

Editorial, Gisela Perren-Klingler, Präsidentin VPTS:

Das Erscheinen dieses Bulletins ist wiederum mit gewissen Schwierigkeiten verbunden gewesen: Es sind kaum Berichte aus der Schweiz eingegangen; hingegen habe ich aus Bozen und aus Thüringen einige Berichte erhalten; dafür danke ich den Autoren.

Aus all diesen Gründen haben wir beschlossen, einen Bericht über das Unglück in Gretzenbach, den Christoph Ramstein und ich für ein Italienisches Buch über Notfallpsychologie geschrieben haben, hier zu veröffentlichen. Mein Kommentar steht anschliessend an den Bericht.

In der Generalversammlung haben sich Mitglieder des CARE Teams Schwyz bereit erklärt, einen Teil der Redaktion des Bulletins zu übernehmen. Doch auch sie sind darauf angewiesen, dass Ihr Berichte schreibt, Überlegungen zu Euren Einsätzen weitergibt und auch formuliert und einschickt.

Neben den bereits erwähnten Beiträgen hat das CARE Team Schwyz sein Konzept zur Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt. Nachdem Anfangs Oktober in Magdeburg eine zweitägige Tagung zu „gemeinsamen Minimalstandards in der psycho-sozialen Notfallversorgung“ stattgefunden hat, fände ich es sinnvoll, im nächsten *Bulletin vom Frühling 2006 von möglichst vielen CARE Teams ihre Gedanken zur Qualitätssicherung zu erhalten*. Wir bitten, dass Ihr Euch sehr bald an die Schreib-Arbeit macht.

Leider hat sich auch in der Zeit nach dem Erscheinen des letzten Bulletins die Welt nicht von einer besseren Seite gezeigt: Hurrikan Kathrin und die nachfolgende katastrophale (Nicht) Versorgung der Menschen im Sport-Dom – ganz zu schweigen von psycho-sozialer Notfallversorgung- haben gezeigt, wie vulnerabel auch sogenannte entwickelte Länder sind, wenn die Natur zuschlägt, und wie wenig man darauf vorbereitet ist.

Ein nächster Terroranschlag in Bali, das Erdbeben in Kashmir und Pakistan und die täglichen kleineren Ereignisse auf Strassen, bei der Arbeit usw. zeigen, dass wir alle jederzeit getroffen werden können. Es bleibt die Aufgabe, sich in der Kunst zu üben, bereit zu sein, und dennoch gut zu leben. Gerade Mitglieder von CARE Teams können da als Beispiel funktionieren!

Editorial, Gisela Perren-Klingler, Présidente VPTS

La parution de ce nouveau bulletin a connu quelques difficultés : très peu de textes reçus de Suisse, quelques articles par contre de Bolzano et de Thuringe : que les auteurs en soient ici remerciés.

Nous avons donc finalement décidé de publier un article sur l'accident du Gretzenbach. Ce compte-rendu a été écrit en collaboration avec Christophe Ramstein, et figure dans un ouvrage italien consacré à la psychologie d'urgence. J'ajoute à cet article quelques réflexions personnelles sur le sujet.

Lors de la dernière assemblée générale, les membres du CARE Team de Schwyz se sont déclarés prêts à prendre en charge une partie de la rédaction de ce numéro. Mais aussi eux dépendent de votre participation, de ce que vous voulez bien décrire vos expériences et les leur envoyerez.

En outre, le CARE Team schwyzois présente également son propre concept de contrôle de qualité. Au début du mois d'octobre ont eu lieu à Magdeburg deux journées de réflexion sur la question des « standards minimaux communs dans la prise en charge psycho-sociale d'urgence ». Il me semblerait utile, *pour le Bulletin du printemps 2006, que les différents CARE Teams fassent connaître leur position au sujet du contrôle et du maintien de la qualité*. C'est pourquoi nous encourageons vivement chacun à se mettre sans tarder au travail.

Depuis la parution du précédent numéro, la situation dans le monde ne s'est guère améliorée : Le cyclone Katharina, l'absence catastrophique de prise en charge psycho-sociale ont montré la vulnérabilité des pays soi-disant développés face aux déchaînements de la nature. L'attentat terroriste à Bali, le tremblement de terre au Kashmir et au Pakistan, sans compter la violence quotidienne au travail ou dans la rue nous rappellent pourtant que cela peut nous arriver à n'importe quel moment. Nous avons donc à y penser et à nous y préparer tout en continuant à vivre normalement. Les équipes de CARE Team en sont un bon exemple !

FEUERWEHRUNGLÜCK GRETZENBACH: Ein Kanton ist froh, dass er Vorbereitungen getroffen hat!

Gisela Perren - Klingler und Christoph Ramstein

1. Einführung und geschichtlicher Hintergrund Das föderalistische System der Schweiz überlässt es den 26 Kantonen, die psychische Betreuung von Primär- und Sekundäröpfen bei kritischen Ereignissen nach eigenem Ermessen frei vorzubereiten und zu gestalten.

Der Kanton Solothurn ist ein hauptsächlich im Mittelland liegender Kanton mit 250'000 Einwohnern. Geographisch

und wirtschaftlich gesehen ist er eigentlich dreigeteilt: Durch die Jurakette ist das nördlich liegende „Schwarzbubenland“ (ca. 40'000 Einwohner - Bezirke Dorneck und Thierstein) abgetrennt, welches nach Basel orientiert ist. Der Juraeinschnitt in der Klus trennt den übrigen Kantonsteil in den westlichen, oberen Kantonsteil (ca. 110'000 Einwohner) - nach Bern orientiert - und den östlichen, unteren Kantonsteil (ca. 100'000 Einwohner) – nach Aarau orientiert. Der Kanton umfasst einige kleinere Städte (Hauptstadt ist die Ambassadorenstadt Solothurn)

und noch zahlreiche bäuerliche Dörfer (vorwiegend im westlichen Teil).

In den 90 – iger Jahren ereigneten sich zwei kritische Ereignisse im unteren Kantonsteil und eines im angrenzenden Teil des Nachbarkantones Bern, bei dem die Solothurnischen Einsatzkräfte ebenfalls beteiligt waren:

Bahnunglück vom 21. 3. 1994 bei DÄNIKEN (Kanton Solothurn) 9 Tote (7 starben am Unglückstag, 2 später) und 19 Verletzte.

Das Unglück wurde ausgelöst durch einen Baukran der SBB, der im Bereich des Bahnhofs Däniken im Einsatz war. Infolge mangelnder Disziplin im Funkverkehr wurde dem Kranführer gemeldet, die Strecke sei frei, er könne drehen. Während des Ausschwenken des Kranarmes wurden die Wagen des durchfahrenden Schnellzuges seitlich aufgeschlitzt. Die notfallmedizinische Betreuung mit Evakuierung der Verletzten in die umliegenden Spitäler funktionierte ausgezeichnet. Eine organisierte Betreuung im Sinne der „psychischen Ersten Hilfe“ gab es nicht.

Brand in der TELA - Papierfabrik vom 19. 7. 1996 bei NIEDERBIPP (Kanton Bern)

Bei diesem ausserkantonalen (dicht an den Kanton Solothurn angrenzend) Ereignis wurden die meisten Feuerwehren des Kantons Solothurn zum Einsatz aufgeboden. 3 Atemschutzträger der Feuerwehr Herzogenbuchsee (BE) starben bei diesem Einsatz. Der Einsatzleiter des Feuerwehreinsetzes beging ungefähr 3 Monate später Suizid. Damals wurden unverletzte Betroffene von den Pfarrerinnen und Pfarrern der umliegenden Ortschaften betreut. Einige dieser Seelsorger liessen sich danach in Notfallseelsorge ausbilden.

Raubüberfall auf ein Restaurant vom 4. 2. 2000 bei DULLIKEN (Kanton Solothurn) Zwei maskierte Männer betraten das mit Stammgästen besetzte Restaurant Löwen und bedrohten mit Revolvern die betagte Wirtin sowie die anwesenden Gäste. Als weitere Gäste das Lokal betraten wurden die Täter nervös und schossen. Dabei gab es 2 Tote und 3 Verletzte. Die Nachbetreuung erfolgte in diesem Falle durch Pfarrerinnen und Pfarrer aus der Ortschaft und der Umgebung, welche zum Teil bereits eine Ausbildung in Notfallseelsorge absolviert hatten.

Auffallend ist, dass sich alle drei grösseren Ereignisse im Zeitraum von 1994 – 2004 im unteren Kantonsteil, auf der Achse Olten – Aarau, ereignet haben und dass die Ereignis-Orte Dulliken, Däniken und Gretzenbach Nachbargemeinden sind.

Sensibilisiert durch diese eingangs geschilderten Ereignisse wurde anfangs 2000 unter der Leitung des Kantonalen Führungsstabes eine Arbeitsgruppe „Psychologisches Debriefing und Seelsorge“ tätig, welcher Vertreter der Einsatzkräfte, Seelsorger und der Kantonsarzt angehörten. Ebenfalls sensibilisiert durch diese Ereignisse und durch neu erworbene Kenntnisse in Therapie und Prävention in der Psychotraumatologie wurde der Präsident der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO) sekundär in dieser Arbeitsgruppe aktiv. Er erweiterte den Kreis der Arbeitsgruppe mit den wichtigsten betroffenen Dienstzweigen, änderte die Namensgebung des Projektes und erreichte durch klare und insistierende Information auf

politischer Ebene, dass das Konzept „Integrierte Betreuung im Not- und Katastrophenfall, Kanton Solothurn“ (IBNK-SO) geschaffen wurde. Dieses Konzept wurde im Dezember 2001 vom Regierungsrat (Exekutive) verabschiedet, seine Implementierung dem Departement des Innern übertragen und ein Kredit gesprochen. Anschliessend fand eine umfassende Information möglicher Interessierter und Betroffener statt.

Nach der Verabschiedung dieses Konzeptes übernahm die „Steuerungsgruppe IBNK“ (Vertreter der Einsatzkräfte, Zivilschutz, Kantonaler Führungsstab (KFS), Notfallseelsorge, Kantonsarzt) - unter der Leitung des Präsidenten Gesellschaft der Aerzte SO- die weiteren Aufgaben. Sie erreichte, dass im Frühjahr 2002 – nach einer Evaluation - 60 Freiwillige (aus Polizei, Feuerwehr, Rettungssanität, Zivilschutz, Notfallseelsorgern, Allgemeinärzten, Psychiatern, Psychologen und Samaritern ausgewählt) in zwei gemischten Gruppen eine Grundausbildung in Psychotraumatologie, erster psychischer Hilfe und Debriefing während je 2 x 2 Tagen (im Abstand von einem Monat) erhielten.

Seither erhielten diese Absolventen in regelmässigen Abständen Informationen über Neuerungen im Konzept und über Psychotraumatologie. Bei den Alltags – Ereignissen (vor allem Verkehrsunfälle und Suizide) kommen jeweils die Peers aus den Einsatzkräften sowie die Notfallseelsorger zum Einsatz

Ende April 2004 wurde zwischen dem Kanton Solothurn und der „Stiftung CareLink“ eine Vereinbarung unterzeichnet betreffend „Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Betreuungsorganisation des Kantons Solothurn“. Diese enthalten Dienstleistungen, die CareLink bei Schadenereignissen, welche die Kapazitäten der internen Mittel des Kantons Solothurn übersteigen – zur Verfügung stellt. In den folgenden Monaten wurden diese vereinbarten Dienstleistungen (Festlegen der operativen Leitung, Call Center, Betreuungszentren, DVI - Zentren (Disaster Victim Identification), Care Givers, Personendaten – und Personal – Management, Logistik, Sprachregelung innerhalb der Care - Organisation) in mehreren Arbeitstagen zwischen der Steuerungsgruppe IBNK-SO und Führungsorganen von CareLink umgesetzt. Im Juni und im November 2004 fanden je 1 eintägiger Fortbildungskurs für die im Jahr 2002 ausgebildeten Freiwilligen statt. Die Kurse, welche wieder mit gemischten Gruppen (Teilnehmer wieder gemischt, Peers, NFS, MHP) durchgeführt wurden, beinhalteten hauptsächlich das Thema „Defusing“ (Gruppenarbeit anhand von Fallbeispielen). Anlässlich des zweiten Fortbildungskurses vom 25.11. 2004 – also 2 Tage vor dem Ereignis – beklagten sich einzelne Teilnehmer, es ereigne sich sowieso nie etwas, womit sie nie gebraucht würden. Am 26.11.2004 – 1 Tag vor dem Ereignis – fand die Schlussübung des Pikett 2 der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd statt.

2. Das Ereignis vom 27.11.2004 (Feuerwehrlück Gretzenbach): Um **06.00 Uhr** am 27.11. 2004 - einem Samstagmorgen, bemerkt eine Bewohnerin beim Betreten der unterirdischen Garage, dass ihr Rauchschwaden entgegen kommen. Sie kehrt in ihre Wohnung zurück und alarmiert die Feuerwehr. Via Alarmzentrale wird um **06.07 Uhr** der Alarm „Brand in Tiefgarage Staldenacker

Gretzenbach“ ausgelöst. 11 Männer der freiwilligen Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd – Gretzenbach rücken mit Atemschutzausrüstung aus, um **06.12 Uhr** treffen die ersten Feuerwehrmänner mit Atemschutzausrüstung vor Ort ein. Um **06.15 Uhr** werden die Bewohner der Überbauung „Staldenacker“ durch andere Feuerwehrleute geweckt und evakuiert. Die rund 250 Bewohner werden in der Dorfturnhalle durch die Samaritervereine der umliegenden Dörfer betreut, während die Atemschutzgruppe ihren Auftrag in der Tiefgarage erfüllt, abgesichert durch ihre Feuerwehrkameraden. Die Tiefgarage ist überdeckt von einer Grünfläche, auf welcher der Kinderspielplatz der Überbauung „Staldenacker“ liegt, direkt daran angrenzend stehen die Wohnblöcke der Überbauung „Staldenacker“.

