Büro zu, personelle Unterstützung für die psychosoziale Notfallversorgung an der Schule zu ihm zu schicken. Auch ruft er den Vater des Jungen an, der sich mit seiner Frau zu Hause aufhält. Er bittet beide, zu Hause zu warten, bis der KIT-Mitarbeiter bei ihnen eintrifft, dann würden sie gemeinsam ins Krankenhaus X zu ihrem Sohn fahren. Der Vater interpretiert den Umstand, dass sein Sohn mit einem Hubschrauber in ein Krankenhaus gebracht wurde, als Zeichen dafür, dass es seinem Sohn nun wieder besser ginge. Darüber wirkt er erleichtert. Der KIT-Mitarbeiter macht deutlich, dass

es nach wie vor sehr ernst um seinen Sohn stehe, denn er weiß, dass die Prognose des Jungen infaust ist und Transport ins Krankenhaus im Wesentlichen deshalb stattfindet, damit die Leiche des Jungen im Krankenhaus liegt und nicht über Stunden auf dem Boden der Turnhalle.

Einschub: psychosoziale Notfallversorgung der Eltern:

Der KIT-Mitarbeiter, der über den Hintergrunddienst alarmiert wurde und aus der Freizeit kommt, trägt im Gegensatz zum diensthabenden Kollegen, der in der Schule tätig ist, keine Einsatzbekleidung. Er lässt sich von einem Streifenwagen der Polizei unmittelbar zu den Eltern nach Hause fahren (12:00). Dort bemerkt er, dass die Eltern bereits selbstständig in das Krankenhaus gefahren sind, in das ihr Sohn gebracht wurde. Er fährt ebenfalls ins Krankenhaus nach und trifft um 12:20 im Wartebereich der Nothilfe auf die Eltern. Er stellt sich kurz in seiner Funktion vor. Die Eltern beklagen sich, dass ihr Sohn zwar im Krankenhaus sei, sie aber nicht wüssten wo und auch keine Auskunft bisher erhalten habe, wie es ihm gehe. Einerseits wirken sie verärgert, andererseits können sie verstehen, dass angesichts der vielen Patienten und der Versorgung ihres Sohnes im Moment niemand für sie zur Verfügung stehe. Der KIT-Mitarbeiter geht in den öffentlich nicht zugänglichen Bereich der Nothilfe und in den Schockraum. Dort nimmt er wahr, dass das Personal mit dem Abbau medizinischer Geräte befasst ist, die Reanimation wurde erfolglos abgebrochen, der Junge liegt abgedeckt auf dem Tisch in der Mitte des Schockraumes.

Er wendet sich an einen Arzt und an Pflegepersonal, macht darauf aufmerksam, dass sich die Eltern des verstorbenen Kindes im Wartebereich der Nothilfe aufhalten und fragt nach einem Krankenhauseelsorger, der die Begleitung der Eltern übernehmen könnte. Der Seelsorger ist im Moment nicht erreichbar. So vereinbart der KIT-Mitarbeiter mit dem Arzt, die Eltern in ein Sprechzimmer zu bringen, damit der Arzt dort den Eltern den Tod ihres Sohnes mitteilt. Der KIT-Mitarbeiter geht zu den Eltern und führt sie in das Sprechzimmer. Er bleibt im Raum, während der Arzt in einfachen Worten erklärt, was geschehen ist. Spontan äußert die Mutter des verstorbenen Jungen den Wunsch, ihren Sohn sehen zu dürfen. Der KIT-Mitarbeiter gibt den Wunsch der Mutter an eine Krankenschwester und eine Ärztin weiter. Sie sagen zu, den Leichnam

in einen dafür vorgesehen Raum im Krankenhaus zu bringen, in fünfzehn Minuten könnten die Eltern zu ihrem Sohn. Während der Arzt das Sprechzimmer wieder verlässt, bleibt der KIT-Mitarbeiter bei den Eltern. Sie schweigen, umarmen sich, beide weinen immer wieder. Nach etwa 10 Minuten signalisiert die Krankenschwester, dass die Eltern nun zu ihrem Sohn könnten. Der KIT-Mitarbeiter begleitet die Eltern in den Abschiedsraum. Während die Mutter sofort zu ihrem Sohn geht, zögert der Vater zunächst, geht dann aber ebenfalls zu seinem Sohn. Der KIT-Mitarbeiter bleibt im Hintergrund. Nach etwa 15 Minuten kommt der Krankenhauseelsorger. An ihn macht der KIT-Mitarbeiter eine Übergabe, in der er die Umstände des Todes des Jungen nennt und seinen Kontakt zu den Eltern beschreibt. Anschließend stellt er den Seelsorger den Eltern vor. Beide verabschieden und bedanken sich beim KIT-Mitarbeiter. Er informiert seine Kollegen in der Schule, dass der Schüler gestorben ist (13:35) und klärt ab, ob er in der Schule gebraucht wird.

Nach dem Start des Hubschraubers, der von den Schülern und Lehrern nicht zu überhören war, beruhigt sich die Situation in der Schule. Die Schüler kehren in die Unterrichtsräume zurück, der Unterricht wird wieder aufgenommen. Der KIT-Mitarbeiter sieht im Lehrerzimmer nach dem Sportlehrer, der sich nun in einer kleinen Gruppe von Kollegen aufhält. Mit ihm zusammen treffen zwei Polizeibeamte im Lehrerzimmer ein, um den Sportlehrer zu befragen. Im Schulsekretariat spricht der KIT-Mitarbeiter mit dem Direktor und macht deutlich, dass es nach wie vor sehr ernst um den Schüler stehe. Er ermutigt den Direktor, eine Durchsage durch das Lautsprechersystem zu machen, in dem er Schüler und Lehrer knapp über die besonderen Vorgänge im Haus informiert.

Zwischenzeitlich (12:10) treffen zwei weitere KIT-Mitarbeiter in der Schule ein und besprechen sich mit seinem Kollegen. Sie entscheiden, dass ein KIT-Mitarbeiter (A.) zu den drei Schulsanitätern geht und mit ihnen spricht, der zweite KIT-Mitarbeiter (B.) für Fragen des Direktors zur Verfügung steht, Ansprechpartner für die Polizeibeamten ist und sich im Schulsekretariat aufhält, und der dritte KIT-Mitarbeiter (C.) dem Klasslehrer der Klasse, aus der der Patient kommt, Unterstützung anbietet.

(12:20) KIT A. trifft die drei Schulsanitäter in einem eigenen Sanitätsraum an, den die Schule eingerichtet hat. Sie sind dabei, ihre Gerätschaften aufzuräumen. Sie freuen sich über die Anwesenheit des KIT-Mitarbeiters, der daran anknüpft, dass er selbst früher als Schulsanitäter sich engagiert hat und heute Rettungsassistent bei der Berufsfeuerwehr ist. Im Gespräch stellen die drei dar, wie sie den Patienten bis zum Eintreffen der Besatzung des Rettungswagens versorgten und wie einer von ihnen weiter assistiert hat. Die Drei betonen, wie wichtig ihnen die Bestätigung ihrer Bemühungen durch den Rettungsassistenten des Rettungshubschraubers war. Sehr nachdenklich sind sie im Hinblick auf die Überlebenschancen des Patienten. KIT A. bestätigt, dass der Zustand des Patienten als sehr ernst einzuschätzen ist.

(12:25) KIT C. klopft an der Klassentür und bittet den Klassenlehrer zu einem kurzen Gespräch auf den Gang. Das Angebot des KIT-Mitarbeiters, ihn zu unterstützen, nimmt der Lehrer erleichtert an. Der Lehrer sagt, dass an normalen Unterricht nicht zu denken sei, dass einige Schüler sich Vorwürfe zu machen scheinen, dass andere sehr still und zurückgezogen wirkten und andere weinten. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Frage, wie es ihrem Klassenkameraden ginge und was das Ereignis ausgelöst habe. KIT C. vereinbart mit dem Lehrer, dass die Bänke zur Seite geschoben werden und ein Stuhlkreis gebildet wird. Eine Schülerin schlägt spontan vor, eine Kerze in die Mitte auf den Boden zu stellen. KIT C. stellt sich als Rettungsdienstmitarbeiter, der für derartige Situationen eine besondere Fortbildung abgeschlossen habe, vor. Ohne zu dramatisieren macht er deutlich, dass ihr Klassenkamerad in kritischem Zustand im Krankenhaus sei. Die Situation bleibt ernst, weil das Herz des Patienten bis zu seiner Verlegung in das Krankenhaus nicht selbstständig und koordiniert gearbeitet habe. Er informiert darüber, dass ein Kollege von ihm jetzt bei den Eltern des Patienten sei. Dann lässt er die Schüler über den Patienten erzählen: dass Sport nicht sein Lieblingsunterricht gewesen ist, dass er nicht häufiger krank ist als andere Schüler; schließlich auch, was am heutigen Tag vor dem Sportunterricht war und wie die Schüler den Sturz ihres Klassenkameraden und die notfallmedizinischen Maßnahmen erlebt haben. Einige Fragen beziehen sich auf den Ablauf der notfallmedizinischen Versorgung. Es wird besprochen, dass die Kleidung des Schülers, die ein Kamerad

aus der Umkleide der Turnhalle mit in das Klassenzimmer brachte, und seine sonstigen Schulsachen von einem in der Nähe wohnenden Schüler nach Hause gebracht werden.

Kurz vor der Pause zur sechsten Stunde kommt ein Kriminalbeamter in den Klassenraum. Er erläutert, dass man noch nicht wisse, wie es für ihren Klassenkameraden gesundheitlich ausginge und man deswegen – wie immer in derartigen Fällen – den Ablauf des Ereignisses rekonstruieren wolle. Deshalb bittet er darum, eine Namensliste aller Schüler aufzustellen, die am Sportunterricht teilnahmen. Nacheinander ruft er in der nächsten Stunde einige Schüler einzeln zur Befragung in ein leer stehendes Klassenzimmer. Alle Schüler der Klasse fordert er auf, zunächst in der Klasse bleiben und nicht nach Hause zu gehen.

Die meisten Schüler sitzen in kleinen Gruppen zusammen, manche scheinen Hausaufgaben zu machen. KIT C. geht gegen 13:10 zurück ins Sekretariat und hinterlässt dem Klassenlehrer, wo er erreichbar ist.

Dort trifft er auf seine Kollegen KIT A. und B. KIT A. hat die Schulsanitäter in ihre Klassen zurück gehen lassen. B. sprach mit dem Sportlehrer, nachdem er von einem Kriminalbeamten verhört worden war. Der Sportlehrer äußerte Schuldgefühle und war durch die Befragung der Kriminalbeamten verunsichert. Als der Kollege aus dem Krankenhaus anrief und ihnen mitteilte, dass der Schüler gestorben sei, besprachen sich die KIT-Mitarbeiter A. und B. mit dem Direktor, C. ging in die Klasse zurück.

Dem Direktor wird empfohlen, unverzüglich – der reguläre Unterricht ist in einigen Minuten für diesen Tag beendet – eine Durchsage über die Schullautsprecher zu machen und die noch anwesenden Schüler und Lehrer zu informieren. Anschließend besprechen sie mit ihm angemessene Maßnahmen für die nächsten Tage:

- nochmalige Information aller Lehrer und Schüler vor bzw. zu Beginn des Unterrichtes am nächsten Morgen.

- Möglichkeit der Gestaltung einer Trauerfeier unter Beteiligung eines engagierten Religionslehrers
- Umgang mit Leistungsprüfungen und Disziplinarmaßnahmen in den nächsten Tagen
- Frage der Teilnahme einiger Vertreter der Schulklasse des verstorbenen Schülers oder der gesamten Schulklasse an der Beerdigung nach Kontaktaufnahme und Rücksprache mit den Eltern

KIT-Mitarbeiter C. geht in die Schulklasse des Verstorbenen. Bevor er die Klasse informiert, spricht er mit dem Kriminalbeamten, der die Befragung der Mitschüler eben beendet hat. Dann informiert er die Schulklasse über den Tod ihres Klassenkameraden. Die Betroffenheit und das Erschrecken der Schüler sind groß, manche weinen, viele umarmen sich gegenseitig, nur wenig Schüler scheinen vereinzelt bzw. isoliert zu sein. Spontan beschließen die Schüler, in die Turnhalle zu gehen und dort eine Kerze aufzustellen, wo ihr Kamerad wieder belebt werden musste. Einige Schüler gehen in den Biogarten der Schule und pflücken einige Blumen, die sie neben der Kerze aufstellen.

