



Anblick und Geruch so vieler Leichen geht auch an den Helfern nicht spurlos vorbei

Krisenintervention

Den Helfern helfen

Burkhard Brückner, Berlin

Nach der Flutkatastrophe in Südasiens am 26. Dezember 2004 waren zahlreiche Rettungskräfte, Notärzte und Teams zur Identifizierung der Leichen vor Ort und dabei mit enormer Zerstörung, Tod, Schmerz und Leid konfrontiert. Dies wirft die Frage auf, wie sie selbst die Ereignisse ertragen und bewältigen können. Bewährte Methoden stehen zur Verfügung, um Krisenhelfer auf belastende Einsätze vorzubereiten oder das Risiko zu minimieren, eine sekundäre Traumatisierung zu erleiden.

■ Notfallhelfer sind einem hohen Risiko ausgesetzt, im Einsatz traumatisiert zu werden. Diese im Selbstbild der Helfer oft verdrängte und verschwiegene Gefährdung durch „sekundäre“ Traumatisierungen besteht z.B. bei Einsätzen von Rettungsdiensten, Feuerwehr und Polizei, Notfallpsychologen, Krisendienstmitarbeitern und Notfallseelsorgern.

Potentiell traumatisierende Situationen

Potentiell traumatisierende Einsatzsituationen können eintreten bei Katastrophen (mit Zerstörung der örtlichen Infrastruktur), bei Großschadensereignissen (mit Überforderung der regionalen Rettungsdienste, z. B. bei dem Flugschau-Unglück in Ramstein 1988 oder dem Zugunglück von Eschede 1998) und auch bei regulären Einsätzen lokaler Hilfskräfte (z. B. bei der Befreiung eingeklemmter Personen durch Amputationen oder bei Suiziden im Beisein von Helfern). Als extrem belastend gelten der Anblick von (vielen) Verletzten, Verstümmelten und Toten, insbesondere dann, wenn sich darunter Kinder, Kollegen oder Bekannte befinden, sowie szenische Geräusche, Gerüche und Bilder (Explosionen, Schreie, Brand- oder Leichengeruch). Dazu folgendes Beispiel:

Ein Feuerwehrmann kommt bei einem Einsatz in ein Zimmer, in dem zwei Menschen verbrannt sind. Der Geruch nach verkohlten Einrichtungsgegenständen und nach verbrannter Haut ist so stark, dass ihm fast schlecht wird. Er bemüht sich, so rasch wie möglich wieder ins Freie zu kommen. Eine Woche später sitzt der Mann auf der Terrasse seines Hauses. Er hört, wie der Nachbar seinen Gartengriller in Betrieb setzt. Plötzlich riecht er das gegrillte Fleisch. Bevor er einen Gedanken fassen kann, muss er sich übergeben. Danach verbringt er den Abend im Haus. Er kann den Geruch, der ihn an die verbrannten Leichenteile erinnert, nicht ertragen [1].

Im Fall von Großschadensereignissen kommen neben den technischen Hilfsleistungen in der Regel speziell ausgebildete Kriseninterventionsteams zum Einsatz, z. B. waren in den ersten zwei Tagen nach dem Brand der Kitzsteinhorn-Bahn in Kaprun (11.11.2000) bis zu 140 notfallpsychologisch tätige

Helfer vor Ort. Bei regulären Einsätzen der Rettungskräfte wird gegebenenfalls auf lokale notfallpsychologische Ressourcen zurückgegriffen. So existiert in Berlin seit 1999 ein flächendeckender Krisendienst mit neun innerstädtischen Standorten, der ambulante und nachbetreuende multiprofessionelle Hilfe bei psychiatrischen Notfällen, psychosozialen Krisen und Lebenskrisen anbietet. Der Berliner Krisendienst führt regelmäßig mobile Einsätze in Zusammenarbeit mit Rettungskräften durch. Allerdings geraten Krisendienstmitarbeiter auch unabhängig vom Rettungswesen in psychisch hochbelastende Situationen. Zwei Streiflichter aus der Praxis des Berliner Krisendienstes mögen dies verdeutlichen:

- Krisenberatung mit einer Familie in der Wohnung eines kürzlich Verstorbenen, dessen Leiche bis zur Ankunft des Bestattungsunternehmens noch mehrere Stunden im Flur liegt.
- Ein Anrufer teilt dem diensthabenden Psychologen mit, er habe eine Überdosis Tabletten eingenommen, ohne Namen oder Adresse mitzuteilen. Während des Telefonats wirkt er zunehmend desorientiert, seine Stimme wird schwächer.

