

Editorial: Gisela Perren-Klingler, Ex- Präsidentin VPTS

## Liebe Leserinnen und Leser

Weil es weiterhin schwierig ist, Artikel für das Bulletin zu erhalten, haben wir uns entschlossen, die Vorträge aus der Weiterbildung anlässlich der Generalversammlung des VPTS 2008 in diesem Bulletin abzdrukken. Es ist uns so geglückt, wieder ein substanzielles Bulletin herauszugeben. So bedanken wir uns bei allen Vortragenden, dass sie uns erlaubt haben, ihre Unterlagen abzdrukken.

Damit rufe ich nochmals alle Mitglieder – und Nichtmitglieder – auf, etwas aus ihrer Arbeit, ihren Erfahrungen, ihren Gedanken mitzuteilen und einen Artikel zu schreiben für das nächste Bulletin, das im hoffentlich im Herbst 2009 herauskommen kann. Redaktionsschluss ist Ende August 2009!

Als sehr gute Nachricht kann mitgeteilt werden, dass in der letzten Generalversammlung vom 18.04.2008. in Lungern eine Präsidentin hat gefunden werden können, in der Person von **Barbara Gut Baumgartner**. **Karin Strässle** ist als Vizeparäsidentin in ihrem Amt verdankt und wieder bestätigt worden. Für den Rest verweise ich auf das Protokoll der Generalversammlung.

Ich rufe Euch nochmals dazu auf, eigene Erfahrungen mitzuteilen – auf Deutsch, Französisch oder Italienisch... Schreibt auf! Teilt mit!

Die hier publizierte Unterlagen der Vorträge aus der Weiterbildung anlässlich der Generalversammlung geben etwas mit vom intensiven Austausch in diesen zwei Tagen; Netzwerken war ebenfalls angesagt, und lernen von einem Kanton zum andern.

Sie zeigen auch auf, dass in der PSNV (psychosozialen Notfallversorgung) sowohl Akademiker wie auch Menschen von der Basis gefragt sind, Peers wie Professionelle, und dass keiner ohne den andern gut funktionieren kann, wenn Not ansteht. Deswegen ist das gegenseitige Kennen und Respektieren für die Zusammenarbeit im Notfall so unerlässlich. Kein vernünftiger Mensch konsultiert bei einer Katastrophe Liste von CARE- Mitgliedern, schon gar nicht über den Kanton hinaus; man holt Hilfe («gegenseitige Hilfe», wie der Versicherungsgedanke ja ursprünglich entstanden ist) dort, wo man die Leute kennt. Das ist ja auch der Sinn des Vereins Psychotrauma, VPTS.

Editorial : Gisela Perren-Klingler, ex-présidente de l'IPTS

## Chers lectrices et lecteurs

Il est toujours très difficile de rassembler des articles pour le bulletin, c'est pourquoi nous nous sommes décidés à publier ici les présentations faites dans le cadre de la formation continue à Lungern durant l'Assemblée générale 2008. Ainsi nous avons pu mettre en place un nouveau bulletin riche d'informations substantielles. Nous remercions tous les orateurs de nous avoir transmis leurs documents.

C'est pourquoi je lance un nouvel appel à tous les membres du réseau ainsi qu'aux nonmembres : faites-nous part de vos expériences et de vos réflexions pour le prochain bulletin, qui devrait paraître, je l'espère, en automne, 2009. Le délai de réception des articles est fixé à fin août 2009!

Au chapitre des bonnes nouvelles : la dernière assemblée générale du 18 avril 2008 à Lungern nous a permis de trouver une nouvelle présidente en la personne de **Barbara Gut Baumgartner**. **Karin Strässle** a été remerciée pour son travail et réélue comme vice présidente. Pour le reste des informations, je vous renvoie au procès-verbal de l'assemblée générale.

Je vous encourage une fois de plus à nous envoyer vos articles en allemand, français ou italien. Ecrivez-nous et partagez avec tous!

Les documents publiés ici sont donc les présentations faites lors de la formation continue de l'assemblée générale et reflètent un peu de l'intensité du partage lors de ces deux journées ; ont également été abordés le thème du travail en réseau et l'apprentissage d'un canton à l'autre. Les contributions qui suivent montrent bien que dans la prise en charge psychosociale, tous ont leur mot à dire : de l'universitaire au pair, tous ont leur propre tâche et chacun a besoin de l'autre pour fonctionner de manière optimale en situation de détresse. C'est une des raisons pour lesquelles la connaissance et le respect mutuels sont essentiels pour la coopération en cas d'urgence. Il ne viendrait à l'idée de personne de demander de l'aide à des membres du Care Team hors canton, et en plus selon une liste: L'aide («aide mutuelle», l'idée à l'origine du concept de l'assurance) là où l'on connaît les gens. C'est cela finalement le but et la vocation du VPTS, l'Association Psychotrauma Suisse.

## Es folgen die Unterlagen der Vorträge aus der Weiterbildung in Lungern<sup>1</sup>

### Qualitätssicherung in der Psychologischen Nothilfe vor Ort Stefan Vetter

#### Übersicht

Interventionsforschung  
Grundlagen der Evaluationsforschung  
Beispielsevaluation psychologischer Nothilfe vor Ort

#### Vortragsziele

Im Anschluss an meine Ausführungen:  
1. kennen Sie drei mögliche Evaluationsobjekte;  
2. verstehen Sie den Einfluss des Faktors Auftrag in der Evaluations- respektive Interventionsforschung und  
3. verstehen Sie anhand eines Beispiels die Schwierigkeiten der PNH – Evaluationsforschung

#### Interventionsforschung

Die Interventionsforschung befasst sich auf der Basis technologischer Theorien mit der Entwicklung von Massnahmen und die Evaluationsforschung mit deren Bewertung. Technologische Theorien geben konkrete Handlungsanweisungen zur praktischen Umsetzung wissenschaftlicher Theorien; sie fallen in den Aufgabenbereich der angewandten Forschung bzw. Evaluationsforschung.

#### Evaluationsforschung

EF beinhaltet die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung eines Konzeptes, eines Untersuchungsplanes, oder der Implementierung und Wirksamkeit psychosozialer Interventionsprogramme. (Rossi & Freeman, 1993)

Evaluationsforschung sollte sich an den methodischen Standards der empirischen Grundlagenforschung orientieren. (Bortz & Döring 2002)

Gegenmeinung: Evaluation ist eher eine «Kunst des Möglichen», die sich pragmatischen Kriterien unterzuordnen hat. (Cronbach, 1982)

Das Erkenntnis-Interesse der Evaluationsforschung ist begrenzt, da lediglich der Erfolg oder der Misserfolg einer Massnahme untersucht wird.

Man unterscheidet zwischen prospektiver und retrospektiver Evaluation.

- Personen (Caregiver, Peers, Therapeuten, Ausbilder, Einsatzleiter)

<sup>1</sup> Da jeder Autor für die Originalität seines Beitrages verantwortlich zeichnet, lehnt der VPTS und die Redaktion des Bulletins jede Haftung ab.

- Umweltfaktoren (Akezeptanz verschiedener Anwendungsformen in der Öffentlichkeit und Politik)
- Techniken/Methoden (Vergleich der Tauglichkeit von Methoden oder Trainingsmodulen – NNPN)
- Zielvorgaben («Hilfe zur Selbsthilfe»; soziale Kompetenz)
- Systeme/Strukturen (Vergleich von Organisationen; Mitarbeiterzufriedenheit)
- Projekte/Programme (Gesundheitsförderung; Psycho- edukation)
- Evaluationsobjekte

Auswahl des Evaluationsobjektes ist meist an einen Auftrag gebunden. Man spricht deshalb auch von Auftraggeberorientierter Evaluationsforschung. Der Auftraggeber bestimmt Evaluationsobjekte und –ziele. Als Mittel des Qualitätsmanagements können aber von der Leitung einer Organisation periodisch andere Evaluationsobjekte und –ziele ausgewählt werden. (EvaluationsZiel)

#### Der Evaluator

Soziale Kompetenz  
Evaluation detailliert durchsprechen, Zwischenziele festlegen, angestrebtes Gesamtziel definieren  
Fachliche Kompetenz  
Erfahrung in Interventionsforschung und nicht im Untersuchungsbereich notwendig  
Gute Kenntnisse in empirischen Forschungsmethoden, Designtechnik und statistischer Analyse

#### Rahmenbedingungen

Machbarkeit resp. empirische Umsetzbarkeit kritisch beleuchten.  
Zu erreichende Ziele einer Evaluation müssen genau beschrieben werden.  
Gesellschaftliche Tragweite der Massnahme als Entscheidungsgrundlage, ob Evaluation Sinn macht.

#### Ethische Kriterien

Menschenwürde  
persönliche Verantwortung & Intimsphäre  
Informationspflicht  
Freiwilligkeit (keine Sanktionen)  
Vermeidung von Beeinträchtigungen

#### Beispiel Carunfall Altersheim

Bei einem Carausflug des Altersheims Heimischwand kommt es zu einem Verkehrsunfall, der Car stürzt in eine Schlucht.

Es gibt keine Toten, aber 30% Schwerverletzte in kritischem Zustand. Sie führen für die KaPo die PNH bei den unverletzten Reiseteilnehmern durch. Die Leitung ihrer Care Organisation beschliesst die Intervention zu evaluieren.

Die Evaluation soll die Zufriedenheit mit der Betreuung und (Nicht-) Auftreten von PT Symptomen umfassen. Nach Intervention werden Fragebogen verteilt.

Evaluation in einem Eingruppen-Posttest-Design ist kritisch, da beide Evaluationsobjekte nicht zwingend mit der PNH an sich etwas zu tun haben müssen.

Schwache interne Validität, da Zufriedenheit und PT Symptome nicht schon vor Intervention erhoben wurden.