Zu den Schülern der betroffenen Klasse kommen andere Schüler aus derselben Klassenstufe dazu. So bildet sich in der Turnhalle eine Gruppe von ca. 50 Schülern. KIT-Mitarbeiter C. geht mit in die Turnhalle, hält sich jedoch im Hintergrund. Ein dazu kommender Religionslehrer spricht nach wenigen Minuten der Stille ein frei formuliertes Gebet und anschließend gemeinsam mit den Schülern und einer Reihe von Lehrern ein Vaterunser. Danach verlässt ein Teil der Schüler die Halle, sie verlassen in kleinen Gruppen das Schulgelände, andere Schüler setzen sich auf den Boden der Turnhalle und bleiben. Der KIT-Mitarbeiter C. wird von einigen wenigen Schülern angesprochen. Sie fragen ihn, ob er sich mit der Nachricht sicher sei, welche Todesursache er vermute und ob sie an der Beerdigung teilnehmen könnten. Auf die beiden letzten Fragen kann er nicht antworten, er stellt in Aussicht, dass sie in den nächsten Tagen eine Antwort bekämen. Als es in der Turnhalle ruhiger wird, geht er zurück in das Schulsekretariat.

KIT-Mitarbeiter B. sprach zwischenzeitlich mit dem Sportlehrer, für den der Tod des Schülers nicht überraschend sei, er habe nach den Wiederbelebungsversuchen bereits mit dem Schlimmsten gerechnet. Sie überlegen, an wen aus seinem sozialen Umfeld er sich nach dem Verlassen der Schule wenden könne, wie er den Nachmittag gestaltet und was in den nächsten Tagen auf ihn zukäme. Er zeigt sich interessiert daran, in direkten Kontakt mit den Eltern zu kommen.

Gemeinsam verabschieden sich die drei KIT-Mitarbeiter vom Direktor, der Sekretärin und zwei weiteren Lehrern. Sie verweisen für die weitere Beratung bei Bedarf auf eine rund um die Uhr besetzte Rufnummer der „Krisenseelsorge in Schulen“ (KIS). Gegen 14:10 verlassen sie die Schule.

7 Konzepte für die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) in Katastrophen, Groß- und komplexen Schadenslagen

Die folgenden Überlegungen resultieren aus Interventionen in und nach Großschadenslagen, bei denen der Verfasser tätig wurde:

Tabelle 14³⁶

- **Zugunglück Eschede 1998** (Bundesgrenzschutz)
- **Amoklauf Krankenhaus Bad Reichenhall 1999** (Landespolizei)
- **Bergbahnunglück Kaprun/ Österreich 2000** (mit Bergwacht)
- **Terroranschläge des 11.9.2001** in New-York (Auswärtiges Amt)
- **Massaker Schule Freising 2002** (Landespolizei)
- **Massaker Schule Erfurt 2002** (Landeskriminalamt)
- **Busunglück 05.2003 Siófok/Ungarn** (Auswärtiges Amt, in Kooperation mit Bundeskriminalamt)
- **Busunglück 05.2003 bei Lyon/ Frankreich** (Auswärtiges Amt)
- **Busunglück 06.2003 bei Vincenza/ Italien** (Regional, Bundesinnenministerium)
- **Busunglück 12.2003 an der belgischen Grenze** (Kommunal, Bundesinnenministerium)
- **S-Bahnunfall 2004 (Zusammenstoß von 2 Zügen) in München** (kommunal)
- **Flugzeugentführung am Flughafen München 2004** (Landespolizei)
- **Tsunami 12.04/1.05** (Auswärtiges Amt)
- **Busunglück 6.10.05 bei Prag** (Auswärtiges Amt)
- **Einsturz der Eislaufhalle in Bad Reichenhall, 2.1.06** (Landespolizei)

³⁶ In den Klammern sind jeweils die Auftraggeber genannt

7.1.1 Vorbemerkungen

Trotzdem jede Großschadenslage ihre spezifischen Bedingungen und Variablen hat und es zum Wesen einer Katastrophe gehört, das in Teilen oder Aspekten „Undenkbares“ oder „Unvorstellbares“ geschieht, sind Abstraktionen dennoch möglich. Abstraktionen sind nötig, weil ohne sie keine Lehren für die Zukunft gezogen werden können und jede Form von Vorbereitung unmöglich wäre. Die Tendenz, Katastrophen komplett planen zu wollen und damit den Eindruck zu erwecken, sie strukturell „in den Griff zu bekommen“, verkennt ihr destruktives Potential. Katastrophen sind in ihren Ursachen, Verlauf und Auswirkungen immer wieder ganz anders, als erwartet oder „geplant“. Es besteht das Bedürfnis, die Auswirkungen von Katastrophen – wenn schon die Katastrophe selbst nicht zu verhindern ist – möglichst umfassend zu kontrollieren. Die Gesellschaft und die für sie politisch Verantwortlichen haben ein berechtigtes Interesse daran, die bedrohlichen und destruktiven Auswirkungen von Katastrophen „in den Griff“ zu bekommen, sie zu kontrollieren. In diesem Zusammenhang ist es ein Fortschritt, dass in den letzten Jahren zunehmend Konzepte für Katastrophen und Großschadenslagen entstanden sind, die die PSNV berücksichtigen.³⁷

Eine zentrale Differenzierung der PSNV betrifft die Zielgruppen ihres Tätigkeitsfeldes: Einsatzkräfte und Bevölkerung. In diesem Beitrag geht es ausschließlich um die letztgenannte Zielgruppe. Selbstverständlich stellen unübersichtliche und ausgedehnte Schadenslagen eine erhebliche Belastung für die in der Rettung eingesetzten Kräfte dar.

Für die PSNV ist von Bedeutung, dass in jeder Großschadenslage Menschen akut psychisch traumatisiert und damit zu Betroffenen werden, weil sie

1. sich selbst einer lebensgefährlichen Bedrohung ausgesetzt sehen und massiv mit eigener Hilflosigkeit, Erschrecken und Grauen konfrontiert und/oder körperlich verletzt sind (Überlebende)

2. beobachten, wie andere Menschen, eventuell Angehörige, lebensgefährlich bedroht scheinen, schwer verletzt werden oder zu Tode kommen, sie selbst sich aber zu keinem Zeitpunkt durch das Ereignis bedroht fühlen (Augenzeugen)
3. davon (meist über die Medien oder über Mobiltelefone von Augenzeugen) hören, dass Angehörige verletzt, ums Leben gekommen oder vermisst sind (Vermisssende).

Diese drei Formen von Betroffenheiten (vgl. DSM IV: 308.3) treten auch in Mischformen auf: es gibt vermisse und/oder trauernde Überlebende und Augenzeugen.

Zur Definition der Großschadenslage gehört, dass dieses Schicksal nicht nur einige wenige bzw. eine übersichtliche Zahl von Menschen miteinander teilen, wie dies im alltagsnahen Arbeiten der PSNV üblich ist. Hier geht es um eine (zu Beginn immer) unübersichtlich große und zunächst schwer erfass- und abschätzbare Zahl von Menschen, die in unterschiedlicher Weise von dem Ereignis betroffen sind. Eine unter dem Gesichtspunkt der PSNV „komplexe Schadenslage“ tritt dann auf, wenn das Ereignis für die Kräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes keine Großschadenslage ist, weil wenig verletzte oder getötete Personen zu beklagen sind, allerdings aufgrund des Ereignisses eine Vielzahl von Betroffenen auftreten und durch Konzepte der PSNV zu versorgen sind.

Kasuistik 29

Ein etwa 20 Jahre alter Mann begibt sich morgens an seine Ausbildungsstätte und erschießt dort zwei Kollegen. Anschließend lässt er sich in einem Taxi zu der Schule fahren, die er bis vor einem Jahr besuchte. An diese Schule grenzen unmittelbar drei weitere Schulen an. Er begibt sich in eine Schule, erschießt dort im Sekretariat den Direktor, geht in der Schule umher, verletzt einen Lehrer durch einen Schuss und sprengt sich schließlich mit einer selbst gebauten Bombe in die Luft. Die Polizei brauchte mehrere Stunden, bis sie zweifelfrei feststellte, dass nur ein Täter unterwegs und dieser tot war. In

³⁷ Hier ist vor allem das Engagement des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn hervorzuheben, in dem eigens ein Fachbereich „psychosoziale Notfallversorgung“ eingerichtet wurde.

dieser Zeit wurden die ca. 2000 Schüler der vier Schulen evakuiert. Eine intensive und schnell einsetzende Medienberichterstattung führte dazu, dass hunderte Eltern sich auf den Weg machten, um ihre Kinder abzuholen. Innerhalb von zwei Stunden entwickelt sich eine Dynamik, die die gesamte Gemeinde betrifft.

Diese Lage wird von der Polizei geführt und erfordert für sie einen bedeutenden Aufwand. Für den Rettungsdienst und die Feuerwehr handelt es sich nicht um eine größere Schadenslage, die üblichen Ressourcen waren zu keinem Zeitpunkt des Ereignisses auch nur annähernd ausgeschöpft. Aus Sicht der PSNV jedoch handelte es sich um einen aufwändigen Einsatz: es wurden die Schülerinnen und Schüler mit ihren Lehrern betreut und Eltern mussten empfangen und informiert werden, die Eltern mit ihren Kindern zusammen geführt werden. In der Betreuung stellt sich heraus, dass einzelne Schülerinnen und Schüler sowie einzelne Angehörige des Lehrerkollegiums, aber auch weitere nichtpädagogische Angestellte der Schulen (z. B. Sekretärinnen, Hausmeister, Verkäuferin eines Brotzeitstandes) psychisch erheblich belastet sind.

Das Gesamt aller Formen von Auswirkungen und Betroffenheit kann und braucht die PSNV nicht bearbeiten. Da die Ressourcen räumlich und zeitlich nahe am Ereignis immer begrenzt sind, müssen Prioritäten festgelegt werden. Betroffene, die aufgrund der Prioritätensetzung zunächst nicht angemessen wahrgenommen werden können, müssen auf die Ressourcen der psychosozialen Regelversorgung (z. B. niedergelassene Psycho- und Traumatherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste, andere Beratungsstellen) verwiesen werden. Die Kriterien für die Prioritäten der strukturierten PSNV in Katastrophen folgen zwei Achsen:

1. dem zeitlichen Verlauf, d. i. die Dringlichkeit, mit der Maßnahmen vom PSNV-Personal für bestimmte Zielgruppen ergriffen werden
2. den Zielgruppen, denen sich PSNV-Personal zuwendet, das sind die unter 1-3 aufgezählten Betroffenen

Eine weitere für die PSNV wesentliche Differenzierung betrifft die Frage, ob die Katastrophe vornehmlich oder ausschließlich Menschen betrifft, die in der Region, in der das Ereignis auftritt, ihre Heimat haben (gemeindenah). Beispiele für gemeindenahen Katastrophen sind Unwetter, Flut, Massaker an Schulen (z. B. in Freising und Erfurt), Einsturz von Gebäuden, die von Bürgern genutzt werden (Einsturz der Eislauhalle in Bad Reichenhall 2006). Betroffenen stehen andere Ressourcen zur Verfügung und erleben Bedrohungen anders, ob sie in ihrer heimatlichen oder in einer fremden Umgebung exponiert sind.

Gemeindeferne Katastrophen können Naturkatastrophen sein, die sich auch auf Urlauber auswirken (z. B. Tsunami 2004), Attentate oder Unfälle im Transportbereich (Flugzeug, Bahn und Bus). In der fremden Umgebung, Sprache und Kultur äußern Betroffene andere Bedürfnisse in der Betreuung.

Eine letzte Unterscheidung, die hier eingeführt wird und für die PSNV in Katastrophen relevant ist, betrifft die polizeiliche versus die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr. In Katastrophen, die z. B. durch Attentate ausgelöst werden, wirken sich die Arbeitsaufträge der strafverfolgenden Behörden auf die PSNV unmittelbar aus.