Um **07.17 Uhr** – befindet sich die Atemschutzgruppe, nach erfülltem Auftrag, bereits auf dem Rückzug aus der Garage. Da stürzt die Betondecke der Garage (18 Meter breit und 25 Meter lang, 30 cm dick) ohne jegliche Vorwarnung ein und begräbt sieben Feuerwehrmänner unter sich. Von den vier sich ausserhalb der Einbruchkante befindenden Feuerwehrleuten kann sich einer retten, die anderen drei werden verschüttet; zwei können von ihren Kameraden unverletzt befreit werden, einer wird schwer verletzt geborgen und sofort in Spitalpflege gebracht.

Die geretteten Feuerwehrmänner werden sofort aus dem Einsatz abgezogen und durch die benachbarten Stützpunktfeuerwehren abgelöst, nur der Kommandant bleibt auf Platz. Es wird mit allen Mitteln versucht, die eingeschlossenen Kameraden zu retten. Ab **08.00 Uhr** treffen die benachbarten Feuerwehren ein und lösen die übrigen Kameraden der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd ebenfalls ab. Diese werden im Feuerwehrmagazin Schönenwerd zusammengezogen und von den Notfallseelsorgern betreut.

Gegen **11.00 Uhr** wird klar, dass keine Hoffnung mehr besteht, die Feuerwehrleute lebend retten zu können. Es werden nun schwere Baumaschinen der Armee eingesetzt (Katastrophen – Bereitschaftsverband), um die noch verschütteten sieben Feuerwehrmänner bergen zu können. Kurz vor Mitternacht wird der letzte tot geborgen. Eine erste Betreuung der Angehörigen der Opfer und der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd – Gretzenbach erfolgt durch die Notfallseelsorger und Polizei- Peers aus dem Care Team der IBNK-SO. Das Care Team des Kantons Appenzell, welches im Verlaufe des Morgens via Kommandant der Kantonspolizei seine Hilfe angeboten hat, erscheint um 16.30 mit 10 Leuten. Da es zu diesem Zeitpunkt nicht mehr gebraucht wird, wird es bei einer Besichtigung des Schadensplatzes orientiert, bevor es sich wieder auf die Heimreise begibt. Das Care Team des anliegenden Kantons Aargau hat sich am Mittag – via Alarmzentrale- ebenfalls angeboten, doch auch auf dessen Angebot konnte vorderhand verzichtet werden.

Die erste Medienkonferenz wird um **14.00 Uhr** abgehalten. In der zweiten Medienkonferenz um **17.00 Uhr** wird mitgeteilt, dass fünf der Verschütteten geortet, aber noch nicht geborgen werden konnten. Um **18.00 Uhr** wird der Tod von vier Feuerwehrmännern bestätigt. Zu diesem Zeitpunkt arbeiten die Berufsfeuerwehr Bern

und die Spezialisten der Armee (Katastrophen- Bereitschaftsverband) an der Bergung. Die Rettungssanitäter des Kantonsspitals Olten und die Mediziner des Institutes für Rechtsmedizin (IRM) Bern befassen sich mit der Übernahme der geborgenen Opfer. Um **23.45 Uhr** ist der letzte Tote geborgen. Während der ganzen Bergungsphase werden die Angehörigen im Zentrum des nahegelegenen Schulhauses betreut. Die Todesnachricht wird ihnen durch die Notfallseelsorger und die im Einsatz stehenden Angehörigen der Sondergruppe Peer der Polizei (aus dem Care Team IBNK-SO) überbracht. Sie werden im Verlaufe des Abends durch den Polizei – Psychologen orientiert, dass am Sonntag – Nachmittag eine Fahrt nach Bern zur Identifikation der Toten organisiert wird. Insgesamt sind bis Mitternacht ungefähr 200 Mann im Einsatz gewesen.

Die Bewohner der anliegenden Überbauung werden am späteren Nachmittag durch die Sicherungskräfte der Feuerwehr orientiert, dass sie wieder in ihre Wohnungen zurückkehren dürfen. Einige Familien ziehen es vor, vorderhand auswärts bei Verwandten oder Bekannten zu bleiben.

Der Einsatzleiter IBNK-SO, welcher – zurück-gekehrt von einem Kongress - erst seit dem Nachmittag im Einsatz ist, koordiniert die bereits getroffenen Massnahmen. IBNK-SO. Nach Rücksprache mit dem obersten Feuerwehr – Verantwortlichen des Kantons beauftragt er den Koordinator für Katastrophenvorsorge des Kantons Basel - Stadt, die psychologische Betreuung der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd – Gretzenbach zu übernehmen. Damit kann das Care Team IBNK-SO entlastet werden. Es ist klar, dass diese Aufgabe nicht von Kollegen aus den eigenen Reihen der Feuerwehr – Peers des Care Team IBNK-SO übernommen werden konnte, da sich die meisten untereinander kennen und eine grosse Betroffenheit herrscht. Der Koordinator für Katastrophenvorsorge des Kantons Basel-Stadt hat in der Folge während aller Einsätze der Peer-Organisation zugunsten der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd – Gretzenbach die Funktion des Einsatzleiters inne. Für Betroffene aus den anderen am Einsatz beteiligten Feuerwehren hat der Einsatzleiter IBNK-SO adäquate psychologische Hilfe oder Therapeuten vermittelt.

3. Die Nachsorge in der Zeit kurz danach: Spontan stellen sich Menschen, welche mit den sozialen Strukturen der Gemeinde vertraut sind, zur Verfügung und begleiten und unterstützen die Familien der Opfer bei den in den nächsten Tagen auf sie zukommenden Aufgaben.

Sonntag, 28.11.2004: In der ganzen Schweiz wird in den Gottesdiensten der Opfer und ihrer Angehörigen gedacht.

Am frühen Sonntag – Nachmittag fahren die Familien - Angehörigen der sieben verstorbenen Feuerwehrmänner in einem Autobus nach Bern zur Identifikation der Leichen und um Abschied zu nehmen. Vom IRM Bern ist zu diesem Zweck ein Raum in der Kaserne Bern eingerichtet worden. Die Angehörigen sind begleitet vom Leiter der Notfallseelsorger IBNK-SO (katholisch), dem evangelischen Orts - Pfarrer von Schönenwerd, vier Angehörigen der Sondergruppe Peers der Polizei, dem Polizei-psychologen, und einem zivilen Arzt aus Schönenwerd.

Es werden warme Getränke und Sandwiches, Taschentücher und Rosen mitgenommen. So kann jedes Familienmitglied beim Abschied eine Rose zu ihrem Toten legen. Nebst dem Polizeipsychologen gibt der vom Einsatzleiter IBNK-SO instruierte, erfahrenen Polizei – Peer während der Fahrt Informationen über den Ablauf und beantwortet Fragen. Sonst wird nicht viel geredet.

Der Leiter der Rechtsmedizin IRM Bern hat den Einsatzleiter IBNK-SO über den Ablauf orientiert, er hat auch um die Begleitung durch den zivilen Arzt gebeten. In der Kaserne Bern ist ein DVI – Raum eingerichtet worden. In diesem schlichten Raum wird die Identifikation – Familie um Familie – einzeln durchgeführt: Mit einem Wagen wird der Sarg in den Raum gebracht. Der Familie wird mitgeteilt, dass der Tote nicht mehr leiden musste; denn die CO – Bestimmung habe bei allen einen Null – Wert ergeben, was bedeutet, dass keiner nach dem Einsturz der Decke noch einen Atemzug tun konnte. Der Leiter der Rechtsmedizin nimmt sich für jede Familie so viel Zeit, wie sie benötigt: Er fragt nach besonderen Merkmalen des Toten und zeigt dann anhand von Polaroid – Fotos solche Merkmale. Falls diese für die Familie deckungs-gleich sind, sagt er ihnen, wie der Leichnam ausgesehen hat und fragt, ob sie ihn sehen möchten. Die meisten Familien wollen ihn sehen. Während des Abschiedes vom Toten sind die betroffenen Familien während längerer Zeit sich selber überlassen. Die anderen Familien warten unterdessen ausserhalb dieser Räumlichkeiten, sie werden vom Begleitem betreut und mit Snacks und Getränken bedient. Um 20 Uhr ist der Bus mit den Angehörigen und dem Begleitem wieder zurück in Gretzenbach.

Während des ganzen Sonntags ist das Feuerwehrlokal Schönenwerd durchgehend für jedermann offen, es liegt ein Kondolenzbuch auf und vor dem Feuerwehrlokal wird eine Gedenkstätte mit Kerzen und Blumen errichtet. Es wird zudem eine Internetseite für Kondolenzschreiben errichtet. Auch in Gretzenbach, neben der eingestürzten Tiefgarage, wird eine Gedenkstätte errichtet, mit Blumen, Kerzen, Briefen, Kinderzeichnungen und anderem mehr. Die Beerdigung der Toten findet in der nun folgenden Woche statt, einzeln, zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Kirchen (verschiedene Bekenntnisse!).

Montag, 29.11. 2004: Am Abend findet für die Feuerwehr Schönenwerd (ca. 60 Leute) eine erste Nachbesprechung statt. Diese wird vorbereitet und durchgeführt von der Peer – Organisation Basel – Stadt, bestehend aus dem Koordinator für Katastrophen – Vorsorge Basel – Stadt als Einsatzleiter, dem Kommandanten der Berufsfeuerwehr, sowie 9 Feuerwehr–Peers und 2 Notfallpsychologinnen. Die betroffenen Familien werden durch den Feuerwehrkommandanten und die jeweiligen Gemeindepräsidenten darüber informiert, dass ihnen ein psychologisches Debriefing in der Familie - oder auch ein Einzel - Debriefing – angeboten wird, organisiert durch den Einsatzleiter IBNK-SO. Es wird ihnen auch erklärt, was der Sinn eines solchen Debriefings sei. Ein Vertreter der Kantonsregierung besucht an diesem Montag alle Familien der Opfer und übergibt ihnen einen Geldbetrag als Starthilfe für die materiellen Ausgaben in den nächsten Tagen.

Dienstag, 30. 11. 2004: Es findet am Abend ein ökumenischer Gedenk – Gottesdienst für die Bewohner der Überbauung „Staldenacker“ statt. Die Teilnahme steht aber auch anderen Menschen offen.

Mittwoch, 1.12. 2004: Der verletzte Feuerwehrmann wird im Spital durch ein Team der Peer – Organisation Basel - Stadt (Koordinator Katastrophenvorsorge, Kommandant und Peers der Berufsfeuerwehr und eine Notfallpsychologin) besucht und seine Familie psychologisch betreut.

Der Einsatzleiter IBNK-SO bietet an und organisiert laufend psychologische Einzel – Debriefings für betroffene Einsatzkräfte und vermittelt auch bereits (ausgebildete) Trauma – Therapeuten.

Donnerstag, 2.12. 2004: Es werden verschiedene psychologische Einzel–Debriefings für betroffene Einsatzkräfte organisiert. Am Abend findet ein zweites Treffen mit der Feuerwehr Schönenwerd statt im Beisein der Partnerinnen und Partner der Feuerwehrleute. Es wird durch das gleiche Team der Peer–Organisation Basel–Stadt organisiert und durchgeführt. Anwesend ist auch eine der Witwen der verunglückten Feuerwehrmänner, welche infolge Trennung keinen Kontakt mehr mit der Herkunftsfamilie ihres Mannes hat.

Eine Notfallpsychologin informiert die Partnerinnen und Partner der Feuerwehrleute, wie sie ihre Männer oder Frauen in der Bewältigung des Erlebten unterstützen können. Auch werden mögliche Reaktionen von Kindern der Feuerwehrleute erörtert.

An diesem Tag findet auch das Gruppen – Debriefing für die Rettungssanitäter des Kantonsspitals Olten, welche am 7.11.2004 im Einsatz gestanden haben, statt. Der Samariterverein Däniken – Gretzenbach führt an diesem Abend – in Anwesenheit eines Peers des Care Teams IBNK-SO eine Nachbesprechung durch.

Freitag, 3.12.2004: Der Einsatzleiter IBNK-SO nimmt Kontakt auf mit den Familien der verstorbenen Feuerwehrmänner, um definitiv Ort, Zeitpunkt und Zusammensetzung der Gruppen für die psychologischen Debriefings zu klären und nochmals Fragen zum Debriefing zu beantworten. An diesem Tag macht sich eine vermehrte Spannung bei den betroffenen Familien und den Einsatzkräften bemerkbar, es werden zusätzlich Therapeuten für Einzelinterventionen organisiert. Da nicht absehbar ist, wieviel weitere Bedürfnisse noch abgedeckt werden müssen, nimmt der Einsatzleiter IBNK-SO am Nachmittag des 3.12. 2004 Kontakt mit CareLink auf, welche vorsorglich vier Teams von Notfallpsychologen in Pikettstellung versetzt. Diese Bereitschaft kann am Tag darauf um 10 Uhr wieder aufgehoben werden. Am Abend findet in Anwesenheit eines Peers des Care Team IBNK-SO eine Nachbesprechung für die Stützpunktfeuerwehr Gösgen statt. Diese ist anlässlich des Ereignisses zwar nicht im Einsatz, jedoch in Pikettstellung versetzt gewesen und hat per Funk das Ereignis und das Schicksal der ihnen bekannten Feuerwehrmänner miterlebt.