Kritische externe Validität, da die Stichprobe in bestimmten therapielevanten Merkmalen verzerrt ist (z.B. Senium, mehr Frauen).

Die Beliebbarkeit der Dateninterpretation wird durch einen zusätzlichen Messzeitpunkt vor Intervention deutlich eingeschränkt (Eingruppen-Pretest-Posttest-Design), führt aber dennoch nicht zu eindeutigen Aussagen: Weitere zwischenzeitliche Einflüsse (z.B. Medien, Angehörige, Heimleitung, Versicherungsleistungen)

Instrumentelle Reaktivität (gedankliche Auseinandersetzung mit Trauma und dessen psychischen Konsequenzen)

Natürliche Variabilität (Zeitpunkt wann der Fragebogen ausgefüllt wird hat wegen natürlicher Rückbildung von PT – Symptomen einen Einfluss)

## Überprüfung Vortragsziele

1. Kennen Sie drei mögliche Evaluationsobjekte  
Personen (z.B. Caregiver oder Peers)  
Zielvorgaben (z.B. Selbstkompetenz)  
Projekte (z.B. Psychoedukation)
2. Verstehen Sie den Einfluss des Faktors Auftrag in der Evaluations- respektive Interventionsforschung:  
Es werden einzelne Aspekte möglicher Qualität geprüft.  
Der Auftraggeber bestimmt, welche Faktoren untersucht werden sollen (definiert Qualität).  
Nur operationalisierbare Faktoren können untersucht werden.
3. Verstehen Sie anhand eines Beispiels die Schwierigkeiten der PNH Evaluationsforschung (Pretest-Posttest-Design):  
Schwache interne Validität (psychischer Zustand vor Massnahme)

Angreifbare externe Validität (Alter spielt eine Rolle bei der psychischen Adaptationsprozessen – Verzerrung der Gruppe)

Weitere zwischenzeitliche Einflüsse (Zahlungsmoral der unterschiedlichen Unfallversicherer)

Instrumentelle Reaktivität (PNH kann eine gedankliche Auseinandersetzung mit PTSD auslösen)

Natürliche Variabilität (Faktorzeit bei der Prävalenz von PTSD)

*Stefan Vetter ist Dr. med., Psychiater und arbeitet an der Uniklinik Zürich*

## «Vom Debriefing zum Kulturwandel»

### Unterstützung der Einsatzkräfte (Nachsorge) bei Schutz und Rettung Zürich

*Yvonne Waldboth*

Das Wichtigste am Anfang:

Damit ein Betreuungskonzept mit eigenen Kräften (Peers) in einer Rettungsorganisation längerfristig erfolgreich sein kann, braucht es einige Rahmenbedingungen der Organisation selbst, eine gute Aus- und permanente Weiterbildung der Peers, der Vorgesetzten und der MitarbeiterInnen und ein Leitungsteam mit internen und externen Fachleuten, die innerhalb der Organisation anerkannt und vor allem auch bekannt sind. Das ist sehr wichtig und muss mehr als einmal gesagt sein ...

Bevor ich auf die einzelnen Aspekte eingehe, noch ein paar Informationen zur Organisation Schutz und Rettung Zürich: Schutz und Rettung Zürich ist eine Dienstabteilung des Polizeidepartementes der Stadt Zürich und umfasst die beiden professionellen Rettungsbereiche Feuerwehr und Sanität und sämtliche freiwilligen Feuerwehren der Stadt Zürich sowie den Zivilschutz (zivile Organisation innerhalb der Gesamtverteidigung, vorwiegend LaienretterInnen). Im vergangene Jahr wurden von den professionellen Einheiten, Sanität und Feuerwehr über dreissigtausend Einsätze geleistet (3758 Feuerwehr, 26 409 Sanität). Insgesamt hat Schutz und Rettung heute über 600 feste MitarbeiterInnen (ca 300 professionelle Retter) und über 3000 Angehörige von Milizformationen der Feuerwehr (ca. 550) und des Zivilschutzes.

Definition «Nachsorge» bei Schutz und Rettung Zürich:

Der Klarheit halber auch drei Stze über Nachsorge extern, sonst wirst Du darüber gefragt ...

Nachsorge intern umfasst alle Massnahmen, die geeignet sind, die psychische Gesundheit von Einsatzkräften während und unmittelbar nach eventuell traumatisierenden Ereignissen zu erhalten oder wiederherzustellen. Das beinhaltet

1. Einsatznachgespräche, kurz danach oder
2. Einsatznachgespräche später ausführlicher, einzeln oder in Gruppen;
3. Information und Beratung zur Stressbewältigung;
4. wenn nötig, Einbezug von Angehörigen oder Beizug von externen Fachleuten.

## Rahmenbedingungen der Organisation und Voraussetzungen für Peers

Am Anfang stehen bei jedem erfolgreichen Projekt politische Beschlüsse und initiative Menschen, die eine Aufgabe zu der «Ihren» machen: Die politische Behörde der Stadt Zürich (Exekutive), fordert von seiner Rettungsorganisation ein Einsatzkonzept im Katastrophenfall und stellt für dessen Realisation die finanziellen Mittel zur Verfügung. Von Anfang an liegt die organisatorische Verantwortung für die Nachsorge intern bei einem Mitglied der Geschäftsleitung. Die inhaltliche Verantwortung übernehmen die externe Seelsorgerin und ein ebenfalls externer Fachmitarbeiter des Zivilschutzes mit herausragendem Wissen in Bereich Personal- und Versicherungsrecht. 2002 startet das Projekt Nachsorge mit einer umfangreichen Informationskampagne innerhalb des Betriebes zum Thema «Prävention von posttraumatischen Belastungsstörungen» und noch im gleichen Jahr beginnt die Auswahl der Peers und deren Ausbildung. Ziel war (und ist) in jeder Dienstgruppe der Feuerwehr und der Sanität mindestens zwei anerkannte Peers zur Verfügung zu haben, ebenso in der Einsatzzentrale und für die freiwillige Feuerwehr; und noch zusätzliche Peers in speziellen Fachbereichen wie Ausbildung und Pressestelle. Zur Zeit hat Schutz und Rettung Zürich dreissig Peers – ausgebildet und in Ausbildung – verteilt auf die Dienstgruppen und Fachdienste. Jeder, der oder die Peer werden will, muss eine Mindestzahl an Unterschriften seiner KollegInnen vorweisen, das Einverständnis des Vorgesetzten einholen und mit den organisatorisch und fachlich Verantwortlichen ein Gespräch führen, um zur Ausbildung zugelassen zu werden. Für die Auswahl der Peers haben wir uns an folgende Voraussetzungen gehalten:

- Ein Peer kann: Zuhören, verstehen, nachfragen, Gefühle zulassen und kontrollieren, eigene Kräfte einschätzen, mit anderen Peers, medizinischen, psychologischen und seelsorgerlichen Profis zusammenarbeiten, mit Kritik umgehen.
- Ein Peer hat: Erfahrung im Beruf (mindestens 5 Jahre, mit Ausnahmen), Anerkennung der KollegInnen und Vorgesetzten, eine gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit.
- Ein Peer ist diskret und stellt sich in den Dienst eines guten Betriebsklimas und ist bereit, sich ständig weiter zu bilden.

Wichtig ist, dass die Peers aus allen Laufbahnstufen stammen !!!

Die Peers werden in ihrer Aufgabe von der Koordinationsgruppe begleitet. Sie besteht aus der fachlichen und organisatorischen Leitung der Nachsorge und drei Peers aus verschiedenen Bereichen (Feuerwehr, Sanität, Einsatzzentrale).

## Aus- und Weiterbildung

Alle Peers machen ihre zweiteilige Ausbildung am Institut für Psychotrauma bei Dr. med. Gisela Perren-Klingler und absolvieren alle zwei bis drei Jahre die Refreshkurse. Bewusst haben wir unsere Leute nicht intern ausbilden lassen, damit sie einerseits freier sind, über interne Probleme zu reden und andererseits die Gelegenheit haben, mit anderen Berufsgruppen (MedizinerInnen, Polizei, SeelsorgerInnen, PsychologInnen) und Rettungsorganisationen aus andern Kantonen zusammen zu kommen, um sich gut vernetzen zu können. Halbjährlich treffen sich die Peers unter der Leitung der Seelsorgerin und des Fachmitarbeiters zu einem Erfahrungsaustausch und einem gemütlichen Teil mit Speis und Trank.

Die Vorgesetzten wurden an einem Tag intern (im technischen Debriefing und Defusing) geschult, und bei verschiedenen Kader- und Mitarbeiteranlässen wird die Wichtigkeit der Nachsorge intern immer wieder in Erinnerung gerufen. Für alle MitarbeiterInnen gibt es ein Merkblatt und eine Informationsbroschüre, die überall aufliegt. Die Informationsbroschüre wird auch den Angehörigen abgegeben.

«Immer mal wieder», ja das ist das Zauberwort! Es braucht Beharrlichkeit und Ausdauer, diese Themen nicht einschlafen zu lassen, besonders dann, wenn, was ja eigentlich positiv ist, wenig belastende Einsätze passieren. Aber gerade das ist die Kunst: Wachsam zu bleiben, das Angebot aufrecht zu erhalten und die Peers motiviert bleiben zu lassen auch wenn sie nicht oft im Einsatz sind!