Wie im alltagsnahen Arbeiten gilt, dass die PSNV grundsätzlich unverzichtbarer integraler Bestandteil der Gesamtheit aller Maßnahmen ist, die für Betroffene ergriffen werden. Dies gilt vom ersten Kontakt verletzter und unverletzter Überlebender mit Rettungskräften bis zur weiteren notfallmedizinischen, schließlich definitiven ambulanten oder stationären Versorgung Überlebender oder der Beerdigung der Leichname. Da die angemessene Wahrnehmung der Bedürfnisse betroffener Menschen ein integraler Aspekt der gesamten (Großschadens- bzw. Katastrophen-) Lage darstellt, ist es unverzichtbar, dass psychosoziale Kompetenz in allen Entscheidungs- und Leitungsebenen vertreten ist. Aspekte der PSNV müssen ebenso kontinuierlich Berücksichtigung finden in allen polizeilichen Maßnahmen, z. B. der Zeugenbefragung, Leichensachbearbeitung und Hotline für Vermisste. Das bedeutet, dass alle Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz wie aus Polizei

über Grund- oder Basiskompetenzen der PSNV verfügen. Diese Grundkompetenzen bestehen aus

1. Wissen über Auslöser von Belastungsreaktionen
2. Wissen über spezifische Auswirkungen von Belastungsreaktionen
3. Wissen über die Bedürfnisse belasteter Menschen, Handlungskompetenzen im Umgang mit ihnen
4. Wissen über strukturierte PSNV-Angebote, ihre Erreichbarkeit und Organisationsform in der konkreten Lage, Vernetzung mit PSNV-Angeboten

Langjährige Erfahrung in der Schulung dieser Basiskompetenzen zeigen, dass zwei bis vier Unterrichtseinheiten die genannten Kenntnisse vermitteln können und zumindest für eine gewisse Sensibilisierung für das Anliegen sorgen. Die genannten Schulungsinhalte dienen der vertieften Wahrnehmung der psychischen Bedürfnisse Überlebender, Trauernder und Vermissender. Sie können im Rahmen der primären Prävention erweitert werden um Inhalte, die die Ursachen und Auswirkungen spezifischer Belastungen der Einsatzkräfte thematisieren und sekundärpräventive Maßnahmen nennen.

Kasuistik 30

In einer Katastrophe werden in einem Behandlungsplatz 8 verletzte, ansprechbare Patienten versorgt und warten auf den Transport in ein Krankenhaus. Keiner der Patienten vermisst einen Angehörigen, die Stimmung ist gefasst und ruhig. Das notfallmedizinische Hilfspersonal, das die Patienten körperlich versorgt, den Patienten bereits persönlich bekannt ist und in gutem Kontakt mit ihnen steht, fordern PSNV an. Es werden keine weiteren Patienten für diesen Behandlungsplatz erwartet. – Aus Sicht der strukturierten PSNV wäre es wünschenswert, wenn das Personal des Behandlungsplatzes – zumal die personellen Ressourcen zur Verfügung stehen und keine weiteren Patienten zur Versorgung erwartet werden – selbst einen beruhigenden, allgemein menschlichen Kontakt zu den von ihnen versorgten Patienten halten kann bzw. sich dies zutraut.

In Katastrophen kommen für die PSNV nur und ausschließlich ausgebildete und erfahrene PSNV-Mitarbeiter zum Einsatz. Wer nicht regelmäßig in

alltagsnahen Bezügen psychosoziale Akutinterventionen durchführt, stellt keine Ressource für die PSNV in Katastrophen dar. Eine Handlungssicherheit, wie sie nur im alltagsnahen Arbeiten erworben werden kann, ist die Voraussetzung dafür, unter den Bedingungen einer Katastrophe qualifiziert mit betroffenen Menschen umzugehen. Dies wird hier nachdrücklich betont, weil es Bestrebungen und berufsständisch motivierte Interessen zu geben scheint, psychosoziale Fachkräfte in die peritraumatische Intervention bei Katastrophen einzubinden, die keine alltagsnahen Interventionen durchführen.

Die Integration und Präsenz der PSNV auf allen Entscheidungsebenen ist die Voraussetzung dafür, dass

1. Menschen mit höherer Betreuungspriorität frühzeitig und verlässlich wahrgenommen werden
2. inhaltliche Anliegen der PSNV in Entscheidungsprozessen angemessen Berücksichtigung finden
3. der Einsatz des PSNV-Personals vernetzt bleibt mit anderen Einsatzabschnitten
4. PSNV-Personal alle für die PSNV relevanten Informationen verlässlich und zeitnah erhält.

Das Bewusstsein für den Bedarf einer Integration der PSNV in alle Entscheidungsebenen der polizeilichen wie der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr ist derzeit noch nicht überall ausreichend etabliert. Die Argumentation, die Zahl der Mitarbeiter in Stäben im Interesse ihrer Arbeitsfähigkeit klein und damit übersichtlich zu halten, ist nachvollziehbar. Dieses berechtigte Anliegen steht allerdings in Spannung zu den Erfahrungen aus Katastrophen und Großschadenslagen der letzten 10 Jahre, in denen die PSNV eine bedeutende Rolle spielt. Gelegentlich wurden kurzfristig Ansprechpartner für die PSNV ohne entsprechende Erfahrung und Strukturwissen in der Stabsarbeit mehr oder weniger gut eingebunden. Während die peritraumatische Intervention alltagsnah von immer mehr Mitarbeitern immer verantworteter durchgeführt wird, bleibt die strukturelle Einbindung der PSNV in Großschadenslagen solange unbefriedigend, solange sie nicht konsequent in die Strukturen der Einsatzleitung integriert ist.

Der Erfahrung aus der PSNV in Großschadenslagen der letzten Jahre bestätigt, dass dort, wo eine alltagsnah arbeitende Einrichtung der PSNV qualifiziert arbeitet, sie selbstverständlich auch in der Großschadenslage die Organisation, Disposition und Leitung für dieses Arbeitsfeld hat und behält. Nur wer die PSNV-Strukturen und Angebotsträger in der Region gründlich kennt, kann sie in der Großschadenslage koordinieren, darüber besteht kein Zweifel. Es zeigt sich jedoch, dass immer wieder Fragen auftauchen, die nicht regional zu klären sind, weil sie sich auf Aspekte beziehen, die eine besondere Expertise im Bereich der PSNV in Großschadenslagen und Katastrophen wie auch der Psychotraumatologie insgesamt benötigen. Das dafür erforderliche Fachwissen haben sich in der zurückliegenden Dekade nur wenige Experten aneignen können. Ihre Erfahrung sollte im Rahmen von Beratungen der regionalen Einsatzleitung zur Verfügung stehen. In Großschadenslagen treten Besonderheiten auf, die durch Rückgriff auf die Erfahrungen aus der alltagsnahen PSNV nicht immer angemessen bearbeitet werden können.

7.1.2 Alarmierung

7.1.2.1 Keine PSNV ohne Auftrag

Sobald Katastrophen auftreten, berichten kurz nach ihrem Eintritt Medien darüber. Sie sind schneller informiert als Behörden oder andere zuständige Einrichtungen, allerdings werden Inhalte in die Öffentlichkeit getragen, deren Wahrheitsgehalt in der Kürze der Zeit nicht geprüft werden kann. Behörden und andere zuständige Einrichtungen erteilen nur aufgrund einer mehr oder minder gesicherten Faktenlage Arbeitsaufträge und nehmen Alarmierungen vor. Die frühe Berichterstattung hat zur Folge, dass Menschen sich spontan aufgerufen fühlen, angesichts des zu erwartenden oder bereits medial transportierten menschlichen Leides zu helfen. Ausgehend von dem falsch verstandenen Grundsatz „Not kennt kein Gebot“ treffen nach kurzer Zeit am Ereignisort Hilfsangebote ein, deren Qualität und Motivation in der anfänglich verwirrenden Lage kaum zu beurteilen sind. Es liegen Kasuistiken vor, die belegen, dass mehr oder eher minder fachlich qualifizierte Hilfwillige sich auf den Weg

machen, einfach weil sie „helfen“ wollen, aufgrund ihrer Qualifikation jedoch nicht in der Lage sind, fachlich verantwortet das zu tun, wozu sie antreten.

Kasuistik 31

Bei einer Katastrophe können Leichname der Opfer erst im Lauf der ersten drei Tagen nach Eintritt der Katastrophe geborgen werden. Bis zur Bergung der Leichen werden die vermissenden Angehörigen intensiv und von den Medien und anderen Störungen abgeschirmt betreut. Etwa 24 Stunden nach Eintritt der Katastrophe bemerken PSNV-Mitarbeiter, die die Vermissenden betreuen, dass sie eine neue, ihnen bis dahin unbekannte Kollegin zu haben scheinen. Sie sprechen die Frau, die die Einsatzbekleidung einer Hilfsorganisation trägt, an und stellen fest, dass sie ca. 750 Km entfernt wohnt, im Radio von der Katastrophe hörte und sich spontan betroffen und angesprochen fühlte, zu helfen. Von ihrem früheren ehrenamtlichen Engagement bei der Hilfsorganisation verfügte sie über eine Ausstattung. Sie trat die Reise mit dem Zug an, fragte sich vor Ort nach PSNV-Einsatzstellen durch und verschaffte sich schließlich Zutritt zu den Vermissenden. Im Gespräch wirkte sie nach kurzer Zeit deutlich verwirrt und wurde schließlich einem Psychiater übergeben.³⁸

Die Frage, ob und wie sich bestehende überregionale Hilfsangebote in die PSNV-Strukturen vor Ort integrieren lassen, stellt ein wesentliches Qualitätskriterium ihrer Arbeitsweise dar. Besonders im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung erweist es sich als kontraproduktiv und schädlich, wenn die Arbeit nicht mit klarem Auftrag, in enger Vernetzung zu relevanten Einrichtungen und ausreichender Dokumentation erfolgt. So wie jeder „irgendwie“ Erste Hilfe bei körperlich verletzten Personen leisten kann, so kann auch jeder „irgendwie“ akut psychisch traumatisierte Menschen betreuen. Der Betroffene erwartet allerdings zu Recht auch in der Großschadenslage, dass die Qualität der Versorgung sich an der Qualität der Versorgung bei alltagsnahen Ereignissen orientiert.

Die Erfahrung zeigt, dass die vielfältigen, unübersichtlichen, teilweise penetrant und mit Drohgebärden begleiteten „Angebote“ in der Katastrophe zur

³⁸ Auch Mitglieder von Sekten verschaffen sich in Katastrophen Zugang zu Betroffenen

„Stressbearbeitung“ selbst zu einem Stressor werden. Diesen und anderen bedauerlichen Tendenzen der PSNV kann nur wirksam begegnet werden, wenn ein Forum vorhanden ist, in dem alle PSNV-Angebotsträger, die in Katastrophen tätig werden, Absprachen in Bezug auf inhaltliche und formale Fragen treffen.³⁹

Kasuistik 32

In einer Katastrophe meldet sich der Mitarbeiter einer Hilfsorganisation beim PSNV-Einsatzleiter und bietet seine Hilfe an: er sei aus großer Entfernung (mehrere hundert Kilometer) mit einem Team aus fünf weiteren Personen angereist und wolle nun tätig werden. Als Auftraggeber nennt er eine Bundesbehörde, die jedoch keine Befugnisse hat, einen Betreuungsauftrag zu erteilen. Eine kurze Rückfrage bei der Behörde bestätigt, dass sie keinen Auftrag erteilt hat. Es zeigt sich, dass den Mitarbeitern der Hilfsorganisation Grundwissen fehlt, sie jedoch mit dem Kamerteam eines privaten Fernsehsenders angereist sind. Sie drohen, dass die Ablehnung ihres Hilfsangebotes in dem Fernsehsender öffentlich verbreitet wird. Ein regionaler Ansprechpartner der Hilfsorganisation bestätigt, dass sie tatsächlich im Auftrag der regionalen Gliederung angereist sind, die Kosten für die Anfahrt wurden vom Fernsehsender übernommen. Diese Gruppe kam nicht zum Einsatz.

7.1.3 Sicherheitslage

Größere Schadenslagen und Katastrophen im In- und Ausland, bei denen PSNV in den letzten Jahren zum Tragen kam, wurden durch einen Vorgang (z. B. Explosion, Unfall im Transportbereich, Naturkatastrophe) verursacht, der in einem engen Zeitsegment erfolgte und dann beendet war: Einsatzkräfte mussten mit den Folgen umgehen, der zerstörerische Vorgang als solcher war vorüber. Das Vertrauen, dass von einer Schadensstelle keine unberechenbaren Gefahren ausgehen, ist wesentliche und explizit wenig reflektierte Arbeits-

³⁹ In und für Deutschland liegen „Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung“ vor, in denen Führungsfunktionen und –strukturen für die PSNV in Großschadenslagen beschrieben werden; außerdem werden Landeszentralstellen vorgestellt, die u. a. als entsprechendes Forum gedacht sind, vgl.: Beerlage, I., Hering, T. & Nörenberg, L. (2004). Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. <http://www.psychosoziale-notfallversorgung.de>

grundlage aller eingesetzten Kräfte. Bisher gab es keinen konkreten Anlass, diese unreflektierte Grundannahme in Frage zu stellen.