Samstag, 4.12.2004: Um 14. Uhr findet die offizielle Trauerfeier für die sieben toten Feuerwehrmänner in der römisch – katholischen Kirche in Schönenwerd statt. Es werden Sitzplätze für 2500 Trauergäste an vier Standorten vorbereitet: Die Trauerfeier wird gleichzeitig über-

tragen in die christ – katholische Kirche in Schönenwerd, die römisch-katholische in Gretzenbach und in das Bally LAB – Gebäude in Schönenwerd für Feuerwehr – Delegationen aus der ganzen Schweiz und Europa. An jedem Standort wird eine mobile Rettungseinheit für medizinische erste Hilfe eingesetzt. Pro Hilfsstelle stehen an Material zur Verfügung: eine Ambulanz mit Transportmaterial, Feldbetten, Wundversorgungsset, Defibrillator, Medikamenten – Set, Verbandsmaterial, warme und kalte Getränke und Früchte. Personell sind diese Hilfsstellen mit einem Arzt und vier bis sechs ausgebildeten Rettungssanitätern versehen. Diese Unterstützung wird durch das Team des „Swiss Medical Protection Service“ und das „Junior Doc Medical – Team“ gewährleistet. Zudem wird ein Ambulanzfahrzeug mit Rettungssanitätern des Kantonsspitals Olten auf der Verbindungsachse Schönenwerd–Gretzenbach bereitgestellt, um allfällige Evakuationen von Notfällen sicherzustellen.

In den Kirchen respektive Gebäulichkeiten halten sich je drei bis sechs Angehörige (Peers und MHP) des Care Team IBNK-SO bereit für eventuelle Einsätze in psychologischer Erster Hilfe.

In den folgenden Tagen werden der Gemeindepräsident der Gemeinde Gretzenbach, alle lokalen, in irgend einer Unterstützung Eingesetzten per Mail angegangen und ein Angebot für psychologische Erste Hilfe gemacht: Einzel –und oder Gruppen–Debriefing. Für die Gruppen–Debriefings der Familien der verstorbenen Feuerwehrmänner werden nun Debriefing aus dem Netz des VPTS in anderen Kantonen aufgeben.

Mittwoch, 8.12.2004: Es findet ein oekumenischer Orientierungsabend statt, organisiert durch die verschiedenen umliegenden Kirchgemeinden. Er richtet sich an die Eltern der Überbauung „Staldenacker“ zum Thema „mit Kindern trauern“: wie kann man mit Kindern über das Geschehene reden und auch trauern.

Donnerstag, 9.12.2004: Der Einsatzleiter IBNK -SO führt in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Gretzenbach einen Orientierungsabend durch für die Bewohner der Überbauung „Staldenacker“ im Sinne eines abschliessenden Gesprächs über das Wesentliche des Geschehens. Die entsprechenden Fachpersonen informieren über praktische Belange (Verlust von Autos und Parkplätzen, nicht mehr Benutzen können von Spielplatz, Balkons und anderem), über versicherungs-technische, juristische, mögliche medizinische und psychologische Konsequenzen und es werden Fragen beantwortet. Den Teilnehmern wird das Faltblatt: „Merkblatt für Betroffene und Angehörige nach belastenden Ereignissen“ der CARE Organisation des Kantons Solothurn abgegeben.

Montag, 13.12.2004: An diesem Tag –zwei Wochen nach dem Ereignis–werden den Bewohnern (Mieter und Eigentümer) der Überbauung „Staldenacker“ wieder alle Gebäulichkeiten mitsamt der Verantwortung für die Respektierung der weiter bestehenden Absperrungen übergeben.

Auf Wunsch der Frauen der Feuerwehrleute findet ein dritter Informationsabend statt –organisiert und durchgeführt von der Peer–Organisation Basel–Stadt. Diesmal sind deren Männer nicht dabei. Geleitet wird die Veranstaltung durch die beiden Notfallpsychologinnen. Der Kommandant der Berufsfeuerwehr und der Ein-

satzleiter sind dabei für technische Fragen zuständig. Die Frauen können so untereinander ihre Reaktionen, Ängste und Bedenken, sowie ihr „Stark sein“ für den Partner besprechen, sich untereinander vernetzen und gemeinsame Bewältigungsstrategien für sich und ihre Familien erarbeiten.

4. Nachsorge nach der akuten Belastung

Mittwoch, 15.12.2004:

Es findet die Einsatz – Nachbesprechung mit der Sondergruppe Peer der Polizei IBNK-SO statt durch ein Team der Peer – Organisation Basel–Stadt: je 2 Peers der Kantonspolizei und der Berufsfeuerwehr Basel–Stadt und der Einsatzleiter. Auch an diesem Tag werden wiederum psychologische Einzel–Debriefings für Kadermitglieder von Einsatzorganisationen vermittelt.

Das Schweizer Fernsehen tritt telefonisch mit dem Einsatzleiter IBNK-SO in Verbindung: es will am kommenden Sonntag eine Spezialsendung über „Leute mit verschiedenen Schicksalen“ ausstrahlen und Betroffene des Ereignisses GRETZENBACH zusammen mit dem Einsatzleiter ins Studio kommen und über das Erlebte sprechen lassen. Der Einsatzleiter der IBNK-SO erklärt dem Verantwortlichen der Sendung, das dies – unter anderem wegen einer möglichen Re-Traumatisierung – kontraindiziert und unethisch sei. Er informiert unverzüglich den Feuerwehrkommandanten der Stützpunktfeuerwehr Schönenwerd – Gretzenbach, damit dieser seine Leute und die Betroffenen informieren und ihnen von einer Teilnahme abraten kann. Schliesslich fällt das Projekt dahin.

An diesem Tag hat die letzte Erstsitzung der psychologischen Gruppen–Debriefings stattgefunden. Die Mehrheit der betroffenen Familien hat bis zu diesem Zeitpunkt vom Angebot eines psychologischen Debriefings Gebrauch gemacht.

Mittwoch, 22.12.2004: Es findet eine separate Nachbesprechung für die vier geretteten Feuerwehrmänner mit dem Einsatzleiter und einer Notfallpsychologin der Peer–Organisation Basel – Stadt statt. Damit ist deren Auftrag abgeschlossen.

Donnerstag, 24.12.2004 (Heiliger Abend): Im Feuerwehrlokal in Schönenwerd findet eine Gedenkfeier für die verstorbenen Kameraden und deren Angehörige statt.

Samstag, 01.01.2005: Wie in den Vorjahren findet am Neujahrstag im Feuerwehrlokal Schönenwerd der traditionelle Neujahrs - Apéro statt.

Ende Januar / anfangs Februar 2005: Jetzt finden zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten die Zweitgespräche - das heisst die zweite Sitzung der psychologischen Debriefings - statt. Alle Betroffenen nehmen daran teil, ausser einer Familie, die im Anschluss an den TSUNAMI in Südostasien wegen Mitteilungen in den Medien, das psychologische Debriefing sei schädlich, ablehnte. Eine weitere Familie konnte ebenfalls nicht daran teilnehmen, da der Vater eines toten Feuerwehrmannes wegen eines Herzinfarktes hospitalisiert worden war. Die psychologischen Debriefings wurden von allen andern Beteiligten als hilfreiche Massnahme erlebt.

Bei einem psychologischen Gruppen–Debriefing ist ein ehemaliger Feuerwehrmann dabei gewesen, welcher

jetzt eine der betroffenen Familien von Anfang an betreut hat. Er teilt mit, dass ihm dieses Debriefing geholfen habe, den roten Faden durch die Geschichte zu finden und die schrecklichen Bilder des Toten anlässlich der Identifikation einzuordnen. Er sei 1994, beim Zugangsglück in Däniken, als Feuerwehrmann im Einsatz gewesen und hätte helfen müssen, die Leichen zu bergen. Damals hätte es ja noch keine psychologische Erste Hilfe gegeben. Heute noch würden ihm bei der Erinnerung an das damalige Unglück die schlimmen Bilder wieder hochkommen, ganz im Gegensatz zum Ereignis Gretzenbach, wo ihm jetzt nur noch schöne Erinnerungen an den Verstorbenen als Bilder präsent seien.

5. Nachfragen und Rückmeldungen:

Aktiv nachgefragt worden ist bis zum heutigen Tag durch den Einsatzleiter IBNK-SO bei den verschiedenen involvierten Behörden, den Vorgesetzten der Einsatzkräfte, einzelnen der betroffenen Familien, den nachbetreuenden Orts – Seelsorgern, sowie opinion leaders der Bewohner der Überbauung „Staldenacker“. Rückmeldungen sind spontan erfolgt z.B. von einem der überlebenden Feuerwehrmänner: aus Dankbarkeit wolle er, nach Entlassung aus der Feuerwehr – Dienstpflicht, gerne im Care Team IBNK-SO mitarbeiten), von Therapeuten und Bekannten von Betroffenen. Die Orts–Seelsorger sind zur Zeit der Niederschrift dieses Kapitels bereits mit Vorbereitungen für das Jahres – Gedenken vom 27. November beschäftigt. Der Einsatzleiter IBNK-SO hat aufgrund von Präsentationen des Ereignisses in verschiedenen Fach–Gremien das Verhalten der Care Organisation IBNK-SO kritisch hinterfragen lassen. Eine Analyse des Ablaufs durch eine aussenstehende Fachorganisation mit den Verantwortlichen der IBNK-SO ist zur Zeit noch im Gang. Anlässlich der Fortbildungstage 2005 für das Care Team IBNK-SO wird das Ereignis Gretzenbach mit allen Mitgliedern des Care Team's nochmals bearbeitet werden.

6. Die psychologische Betreuung in Zahlen:

Einsatzleiter IBNK-SO (1)	109 Std.
(Organisation und Einzel - Interventionen)	
MHP aus Care Team IBNK-SO (4)	
(Einzel-Debriefing und andere Interventionen):	18 Std
MPH aus VPTS (2):	6 Std
Care Team IBNK-SO (MHP und Peers) für Trauerfeier (15):	109 Std
Sondergruppe Peer der Polizei Kt. Solothurn (des Care Team IBNK-SO) (5):	168 Std
Notfallseelsorger (des Care Team IBNK-SO) (8):	113 Std
(psychologische Gruppen – Debriefings bei den betroffenen Familien)	
Care Team Aargau (4):	19 Std
Care Team Appenzell (6):	85 Std
Care Team Zentralschweiz und Schwyz (6):	51 Std
Koordination für Einsatz der ausserkantonalen Care Team's (1):	18 Std
Peer – Organisation Basel – Stadt:	
Peers inkl. Einsatzleiter (11):	215 Std
Notfallpsychologinnen (2):	53 Std

Total: 65 Personen leisteten psychologische Betreuung in 964 Std

In diesen Zahlen sind die Stunden für die Supervisions – Nachbesprechungen bei den verschiedenen Einsatzkräften und Helfergruppen nicht eingerechnet. Dazu zu rechnen wären zudem noch die aufgewandte Zeit der Orts–Seelsorger, privater Therapeuten, Samaritervereine und anderer Organisationen.

7. Kommentare und zusätzliche Überlegungen:

Bei diesem Feuerwehrglück handelt es sich um ein Ereignis, welches nicht mehr als „All-tags – Ereignis“ eingestuft werden kann, wo aber auch der Begriff der „Katastrophe“ noch nicht erfüllt ist. Man kann es als „Grossereignis“ einstufen, bei dem „nur“ sieben Tote, ein Schwerverletzter und drei Gerettete angefallen sind, bei welchem aber aus verschiedenen oben beschriebenen Gründen eine grosse Bevölkerungsgruppe betroffen gewesen ist. Das hat zur Folge gehabt, dass beim Einsatz alle Ressourcen der IBNK-SO benötigt und gebunden worden sind. Bereits in der Anfangsphase ist der Einsatzleiter der Peer – Organisation Basel – Stadt miteinbezogen worden. Er hat danach mit einem grossen Team bei der Betreuung der überlebenden Feuerwehrleute und deren Ehefrauen und Partnern Unterstützung gewährt. Diese Form der ausserkantonalen Unterstützung beruht auf einer mündlichen Vereinbarung zwischen dem Einsatzleiter IBNK-SO und dem Koordinator für Katastrophenvorsorge Basel–Stadt, auf Grund derer sich die Organisationen der beiden Kantone bei Ereignissen gegenseitig Unterstützung gewähren. Die Zusammenarbeit in Gretzenbach war in diesem Sinne nicht die erste.

Die Ressourcen der IBNK-SO haben in der Anfangsphase kurzfristig gereicht, und es sind keine zusätzlichen Hilfsangebote, wie z.B. dasjenige aus dem Kanton Appenzell und Aargau benützt worden. Auch konnte entgegen anfänglicher Befürchtungen auf zusätzliche Dienst – Leistungen von CareLink verzichtet werden. Da psychologische Debriefings nicht durch bereits vorher eingesetzte Helfer für psychische Unterstützung in Care Teams durchgeführt werden können (diese Helfer sind ja auch selber betroffen), ist der Einsatz durch ausserkantonale ausgebildete Peers und MHP's aus dem Netz des VPTS (Verein Psychotrauma Schweiz) sinnvoll gewesen. Als nützlich hat sich erwiesen, dass der Einsatzleiter IBNK-SO und die verschiedenen eingesetzten Leute sich dank dem „gelebten Netz“ des VPTS bekannt sind (von gemeinsamen Tagungen und Intervisionsgruppen) und über eine unité de doctrine verfügten.

Auf den ersten Blick mag dem Leser die Zahl der geleisteten Stunden der psychologischen Betreuung hoch erscheinen, obwohl diese nur die schriftlich festgehaltenen Stunden umfasst. Man kann sich die Frage stellen, ob die mehrfachen Einsätze bei den überlebenden Feuerwehrleuten, deren Frauen und Partnern soviel (fach)psychologische Betreuung nötigt gewesen sind, und ob in dieser Hinsicht das salutogenetische Konzept eingehalten worden ist.