## Anerkennung im Betrieb

Ohne die aktive Unterstützung der Vorgesetzten geht gar nichts! Aktive Unterstützung der internen Nachsorge heisst, dass Vorgesetzte Peers einsetzen, auf sie hören, Nachbesprechungen von Einsätzen (Defusings) entweder selbst durchführen oder mit der Hilfe eines Peers; oder ihre MitarbeiterInnen auf die Möglichkeit eines Gesprächs mit einem Peer oder auf ein Debriefing aufmerksam machen. Aktive Unterstützung der Nachsorge heisst auch, sich dafür einsetzen, dass Defusings und Debriefings innerbetrieblich in einem Schichtbetrieb überhaupt möglich sind; d.h. man muss Strukturen dafür schaffen, denn der Betrieb in Notfallorganisationen muss aufrecht erhalten werden. Es braucht eine Kultur der Akzeptanz, dass RetterInnen dann und wann Unterstützung und Zeit brauchen, um Erlebtes zu verarbeiten, ohne ihnen ein Betreuungskonzept überstülpen zu wollen oder sie zu Defusings oder Debriefings zu drängen. Es muss ein niederschwelliges Angebot sein und die betroffenen RetterInnen sollen selber entscheiden, was sie brauchen und was sie in Anspruch nehmen wollen. Doch das Angebot muss da sein, und ein geeigneter Raum und Zeit; und Vorgesetzte und KollegInnen, die eine Ahnung von Gesprächsführung haben. Und es braucht mindestens

eine allseits akzeptierte externe Vertrauensperson mit Fachwissen, an die sich alle, Betroffene, Peers und Vorgesetzte wenden können, sei es bei Fragen, Unsicherheiten oder Differenzen oder wenn es darum geht, weitere Unterstützung zu bekommen.

## Konkretisierungen

Debriefings hat es in den vergangenen sechs Jahren bei Feuerwehr und Sanität wenige gegeben; ich weiss von fünf Gruppendebriefings. Dabei waren es immer Unfälle mit Todesfolge für mehrer Personen und Unfälle mit Kindern, oder die Opfer standen einer Einsatzkraft nahe; oder Einsatzkräfte wurden verletzt oder kamen gar ums Leben.

Defusings allerdings gibt es mittlerweile unzählige! Sie werden von direkten Vorgesetzten durchgeführt, die selbst Peers sind oder von Vorgesetzten zusammen mit Peers. Die Rettungskräfte sitzen nach dem Einsatz zusammen, werden aus dem Alarmruf gelöst und können in Ruhe den Einsatz besprechen. Oft kommt der Dienst habende Abteilungschef vorbei und erkundigt sich, wie es seinen Leuten geht und ob eventuell weitere Massnahmen zu tätigen sind, sei es die Organisation der Heimfahrt, die Information der anderen Mitarbeiter oder auch das Angebot eines Debriefings ein paar Tage später. Diese Gespräche werden nicht protokolliert, gelten für die Teilnehmenden wie für die Peers als Arbeitszeit, die aus Gründen der Vertraulichkeit im Zeiterfassungssystem nicht inhaltlich deklariert werden muss. Da Vorgesetzte wie MitarbeiterInnen in der Mehrheit hinter dem Nachsorge-Konzept stehen und diejenigen, die bereits Defusings und Debriefings erlebt haben, von positiven Erfahrungen berichten, ist die anfängliche Skepsis verschwunden. Die Einsatzkräfte erleben vor allem durch die Präsenz der Vorgesetzten bei den Nachgesprächen Respekt und Achtung und erleben ihre Chefs mehr von der menschlichen Seite, wenn auch sie von Erlebnissen bewegt sind und dies nicht verbergen. Am Anfang wurde noch vermehrt mir als externer Seelsorgerin angerufen, um ein Nachgespräch zu leiten. Mehr und mehr werden aber die Peers direkt eingebunden und ich werde einfach noch informiert, wenn überhaupt. Die Peers sind jedoch froh, noch jemanden im Rücken zu haben, falls sie Fragen haben oder selbst gern das Defusing besprechen möchten. Ich bin sozusagen ins zweite Glied getreten und bin nur noch bei grösseren Ereignissen direkt in die Betreuungsarbeit involviert, oder werde bei internen Problemen eingeschaltet, die bei Nachbesprechungen von Einsätzen sichtbar werden und betriebsintern angepackt werden müssen. Diese Entwicklung zeigt, dass die Peers mehr und mehr Akzeptanz haben, besonders bei der Sanität, wo auch häufiger Defusings stattfinden, aber auch bei der Feuerwehr mit grösseren Dienstgruppen, wenn Peers aus der gleichen Dienstgruppe beigezogen werden können, die jedoch nicht beim Einsatz direkt dabei

waren, aber bereits im Dienst sind und da sind, wenn man sie braucht. Dass mittlerweile vieles ganz selbstverständlich geschieht und sich vor allem die Vorgesetzten ihrer Verantwortung auch für das psychische Wohlergehen ihrer Leute bewusst sind, hat uns die Bewältigung des Unfalls eines Berufsfeuerwehrmannes im letzten Jahr gezeigt. Davon möchte ich nun berichten, weil ich damit wohl am besten zeigen kann, wie Nachsorge bei Schutz und Rettung Zürich funktioniert:

## Beispiel

Beim Brand eines historischen Hauses in Zürich stürzte, völlig unerwartet, das Dach ein. Vier Feuerwehrleute wurden verschüttet. Einer konnte sich selbst befreien, zwei konnten mit Verletzungen geborgen werden und ein vierter wurde von einem Dachbalken erschlagen und war sofort tot, ein 44-jähriger Berufsfeuerwehrmann. Im Einsatz war die Berufsfeuerwehr unterstützt von der freiwilligen Feuerwehr, Sanität und Polizei.

Als die Dienstgruppe, die ihren Kameraden verloren hatte, zurück in die Wache kam, waren bereits eine andere Dienstgruppe mit zwei Peers und die Seelsorgerin anwesend. Die vom Einsatz zurückgekommenen wurden empfangen, konnten sich duschen und verpflegen und wurden gleich von der Seelsorgerin und dem Dienstgruppenchef über das weitere Vorgehen informiert, nämlich, dass wir, der Dienstgruppenchef, der Chef der Feuerwehr, ich, die Seelsorgerin, und der beste Kollege des Verstorbenen nun die Ehefrau informieren werden und danach nochmals zur Mannschaft reden werden. Wer wollte konnte heimgehen. Es blieben jedoch die meisten auf der Wache, sassen zusammen, die Peers mit ihnen, schwiegen oder redeten, was immer ihr Bedürfnis war. Ich hatte bereits telefonischen Kontakt mit der Personalchefin und mit meinem Kollegen, dem anderen externen Fachmitarbeiter, beide waren bereits unterwegs. Als wir von der Familie des verunglückten Feuerwehrmannes zurückkamen, waren alle in der «Stube», dem Aufenthaltsraum, versammelt, auch alle Chefs waren da. Ich informierte kurz, wie es mit der Familie weitergeht. Allen war die Erschütterung anzusehen, auch mir. Nun ging es darum die Unterstützung der Familie und der Kameraden sicherzustellen, auch die der Verletzten in den Spitälern. Alle Verletzten wurden vom Einsatzleiter und Seelsorgerin oder Peer besucht und für die Familie (zwei Mädchen im Alter von 7 und 10) waren über den ganzen ersten Tag danach zwei Peers in Uniform anwesend, die sie auch vor allfälligen Presseaufdringlichkeiten schützten. Der externe Fachmitarbeiter unterstützte die Familie vom ersten Tag an in allen organisatorischen, rechtlichen und Versicherungs-Fragen, auch die MitarbeiterInnen der Personalabteilung halfen beim Formulkrieg (den es auch in der Schweiz gibt...), der auf die Witwe hereinbrach. Während der folgenden vier Tage

waren immer Peers auf der Wache anwesend und standen zur Verfügung, zeitweise auch die externen Vertrauenspersonen und jeweils am Morgen bei Dienstantritt, waren der Kommandant, die Personalchefin und eine der beiden externen Vertrauenspersonen da und informierten über den aktuellen Stand der Dinge.

In den folgenden Tagen wurde die Trauerfeier organisiert, wobei ich mich als Pfarrerin auf die inhaltliche Gestaltung und die Begleitung der Familie einlassen konnte und organisatorisch völlig entlastet war. Vor der Beerdigung hatte die Witwe das Bedürfnis den Unfallort zu besuchen. Dabei wurde sie vom Kommandanten persönlich begleitet, und er hat damit in dieser schwierigen Zeit einmal mehr gezeigt, dass er für seine Leute da ist und Verantwortung nicht scheut. Das war ein wichtiges Zeichen für die Angehörigen aber auch für die Mannschaft. Die beiden am ersten Tag in der Familie anwesenden Peers haben die Familie am Tag der Beerdigung auf Wunsch der beiden Mädchen in Uniform begleitet.

12 Tage nach dem Ereignis, wurde für alle im Einsatz gestandenen Feuerwehrleute, Profis und Miliz und für die Sanität ein Debriefing angeboten, das nicht im Einsatz gestandene Peers zusammen mit einem externen Feuerwehrseelsorger und mir in zwei Gruppen durchgeführt haben. Es nahmen über 50 Leute teil und wir teilten die Gruppe auf nach dem Kriterium, wer im Gebäude selbst war und wer nicht. Interessanterweise nahmen von der betroffenen Dienstgruppe nur noch wenige am Debriefing teil, liessen aber durch zwei Vertreter mitteilen, dass es für sie nun nichts mehr brauche, sie möchten, dass wieder Alltag einkehrt und sie hätten genug Zeit gehabt, das Erlebte zu verarbeiten; wir seien für sie ja in den letzten Tagen genug da gewesen. Das zeigte mir einmal mehr, dass gute Betreuung danach und Anteilnahme und Wertschätzung durch die Vorgesetzten das allerwichtigste sind. Zwei Monate später fand von Seiten des Kommandos eine Information mit allen polizeilichen Erkenntnissen über den gesamten Einsatz für alle Beteiligten statt, an dem auch die Witwe teilgenommen hat; und im Laufe dieses Jahres wird auf der Wache der Feuerwehr eine Gedenktafel für den im Einsatz Verstorbenen angebracht werden begleitet von einer kleinen Gedenkfeier in Anwesenheit der Angehörigen.