Experten, die terroristische Bedrohungslagen einschätzen, machen in den letzten Jahren allerdings zunehmend darauf aufmerksam, dass die Möglichkeit von Anschlägen mit atomaren, biologischen oder chemischen Stoffen besteht. Die Gefahren, die von diesen Stoffen ausgehen, sind sensorisch für den Menschen nicht unmittelbar wahr- und einschätzbar. PSNV-Mitarbeiter stehen in einem direkten Kontakt zu betroffenen, eventuell auch kontaminierten Menschen. Die Konsequenzen, die sich für die PSNV aus der Gefahr von A-, B- oder C-Stoffen ergeben, sind weit reichend, auch wenn kaum Erfahrungswissen dazu vorliegt (Helmerichs, 2006).

Grundsätzlich gilt für die psychosoziale Notfallversorgung: sie findet nie in Bereichen statt, die unmittelbar gefährdet sind. Eine Grundregel der peritraumatischen Intervention besagt, dass die traumatische Exposition unterbrochen und Betroffene in eine sichere Umgebung verbracht werden. Wenn das PSNV-Personal wahrnimmt, dass es in einem Umfeld arbeitet, in dem die körperliche Integrität akut bedroht ist, wird es – vor allem, wenn es sich selbst nicht ausreichend schützen kann – mit Verunsicherung reagieren. Die Unsicherheit überträgt sich auf Betroffene. Eine erste psychische Stabilisierung ist unter diesen Umständen kaum möglich.

Kasuistik 33

Die Repatriierung überlebender Europäer nach der Flutkatastrophe vom 26.12.2004 auf Phuket/Thailand erfolgte vom internationalen Flughafen, der unmittelbar am Strand liegt. Der Tsunami traf den Flughafen kaum, es waren einige leichtere Schäden an Gebäuden unmittelbar an dem Ende der Start- und Landebahn wahrnehmbar, das zum Strand hin zeigte. Die Halle, in der sich Verletzte, Überlebende und Einsatzpersonal aufhielten, bevor sie abflogen, lag ungefähr zweihundert Meter entfernt vom Strand. In den Tagen unmittelbar nach dem 26.12.2004 kam es zu mehreren Tsunami-Warnungen, während sich in der Halle Hunderte von Menschen aufhielten. Die Halle wurde von den thailändischen Behörden nicht geräumt. Zeitweise entstand ein Gefühl

von Unsicherheit und Bedrohung, das einige Einsatzkräfte als starke zusätzliche Belastung wahrnahmen.

Kasuistik 34

Nach einem Massaker an einer Schule konnte die Polizei zunächst nicht mit Sicherheit davon ausgehen, dass nur ein Täter an dem Massaker beteiligt war. Schwer bewaffnete und geschützte Polizisten suchten einen vermuteten weiteren Täter, während die psychosoziale Notfallversorgung der Schüler, Eltern und Lehrer bereits angelaufen war. Eine ähnliche Erfahrung wurde auch nach der Beendigung einer Geisellage in einem Flugzeug gemacht: die Polizei konnte nicht sicher ausschließen, dass ein oder mehrere Komplizen des Täters sich unter den Fluggästen aufhielten, die mittlerweile von PSNV-Mitarbeitern betreut wurden. In keiner dieser Fälle kam es zu einer realen Gefährdung. Es ist nicht vertretbar, die PSNV solange auszusetzen, bis mehr oder minder abstrakte Gefahrensituation mit letzter Sicherheit auszuschließen sind. Dessen ungeachtet sollte PSNV-Personal über die grundsätzlichen Gefahren informiert werden und die Möglichkeit der Entscheidung behalten, ob bzw. ab welchem Zeitpunkt sie mit der psychosozialen Notfallversorgung beginnen. Die enge strukturelle Vernetzung der PSNV mit der polizeilichen Gefahrenabwehr dient der Sicherheit und Arbeitseffizienz aller.

7.1.4 Aufbau rückwärtiger Strukturen

Bei komplexen Ereignissen zeigt sich immer wieder, dass Informationen über das Ereignis mit zunehmender Nähe zum Ereignisort immer schwerer zu erhalten sind. Einsatzkräfte mit einem verlässlichen Gesamtüberblick über die Lage sind nur in den abgeschirmten und schwer zugänglichen Stäben anzutreffen. Einsatzkräfte vor Ort haben jeweils nur Wissen zu dem Einsatzabschnitt, in dem sie unmittelbar eingesetzt werden. Deshalb hat es sich für die PSNV bewährt, dass aus der Entfernung relevante Medienberichte im Radio, im Fernsehen und im Internet gesichtet und für die PSNV ausgewertet werden.

Da die Kommunikationsmöglichkeiten in der Nähe des Ereignisses oft sehr eingeschränkt sind – die Netze der Mobilfunkanbieter sind überlastet, Festnetzanschlüsse und Internetzugänge stehen kaum bzw. nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung – kann es schwierig sein, Informationen zur PSNV-Leitung zu

bringen. Manchmal bleibt nur noch die Möglichkeit, über SMS zu kommunizieren.

7.1.5 Eintreffen an der Einsatzstelle:

7.1.5.1 Vom Chaos zur Struktur

Mindestens in den ersten Stunden nach Eintreten einer Katastrophe herrscht Chaos. In der Literatur wird die erste „Chaosphase“ häufig abgewertet als ein in Kauf zu nehmender Übergang hin zu Etablierung wirksamer Strukturen. Ohne Frage müssen Strukturen geschaffen werden, sie sind der einzige Weg zu einer geregelten, qualifizierten und effizienten PSNV. Allerdings verhindert Chaos nicht nur angemessene Aktivität, sondern erschließt in einer Katastrophe Ressourcen, die sonst nicht nutzbar wären und geplant nie hätten einbezogen werden können.

Kasuistik 35

Der Besitzer eines Restaurants schließt angesichts einer größeren Schadenslage in seiner unmittelbaren Nachbarschaft sein Lokal und stellt es Betroffenen zur Verfügung. PSNV kann sich ausgehend von dieser Räumlichkeit gut organisieren.

Im Rahmen der Selbstorganisation und vorgesehener Einsatzpläne entwickelt sich nicht nur die Strukturen der Rettungsmaßnahmen, sondern mit ihnen auch die der PSNV – am Anfang der Bewältigung der Katastrophe steht jedoch grundsätzlich mit höchster Priorität die Rettung und Versorgung verletzter Menschen. PSNV hat gegenüber Rettung und notfallmedizinischer Versorgung grundsätzlich eine nachgeordnete Bedeutung. Nach und neben der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und dem Abtransport von Patienten in geeignete Einrichtungen entwickeln sich spontan erste Ansätze zur PSNV: Leichtverletzte und Überlebende äußern ihre Bedürfnisse mit zunehmendem Nachdruck, Ersthelfer und Einsatzkräfte kommen immer weniger umhin, auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

In der Chaosphase wird häufig von Ersthelfern, Anwohnern, unverletzten Augenzeugen, aber auch von Polizeibeamten, Rettungskräften bis hin zu Jugendgruppen von Hilfsorganisationen und allen Menschen „betreut“, die den Eintritt der Katastrophe wahrgenommen haben und sich zum Unglücksort begeben. Die Ersthelfer leiden gelegentlich nach einigen Tagen massiv unter den Eindrücken, die sie aus den ersten Minuten bzw. der Stunden nach Eintritt der Katastrophe mitnehmen. Sie werden selbst zu Betroffenen, die dringend auf Wahrnehmung, Betreuung und Wertschätzung angewiesen sind. Zunächst jedoch wachsen sie über sich hinaus, aktivieren ungeheure psychische und physische Kräfte, von denen sie selbst nichts geahnt haben. Viele von ihnen dissoziieren und berichten später davon, dass sie automatisch, gleichsam ferngesteuert gehandelt hätten, dass sie sich wie in einer Filmszene bewegt hätten, dass sie alles als unwirklich und ohne jede Gefühlsbeteiligung erlebten. Die Ersthelfer werden leicht übersehen: sie bekommen keine angemessene Wahrnehmung, ihr Beitrag wird oft nur unzureichend gewürdigt. Eine wertschätzende öffentliche Wahrnehmung würde hätte auch psychotraumatologisch präventive Bedeutung.

Der Eindruck von Ersthelfern und Überlebenden, übersehen und nicht wahrgenommen zu werden, führt immer wieder dazu, dass sie sich Medienvertreter als Gesprächspartner anbieten oder bereitwillig auf Anfragen eingehen, weil (nur?) diese ein Interesse an dem signalisieren, was sie erlebt haben. Die Darstellung in den Medien führt jedoch weniger zu einer Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit. Viel häufiger fühlen Betroffene sich durch die selektive, reißerische und tendenziöse Berichterstattung zusätzlich gekränkt und hilflos.

Zudem besteht bei vielen Augenzeugen, Ersthelfern und bei Überlebenden gerade gemeindeferner Unglücke zunächst die Tendenz, den Vorgang, in dem sie durch die Katastrophe unterbrochen wurden, wieder aufzunehmen: wenn sie sich auf einer Reise befinden, setzen sie zunächst die Reise fort, vielleicht noch bevor ihre Personalien durch Einsatzkräfte aufgenommen wurden. Selbst Überlebende mit gravierenden Verletzungen, die sich unversorgt durchaus noch zu kritischen Zuständen entwickeln können, entfernen sich vom Ort der Katastrophe und des Schreckens – und realisieren erst dann, wenn sie sich

sicher fühlen bzw. wieder auf dem Weg sind, welche Dimension das Ereignis eigentlich hatte. An sicherem Ort dekompensieren sie, ihre soziale Umgebung wirkt verunsichert und sorgt sich, eventuell mehrere hundert Kilometer vom Ereignis entfernt, um Hilfe.

Kasuistik 36

Bei einem schweren Zugunglück überleben einige Fahrgäste unverletzt. Sie helfen zunächst den Schwerverletzten. Nachdem sie feststellen, dass viele Einsatzkräfte eingetroffen sind und tätig werden, nehmen sie, soweit möglich, ihre persönliche Gepäckstücke an sich, laufen auf den etwa 1 Kilometer entfernten Marktplatz, und setzen mit öffentlichen Bussen bzw. Taxen ihre Reise fort. Manche von ihnen realisieren erst bei ihrer Ankunft am Reiseziel, welche Katastrophe sie überlebten.

PSNV-Mitarbeiter, die mit engagierten Ersthelfern in Kontakt kommen, brauchen ein feines Fingerspitzengefühl, um im Rahmen einer wertschätzenden Übergabe wichtige Informationen zu erhalten, Gruppen von Betroffenen zu identifizieren und einen Zugang zur Lage und ihren Besonderheiten zu erhalten. Umso später PSNV-Mitarbeiter eintreffen, umso größer wird das Risiko, von Ersthelfern, die sich selbst nach eigenen Maßstäben organisieren, als Bedrohung ihrer bisher geleisteten Arbeit wahrgenommen zu werden. Daher kann eine vorläufige Einbindung unumgänglich sein. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass die Ersthelfer selbst in hohem Maß traumatisiert sind. Viele spüren, dass sie in Gefahr sind, zu dekompensieren, wenn sie zur Ruhe kämen. Es fällt ihnen schwer, aus der Helferrolle, mit der sie sich bis dahin identifizierten, heraus zu gehen und „Betroffener“ zu sein, der Unterstützung braucht und annehmen kann.

Es erweist sich immer wieder als lohnend, wenn jeder PSNV-Mitarbeiter für sich selbst bereits in der Chaosphase mit der Dokumentation zentraler Informationen zu beginnen: vieles, was peritraumatisch geschieht, wirkt sich später nachdrücklich aus. Vor allem sollten Namen, Erreichbarkeiten, Kontexte (z. B. Art der Betroffenheit) und für die spätere Rekonstruktion auch die Uhrzeit/Datum festgehalten werden. Was im Moment deutlich, offensichtlich und eher lapidar wirkt, kann nach kurzer Zeit kaum mehr erinnert werden.