Zu bedenken ist, dass: erfahrungsgemäss gut 80% der aufgewendeten Zeit für Administration und Organisation gebraucht wird. Jede Intervention / Nachbesprechung bedarf präziser vorgängiger Informationen, Abklärungen,

Augenscheine, Absprachen, Indikationen und Vorbereitungen, um nutzbringend und sinnvoll zu werden

8. Schlussgedanken

In kritischen Ereignissen werden viele normale und gängige Bezugs- und Orientierungspunkte in Frage gestellt. Die Hilflosigkeit des Einzelnen und der Gemeinschaft wird schmerzlich erlebt und kann auf Dauer lähmend wirken und belasten. Die psychische erste Hilfe hat zur Aufgabe, solche Reaktionen als normal und natürlich zu bezeichnen, sie aufzufangen und mit Unterstützung durch die Gemeinschaft erträglicher zu gestalten. Sie soll vor allem den direkt Betroffenen das Gefühl übermitteln, dass sie in dieser schweren Zeit nicht allein sind und dass die Gemeinschaft sie unterstützt.

Dass die Trauerzeit bei den Familien, die in diesem Feuerwehreinsatz ein Mitglied durch Tod verloren haben, trotz all dieser Bemühungen wohl länger dauern wird als die bereits verflossene Zeit, weiss man aus andern ähnlichen Ereignissen (z.B. Grubenunglück von Borken). Ein kritisches Grossereignis kann das CARE Team eines Kantons bereits bis zur Erschöpfung fordern, deswegen ist die Vernetzung mit CARE Teams mit anderen Kantonen wichtig. Kritische Ereignisse können nur dann auch psychisch bewältigt werden, wenn eine Vorbereitung und Prävention funktionieren. So kann die Anzahl Menschen mit bleibenden krankmachenden Folgen klein gehalten werden. Psychotherapeutische Interventionen im Verbund mit diesen präventiven Ansätzen können deshalb früh erfolgen und dementsprechend kurz dauern.

Alle diese Aktivitäten können im kritischen Ereignis nicht aus dem Boden gestampft werden. Sie müssen vorbereitet sein, politisch, gesetzmässig, informativ und pädagogisch. Nur so kann das Wort Yules, eines Englischen Notfallpsychologen, umgesetzt werden „Wise before the event“, „weise vor dem Ereignis“, zum Nutzen der direkt Betroffenen, ihrer Familien und der ganzen Bevölkerung. Der Kanton Solothurn gehört zu den Schweizer Kantonen, die den Föderalismus dazu benützt haben, autonom und doch im Verbund mit andern Kantonen, eine Organisation auf die Beine zu stellen, die ihre Feuertaufe bestanden hat.

Christoph ist Internist und Koordinator der Notfallpsychologie im Kanton Solothurn

Kommenta Gisela Perren-Klingler:

Nach der Lektüre des Berichtes mag man sich fragen, ob nicht hier und da zuviel getan worden ist; diese Frage scheint berechtigt und sollte diskutiert werden. Doch ist auch daran zu denken, dass es manchmal schwierig ist, mitten drin zwischen „zu wenig“ und „zu viel“ zu unterscheiden. Umso wichtiger ist es, dass alle Mitarbeitenden das Konzept der Salutogenese wirklich leben. Interessant ist, dass bereits an einer Tagung über den Einsatz der Basler Gruppe gesprochen worden ist und behauptet wurde, dass Debriefings nicht nötig gewesen seien.

Beim Lesen der Einsatzprotokolle und auch gewisser Zeitungsinterviews scheint das Wort „Debriefing“ ein verbotenes Wort geworden zu sein. Hingegen wird das Wort „Defusing“ für vieles verwendet, was nie mit diesem Wort bezeichnet werden dürfte. Im Sinne einer Unité de

doctrine gerade auch in Notsituationen, werden hier nochmals die (auch international) geltenden Definitionen, vom CARE Team Schwyz erarbeitet, nachgedruckt

Definitionen: Theres Steiner und Daniel Schenk

Trauma: Ein traumatogenes Ereignis ist ein plötzliches, ausserhalb der Norm liegendes Ereignis, das die physische und/oder psychische Integrität des Individuums gefährdet (Gewalteinwirkung in körperlicher und/oder psychischer Hinsicht) und Hilflosigkeit und/oder Todesangst bewirkt.

Sozialnetz: Familie, Freunde und Kollegen bilden das soziale Umfeld. Nach einem traumatogenen Ereignis bekommt dieses Netz eine wichtige Bedeutung und soll je nach Situation berücksichtigt werden. Das Ziel ist, eine möglichst schnelle Sicherheit und Selbständigkeit bei den Betroffenen und deren Angehörigen zu erreichen.

Emotionale erste Hilfe: Aussergewöhnliche Ereignisse schaffen Unordnung! Sie begrenzen die Handhabbarkeit der Situation und die Handlungsfähigkeit der Betroffenen bzw. Beteiligten. Sicherheit und Orientierung helfen Ordnung und Handlungsfähigkeit wieder zu erlangen. Emotionale erste Hilfe bedeutet: Sicherheit und Orientierung geben durch das Aktivieren der eigenen Problemlösungsfähigkeit

Defusing Findet im Gegensatz zum Debriefing unmittelbar nach dem Ereignis statt Es findet bei Betroffenen im Rahmen der emotionalen ersten Hilfe statt und wird von ausgebildeten Personen durchgeführt. Bei Helfern wird es im Rahmen des „technischen Debriefing“ geleistet.

Indikation Siehe Indikation „technisches Debriefing“.

Zielsetzung: Die psychologischen Wirkungen des belastenden Ereignisses sollen zur Sprache kommen Die Situation soll für die Betroffenen „entschärft“ werden Wenn nötig über die Möglichkeit eines Debriefings informieren

Methode: Moderiertes Gespräch, locker strukturiert: Über mögliche Reaktionen informieren. Merkblatt abgeben

Technisches Debriefing: Im technischen Debriefing wird der technische Ablauf eines Ereignisses rekonstruiert; d.h. bei uns im Spital werden ärztliche und pflegerische Verordnungen und Verrichtungen im Ärzte- und Pflegeteam nochmals durchgesprochen. Dabei kann das Defusing in diesem Gespräch integriert werden. Das technische Debriefing ist eine präventive Massnahme, durch die die Betroffenen eine angemessene Verarbeitung traumatogener Erlebnisse für sich nutzen können.

Indikation: Es macht Sinn, wenn das technische Debriefing inkl. Defusing beim Ärzte- und Pflegepersonal nach stark belastenden Ereignissen durchgeführt wird:

Nach einer REA, nach erfolgreicher REA, aber bleibenden Schädigungen bis Hirntod, bei schweren Krankheitsbildern, an denen der Patient innert kurzer Zeit stirbt (v.a. junge Menschen), nach erfolgtem Suizid (chancenloser REA), nach Unfällen aller Art mit Todesfolge oder Schwerverletzten mit bleibenden körperlichen und geistigen Schädigungen. Bei Ereignisse mit Säuglingen, Kindern oder Jugendgruppen, Tod oder Verletzung durch Gebrauch von Schusswaffen, Gewaltverbrechen mit Todesfolge oder schwerer Verletzung, Suizid innerhalb des Spitals

Zielsetzung: Verhinderung von akuten Belastungsreaktionen, Verhinderung von posttraumatischen Belastungsstörungen, Verhinderung von Burnout

Psychologisches Debriefing: Das psychologische Debriefing ist ein strukturiertes Gespräch in zwei voneinander getrennten Sitzungen. Es ist eine präventive Massnahme, durch die eine angemessene Verarbeitung frischer traumatogener Erlebnisse erleichtert und unterstützt wird. Dadurch werden einerseits die unmittelbaren psychosomatischen Folgen des traumatogenen Ereignisses reduziert, die Selbsthilfe aktiviert und die Gefahr eventueller psychischer Spätschäden verringert.

Indikation: Wenn die emotionale erste Hilfe nicht reicht und die akuten Stressreaktionen im Laufe der Tage/Wochen nicht abnehmen (Betroffene: Patienten und Angehörige)

Wenn nach dem technischen Debriefing und dem integrierten Defusing die akuten Stressreaktionen nicht abnehmen (Helfer: Ärzte und Pflegepersonal)

Zielsetzung: Verhinderung posttraumatischer Belastungsstörungen, Verhinderung pathologischer Trauer

Methode: Das Gespräch findet in einem geschützten Rahmen statt: Es wird eine Geschichte des Geschehens erarbeitet, um Reaktionen und Zusammenhänge zu verstehen und gemeinsam einen „roten Faden“ für das Erlebte zu finden. Es werden der Ablauf des Ereignisses und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle getrennt erarbeitet. Persönliche Belastungsreaktionen werden besprochen, normalisiert und Möglichkeiten erarbeitet, um mit diesen besser umzugehen.

Das erste Gespräch findet frühestens 72 Stunden nach dem Ereignis statt, das zweite 6 bis 8 Wochen später.

Theres Steiner ist Krankenpflegefachfrau im Spital und Mitglied des CARE Teams Schwyz, Daniel Schenk ist stellvertretender Direktor und Projektverantwortlicher Spital Schwyz

Qualität muss gelebt werden: Jeannette Schuler Ponte, Reto Baggenstos, Gody Wernli, CARE Team Schwyz

Eine strukturierte Arbeitsweise und die ständige Auseinandersetzung mit sich und seiner Tätigkeit sind zwingend, um Qualität zu erreichen und zu erhalten. Ablaufpläne, Checklisten und Vorlagen vermitteln Sicherheit und geben eine Struktur. Jede weiss, was sie zu tun hat. Qualitätsmanagement bedeutet für uns: Einsätze zu reflektieren, sie zu dokumentieren, unsere Arbeitsweise zu überprüfen, um einen hohen Standard, zu erhalten und uns ständig zu verbessern. Mit unserem Qualitätsmanagement verfügen wir über einen Leistungsausweis, der unsere Professionalität dokumentiert.

Der Begriff Qualitätsmanagement erweckt häufig falsche Erwartungen. Ziel aller Massnahmen ist es nicht, auf eine imaginäre Perfektion hinzuwirken. Ziel ist es vielmehr zu garantieren, dass auf definierte Situationen (Care – Einsätze bzw. Debriefings) mit konstanter Regelmässigkeit reagiert wird. Bereits in der DIN ISO 9000 wurde unter anderem ausgeführt: „Der grundlegende Faktor für die Leistungsfähigkeit einer Organisation ist die Qualität ihrer Produkte oder Dienstleistungen“, „oft sind kontinuierliche Qualitätsverbesserungen nötig, um eine gute

wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu erreichen und aufrecht zu erhalten“.

Das Kader ist für die Qualitätspolitik des Care Teams verantwortlich. Gleichzeitig verpflichten sich alle Mitglieder daran mitzuarbeiten, so dass die gewünschte Qualität erreicht wird. Qualitätsmanagement ist zwar „Chefsache“, es kann jedoch nicht verordnet werden. Die Mitglieder müssen von seiner Notwendigkeit überzeugt sein und ihr Handeln danach richten.

Was bedeutet Qualitätsmanagement für uns?

1. Die Aufgabenbereiche des Care Teams sind definiert.
2. Die Dokumentation ist erstellt.
3. Ein standardisiertes Aufnahmeverfahren stellt sicher, dass die Mitglieder eine hohe Selbst- und Sozialkompetenz aufweisen.
4. Eine Ausbildung bereitet die Mitglieder für die Einsätze vor. Der Besuch von Weiterbildungen ist ein „Muss“.
5. Zugeteilte Aufgaben und Kompetenzen sind geklärt.

1. Das Care Team Kanton Schwyz und seine Kernaufgaben. Das Care Team Kanton Schwyz versteht sich als qualifizierte Unterstützungsorganisation sowohl bei Alltags- wie auch bei Grossereignissen mit Schwerverletzten und Toten. Durch seine fachkundige Betreuung unmittelbar vor Ort und/oder nach einem schwerwiegenden Ereignis unterstützt es die direkt und indirekt Betroffenen die Ersthelferinnen sowie die Mitglieder der Blaulichtorganisationen bei der Verarbeitung ihrer grossen emotionalen und psychischen Belastung. Das Care Team arbeitet auch präventiv, indem es Öffentlichkeitsarbeit betreibt. Seine Mitglieder haben sich zum „Verein Care Team Kanton Schwyz“ zusammengeschlossen.

Mit seinen Dienstleistungen ergänzt der Verein Care Team Kanton Schwyz bereits bestehende Hilfsinstanzen. Die organisatorische Eingliederung des Care Teams Kanton Schwyz und des Vereins Care Team Kanton Schwyz ist in Abbildung 1 dargestellt.



2. Dokumentation

Qualitätsmanagement und Dokumentation gehen Hand in Hand. Qualitätsmanagement stellt sicher, dass die Dokumentation zweckmässig für die Aufgabenerfüllung gestaltet ist, und die Dokumentation bildet eine Voraussetzung, um überhaupt Qualitätsmanagementmassnahmen durchführen zu können.

Jedes Care Team Mitglied verfügt über einen Ordner. Darin enthalten sind Ablaufpläne, Checklisten, Gebete,

Flyers, Adressen von Fachperson und Fachstellen, Protokoll- und Abrechnungsvorlagen (Abbildungen 2, 3). Der Ordner wird zu jedem Einsatz mitgenommen. Darin sind alle Unterlagen und die meisten Informationen enthalten, die bei einem Care Einsatz benötigt werden. Jedes Care Team Mitglied verfügt somit über den gleichen Informationsstand, um einen Einsatz so optimal wie möglich zu gestalten. Der Ordnerinhalt wird 1x-jährlich überarbeitet.

Alarmierungsablauf

Das Aufgebot des Care Teams erfolgt über eine zentrale Telefonnummer. Bei einem Einsatz werden von der Leitungs- bzw. Koordinationsperson – gemäss einem monatlich erstellten An- bzw. Abwesenheitsplan - zuerst jene Mitglieder alarmiert, die am nächsten zum Einsatzort wohnen. Sind diese nicht erreichbar oder nicht einsatzbereit, werden – entsprechend einer Mitgliederliste - weitere aufgeboden. Als Regel gilt, dass mindestens zwei Care Givers ein Alltagsereignis begleiten. Die angetroffene Situation kann so besser überblickt und eingeschätzt werden. Bei Bedarf können weitere Mitglieder benachrichtigt werden. Jede Alarmierung wird beantwortet, ob der Einsatz geleistet wird oder nicht. Nach Abschluss des geleisteten Einsatzes wird er mit der Einsatzleitung besprochen („1. Psychohygiene“).