Dabei kann es auch zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (insbesondere Psychiatern) kommen, die entweder im Team mitarbeiten oder vor Ort gerufen werden. Wie aber wird nun die Krisenhilfe in Deutschland koordiniert?

Katastrophenhilfe und Krisendienste Internationale Ebene

Bei einer Jahrhundertkatastrophe wie der Flutwelle in Südasiens wurde internationale Hilfe geleistet, die vom Auswärtigen Amt in Zusammenarbeit mit staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen koordiniert wurde. Für die Abstimmung der speziellen Hilfen für die deutschen Opfer und deren Angehörige war die Koordinierungsstelle „Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe“ (NOAH) des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zuständig. Die Koordinierungsstelle arbeitete unter anderem mit einem Krisenstab, organisierte die Betreu-

■ **Belastend sind: Der Anblick von vielen Verletzten, Verstümmelten und Toten sowie szenische Geräusche, Gerüche und Bilder**

■ **Auf internationaler Ebene wird Hilfe über das Auswärtige Amt koordiniert**

ung für die zurückkehrenden deutschen Touristen, war für die Passagierlistenrecherche zuständig und beriet die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Unterstützung (BAG PSU) bei Einrichtung der Telefon-Hotline „Hilfe für Helfer“ für Rettungskräfte und Journalisten nach der Rückkehr aus dem Krisengebiet und auch für die inländischen Krisenhelfer.

Nationale Ebene

Kommt es auf nationaler Ebene zu Großschadensereignissen wie etwa dem Zugunglück in Eschede 1998, ist es über die Rettungsleitstellen möglich, die psychosozialen Kriseninterventionsteams der überregionalen Organisationen einzubinden (etwa vom Deutschen Roten Kreuz oder der Bundeswehr), um die vor Ort arbeitenden Rettungskräfte zu unterstützen. Doch relativ selten intervenieren diese Teams während eines laufenden Einsatzes, denn meistens arbeiten die Helfer so gezielt, dass sie emotionale Irritationen abwehren und kritische Belastungen erst nach Ende des Einsatzes spüren. Werden dennoch Krisengespräche vor Ort benötigt, geht es meist in sehr kurz gehaltenen, auf die aktuelle Situation bezogenen Einzelgesprächen darum, die Funktionsfähigkeit wieder herzustellen. Nach umfangreichen Einsätzen werden dann oft weitergehende Angebote im Gruppensetting organisiert.

Regionale Ebene

Auf regionaler und lokaler Ebene werden Notfälle in der Regel an einzelne Einrichtungen gemeldet, etwa an eine Feuerwache, einen Polizeiabschnitt oder einen Krisendienst. Unterstützung für die dort tätigen Helfer geht dann meistens von diesen Einrichtungen selbst aus, d. h. durch Nachbesprechungen, kollegiale Intervention und folgende Supervisionen.

Ansprechpartner in Situationen, die nicht zwingend Einsätze der Feuerwehr oder Polizei erfordern, sind die regionalen psychosozialen Krisendienste. Diese bieten zum Teil, wie etwa der Berliner Krisendienst, systematisch Unterstützung für Professionelle in berufsbedingten Notsituationen an. Neben den klinischen Kriseninterventionsstationen gibt es Krisendienste z. B. in Bielefeld, Brandenburg, Chemnitz, Hannover, Wiesbaden, Wuppertal, Karlsruhe, München und Nürnberg. Das Angebot umfasst in der Regel telefonische und persönliche Erstgespräche, aber auch längere Krisenbegleitungen. Der Berliner Krisendienst ist im täglichen Regeldienst von 16.00 bis 24.00 Uhr mit drei Mitarbeitern besetzt, zusätzlich steht von 0.00–08.00 Uhr ein überregionaler Nachtdienst und von 08.00–16.00 Uhr ein Vermittlungsdienst zur Verfügung. An den neun innerstädtischen Standorten arbeitet jeweils ein Kernteam von fünf Mitarbeitern (Dipl.-Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte), das durch Honorarkräfte ergänzt wird. Das Spektrum der Fälle

reicht von Lebens- und Orientierungskrisen, Beziehungs- und Trennungskonflikten, Gewaltsituationen, sozialer Verelendung, Suchtproblemen und Angststörungen, bis zu posttraumatischen Belastungsreaktionen, akuten psychotischen Krisen und Suizidhandlungen.