Um sich einen ersten Überblick über die Lage zu verschaffen, sollten PSNV-Mitarbeiter, die disponierende Funktionen haben, direkte Kontakte zu Betroffenen eher vermeiden. Betroffene sind nicht oder kaum in der Lage, eine verlässliche Darstellung auch nur dessen zu geben, was sie selbst gesehen und wahrgenommen haben. Sie sind verständlicher Weise dominiert von ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fragen – es fällt schwer, sie abzuweisen. Wenn man auf diese eher unstrukturierte Weise zu betreuen beginnt, gelingt es schwerer, den nötigen Abstand für einen Überblick zu bekommen.

Ansprechpartner für diesen Lageüberblick ist selbstverständlich die Einsatzleitung, sofern diese bereits vor Ort wahrnehmbar ist und sich konstituiert hat. Sollte dies noch nicht der Fall sein, so erhält man Informationen von höherrangigen Einsatzkräften und vor allem von Polizeibeamten, die oft nicht unmittelbar in Rettungsmaßnahmen involviert sind und aufgrund ihres dienstlichen Selbstverständnisses und Auftrages eher ein Interesse haben, Abläufe von Ereignissen wahrnehmen und beschreiben zu können. Wichtig ist der Blick dafür, wo und wie sich spontan und selbst organisiert „Betreuungsabschnitte“ bilden.

7.1.6 Entstehung von Grundstrukturen

Die Struktur der sich aufbauenden PSNV berücksichtigt die unterschiedlichen Gruppen der Betroffenen:

7.1.6.1 Trauernde, Hinterbliebene

Auf den ersten Blick und aus der Erfahrung aus der alltagsnahen PSNV scheint diese Gruppe von Betroffenen eindeutig und leicht zu definieren: Trauernde sind diejenigen, die den Tod eines Angehörigen zu beklagen haben.

Während im alltagsnahen Arbeiten der Tod eines Menschen und seine Identität vom Arzt (in der Leichenschau) zweifelsfrei festgestellt werden und das Ergebnis unmittelbar vorliegt, ist dieser Vorgang bei Katastrophen, bei der eine Vielzahl von Toten auftreten, oft aufwändig und langwierig. In der Katastrophe sind nur die Menschen als Trauernde oder Hinterbliebene zu bezeichnen, die entweder die amtliche Aussage vorliegen haben, dass der Leichnam ihres

Angehörigen identifiziert ist, oder die sich selbst subjektiv zweifelsfrei sicher sind, dass ihr Angehöriger die Katastrophe nicht hat überleben können.

Kasuistik 37

Nach einem Flugzeugabsturz bei A sind sich Angehörige sofort zweifelsfrei sicher, dass ihre Familie in diesem Flugzeug war und – wie alle anderen Passagiere – gestorben ist. Ein wichtiges, emotional bedeutsames Indiz für die Betroffenen ist der Umstand, dass sich bei allen Anrufversuchen auf den Mobiltelefonen der Familie immer nur die Mailbox einschaltet. Diese subjektive Gewissheit wird zu keinem Moment der Betreuung in Frage gestellt, die Angehörigen verstehen sich selbst als Trauernde und Hinterbliebene. Erst Tage später kommt die amtliche Bestätigung, die für die Hinterbliebene nur eine formale Bedeutung hat. Alle Leichname werden gefunden, identifiziert und schließlich beerdigt

Bei einem Flugzeugabsturz vor B konnten nicht alle Leichname der Passagiere geborgen werden. Während der Leichnam eines Familienmitgliedes zweifelsfrei identifiziert wird, finden sich von einem anderen Familienmitglied keine Spuren. Nicht nur in den Tagen, Wochen und Monaten nach dem Absturz, sondern noch Jahre später fühlt sich eine Person aus der Gruppe der Angehörigen als Vermissende. Sie leidet selbst darunter, dass trotz aller Plausibilität (Passagierliste, seit Jahren kein Lebenszeichen vom Vermissten) sie sich nicht damit abfinden kann, dass auch der vermisste Angehörige sich beim Absturz im Flugzeug befunden haben muss. Sie sagt von sich selbst, dass sie das Gefühl habe, verrückt zu werden: während sie zu manchen Zeiten akzeptiert, dass der vermisste Angehörige gestorben ist, ist sie bereits mehrfach in das Land gereist, aus dem das Flugzeug abflog, um dort ihren Angehörigen zu suchen. Die Kasuistik weist darauf hin, dass entgegen einer rationalen Erwartung Vermissende mit großer Energie über die Zeit unmittelbar nach dem Ereignis hinaus an Hoffnungen festhalten, die keinen Bezug zur Realität haben. Die Kasuistiken verdeutlichen, dass die Gruppe der Trauernden von der Gruppe der Vermissenden deutlich zu unterscheiden ist. Diese Unterscheidung gilt nicht erst in der mittelfristigen Nachsorge, sondern bereits unmittelbar unter dem Eindruck der Katastrophe.

7.1.6.2 Vermissende

Sie hoffen zunächst mit aller Kraft, dass der vermisste Angehörige unter den Verletzten zu finden sein wird, die in umliegende Krankenhäuser verbracht wurden. Daher begeben sie sich dorthin, wo Verletzte versorgt und abtransportiert werden. Dort behindern sich jedoch nachhaltig die rettungsdienstlichen Maßnahmen. Es scheint Konzeptionen für Großschadenslagen zu geben, die davon ausgehen, dass Vermissende und notfallmedizinisch versorgungspflichtige Patienten mit geringem personellem Aufwand zu trennen seien. Dabei wird die Energie unterschätzt, die Vermissende motiviert, auf die Suche zu gehen.⁴⁰ Wenn und in dem Maß, in dem Vermissende wahrnehmen, dass sie aus eigenem Handeln heraus den Verbleib ihrer Angehörigen nicht selbstständig recherchieren können, wenden sie sich an eine (bald zu errichtende) Stelle, die vermisste Personen registriert. Vermissende begeben sich selbst dort hin (wenn sie – z. B. über die Medien – erfahren, wo diese Stelle eingerichtet wurde) oder rufen an⁴¹.

Sobald Namenslisten zur Verfügung stehen, in denen die in Krankenhäuser verlegten Patienten erfasst sind, werden die Angehörigen informiert. Ihr vorherrschendes Interesse besteht nun an der Zusammenführung.

Die Schwerpunkte der psychosozialen Akutintervention und ihre Abläufe unterscheiden sich wesentlich darin, ob Betroffene in ihrer vertrauten Umgebung einer Katastrophe ausgesetzt sind, oder ob sie entweder aus der Ferne und hauptsächlich über die Medien vermittelt Vorstellungen dazu entwickeln.

7.1.7 PSNV in gemeindenahen Katastrophen

7.1.7.1 Vermissende

Die Erfahrung zeigt, dass Vermissende in der Nähe des Ortes der Katastrophe bleiben möchten. Sie begeben sich kaum und nur kurzzeitig nach Hause, weil

⁴⁰ Hier ist grundsätzlich anzumerken, dass Katastrophenübungen, die psychotraumatologisch relevante Reaktionsweisen verletzter und unverletzter Überlebender nicht berücksichtigen, wesentliche Aspekte der Realität ausgrenzen.

⁴¹ „Hotline“, in Deutschland: „Gemeinsame Auskunftsstelle“ - GAST

sie sich dort vom Geschehen abgeschnitten fühlen. Vor allem möchten sie zeitnah relevante Informationen erhalten.

Um sie vor Medien und anderen Irritationen zu schützen, sollten sie an einem Ort zusammengebracht werden, der möglichst folgende Kriterien erfüllt:

- von außen nicht einsehbar: weder ebenerdig noch mit Fenstern zu gegenüberliegenden Gebäuden, zu denen sich Medienvertreter Zugang verschaffen können (Teleobjektive); möglichst nicht in unmittelbarer Blickweite zum Ort der Katastrophe.
- Zugang leicht und ohne übermäßigen Personalaufwand kontrollierbar: der Zugang zu Vermissenden wird restriktiv begrenzt auf ihre sozialen Ressourcen (Familienangehörige, Freunde, Kollegen – sie bestimmen selbst, wen sie in ihrer Nähe haben möchten) und die PSNV-Mitarbeiter, die einen Betreuungsauftrag für diese Zielgruppe haben – alle anderen Personen (mit Ausnahme von Einsatzkräften, die die Vermissenden informieren) erhalten im Interesse größtmöglicher Ruhe und Intimität keinen Zugang. Der Zugang kann bei Bedarf über eine täglich wechselnde Ausweiskarte geregelt werden.
- Toiletten- und Waschräume
- Catering: ständiges Angebot von leichten Mahlzeiten, Obst und Getränken (kein Alkohol!)
- Mehrere abtrennbare Räume:
 - für das PSU-Personal als Rückzug, für Besprechungen (Übergabe), Koordination/Disposition/Leitung des Unterabschnittes „Betreuung Vermissender“, Vernetzung zur GAST und Einsatzleitung
 - für Einzel- oder Kleingruppengespräche mit Vermissenden, z. B., wenn ein Leichnam gefunden bzw. identifiziert ist oder Fragestellungen auftauchen, die nicht alle anwesende Vermissende betreffen
 - für religiösen Ausdruck von Hoffnung und Trauer: z. B. um dort Kerzen anzuzünden, zu beten, kurze Gottesdienste abzuhalten
 - wenn Vermissende länger als einen Tag ausharren: Ruhe- und Schlafraum, in dem Feldbetten aufgestellt werden
 - Insofern Vermissende (z. B. als Zeugen) polizeilich relevant sind: Raum für Befragungen, Ergänzung weiterer Angaben für die Erhebung

von Ante-Mortem-Daten bzw. Vermisstenfragebögen

Vermisste werden so zeitnah wie möglich über den Stand der Rettungsarbeiten informiert. Zuverlässige und autorisierte Informationen sind für Vermisste das höchste Gut. Die Erwartung von Informationen sorgt dafür, dass Vermisste an dem für sie vorgesehen Ort bleiben. Bei der Vermittlung von Informationen muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Vermisste über Mobiltelefone Kontakt zu Menschen haben, die ihrerseits intensiv die Medienberichterstattung verfolgen. Aus diesem Grund müssen Informationen, die in Widerspruch zur Medienberichterstattung stehen, sorgfältig bedacht, formuliert und argumentiert werden. Umso mehr Zeit vergeht, umso mehr die Hoffnung auf eine lebende Rettung der Vermissten schwindet und umso erschöpfter Vermisste sind, umso größer ist die Bereitschaft, Medienberichten Glauben zu schenken, die Hoffnung signalisieren. Das Aufstellen eines Fernsehers oder eines Radiogerätes hat sich nicht bewährt, weil von ihnen Unruhe ausgeht und die Berichterstattung häufig zusätzlich dramatisiert oder falsche, zu mindest nicht verifizierbare Informationen verbreitet, die zu überflüssigen Irritationen führen.

Es hat sich hingegen bewährt, dass Einsatz- oder Abschnittsleiter der technischen Rettung oder der Gesamteinsatzleiter (z. B. Bürgermeister, Landrat, etc.) in regelmäßigen und erwartbaren zeitlichen Abständen (z. B. alle ein bis zwei Stunden) Vermisste über den konkreten Fortgang der Rettungsmaßnahmen informieren, auch und gerade dann, wenn die Arbeiten zu stagnieren scheinen. Jeder, der vor die Vermissten tritt, sollte sich vorher mit dem zuständigen PSNV-Personal über Formulierungen und spezielle Fragestellungen verständigen, damit einheitliche Aussagen und Formulierungen präsentiert werden.

Die Vermittlung von Informationen erfordert eine optimale Integration der PSNV in die bestehenden Einsatzstrukturen. Widersprüchliche Aussagen, unsicheres Auftreten und unbedachte Formulierungen führen schnell zu Bekundungen von Ärger, Misstrauen und Distanz. Authentisches Auftreten hingegen wird als Solidarität und Nähe verstanden. Die Auftritte von Einsatz-

leitern bei Vermissenden stellen eine enorme emotionale Belastung für sie dar, nicht jeder Einsatzleiter oder Politiker ist geeignet. Sie brauchen eine gute Beratung und Begleitung durch entsprechend erfahrenes und kompetentes PSNV-Personal.