Zwei Einsatzkräfte beanspruchten via Vermittlung durch die Seelsorgerin kurzfristige therapeutische Unterstützung, die erfolgreich war und unkompliziert finanziert werden konnte.

Für die Verletzten und alle anderen beteiligten Rettungskräfte ist die Bewältigung dieses Einsatzes abgeschlossen – alle sind wieder voll einsatzfähig.

## Schlussfolgerungen

Nachsorge intern bei Schutz und Rettung Zürich ist eine

Zusammenarbeit der Personalverantwortlichen, der externen Vertrauenspersonen, der Peers und des Kommandos; nur so funktioniert es! Jeder hat dabei seine spezifischen Aufgaben und Kompetenzen, die klar geregelt sind, und doch ist sich jeder auch seiner Gesamtverantwortung für das Wohlergehen der Mitarbeiter bewusst und nimmt sie auch wahr. Wichtig ist, dass die organisatorische und inhaltliche Verantwortung für die Nachsorge personell getrennt sind und dass interne und externe Fachleute zusammenarbeiten, und die Peers von ihnen auch eingesetzt werden. Möglich geworden ist dieses Zusammenspiel der Kräfte durch einen Kulturwandel innerhalb des Betriebes, bei dem den meisten Vorgesetzten und Mitarbeitern bewusst wurde, dass nicht nur technische Mittel wichtig sind, um einen Einsatz erfolgreich zu bewältigen, sondern der Mensch im Mittelpunkt steht. Die regelmässigen Erfahrungsaustauschtreffen mit den Peers und der ständige Kontakt der Leitungsgruppe mit der Basis macht deutlich, dass Nachsorge nicht nur Einsatznachgespräche umfasst sondern ein ständiges Interesse am Wohlergehen der Einsatzkräfte. Mit Debriefing allein ist nichts getan! Trotzdem müssen Peers umfassende Kenntnisse und Fähigkeiten für die Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen haben und mit ständiger Weiterbildung auch behalten! Peers und Fachleute aus Psychologie, Medizin und Seelsorge lernen die Technik des Debriefings letztlich um es nicht anwenden zu müssen! Wenn in einer Rettungsorganisation eine Kultur der Mitmenschlichkeit gelebt wird, werden Debriefings kaum gebraucht! Doch oft kommt der Ansporn, mehr Mitmenschlichkeit zu leben, gerade von denen, die sich mit der Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen beschäftigen und deshalb braucht es die Debriefingausbildung unbedingt! Als ständiger Reminder, was Retterinnen und Retter brauchen, nämlich Anerkennung, Respekt und Achtung. Das droht manchmal im Strudel des Alltages unterzugehen. So ganz überflüssig sind wir eben doch nicht, aber bereit dazu, nicht gebraucht zu werden!

*Yvonne Waldboth ist Pfarrerin und psychosoziale Fachkraft für Peers bei Schutz und Rettung Zürich*

## Das Beispiel der Feuerwehr Zürich im letzten Artikel aus der Sicht des Peers

### Peer «zwischen Tür und Angel»

*Reto Derungs*

Der 14. November 2007 ging dem Ende zu und ich wusste, am nächsten Tag werde ich wieder eine Schicht bei der Berufsfeuerwehr Zürich antreten. Sicher begleitete mich

ein schöner Traum bis zu dem Zeitpunkt, als ein schriller Piepston aus dem Pager mich und meine Frau jäh aus dem Tiefschlaf riss. «Brand Zunfthaus Zimmerleuten» stand auf dem Display. Mitten in der Nacht rückte ich in das mir seit über 33 Jahren wohlbekanntes Feuerwehrgebäude ein.

Als ich die Treppe ins obere Stockwerk hinaufstieg, hörte ich die mir vertraute Stimme von Yvonne Waldboth, die in unserem Aufenthaltsraum zu versammelter Mannschaft sprach. Sofort war mir bewusst, dass es ein Brand mit Verletzten oder sogar Toten sein musste. Ein Feuerwehrmann kam auf mich zu und teilte mir ohne Umschweife mit, dass unser Arbeitskollege Markus beim Löscheinsatz umgekommen sei.

Jetzt war der immer verdrängte Gedanke eines solchen Unfalls auch bei uns, der Berufsfeuerwehr, Wirklichkeit geworden. Ich war mittendrin. Ich war ein Arbeitskollege, und doch musste ich meine Aufgabe als Offizier und Peer wahrnehmen. Kommt jetzt die Zeit der unzähligen Debriefings? Wie gehen wir Peers das an? Wie reagieren die vielen Kollegen? Viele Fragen schwirrten mir in jener Nacht durch den Kopf.

Das Überbringen der Todesnachricht an die Angehörigen wurde sofort durch unsere Feuerwehrseelsorgerin, Yvonne Waldboth, zusammen mit dem Bereichsleiter von Feuerwehr und Sanität und dem im Einsatz stehenden Dienstgruppenkommandanten wahrgenommen.

Da die Löscharbeiten immer noch andauerten und in der Wache grosse Hektik herrschte, blieb nicht viel Zeit, um sich intensivere Gedanken über dieses unvorstellbare Geschehen zu machen. Die Mannschaft die während des Unfalls im Einsatz stand, war jetzt vollzählig zurück in der Wache. Sie brachten ihre Einsatzrüstung wieder in Ordnung taten sonst irgendetwas und verpflegten sich. Es wurde nicht viel gesprochen aber es war eine tiefe Betroffenheit bei allen in der Wache anwesenden Feuerwehrleuten.

Gegen 6 Uhr morgens wurde die ganze Mannschaft in unsere «Stube» gerufen. Kurz wurde der technische Ablauf der Löscharbeiten rekapituliert und über die eingesetzten und noch im Einsatz stehenden Rettungskräfte orientiert. Der Dienstgruppenkommandant berichtete über die Überbringung der Todesnachricht an die Ehefrau. Es war erschütternd als der Einsatzleiter die Feststellung machte, dass Markus nie mehr zurück komme.

In den nächsten Tagen wurde immer wieder die Frage diskutiert, warum der Dachstock in einer so frühen Phase des Feuers einstürzte. Es war für die jungen wie auch für die älteren Feuerwehrleute unverständlich. «Müssen wir unsere Einsatztaktik ändern oder sind doch nicht alle Gefahren immer richtig einzuschätzen?»

Am nachfolgenden Samstag, 17. November musste die betroffene Dienstgruppe ihren Dienst wieder antreten. Es war uns allen klar, dass sicher einige Feuerwehrleute die

Belastung nur schwer ertragen würden wieder zu arbeiten und an einen weiteren Brand oder einen Unfall auszurücken. Aus Kontakten spürte man aber den Wunsch unter Kollegen in der Wache zu sein. So wurde unter der ganzen Berufsfeuerwehrmannschaft nach Freiwilligen gesucht, die zusätzliche Stunden in der Wache verbrachten. Jetzt hatten die am stärksten Betroffenen die Gelegenheit bei jedem Alarm zu entscheiden, ob sie ausrücken wollten oder lieber in der Wache blieben. Es waren ausreichend Kollegen anwesend, um die Einsätze bei Bedarf zu übernehmen. An diesem Tag aber auch noch viele Tage später entwickelten sich Gespräche zwischen mir und Arbeitskollegen auf ganz natürliche Art und Weise. Die Gespräche begannen meistens zwischen Tür und Angel und erreichten teilweise eine Tiefe, die ich nicht für möglich gehalten hätte. Ein Kollege sass auf einem Abfalleimer in der Fahrzeuggarage. Man konnte sein Leid förmlich spüren und als ich ihn darauf ansprach, zeigte er ohne Hemmungen seine grosse Trauer. Schnell entwickelte sich ein Gespräch, das ich nicht Debriefing nennen kann, in welchem aber einige Phasen eines solchen vorkamen. Diese Art der Gesprächsführung wandte ich einige Male an, vom Soldaten bis zum Offizier, und ich stellte fest, dass die Bereitschaft sich mitzuteilen schnell da war. Für mich und so wie ich auch später durch Rückmeldungen erfahren habe war es die richtige Art den Betroffenen meine Anteilnahme als Peer zukommen zu lassen. Da die Gespräche im offenen Raum stattfanden und so von den anwesenden Arbeitskollegen teilweise auch wahrgenommen wurden, zeigte sich der Mannschaft, dass man sich Zeit für Gespräche nehmen durfte und dass man ernst genommen wurde. An dem erwähnten Samstag nach dem Unglück besuchte eine Gruppe «Freiwilliger Feuerwehrleute», welche beim Einsatz «Zunfthaus» auch an vorderster Front im Einsatz standen, gemeinsam die Brandruine. Der Anblick und die grosse Anteilnahme aus der Bevölkerung, vor dem abgebrannten Zunfthaus, lösten bei der Gruppe mehr Emotionen aus als sie erwarteten. Nach telefonischem Kontakt mit Yvonne Waldboth kamen sie in die Wache der Berufsfeuerwehr: Diese Gruppe von ca. 12 Feuerwehrleuten setzte sich mit mir in die «Stube». Auch andere im Dienst stehende Feuerwehrleute waren anwesend. Der Schock des Erlebten beim Besichtigen des abgebrannten Zunfthauses mit den Erinnerungen des umgekommenen Markus war wieder stark hochgekommen. So baute ich ganz vorsichtig ein Gespräch auf, welches ich nach den Regeln des Debriefings zu strukturieren versuchte. Die Peerausbildung war unerlässlich, damit sich die anstehenden Emotionen durch kognitive Fragen mittels Debriefing-Phasen 2/3, beruhigten. Das Eindrücklichste für mich war, als alle Beteiligten mit mir gegen Schluss des Gespräches, die von Gisela Perren-Klingler bestens bekannte Atemübung so intensiv mitmachten, wie ich es noch nie zuvor erlebt hatte. Die auf-

gezählten Stressmanagement-Techniken wurden dankbar aufgenommen und sicher auch angewendet.

