GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG

NOTFALL UND TRAUMA:
INDIKATION PSYCHOTHERAPIE UND/ODER INDIKATION KLINISCHE PSYCHOLOGIE?

IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG

Notfall und Trauma:
Indikation Psychotherapie und/oder Indikation Klinische Psychologie?

Joachim Hagleitner
Waltraud Bednar

Wien, November 2007

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

ISBN-10 3-85159-117-8
ISBN-13 978-3-85159-117-0

Eigentümer und Herausgeber: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) / Geschäftsbereich ÖBIG, A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon + 43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: nachname@goeg.at

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Das Erleben von Ereignissen wie Naturkatastrophen, Unfällen oder der plötzliche und unerwartete Verlust von Angehörigen löst bei den Betroffenen heftige emotionale und körperliche Reaktionen aus. Einige Menschen benötigen unmittelbar nach solch einem Ereignis psychosoziale Unterstützung, weil die eigenen Ressourcen für die Bewältigung nicht ausreichen. Diese Unterstützung wird von speziell in Krisenintervention geschulten Einsatzkräften geleistet. Die Kriseninterventionsteams stillen das Informationsbedürfnis der Betroffenen und tragen damit maßgeblich zu einer ersten Stabilisierung der Menschen bei. Sie geben den Menschen die Möglichkeit, ihre Emotionen auszudrücken und helfen dabei, die eigenen Ressourcen zu stärken.

Krisenintervention ist keine psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Behandlung und damit auch keiner dieser Berufsgruppen vorbehalten. Eine psychotherapeutische Qualifikation oder eine Ausbildung in Klinischer Psychologie ist von Vorteil, aber keine notwendige Voraussetzung für die Tätigkeit, während beide Berufsgruppen in der Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kriseninterventionsteams aber auch in der Supervision und Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielen. Die Krisenintervention übernimmt eine Brückenfunktion zur Behandlung, sofern diese aufgrund eines erlittenen Traumas notwendig erscheint. Dabei sind die psychotherapeutische Qualifikation oder eine klinisch-psychologische Qualifikation gepaart mit speziellen Kenntnissen der Psychotraumatologie unbedingte Voraussetzung für die Behandlung.

Psychosoziale Krisenintervention hat sich ausgehend von Pilotprojekten, die in den 1990er Jahren aufgrund von Katastrophen entstanden sind, zu einem wichtigen Versorgungsangebot entwickelt. Quantitativ betrachtet sind die Einsätze im Alltag weitaus bedeutender als jene nach Katastrophen und Großschadensereignissen, täglich werden Kriseninterventionsteams zu Einsätzen gerufen. Das österreichische System ist international anerkannt, weil die einzelnen Organisationen bundesweit kooperieren und im Falle von Katastrophen sehr rasch und effizient helfen können, wobei nur in Krisenintervention ausgebildete Kräfte zum Einsatz kommen.

Krisenintervention leistet einen wichtigen Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen aufgrund eines erlebten Traumas. Die Früherkennung solcher Erkrankungen könnte verbessert werden, indem von den Kriseninterventionsteams betreute Personen nach einiger Zeit systematisch kontaktiert werden. Diese Aufgabe sollten klinische Psychologinnen und Psychologen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit entsprechenden Kenntnissen übernehmen, da gerade die Posttraumatische Belastungsstörung oft lange unerkannt bleibt und vielfach zu Begleiterkrankungen wie Depression oder Sucht führt. Im Sinne der Prävention psychischer Erkrankungen sollte das Angebot der Krisenintervention im gesamten Bundesgebiet aufgebaut bzw. in die Aufrechterhaltung der bestehenden Strukturen investiert werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Begriffsbestimmungen: Notfall und Trauma 3

2.1 Trauma 3

2.2 Notfall 6

2.3 Notfall – Trauma: Eingrenzung und Verwendung der Begriffe in der vorliegenden Studie 9

3 Notfall: Erleben, psychosoziale Folgen und Interventionserfordernisse 11

3.1 Die Notfallsituation 11

3.2 Die erste Zeit nach dem Verschwinden der Gefahr 13

3.3 Posttraumatische Phase 16

3.3.1 Erleben und Verhalten 16

3.3.2 Risikofaktoren 16

3.3.3 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) 17

3.3.4 Epidemiologie der PTBS 18

4 Interventionsprogramme für die Notfall-Akutphase 21

4.1 Krisenintervention in Österreich im Überblick 21

4.2 Grundlegender Ablauf von Kriseninterventionen 21

4.2.1 Einsätze im Alltag 22

4.2.2 Krisenintervention bei Großschadensereignissen und Katastrophen 23

4.3 Auswahl und Ausbildung der Einsatzkräfte 24

4.4 In der Krisenintervention tätige Organisationen 25

4.5 Zusammenfassende Betrachtung der Versorgung in Österreich 28

Literatur- und Quellenverzeichnis 31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Systematik von traumatischen Situationen – nach Typ I und II sowie Wahrnehmung der Verursachung der Situation anhand von Beispielen 8

Tabelle 3.1: Häufigkeit von einsatzbedingten Störungen im Rettungswesen 19

Tabelle 4.1: Theoretische und praktische Ausbildung der KIT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 25

Abkürzungsverzeichnis

AB	Akutbetreuung
ABR	Akute Belastungsreaktion
ABW	Akutbetreuung Wien
ASD	Acute Stress Disorder
APA	American Psychological Association
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
KIT	Krisenintervention
NDÖ	Notfallpsychologischer Dienst Österreich
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder

1 Einleitung

Unmittelbar nach Naturkatastrophen oder Großschadensereignissen wie beispielsweise der Tsunami-Katastrophe im Dezember 2004, dem Lawinenunglück von Galtür oder der Brandkatastrophe von Kaprun ist psychische und soziale Unterstützung vor Ort ebenso wichtig wie Bergungsarbeiten und medizinische Versorgung. Diese Hilfe wird in Österreich von rasch verfügbaren Kriseninterventionsteams für die Opfer und deren Angehörigen sowie für die Helferinnen und Helfer in den betroffenen Gebieten geleistet.

Die psychosoziale Betreuung in den ersten Stunden und Tagen nach einem solchen Ereignis soll die Betroffenen emotional unterstützen, Hilfestellungen für die Schaffung eines unterstützenden sozialen Umfelds bieten und die Bewältigung des Alltags ermöglichen. In weiterer Folge sollen psychosoziale Maßnahmen zur Prävention von psychischen Störungen und Erkrankungen bei Opfern, Angehörigen, Augenzeugen, Helfern und Einsatzkräften beitragen. Der Großteil der Menschen findet das Auslangen mit diesen Akutmaßnahmen. Ein Teil der Betroffenen kann jedoch die dramatischen Erlebnisse nicht verarbeiten und entwickelt im Laufe der Zeit eine psychische Störung. So können sich über die akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen hinaus posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und infolge einer Chronifizierung auch andauernde Persönlichkeitsveränderungen sowie unterschiedliche komorbide Störungen (z. B. Alkoholabhängigkeit, Depression) entwickeln.

Zielsetzungen und Fragestellungen

Gegenstand der Studie ist die Untersuchung der psychosozialen Angebote für Menschen, die von Großschadensereignissen und Naturkatastrophen betroffen sind. Beleuchtet werden jedoch auch „Notfälle“ bzw. „traumatische Situationen“, die im Alltag auftreten können, wie z. B. der plötzliche Tod einer nahestehenden Person, sofern sie in das Aufgabengebiet der akuten Notfallintervention fallen. Die folgenden Fragestellungen sollen untersucht werden:

1. Was ist unter den Begriffen „Notfall“ und „Trauma“ zu verstehen?

Sowohl in Medienberichten als auch in der psychologischen und psychotherapeutischen Fachliteratur werden im Zusammenhang mit Naturkatastrophen und Großschadensereignissen die beiden Begriffe in unterschiedlichen – teils synonymen, teils widersprüchlichen – Bedeutungen verwendet. Zudem wird vor allem mittels des Begriffs „Trauma“ oftmals ein dramatisches Bild der psychischen Folgeerscheinungen gezeichnet, das den Eindruck erweckt, dass prinzipiell jede Naturkatastrophe bzw. jedes Großschadensereignis bei allen davon Betroffenen gravierende und nachhaltige psychische Störungen und Erkrankungen hervorruft. Eine Begriffsklärung sowie Eingrenzung der Bedeutungsvielfalt im Zusammenhang mit dem Gegenstand der Untersuchung sollen die Orientierung bezüglich der erforderlichen Maßnahmen bei einem „Notfall“ und einem „Trauma“ ermöglichen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch wie groß schätzungsweise der Anteil der Menschen ist, der psychische Störungen nach einem Notfall entwickelt und welche Berufsgruppen für Diagnostik und Behandlung zur Verfügung stehen.

2. *Welche psychosoziale Unterstützung steht Katastrophenopfern unmittelbar nach den Ereignissen zur Verfügung?*

Konzepte bezüglich Notfallversorgung werden dargestellt und auch in Hinblick auf allfällige Beiträge und die Rolle von klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen untersucht. Von besonderem Interesse ist dabei

- inwiefern psychosoziale Maßnahmen Bestandteil des Konzepts sind und eine Differenzierung zwischen klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen vorgenommen wird, und worin diese begründet ist,
- ob und wie die psychosoziale Ausbildung der in einem Notfall zum Einsatz kommenden Berufsgruppen sowie deren psychosoziale Betreuung erfolgen und inwiefern hier eine Differenzierung zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie vorgenommen wird, und worin diese begründet ist.

Methodisches Vorgehen

Die Fragestellungen werden auf Basis von Literatur- und Internetrecherchen bearbeitet und mit Experteninterviews ergänzt.

2 Begriffsbestimmungen: Notfall und Trauma

Die Begriffe *Notfall* und *Trauma* haben sich zunächst im Bereich der Medizin und der Ersten Hilfe etabliert: Unter einem *Notfall* werden dabei Menschen in lebensbedrohlichen Situationen verstanden. Kriterien für den *Notfall* sind das Vorliegen einer schwerwiegenden Störung der Vitalparameter (Bewusstsein, Atmung und Kreislauf) oder der Funktionskreisläufe. Notfälle treten plötzlich, unvorhersehbar und von den Betroffenen unerwartet auf. Die betroffene Person ist auf rasche medizinische Hilfe angewiesen. Der Begriff *Trauma* hingegen bezeichnet eine Wunde, Verletzung oder Schädigung des Körpers, unabhängig davon, ob diese lebendbedrohliche Folgen nach sich ziehen oder nicht.