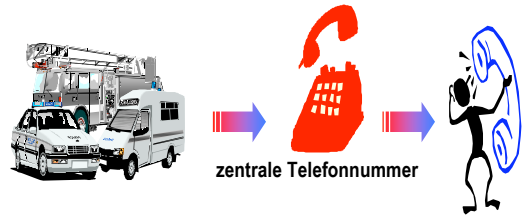
Je nach Unterstützungsmaßnahme wird diese spätestens nach 2 – 3 Wochen zusammen mit einer kleinen Fachgruppe nochmals reflektiert. Diese Besprechung dient einerseits der Verarbeitung des Einsatzes und andererseits der Qualitätsüberprüfung – bekanntlich lernt man aus Fehlern!

Bei einem Grossereignis arbeitet das Care Team Kanton Schwyz eng mit der Mobilen Sanitätshilfsstelle des Kantons Schwyz zusammen.

Standard Alarmierungsablauf: (siehe nebenan)

folgende Leitlinien Standard Debriefing (Vorbereitung, Durchführung / Nachbereitung) sind bis jetzt eingeführt:

Standard Einsatzbereitschaft (wie gehe ich in den Care – Einsatz?)



- Einsatzleitung
- Blaulichtorganisation
- Einsatzzentrale
- Betroffene

Eingang der Meldung

- Leitungs- bzw. Koordinationsperson

entscheiden, organisieren

- Care Givers

Begleitung vor Ort: Verantwortliche Person für den Einsatz

- Debriefenden

Debriefing?

- Care Givers bzw. Debriefenden, Fachgruppe

Abschluss, gem. Auswertung, Protokoll

Alltagsereignis: vor dem Einsatz

1. Via Telefon den Pager-Alarm beantworten und melden ob der Einsatz übernommen wird oder nicht. Klären wer im Einsatzteam ist, wer was übernimmt. Gleichzeitig Einsatzinformationen einholen:
Was ist passiert?
Wo ist es passiert?
Wie viele Betroffene ? – davon Verletzte?
Sind spezielle Gefahren zu beachten?
Wer ist mein Ansprechpartner?
2. Evt. Wasser kochen für die Thermoskanne
3. Information an Angehörige, Babysitter, Andere
4. Toilettengang
5. Geeignete Kleider und Schuhwerk anziehen
6. Heisses Wasser in die Thermoskanne füllen/ eigenes Getränk und evt. Proviant mitnehmen
7. Fenster schliessen, alle Elektrogeräte ausschalten
8. Handy und Pager **eingeschaltet** mitnehmen
9. Rucksack mitnehmen, nicht benötigtes daraus entfernen
10. Kontrollblick zurück in die Wohnung

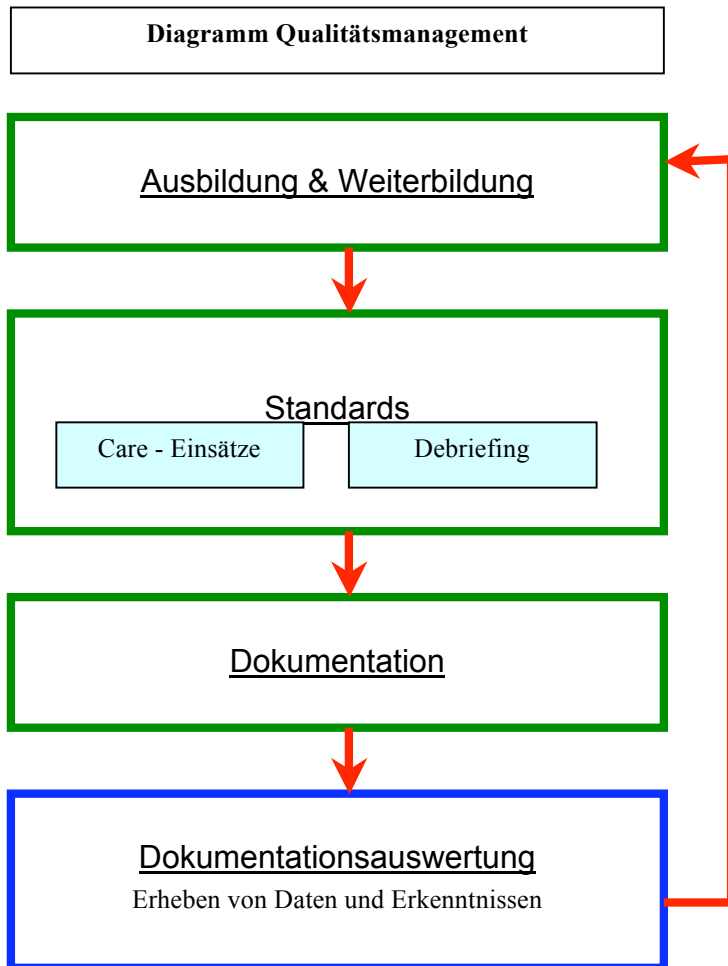
Standard Einsatzprotokoll:

Protokoll Care – Einsatz Datum

Alltagsereignis Blaulichtorganisation Grossereignis

Aufbietende Stelle: _____
 Einsatzort (Adresse): _____
 Kontaktnummer (Telefonnummer): _____
 Koordinator/in: _____
 Betreuer/innen: _____
 Leitung: _____
 Assistenz: _____
 Anzahl Betroffene
 Einsatzkräfte _____ Andere: _____
 Kurze Zusammenfassung:
 Kontaktadresse abgegeben Flyer abgegeben Arzt zugezogen
 Seelsorger zugezogen _____
 Vereinbarung:
 Debriefing: ja nein
 Kontaktadresse inkl. Telefon

Die aus dieser Dokumentation und den Auswertungsgesprächen gewonnenen Daten und Erkenntnisse stellen wiederum die Grundlage für Weiterbildungen dar mit dem Ziel, die Qualität beizubehalten bzw. zu verbessern



3. Die Mitglieder

Es können Personen jedes Geschlechts, Hautfarbe, Religion und Muttersprache im Care Team Kanton Schwyz mitarbeiten. Es ist nicht zwingend, dass sie eine medizinische, psychologische oder soziale Ausbildung absolviert haben.

Anforderungsprofil

- Persönliche Reife, mindestens 30 Jahre alt
- Kenntnis der Schweizer Sprache
- Ausbildung in Debriefing oder gleichwertige Ausbildung
- Bereitschaft für Care- Einsätze und Debriefings (zeitliche Flexibilität)
- Teamfähigkeit
- Kommunikative Fähigkeit
- Verschwiegenheit
- Kritikfähigkeit
- physische und psychische Belastbarkeit
- Bereitschaft, das eigene Handeln zu reflektieren
- Kennen und Respektieren der Möglichkeiten resp Grenzen der Care Tätigkeit
- Bereitschaft, obligatorische interne und externe Bildungsveranstaltungen zu besuchen

- Bereitschaft zur Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe.

4-Aus- und Weiterbildung

Alle Mitglieder des Care Teams Kanton Schwyz besitzen eine Ausbildung in psychologischem Debriefing, absolviert am Institut für Psychotrauma Schweiz, oder eine gleichwertige Ausbildung.

Weiter besuchen sie – gemeinsam mit dem Fachpersonal der Mobilen Sanitätshilfe - zwei Pflichtweiterbildungen pro Jahr. In diesen Weiterbildungen stehen für die Mitglieder des Care Teams die Erkenntnisse aus den Auswertungsgesprächen sowie die Daten aus der Dokumentation im Mittelpunkt. Ebenso werden Bedürfnisse und Interessen der Mitglieder berücksichtigt und in die Bildungsveranstaltungen integriert.

Die Mitglieder des Care Teams arbeiten ausserdem aktiv in verschiedenen Arbeitsgruppen mit (Optimierung der Care-Einsätze, Prävention, Qualitätsmanagement etc. Ebenfalls verpflichten sie sich alle zwei Jahre einen „Wiederholungskurs“ im Bereich „Umgang mit traumatisierten Menschen“ zu besuchen. Durch diesen Aus- und Weiterbildungsstand /Rhythmus wird ein hohes Qualitätsniveau garantiert.

5. Leitlinien / Standards

Um Qualität messen zu können, müssen Leitlinien/Standards definiert sein. Leitlinien sind Direktiven (Richtlinien), die ein erwartetes Verhalten oder ein bestimmtes Outcome beschreiben. Sie garantieren bei deren Einhaltung ein gleich bleibendes Niveau. Leitlinien /Standards haben allgemein sechs Charakteristika:

- Sie definieren ein erwartetes Verhalten
- reflektieren den Konsens (Meinung) der Experten
- entsprechen dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand
- unterliegen einem dynamischen Prozess

Im Kanton Schwyz sind die oben dargestellten Leitlinien /Standards bis jetzt eingeführt: Diese Standards stehen digital sowie auf Papier zur Verfügung.

Jeannette, Reto und Gody sind Mitglieder des CARE Teams Schwyz

Tsunami et psychotraumatologie appliquée:

3 semaines au Sri Lanka. Marc Muret, Zurich

Le courrier électronique du 21 janvier 2005 restera dans ma mémoire. Gisela Perren-Klingler, de l'IPTS me demandait si j'étais prêt à partir pour 3 semaines au Sri Lanka. Le but de cette opération humanitaire était de visiter diverses écoles pour enseigner aux institutrices la gestion du stress post-traumatique. Pour répondre à une catastrophe d'une pareille dimension, les institutrices semblaient être les justes personnes pour former psychologiquement les enfants victimes du tsunami. Lorsque j'atterris à Colombo à mi-mars, j'avais été précédé par une première équipe qui 4 semaines durant avait préparé le projet et visité différentes écoles. A l'aéroport je retrouvai le reste de la deuxième équipe : trois étudiants/tes en pédagogie. Tout en me secondant pendant ces trois prochaines semaines, ils allaient faire des repérages pour un projet d'home pour enfants.

La flexibilité, comme j'allais bientôt le constater, est la vertu clé dans une pareille mission. La veille au soir du premier cours, nous apprîmes que notre interprète avait un empêchement. Pendant qu'une partie d'entre nous

passait des coups de fil pour trouver un remplaçant, je commençai avec les autres à réfléchir. Jusqu'où était-il possible de communiquer non-verbalement notre leçon de psychotraumatologie ? A l'aide de marionnettes, de ficelle et de pinces à linge, de cartes postales, de quilles en plastique de couleur, de dessins et de jeu de rôle, nous transformâmes les concepts abstraits en enseignement visuel. Je n'oublierai jamais ce moment où, le lendemain, par 32° de chaleur, dans une salle minuscule et poussiéreuse, je me retrouvai face à dix institutrices en tchador. Nous ignorions si le nouveau traducteur allait venir comme promis. Craignant que mon public, lentement impatient, ne disparaisse, je me lançai à l'eau. En anglais, d'une voix lente et claire, avec force gestes et le moins possible de mots, je commençai à expliquer les trois réactions spécifiques à un incident critique: « excitation », « répétition » et « évitement ». J'y ajoutai la « dissociation », qui est une réaction que l'on trouve très fréquemment dans le cadre d'une catastrophe.

Pour illustrer ma démonstration je gonflai successivement quatre ballons rouge, jaune et vert et bleu puis les laissais lentement se dégonfler, pour montrer que ces réactions sont le plus souvent temporaires. Je trouvai très important que tout en respectant le besoin de simplicité, les institutrices reçoivent de vraies explications scientifiques. Malgré leur anglais rudimentaire, les institutrices semblaient suivre.

Nous employâmes alors tout notre art de l'improvisation pour démontrer la neurophysiologie du cerveau en jeu de rôle. Deux des étudiants mimèrent la compétition entre le centre amygdalien (mémoire implicite) et l'hippocampe (mémoire explicite). Puis je montrai un exercice de respiration que nous exerçâmes en groupe. Son but était de permettre une stabilisation rapide du système neurovégétatif. Entre temps notre interprète était arrivé. A partir de là, tout devint plus simple. J'introduisis les notions de résilience et de ressources. Pour ce faire, j'avais apporté de Suisse des cartes postales. Les institutrices purent choisir entre des fleurs et des montgolfières. Au dos de leur carte elles écrivirent leurs propres ressources. C'était très nouveau pour elles de voir leur vie sous cet angle : cuisiner, broder, chanter, danser, prier, méditer, tout cela peut être donc une ressource ! Après une heure de cours, les voilà qui maintenant souriaient, soulagées. Une atmosphère de confiance avait fait place au doute. Pour terminer, quelques unes d'entre elles nous posèrent des questions plus pratiques et personnelles.

Le lendemain, je devais tenir à Colombo même, une conférence en anglais pour un groupe de bénévoles. Tout ce que je savais d'eux, c'était qu'ils s'occupaient de prévention du suicide. J'étais en train de déballer mes marionnettes, ma ficelle et mes ballons, lorsque j'appris que mon public se composait presque exclusivement de cadres, médecins, avocats et enseignants, à la retraite. Depuis le début de l'année ils sillonnaient la côte pour parler aux victimes du tsunami. Dans un silence poli je commençai mon exposé. Au bout d'une heure, comme l'ambiance restait frileuse, nous décidâmes de leur demander quelle était leur propre expérience. « Alors, vous faites comment ? » fut la question magique. Les visages s'éclairèrent et ils nous expliquèrent comment ils se rendaient aux endroits particulièrement touchés. Après

l'intervention ils se retrouvaient tous ensemble dans leur bus autour d'un repas. Ce faisant, ils partageaient leurs expériences. « Nous ne connaissons pas de burn-out » précisa la directrice du groupe, non sans fierté. J'étais impressionné par l'efficace simplicité de cette mesure de prévention. Je leur dis mon admiration. La glace était brisée. Il s'ensuivit une série de questions passionnantes auxquelles je pus répondre en tant que psychiatre. Dans le concept de la salutogénèse il est essentiel de demander aux gens « alors qu'est-ce qui a bien marché jusqu'à maintenant ? » et puis de confirmer « et bien, continuez comme ça ! » (renforcement). Ce jour-là je compris qu'ici, au Sri Lanka, je ne ferais pas que donner, mais que je pourrais aussi apprendre, et recevoir.