Die regionalen Krisendienste und klinischen Kriseninterventionszentren bilden gewissermaßen die Basis der psychosozialen und psychiatrischen Krisenhilfe in Deutschland. Darüber hinaus existieren Krisendienste für besondere Zielgruppen, etwa für selbstmordgefährdete Kinder und Jugendliche oder für von Gewalt betroffene Frauen, für Obdachlose oder geistig Behinderte und deren Angehörige. Spezialisten für die (Nach-) Betreuung von Helfern findet man jedoch eher im Rettungswesen oder unter kirchlichen Notfallseelsorgern. Zudem unterhält die Bundeswehr eigene Kriseninterventionsteams. Allerdings sind die Notfallseelsorger, die psychosozialen Krisendienste und die Kriseninterventionszentren sowie die Krisenteams der Hilfsorganisationen und des Rettungswesens für unterschiedliche Bereiche zuständig und arbeiten nur zum Teil miteinander vernetzt. Die größte Einsatz-Nachsorge-Organisation im deutschsprachigen Raum ist die Bundesvereinigung „Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen“ (SbE e.V.).

Notfallpsychologie

Das Fachgebiet Notfallpsychologie wird gegenwärtig zunehmend professionalisiert und dieses Interesse manifestiert sich sowohl durch neue Lehrbücher (*Hausmann 2003; Lasogga & Gasch 2002*) als auch durch neue Fortbildungsordnungen. Das notfallpsychologische Wissen fußt auf der Krisentheorie und der Psychotraumatologie, der Stressforschung, der (Kurzzeit-) Psychotherapie, Seelsorge und psychosozialen Beratung sowie der psychiatrischen Krankheitslehre. Die theoretischen Grundlagen gelten ebenso für die Belastungsreaktionen von betroffenen Laien wie für die der professionellen Helfer. Das Wort „Krise“ ist zunächst eine globale Bezeichnung für individuelle Notlagen, in denen gewohnte Problemlösungsversuche scheitern. Eine gängige Unterscheidung, welche auf die zwei klassischen Krisenmodelle von *Erich Lindemann (1944)* und *Gerald Caplan (1964)* zurückgeführt werden kann, ist die Differenz zwischen „traumatischer Krise“ und „Veränderungskrise“. Während eine „traumatische Krise“ durch ein bestimmtes schockierendes Ereignis ausgelöst wird, dem eine akute Belastungsreaktion folgt, entsteht eine „Veränderungskrise“ im Zuge von Situationen der persönlichen Überforderung und des Versagens, z. B. im Übergang von einer Lebensphase in die andere. Abb. 1 zeigt Ablaufmodelle beider Formen, die entweder mit Lerneffekten bewältigt werden oder zu manifesten Störungen (PTSD, Sucht, Suizidalität etc.) führen können.

■ **Auf nationaler Ebene sind die Rettungsleitstellen der primäre Anlaufpunkt**

■ **Krisendienste und klinische Kriseninterventionszentren sind die regionale Basis**

■ **Das Fachgebiet Notfallpsychologie wird zunehmend professionalisiert**

— „Krise“ = individuelle Notlage, in der gewohnte Lösungsversuche scheitern

Das SAFER-Interventionsmodell

Die Krisen von Helfern sind in der Regel den traumatischen Krisen zuzurechnen, wenn die Helfer plötzlich seelisch stark erschüttert werden, weil sie schweres menschliches Leid miterleben oder selbst in Lebensgefahr geraten. Der Umgang mit professionellen Helfern unterscheidet sich dabei nicht grundsätzlich vom Kontakt mit betroffenen Laien; aber auf der kollegialen Ebene ist eine andere Haltung möglich und nötig. Fällt ein Helfer z.B. durch riskantes Überengagement und Einzelgänger-Aktionen auf oder wirkt er in der Pause apathisch und erschöpft, sollte er von zuständigen Kollegen („peers“), die nicht direkt am Einsatz beteiligt sind oder von anwesenden Notfallpsychologen angesprochen werden. Dafür hat sich das fünfstufige SAFER-Modell bewährt (Stabilization, Acknowledgement, Facilitation, Encouragement, Restoration; Abb. 2).