Die Verbindung der beiden Begriffe mit dem Attribut „psychisch" basiert im weitesten Sinne auf der Beobachtung, dass (lebens)bedrohliche und als (lebens)bedrohlich wahrgenommene Situationen Effekte auf das seelische Erleben und das soziale Verhalten der unmittelbar aber auch mittelbar Betroffenen (Zeugen, Angehörige, Helfer etc.) haben. Dabei bewegen sich die beiden Begriffe *Notfall* und *Trauma* auf ähnlichem Terrain: Sowohl für die Notfallpsychologie als auch für die Psychotraumatologie sind einerseits Ereignisse, die Gesundheit und Leben der darin involvierten Menschen bedrohen und andererseits das Erleben und Verarbeiten dieser Ereignisse von Interesse. Da der Begriff des *Traumas,* wie im Folgenden gezeigt wird, eine größere Bedeutungsvielfalt aufweist, werden im nächsten Schritt Definitionen dieses Begriffs beleuchtet, um im Anschluss daran den *Notfall* als Spezialfall des *Traumas* erörtern zu können.

2.1 Trauma

Der Begriff des *psychischen Traumas* wurde im Laufe der Wissenschaftsgeschichte in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen und Theoriebildungen verwendet. So kann unter *Trauma*

1. das traumatische *Ereignis* selbst, oder
2. der traumatische *Zustand einer Person* im Sinne ihres aktuellen Befindens und ihrer Reaktionen im Verlauf des Ereignisses oder
3. die möglicherweise daraus resultierende *psychopathologische Veränderung*

gleichermaßen verstanden werden (TILL 2004).

In ihrem Artikel „´Psychisches Trauma` – ein unmögliches Konzept" zitiert BARWINSKI (2000) den amerikanischen Psychoanalytiker Joseph Sandler, der diese Situation wiederum mit einem Zitat von Karl Kraus auf den Punkt bringt: „Je näher man einen Begriff betrachtet, desto ferner blickt er zurück." (BARWINSKI 2000, S. 1).

Nach Durchsicht der einschlägigen Fachliteratur stellt BARWINSKI (2000) eine komplexe Vermischung der verschiedenen Bedeutungsebenen des Konzepts „psychisches Trauma“ fest. So ist oftmals unklar, ob mit *Trauma* das äußere Ereignis gemeint ist oder das Erleben dieses Ereignisses oder aber die unmittelbaren psychischen Folgen oder die bleibenden psychischen Störungen:

a. Trauma als Ereignis

Während mit dem Begriff *Trauma* ursprünglich eine physische Verletzung gemeint war, also die Folge eines Ereignisses und nicht deren Ursache, bekommt der Begriff bei der Übernahme in die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts die letztere Bedeutung: *Trauma* wird von Oppenheimer, Charcot, Janet und Freud auch als ein Synonym für das verletzende Ereignis gebraucht, zum Teil ausschließlich mit diesem gleichgesetzt (BARWINSKI 2000).

Ein allgemein anerkanntes Modell zur Systematisierung der riesigen Bandbreite von als traumatisch verstandenen Ereignissen wurde schließlich von TERR (1995, ZIT. NACH TILL 2004) entwickelt. Ihre Unterscheidung von zwei Trauma-Typen trug wesentlich zum Verständnis der mit dem Ereignis verbundenen psychischen Reaktionen bei:

Typ I-*Trauma*: Darunter wird ein einzelnes, plötzliches, kurz dauerndes bedrohliches Ereignis mit klarem Beginn und Ende verstanden, wie z. B. Überfälle oder Unfälle.

Typ II-*Trauma*: Damit sind wiederholte, länger dauernde und schwere Bedrohungen und/oder Gewalt durch andere Menschen zu verstehen. Das sind z. B. immer wieder auftretende Vernachlässigung in der Kindheit, wiederholter sexueller Missbrauch oder Gewaltanwendung oder wiederholte Extremsituationen, wie sie im Krieg auftreten können.

b. Trauma als aktueller Zustand des Befindens und Verhaltens in einer spezifischen Situation

Betrachtet man *Trauma* als die Art und Weise, wie sich eine Person in einer bedrohlichen Situation fühlt, was sie wahrnimmt und wie sie sich verhält, sind damit im Wesentlichen die Erfahrung von Hilflosigkeit und einer unerträglichen Erregungshäufung sowie die damit einhergehenden charakteristischen physiologischen Reaktionsverläufe angesprochen. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der Stressforschung von großem Interesse. Mittlerweile sind über das psychophysiologische Geschehen während eines solchen (lebens)bedrohlichen Ereignisses umfangreiche Daten bekannt, die es erlauben, entsprechende Interventionen zur Prophylaxe chronischer Störungen zu setzen (siehe Kapitel 3).

c. Trauma als psychische Störung

Schließlich wird der Begriff *Trauma* als Oberbegriff für die psychopathologischen und psychophysiologischen Veränderungen einer Person, die *in Folge* von bedrohlichen Ereignissen kurz- und langfristig hervorgerufen werden können, verwendet. In diesem Sinn bezeichnet *Trauma* als nosologische Kategorie z. B. im ICD 10 das Auftreten einer „Akuten Belastungsreaktion“ (ICD-10: F 43.0), einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (ICD10: F 43.1),

von „Dissoziativen Störungen“ (ICD 10: F44.-), „Andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung“ (ICD-10; F62.0) infolge eines bedrohlichen Ereignisses oder von Ereignisfolgen, die zudem mit Abhängigkeitserkrankungen, somatoformen Störungen u.a.m. assoziiert sein können.

Integration der Bedeutungsvielfalt im „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“

FISCHER & RIEDESSER (2003), international anerkannte Experten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie, entwickelten das „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“, das es erlaubt, die bestehende Bedeutungsvielfalt in einem kohärenten Konzept von *Psychotrauma* zu strukturieren und die verwirrende Vermischung der Ebenen der Situation, des Erlebens und der Folgen in der Verwendung des Begriffs *Trauma* miteinander in Beziehung zu setzen.

In ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie" (ds. 2003, S. 82) definieren die Autoren den Begriff *Psychotrauma* wie folgt:

> "... ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt."

In dieser Definition sind sämtliche Bedeutungsaspekte des *Traumas* auf folgende Weise miteinander in Beziehung gesetzt:

Die traumatischen Situation

Die Kategorie der *traumatischen Situatio*n ist nicht nur durch objektive Charakteristika zu beschreiben, sondern ist zudem durch das individuelle Erleben dieser Situation bestimmt. Nicht jede potenziell „traumatische“ Situation hat auf die davon Betroffenen eine dauerhaft traumatisierende Wirkung. Das Modell unterscheidet sich somit deutlich von solchen, die den Begriff der traumatischen Situation ausschließlich durch äußere Umstände definieren.

Die traumatische Situation besteht zwar in der außerordentlichen Bedrohung und Beeinträchtigung der vitalen Bedürfnisse eines davon betroffenen Menschen, dennoch können wesentliche äußere Einflussfaktoren das Erleben einer traumatischen Situation modulieren, u. a. die zeitliche Dauer und Häufigkeit der traumatischen Ereignisse (Mono- und Polytraumatisierung, kumulatives Trauma, sequenzielle Traumatisierung), die Art der Betroffenheit (direkt Betroffene, Angehörige, Zeugen, Helfer), die wahrgenommene Verursachung des Ereignisses (Ereignis als direkt von Menschen verursacht wahrgenommen wirkt sich im unmittelbaren Erleben und langfristigen Folgen gravierender aus) und – in Bezug auf Gewalt-, bzw. Missbrauchsvergehen – das Verhältnis zwischen Täter und Opfer (besonders verstörendes Erleben der Situation, wenn der Täter eine enge Bezugsperson ist).

Dazu kommen Einflussfaktoren, die auf der Seite der von der traumatischen Situation betroffenen Person zu orten sind. Dies sind individuelle Dispositionen und persönlichkeitstypische Reaktionsbereitschaften. FISCHER & RIEDESSER (2003) führen hier die aktuelle und die überdauernde Disposition (z. B. die individuelle „trauma history“), protektive Faktoren (z. B.

gute und stabile soziale Beziehungen), Risikofaktoren (z. B. niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie) und die differenzielle physiologische Disposition an. Von besonderer Bedeutung sind weiters die individuellen Abwehr-, Coping- und Persönlichkeitsstile.

Die traumatische Reaktion

Die traumatische Reaktion meint die spontanen individuellen Bewältigungsversuche in und unmittelbar nach dem äußeren Geschehen und ist als psychophysiologische Gesamtreaktion zu verstehen (siehe Abschnitt 3.1 und 3.2.)

Der traumatische Prozess

Der traumatische Prozess hingegen meint die lebensgeschichtlichen Bewältigungsversuche der traumatisierten Personen (siehe Abschnitt 3.3).

2.2 Notfall

Während der Begriff des *Psychotraumas* eng mit der Erforschung der frühkindlichen Entwicklung verbunden ist, hat sich der des *psychischen Notfalls* im Zusammenhang mit der Mitwirkung von Psychologinnen und Psychologen bei Einsätzen von Polizei und Feuerwehr, der Forschung und praktischen Tätigkeit im Rahmen der Militärpsychiatrie und -psychologie etabliert. Zielsetzung der psychologischen Maßnhamen ist, die psychischen Belastungen sowohl der unmittelbar von Gefahrensituationen Betroffenen als auch die der Einsatzkräfte zu reduzieren.

In seiner Stellungnahme, zur „Frage der Entwicklung einer eigenständigen Fachgebietsbezeichnung ´Notfallpsychologie`“ (VPP 3/2002) hält BENGEL, ein Experte für Notfallpsychologie fest, dass der Begriff *Notfall* weder einheitlich noch abschließend definiert sei. Meist sei damit eine Situation gemeint, „bei der das Leben oder die körperliche und psychische Unversehrtheit der Betroffenen bedroht ist“ (VPP, S. 2). In diesem Sinne sind auch die Definitionen des Autors des „Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung“ (HAUSMANN 2005) zu verstehen: Der *Notfall* allgemein ist definiert als „ein plötzlich auftretendes Ereignis oder eine Situation, die das Funktionieren eines Systems (körperlich, psychisch, familiär, sozial, ökologisch, technologisch etc.) akut gefährdet. Die normalen Abläufe sind stark eingeschränkt oder überhaupt unterbrochen.“ (ds. S.18). Dabei sei die Fähigkeit, Veränderungen, Belastungen und unvorhersehbare Situationen zu bewältigen, extrem beansprucht. Der Begriff des *psychischen Notfalls* wird folgendermaßen spezifiziert (ds. S.19):

> „Durch ein plötzlich auftretendes Ereignis kommt es zu einer massiven Beanspruchung der individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen. Die psychische Stabilität ist dadurch akut gefährdet, ein Zusammenbruch des psychischen Systems möglich. Ein Notfall kann bei den betroffenen Personen oder Gruppen eine traumatische Krise auslösen und zu gravierenden Folgestörungen führen.“

In der englischsprachigen Fachliteratur hat sich für diese Umstände der Begriff *Critical Incident* (=belastendes oder kritisches Ereignis) herausgebildet. Er bezeichnet ebenfalls ein Ereignis, „das die gewohnten Bewältigungsmechanismen potenziell überfordert, was zu psychischer Stressbelastung und der Beeinträchtigung der normalen Situationsanpassung führen kann." (ds., S.19).