Les deux semaines suivantes l'enseignement continua dans des endroits divers : écoles bouddhistes ou musulmanes, missions chrétiennes, groupes de bénévoles européens. Le deuxième week-end nous partîmes pour le sud-est du pays. Plusieurs heures de route nous menèrent jusqu'à un petit village perdu au bord de la mer : Kirinda. Une association caritative venait de reconstruire l'école enfantine locale, qui avait été complètement détruite par les vagues. Les organisateurs nous avaient demandé de venir jouer avec petits et grands enfants à l'occasion de l'inauguration. Le centre de Kirinda avait été balayé par le tsunami. Au moins 40 personnes étaient mortes dans cette catastrophe. Pourtant tous les enfants que nous rencontrions nous saluaient joyeusement. Dans la cour de l'école des grands, nous tendîmes des ficelles entre les arbres et bientôt deux équipes de volley-ball se disputèrent la balle. Nous distribuâmes aussi du matériel à dessin qui fut accueilli avec enthousiasme. Pour ces enfants le papier et les crayons étaient des choses rares. Ils se mirent à dessiner avec frénésie. Tandis que les élèves étaient occupés, je pris contact avec quelques enseignants. Sur mon ordinateur portable, je leur fis une petite présentation de psychotraumatologie en Powerpoint. La méfiance fit place à de nombreuses questions pratiques et personnelles. Un instituteur visiblement touché, avait perdu toute la famille de sa sœur. Il voulait comprendre ses réactions. L'après-midi, 70 enfants venus d'un camp de tentes tout proche nous attendait pour jouer : „Gendarme et voleur, „le jeu du mouchoir, „le chat et la souris“ „1,2,3, robinet !“, „Jacques a dit“, ...je passai en revue tous les jeux de mon enfance. Les enfants apprenaient avec une joie indicible un jeu après l'autre. Ce fut certainement le plus beau moment de notre séjour, surtout lorsque formant un grand cercle, ils jouèrent les vagues de la mer. Au centre, un groupe d'enfants jouaient les « chefs d'orchestre ». Cette journée fut aussi très instructive. Alors que j'étais encore en Suisse, avec ma femme qui est psychanalyste, j'avais dressé une liste de jeux par thèmes. Le but était de remplacer l'isolation par le groupe, la dissociation par la perception du corps, la dépression par la résilience et la passivité par la créativité. L'expérience de ce jour me confirmait à quel point il était important d'inclure le jeu dans notre enseignement. En Suisse j'avais été mis en garde : les Sri Lankais ne considèrent pas le jeu comme quelque chose de sérieux. Il s'agissait donc pour les enseignantes et les écoliers d'un changement de paradigme : le jeu n'est pas seulement un amuse-

ment, c'est aussi un moyen naturel d'éducation et de guérison émotionnelle. C'est du sérieux ! Lentement nous avions en main un bon module d'enseignement de deux heures, avec un document d'enseignement pour les enseignants et du matériel standardisé. J'eus alors l'occasion de rencontrer le professeur De Silva, directeur du National Child Protection Authority (NCPA) à Colombo. Il assurait depuis quelques années la coordination de la lutte anti-pédophile au Sri Lanka. Après le tsunami il avait reçu du gouvernement la tâche de mettre en place un vaste programme national d'enseignement, sponsorisé par IBM. Ce programme de conception américaine avait, tout comme le nôtre, pour but d'offrir à travers les enseignants une aide psychologique aux enfants. L'ensemble des 100.000 écoles devrait être à long terme atteint par cette intervention. En consultant le manuel destiné aux formateurs de ce programme (« Training of Trainers Program »), je remarquai de longues listes de symptômes somatiques et psychiques. Les solutions offertes restaient évasives. Je ne comprenais pas comment il allait être possible de pouvoir transmettre une matière si complexe en le peu de temps prévu. Je présentai à mon tour mon module d'enseignement : sa simplicité et sa clarté lui plurent immédiatement. Spontanément il me demanda si j'avais le temps de présenter mon concept à ses formateurs du programme IBM. Deux jours plus tard je passai toute une journée avec une douzaine d'entre eux. Ils avaient suivi quelques semaines auparavant un cours d'introduction, mais l'expérience leur manquait encore. A mi-mot je compris qu'ils n'avaient pas grande idée, comment l'enseignement allait pouvoir être réalisé. Ils suivirent avec d'autant plus d'intérêt mon cours. Cette manière imagée de transmettre un savoir théorique était excitante pour eux. Malheureusement le temps me manquait pour les entraîner convenablement. Je n'avais plus que ce jour de libre avant mon départ. Par ailleurs derrière ce module d'apparence toute simple se cachaient des semaines de réflexion et tout un savoir, qui auraient bien mérité quelques jours de plus. Lorsque je pris congé du Professeur de Silva, il me proposa de reprendre contact en automne pour discuter d'une poursuite du travail. Pendant tout mon séjour une question revenait souvent : « que se passe-t-il pour les enfants qui, malgré nos techniques de gestion du stress, développent un tableau pathologique chronique comme un Etat de stress post-traumatique (ESPT) ? ». Je trouvai au moins une réponse concrète à cette question, quand peu avant mon départ, je tombai sur un groupe de thérapeutes sri lankais. Ils terminaient tout juste la première partie d'un cours de EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) à Colombo. Le EMDR est à l'heure actuelle la méthode la plus utilisée au monde pour traiter les traumatismes psychiques. Cette méthode, que je pratique personnellement depuis 3 ans, est applicable aux enfants – seuls ou en groupe. Ces thérapeutes sri lankais, sous supervision d'une équipe de formateurs américains, avaient déjà traité une centaine d'enfants traumatisés des environs. Ils suivaient un protocole (pour session de groupe, qui avait déjà été employé au Mexique avec des enfants victimes de tremblement de terre. Comme une des formatrices me le confirma, les

thérapeutes apprenaient vite. En général après une unique session de groupe, ils avaient de bons résultats. Ils travaillaient alors individuellement avec les enfants qui n'étaient pas encore stabilisés. Ceci me confirma qu'une technique thérapeutique utilisant un processus non-verbal d'intégration, comme par exemple le EMDR, était parfaitement à sa place ici au Sri Lanka.

Sept mois plus tard, si j'essaie de faire un bilan, il me semble tout d'abord certain que sur le plan personnel, l'expérience a été extrêmement profitable. L'a-t-elle été pour les victimes du Tsunami ? Même si les résultats semblent parfois minimes, chaque effort a valu la peine. Quand des jeunes filles, après un cours spécialement destiné aux adolescents ayant perdu une partie de leur famille, viennent spontanément vers nous pour nous remercier, nous savons alors que nous ne sommes pas venus pour rien.

Je pense en conclusion qu'une intervention après une catastrophe devrait comprendre un module d'enseignement interactif de psychotraumatologie, soutenu par un document illustré créé ad hoc pour les enfants/adolescents, en combinaison avec une méthode simple de traitement (p.ex. EFT) : celle-ci devrait inclure des gestes d'auto-traitement et pouvoir être appliquée à large échelle par des non-thérapeutes (sous supervision professionnelle).

Marc Muret est Psychiatre et Psychothérapeute à Zürich : marc.muret@hin.ch

Bericht zum Einsatz in Bangkok Jochen Heinecke
Alarmierung und Beauftragung: Am 30.12.2004, 08:25 Uhr, erfolgte die Alarmierung über das Kriseninterventionsteam Leipzig, welches durch den Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes mit der Zusammenstellung eines Teams aus Notärzten, Rettungsassistenten und Seelsorgern zur Unterstützung der deutschen Botschaft in Bangkok beauftragt worden war. Das Team wurde durch Spezialisten aus Jena und Dresden verstärkt. Treffpunkt und Abflug war in Leipzig 17:00 Uhr.

Aufgaben in Bangkok: Betreuung von deutschen Touristen in den Krankenhäusern in Bangkok, insbesondere Hilfe bei der Zusammenführung mit Familienangehörigen, Organisation der Heimkehr und seelsorgerliche Betreuung (etwa 140 Patienten in 20 verschiedenen Krankenhäusern)

Leitung und Organisation der Übergabe von 44 liegenden Patienten zum Heimflug mit dem Airbus der Luftwaffe (MedEvac) am 3. Januar. Die Patienten waren auf den Transport vorzubereiten und zum Flugplatz bis in die Maschine zu begleiten.

Begleitung von Einzelpersonen und Familien zum Heimflug, erste Begleitung von Helfern in den Krankenhäusern und in der Botschaft, Beratung und Vernetzung von deutschen, temporären und einheimischen, langfristigen Hilfsangeboten. Tägliche Arbeitszeit zwischen 16 und 20 Stunden

Themen der seelsorgerlichen Begleitung: Bilder von der Flut, von der Hilflosigkeit, von der Orientierungslosigkeit, dem Untergehen und Getriebenwerden, wiederholtes Erzählen der traumatischen Erlebnisse. Selbstlose Hilfe, die Touristen durch die thailändische Bevölkerung erhalten haben. Situation der Vermissten, Ausgespannt-

sein zwischen abnehmender Hoffnung und Verzweiflung, keine Klarheit über den Status des Vermißten zu haben, Situation der Suchenden, Situation der Heimkehr und des Zurücklassens Entwicklung der körperlichen Verletzungen und Erfahrung kompetenter Hilfe in Krankenhäusern vor Ort

Aufgaben in Deutschland: Bewahrung der Erfahrungen Realistischer und würdiger Umgang mit den Vermißten Globales Trauern über globales Grauen hinaus. Langfristige Hilfe für Opfer in Thailand und in Deutschland Überwindung einer touristischen Kulissenwelt, wirkliche Begegnung mit Einheimischen, Pflege von Beziehungen **Konkretion im Beispiel „Ort der Begegnung“:** Gerade die Angehörigen von Vermißten haben keinen Ort der Trauer und des Erinnerns. Am Ort des schrecklichen Geschehens sollte es einen Ort des Erinnerns und Gedenkens geben. Vorstellbar ist ein Haus der Begegnung in Phuket oder an anderer zentraler Stelle in Thailand, später vielleicht auch anderswo. Es muß, wenn überhaupt, in enger Zusammenarbeit mit Einheimischen geplant und errichtet werden. Keinesfalls darf es ein Import unserer Lebensart sein. Deshalb nur mit einheimischen Künstlern o.ä. zusammen. Es soll dem Zusammenleben von Einheimischen und Touristen eine neue Dimension geben. Es muß offen sein für alle Betroffenen und für alle Religionen. Einheimische und Gäste (Touristen) sollen sich begegnen können. Es soll Begegnung mit seelsorgerlicher Begleitung möglich sein. Es soll Begegnung mit anderen Betroffenen (international) möglich sein. Es sollen verschiedene Rituale des Andenkens und Abschiednehmens möglich sein. Es soll ein Knotenpunkt im Netzwerk internationaler Solidarität sein und zu globaler Trauer beitragen.

Jochen Heinecke ist Gemeindepfarrer, Spitalseelsorger und Mitbegründer der Notfalseelsorge in Jena.

Debriefing mit der Freiwilligen Feuerwehr, Sanitätern und Notärztin nach einem Verkehrsunfall mit einem Toten im Pustertal

Anton Huber,
Der Anlass für das Debriefing war ein Unfall auf der Staatsstraße: Dabei prallte ein prominenter Handballtrainer abends auf die Mauer eines Tunnaleingangs und verbrannte im Auto. Wenig später gab es infolge dieses Unfalls einen weiteren leichten Auffahrunfall. Im Einsatz waren 16 Feuerwehrmänner der Freiwilligen Feuerwehr des Ortes, die Notärztin und die Sanitäter des Weißen Kreuzes sowie die Carabinieri zur Unfallerhebung und Identifizierung des Toten.

Ich möchte in diesem Bericht mehr auf die Besonderheiten eingehen, die in dieser ersten Phase von Etablierung der Debriefingtechnik im Südtirol wichtig ist. Es geht mir hier auch eher um die Arbeit mit Ehrenamtlichen und weniger um den Ablauf des Einsatzes und des Debriefings an sich.

Das Debriefing wurde auf Anfrage des zuständigen Kommandanten organisiert. Er habe von Kollegen schon gehört, dass es diese Möglichkeit nun gibt. In letzter Zeit laufen die Erstanfragen über Mundwerbung und nicht über Verordnungen von den obersten Gremien der Feuerwehr, höchstens aufgrund Empfehlungen dieser. Der inzwischen schon fünfjährige Einsatz von Notfallseel-

sorgern des Weißen Kreuzes mag auch zu einer gewissen Sensibilisierung beigetragen haben. Tatsache ist auch, dass die Feuerwehren auf dieser Straße durch ein ständig wachsendes Verkehrsaufkommen immer öfter zu mehr oder minder tragischen Unfällen gerufen werden, d.h. vermehrten und auch neuen Anforderungen.