Die Betreuung Vermissender durch das PSNV-Personal zieht sich über Stunden, gegebenenfalls über Tage hin. Das PSNV-Personal arbeitet in nicht mehr als zwei Schichten, die sich gegenseitig ablösen. Dadurch wird gewährleistet, dass verlässliche Bezüge zu den Vermissenden hergestellt werden und auf einer vertrauten Beziehung aufgebaut bzw. sie fortgesetzt werden kann. Eine stabile Beziehung ist besonders dann zentral, wenn eine Todesnachricht überbracht werden muss. Das PSNV-Personal achtet aufmerksam auf eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz zum Vermissenden. Erfahrungen aus der PSU in bisherigen Katastrophen belegen, dass nicht, schlecht oder unzureichend ausgebildete oder unerfahrene PSNV-Mitarbeiter in der Begleitung von Vermissenden eine übergroße Nähe entstehen lassen und sich schwer tun, Vermissenden eigenen Raum zu lassen. Die Trägfähigkeit und Bedeutung der Beziehung des PSNV-Mitarbeiters zum Vermissenden wächst nicht dadurch, dass der PSNV-Mitarbeiter nicht mehr von der Seite „seines“ Vermissenden weicht.

Der PSU-Mitarbeiter begleitet die starken emotionalen Durchgänge Vermissender: Phasen, in denen sie sehr klar einschätzen, dass ihr vermisster Angehöriger keine realistische Chance hat, die Katastrophe zu überstehen, wechseln mit Phasen, in denen sie massiv unter dem schlechten Gewissen leiden, ihren Angehörigen in Gedanken aufgegeben zu haben. Sie klammern sich an jeden noch so schwachen Strohalm der Hoffnung. In der Begleitung gilt es, die Hoffnungen, Gedanken und Gefühle nicht zu bewerten, sondern sie zu hören und aufzunehmen. Besonders heikel ist die Kernfrage für Vermissende, welche Aussichten auf Überleben die vermisste Person hat.

Der PSNV-Mitarbeiter nimmt in diesem Anliegen mit dem Leitenden Notarzt in Verbindung auf und lässt sich über die Überlebenschancen und die Prognose Vermisster informieren. Eindeutige Aussagen sind in den

Stunden und Tagen nach Eintritt der Katastrophe selten möglich oder zu erwarten, trotzdem gibt es Erfahrungswerte und Plausibilitäten. Vermissende reagieren misstrauisch, wenn nach einer Katastrophe nur mehr Leichname geborgen werden, jedoch weiterhin Optimismus verbreitet wird. Jede Aussage, die sich als falsch erweist, hat in diesem Kontext massive Auswirkungen zur Folge. Die natürliche Tendenz, Hoffnung zu haben und bestehen zu lassen (Motto: „Hoffen bis zuletzt“, „die Hoffnung stirbt als letztes“) wird ins Gegenteil verkehrt, wenn sie in der Realität keinen Grund mehr hat. Diese Form der Hoffnung hat nur mehr das Wort mit dem christlichen Verständnis von Hoffnung gemeinsam. Dahinter verbirgt sich die Weigerung, Realität zu benennen und anzuerkennen. PSNV-Mitarbeiter müssen gegebenenfalls in der Einsatzleitung und bei Entscheidungsträgern als „Anwälte“ der Betroffenen einen Klärungsprozess intensivieren.

Die Identifizierung von Leichen nach dem internationalen Standard der „desaster victim identification“ (DVI) durch die Polizei führt gelegentlich zu besonderen Schwierigkeiten im Hinblick auf die Betreuung Vermissender: auch wenn der Leichnam der vermissten Person gefunden ist und mit hoher Plausibilität die Identität der Leiche fest steht, gilt jedoch die vermisste Person erst dann als tot, wenn sie zweifelsfrei und nach formalen Kriterien identifiziert ist.

Dazu werden bei den Vermissenden Daten erhoben, die für eine Identifizierung relevant sind („ante-mortem-Daten“):

- bei dem Zahnarzt, der den Vermissten zuletzt behandelt hat, muss das dokumentierte Zahnschema eingesehen bzw. Kopien angefertigt werden. Die Identifizierung eines Leichnams durch das Zahnschema ist ein relativ rasch und zuverlässig zum Ergebnis führendes Verfahren.
- Fingerabdrücke werden durch den Erkennungsdienst im Lebensumfeld des Vermissten genommen
- Dort wird auch DNA-Material gewonnen.

Am Leichnam werden Post-Mortem-Daten erhoben⁴². Ein Leichnam ist dann sicher identifiziert, wenn die Ante-Mortem- und Post-Mortem-Daten übereinstimmen. Dieses Verfahren kann je nach Aufwand der Datenerhebung einige Zeit in Anspruch nehmen.

Mit den Kriminalbeamten, die für die Leichenidentifizierung zuständig sind (Identifizierungskommission „IDKO“), wird abgesprochen, ob zunächst alle Leichen identifiziert werden und dann die Vermissenden zum gleichen Zeitpunkt informiert werden. Alternativ zu dieser Vorgangsweise können die Vermissenden sukzessiv informiert werden. Die Vorgehensweise hängt vom Zeitfaktor ab: wenn sich die Identifizierung über mehrere Tage hinzieht, wird der zweite Weg angemessen sein. Wenn die Identifizierung hingegen zügig durchgeführt werden kann, ist der erste Weg praktikabel und vertretbar. Grundsätzlich gilt für die Identifizierung nach dem international vereinbarten DVI-Standard, dass eine Identifizierung durch „Inaugenscheinnahme“ als so unsicher gilt, dass sie nicht anerkannt ist. Bei manchen Katastrophen und Schadenslagen wird nicht nach dem DVI-Standard identifiziert. Die Identifizierung durch „Inaugenscheinnahme“ durch die Vermissenden entspricht dem Anliegen der PSNV, Hinterbliebenen den Abschied vom Verstorbenen zu ermöglichen. Die IDKO trägt dafür Sorge, dass die Plausibilitäten für die Identität des Leichnams ausreichend sind, damit weitgehend ausgeschlossen werden kann, dass ein falscher Leichnam bei der Verabschiedung präsentiert wird. Die Vorgehensweise bei der Verabschiedung wird mit der IDKO besprochen.

Es hat sich bewährt, dass ein erfahrener PSNV-Mitarbeiter den Leichnam vor der Verabschiedung betrachtet und gegebenenfalls Teile der Leiche abdeckt. Die Hinterbliebenen werden mit dem PSNV-Mitarbeiter, den sie bereits kennen und zu dem eine Beziehung besteht, vor den Raum geführt, in dem die Leiche sich befindet. Dann geht der betreuende PSNV-Mitarbeiter zunächst mit seinem Kollegen zum Leichnam, um anschließend die Hinterbliebenen zum Leichnam zu begleiten. Dieses Verfahren hat sich in mehreren Katastrophen bewährt, weil der betreuende PSNV-Mitarbeiter mit seinem Kollegen zunächst

⁴² Durch Rechtsmediziner, Zahnmediziner, Obduktionsgehilfen und Kriminalbeamte

ohne die Hinterbliebenen sich einen Eindruck vom Zustand der Leiche machen kann.

Vermisste, die über mehrere Tage durch PSNV-Personal von Hilfsorganisationen begleitet wurden, äußerten sich eindeutig negativ zur Einsatzbekleidung, die durch manche Attribute (z. B. Leuchtstreifen, Tageslichtfarben, Helm, Overall, Springerstiefel) aggressiv und in der Situation (Gebäude außerhalb des Gefährdungsbereiches) unangemessen wirkt. Hier haben sich Überziehwesten bewährt, die sich bei Bedarf schnell anlegen lassen, aber auch einfach zusammenzufalten und in einer Tasche zu verstauen sind. Ein Namensschild in Scheckkartengröße erweist sich als ausreichend.⁴³

7.1.7.2 Trauernde, Hinterbliebene

Trauernde und Hinterbliebene haben Bedürfnisse, wie sie grundsätzlich aus Betreuungen in der alltagsnahen PSNV bekannt sind. Da Trauernden ihre sozialen Ressourcen zur Verfügung stehen und sie sich in einer Umgebung bewegen, die ihnen vertraut ist, benötigen Trauernde eine angemessene, jedoch keine über Tage ständig präsente Betreuung. Ein vorher angekündigter Hausbesuch, ein Telefonat, in dem unaufdringlich nach Schwierigkeiten und Bedürfnissen gefragt wird, sind angemessen. Die nachgehende Betreuung in den ersten Tagen nach einer Katastrophe wird von PSNV-Mitarbeitern durchgeführt, die im Rahmen eines Screenings in der Lage sind, den Bedarf an weiterführender psychosozialer Nachsorge zu identifizieren und Betroffene gegebenenfalls zu motivieren, Angebote in Anspruch zu nehmen.

Nach Katastrophen finden auch dann Gottesdienste statt, wenn der Anteil an Christen in der Bevölkerung eher gering ist (z. B. nach dem Massaker an einer Schule in Erfurt). Die Gründe dafür, dass die Gottesdienste von der Bevölkerung gut angenommen werden, sind vielfältig. PSNV-Mitarbeiter nehmen mit den Seelsorgern, die den Gottesdienst vorbereiten, Kontakt auf und vermitteln besondere Anliegen oder Bedürfnisse der Trauernden.

⁴³ Dem steht allerdings das ausgeprägte Bedürfnis einiger PSNV-Anbieter im Weg, besonders in Katastrophen öffentlichkeitswirksam aufzutreten und medial wahrgenommen zu werden.

7.1.7.3 Überlebende, Augenzeugen

Unverletzte oder Überlebende mit Bagatellverletzungen und Augenzeugen wirken zunächst und unter dem unmittelbaren Eindruck der Katastrophe häufig kompensiert und unauffällig. Manche leisten Hilfe und sind dabei teilweise massiven traumatogenen Eindrücken ausgesetzt. Andere suchen relativ bald ihre normale und vertraute Umgebung auf. Mitunter vergehen einige Stunden bis hin zu Tagen, bis sie die Tragweite dessen realisieren, was sie erlebt und überlebt haben. Über eine Hotline, deren Erreichbarkeit in den Medien verbreitet wird, kommen sie an Unterstützung.

7.1.8 Bei gemeindefernen Katastrophen

7.1.8.1 Vermissende

Bei gemeindefernen Katastrophen reisen Vermissende an, um sich selbst auf die Suche nach ihren Angehörigen zu machen und sich ein „Bild“, auch und vor allem ein inneres Bild, von dem Katastrophenort und seiner Umgebung zu machen. Sie halten die relative „Untätigkeit“ zu Hause schwer aus und wollen die Distanz zwischen ihrer Heimat und dem Ort der Katastrophe verringern. Sie fühlen sich hilflos und abgekoppelt von Informationen. Wenn sie von Behörden mit Informationen versorgt werden, sind diese Informationen zwar inhaltlich verlässlich, allerdings können die Medien mit ungesicherten Informationen an die Öffentlichkeit treten und sind deshalb immer schneller als die Dienstwege der Behörden. Dies führt zu einem gewissen Misstrauen: zwangsläufig entsteht der Eindruck, dass die Behörden nicht umfassend und authentisch informieren. Wenn die Erfahrungen mit behördlicher Hotline problematisch sind, weil nicht zurückgerufen wird, weil ständig wechselnde, uninformierte Gesprächspartner angetroffen werden, weil unterschiedliche Auskünfte zum gleichen Anliegen gegeben werden, dann wird das Gefühl von Hilflosigkeit und Untätigkeit so unerträglich, dass die Reise angetreten wird. Aber auch ohne die aufgeführten negativen Erfahrungen möchten Vermissende – teilweise auch wegen familiärer Dynamiken und in Begleitung von Menschen, die ihnen eine Ressource sind, anreisen.

Aus Sicht der PSNV muss die Anreise der Vermissenden organisiert geschehen, sie sollten sich nicht auf „eigene Faust“ auf den Weg machen. Sie sind auf der Anreise betreut, haben Ansprechpartner in ihrer Nähe und können vor übergrifflichen Medienvertretern geschützt werden. Auf der Anreise entstehen unter den Betroffenen Kontakte, sie stützen sich gegenseitig und werden zu einer Schicksalsgemeinschaft.

Vor Ort kann ihre Ankunft vorbereitet werden:

- Unterkünfte werden besorgt, die über Räume verfügen, in denen die Gruppe versammelt werden kann. PSNV-Mitarbeiter sollten zwar in der Nähe, nach Möglichkeit jedoch nicht in der gleichen Unterkunft untergebracht werden.
- logistische Fragen (z. B. Beschaffung von Bussen für den Transport der Gruppe, Dolmetscher, Kontakte zu lokalen Behörden) können geklärt werden
- die Besichtigung des Katastrophenortes und das Einrichten einer provisorischen Gedenkstelle werden möglich.
- Informationsveranstaltungen zum Ablauf des Ereignisses und den ergriffenen Rettungsmaßnahmen können zentral an Vermissende und/oder Trauernde weiter gegeben werden.
- Politiker können ihre Solidarität zum Ausdruck bringen.
- Eine gemeinsame, organisierte und betreute Rückreise kann geplant werden.