Art und Ausmaß von *Notfällen*[1] können beträchtlich variieren. Der Begriff *Notfall* umfasst Ereignisse, in denen einzelne Menschen betroffen sind wie z. B. bei einem medizinischen Notfall, Autounfall, plötzlichem Kindestod, genauso wie solche, in denen mehrere involviert sind wie z. B. Massenkarambolagen, Lawinenunfälle, Überflutungen, Großfeuer, Terroranschlag (ds. S. 19).

Notfälle können sich auf die Psyche der Betroffenen „traumatisch" auswirken. Es treten jedoch nicht bei jedem Notfall zwangsläufig psychische Krisen und Folgestörungen auf: Erfahrungsgemäß können die meisten Betroffenen nach einem Notfall, sofern entsprechende Unterstützung verfügbar ist, die Folgen verarbeiten und mittelfristig überwinden (ds. S. 19).

Notfall als traumatische Situation

Im Vergleich zum Begriff des *Traumas* hat der des *Notfalls* eine spezifischere Bedeutung. Unter einem *Notfall* ist eine Situation zu verstehen, die das Potenzial einer Traumatisierung in sich trägt, ist also vergleichbar mit dem, was FISCHER & RIEDESSER (2003) als *traumatische Situation* definieren. Im Zusammenhang mit dem Auftreten von psychischen Folgestörungen wird auch in der Notfallpsychologie von *Trauma* oder *Traumatisierung* gesprochen.

Der *Notfall* ist jedoch nicht generell mit der Kategorie der *traumatischen Situation* gleichzusetzen. Aus der Geschichte und Praxis der *Notfallpsychologie* wird ersichtlich, dass unter *Notfall* in erster Linie ein singulär auftretendes Ereignis zu verstehen ist, vergleichbar mit dem, was TERR (zit nach TILL 2004) unter Trauma vom Typ I versteht. Dabei kann dieses einzelne Ereignis in sich eine komplexe Abfolge von Teilereignissen darstellen, von denen jedes einzelne das Potenzial einer Traumatisierung in sich trägt, wie z. B. beim Lawinenabgang in Galtür, wo die Lawine, die Suche nach den Verschütteten und die Konfrontation mit toten Angehörigen eine Kette von kritischen Ereignissen darstellt.

Der Begriff *Notfall* ist jedoch nicht gebräuchlich im Zusammenhang mit *traumatischen Situationen*, wie sie z. B. permanente Vernachlässigung oder sich wiederholender psychischer oder sexueller Missbrauch von Kindern darstellen. Solche traumatischen Situationen unterscheiden sich vom *Notfall* vor allem hinsichtlich der Interventionsmöglichkeiten von helfenden Instanzen. Notfallmaßnahmen haben ihren Fokus auf akuten Interventionsmöglichkeiten vor allem mit dem Ziel einer Prävention von psychischen Folgestörungen. Bei traumatischen Situationen, die solche Interventionen kaum erlauben, da sie z. B. lange Zeit unentdeckt

[1] Im Folgenden wird der Kürze halber und weil dies in der einschlägigen Literatur auch so gebräuchlich ist, der Begriff *Notfall* anstelle des Begriffs *psychischer Notfall* verwendet, genauso wie es im vorliegenden Kontext üblich ist, die beiden Begriffe *Trauma* und *Psychotrauma* synonym zu verwenden.

bleiben, wie das häufig beim Missbrauch von Kindern der Fall ist, wird im Allgemeinen nicht von *Notfall* gesprochen. Auch extremste traumatische Situationen – langandauernde, kumulative und sequenzielle Traumata – wie sie durch Terror und Krieg hervorgerufen werden, sind nicht als *Notfall* zu bezeichnen.

Tabelle 2.1: Systematik von traumatischen Situationen – nach Typ I und II sowie Wahrnehmung der Verursachung der Situation anhand von Beispielen

Typ der traumatischen Situation	**Wahrgenommene Verursachung der traumatischen Situation**	
	Menschengemacht	**Nicht menschengemacht**
Typ I: Einmaliges / plötzliches Ereignis ➔**Primäre Bedeutung von Notfall**	*Unfälle, z. B.:* Amoklauf Atomunfall Autounfall Brand Fährenunglück Flugzeugabsturz Seilbahnunglück *Verbrechen/Vergehen, z. B.:* Einbruch Geiselnahme Mordanschlag Raubüberfall Vergewaltigung *Suizid im sozialen/räumlichen Umfeld*	*Krankheit/Tod, z. B.:* Plötzlicher Kindestod *Naturkatastrophen, z. B.:* Erdbeben Flut Hochwasser Tornado Brände
Typ II: Fortdauerndes, sich wiederholendes Ereignis ➔**Nicht als „Notfall" zu bezeichnen**	*Verbrechen/Vergehen, z. B.:* Folter Sexueller Missbrauch Gewalt und Vernachlässigung in der Familie Mobbing Stalking *Krieg/Terrorismus, z. B.:* 1. und 2. Weltkrieg Holocaust Vietnamkrieg Nahostkriege Golfkrieg Jugoslawienkrieg Flucht/Migration	*Krankheit, z. B.:* Krebs Multiple Sklerose

Quelle: http://www.trauma-informations-zentrum.de/infos/ltraumat.htm. Stand 30. März 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Bearbeitung und Ergänzung 2007

Grundsätzlich sind jedoch die Charakteristika einer *traumatischen Situation* wie sie von FISCHER & RIEDESSER (2003) beschrieben werden auch für den *Notfall* von Bedeutung: Die Art der Betroffenheit, die wahrgenommene Verursachung des Ereignisses und – in Bezug auf Gewaltereignisse – das Verhältnis zwischen Täter und Opfer.

Die in Tabelle 2.1 dargestellte grobe Systematik unterscheidet *traumatische Situationen* nach den Charakteristika Häufigkeit des Auftretens sowie Dauer der Situation (Traumatyp I oder II) und „wahrgenommene Verursachung" (menschengemacht oder nicht menschengemacht) und veranschaulicht durch Beispiele den *Notfall* als Spezialfall einer *traumatischen Situation* (aus: RÖSCH, http://www.trauma-informations-zentrum.de/infos/ltraumat.htm. Stand 30. März 2007):

2.3 Notfall – Trauma: Eingrenzung und Verwendung der Begriffe in der vorliegenden Studie

Notfall

Unter einem (*psychischen) Notfall* ist in erster Linie eine einmalig und plötzlich auftretende, bedrohliche Situation unterschiedlicher Komplexitätsgrade (z. B. Autounfall versus Lawinenunglück von Galtür) von beschränkter Dauer zu verstehen, die das Potenzial einer psychischen Traumatisierung der in den Notfall involvierten Personen in sich trägt. *Psychischer Notfall* und *traumatische Situationen* vom Typ I (TERR (1995, ZIT. NACH TILL 2004) sind in diesem Bericht als synonyme Begriffe zu verstehen.

Trauma

Der Begriff *Psychotrauma* ist ein Oberbegriff, der sowohl *traumatische Situationen* des Typs I und II umfasst, als auch die *traumatische Reaktion* und den *traumatischen Prozess* im Sinne der Definition von FISCHER & RIEDESSER (2003). Der Begriff umfasst 1. äußere Situationsmerkmale, 2. das subjektive Erleben und das Verhalten in der Situation und 3. psychopathologische (Langzeit-)Effekte, die bei den Betroffenen in Folge der Situation auftreten können.

Notfall als Spezialfall traumatischer Situationen

Das *Psychotrauma* subsumiert somit auch den Begriff des *Notfalls* als Spezialfall einer traumatischen Situation. Im Folgenden wird der Begriff *Trauma* oder *Psychotrauma* jedoch in der Hauptsache für die traumatische Reaktion während und unmittelbar nach einem *Notfall* und als Bezeichnung für psychische Beeinträchtigungen und Störungen, die bei Personen infolge eines *Notfalls* auftreten können, verwendet.

Gegenstand der Studie

Die gegenständliche Studie beschäftigt sich ausschließlich mit

1. Notfällen im o. a. Sinne, wobei insgesamt der Schwerpunkt auf Naturkatastrophen und Großschadensereignissen gelegt wird,
2. der traumatischen Reaktion in und unmittelbar nach dem Notfall und potenziell daraus resultierenden psychischen Störungen sowie erforderlichen Interventionen (➔siehe Abschnitte 3.1, 3.2 und 3.3),
3. Konzepten zur Krisenintervention bei Notfällen und der Beschreibung der Versorgungssituation in Österreich (➔siehe Abschnitt 4)

Traumatische Situationen des Typs II sind nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

3 Notfall: Erleben, psychosoziale Folgen und Interventionserfordernisse

Das Erleben einer Naturkatastrophe, eines Unfalls oder zwischenmenschlicher Gewalt stellt eine tiefgreifende Verletzung der seelischen und körperlichen Unversehrtheit eines Menschen dar. Solche Erfahrungen sind ein radikaler Eingriff ins Leben der Betroffenen und verändern

„nachhaltig und dauerhaft

- die gesamte Lebenssituation,
- das Erleben von Beziehungen und der Zugehörigkeit zu anderen Menschen,
- die Beziehung zu sich selbst, das Vertrauen in sich selbst,
- das Gefühl von Handlungsfähigkeit und Kontrolle,
- das Verhältnis zum eigenen Körper,
- das Gefühl von Unverletzlichkeit,
- das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt."

(GSCHWENDT 2004, S. 7)

Fehlt die Möglichkeit, diese Erfahrungen angemessen zu verarbeiten, können psychische Störungen wie z. B. die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression, Sucht und andere somatische und psychosoziale Beeinträchtigungen entstehen, die das alltägliche Leben der Betroffenen erheblich erschweren.

Ein Notfall löst in seinem zeitlichen Verlauf charakteristische Reaktionen der davon Betroffenen hervor. Im Folgenden wird dargelegt, wie ein Notfall von den Betroffenen unmittelbar und in der darauf folgenden Zeit erlebt wird, welche Reaktionen auf seelischer und körperlicher Ebene in Abhängigkeit von der Zeitdimension zu erwarten sind und welche Einflussfaktoren auf Seite des Individuums und seines sozialen Netzwerks das Erleben und die psychosozialen Folgen eines Notfalls modulieren. Schließlich wird skizziert, welche Interventionserfordernisse bestehen. Maßnahmen in unmittelbarer Folge eines Notfalls werden als Krisenintervention in Kapitel 4 erörtert.