Zunächst stellt sich der Intervenierende mit Namen

und Funktion vor und berücksichtigt dabei sowohl das Maß des Gesprächsbedarfs als auch den möglichen inneren Widerstand des Kollegen, die eigene Krise zu erkennen. Ist Kontakt geschaffen, sollte eine Ruhezone abseits des belastenden Geschehens aufgesucht werden, um im zweiten Schritt fragen zu können, was passiert ist und die Anerkennung der Krise des Helfers zu fördern. Im dritten Schritt geht der Intervenierende auf den Bericht des Helfers ein und bekräftigt, dass es sich um eine normale Reaktion auf eine extreme Belastung handelt, damit der Helfer kognitive Distanz gewinnt und seine Reaktion in sein Selbstbild integrieren kann. Ist das Verständnis hergestellt, sollten viertens die Ressourcen des Helfers aktiviert und seine weitere Einsatzbeteiligung geplant werden. Im fünften und letzten Schritt wird entschieden, ob der Helfer wieder in den Einsatz zurückkehrt, z. B. an geschützter Stelle, oder ob eine intensivere Betreuung notwendig ist. Solche Interventionen dauern in der Regel 15–20 Minuten und sollen die Betroffenen ohne tiefere Exploration entlasten. Das SAFER-Modell eignet sich nicht nur zur Frühintervention bei Helfern,

sondern ist ein Standardmodell der notfallpsychologischen Akutversorgung für alle Betroffenengruppen. Aber auch wenn bei Helfern notfallpsychologische Frühinterventionen stattgefunden haben, können gravierende Belastungsreaktionen und so genannte „sekundäre“ Traumatisierungen auftreten, die eben nicht in der Rolle von unmittelbaren Opfern, sondern in der Rolle als Helfer erlebt werden.

Belastungsreaktionen im Einsatz

Je nach Ereignis und Rolle der Helfer ist mit unterschiedlichen Gefährdungen zu rechnen, aber nicht jeder ungewöhnlich belastende Einsatz hinterlässt psychische Schäden, zumal Belastungsreaktionen auch einen normalen Schutzmechanismus darstellen. Notfalleinsätze sind regelmäßig mit Stresssymptomen bzw. einem Stress-Adaptions-Syndrom verbunden. Physiologisch gesehen, erhöhen sich der Blutdruck, die Adrenalinausschüttung und die Gerinnungsfähigkeit des Blutes, die Herzkranzgefäße erweitern sich, die Zucker- und Fettreserven werden aktiviert und die Tätigkeit des Gastro-Intestinal-Traktes wird vermindert. Diese Reaktion ist normal und für optimale Leistungen auf einem mittlerem Niveau auch günstig. Doch bei übermäßigen Belastungen und heftigen Reaktionen mit Gefühlen von Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen kann sich innerhalb von Minuten eine akute Belastungsreaktion ausbilden (ICD F43.0; allgemeines Betäubungsgefühl, Bewusstseinseinengung, Erregungs- oder Fluchtreaktionen). Hier ist sofortige Unterstützung nach dem SAFER-Modell angebracht. Echte Sekundäre Traumatisierungen zeigen sich allerdings oft erst in den Tagen und Wochen nach dem Einsatz und sind dann mit einem breiten Spektrum emotionaler, kognitiver, physischer und sozialer Reaktionen verbunden (Tabelle 1; nach [2]).

Sekundäre Traumatisierungen

Genauer untersucht ist das Vollbild der PTSD (posttraumatic stress disorder; ICD F43.1) bei Notfallhelfern sowie die sogenannte subsyndromale oder „teilweise“ PTSD. Laut DSM-IV ist die akute oder chronische PTSD im Wesentlichen durch drei Symptomcluster definiert, nämlich durch Übererregung (z. B. Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme; Reizbarkeit, Aggressionen), das unerwartete Wiedererleben des Traumas (Flashbacks, Intrusionen, Alpträume, Schreckimpulse) und Vermeidungsverhalten (Rückzug, Entfremdungserleben, Amnesien). Für die Allgemeinbevölkerung liegt das Lebenszeitrisko, an einer PTSD zu erkranken zwischen 1 und 7 %. Demgegenüber liegen die – in den Untersuchungen sehr unterschiedlichen – Prävalenzraten der PTSD bei Feuerwehrleuten zwischen 9 und 32 %, bei Rettungsassistenten zwischen 3 und 7 %, und bei Polizisten