Eindrücklich war auch, dass kein anwesender Berufsfeuerwehrmann in die Stube drängelte auch wenn inzwischen die Essenszeit längst angebrochen war und wir den Essraum belegten.

Heute nach einigen Monaten stelle ich in dieser oder jener Reaktion bei wenigen Berufsfeuerwehrlern fest, dass das Geschehen noch nicht vollständig verarbeitet werden konnte.

Ein wichtiger Aspekt in einer Rettungsorganisation sind auch die Angehörigen der Feuerwehrleute. Sie müssen mit den Reaktionen ihrer Liebsten und den eigenen Ängsten umgehen können. Die Broschüre von SRZ «Bewältigung einer seelischen Krise» für Einsatzkräfte und Betroffene ist dabei für uns als Peers eine wichtige Hilfe in der Präventions- und Bewältigungsarbeit der Einsatzkräfte wie der Angehörigen. Die ausgebildeten Peers bei der Berufsfeuerwehr Zürich hatten im Laufe der Jahre immer etwas das Gefühl zu wenig Aufgaben in der psychologischen Nothilfe erfüllen zu können. Dieser tragische Unfall hat eindrücklich gezeigt wie wichtig es für eine Rettungsorganisation wie Schutz & Rettung Zürich ist über ein funktionierendes, eingespieltes Nachsorgeteam zu verfügen.

*Reto Derungs ist Feuerwehrmann bei Schutz und Rettung Zürich und Peer der ersten Stunde; er hat immer wieder die Zweifel seiner Mitpeers ausgesprochen, wofür man wohl gut sei ...*

## Notfallseelsorge und Notfallpsychologie – Konkurrenz oder Kooperation?

Gottfried Ugolini

### Notfallseelsorge in Südtirol

- Aufbau 1997 in Brixen: Sektion des LRV Weißes Kreuz
- NotfallseelsorgerInnen: Freiwillige aus allen Berufen
- Dienst der Notfallseelsorge innerhalb des LRV Weißes Kreuz
- Ausbildung in Krisenintervention und Notfallseelsorge (Dr. Andreas Müller Cyran, München KIT)
- Einige: Debriefing-Ausbildung bei Dr. Gisela Perren-Klingler, Schweiz
- Aktueller Stand: 8 Gruppen fast alle 24-Stunden-Breitschaftsdienst mit ca. 130 Freiwilligen (Frauen und Männer zw. 28 und 60 Jahren)
- Verankerung innerhalb des LRV Weißes Kreuz
- Einfache Struktur

### Erfahrungen der Notfallseelsorge

- Bedarf an LeiterInnen der Nachbesprechungen zu ei-

- genem Wohlergehen und Qualifizierung des Dienstes
- Bedarf an qualifizierten PsychologInnen für Weiterbetreuung von Betroffenen und Einsatzkräften
- Bedarf an Fachkräften für eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung sowie zur Sensibilisierung von
- Einsatzkräften, Notärzten, Basisärzten, psychosozialen Einrichtungen für die Anliegen der Notfallpsychologie

### Notfallpsychologie in Südtirol

- Ansiedlung bei den Psychologischen Diensten
- Frage nach der Finanzierung des Dienstes
- Unterscheidung zwischen NotfallpsychologInnen im Landesdienst und Privaten
- Landesbedienstete erhalten Entschädigungen innerhalb der Arbeitszeit
- Private erhalten ein Honorar
- 2008: Institutionalisierung innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebes

### Notfallpsychologie in Südtirol

#### Einsatzkriterien

- Kinder und Jugendliche
- Vielzahl von Toten
- Überbringung von Todesnachrichten in extremen Fällen
- Gewalt
- Großschadensereignisse

### Notfallseelsorge – Notfallpsychologie: Unterschiede 1

- NFS – von der Basis her entstanden und gewachsen; NFP – von oben eingesetzt
- NFS – soziale Motivation stärker; NFP – berufliche und finanzielle Motivation stärker
- NFS – Mitarbeit beruht auf Freiwilligkeit und Vereinsdenken – deshalb kostengünstig; NFP – Mitarbeit beruht
- auf Arbeitsvertrag und Verdiensten – deshalb kostenintensiv

### Notfallseelsorge – Notfallpsychologie: Unterschiede 2

- NFS – sprachliche und lokale Nähe, Feldkompetenz, soziale und kulturelle Kenntnisse, unmittelbares
- Beziehungsnetz (Einsatzkräfte, Basisärzte, Seelsorger, Bürgermeister ...)
- rasche Informationsbeschaffung und Herstellung von Kontakten ...
- NFP – berufliche Distanz, eigene Sprache, eigener Beziehungsstil, anderes Setting gewohnt, räumliche
- Distanz, lange Anfahrtszeiten,
- Unkenntnis der örtlichen Bezugspersonen und Gepflogenheiten, klinische Sichtweise,
- zusätzliche vertrauensbildende Maßnahmen notwendig ...



## **Notfallseelsorge – Notfallpsychologie: Unterschiede 3**

- NFS – jahrelange Erfahrung, breite Annahme bei der Bevölkerung, gutes Image in der Öffentlichkeit (Presse), Teil des LRV Weißes Kreuz (Kollegialität) Bezeichnung zwischendurch als missverständlich oder zu kirchenspezifisch kritisiert
- NFP – neuer Dienst sowohl innerhalb als auch außerhalb des eigenen Betriebes (Sparmaßnahmen!), geringere Akzeptanz und Zuordnung zum Sanitätsbetrieb allgemeine Angst/Vorurteile gegenüber Psychologie (Pathologisierung, Hospitalisierung, Autorität ...)

## **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Schwierigkeiten**

- Kommunikationsschwierigkeiten:  
andere Sprache und Assoziationskette  
anderer Kommunikations- und Beziehungsstil  
Informationsbeschaffung und Weitergabe
- Probleme bzgl. Kooperations- und Teamfähigkeit:  
Umgang mit Gleichwertigkeit und ggs. Anerkennung  
anderes Selbst- und Dienst- bzw. Einsatzverständnis  
Unter- und Überlegenheitsgefühle bzw. -verhaltensweisen

## **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Strukturelle Schwierigkeiten**

- NFS deckt noch nicht die ganze Fläche und nicht überall die 24 Stunden Bereitschaftsdienst ab
- NFP ist für das ganze Land zuständig und deckt nur den Bereitschaftsdienst von 8 bis 21 Uhr (normalerweise NFP)
- NFP übernimmt alle Einsätze, wo keine NFS vor Ort oder untertags im Bereitschaftsdienst
- NFS übernimmt alle Einsätze, wenn NFP zu lange Anfahrtszeit hat oder nachts, wenn NFP keinen Bereitschaftsdienst hat
- NFS ist meistens viel schneller vor Ort als NFP NFS ist mobiler und flexibler im Durchführen von Einsätzen
- NFP hat personelle Engpässe, weil zu wenig Mitglieder, und ist regional nicht überall in gleicher Weise verteilt

## **Notfallseelsorge / Notfallpsychologie: Modell der Konkurrenz: Risiken, Folgen**

- zunehmende (einseitige) Professionalisierung, berufsspezifische bzw. -politische Anliegen (Image)
- unnötige, vergebliche Überqualifizierung vor Ort
- signifikante Kostensteigerung (Finanzierung bei Kosteneinsparung)
- verschwenderische Präsenz von Fachleuten vor Ort, die in der zweiten Linie erforderlich sind (aber nicht mehr einsetzbar)
- ambivalente Botschaft durch Professionalisierung:  
a) menschliche Präsenz und Beistand sind ausschlag-

gebend

b) gesunder Hausverstand und gutes Hausgefühl sowie Nachbarschaftshilfe, soziales Handeln und andere Solidaritätshaltungen sind wesentlich für jedes Sozialgefüge

## **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Modell der Kooperation 1**

- NFS und NFP stehen im Dienst an den unverletzt (leicht verletzt) Betroffenen während oder nach traumatischen Ereignissen (Intervention, Nachsorge, Vorbeugung), damit sie wieder handlungsfähig werden
- NFS und NFP sind jeweils dem öffentlichen bzw. dem privaten Bereich zugeordnet, dort angesiedelt und eingebunden (Arbeitsgemeinschaft NFS-NFP)
- NFS und NFP sind vorgesehene und angebotene Dienste in der notfallmedizinischen Einsatzkette und arbeiten deshalb mit der LNZ 118 zusammen

## **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Modell der Kooperation 2**

- NFS ist auf eine gute Unterstützung (Aus- und Weiterbildung, Nachbesprechung, Supervision ...) durch NFP angewiesen, um ihre Arbeit qualifiziert durchzuführen und um das eigene menschliche Wohlergehen aufrechtzuerhalten
- NFP braucht für eine «ortskundige» und umfassende kompetente Beratung und Supervision Erfahrungen vor Ort, um NFS, Einsatzkräfte, Betroffene, Angehörige ... angemessen, kompetent beraten und (weiter-) betreuen zu können, um in der Aus- und Weiterbildung, Sensibilisierung (Prävention) und Öffentlichkeitsarbeit konkrete Erfahrungen und Erkenntnisse einzubringen

## **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Modell der Kooperation 3**

- NFS und NFP bringen in ihrer Zusammenarbeit ihre je spezifischen Kompetenzen, Inhalte und Ressourcen ein
- NFS und NFP bereichern sich gegenseitig im Respekt vor den jeweiligen Zuständigkeiten und Rollen
- NFS und NFP fördern die «notfallpsychologische Basiskompetenz» in der Bevölkerung, bei den Rettungskräften und bei allen anderen, die in Nahbereichen während oder nach traumatischen Ereignissen tätig werden