3.1 Die Notfallsituation

Erleben und Verhalten

Ausgehend von der Definition des Psychotraumas durch FISCHER & RIEDESSER (2003), erzeugt eine traumatische Situation, die wir in diesem Zusammenhang als Notfall bezeich-

nen, eine Kluft zwischen wahrgenommener Bedrohung und der Fähigkeit diese zu bewältigen.

Jede akute Notsituation – auch als „peritraumatische Situation“ bezeichnet – ruft bei den Betroffenen zunächst das Erleben von intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen hervor. Gleichzeitig stellen sich typische psychophysiologische Reaktionen ein (FISCHER & RIEDESSER 2003, GSCHWENDT 2004, MÜNKER-KRAMER 2006):

Blutdruck und Muskelspannung erhöhen sich, der Herzschlag beschleunigt sich und die Atmung wird schnell und oberflächlich. Es werden Stresshormone freigesetzt und die Informationsverarbeitung im Gehirn wird verlagert auf die instinktgesteuerten, phylogenetisch älteren Gehirnregionen mit den entsprechenden Reaktionsmustern von Flucht oder Vermeidung, die jedoch aufgrund der Notfallsituation ganz oder teilweise blockiert sind: Aufmerksamkeit und Wahrnehmung sind ausschließlich nach außen auf die Gefahr gerichtet und es stellt sich ein Zustand extremer Wachheit ein. Sekunden können „ewig dauern“ und einzelne Details der Situation prägen sich in extremer Schärfe im Gedächtnis ein. Andererseits können die wahrgenommenen und erlebten Sinneselemente der Notfallsituation (visuell, akustisch, olfaktorisch, kinästetisch) nicht miteinander verbunden werden und daher in ihrer Gesamtheit sprachlich und kognitiv nicht in Kategorien erfasst werden. Ursache dafür ist die gesteigerte Aktivität der rechten Gehirnhemisphäre bei gleichzeitigem Rückgang bzw. Blockade der Aktivität der linken Seite, sodass einzelne Erinnerungsinseln kognitiv und sprachlich nicht zu einem sinnvollen Ganzen verbunden werden können. Die Einzelerinnerungen haben den Charakter des Zeitlosen und Unveränderbaren.

Die Intensität und der Grad der Unvorhersehbarkeit und Unausweichlichkeit der bedrohlichen Situation beeinflussen Ausmaß und Stärke der beschriebenen Erlebnis- und Reaktionsmuster. Aber auch wenn der Notfall „lediglich“ im Erhalten der Nachricht über den plötzlichen Tod eines nahestehenden Menschen durch darin erfahrene Mitarbeiterinnen und -arbeiter von Hilfsorganisationen besteht, wird ein Teil der oben beschriebenen psychischen Reaktionen einsetzen.

Interventionserfordernisse – Indikation Psychotherapie und/oder Klinische Psychologie?

Notfälle, im Sinne der hier verwendeten Definition treten unvorhersehbar und plötzlich auf. Somit gibt es in der akuten Phase des Notfalls zunächst keine Interventionsmöglichkeiten. Sofern im Laufe des Notfalls Interventionen möglich sind, sind es Rettungsmaßnahmen und die Gewährung von Schutz.

Bei Katastrophen, die – wie z. B. drohendes Hochwasser – bereits erwartet werden, und daher vorbereitende Schutzmaßnahmen von Seiten der Hilfsorganisationen erlauben, ist die ausgewogene Information der unmittelbar aber auch mittelbar davon Betroffenen vorrangig: Ausgewogenheit der Information über die zu erwartende Bedrohung einerseits und über die möglichen Schutzmaßnahmen andererseits sowie klare Anweisungen, was die Betroffenen selbst tun müssen und können, ist erforderlich. Diesen soll einerseits ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden, andererseits aber auch klar gemacht werden, dass absoluter Schutz

nicht möglich ist. Diese Interventionen sind nicht das spezielle Aufgabengebiet von Psychotherapie oder Klinischer Psychologie sondern professioneller Hilfsorganisationen für den Katastrophenfall.

3.2 Die erste Zeit nach dem Verschwinden der Gefahr

Erleben und Verhalten

Unmittelbar nach der akuten Notfallsituation, also wenn die Gefahr objektiv nicht mehr besteht, befinden sich die Betroffenen in einer „als-ob-Situation“ (GSCHWENDT 2004, S. 16), d. h., die oben beschriebenen psychophysiologischen Notfallreaktionen können mehr oder weniger lange fortdauern. FISCHER & RIEDESSER (2003) bezeichnen diese Phase als „Postexpositorischen Zeitraum“ oder als „Einwirkungsphase der traumatischen Erfahrung“ (S. 95 ff). Im Allgemeinen geht man davon aus, dass dieser Zustand des „Schocks“ bis zu ungefähr zwei Wochen nach der Notfallsituation andauern kann.

In Anlehnung an die Charakterisierung des Psychotraumas als eines Auseinanderklaffens von bedrohlichen Situationsfaktionen und eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (FISCHER & RIEDESSER 2003) beschreibt JUEN (2000, zit. nach HAUSMANN 2005, S. 58), dass es infolge eines Notfalls zu mehrfachen „Brüchen“ im Erleben der Betroffenen kommt.

Zeitlicher Bruch und Bruch im subjektiven Gefühl der Kontrolle

Das Notfallgeschehen bewirkt ein verändertes Zeiterleben. So kann sich das Gefühl einer „unendlichen Gegenwart“ einstellen, die Vergangenheit sich für die Betroffenen verschließen („nichts ist mehr so wie es einmal war“) und die nächste Zukunft unbewältigbar erscheinen lassen. Die Betroffenen sind nicht imstande, die Realität anzuerkennen und haben das Gefühl, die Zukunft nicht mehr kontrollieren zu können. Der Kontrollverlust bezieht sich auch auf den eigenen Körper und die Gefühle. Beim Tod eines nahen Angehörigen kommt die Angst hinzu, auch die Erinnerung an ihn zu verlieren. Zudem werden Schuldgefühle erlebt, weil die anfängliche Reaktion auf den Tod emotionale Taubheit ist.

Sozialer Bruch

Von einem Notfall Betroffene haben das Gefühl, dass nur andere gleichfalls Betroffene sie verstehen könnten. Es kann so zu einem sozialen Rückzug auch von nahestehenden Personen kommen, die nicht betroffen waren. Da es aber auch unterschiedliche Grade von Betroffenheit gibt und zudem Menschen sich in ihren Verhaltensweisen nach einem Notfall voneinander unterscheiden können, kann es auch zu einem Rückzug von gleichermaßen von einem Notfall Betroffenen und zunehmender Isolierung kommen.

In dieser Zeit kann sich ein typisches Symptombild einstellen, dass in den international anerkannten Diagnoseklassifikationssystemen als *Akute Belastungsreaktion* bezeichnet wird.

Akute Belastungsreaktion (ABR; Acute Stress Disorder = ASD)

Eine Akute Belastungsreaktion ist als eine vorübergehende Störung bei einem psychisch gesunden Menschen definiert, die als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung auftritt. Auslöser, Zeitverlauf und Symptome der ABR werden je nach Diagnoseklassifikationssystem – ICD 10 (2001) oder DSM IV (2003) – etwas unterschiedlich dargestellt und systematisiert. Nach DSM IV tritt sie innerhalb von vier Wochen nach dem belastenden Ereignis auf, dauert mindestens zwei Tage und höchstens vier Wochen. Dem ICD 10 folgend tritt eine ABR im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und löst sich innerhalb von Stunden oder zwei bis drei Tagen nach dem belastenden Ereignis auf. Die Dauer hängt jedoch von der psychischen Konstitution bzw. Verletzbarkeit der betroffenen Person, ihren verfügbaren Bewältigungsstrategien, vornehmlich ihren sozialen Ressourcen ab.

Dem System von DSM IV folgend ist die auslösende Situation gekennzeichnet durch

(a) die Konfrontation einer Person mit einem oder mehreren Ereignissen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten sowie

(b) die Reaktion der Person in Form von intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen.

Die Symptome der ABR äußern sich entsprechend DSM IV in vier Hauptphänomenen:

- Im *Wiedererleben* des kritischen Ereignisses, in Form unkontrollierten Überwältigtwerdens vom Erleben der traumatischen Erfahrung in Gestalt von Albträumen, sogenannten „Flashbacks“ oder quälenden Gedanken.
- Im *Vermeiden*, das sich als psychische Erstarrung oder auch andauerndes Vermeidungsverhalten äußert, wobei bestimmte Themen, Gedanken, Menschen, Orte oder Situationen gemieden werden, die die Erinnerung an das kritische Ereignis auslösen können. Es kann u. U. auch psychisch bedingter Gedächtnisverlust auftreten.
- In der *Angst und nachhaltigen Erregung*, die sich in vermehrter Reizbarkeit, Wutausbrüchen, Konzentrationsschwächen, übertriebenen Schreckreaktionen, Schlafstörungen und allgemein in Überwachsamkeit ausdrücken.
- In *Dissoziativen Phänomenen*, die sich als Störungen und Veränderungen in der Identität, des Gedächtnisses und des Bewusstseins äußern (z. B. subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit; Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt, Unfähigkeit sich an einen wichtigen Aspekt des belastenden Ereignisses zu erinnern). Weiters können Gefühle der Derealisation und Depersonalisation auftreten.

Dazu kommt nach DSM IV der Umstand, dass die ABR soziale, berufliche und andere wichtige Funktionsbereiche der betroffenen Personen oder die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, wie notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird, erheblich einschränkt.

Im ICD 10 werden die Symptome der ABR in der Reihenfolge ihres (typischerweise) zeitlichen Auftretens beschrieben. Die Symptomatik kann jedoch wechseln. So tritt zunächst eine Art von „Betäubung“ ein, die mit einer Bewusstseinseinengung und einer eingeschränkten Aufmerksamkeit sowie Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit einhergeht. Danach kann ein Sich-Zurückziehen aus der Umweltsituation folgen oder auch ein Unruhezustand und Überaktivität. Außerdem machen sich zumeist vegetative Zeichen von panischer Angst wie Tachykardie (schnelles Herzklopfen), Schwitzen und Erröten bemerkbar. Weiters ist eine teilweise oder vollständige Amnesie (Gedächtnisverlust) bezüglich des Ereignisses möglich.