Wir vereinbarten einen Abend, zehn Tage nach dem Unfall. Früher war es aus organisatorischen Gründen nicht möglich gewesen und mir schien das so in Ordnung (nach der Regel: zu früh schlecht, zu spät gibt es nicht). Für diese FF war es das erste Debriefing überhaupt. So war es auch besonders wichtig in der Vorbereitung dem Kommandanten möglichst viel Vorinformationen über Raumbedarf, Ablauf und Sinn einer solchen Nachbearbeitung zu geben und plausibel zu machen, dass nur die am Einsatz beteiligten Personen teilnehmen sollten. Der Kommandant hatte eher die Vorstellung, dass dies eine allgemein zugängliche Veranstaltung sei, wo alle etwas lernen könnten und so auch alle teilnehmen sollten. Zwecks Planung galt es zunächst die nötigen Informationen über den Einsatzablauf und Zahl der Beteiligten einzuholen.

Ich habe Carmen und Lara, zwei Kolleginnen aus dem Notfallpsychologiekurs gebeten, beim Debriefing mitzuwirken. Das war notwendig, da schließlich 16 Feuerwehrmänner ein Sanitäter und die Notärztin anwesend waren. Bei einer Gruppe von noch mehr Betroffenen würde ich sicher noch weitere Kollegen hinzuziehen. Wir teilten uns entsprechend im Raum auf und vereinbarten, dass auch Lara und Carmen bei der Zusammenfassung der Facts und beim Teaching neben der Türsteherfunktion mich ablösen oder zumindest ergänzend mitarbeiten sollten. Das Treffen fand in einem großen Seminarraum der FF statt, der angrenzend an den Clubraum liegt, wo nachher der anschließende gesellige Teil stattfand.

Bezogen auf den Einsatz wurden u.a. folgende stresserzeugenden Punkte eingebracht und dazu entsprechend Gedanken und Gefühle geäußert: Da vom Landesnotruf anfangs nicht klar mitgeteilt wurde an welchem Tunnelende der Aufprall war, ist der erstarrückende Wagen in die falsche Richtung gefahren, was Wut und Ärger auslöste. Bei der Hinfahrt berichteten mehrere, dass sie sich, wie bei jedem Einsatz im Dorf sorgten, ob der Tote wohl ein Bekannter sei, bis sie das für sie unbekannte Auto erreichten. Einige dachten sich auch, dass wohl hoffentlich nicht eine ganze Familie vom Unfall betroffen sei (im letzten Jahr gab es so einen Fall, der einigen noch in den Knochen steckt). Am Hügel zum Tunnaleingang stellten sich, wie auf einer Tribüne, immer mehr Schaulustige, darunter auch Kinder ein, und dies löste bei vielen Wut und Ärger aus. Die Carabinieri erweckten den Eindruck, sich lediglich um das Protokoll zu kümmern und keine Anstalten zu machen den Verkehr zu regeln; auch dies wurde von der FF übernommen. Für einige war auch das ärgerlich, da sie so anfangs bei der Einsatzarbeit nicht geschützt waren. Diejenigen die weitläufiger absperren mussten, erlebten Ohnmacht: Zwar wussten sie, dass etwas Schlimmes passiert war, doch konkret, wussten sie nichts Genaues (über Funk wird ein Todesfall nicht weitergemeldet, was einerseits eine gesteuerte Informationsweitergabe ermöglichen soll, auch zum Schutz der Angehörigen, aber für die FF-Männer heißt nichts hören,

dass es Tote gibt). Einige sprachen von Hilflosigkeit, da sie für den Toten „nichts“ mehr tun konnten. Die Männer versuchten so wenigstens den verkohlten Leichnam möglichst vorsichtig und „ganz“ zu bergen und sahen dann, wie der Bestatter ihn in den Sarg „drückte“. Dies beanstandeten sie dann, obwohl ihnen auch klar war, dass der Bestatter kaum eine andere Wahl hatte. Insgesamt konnten wir also unspezifische Reaktionen bearbeiten.

Die Männer waren sehr offen und brachten sich gut ein. Um das anfängliche Eis zu brechen war es nützlich, den Großteil der Anwesenden an die Tafel zu bitten und sie ihren jeweiligen Standort beim Einsatz aufzeigen zu lassen. Auffallend war auch, dass bei einigen Männern auch Anmerkungen zu anderen vergangenen Einsätzen, mit mehreren Toten kamen, sodass es notwendig war immer wieder einzugrenzen.

Beim Teaching haben wir auf die Möglichkeiten zum Stressabbau im jeweiligen Lebenskontext hingewiesen und natürlich auch Lebensrhythmus, Schlaf und Bewegung etc. benannt. Wir haben auch schon vorhandenes Bewältigungsverhalten positiv unterstrichen, so etwa das Zusammensitzen bei einem Bier nach dem Einsatz. Hierbei merkte ich wie wichtig es ist, wohlwollend und respektvoll zu sein und das kameradschaftliche und gesellige Beisammensein als Ressource zu würdigen. Ich betonte nämlich „ein“ Bier und sogleich bekam ich eine heftige Entgegnung, ob ich wohl unterstellen wolle, dass dann nur gesoffen würde.

Eine eigene Zusammenkunft für ein gemeinsames Ritual wurde aus Terminmangel abgelehnt. Um doch auch einen aktiven und körperlich positiv spürbaren Abschluss zu markieren, veranlasste ich alle, aufzustehen und ausgiebig lobend beidseitig auf die Schultern des Nachbarn zu klopfen, was eine sehr gelöste Stimmung verbreitete. Die Rolle des Kommandanten entsprechend zu würdigen, empfand ich auch als sehr wichtig; so z.B. auch in der Runde darauf hinzuweisen, was es bedeutet, einen Kommandanten zu haben, der auch auf das Wohl und die Gesundheit der Männer schaut. Oft ist es nämlich so, dass die Kommandanten mit dem Vorschlag ein Debriefing zu machen, nicht bei allen Männern gleich auf Zustimmung stößt, zumal viele sich nichts darunter vorstellen können oder psychologischen Methoden gegenüber reserviert sind.

Zum anschließenden Umtrunk wurden wir eingeladen und wir merkten auch dass es für die Männer wichtig war, dass wir diese Einladung annahmen. In dieser gelösten Stimmung wurde uns noch manche weitere „beeindruckende“ Einsatzerfahrung erzählt, was die zukünftige Notwendigkeit von Stressnachbearbeitungen bewies. Bestätigt wurde dies auch durch die Aussage eines Feuerwehrmanns: „Das hätten wir schon öfter gebraucht“. Zwei Wochen später meldete sich der Feuerwehrmann, der den Einsatz fotografierte zur Einzelbetreuung.

Anton Huber ist Notfallpsychologe und freiwilliger Notfallseelsorger im Südtirol

Peers und Profis, Ken Rietema

Inzwischen ist es normal, dass Peers und Profis in CISM Interventionen (mit Gruppen) zusammenarbeiten. Das

Konzept hat seine Vorteile. Ich glaube, dass betroffene Mitarbeiter gerne andere Kollegen bei einem Gespräch über arbeitsbedingte außergewöhnliche Erlebnisse dabei haben; dass ihnen externe MHPProfis alleine eine zu psychologisch geprägte Atmosphäre geben würden; doch wenn Peers diese externen Profis zuziehen und sie auch akzeptieren, werden die Betroffenen sich ernst genommen und aufgewertet fühlen können. Innerhalb des CISM Teams erlebe ich immer wieder, wie wichtig die unterschiedlichen Wahrnehmungen, Handlungen, und Worte von Peers und Profis für den Erfolg einer Intervention sind. Das ganze Team kann von dieser Zusammensetzung profitieren: die Profis von einem besseren Verständnis des Geschehens und seiner Bedeutung, die Peers von der Gesprächs- und Gruppenführungs-kompetenz der Profis. Peers können den Betroffenen durch ihr Vertrauen in die Arbeitsweise der Profis gelassener zuhören.

Manchmal scheint es, dass einige Peers glauben, sich durch diese Teamarbeit bereits selbst in Profis verwandelt zu haben. Nähe und gemeinsame Erlebnisse verwischen manchmal Unterschiede, doch es ist wichtig, Unterschiede zu erkennen.

Ein Teil meiner Ausbildung, die mir in Erinnerung bleibt, war die Supervision. Zwei Jahre lang musste ich jede Woche Aufnahmen meiner Stunden mit Patienten zur Supervision mitbringen und diese wurde dann peinlichst genau durchleuchtet (anschauen, zuhören, wahrnehmen des Gegenübers, ohne eigene Prozesse beizumischen). Durch dieses lange Jahre dauernde gemeinsame Reflektieren über die Interaktion zwischen mir und Hilfesuchenden lernte ich mich selbst zu beobachten und zu steuern; eigene Ansichten und Aussagen für mich zu behalten oder möglichst effektiv (was, wann, wie) in den Dialog einzubringen. Durch diese Supervision wurde mir auch die Angst genommen, mein Klient könnte irgendetwas ansprechen, was mich „umhaut“, sie gab sie mir Gelassenheit gegenüber dem Ungewissen. Ich lernte, dass es nichts gibt, was wir als Menschen erleben, was wir nicht anschauen, aussprechen und hoffentlich annehmen können. Ich hatte auch später eine gute Supervision. Besonders gute Erinnerungen habe ich an einen Psychagogen in Berlin, der mich zwei Jahre lang begleitet hat. Peers können sich autodidaktisch oder per Kurs psychologische Kenntnisse aneignen, doch die Supervisionserfahrungen, die MHPs mitbringen (sollten), können kaum ersetzt werden. Profis bringen auch (hoffentlich) einen großen klinischen Erfahrungsschatz in die Team- und Gesprächsführung mit - und wenn dies stimmt, dann spüren das auch die Peers. Dann können sie ruhig und gelassen ihren betroffenen Kollegen zuhören und ihre Anteilnahme angemessen zeigen, Normalisierung von heftigen Reaktionen anbieten und möglichen Umgang mit dem Erlebten und den Reaktionen darauf erarbeiten. So bilden Peers und Profis das CISM Team. Sie ergänzen sich und bereichern einander, wenn jeder seine eigenen Kompetenzen und Grenzen kennt und akzeptiert. Ich bin überzeugt, dass weder Profis noch Peers CISM Interventionen ohne den anderen ausführen sollten. Besonders bei den Peers besteht die Gefahr, dass sie sich mit den betroffenen Kollegen überidentifizieren. Ihre Stärke, sich vorstellen zu können, was das Ereignis genau

bedeutet, sich selber in so ein Ereignis hineinzusetzen, kann auch dazu führen, dass sie übermäßig berührt sind und in diesen Gefühlen stecken bleiben. Diese so menschliche Anteilnahme verlangt die Verbindung zwischen Profis und Peers. Die Aussagen der Peers und ihr Verhalten, die diese Anteilnahme spiegeln, zeigen den betroffenen Kollegen Verständnis für ihre Situation und tragen auch zu Normalisierung bei. Sie sind wichtig innerhalb des Gruppengesprächs; doch wenn auch wichtig, dürfen sie nicht zum Mittelpunkt werden, sondern sollten dazu dienen, zu zeigen, dass man die Situation versteht, sie anschauen, aussprechen und damit umgehen kann. Wenn die Identifizierung zu stark wird, besteht die Gefahr, dass alle Gesprächsteilnehmer auf der Gefühlsebene stecken bleiben und den Umgang damit verpassen. Ich habe Peers erlebt, die durch ihre Identifikation mit den betroffenen Kollegen zu Debriefteilnehmer mutierten, statt Debriefteammitglieder zu bleiben. Ich verstehe, warum sie so berührt waren und erinnere mich, wie ich zu Anfang meines Berufslebens als systemischer Therapeut auf vieles ähnlich reagiert habe. Als Profis haben wir Verantwortung für die Peers während des Gesprächs und danach in der Teamnachbesprechung. Wir können nicht erwarten, dass sich Menschen, die sich freiwillig für diese schwierige Aufgabe gemeldet haben, Fähigkeiten aneignen, die wir in langer klinischer Erfahrung und in Supervisionsstunden erworben haben. Deswegen müssen wir sie während des Debriefs schützen, annehmen und leiten und in den Teambesprechungen begleiten, ihnen zeigen, dass sie mit der Zeit und mit Hilfe von Einsicht, Weiterbildung und Betreuung im Team mit alldem umgehen können. Die Peers müssen aber die Rolle der Profis anerkennen und sich für die Zusammenarbeit öffnen. Es ist wichtig, dass jeder sich und seine Fähigkeiten realistisch sieht und die Unterschiede in Aufgaben, Ausbildung und Fortbildung akzeptiert. Jeder hat Stärken, die er in die Interventionen und in den Teamaufbau mitbringt.

Die Gefahr bei Profis, die ohne Peers arbeiten, ist fehlende Akzeptanz von Seiten der Betroffenen und ungenügendes Verständnis für die Bedingungen der Arbeitswelt. Das Gespräch kann dann an glaubwürdigem Ausdruck des Mitgefühls und an Normalisierung viel verlieren und leicht klinisch und fremd für die Betroffenen wirken. Es ist vorteilhaft, wenn firmeninterne Peers und geeignete externe Profis sich am CISM Teamaufbau beteiligen. So können sie erfahren, wer mit wem am besten zusammenarbeiten kann; denn die „Chemie“ ist sehr wichtig. Durch „Trockenübungen“ kann sich die Routine im Verfahren und die Feinheiten des Gesprächsverlaufs befestigen. Die gegenseitige Bereicherung innerhalb des CISM Teams zahlt sich im Ernstfall aus. Gesonderte Fortbildung für externe Profis, bei der sie sich untereinander intensiv über CISM Gesprächsführung und Gruppenleitung austauschen, sind ebenso sinnvoll.