## **Peerausbildung 2007/2008**

Aus den Erkenntnissen der NFS und der NFP sowie aus der Reflexion eigener Erfahrungen hat der LRV Weißes Kreuz folgende Initiativen gestartet:

1. Ausbildung für Führungskräfte des LRV Weißes Kreuz mit

NotfallpsychologInnen

2. Ausbildung von Peers – ausgewählte Einsatzkräfte des LRV Weißes Kreuz, der Berufsfeuerwehr, der Freiwilligen Feuerwehr und des Bergrettungsdienstes mit Dr. Gisela Perren-Klingler und Team von NotfallpsychologInnen

#### **Peers: Aufgaben**

- Sensibilisierung der KollegInnen: Berührungängste abbauen und Akzeptanz der NFS und NFP auch für sich selber anbahnen
- einen bewussten Umgang mit belastenden Einsatzsituationen fördern: klug und einladend auf Reaktionen bzw. Stresssignalen ansprechen
- Führungskräften während oder nach belastenden Einsätzen beratend beistehen bzw. sie auf Anzeichen der AKR oder auf Vermeidungsverhalten aufmerksam machen
- Hinweise und Übungen zum Stressmanagement sowie zur Ressourcenarbeit vermitteln

#### **Peers: Aufgaben**

- Durchführung von ersten Kurznachbesprechungen nach belastenden Einsätzen: Psychoedukation, Stressmanagement ...
- Unterstützung der NFP bei Nachbesprechungen von Einsätzen (Debriefings) besonders bzgl. organisations-technische Fragen
- Informationsarbeit und Bewusstseinsbildung bei der Aus- und Weiterbildung
- Brückenfunktion zur NFP, zur NFS, zu den Psychologischen Diensten (Wissen um Adressen, Hilfen ...)

#### **Peers, Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Zusammenspiel**

##### **Notfallseelsorge Peers**

- vor Ort, einmalige Einsätze, in eig. Sektion für KollegInnen, eigens dafür qualifiziert
- monatliche Nachbesprechungen, regelmäßige Supervision/ und bei Bedarf

##### **Notfallpsychologie**

- Aus- und Weiterbildung
- Unterstützung, Information, Beratung
- Supervision, Nachbesprechungen
- Defusing, Debriefing (psych. NB)
- Evaluation, Qualitätskontrolle
- eigens dafür qualifiziert
- Erfahrungen vor Ort
- Intervention, Supervision, Weiterbildung

#### **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Konkurrenz oder Kooperation? 1**

##### **Ergebnis**

- Konkurrenz schadet beiden und in erster Linie den Betroffenen und Beteiligten
- Konkurrenz wird zu einem Machtkampf, der die Pionier- und Basisarbeit kaputt macht
- Kooperation fordert die Eigenständigkeit und Fachkompetenz aller Beteiligten, um zielorientiert, qualitativ und auch zum eigenen Wohlergehen zusammen zu wirken

#### **Notfallseelsorge und Notfallpsychologie: Konkurrenz oder Kooperation? 2**

##### **Ergebnis**

- Kooperation nützt und fördert die Ressourcen an der Basis und qualifiziert sie für traumatogene Ereignisse
- Kooperation bildet Synergien und ist kostengünstig
- Kooperation setzt die Bereitschaft zur Kommunikation und Teamarbeit voraus
- Kooperation ist eine menschliche und soziale Kunst, die sich u.a. besonders in traumatischen Ereignissen und Krisen bewährt, weil sie ermutigt, ermächtigt, erfinderisch macht, entlastet und erstaunlich wirksam ist.

*Gottfried Ugolini ist Priester und Psychologe, Fachberater in der Arbeitsgemeinschaft Notfallseelsorge – Notfallpsychologie in Südtirol, Brixen (Italien)*

#### **Qualitätssicherung im Caremanagement – Nutzen und Grenzen**

*Michael Steil*

##### **Inhalte**

- Caremanagement / Psychosoziale Notfallversorgung in Deutschland
- Die Rahmenkonzeption des Deutschen Roten Kreuzes
- Qualitätssicherung im Caremanagement / PSNV
- Nutzen von Qualitätssicherung im Caremanagement / PSNV
- Grenzen von Qualitätssicherung im Caremanagement / PSNV

##### **Eine Aufgabe – viele Namen?**

Kriseninterventionsdienst SBE  
Notfallnachsorgeteam

Kriseninterventionsteam KIT  
NND Notfallbetreuung NFS  
EKNT Notfallnachsorgedienst  
Notfallseelsorge NFB  
Notfallkrisenteam KID  
Einsatzkräftenachsoorgeteam

## Caremanagement / PSNV in Deutschland 1

- Seit Anfang der 80er Jahre finden im deutschsprachigen Raum psychologische Aspekte in Notfallmedizin & Rettungswesen immer stärkere Beachtung
- Bundesweit werden zunehmend regionale Kriseninterventionsteams oder Notfallseelsorgedienste aufgebaut
- Mit jedem neuen Ereignis wie einem MANV (z.B. Busunglück), einer Großschadenslage (z.B. Schulmassaker in Erfurt) oder gar einer Katastrophe (Zugunglück Eschede 1998) wird der Psychosozialen Notfallversorgung immer mehr (öffentliche) Aufmerksamkeit geschenkt

## Caremanagement / PSNV in Deutschland 2

- Notwendigkeit von PSNV-Angeboten im Notfall ist heute allgemeiner Konsens – unklar ist der Stellenwert von PSNV in Notfallsituationen
- Keine flächendeckende Versorgung und fehlende Vernetzung
- Mangelnde strukturelle Einbindung in Einsatz- & Führungsstrukturen des Zivil- und Katastrophenschutzes
- Keine verbindlichen bundeseinheitlichen Standards & Vorgaben und damit bundesweit uneinheitliche Profile der Dienste (incl. Fehlentwicklungen)

## Caremanagement / PSNV in Deutschland

- Steigendes Interesse an professioneller Mitwirkung vonseiten der Psychologen & Psychotherapeuten
- Zunahme an kirchlichen Angeboten, deren Ausrichtung «zwischen Kooperation und Konkurrenz» zu anderen Anbietern schwankt
- Zunahme an selbsternannten Helfern, die IMMER wissen, was für Andere gut ist («Sie müssen jetzt reden...»)
- Erste verbindliche Aussagen vonseiten des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zur PSNV

## PSNV in Freiburg und im HSW

- DRK-Notfallnachsorgedienst:
  - Im Auftrag des Deutschen Roten Kreuzes
  - Alarmierung über die RLS Freiburg (FME, Handy)
- Ökumenische Notfallseelsorge:
  - Im Auftrag der christlichen Kirchen
  - Alarmierung über die FWLS FR & den NND (FME, Handy)

- Fachberatung Seelsorge:
  - Im Auftrag der Stadt FR & dem Landratsamt Breisgau HSW (FME, Handy)
- Gesamtleitung PSU:
  - Im Auftrag der Stadt FR & dem Landratsamt Breisgau HSW

## DRK-Rahmenkonzeption PSNV 1

### PSNV = Oberbegriff aller Maßnahmen

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) umfasst die Breite der Angebotssysteme, Versorgungsstrukturen, Organisationsformen und Regelungen von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen des Bevölkerungsschutzes, aber auch in der ambulanten und stationären psychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und (sozial-) psychiatrischen Regelversorgung. (vgl. Beerlage, Hering, Nöberberg, 2006)

## DRK-Rahmenkonzeption PSNV 2

### PSU = ereignisorientiert als Bestandteil der PSNV

Die Psychosoziale Unterstützung (PSU) umfasst Angebote, die nach Beauftragung in einem konkreten Einsatz kurz-, mittel-, oder langfristig durchgeführt, methodisch strukturiert und mit jeweils in sich geschlossenen Maßnahmen mit definiertem Methodenspektrum angeboten werden. (vgl. Frank Waterstraat, 2006)

## DRK-Rahmenkonzeption PSNV

### Krisenintervention

Psychosoziale Akuthilfe/Notfallbegleitung als Bestandteil der PSU für Betroffene, Opfer und Angehörige.

Regionalspezifische Begrifflichkeiten wie beispielsweise

- Kriseninterventionsdienst (KID),
- Kriseninterventionsteam (KIT),
- Notfallbegleitung (NFB),
- Notfallnachsorgedienst (NND)

finden sich darin wieder und könnten auch weiter verwendet werden.

## DRK-Rahmenkonzeption PSNV

### Einsatzkräftenachsorge

Maßnahmen der PSNV, die sich ausschließlich an Einsatzkräfte wenden – hierzu gehört auch die Prävention.