Unumstritten ist jedoch, dass die ABR ist eine vorübergehende massive Stressreaktion ist, die

1. nicht bei allen Menschen, die von einem Notfall betroffen sind, auftritt und
2. nicht unbedingt in eine posttraumatische Belastungsstörung übergehen muss.

Interventionserfordernisse – Indikation Psychotherapie und/oder Klinische Psychologie

Für die Interventionserfordernisse unmittelbar nach einem Notfall hat sich der Begriff der „Krisenintervention“ etabliert. Die erforderlichen Maßnahmen orientieren sich an dem Ziel der Wiederherstellung der subjektiven und objektiven Handlungsfähigkeit der Betroffenen – dies können außer den Opfern auch die Zeugen, Angehörigen und Einsatzkräfte sein – die ja während des Notfalls minimiert bzw. außer Kraft gesetzt war. Die Betroffenen benötigen

1. die Herstellung einer Situation, die Sicherheit bietet und vermittelt bzw. Unterstützung bei der Herstellung dieser Situation. Dazu gehören auch Orientierungshilfen, vor allem adäquate Information.
2. Unterstützung zur Verarbeitung der andauernden Stressreaktionen.
3. Dazu kommt das Erfordernis der Identifikation von Risikopersonen (sowohl im Kreis der Opfer, Angehörigen und Zeugen als auch der Mitarbeiterinnen und -arbeiter der Hilfsorganisationen) und die Einleitung von Maßnahmen der Diagnostik und allenfalls Betreuung und Behandlung.

Für die erforderlichen Interventionen bezüglich der ersten beiden Punkte existeren mittlerweile in Österreich erprobte und strukturierte Programme, die in Kapitel 4 erörtert werden. Wie dort aufgezeigt wird, stellt sich auch in diesem Zusammenhang nicht die Frage, ob psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Maßnahmen indiziert sind. Vielmehr ist der Einsatz von interdisziplinär besetzten Kriseninterventionsteams im Rahmen von professionellen Hilfsorganisationen das Mittel der Wahl. Diesen speziell geschulten Ersthelferinnen und -helfern obliegt auch die in Punkt 3 erörterte Aufgabe der frühzeitigen Identifikation von Risikopersonen. Die Ersthelferinnen und -helfer überweisen darauf zur professionellen *Diagnostik* durch eigens dafür ausgebildete klinische Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Ärztinnen und Ärzten. Diese können bei Bedarf entsprechende Maßnahmen einleiten.

3.3 Posttraumatische Phase

3.3.1 Erleben und Verhalten

Diese Phase setzt – individuell verschieden und von der Art des Notfalls abhängig – nach Abklingen der Akutphase ein. Nunmehr versuchen die Betroffenen, in ihr alltägliches Leben zurückzukehren. Bei entsprechenden stabilen psychischen und sozialen Ressourcen der Betroffenen sowie einem adäquaten Unterstützungsangebot kann der Großteil die Katastrophe ohne bleibende psychosoziale Beeinträchtigungen verarbeiten.

Ansonsten kann der Prozess der Verarbeitung des Geschehenen zwischen den Polen der „Überwältigung“ und „Vermeidung“ pendeln und unter Umständen Störungen hervorrufen, die ohne entsprechende Behandlung chronifizieren: Flashbacks, Schlafstörungen, Albträume, Ängste und Bedrohungsgefühle, Scham- und Schuldgefühle, Depressionen, Störungen des Essverhaltens, tatbezogene Zwänge, somatoforme Störungen, Substanzmittelmissbrauch und andere untaugliche Bewältigungsstrategien können die Folge sein.

Generell ist davon auszugehen, dass bei Anhalten der im letzten Abschnitt beschriebenen Symptome der ABR von mehr als vier Wochen, die mit einer massiven psychischen und sozialen Beeinträchtigung einhergehen, die betroffene Person eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt hat, bei der es sich um eine therapiebedürftige Erkrankung handelt. Aber auch Personen, die keine Symptome einer ABR entwickeln, können an einer PTBS erkranken (Center of Traumatic Stress Disorder: http://www.usuhs.mil/csts Stand März 2007; WARGER 2007).

3.3.2 Risikofaktoren

In Bezug auf die hier interessierenden belastenden Ereignisse – nämlich „Notfälle“, also Situationen vom Traumatyp I (s. Seite 3) – erhöhen folgende Faktoren das Risiko, an einer PTBS zu erkranken (vgl. ICD 10, FISCHER & RIEDESSER 2003):

- Das Vorliegen von psychischen Störungen bereits vor dem belastenden Ereignis,
- das Fehlen von psychosozialer Unterstützung zur Verarbeitung des Ereignisses,
- weitere traumatische Situationen,
- Retraumatisierungen durch die Aktualisierung früherer traumatischer Situationen und
- Erschöpfungserscheinungen und damit verbundenes Scheitern bisheriger traumakompensatorischer Mechanismen.

Notfälle, die von den Betroffenen als von Menschen ausgehend erlebt werden, als „persönlich gemeint“ wahrgenommen werden, insbesondere sexualisierte Gewalt sowie generell Situationen vom Traumatyp II (s. Seite 3) – eine Ereignissklasse, die nicht Gegenstand der vorliegenden Studie ist – bergen unabhängig von individuellen psychischen Prädispositionen

ein hohes Risiko für das Auftreten dieser Störung, insbesondere je jünger die Betroffenen sind.

3.3.3 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Die Beschreibung der PTBS ist in DSM IV und ICD 10 weitgehend analog. Die auslösende Situation wird in DSM IV genauso wie beim ABR (siehe oben) definiert. Im ICD 10 wird sie als belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, charakterisiert.

Während die ABR nur im Zeitraum zwischen zwei Tagen und vier Wochen nach einem belastenden Ereignis diagnostiziert werden kann, ist dies bei einer PTBS erst nach vier Wochen möglich. Ihre Symptome gleichen denen einer ABR, jedoch kommen weitere schwerwiegende Störungen dazu und die Symptome dauern – laut DSM IV – länger als einen Monat. DSM IV unterscheidet darüber hinaus zwischen einer Akuten PTBS (Symptome dauern weniger als drei Monate an) und einer Chronischen PTBS (Symptome dauern länger als drei Monate).

Die Symptome der PTBS gliedern sich in drei Hauptgruppen (DSM IV) sowie eine vierte Gruppe von Symptomen, die sowohl mit der ABR als auch mit der PTBS assoziiert sein können:

1. Beharrliches Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, z. B.:
   - Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis
   - Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis
   - Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden)
   - Intensive psychische Belastung und/oder körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern
2. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit der belastenden Situation verbunden sind, oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität, z. B.:
   - Bewusstes Vermeiden von Tätigkeiten, Plätzen, Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, Menschen, die mit dem traumatischen Ereignis etwas zu tun haben oder Erinnerungen an das Trauma wachrufen
   - Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
   - Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
   - Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
   - Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
   - Gefühl einer eingeschränkten Zukunft

3. Anhaltende Symptome einer erhöhten Erregbarkeit, z. B.:
   - Schlafprobleme
   - Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder sich an alltägliche Informationen zu erinnern
   - Reizbarkeit und Wutausbrüche
   - Übertriebene Wachsamkeit
   - Übertrieben schreckhaft auf plötzliche Bewegung oder lautes Geräusch reagieren
4. Sekundäre und mit der ABR und der PTSD assozierte Symptome:
   - Depression
   - Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
   - Schwierigkeiten bezüglich der eigenen Identität und grundlegender Überzeugungen
   - Aggressives Verhalten
   - Schuldgefühle (self-blame), Schuld oder Scham
   - Missstimmungen in Beziehungen
   - Soziale Isolation
   - Weniger Teilhabe in vormals geliebten Tätigkeiten
   - Körperliche Gesundheitsprobleme
   - Alkohol- und Drogenmissbrauch

3.3.4 Epidemiologie der PTBS

Aussagen bezüglich des Anteils der Personen, die eine Notfallsituation im hier beschriebenen Sinn und eine PTBS in Folge dieses Ereignisses erleben, sind, wegen der oben erwähnten Einflussfaktoren derzeit nicht mit Sicherheit zu treffen. Das Center for Study of Traumatic Stress (http://www.usuhs.mil/csts), stellt in Bezug auf die Folgen von kriegerischen oder terroristischen Ereignissen fest:

- Die meisten Menschen, die in eine traumatische Situation involviert sind, zeigen in den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis Symptome einer ABR.
- Nur ein Drittel der Personen, bei denen eine ABR diagnostiziert wird, entwickelt eine PTBS.
- Einige Personen allerdings entwickeln eine PTBS erst Monate oder Jahre nach dem Trauma, *ohne* dass bei ihnen jemals eine ABR diagnostiziert wurde.
- Zweimal so viele Frauen wie Männer entwickeln eine PTBS in Folge eines Traumas.

Notfälle wie sie im Rahmen dieser Studie interessieren – namentlich Naturkatastrophen, Großsschadensereignisse durch technische Gebrechen, Verkehrsunfälle – werden von schätzungsweise einem Drittel der Betroffenen ohne Langzeitbeeinträchtigung bewältigt („Selbstheiler“). Ein weiteres Drittel erleidet ebenfalls keine langfristigen Störungen, sofern

ein stützendes psychosoziales Umfeld vorhanden ist und keine weiteren Belastungen auftreten („Wechsler“). Ein Drittel trägt ein erhöhtes Risiko, an PTBS zu erkranken („Risikogruppe“).

BUTTOLO (2002) erstellte in Bezug auf den Personenkreis der Einsatzkräfte in Notfällen den folgenden Überblick über die Prävalenzzahlen der PTBS:

Tabelle 3.1: Häufigkeit von einsatzbedingten Störungen im Rettungswesen

Betroffene	**Störung**	
	Vollbild PTBS	**Subsyndromale Belastungsstörung**
Medizinischer Notfall und Rettungsdienst	3 bis 7%	9-12% (Hodgkinson & Stewart 1991)
Polizei	5 bis 9%	20-40% (Teegen et al. 1997
Polizei nach Einsätzen mit Schusswaffengebrauch	46%	75% Intrusionen (Gersons et al. 1998)
Feuerwehrleute	9%	29% belastende Rückerinnerungen
Feuerwehrleute mit höherem persönlichen Risiko	16 bis 22%	56% belastende Rückerinnerungen (Bryant & Harvey 1996)

Quelle: Buttolo 2002; GÖG/ÖBIG-eigene Bearbeitung 2007

Die Spannbreite bezüglich des Auftretens einer PTBS ist beträchtlich. Auch hier zeigt sich, dass das höchste Erkrankungsrisiko von Situationen ausgeht, die von zwischenmenschlicher Gewalt geprägt sind.