Es hat sich bewährt, wenn von einer Behörde beauftragte PSNV-Mitarbeiter mit Erfahrungen im Umgang mit Menschen nach gemeindefernen Katastrophen und PSNV-Kräfte aus der Region, aus der Vermissende und/oder Trauernde anreisen, eng kooperieren. PSNV-Mitarbeiter mit Auslandserfahrung kennen die vielfältigen behördlichen Vernetzungen und sorgen in Absprache mit Behörden und Einrichtungen für einen angemessenen Rahmen. PSNV-Mitarbeiter aus der Region der Betroffenen haben damit die Ressourcen, für die Betroffenen im angemessenen Umfang da zu sein.

Wenn Vermissende selbstständig anreisen, ist der Betreuungsbedarf kaum abzuschätzen. Auf der Suche nach Ansprechpartnern sind sie in einer fremden

Umgebung einer Vielzahl von Irritationen ausgesetzt. Die Medienberichterstattung hat Zugang zu ihnen. Die Erfahrungen Betroffener sind zusätzlich belastend und tragen dazu bei, Traumatisierungen zu vertiefen.

7.1.8.2 Trauernde, Hinterbliebene

Bei gemeindefernen Katastrophen äußern Trauernde einerseits das Bedürfnis, in der Nähe des Leichnams zu sein bzw. zu bleiben. Wenn sie Gelegenheit zur Abschiednahme gehabt haben (und damit die Trauer im Vordergrund steht), reisen sie ab und warten zu Hause darauf, dass der Leichnam repatriert wird, um ihn dann zu beerdigen. Zu Hause können sie die Trauerfeiern im Kreis der Familie vorbereiten und bewegen sich in einer vertrauten Umgebung, die ihnen mehr Ressourcen bietet.

7.1.8.3 Überlebende, Augenzeugen

Verletzte und unverletzte Überlebende haben ein großes Bedürfnis, in ihre Heimat zu kommen. Für beide Gruppen muss dies organisiert werden. Wenn es sich um ein Transportunglück handelt (Unfall eines Flugzeuges, Busses, Zuges) sollte erwogen werden, ob die Heimreise mit einem anderen als dem verunglückten Transportmittel angetreten werden kann. Sollte dies z. B. aufgrund der Entfernung nicht möglich sein, muss mit den Heimreisewilligen die Modalitäten der Heimreise besprochen und beraten werden.

Für verletzte Überlebende müssen medizinisch vertretbare bzw. empfohlene Rücktransportmittel verwendet werden. Die Sichtung Verletzter in den Krankenhäusern erfolgt unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung. Für stationäre Patienten ist der erste Kontakt zu muttersprachlichen Einsatzkräften, die sie an ihrem Bett besuchen, von großer Bedeutung. Neben den konkreten medizinischen Fragen für die Repatriierung haben sie vielfältige Anliegen, die in den Bereich der PSNV fallen. Viele möchten Angehörige informieren, ihre Geschichte und Erfahrungen artikulieren, Sorgen und Ärger äußern. Viele körperlich verletzte und in Krankenhäuser aufgenommene Patienten haben auch psychische Traumatisierungen erlitten. Neben einer optimalen medizinischen Versorgung in der Heimat muss gegebenenfalls auch an eine psychotraumatologische Betreuung gedacht werden. Aus diesem Grund bilden Ärzte, die die medizinische Seite des Interhospitaltransfers besorgen, mit

PSNV-Mitarbeitern, die entweder als Krankenhausseelsorger über entsprechende Erfahrungen verfügen oder Rettungsassistenten mit Erfahrung im Interhospitaltransfer sind, gemeinsame Sichtung- und Repatriierungsteams.

7.1.8.4 Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe der Bundesregierung („NOAH“)

NOAH übernimmt die Koordination der medizinischen und psychosozialen Betreuung von deutschen Staatsangehörigen, die im Ausland Opfer von Katastrophen oder anderen Ereignissen geworden sind. In Abstimmung mit dem Auswärtigen Amt und den in den Bundesländern koordinierenden Stellen sorgt NOAH dafür, dass Deutsche bei ihrer Rückkehr aus dem Ausland weiter die benötigte psychosoziale Betreuung bekommen und regionale PSNV-Angebotsträger informiert werden.⁴⁴

Betroffene, die sich in der Fremde bewegen, haben eine natürliche und starke Tendenz zur Gruppenbildung. Organisatorische Notwendigkeiten wie Transporte im Bus oder die Unterbringung in einem Hotel, fördern die Gruppenbildung. Bei regelmäßig stattfindenden und vorher angekündigten Versammlungen werden Informationen zum Tagesablauf und zu anderen Anliegen gegeben. Die Zusammenkünfte werden auch für Psychoedukationen genutzt. Eine Psychoedukation umfasst folgende Inhalte:

- Auswirkungen einer akuten psychischen Traumatisierung (Akute Belastungsreaktion), wichtig: nicht dramatisierend, sondern normalisierend, positive Erwartung schaffen
- Empfehlung einfacher Maßnahmen zur Psychohygiene

Die Psychoedukation erfolgt in einem freien Vortrag und bezieht gegebenenfalls konkrete Aspekte der Katastrophe mit ein (z. B. konkreter Hinweis auf Intrusionen, die mit sensorischen Reizen in Verbindung gebracht werden, die im Zusammenhang mit der Katastrophe eine Rolle gespielt haben). Da Betroffene gemeindefern unter erheblichen Anforderungen stehen, sind sie weniger noch als in gemeindenahen Kontexten in der Lage, komplexe Inhalte der Psychoedukation zu erinnern. Aus diesem Grund werden Faltblätter ausgegeben, auf denen die wichtigsten Aspekte allgemeinverständlich zusammen

⁴⁴ Telefon: 0800-1888-433,

gefasst sind. Außerdem kann auf dem Faltblatt ein Hinweis auf einen gemeindenahen Ansprechpartner für weitere Unterstützung und Begleitung ergänzt werden, auch können Behörden und andere Hilfseinrichtungen benannt werden.

Gruppeninterventionen nach Mitchell (Critical Incident Stress Debriefing - CISD) (Mitchell & Everly, 1995) eignen sich in diesem Kontext nicht. Mitchell konzipierte das Debriefing als Gruppenintervention für Einsatzkräfte, die etwa 5 bis 10 Tage nach Einsatzabschluss durchgeführt wird. Solange Betroffene sich in einer fremden Umgebung aufhalten, ist für sie das „Ereignis“ nicht abgeschlossen. Betroffene bilden zwar Gruppen und werden zu einer Art Schicksalsgemeinschaft, die Gruppe bleibt jedoch zu heterogen für ein Debriefing. Das Bedürfnis, Trauer, Betroffenheit, Ärger, Sprachlosigkeit und Verzweiflung in der Gruppe auszudrücken, ist nicht ausgeprägt. Überlebende, vermissende und trauernde Betroffene sind durch das strukturierte Gruppensetting des CISD eher überfordert und profitieren von Einzel- oder Kleingruppeninterventionen.

7.1.8.5 Umgang mit Tumult

Besonders bei gemeindefernen Unglücken und Katastrophen, aber gelegentlich auch nach gemeindenahen Ereignissen kann es in Gruppen zu Äußerungen von Wut, Zorn, Verzweiflung und Aggression kommen. Ausgelöst werden diese Zustände durch ein Zusammenwirken folgender Faktoren:

- Hilflosigkeit: Mangel an Gefühl, sich auswirken und/oder für sich selbst und andere sorgen zu können; Betroffene verlieren die Geduld, wollen handfeste und für sie verifizierbare Ergebnisse wahrnehmen; Betroffene stellen das Engagement von Behördenvertretern in Frage
- Orientierungslosigkeit: Unverständnis oder Unkenntnis von Rettungs- und Bergungsmaßnahmen; Strukturen, Auftrag und Selbstverständnis unterschiedlicher zuständiger Behörden und Dienststellen sind nicht transparent; Betroffene kennen sich nicht aus und sind verwirrt im Hinblick auf Abläufe in ihrer Wahrnehmung; sie deuten Abläufe in ihrer Wahrnehmung falsch oder bringen kein Verständnis für sie auf.

- Eindruck, nicht ernst- bzw. wahrgenommen zu werden: unterschiedliche oder paradoxe Informationen und Auskünfte, wiederholte Angabe gleicher Daten bei unterschiedlichen Ansprechpartnern (z. B. Wohnort, Daten zur eigenen und zur vermissten oder verstorbenen Person, wiederholte Angaben über Art der Betroffenheit oder Abläufe).

Es muss – vor allem von Entscheidungsträgern – ernst genommen werden, dass Verfahrensweisen und Umgangsformen auf die Bedürfnisse Betroffener abgestimmt werden. Dazu können sie das Wissen und die Expertise von Fachberater-PSNV in Entscheidungsprozessen berücksichtigen.

Tumulte in Gruppen führen immer zu einer enormen zusätzlichen Belastung Betroffener wie Einsatzkräfte. Es sollten von vornherein Maßnahmen ergriffen werden, die keinen Anlass für Tumulte geben. Gelegentlich jedoch neigen einzelne Betroffene zu Aggressionen.

Jede Form von Gruppenintervention erfordert die Anwesenheit mehrerer PSNV-Mitarbeiter, die sich im Vorfeld absprechen und über die Inhalte und den Ablauf der Intervention verständigt haben. Neben einem Leiter bzw. Sprecher, der die Gruppenintervention anleitet und moderiert, werden je nach Gruppenstärke mindestens ein PSNV-Mitarbeiter als „Doorkeeper“ („Türhüter“) vorgesehen. Seine Rolle entspricht der im Debriefing nach Mitchell: wenn jemand den Raum verlässt, geht er mit, um den Betroffenen außerhalb der Gruppe gegebenenfalls zu stabilisieren, Absprachen zu treffen und in die Gruppe zurückzuführen. Auch sorgt der Doorkeeper dafür, dass keine Störungen von außen kommen. Wenn ein Gruppenteilnehmer aggressiv und laut wird, geht sofort ein PSNV-Mitarbeiter zu ihm hin und spricht in direkt, leise und aus der Nähe an. Die Aufmerksamkeit der zornigen Person wendet sich von der Gruppensituation ab hin zum PSNV-Mitarbeiter, der ihm signalisiert, ihn ernst zu nehmen und sein Anliegen sofort zu bearbeiten. Eventuell verlässt er mit ihm den Raum und bespricht sich mit ihm außerhalb.

Besonders nach Ereignissen, bei denen mehrere hundert Personen in einem Saal oder einer Halle versammelt sind, werden tumultartige Szenen sofort, nachdrücklich und unmittelbar unterbunden. Da der Anlass für Tumult in sehr

großen Gruppen häufig einander widersprechende oder paradoxe Informationen sind, muss strukturell dafür Sorge getragen werden, zuverlässige, verbindliche und autorisierte Informationen zu erhalten.

7.1.8.6 Ort für Gruppeninterventionen

Der Zugang zum Ort der Gruppenintervention muss kontrollierbar sein, keinesfalls dürfen Medienvertreter und andere unbefugte Personen unbemerkt Zutritt bekommen. In dem Raum werden Getränke und Obst bzw. ein kleiner Imbiss vorgehalten. Im Gegensatz zum Debriefing beim Mitchell muss kein Stuhlkreis gebildet werden. Wenn die Gruppenintervention eher informativen Charakter hat, wird frontal bestuhl („Klassenzimmer“). Wenn die Gruppe eher kleiner und homogen ist und Elemente von Austausch und (Rück-) Fragen stärkere Betonung finden, eignet sich ein Stuhlkreis.

Der Raum ist nicht von außen einsehbar.

7.1.8.7 Medien

Während der überwiegende Großteil der Medienvertreter Rücksicht auf die Intimität von Trauma und Trauer der Betroffenen nehmen, gibt es regelmäßig einige wenige Medienvertreter, die aggressiv und übergrifflig arbeiten. Vor ihnen sind die Betroffenen zu schützen. Leider kostet dies zusätzliche (Personal-) Ressourcen.

Manche Medienvertreter zeigen großes Interesse an Bildern von Betroffenen, die zum Ort der Katastrophe gehen, um dort Blumen abzulegen oder Kerzen zu entzünden. Im Vorfeld werden Absprachen mit den zuständigen Behörden getroffen, um den Betroffenen einen sicheren Raum für ihre Trauer bieten zu können.