## Gliederung der Psychosozialen Notfallversorgung

### PSU ereignisorientiert

PSNV Oberbegriff aller Maßnahmen Krisenintervention (Psychosoziale Akuthilfen / Notfallbegleitung) Einsatzkräftenachsorge

Betroffene Einsatzkräfte

Hilfe in Akutlagen Prävention/Nachsorge

KIT, KID, NND, NFB, NFS, KESS, SBE, CISM, PSA, PSU, EKNT

Zielgruppe, Titel, Namen, Ziel/Aufgabe

## **Qualitätssicherung im Caremanagement / PSNV**

- Klarheit in der Aufgabe
- Klarheit bei den Einsatzindikationen
- Klare Grenzdefinitionen
- Personalauswahl
- Qualifizierung von Mitarbeitern und Führungskräften
- Professionelle Begleitung (PSFK)

## **Qualitätssicherung – Klarheit in der Aufgabe**

- Entlastendes Gesprächsangebot, «da sein»
- Raum schaffen für Rituale und Bedürfnisse
- Begleitung bei der Abschiednahme
- Unterstützung bei organisatorischen Aufgaben
- Aktivierung des sozialen Netzes und Organisation weiterführender Hilfen

## **Qualitätssicherung – Klarheit bei den Einsatzindikationen**

- Not- und Unglücksfälle
- Todesfälle (erfolglose Reanimation, Suizid, SIDS, Überbringen von Todesnachrichten)
- Verkehrsunfälle
- Gewalt- und Missbrauchshandlungen sowie andere Delikte
- Großschadensereignisse

## **Qualitätssicherung – Klare Grenzdefinitionen**

- Verhandlung mit akut suizidgefährdeten Personen
- Primäre medizinische, pflegerische oder psychiatrische Hilfebedürftigkeit
- Betreuung von Personen, die im sozialen Umfeld ausreichend versorgt sind oder unser Angebot ablehnen

## **Qualitätssicherung – Personalauswahl**

- Klares Anforderungsprofil
- Hinterfragung der Motivation
- Ausschluss von therapiebedürftigen Interessenten
- Zeitliche Ressourcen, Bereitschaft zum Engagement, zur Supervision sowie zur Aus- und Fortbildung
- Identifikation mit den Grundsätzen des Roten Kreuzes

## **Qualitätssicherung – Qualifizierung von Mitarbeitern**

- Grundlagenwissen in Psychologie und Psychiatrie
- Kommunikation und Interaktion
- Akute Belastungsreaktionen und PTSD
- Umgang mit Sterben, Tod und Trauer
- Stressbewältigung und Helferschutz
- Organisations- und Einsatztaktik, Rechtsgrundlagen

- Ausbildung in Erster Hilfe

## **Qualitätssicherung – Qualifizierung von Führungskräften**

- Einsatzerfahrung
- Führungs- und Sozialkompetenz
- Qualifizierung durch Ausbildung
- Grenzen durch Ehrenamtlichkeit
- Qualitätssicherung – Professionelle Begleitung (PSFK)
- Fachlich fundierte Begleitung und Unterstützung durch Psychosoziale Fachkraft (Mental Health Professional), Person mit fachspezifischem Hintergrund
- Wissenschaftliche Vernetzung
- Fachaufsicht

## **Nutzen von Qualitätssicherung im Caremanagement**

- Caremanagement-Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Grenzen
- Verlässlichkeit der Caremanagement-Mitarbeiter
- Entlastung für Einsatzkräfte der Rettungsdienste, Feuerwehr & Polizei
- Betroffene erhalten Raum für ihre Gefühle
- Grenzen von Qualitätssicherung im Caremanagement
- Ehrenamtlichkeit der Mitarbeiter und Führungskräfte
- Fehlende finanzielle Mittel zur Fort- und Weiterbildung
- Mangelnde zeitliche Ressourcen der Mitarbeiter
- Fachliche Qualifikation ersetzt nicht den Menschen
- Caremanagement / Psychosoziale Akuthilfe arbeitet nur begrenzt nach Algorithmen (QM-spezifisch)

*Michael Steil ist Diplomtheologe und Mitarbeiter des Deutschen Roten Kreuzes in Freiburg i. Br.*

## Zusammenfassungen der vier Workshops

### Workshop Steil: Qualitätssicherung (QS)

Braucht es QS überhaupt? Kaum messbar, und doch so wichtig!

Gibt es QS in meiner Arbeit? Das ist ein Prozess:  
u.a. Supervision, Intervision, Rollenspiele, «Fehlerkultur»

Welchen Anspruch haben wir an unsere Arbeit? Wie muss es sein, damit es gut ist?

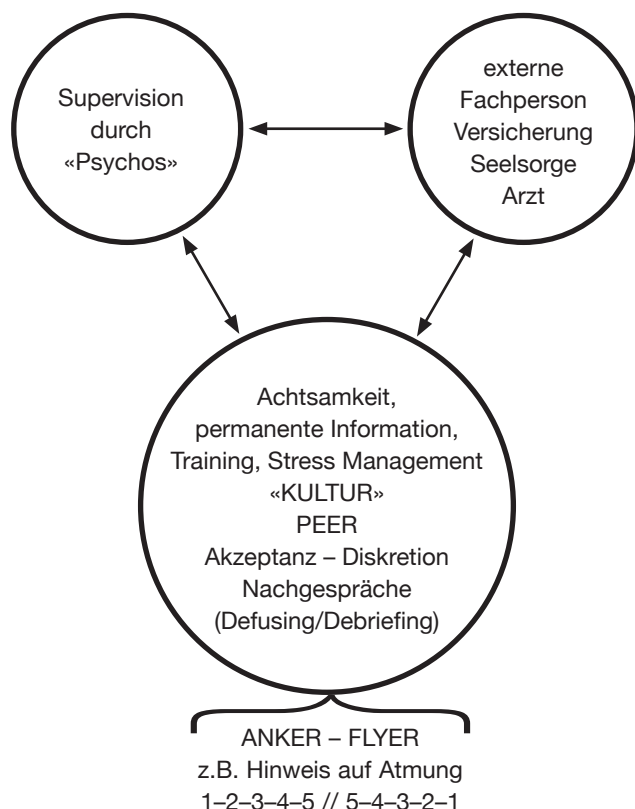
- Betroffener hat seine psychosoziale Funktion wieder erreicht
- nicht Erklärbares aushalten und so Sinn geben
- es gibt weder «richtig» noch «falsch» (für andere, für mich)

Bauchgefühl ist eine jahrelang abgeglichene Erfahrung.

Voraussetzung und Qualitätsmerkmal:

Mich und mein Handeln immer wieder in Frage zu stellen und stellen zu lassen.

### Workshop Waldboth: Peers



### Workshop Ugolini: Gemeinsame Sprache

Krisenbewältigung, Handeln, Aushalten: Gemeinsam, nicht gegeneinander

Zwei Gruppen in der PSN, verschiedene Zuständigkeiten, Sprache.

Sprache prägt die Haltung und zeigt das Menschenbild und das jeweilige Verständnis der Funktion

#### Peers für Einsatzkräfte

Polizei  
Sanitäter  
Wehren

#### CARE Teams für Betroffene

NFS, ausgebildete Laien,  
«Peers» (Care Givers)

#### NFP im Hintergrund

- Zuständigkeiten vor Ort, wie lange nachher, bis wann?
- Verantwortung zurückgeben (kein Missbrauch von Opfern!)
- Information geben, Hilfe zur Selbsthilfe, Angebote vermitteln
- Grenzen der Peer Tätigkeit wahrnehmen (Helfersyndrom)

### Workshop Odermatt resp. Perren/Strässle

Leider ist Herr Odermatt plötzlich erkrankt und seine zur Verfügung gestellten Folien konnten nicht geöffnet werden  
Thema: Organisation /Koordination

Aus den Beschreibungen der TN aus verschiedenen Kantonen wurde – einmal mehr – klar, dass verschiedene Hürden zu überwinden sind, wenn es PSN, sowohl PSU für Einsatzkräfte, wie auch CARE für direkt Betroffene flächendeckend geben soll.

Verschiedene unabdingbare Schritte müssen dabei bewältigt werden, keiner darf fehlen; in verschiedenen Kantonen fehlen gemäss Auskunft der TN gewisse Schritte.

1. Idee (Als Grundlage meist vorhanden)
2. Politik (Leistungsvorschlag, –auftrag; Finanzen)
3. Ausbildung verschiedener Gruppen/Qualitätssicherung
4. Organisation, Verantwortlichkeiten, Rufnummern, Pikett
5. Koordination, Gemeinden, kantonale, national, international

*Ein einziger Artikel ist geschrieben worden ausserhalb der Weiterbildung der GV; den Autoren sei ein besonderer Dank übermittelt!*

## Die Würdigung traumatogener Ereignisse im Gesundheitswesen: das Beispiel des Regionalspitals Emmental.

*Bartholomäus Wissmath, Barbara Schlaeppli*

In der Schweiz kann man pro Jahr von über 8000 Körperverletzungen, 2600 Raubüberfällen und 4200 Sexualdelikten ausgehen (Bundesamt für Polizei, 2005). Alle 26 Stunden stirbt in der Schweiz ein Kind unter einem Jahr (Bundesamt für Statistik, 2005). Im Jahr 2002 wurden 3653 unnatürliche Todesfälle wie etwa Unfälle im Strassenverkehr oder Vergiftungen festgestellt (Bundesamt für Statistik, 2005).

Wenn man sich bei schweizweit 62000 Sterbefällen pro Jahr (Bundesamt für Statistik, 2005) folgende Definition vergewärtigt, reflektieren diese Zahlen nur eine Untergruppe traumatogener Ereignisse: Ein traumatisches Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben oder das Beobachten einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (APA, 1996).

Im Gefolge solcher Vorkommnisse ist in der Schweiz fast immer (abgesehen von Hospiz und Altersheimen) das Gesundheitswesen in Gestalt des Hausarztes, Rettungsdienstes oder Spitals involviert. In diesem Artikel soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit auf traumatogene Ereignisse in Rettungsdienst und Spital eingegangen werden kann. Weiter soll diskutiert werden, welche Herausforderungen und Chancen sich einem modernen Rettungsdienst und Spital in diesem Zusammenhang bieten.