Interventionserfordernisse – Indikation Psychotherapie und/oder Klinische Psychologie

Die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) fällt in das Gebiet von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über ausreichende klinische Erfahrung verfügen sowie eine spezielle Weiterbildung in der Traumabehandlung absolviert haben. Mittlerweile gibt es Fortbildungsprogramme in Psychotraumatiologie und -therapie auch für klinische Psychologinnen und Psychologen. Diese verlangen auch die Teilnahme an Selbsterfahrungsseminaren.

Allerdings ist fraglich, ob klinische Psychologinnen und Psychologen ohne spezielle Fortbildungsprogramme ausreichend qualifiziert sind zur Behandlung der komplexen PTBS.. Bislang ist weder die Selbsterfahrung noch die Psychodynamik der therapeutischen Beziehung Teil der Ausbildung in Klinischer Psychologie.

Die frühzeitige Diagnostik und Behandlung der PTBS kann die Herausbildung und Verfestigung der mit der PTBS einhergehenden Komorbiditäten (Ängste, Depressionen, Zwänge, Somatisierungsstörungen, Sucht, psychosomatische Erkrankungen, andauernde Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von Extrembelastungen) abschwächen und schließlich heilen. In diesem Zusammenhang hat sich der Einsatz eines speziell für die Traumatherapie entwi-

ckelten Verfahrens, das „Eye Movement Desentization and Reprocessing“ (EMDR) nach SHAPIRO (FISCHER & RIEDESSER 2003, MÜNKER-KRAMER 2006) bewährt. Es ermöglicht die Blockierung der psychischen Integration des in der Notfallsituation Erlebten zu einem sinnvollen Ganzen zu lösen, sofern dieses Verfahren in eine umfassende Behandlung eingebettet erfolgt.

Eine lange Zeit unerkannte, chronifizierte PTBS birgt die Gefahr, dass Diagnostikerinnen und Diagnostiker sowie Behandlerinnen und Behandler sich auf die Therapie der komorbiden Störung, z. B. Depression oder Suchterkrankung konzentrieren, und andere mit der PTBS verbundene psychische Störungen weiterhin aufrecht bleiben, da die Grunderkrankung nicht erkannt wird. Es ist daher von enormer Wichtigkeit, dass erstens eine PTBS möglichst frühzeitig erkannt und behandelt wird. Zweitens ist bei der Diagnostik und Anamnese Augenmerk darauf zu legen, ob allenfalls eine PTBS zugrundeliegt (MÜNKER-KRAMER 2006).

4 Interventionsprogramme für die Notfall-Akutphase

In den folgenden Abschnitten werden die Organisation der österreichischen Krisenintervention, die Ausbildung der psychosozialen Helferinnen und Helfer und der grundlegende Ablauf von Einsätzen beschrieben. Exemplarisch werden einige in der Krisenintervention tätige Organisationen dargestellt.

4.1 Krisenintervention in Österreich im Überblick

Ausgehend von ersten Initiativen in den 1990er Jahre hat sich inzwischen in Österreich ein fast flächendeckendes Netz für die psychosoziale Betreuung von Menschen, die einen Notfall (Definition siehe Abschnitt 2.2) durchleben, herausgebildet. Das österreichische Versorgungsmodell genießt international einen ausgezeichneten Ruf und dient als Vorbild für Staaten, die ebenfalls Krisenintervention für die Bevölkerung anbieten wollen. Dazu haben nicht zuletzt die Erfahrungen und die daraus resultierenden Lerneffekte bei Einsätzen nach größeren Katastrophen beigetragen. Als Beispiele dafür seien die Einsätze nach dem Grubenunglück von Lassing, dem Seilbahnunglück in Kaprun und der Tsunami-Katastrophe genannt.

Das österreichische System zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- Nach einem Großschadensereignis bzw. einer Katastrophe arbeiten die Kriseninterventionsteams bundesweit und international unter einem organisatorischen Dach zusammen. Diese Form der Zusammenarbeit hat international Vorbildcharakter.
- Kriseninterventionsteams werden in der Regel von Einsatzorganisationen wie der Polizei oder der Rettung bzw. von Behörden im Katastrophenfall angefordert.
- Durch die Errichtung einer gemeinsamen österreichischen Plattform für Krisenintervention ist eine einheitliche Ausbildung der Helferinnen und Helfer gesichert, da sich die verschiedenen Organisationen auf definierte Ausbildungsstandards geeinigt haben.
- Die Inanspruchnahme von Krisenintervention erfolgt für die Betroffenen unentgeltlich.
- Krisenintervention steht im Falle von Großereignissen ebenso zur Verfügung wie in Fällen, in denen nur einzelne Personen bzw. kleine Personengruppen betroffen sind.

4.2 Grundlegender Ablauf von Kriseninterventionen

In der folgenden Darstellung wird der typische Ablauf eines Einsatzes in einer Alltagssituation (Abschnitt 4.2.1) jener im Falle einer Katastrophe bzw. eines Großschadensfalls darge-

stellt (Abschnitt 4.2.2), um die Funktionsweise der Krisenintervention in den beiden Bereichen zu erläutern. Dabei werden Unterschiede zwischen den einzelnen Organisationen vernachlässigt. Insgesamt betrachtet ist der Aufbau und Einsatzablauf in den einzelnen Organisationen gut miteinander vergleichbar, da in einer österreichweiten Plattform für Krisenintervention Standards und Richtlinien für die wichtigsten Bereiche festgelegt sind (Abschnitt 4.2.2).

4.2.1 Einsätze im Alltag

Im Alltagseinsatz sind weniger Menschen betroffen und die Einsätze sind meist kürzer als im Katastrophenfall. Unter Alltagseinsätzen sind jene Einsätze zu verstehen, die nach Ereignissen folgen, die allen Menschen im Lauf des Lebens widerfahren können. Die Auswirkungen können auf das Individuum können ebenso dramatisch sein wie im Katastrophenfall.

Einige Beispiele, aus welchen Gründen Kriseninterventionsteams alarmiert werden:

- Betreuung nach einem plötzlichen Todesfall in der Familie
- Betreuung nach der Überbringung einer Todesnachricht
- Suizid/Suizidversuch von nahestehenden Personen
- Unfälle: Betreuung unmittelbar Betroffener aber auch von Unfallzeugen oder Ersthelfern
- Betreuung von Einsatzkräften nach einem schwierigen Einsatz (z. B. Feuerwehreinsatz bei einem schweren Verkehrsunfall mit Toten)

In der Regel werden die Kriseninterventionsteams von Einsatzorganisationen wie der Rettung oder der Polizei über eine zentrale Leitstelle angefordert. Die Einsatzkräfte der KIT werden entweder von der anfordernden Organisation abgeholt oder gelangen mit privaten KFZ, Taxis oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum Ort des Geschehens. Vor Ort erfolgt meist eine kurze Vorbesprechung des Einsatzes mit der Organisation, welche das KIT-Team anfordert (z. B. Aufklärung über die Situation durch die Polizei vor der Überbringung einer Todesnachricht oder Hinweis auf Unfallzeugen, die vermutlich Hilfe brauchen). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KIT gehen dann aktiv auf die Betroffenen zu und bieten ihre Unterstützung an. Wird die Hilfe nicht gewünscht, zieht sich das KIT-Team zurück.

Das Ausmaß und die Art der Unterstützung orientieren sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und den Anforderungen, die sich aus der Situation ergeben. Situationen, die Krisenintervention erforderlich machen, sind für die Betroffenen meist völlig neuartig. Den Menschen steht kein bereits einmal erlebtes Verhaltensmuster zur Verfügung, auf das sie zurückgreifen können und damit die Bewältigung erleichtern würde. Wird z. B. der Sohn einer Familie nach einem Suizid tot aufgefunden, brauchen die Eltern oft ganz dringend Informationen, was in den nächsten Stunden geschehen wird. Sie müssen wissen, dass ein Amtsarzt gerufen wird und der Leichnam später von einem Bestattungsunternehmen abgeholt wird. Die Todesnachricht muss anderen Angehörigen und anderen dem Verstorbenen nahestehenden Personen mitgeteilt werden. Die KIT-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter geben den Betroffenen die relevanten Informationen und bieten einen Rahmen, an dem sich die Menschen

orientieren können. Durch diese Unterstützung können die Betroffenen in der Folge leichter persönliche Wünsche äußern, z. B. den Leichnam noch einmal sehen zu dürfen. Sie können über das Geschehene sprechen und ihren Emotionen Ausdruck verleihen. Die Anforderungen an die KIT-Teams werden von den sozialen und psychischen Bedürfnissen der Betroffenen bestimmt.

Ein Einsatz dauert so lange, bis die betreuten Menschen wieder handlungsfähig sind und die Situation alleine bzw. mit der Unterstützung ihres eigenen sozialen Umfeldes bewältigen können. Meist bedarf es mehrerer Stunden. Kommt das KIT-Team zu der Einschätzung, dass weitere Hilfe von Vorteil für die Betroffenen wäre, stellt es auf Wunsch Kontakt zu psychosozialen Betreuungseinrichtungen, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, klinischen Psychologinnen und Psychologen usw. her. Auf Wunsch der Betroffenen kommt es zu weiteren Kontakt mit dem KIT-Team nach dem Einsatz, beispielsweise werden Angehörige zum Begräbnis des Verstorbenen begleitet. Eine Weiterbetreuung bzw. Behandlung durch die in den Einsatz involvierten KIT-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter ist aber ausgeschlossen.

Ein Kriseninterventionsteam besteht in der Regel aus zwei Personen. Es gibt aber auch die Vorgehensweise, zuerst eine Person in den Einsatz zu schicken, die im Bedarfsfall eine Kollegin bzw. einen Kollegen anfordert. Dieses Modell kommt beispielsweise in Oberösterreich und Niederösterreich zur Anwendung. Um den oft komplexen Situationen gerecht zu werden, ist der Einsatz von Zweierteams gleich zu Beginn meist ein Vorteil. Unerfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen anfangs ausschließlich mit Kolleginnen und Kollegen in den Einsatz, die schon über entsprechende Erfahrung verfügen. In den meisten Fällen verfügt eine der beiden Personen über eine psychologische Ausbildung wie z. B. ein Psychologiestudium oder eine Psychotherapieausbildung. Unabhängig vom erlernten Beruf durchlaufen jedoch alle KIT-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter dieselbe Ausbildung.