Ken ist systemisch ausgebildeter Therapeut und arbeitet als MHP bei den Lufthansa CISM

Notfallpsychologie – erste Hilfe für die Seele im Südtirol: Sabine Abram und Gottfried Ugolini

Psychologische Unterstützung für Betroffene nach Unfällen und tragischen Ereignissen sowie für Einsatzkräfte Nach dem Tod eines lieben Menschen bei Unfällen und tragischen Ereignissen bleiben die Angehörigen und Freunde oft sich selbst und ihrem Schicksal überlassen. Notärzte, Einsatzpersonal und Behörden haben ihre Dienste bestmöglich getan und ihren Einsatz beendet. Die Betroffenen bleiben allein zurück. Sie sind von ihren Reaktionen überwältigt und mit vielen offenen Fragen konfrontiert. Was ist jetzt zu tun? Unbegreiflichkeit, Sprachlosigkeit, Ratlosigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit machen sich breit. Trauer und innere Leere drängen sich auf. Wer steht diesen Menschen bei, wenn die Anwesenheit, die Solidarität und der Trost Angehöriger, Freunde und Nachbarn fehlen oder nicht ausreichen? Wie sollen sie allein die belastende Situation bewältigen? Wie können sie die eigenen Gedanken und Gefühle sowie die körperlichen Reaktionen und Verhaltensweisen wieder unter Kontrolle bekommen und einordnen, jetzt wo alles aufgewühlt, durcheinander und unverständlich erscheint?

Geschichtlich gesehen ist die Notfallpsychologie aus den Erfahrungen der Notfallseelsorge entstanden. Dieser Dienst wurde 1996 in Brixen innerhalb des Landesrettungsvereins Weißes Kreuz aufgebaut. Er besteht aus zur Zeit ca. 130 Freiwilligen, die aus allen Berufsgruppen kommen. Sie werden für die unmittelbare menschliche, psychosoziale und religiöse Betreuung der Betroffenen nach schweren Unfällen und tragischen Ereignissen qualifiziert. Die Alarmierung erfolgt über die Landesnotrufzentrale 118 entsprechend einer Indikationsliste. Der Einsatz dieser NotfallseelsorgerInnen erfolgt einmalig. Der Dienst ist noch landesweit flächendeckend auszubauen und überall auf 24 Stunden auszudehnen.

Die Notwendigkeit der Notfallpsychologie ergab sich aus der Tatsache, dass die Betroffenen oft eine weitere qualifizierte und professionelle Hilfe brauchen. Dadurch sollen krankmachende Folgen wie z.B. die Bildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung verhindert werden. Ebenso ist für die NotfallseelsorgerInnen selbst wie für die Einsatzkräfte eine angemessene und fachlich kompetente Nachsorge notwendig.

2001 begann eine Arbeitsgruppe der Psychologenkammer, im Auftrag des Landes ein Konzept der Notfallpsychologie auszuarbeiten. Dieses Konzept sieht eine enge Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge und mit der Landesnotrufzentrale 118 vor. Das Konzept wurde mit Landesbeschluss Nr. 520 vom 24.02.2003 gutgeheißen. So entstand die Notfallpsychologie als eigener Dienst in unserem Land, der in den Sanitätsbetrieben angesiedelt ist. Die Notfallpsychologie leistet einen wichtigen Beitrag in der Rettungskette der Notfallmedizin. Der Dienst der Notfallpsychologie versteht sich als ergänzender, unterstützender und weiterführender Dienst der Notfallmedizin und der Notfallseelsorge. Die Notfallpsychologie wendet sich an Betroffene nach traumatischen Ereignissen wie plötzlicher Kindstod, Tod von Kindern und Jugendlichen bei Verkehrs- und Freizeitunfällen, nach Suiziden, krimineller Gewalt, schweren Verkehrsunfällen und Großschadensereignissen wie Naturkatastrophen oder Zugsunglücken.

Die Notfallpsychologie wird vom Notarzt oder vom Rettungspersonal angefordert. Die Alarmierung erfolgt über die Landesnotrufzentrale 118. Täglich stehen 1 bis 2 NotfallpsychologInnen von 8 bis 21 Uhr im Bereitschaftsdienst. Diese klären ab, ob und wie der Einsatz durchgeführt werden kann oder ob andere KollegInnen miteinbezogen werden oder an psychosoziale Einrichtungen (Psychologische Dienste, Psychiatrie, Basisärzte, Pfarrer oder andere) verwiesen wird.

Zur Zeit wird die Notfallpsychologie von 20 PsychologInnen geleistet, die sowohl im öffentlichen wie im privaten Bereich tätig sind. Sie sind auf das ganze Land verteilt. Die Leiterin der Gruppe ist Frau Dr. Sabine Abram. Die Koordination zwischen Notfallpsychologie und Notfallseelsorge nimmt Dr. Gottfried Ugolini wahr. Die Notfallpsychologie arbeitet mit der Notfallseelsorge eng zusammen und unterstützt sie in ihren Einsatzgebieten.

Alle NotfallpsychologInnen haben eine eigene berufs begleitende Ausbildung absolviert. Diese wurde in Zusammenarbeit mit dem Amt für Weiterbildung im Gesundheitswesen durchgeführt. Für die Ausbildung konnte das renommierte Institut Psychotrauma Schweiz mit Frau Dr. Perren-Klingler gewonnen werden. Sie hat internationale Erfahrung im Umgang mit Opfern von Folter sowie mit Betroffenen, Angehörigen und Einsatzgruppen nach Katastrophen und Großschadensereignissen. Die Ausbildung erfolgte in Blockkursen aufgeteilt in 50 % Theorie und 50 % Praxis. Neben der Ausbildung in Psychotraumatologie, Salutogenese, Neurologie, Selbstschutz, Ressourcenarbeit, Linguistik, Kommunikation, Debriefing und verschiedenen Interventionsstrategien mit Kindern, Betroffenen und Einsatzkräften wurde auch ein sechsmonatiges Praktikum bei der Notfallseelsorge absolviert. Seit 1. 1. 2005 bieten die NotfallpsychologInnen einen eigenen Bereitschaftsdienst an. Sie werden über die Landesnotrufzentrale 118 über Funkgeräte alarmiert. Im Einsatz tragen sie eigene Einsatzjacken. Sie haben auch einen Einsatzrucksack mit Verband, verschiedenem Material und Spielzeug dabei. Die Einsätze wurden bisher bei den Ausbildungskursen oder bei eigenen Treffen nachbesprochen.

Die Aufgabe der Notfallpsychologie besteht darin, betroffenen Menschen während oder nach traumatischen Ereignissen beizustehen und ihnen unterstützend nahe zu sein. Dabei geht es darum, die unterschiedlichen Reaktionen der Betroffenen wahr- und ernst zu nehmen. Die Reaktionen sind als natürliche, normale Reaktionen auf ein unnormales Ereignis zu deuten und zu verstehen. Daher gilt es für die Betroffenen einen Schutz- und Schonraum aufzubauen. Diese normalisierenden, entlastenden und stabilisierenden Maßnahmen tragen dazu bei, dass die Betroffenen ihre Kontrolle so schnell wie möglich zurückgewinnen können. Dadurch werden sie in die Lage versetzt, die veränderte Situation, in der sie durch den Verlust eines lieben Menschen geraten sind, allmählich selbst wieder bewältigen zu können. Nützliche Informationen zum Verständnis und zum Umgang mit den eigenen Reaktionen oder die der anderen befähigt sie, in den folgenden Stunden und Tagen angemessener und gesundheitsfördernd zu handeln.

Ein weiterer Schwerpunkt der liegt in der Vorbereitung auf und in der Gestaltung des Abschiednehmens vom

verstorbenen Menschen. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Moment in der Trauerarbeit: nur wenn der Tod wahrgenommen und begriffen wird, kann er in der Trauer verarbeitet werden.

Zu diesen Aufgaben vor Ort stellen sich danach oft noch weitere Betreuungs- und Beratungssituationen ein. So kann es vorkommen, dass z.B. nächste Angehörige wie die Großeltern eines verstorbenen Kindes zu betreuen, die Schulklasse oder Kindergarten, den das Kind besucht hat, dazu gehören auch Lehrpersonen, Eltern ... u.a.m.

Zu den Aufgabenbereichen der Notfallpsychologie gehört auch die Nachbetreuung von Einsatzkräften. Das Ziel der Nachbetreuung besteht darin, die seelischen Belastungen nach schweren Einsätzen rechtzeitig und gesundheitsfördernd aufzuarbeiten. Nur so kann die Motivation und Freude am Dienst aufrecht bleiben. Gleichzeitig wird gewährleistet, dass der Dienst wieder angeboten und bestmöglichst durchgeführt werden kann.

Eine Betreuung der Einsatzkräfte kann unmittelbar nach einem belastenden Einsatz durch das sog. Defusing erfolgen. Die Einsatzkräfte erhalten die Möglichkeiten, ihren Einsatz revue passieren zu lassen (Was ist passiert?) und dabei ihre Belastungen durch Gedanken, Gefühle, Bilder, Geräusche, Gerüche u.a. zu benennen und auszusprechen. Sie erhalten wichtige Hinweise zum Verständnis der verschiedenen wahrgenommenen oder noch möglichen Reaktionsweisen. Für die kommenden Tage werden ihnen konkrete Anweisungen erteilt, wie sie mit die Reaktionsweisen am Besten abbauen können z.B. durch sorgfältige Befriedigung der Grundbedürfnisse wie trinken, essen, nach Hause gehen, duschen, schlafen; Rückkehr zur Alltagsroutine: Arbeit, Schule usw.; viel Bewegung und Sport; gesunde Ernährung; sich etwas Gutes tun; mit vertrauten Personen sprechen; spielen und Hobbys, den eigenen Stress managen

Für die Einsatzkräfte besteht bei entsprechendem Bedarf die Möglichkeit eine Nachbesprechung des Einsatzes zu machen, ein sog. Debriefing. Dies findet frühestens 72 Stunden nach dem Einsatz statt, wenn die Einsatzkräfte bereits wieder in ihrem normalen Alltag sind. Es handelt sich um ein strukturiertes Gespräch, an dem nur die am Einsatz Beteiligten teilnehmen. In einem vertraulichen Rahmen wird der Einsatz mit allen Details rekonstruiert, bis eine ganze Geschichte mit einem roten Faden entsteht. Dann werden die Gedanken und Gefühle geäußert und aufgearbeitet sowie die sich aufdrängenden Bilder, Geräusche oder Gerüche vom Einsatz. Durch fachliche Informationen, beispielhafte Hinweise, persönlich hilfreiche Erfahrungen und konkrete Anleitungen können die belastenden Reaktionen nach dem Einsatz normalisiert und bewältigt werden. Dadurch kann einer möglichen krankmachenden Weiterentwicklung der Belastungsreaktionen vorgebeugt werden, die zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung, psychosomatischen Störungen, Beziehungsschwierigkeiten, Abhängigkeitserkrankungen und Suizid führen könnte.

Von Jänner bis September dieses Jahres haben die NotfallpsychologInnen 45 Einsätze durchgeführt. Die Einsätze dauern ungefähr 2 – 4 Stunden und es werden durchschnittlich zwischen 5 und 10 Personen betreut. Ein Viertel der Einsätze galt ausländischen Gästen. Ca. 80 %

der Einsätze wurden in Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge durchgeführt. Bei den Einsätzen wurde mit allen Einsatzkräften Kontakt aufgenommen, um Informationen und Hinweise zu bekommen und zu geben. Der Dienst der Notfallpsychologen wurde auch von Rettungsorganisationen und Feuerwehr für Debriefings nach schwierigen Einsätzen in Anspruch genommen.

Im Jänner d.J. wurde zusammen mit der Notfallseelsorge und dem Landesnotrufdienst 118 ein Angebot für zurückkehrende Opfer und für Angehörige der Tsunami-Katastrophe aufgebaut, was von einigen angenommen wurde. In Zukunft soll der Dienst gefestigt und strukturell verankert werden, damit die Koordination und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Einsatzkräften verbessert werden kann. Das gilt sowohl für die Betreuung der Betroffenen vor Ort bzw. danach als auch für die Nachbetreuung der Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen. Ziel ist ein landesweiter und 24 Stunden abdeckender Dienst „Erste Hilfe für die Seele“. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich die Zusammenarbeit der Notfallpsychologie mit der Notfallseelsorge und mit der Landesnotrufzentrale 118 sowie mit den Rettungskräften und Notärzten weithin gut eingespielt hat. Sie alle sind im Dienst für die betroffenen Menschen aufeinander angewiesen. Eine gute Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den professionellen und freiwilligen Helfern fördert und garantiert den bestmöglichen Einsatz für das Wohlergehen der Betroffenen und der Einsatzkräfte selbst.

Voraussichtlich startet 2007 ein neuer Ausbildungskurs für Notfallpsychologie. Dadurch soll die Zahl der NotfallpsychologInnen erhöht und der Dienst ausgebaut werden. Somit können auch die weiteren Aufgabenbereiche der Notfallpsychologie umgesetzt werden: die Mitarbeit in der Aus- und Weiterbildung für Einsatzkräfte zur Vermittlung von notfallpsychologischem Basiswissen, Stressmanagement und Selbstschutz sowie die Informationsarbeit und Bewusstseinsbildung innerhalb der breiten Bevölkerung, um die psycho-soziale Aufmerksamkeit und Verantwortung bei traumatischen Ereignissen füreinander zu erhöhen.

Die Notfallpsychologie ist ein Pionierprojekt, dass auf Zusammenarbeit und Vernetzung aufbaut, die auch über die Landesgrenzen hinaus reichen soll. Ihr Ansatz ist salutogenetisch, d.h. sie setzt bei den gesunden, im Menschen innewohnenden Kräften an, schwierige Situationen bewältigen zu können. Der Dienst der Notfallpsychologie ist deshalb in erster Linie psycho-sozial ausgerichtet und hat präventiven Charakter. Sie leistet einen wichtigen Beitrag in der Betreuung traumatisierter Menschen bis hin zur Psychotherapie, die professionellen Helfern vorbehalten ist.

Sabine Abram ist Psychologin im öffentlichen Dienst in Bozen und Gottfried Ugolini ist katholischer Priester und Psychologe und Psychotherapeut in Brixen