Ein konkretes Verständnis der Auswirkungen traumatogener Ereignisse kommt regelmässig dort auf, wo Traumatisierungen gehäuft auftreten, wie dies etwa im Krieg der Fall ist (vgl. Hobfoll, Spielberger, Breznitz et al. 1991). Auch sind sich Rettungsdienstangehörige in zivilen Gesellschaften häufig der Tragweite ihrer eigenen Erfahrungen und dem Erleben von Opfern, Zeugen und Hinterbliebenen bewusst. Strukturell liegt der Fokus in diesem Bereich meist entweder auf den professionellen Helfern selbst (vgl. Mitchell & Everly, 1985) oder auf den Menschen, welchen sich der Rettungsdienst zuwendet (vgl. Müller-Cyran, 1999, 2006). Müller-Cyran (2006) ist langjähriger Befürworter und Initiator der peritraumatischen psychosozialen Nothilfe (KIT) im Rettungsdienst München. Seit 1994 werden dort erfahrene Rettungsdienstmitarbeitende entsprechend ausgebildet und dazu eingesetzt, Menschen während traumatischen Ereignissen beizustehen. Von 1994 bis 1999 wurden von diesem Dienst über 4000 psychosoziale Notfallversor-

gungen geleistet. An erster Stelle standen dabei plötzliche Todesfälle im häuslichen Bereich (38%), gefolgt von Suizid (10%) und Todesbenachrichtigung (9%). Unter Verweis auf das schädigende Potenzial traumatogener Ereignisse wird der Beizug von der integrierten Rettungs- und Feuerwehrleitstelle disponiert und erfolgt je nach Distanz und Verkehrsdichte auch mit Blaulicht und Sirene. Müller-Cyran berichtet in diesem Zusammenhang, dass nach mehr als dreissig-minütiger Wartezeit psychosoziale Nothilfe kaum noch sinnvoll geleistet werden kann.

Für professionelle Helfer konnte gezeigt werden, dass ein sich auf Peers stützendes Angebot zur Bewältigung traumatogener Erfahrungen in der überwiegenden Mehrzahl als hilfreich empfunden wird. Hokanson und Wirth (2000) haben basierend auf ihrer Untersuchung von 2073 Feuerwehrmännern eine schnellere Reduktion von mit traumatischem Stress zu assoziierenden Symptomen bei Betreuten festgestellt. Zudem empfehlen über 80% der Betreuten ihren Kollegen eine entsprechende Intervention.

Weniger auf Zielgruppen fokussiert als Mitchell und Everly (1985) oder Müller-Cyran (2006) ist Perren-Klingler (2000), welche sowohl auf die Erfordernisse professioneller Helfer als auch auf jene verschiedenster anderer Primärprofiter wie etwa Flüchtlinge eingeht. Diesen Ansatz verfolgt man auch am Regionalspital Emmental. Hier wurden in den vergangenen Jahren einerseits verschiedene Massnahmen getroffen, um auf Patienten, Zeugen und Hinterbliebene noch besser eingehen zu können, andererseits hat man ein Angebot geschaffen, welches den spezifischen Bedürfnissen von Rettungsdienst- und Spitalmitarbeitenden nach traumatogenen Ereignissen gerecht werden soll.

Im überwiegend ländlichen Einzugsgebiet des Regionalspitals Emmental (RSE) leben rund 120000 Menschen. Das Angebot des RSE besteht aus den beiden Akutspitalern Burgdorf und Langnau sowie der rettungsdienstlichen Versorgung der Region. Insgesamt verfügt das Spital über 1100 Mitarbeitende, wovon 82 im Rettungsdienst eingesetzt werden. Im Jahr 2005 wurden über 36000 Patienten behandelt. Pro Jahr leistet der Rettungsdienst rund 3000 Einsätze.

In der Vergangenheit gab es verschiedenste Bestrebungen, institutionell verstärkt auf traumatogene Ereignisse einzugehen. Dabei wuchs der Wunsch nach einem solchen Angebot auf allen Hierarchiestufen gleichzeitig, und die Bereitschaft verschiedenster Beteiligten sich nachhaltig für dieses Projekt zu engagieren bestand ebenfalls. Ausschlaggebend waren auch dramatische Vorfälle, bei welchen die bestehenden Ressourcen als unzureichend empfunden worden waren. So lehnte beispielsweise ein externer Notfallseelsorger die Betreuung von Eltern nach einem plötzlichen Kindstod ab, weil ein plötzlicher Kindstod doch etwas völlig Natürliches sei. Auch wurde nach schwerwiegenden Ereignissen davon ausgegangen, dass andere Institutionen für

die psychosoziale Betreuung Sorge tragen würden, was sich des öfteren als Irrglaube herausstellte.

Das Anfang 2005 gegründete Team der Fachgruppe Krisenintervention und Debriefing (FKD) umfasst momentan sechs Personen. Es setzt sich ausschliesslich aus erfahrenen Rettungsdienstmitarbeitenden der Bereiche Notfall, Anästhesie und Transporthelfer zusammen. Alle Beteiligten verfügen über einen breiten professionellen Erfahrungshorizont und eine entsprechende Ausbildung. Die fachliche Verantwortung obliegt einem Psychologen mit Erfahrung im Rettungsdienst. Das Team wird kontinuierlich weitergebildet.

Das Regionalspital Emmental bekennt sich mit der FKD zu seinen Mitarbeitenden und wird den Erfordernissen an einen modernen Arbeitgeber im Gesundheitswesen gerecht. Analoge Entwicklungen eines Peer-basierten Angebots bei der Kantonspolizei Bern und bei Schutz & Rettung Zürich sprechen weiter für das Konzept. Indikationen für den Beizug der FKD sind etwa Arbeitsunfälle, enge Beziehung zu Patienten, Suizidversuch von Patienten, Behandlungsfehler, dramatische Todesfälle oder Kinder als Opfer. Besonderer Fürsorge bedürfen dabei Berufsanfänger. Sehr geschätzt wurde bislang von allen Betreuten, dass die Beteiligten der FKD den professionellen Erfahrungshorizont teilen können und selbst auch schon traumatische Ereignisse erlebt haben.

Grundlegend neue Wege werden im Rettungsdienst RSE bei der Betreuung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen beschritten: Das Rettungsdienstpersonal wurde von der FKD im Rahmen verschiedener Weiterbildungen in die Lage versetzt, traumatisierten Zeugen, Angehörigen und Patienten noch spezifischer gerecht zu werden. Damit wurde die psychosoziale Nothilfe auf die erste Stufe der rettungsdienstlichen Intervention vorgelagert (Wissmath & Schlaeppli, 2007). Ein verbindlicher Care-Algorithmus hilft die Indikation für Care abzuschätzen, Unsicherheiten zu vermeiden und Qualitätsstandards zu gewährleisten. Um die Arbeit der Rettungsdienstangehörigen zu erleichtern, wurden speziell für das RSE Informationsmaterialien für Erwachsene und bezogen auf traumatisierte Kinder erarbeitet. Zudem wurden Notfallkoffer für Care entwickelt und angeschafft.

Der Einbezug aller Rettungsdienstangehörigen in die psychosoziale Nothilfe bringt zahlreiche Vorteile mit sich: Wenn die Rettungsequipe nichts mehr für den Patienten tun kann, ist es möglich, unverzüglich mit der psychosozialen Nothilfe zu beginnen. Weiter empfinden es die Mitarbeitenden selbst als sehr hilfreich, wenn sie dank den Weiterbildungen mehr Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Menschen erwerben. Die Patienten und deren Angehörige schätzen die Anteilnahme durch das Personal, was nicht zuletzt dem Image der Institution förderlich ist.

Mitunter kann allerdings die psychosoziale Nothilfe von der Rettungsequipe nicht wahrgenommen werden, denn selbstverständlich liegt die erste Priorität der Equipen grundsätzlich in den notfallmedizinischen Massnahmen. Wenn die Equipe derart gefordert ist, steht die psychosoziale Nothilfe insofern hinten, als dass dafür dann andere Dienste aufgeboren werden. Die FKD oder Kooperationspartner werden ebenfalls dann beigezogen, wenn die Equipe nach einem dramatischen Ereignis keine Kraft für psychosoziale Nothilfe mehr hat, wenn sich die Equipe bei der Betreuung überfordert fühlt oder wenn diese zu lange dauern würde.

Im Jahr 2005 betreute die FKD 46 Personen. Die Unterstützung der FKD fanden dabei unter anderem Angehörige nach unerwarteten Todesfällen, Zeugen und Beteiligte schwerer Unfällen sowie das Personal nach kritischen Ereignissen.

Der Aufbau der beschriebenen Strukturen für den Rettungsdienst ist mit einigem Aufwand verbunden: Konzeption, Aus- und Weiterbildungen, und organisationale Einbettung dauerten rund zwei Jahre. Auch erfordert das System kontinuierliche Pflege: So müssen unter anderem regelmässig Care-Einsätze nachbesprochen, neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt oder immer wieder Weiterbildungen angeboten werden.

Bezogen auf Würdigung traumatogener Ereignisse im Spital ergeben sich im Vergleich zur isolierten Betrachtung von Rettungsdienst und Notfall ungleich grössere Herausforderungen. Dies liegt allein schon an der um ein vielfaches grösseren Zahl an Patienten und Mitarbeitenden. Dazu kommen unterschiedlichste Teams und gewachsene Strukturen. Auch zeichnen derart viele und verschiedene Professionen und Disziplinen für das Wohl der Patienten verantwortlich, dass eine fortschrittliche Würdigung traumatogener Ereignisse nicht selten der Verantwortungsdiffusion zum Opfer fallen dürfte. Zudem wächst das Bewusstsein für die Erfordernis ebendieser Würdigung nur langsam.

Wenn man aber die tiefe Dankbarkeit und die Erleichterung erlebt, welche einem regelmässig auch nach kurzen Interventionen von sozusagen allen Betroffenen widerfährt, versteht man nicht, warum die psychosoziale Betreuung nicht schon länger eine grössere Rolle spielt. Neben ethischen Grundsätzen gibt es dafür hinreichend gesundheitspolitische und sogar betriebswirtschaftliche Gründe.

*Bartholomäus Wissmath, lic phil, Psychologe, ist Leiter der Fachgruppe Krisenintervention und Debriefing  
Barbara Schlaeppli, Dr.med. ist medizinisch operative Leiterin, beide am Regionalspital Emmental*

*Literatur kann bei der Herausgeberin angefordert werden*