4.2.2 Krisenintervention bei Großschadensereignissen und Katastrophen

Für die Begriffe Großschadensereignis und Katastrophen gibt es eine Vielzahl von Definitionen. Das ÖRK definiert folgendermaßen: „Ein *Großschadensereignis* liegt dann vor, wenn anzunehmen ist, dass die Anzahl der Verletzten 15 übersteigt oder dies zu erwarten ist oder das Ereignis mit den örtlichen, personellen und materiellen Kräften und Mitteln nicht bewältigt werden kann, und wenn keine behördlich ausgerufene Katastrophensituation vorliegt.“ Eine *Katastrophe* ist eine Ausnahmesituation, in der die täglichen Lebensgewohnheiten der Menschen plötzlich unterbrochen sind und die Betroffenen infolgedessen Schutz, Nahrung, Kleidung, Unterkunft, medizinische und soziale Fürsorge oder anderes Lebensnotwendige benötigen“. Die Einstufung eines Ereignisses als Katastrophe erfolgt durch die zuständigen Landesbehörden.

Die Großeinsätze, die bei Großschadensereignissen und Katastrophen notwendig werden, unterscheiden sich durch folgende Merkmale von Einsätzen in Alltagssituationen:

- Die Anzahl der Betroffenen und damit der zu betreuenden Personen ist oft unklar und die Information darüber ändert sich rasch.
- Der Einsatz dauert wesentlich länger als der Alltagseinsatz.
- Die Koordination mehrerer Einsatzorganisationen ist notwendig.
- Die Versorgung mit zuverlässigen Informationen ist besonders wichtig.
- Das Medieninteresse ist besonders groß, die Medienvertreterinnen und -vertreter müssen betreut werden.
- Großeinsätze belasten die medizinischen und psychosozialen Hilfskräfte sowohl physisch als auch psychisch mehr als Alltagseinsätze. Rückzugsmöglichkeiten und Ruhezeiten sind kaum vorhanden.

Im Falle eines Großeinsatzes müssen Räumlichkeiten für die Betreuung, geeignete Kommunikationsmittel aber auch Dinge des täglichen Bedarfs (Trinkwasser, Lebensmittel, Decken, Windeln, usw.) zur Verfügung stehen. Die Zusammenarbeit mit den Rettungsorganisationen vor Ort ist unerlässlich, um eben diese Infrastruktur organisieren zu können. Eine zentrale Gesamteinsatzleitung koordiniert den Einsatz aller Kriseninterventionsteams. Die Gesamteinsatzleitung trägt auch dafür Sorge, dass korrekte Informationen zu den Betroffenen und Angehörigen gelangen. Hilfsangebote einzelner Personen oder Organisationen ohne Einbindung in die gesamte Einsatzkoordination sind zu vermeiden. Diese Hilfsangebote sind oft sogar kontraproduktiv und können Verwirrung am Einsatzort stiften. Zudem garantieren ausschließlich die speziell für Krisenintervention ausgebildeten Hilfskräfte einen qualitativ gesicherten Einsatz.

Für Großeinsätze werden meist größere Teams gebildet als für den Alltagseinsatz. Das ÖRK stellt beispielsweise Einheiten bestehend aus zehn Personen zusammen: Dabei obliegt einer Person die Leitung des Teams. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über eine Ausbildung in Krisenintervention, wobei in jedem Team einige Einsatzkräfte zusätzlich über eine psychosoziale Fachausbildung verfügen (z. B. Ausbildung in Klinischer Psychologie, Psychotherapie).

4.3 Auswahl und Ausbildung der Einsatzkräfte

Die Plattform Krisenintervention hat sich auf einheitliche Ausbildungsrichtlinien geeinigt, die ein hohes Ausbildungsniveau gewährleisten. Die von der Plattform beschlossenen Standards stellen die Mindestanforderung in den von den Trägerorganisationen angebotenen Ausbildungsgängen dar.

Das Mindestalter für den Ausbildungsbeginn beträgt 25 Jahre. Ein Auswahlverfahren (schriftlich und mündlich) ist ebenfalls vorgesehen. Berufliche Vorerfahrungen und die voraussichtliche Eignung für die Tätigkeit in einem Kriseninterventionsteam fließen in die Entscheidung über die Aufnahme zur Ausbildung ein. Die Ausbildungsinhalte des theoretischen Teils der Ausbildung fasst Tabelle 4.1 zusammen. Ein Praktikum beträgt zumindest 40 Stunden.

Supervision ist im Ausmaß von fünf Stunden vorgesehen. Erste Einsatzerfahrungen sammeln die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten bereits während der Ausbildung. Die Ausbildungen werden in Gruppen von 15 bis 20 Personen geführt.

Tabelle 4.1: Theoretische und praktische Ausbildung der KIT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ausbildungsinhalte	**Stunden**
Teamentwicklung und Organisatorisches	4
Behördliches Krisenmanagement	3
Informationen über Einsatzorganisationen	3
Ablauf von Einsätzen zur Psychosozialen Betreuung	2
Stress und Psychotraumatologie	8
Interventionen: Gesprächsführung in Krisenineterventionen, Spezielle Interventionen (zielgruppen- und situationsspezifisch)	16
Umgang mit dem Tod (religiöse Dimension)	4
Spezielle Kenntnisse für den Einsatz bei Großschadensereignissen oder Katastrophen	8
Kursbegleitende Reflexion	12
Kurssupervision durch Externe	4
Basiskurs Öffentlichkeitsarbeit	1
Stressbewältigung und Entspannung	4
Organisationen, mit denen sich im Einsatz Kooperationen ergeben/Definition von Schnittstellen	3
Erste Hilfe (spezifisch abgestimmt auf Notwendigkeiten des KIT/AB-Einsatzes)	16
Summe	**88**

Quelle: Plattform Krisenintervention

In der Krisenintervention tätige Organisationen

Die Österreichische Plattform Krisenintervention ist eine Arbeitsgemeinschaft von Organisationen, die unentgeltlich psychosoziale Akutbetreuung und Krisenintervention anbieten. Die im Jahr 2004 gegründete Plattform erarbeitet einheitliche Standards, Ausbildungsinhalte und Strategien. Mitglieder dieser Organisation sind: Akutbetreuung Wien, Akutteam Wien, Arbeiter-Samariter-Bund, Koordinationsstelle Krisenintervention des Landes Steiermark, Krisenineterventionsteam Vorarlberg, Notfallseelsorge Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz, Pro Mente Oberösterreich. Der Notfallpsychologische Dienst Österreichs (NDÖ) arbeitet unter anderem im Bereich Krisenintervention und bietet diese Leistungen aber grundsätzlich gegen Entgelt an.

Eine detaillierte Übersicht über die bundesweit in der Krisenintervention tätigen Organisationen sowie Kontakte zu den einzelnen Kriseninterventionsteams in den Bundesländern sind auf den Internetseiten des ÖRK-Tirol zu finden[1].

[1] Weblink: http://kit.roteskreuz-innsbruck.at/index.php?id=psychosozteams

Im folgenden Abschnitt werden einige Kriseninterventionsteams exemplarisch dargestellt: Quelle der Kurzprofile sind die im Internet verfügbaren Angaben der jeweiligen Organisation. Die präsentierten Statistiken beziehen sich auf die jeweils veröffentlichten Jahresberichte der Organisationen.

Akutbetreuung Wien

Die Akutbetreuung Wien (ABW) ist der Magistratsdirektion Krisenmanagement und Sofortmaßnahmen (MD-KS) zugeordnet und bietet im Raum Wien Krisenintervention an. Die Alarmierung erfolgt über die Leitstelle der MA 70 (Wiener Rettung). Die ABW kann von verschiedenen Einsatzorganisationen angefordert werden (z. B. MA 68, Wiener Rotes Kreuz, Bundespolizeidirektion). Zusätzlich zu einem rund um die Uhr zur Verfügung stehenden Bereitschaftsdienst können weitere Hilfskräfte via SMS alarmiert werden. Die Einsatzkräfte gelangen per Taxi zum Einsatzort.

Laut Jahresbericht für das Jahr 2005 der ABW[1] wurden von der ABW 523 Einsätze geleistet. Besonders häufig erfolgte im Jahr 2005 die Anforderung aufgrund eines plötzlichen und unerwarteten Todesfalls im familiären Umfeld, gefolgt von Suizid, akuten Krisen in Familien und dem Überbringen von Todesnachrichten. Von den 73 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden 4.950 Einsatzstunden geleistet. Die durchschnittliche Einsatzdauer betrug 4,5 Stunden.

KIT des Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK)

Das ÖRK bietet in mehreren Bundesländern Krisenintervention an, z. T. sind die Strukturen in Aufbau befindlich. In manchen Bundesländern kooperieren die ÖRK-Landesorganisationen mit bestehenden Einrichtungen wie dem ABW Wien oder dem KIT Vorarlberg. D. h. das Rote Kreuz wendet sich im Bedarfsfall an die jeweilige Organisation. Das ÖRK hat sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene eine fachliche und eine organisatorische Leitung installiert. In eigenen Rahmenvorschriften des ÖRK ist die Ausbildung von KIT-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern und die Durchführung von psychosozialen Betreuungsmaßnahmen genau geregelt. Die Alarmierung der KIT-Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter erfolgt durch Einsatzkräfte vor Ort oder andere Einsatzorganisationen.

Besonders gut ausgebaut ist die Versorgung durch das ÖRK beispielsweise in Tirol. Hier absolvierten die 159 freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kriseninterventionsteams 616 Einsätze im Jahr 2005, bei denen 2.426 Personen betreut wurden[2]. Das ÖRK Oberösterreich leistete im Jahr 2006 knapp 3.900 Einsatzstunden in 660 Einsätzen und betreute dabei 2.985 Personen. In über 70 Prozent der Fälle wurde das KIT zur Betreuung nach plötzlichen Todesfällen, nach Suizid oder nach tödlichen Unfällen gerufen.[3]

[1] Akutbetreuung Wien. Jahresbericht 2005. http://www.wien.gv.at/sicherheit/pdf/jahresbericht2005.pdf

[2] http://www.t.roteskreuz.at/305.html

[3] http://www.o.roteskreuz.at/7064.html

KIT Steiermark

Die steiermärkische Landesregierung richtete die Koordinationsstelle Krisenintervention (Fachabteilung 7B Katastrophenschutz und Landesverteidigung) ein und bildet seit dem Jahr 2000 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus. Inzwischen ist Krisenintervention in allen Bezirken verfügbar.

Im Jahr 2005 wurden von den rund 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des KIT Steiermark 343 Betreuungen durchgeführt. Die Anforderungen erfolgten vor allem durch Polizei, Rettung und Feuerwehr, in einigen Fällen auch durch die Bezirkshauptmannschaft. In mehr als der Hälfte der Einsätze wurden ein bis zwei Personen betreut. Die Auswertungen des KIT Steiermark zeigen, dass die Betreuung der Angehörigen quantitativ von ebenso großer Bedeutung ist wie die Betreuung Betroffener.[1]

KIT Vorarlberg

Das KIT Vorarlberg tragen elf Organisationen, die den rechtlichen und organisatorischen Rahmen für das KIT vorgeben. Der Vorsitzende wird alle zwei Jahre gewählt, für die operativen Geschäfte wird eine Koordinatorin / ein Koordinator bestellt. Die Anforderung eines KIT-Teams erfolgt über die Rettungs- und Feuerwehrleitstelle durch die Einsatzkräfte vor Ort.