Abb. 1 Die zwei klassischen Krisenmodelle



Abb. 2 Das SAFER-Modell

zwischen 5 und 46 % [5]. Etwas höhere Angaben finden sich für das Bild der subsyndromalen PTSD, wobei nur zwei Symptomcluster auftreten und typischerweise kein Vermeidungsverhalten feststellbar ist. Da Helfer jedoch dazu tendieren, die eigene Gefährdung zu leugnen und Stressreaktionen ohne Hilfe zu bewältigen, sind hohe Dunkelziffern zu vermuten.

Die Behandlung einer manifesten PTSD sollte möglichst frühzeitig eingeleitet werden; dafür stehen differenzierte ambulante und gegebenenfalls stationäre Therapieansätze zur Verfügung. Zu beachten ist, daß über hohe Komorbiditätsraten bei PTSD berichtet wird (z.B. Komorbidität mit depressiven und somatoformen Störungen sowie Suchterkrankungen) und sich bei ungünstigem Verlauf eine andauernde Persönlichkeitsstörung entwickeln kann (ICD F62.0). Die Traumaverarbeitung verläuft in Phasen und benötigt oft eine intensive psychotherapeutische Unterstützung, die im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes mit einer medikamentösen Therapie kombiniert werden kann. Die medikamentöse Behandlung wird meistens antidepressiv durchgeführt (mit trizyklischen Antidepressiva bzw. Serotonin-Wiederaufnahmehemmern). Zur Psychotherapie haben sich sowohl psychodynamische als auch kognitiv-behaviorale Ansätze bewährt; sie werden in der Regel durch Entspannungsverfahren, aber auch durch künstlerische und körperorientierte Verfahren ergänzt. Darüber hinaus gibt es spezielle Behandlungsmethoden wie das kognitiv orientierte EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), das die subjektive Belastung durch bilaterale Stimulation der Augenbewegungen reduzieren soll. Ob eine PTSD ausgebildet wird, hängt von den präventiven Maßnahmen, dem sozialen Umfeld sowie von den persönlichen Ressourcen und Copingstrategien der Helfer ab. Inadäquates Coping führt oft zur Leugnung der Symptomatik, zu starken Schuldgefühlen, falschem Einsatzverhalten und auch zu Suchtmittelmissbrauch. Zur Stärkung des Bewältigungsverhaltens sind präventive Angebote unerlässlich.

Prävention sekundärer Traumatisierungen

Seit ungefähr 20 Jahren werden systematische Strategien zur Vermeidung und Behandlung berufsbedingter Störungen bei professionellen Krisenarbeitern entwickelt. Hinsichtlich der Belastbarkeitsgrenzen ist zu beachten, dass die Mitarbeiter mit typischen Rollenklischees konfrontiert sind; von ihnen wird extreme Belastbarkeit erwartet. Es besteht die Gefahr, dass die eigenen Fähigkeiten überschätzt und Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Lähmung und Trauer verschwiegen werden, was wiederum die Stressverarbeitung verhindert und das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung auszubilden erhöht. Dabei ist nicht nur an die Persönlichkeits-

Tab. 1: Mögliche Belastungsreaktionen bei Notfall Helfern

Emotionale Reaktionen	Innere Anspannung, Ängste, Depressionen, pathologischer Kummer, Motivationsstörungen, Schuldgefühle, unverhältnismäßige Aggressionen, Affektisolierung
Kognitive Reaktionen	Konzentrationsstörungen, Vermeidungsverhalten, „Flashbacks“ (Intrusionen), übermäßiges Grübeln
Physische Reaktionen	Schlafstörungen, Appetitverlust, Erschöpfungszustände, Kopf-, Bauch- u. Rückenschmerzen
Soziale Reaktionen	Rückzugsverhalten; Vernachlässigung sozialer Bindungen, Partnerschaftskonflikte

struktur von Helfern zu denken, sondern auch an deren familiäre Situation, denn nach außergewöhnlich belastenden Einsätzen spielen die Lebenspartner eine wichtige stützende Rolle. Neben der tertiären Prävention (Behandlung bereits erkrankter Einsatzkräfte) sind also Maßnahmen der primären und sekundären Prävention angebracht.