PSNV widerspricht sich konstitutionell mit Medienarbeit, weil sie Menschen in der Intimität von Trauma und Trauer nahe ist. Andererseits berichten Medien nicht über die alltagsnahe Arbeit von PSNV, sondern zeigen erst in Katastrophen Interesse an der Arbeitsweise von PSNV. In den Medien wird die PSNV nur von Personen dargestellt, die selbst keinen Kontakt zu Betroffenen haben, sondern z. B. mit Dispositions- oder Beratungs- oder Leitungsaufgaben betraut sind. Wer als PSNV-Mitarbeiter selbst im Rahmen von Interventionen engen

Kontakt zu Betroffenen hat, läuft Gefahr, intime Details aus der Betreuung in die Öffentlichkeit zu tragen. Außerdem bedeutet die Medienarbeit eine hohe zusätzliche Belastung. Verantwortungsträger in Katastrophen beziehen regelmäßig Vertreter der PSNV in Pressekonferenzen ein. Sie sind unverzichtbarer Bestandteil einer Präsentation geworden, in der sich Gesellschaft und Politik nach Katastrophen handlungsfähig gibt und negative Auswirkungen beseitigt (oder zumindest begrenzt).

7.1.9 Ende der psychosozialen Notfallversorgung in Katastrophen

Die psychosoziale Akutintervention kommt in der Katastrophe dann zu ihrem Ende, wenn der letzte Leichnam gefunden und identifiziert ist (bzw. das Schicksal von Vermissten hinlänglich plausibel aufgeklärt ist). Wenn der Betroffene ein Trauernder ist, ist für ihn die Akutintervention beendet. Das bedeutet, dass Menschen, die trauern oder unter den psychischen Auswirkungen der Katastrophe leiden, nicht von den PSNV-Strukturen (und -Mitarbeitern!) begleitet werden, die peritraumatisch (unmittelbar nach Eintritt der Katastrophe) tätig wurden. Die fachlichen Anforderungen in der mittelfristigen PSNV unterscheiden sich maßgeblich von dem, was in einer qualifizierten und effizienten psychosozialen, peritraumatischen Akutintervention gefordert ist. Die Psychosoziale Akutintervention ist für ihre eigene Nachhaltigkeit auf eine gut strukturierte und inhaltlich qualifizierte mittelfristige PSNV angewiesen.

In der qualifizierten psychosozialen Akutintervention bei Katastrophen wird von Anfang an mitbedacht, wie die Übergänge in die mittelfristige PSNV (bis über den ersten Jahrestag des Ereignisses hinaus) gestaltet werden. Kommunale und regionale Ressourcen müssen dafür erfasst und in ein Netzwerk eingebunden werden. Grundlage für jede Übergabe Betroffener aus der Akutintervention in die mittelfristige PSNV bildet die Dokumentation.

7.1.9.1 Supervision des PSNV-Teams

Die psychischen und physischen Belastungen von PSNV-Mitarbeitern in Katastrophen sind erheblich. In den meisten PSNV-Einrichtungen kommen ehrenamtliche Mitarbeiter zum Einsatz. Sie müssen in Katastrophen zum Teil mehrere Tage unter extremen Bedingungen tätig werden. Nach dem Ende ihrer

Tätigkeit müssen sie so bald wie möglich ihrem Arbeitgeber zur Verfügung stehen, in vielen Fällen müssen ehrenamtliche PSNV-Mitarbeiter für ihren Katastropheneinsatz („Erholungs-„) Urlaub nehmen. Die politischen Rahmenbedingungen dieser Form von hoch qualifizierter Ehrenamtlichkeit können in weiten Teilen nur als Abwertung und Kränkung des Engagements gedeutet werden. Ehren- oder nebenamtlichkeit liegt in der Natur der PSNV: es wäre niemandem zuzumuten, in 40 Wochenstunden alltagsnahe PSNV durchführen (Todesnachrichten zu überbringen, Hinterbliebene nach Suizid zu betreuen, etc.). Die schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz wird von manchen PSNV-Mitarbeitern als Entlastung wahrgenommen, weil sie wieder in ihren alltäglichen Bezügen stehen, die ihnen vertraut sind und ihnen Halt geben. Trotzdem wirken die Belastungen nach. Eine ausführliche und kompetente Supervision ist eine Selbstverständlichkeit. Ob sie alle Belastungen zu bearbeiten vermag, die sich aus der Tätigkeit in der PSNV bei Katastrophen ergeben, bleibt dahin gestellt. Die Erfahrung aus Katastrophen belegt, dass die PSNV im Nachhinein sowohl von Behörden wie von der Politik keine Wertschätzung und angemessene Anerkennung ihres Beitrages zu erwarten hat.

8 Literaturverzeichnis:

- Albrecht, E. (2004). Der Sterbevorgang. In: Bausewein C. & Roller S. & Voltz R. (2004). Leitfaden Palliativmedizin. München und Jena: Urban & Fischer.
- American Heart Association (1992). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Journal Amer. Med. Ass. 278, 2171-2302
- APA (American Psychiatric Association) (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV (4. Aufl.) (Dt. Bearb. v. H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- Arendt, H. (2001). Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen. München: Piper
- Arnold, N. (1995). Arbeit an den Grenzlínen menschlicher Existenz. Interview mit Andreas Müller-Cyran. In: Rettungsdienst Nr. 8, 18. Jahrgang 1995, S. 62-63
- Bausewein, C. & Roller, S. & Voltz, R. (2004). Leitfaden Palliativmedizin. München und Jena: Urban & Fischer.
- Bayerisches Gesetz zur Regelung von Notfallrettung, Krankentransport und Rettungsdienst (Bayerisches Rettungsdienstgesetz – BayRDG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Januar 1998 (BGBl. S. 9, BayRS 215-5-1-I-)
- BEA (Ministère de l'équipement des transports et du logement – inspection generale de l'aviation et de matériologie France) (2000). Accident survenue le 25 juillet 2000 au lieu-dit La Patte d'Oie de Gonesse (95) au Concorde immatriculé F-BTSC exploité par Air France. Rapport préliminaire f-sc000725p.
- Beerlage, I., Hering, T., Nörenberg, L. (2004). Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialen Notfallversorgung. Kurztitel „Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung“
- Bengel, J. (2004) (Hrsg.). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg, New-York: Springer.

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e. V. (ohne Datum). Hinweise für Rettungsdienste, Notfallseelsorge, Krisenintervention. Reppenstedt.
- Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., Van Uchelen, A. J. & Gersons, B. P. R. (1998). Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, 14, 143-148.
- Gasser, K.H. (2004). Bericht der Kommission Gutenberg-Gymnasium.
- Grasberger, T. (1994). Eine „erste Hilfe“ für die verletzte Seele. Menschen, die nach einem Unfall unter schweren Schock stehen, erhalten von Mitarbeitern des Projektes Beistand. In: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 214, S. 47, 16.9.1994
- Gray, M. J. & Litz, B. T. (2005). Behavioral Interventions for Recent Trauma. *Behavior Modification*, 29 (1), 189-215.
- Helmerichs, J. (2006). Psychosoziale Notfallversorgung. Bevölkerungsschutz Sonderausgabe 2006.
- Hytten, K. & Hasle, A. (1989). Fire fighters: A study of stress an coping. *Acta Psychiatrica Scandinaviaca*, 80 (Suppl. 355), 50-55.
- Kaplan, H. I., Freedmann, A. M. & Sadock B. J. (Eds.) (1980). *Comprehensive textbook of psychiatry* (2 vols.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Katz, C. L., Pellegrino, L., Pandaya, A., Neg, A. & DeLisi, L. E. (2002). Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry research*, 120, 201-217.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060
- Kluge, F. (1999). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Bearbeitet von Elmar Seebold. Berlin, New York: De Gruyter.
- Krüsmann, M. (2004). Welche Hilfe brauchen Helfer? – Prävention im Einsatzwesen. In W. Müller & U. Scheuermann. (2004) (Hrsg.). *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen,*

- Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krüsmann, M. (2005). Frühinterventionen: Prozessevaluation und Qualitätssicherung. Vortrag gehalten auf der 3. österreichischen Tagung – Krisenintervention/Akutbetreuung/Stressverarbeitung in Seggau.
- Krüsmann, M., Karl, R., Richter, B. und Butollo, W. (2001). Evaluation der Auswirkungen von Interventionen in der peritraumatischen Phase. Vortrag gehalten auf der 3. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Konstanz: April 2001.
- Kübler-Ross, E. (1978). Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Kreuz.
- Madler, C. (1998). Präklinische Reanimation – Erfolgsaussichten, Entscheidungshilfen. In: Madler, C., Jauch, K.-W. & Werdan, K. (1998). Das NAW-Buch. Praktische Notfallmedizin. Urban & Schwarzenberg.
- Mertens, W. (1992). Kompendium psychoanalytischer Grundbegriffe. Quintessenz.
- Mitchell, J. T., Everly, G. S. J. (1995). The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In G. S. J. Everly & J. M. Lating (Eds.), Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress (pp. 267-280). New York: Plenum Press.
- Müller-Cyran, A. (1999). Basis-Krisenintervention. Fundierter Umgang mit akut psychisch Traumatisierten. Notfall- und Rettungsmedizin, 2, 293-296.
- Otzelberger, M. (1999). Suizid: das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege. Berlin: Links.
- Pichler, B. & Klinner, U. (1998). Basismaßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation. In: Madler, C., Jauch, K.-W. & Werdan, K. (1998). Das NAW-Buch. Praktische Notfallmedizin. Urban & Schwarzenberg.
- Rahner, K. (1976). Grundkurs des Glaubens. Einführung in den Begriff des Christentums. Freiburg: Herder.

- Rauch, S. A., Hembree, E. A., Fao, E. B. (2001). Acute psychosocial preventive interventions for posttraumatic stress disorder. *Advances in Mind – Body Medicine*. 17, (3), 187-193.
- Schäfer, D. & Knubben, W. (1992). ...in meinen Armen sterben?: Vom Umgang der Polizei mit Trauer und Tod. Verlag Deutsche Polizeiliteratur.
- Schmidtke, A., Sell, R., Wohner, J., Löhr, C. & Tatsek, K. (2005) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. In: *Suizidprophylaxe* 32 (2005), Heft 3/4
- Schwerd, W. (1992). *Rechtsmedizin*.
- Seynaeve, G.J. R. (Hrsg.) (2001). *Psycho-Social Support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support an social accompaniment for people involved in major accidents an disasters*. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005). *Statistisches Jahrbuch*, Wiesbaden
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148 (1), 10-20
- Wedler, H. & Wolfersdorf, M. & Welz, R. (1992). *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Roderer.
- WHO (World Health Organization) (1993). *Internationale Klassifizierung psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. korr. Aufl., übersetzt und herausg. V. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt). Bern: Hans Huber.

Lebenslauf

(vgl. Promotionsordnung der LMU-München vom 1. März 2005, § 5 Abs.2 Nr.1)

- Geboren am 4.10.1962 in Bremen
- Gymnasium, Abitur (1973 – 1982) in St. Blasien, Internat der Jesuiten
- 1984 Beginn des Studiums an der Hochschule für Philosophie der Jesuiten in München,
 - Schwerpunkt: psychologische Grenzfragen zur Philosophie,
 - Thema der Magisterarbeit: ‚Darstellung und philosophisch-kritische Würdigung des Buches von Jean Améry: ‚Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod‘ (magna cum laude).
 - Abschluss Magister (‚magna cum laude‘) am 14. Juni 1989
- ab 1984 Arbeit im Rettungsdienst (Rettungsassistent), seit 1995 Leiter der Notfallseelsorge in der Erzdiözese München und Freising und der Feuerwehrseelsorge in den bayerischen Diözesen

- Seit Wintersemester 2004/2005 an der Ludwig-Maximilians-Universität München immatrikuliert, Fach Psychologie, Studiengang Promotion, Doktorand bei Prof. Dr. Willi Butollo

- Nach § 10 Abs.2 Satz 2 gewünschte Prüfer:
 - Hauptfach Psychologie: Prof. Dr. W. Butollo
 - 1. Nebenfach Medizin: Prof. Dr. T. Bronisch
 - Prof. Dr. Traugott Roser, Pastoraltheologie

Die mündliche Prüfung fand als Disputation statt am 24.7.2006.

München, 31.7.2006

Andreas Müller-Cyran