Für das KIT Vorarlberg leisteten im Jahr 2005 63 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insgesamt 147 Einsätze. Die vier häufigsten Gründe für die Anforderung eines KIT-Teams waren im Jahr 2005 der plötzliche Tod im häuslichen Bereich, Suizid/Suizidversuch, Unfälle und das Überbringen von Todesnachrichten.[2]

Notfallpsychologischer Dienst (NDÖ)

Der NDÖ ist als Verein organisiert und mit 138 Mitgliedern mit spezieller Ausbildung in Notfallpsychologie im gesamten Bundesgebiet tätig. Die Ausbildung in Notfallpsychologie kann nur von diplomierten Psychologinnen und Psychologen absolviert werden. Jedes Jahr werden etwa 20 Kandidatinnen und Kandidaten ausgebildet. Der NDÖ ist in der Krisenintervention tätig, spannt aber den Bogen von der Akutintervention hin zu einer langfristigen Betreuung. Im Gegensatz zu den anderen Organisationen erbringt der NDÖ seine Leistungen grundsätzlich gegen Entgelt. Eine Ausnahme stellen ehrenamtliche Einsätze dar, die von einem Teil der Mitglieder des NDÖ erbracht werden: Innerhalb der ersten drei Tage dürfen keine Rechnungen gestellt werden. Dass grundsätzlich die Verrechnung der Leistungen erfolgt, ergibt sich aus dem Tätigkeitsspektrum des NDÖ: Es existieren Rahmenverträge mit Firmen und Organisationen, die in definierten Fällen Notfallpsychologinnen bzw. -psychologen anfordern, ein solcher Fall kann z. B. die Betreuung von Verkäuferinnen und Verkäufern einer Supermarktkette nach einem Überfall sein. Diese Form der Krisenintervention kann als ein erweitertes arbeitspsychologisches Angebot angesehen werden, das eine

[1] Kriseninterventionsteam: Jahresbericht 2005. Land Steiermark: http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/beitrag/10221822/7453394

[2] KIT Vorarlberg. Jahresbericht 2005: http://www.kit-vorarlberg.at/

reine Einsatzorganisation nicht in dieser Form anbieten kann. Gemäß dem Angebot kann der NDÖ von Einzelpersonen, Unternehmen und Organisationen angefordert werden und nicht nur von Einsatzorganisationen. Im Falle von Großereignissen arbeitet der NDÖ eng mit anderen Organisationen wie dem ÖRK zusammen.

Notfallseelsorge

Notfallseelsorge ist ein Angebot der Katholischen und Evangelischen Kirche und wendet sich an alle Menschen unabhängig von ihrer Religion. Notfallseelsorgerinnen und -seelsorger werden von KIT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Wunsch der Betroffenen gerufen. Einige Notfallseelsorgerinnen und -seelsorger sind Mitglieder einer Kriseninterventionsorganisation. Notfallseelsorge ist auf Länderebene organisiert, es erfolgt im Bedarfsfall eine enge Kooperation mit den KIT-Teams gerade in der Betreuung nach Todesfällen oder bei Verabschiedungen. Beispielsweise organisierten Kriseninterventionsteams und Notfallseelsorge Verabschiedungen direkt vor Ort für die bei der Tsunami-Katastrophe verstorbenen Österreicherinnen und Österreicher. Die Verabschiedungen wurden für die Angehörigen in Österreich auf Video aufgezeichnet.

4.4 Zusammenfassende Betrachtung der Versorgung in Österreich

Mehrere schwere Katastrophen machten in den 1990er Jahren deutlich, dass die psychosoziale Betreuung in solchen Fällen für Betroffene und deren Angehörige nur unzureichend vorhanden war. Daraufhin wurden in einigen Bundesländern entsprechende Initiativen gesetzt und erste Kriseninterventionsteams aufgebaut, um die Situation zu verbessern. Es stellte sich heraus, dass dieses Angebot auch in Notfällen, die einzelne Individuen erleiden, sehr wichtig ist. Besonders wichtig ist die Betreuung nach unerwarteten Todesfällen in der Familie, erfolgtem Suizid/Suizidversuchen, bei der Überbringung von Todesnachrichten oder nach schweren Unfällen. Die allermeisten Einsätze der Kriseninterventionsteams erfolgen nach solchen Notfällen und haben sich sehr gut bewährt. In der überwiegenden Zahl der Fälle dauern die Einsätze eine oder mehrere Stunden und helfen den Betroffenen, die eigenen Ressourcen zu aktivieren, um mit der Situation fertig zu werden. Gegebenenfalls stellt die Krisenintervention eine wichtige Brückenfunktion zu einer längerfristigen Behandlung dar, die von den Betroffenen selbst oft nur schwer zu organisieren wäre. Die beschriebenen Einsätze haben aber auch eine wichtige Funktion für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Einsatzerfahrungen vertiefen das Wissen und sind die einzige Möglichkeit, sich angemessen auf die sehr belastenden Einsätze bei Katastrophen vorzubereiten.

In den meisten Bundesländern ist es gelungen, eine flächendeckende Versorgung mit Kriseninterventionsteams aufzubauen, die von der Bevölkerung unentgeltlich in Anspruch genommen werden kann. Laut Einschätzung der Expertinnen und Experten ist die Versorgung vor allem in den Bundesländern Burgenland und Salzburg verbesserungswürdig. Generell gilt es, die derzeitige Versorgung aufrechtzuerhalten bzw. auszubauen, was auf-

grund der steigenden Nachfrage und knapper finanzieller Ressourcen keine einfache Aufgabe darstellt. Finanziert werden müssen im Wesentlichen Ausbildung und Ausrüstung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie einige angestellte Personen mit Koordinationsfunktion. Hinzu kommen die Kosten für die Einsätze. Es gibt kein einheitliches Finanzierungsmodell im Bundesgebiet. In einigen Bundesländern werden von den Landesregierungen die Ausbildungen finanziert oder Subventionen gewährt, Spenden sind aber eine ebenso wichtige Einnahmequelle.

Die folgenden Arbeitsweisen und Abläufe haben sich in der Krisenintervention bewährt und werden zusehends zum Standard in der Versorgung:

- Die meisten Kriseninterventionsteams arbeiten multiprofessionell, eine Einschränkung auf eine oder mehrere bestimmte Berufsgruppen ist nicht sinnvoll. Eine klinisch-psychologische oder eine psychotherapeutische Ausbildung ist von Vorteil, aber keineswegs Voraussetzung. Erforderlich ist hingegen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KIT eine spezielle Ausbildung in Krisenintervention.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KIT gehen in der Regel zu zweit in den Einsatz. Oft sind die vielen Anliegen der Betroffenen nicht von einer Person zu bewältigen.
- Sowohl was Alarmierung als auch Informationsfluss betrifft erweist sich die enge Kooperation mit zentralen Leitstellen, die Notrufe entgegennehmen bzw. mit Einsatzorganisationen, die ohnehin über eine entsprechende Infrastruktur verfügen, als Vorteil.
- Krisenintervention ist strikt von der Behandlung zu trennen, die möglicherweise nach einem erlebten Trauma erforderlich wird.
- Eine wichtige Funktion kommt den klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung und Supervision der KIT-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu. Auch in der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Angebots haben diese Berufsgruppen die wichtigste Bedeutung.
- Die Vergangenheit hat gezeigt, dass den Betroffenen im Falle von Großschadensereignissen und Katastrophen dann am besten geholfen werden kann, wenn die einzelnen Organisationen unter der Leitung einer einzigen Koordinationsstelle zusammenarbeiten. Diese Bereitschaft zur Zusammenarbeit macht das österreichische System sehr erfolgreich

Wichtige Ziele für die Zukunft sind zum einen das Schließen der Versorgungslücken in den Bundesländern Burgenland und Salzburg sowie in einigen Bezirken in anderen Bundesländern, die derzeit noch keine Versorgung vorweisen können. Zum anderen ist die Sicherstellung finanzieller Ressourcen für die Arbeit der Kriseninterventionsteams angesichts der steigenden Nachfrage und im Sinne der Qualitätssicherung eine wichtige Aufgabe.

Literatur- und Quellenangaben

BARWINSKI, R.: „Psychisches Trauma“ – ein unmögliches Konzept. Internetzeitschrift für Psychotraumatologie, Heft1, 2000

BUTTOLO, W.: Forschungsbedarf zur Stressbewältigung und Stressverarbeitung aus wissenschaftlicher Sicht. In: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf. Ergebnisse eines Workshops, Akademe für Kriesenmanagement, Notfallplanung und Zivilschiutz. Schriftenreihe: WissenschaftsFoum. Band 2. Bonn 2002, S. 67 ff

Center of Traumatic Stress Disorder http://www.usuhs.mil/csts, Stand März 2007

DSM IV: SAß, H. ET AL.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003

FISCHER, G. & RIEDESSER, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, 3. erw. Auflage 2003

FRICKE, H.: Das hört nicht auf. Trauma, Literatur und Empathie, Göttingen 2004

GSCHWEND, G.: Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Ein kurzes Handbuch für die Praxis. Bern 2004

HAUSMANN, C.: Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen und Versorgungsstandards, Wien, 2. aktualisierte Auflage 2005

ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, BMSG-Version 2001

LUEGER-SCHUSTER, B., KRÜSMANN, M., PURSTSCHER, K. (HG.): Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenlsagen. Wien 2006

MÜNKER-KRAMER, E.: <F43.0> Akute Belastungsreaktion. <F43.1> Posttraumatische Belastungsstörung. In: BEIGELBÖCK, W. ET AL.: Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung. Wien 2006, S. 293–322

TERR, L. C.: Childhood traumas: An outline and an overview. In: EVERLY, G. S. & LATING, J. M. (HG.): Psychotraumatology. New York 1995

TILL, W.: Krisenintervention oder: Beziehung gibt Halt. In: HOCHGERNER, M. ET AL. (HG.): Gestalttherapie. Wien 2004

RÖSCH, S. ET AL.: Traumata. http://www.trauma-informations-zentrum.de/infos/ltraumat.htm. Stand März 2007)

WARGER, R.: Kriseninterventionsdienst (KID). Unterschiede zwischen aktiven Mitarbeitern und Aussteigern hinsichtlich Trauma Symptomen, Burnout Symptomen und chronischem Stress, Diplomarbeit Universität Innsbruck 2007

ISBN-10 3-85159-117-8
ISBN-13 978-3-85159-117-0