Primäre Prävention dient der Vermeidung von Belastungen vor und im Lauf der Einsätze. Die wichtigste Voraussetzung ist eine ausreichende Einsatz Erfahrung, also praktische Sicherheit in den Routinehandlungen und der Arbeitsteilung am Einsatzort. Zur Einsatzvorbereitung gehören Basisschulungen, die organisatorische und administrative Risikominimierung (Aufbau von Leitstellen, Definition von Einsatzzonen, Abschirmung vor Medien, etc.), sowie Fitness-, Entspannungs- und Stressbewältigungstraining. Die theoretische Ausbildung sollte neben dem technischen „Handwerkszeug“ auch einen Zugang zur Selbstreflexion und zu den „Sinnfragen“ vermitteln, die sich nach der Konfrontation mit extremen menschlichem Leid aufdrängen und persönliche Antworten zur „Notwendigkeit“, der „Absurdität“ oder der „Ungerechtigkeit“ der Ereignisse erfordern. Auf dem Weg zum Einsatz beruhigen Absprachen über die zu erwartenden Belastungen. Während des Einsatzes wird ausschließlich im Team gearbeitet! Die Kommunikation mit den Kollegen schützt ebenso vor Überlastung wie bewusste Selbstinstruktionen (Rollenklarheit, Prioritäten setzen, „durchatmen“, Belastungszeichen erkennen, Pausen einlegen).

Die sekundäre Prävention setzt nach dem Einsatz ein und dient dazu, erlebte Belastungen zu verarbeiten und Erkrankungen zu verhindern. Die einem Einsatz folgende Manöverkritik thematisiert meistens eher die technische Seite des Einsatzes, wobei umfangreiche Einsätze mit einer Phase der Demobilisierung enden (Verpflegung, Informationen). Die menschliche Seite kommt oft erst in strukturierten Kleingruppengesprächen zum Vorschein. Dieses sogenannte „Defusing“ dient kurz nach dem Einsatz der gegenseitigen Information, der ersten Konfliktbewältigung und der Abklärung eines möglichen

■ Bei der PTSD werden hohe Dunkelziffern bei Helfern vermutet

■ Vermeidung und Behandlung sekundärer Traumatisierungen durch primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Tab. 2: Grundmodell des Critical Incident Stress Debriefings (CISD) nach Mitchell

1	„Introduction“ – Einführung	Vorstellung, Information, Regeln.
2	„Fact phase“ – Faktensammlung	Darstellung des Erlebten durch jeden einzelnen Teilnehmer: Wer? Wann? Wo? Was?
3	„Thought phase“ – Kognitive Ebene	Bericht über die Gedanken, die während oder nach dem Einsatz auftreten.
4	„Reaction phase“ – Reaktive Ebene	Mitteilung der Reaktionen und Gefühle während oder nach dem Einsatz.
5	„Symptom phase“ – Symptomebene	Gespräch über die erlebten Belastungs- und Stresssymptome.
6	„Teaching phase“ – Aufklärung	Informationen der Gruppenleiter: Normalität der Belastungsreaktionen, mögliche Umgangs- und Bewältigungsweisen.
7	„Re-entry phase“ – Zusammenfassung	Rekapitulation der Ergebnisse, Anerkennung der Einsatzarbeit, Angebot weiterer Hilfen.

weiteren Hilfebedarfs. Zur systematischen Nachbereitung werden häufig „psychologische Debriefings“ einberufen. Es handelt sich um formalisierte Gruppengespräche zur Vorbeugung von psychischen Folgeproblemen. Zum Beispiel wurde bei der Einsatznachbereitung des Zugunglücks von Eschede 1998 auch über die Rückkehr in den Alltag gesprochen:

In allen Phasen des Debriefings war zu beachten, dass die Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr seit mehreren Tagen im Einsatz waren, zwischendurch auch wieder ihrer Arbeit nachgehen mussten, um dann wieder in den Einsatz zu gehen. Sie waren also regelrecht einem Wechselbad der Gefühle ausgesetzt, wobei die als Normalität gewohnte Berufswelt und das Privatleben mitunter als brüchig und nicht mehr so sicher empfunden wurde. Die Welt war insgesamt aus den Fugen geraten [...]. Nach gut drei Stunden war der formale Teil beendet; länger darin (in dieser Dynamik) zu bleiben, wäre nicht gut gewesen, [...]. Aus der späteren Rückmeldung der Koordinierungsstelle und vom Seelsorger war zu entnehmen, dass das Debriefing von den Teilnehmern insgesamt als „wichtig und hilfreich“ bewertet wurde [3].

Debriefing in der Diskussion

Das „psychologische Debriefing“ wurde ursprünglich zur Betreuung von Soldaten nach Kampfeinsätzen ent-

wickelt. Das derzeit im zivilen Bereich international am häufigsten angewendete und 1983 eingeführte Modell stammt von Jeffrey T. Mitchell (Critical Incident Stress Debriefing; Tab. 2). Eine sinnvolle Weiterentwicklung ist das Critical Incident Stress Management (CISM), das dem Debriefing einen begrenzten Rahmen neben anderen präventiven Maßnahmen einräumt [4]. Im deutschen Sprachraum ist dieses Verfahren unter dem Namen „Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen“ (SBE) geläufig.

Psychologische Debriefings dienen nicht der Behandlung, sondern dem Erkennen und Vorbeugen von Behandlungsbedürftigkeit. Die Beteiligten kommen ein bis drei Tage nach dem Einsatz in Gruppen von 8–10 Personen nochmals für drei bis vier Stunden zusammen, berichten über ihre Gedanken und Gefühle, sprechen über möglicherweise aufgetretene Belastungssymptome und werden über adäquate Bewältigungsstrategien aufgeklärt. Debriefings sollten von ausgebildeten Fachkräften unter Mitwirkung kollegialer Berater („peers“) vertraulich und ungestört durchgeführt werden. Im Anschluss können eventuell Einzelgespräche vereinbart werden. Seit Mitte der neunziger Jahre kommt es zu heftigen Kontroversen, ob Debriefings die Entwicklung einer PTSD tatsächlich wirksam verhindern können [5]. So wurden methodische Mängel in den Studien der Befürworter festgestellt, etwa mögliche Selektionen durch die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die fehlende Vergleichbarkeit. Möglicherweise können bestimmte Risiko-Personen in den Gruppen unter bestimmten Bedingungen (z. B. bei zu frühen Interventionen) durch die Berichte anderer Teilnehmer retraumatisiert werden. Allerdings gibt es auch zahlreiche Untersuchungen über positive Effekte, sodass es wahrscheinlich auf eine korrekte Indikation, den richtigen Zeitpunkt, geschulte Leiter, eine behutsame Durchführung und die richtige Gruppenzusammensetzung ankommt. Letztlich haben sich Debriefings international durchgesetzt, aber die Kontroversen darüber regen zur Optimierung der Studien und zu einem differenzierten Umgang an. ■

Literatur:

- [1] Hausmann C (2003) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Facultas, Wien, S. 81
 - [2] Brauchle G et al. (2000) Psychologie in Österreich 20 : 287–292
 - [3] Uhlmann L W (2001) Das Eisenbahnunglück von Eschede: Einsatznachbereitung für zivile Helfer. In: Puzicha K J; Hansen D; Weber W W (Hg.) Psychologie für Einsatz und Notfall. Bernard & Graefe, Bonn, S. 461
 - [4] Everly G S, Mitchell J T (2002) Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas, Wien
 - [5] Krüsmann M (2004) Welche Hilfe brauchen Helfer? Prävention im Einsatzwesen. In: Müller W, Scheuermann U (Hg.): Praxis Krisenintervention. Kohlhammer, Stuttgart, S. 278–288
- Übrige Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. Burkhard Brückner
Psychologischer Psychotherapeut
Gneisenaustr. 57, 10961 Berlin

Psychologische Debriefings sollten differenziert eingesetzt werden

Fazit für die Praxis:

- Kriseninterventionsteams betreuen bei Katastrophen, Großschadensereignissen und regulären Einsätzen auch das Einsatzpersonal.
- Notfallhelfer sind gravierenden psychischen Belastungen ausgesetzt und tragen ein hohes Risiko, sekundäre Traumatisierungen (PTSD) auszubilden.
- Eine systematische Stressprävention und -nachsorge sind unerlässliche Bestandteile professioneller Krisenintervention.
- Das psychologische Debriefing ist eine verbreitete Methode zur Einsatznachbereitung, die differenziert angewendet und mit weiteren präventiven Maßnahmen verknüpft werden sollte.