

Basis-Krisenintervention

Fundierter Umgang mit akut psychisch Traumatisierten

Die präklinische Notfallmedizin hat die Tendenz, den psychosozialen Kontext, in dem sie tätig wird, eher als „Störfaktor“, denn als einen Aspekt ihres Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes zu sehen. Dies ist bedauerlich, kann aber im Hinblick auf notfallmedizinische Handlungsprioritäten in Kauf genommen werden, wenn der (stationär) versorgte Patient seinem psychosozialen Umfeld erhalten bleibt. Wenn der Patient verstirbt, wirkt sich das Defizit an psychotraumatologischen Grundkenntnissen in der präklinischen Notfallmedizin auf das psychosoziale Umfeld nachhaltig negativ aus. Es sind nicht nur oder in erster Linie christlich-weltanschauliche Motive, die einen kompetenten Umgang des Rettungsdienstpersonals mit trauernden und traumatisierten Menschen nahelegen. Vielmehr vernachlässigt die Notfallmedizin einen ihrer zentralen Aufträge: die Verhinderung schwerer gesundheitlicher Folgeschäden. Der Begriff der Gesundheit beinhaltet selbstverständlich nicht nur den somatischen Aspekt, sondern ebenso auch den psychischen. Damit bezieht sich der notfallmedizinische Auftrag nicht nur auf die Verhinderung somatischer, sondern auch auf die Verhinderung psychischer Folgeschäden.

Das Defizit an psychotraumatologischer Kompetenz im Rettungsdienst ist umso bedauerlicher, als daß im peritraumatischen Zeitraum (die ersten Minuten bis hin zu ca. 3 Stunden nach Eintritt des Ereignisses) eine verantwortete Intervention für die Integration und Bewältigung des Ereignisses eine zentrale Rolle spielen kann. Es gilt, die „peritraumatische Chance“ zu nutzen. Im Folgenden werden handlungsbezogene Empfehlungen für die Intervention durch Notarzt und/oder Rettungsassistent formuliert. Sie beziehen sich auf gesichertes psychologisches und psychotraumatologisches Wissen und haben sich in der rettungsdienstlichen Praxis bewährt („Basiskrisenintervention“). Dabei wird davon ausgegangen, daß dem Rettungsdienstmitarbeiter für die Intervention bei einem trauernden bzw. traumatisierten Menschen nach frustraner Reanimation ein Zeitraum von 20–30 Minuten zur Verfügung steht. Die Empfehlungen beziehen sich auf die verantwortete und strukturierte Betreuung Hinterbliebener in einer notfallmedizinischen Standardsituation: Exitus einer erwachsenen Person mit internistischer Todesursache im häuslichen Bereich. Bei Todesfällen von Kindern, nach Selbsttötungen und nach Todesfällen im öffentlichen Bereich gelten die Empfehlungen zur Ba-

sis-Krisenintervention nur eingeschränkt bzw. mit besonderen Akzentuierungen.

Krisenintervention im Rettungsdienst

In den zurückliegenden fünf Jahren sind zunehmend Initiativen im Rettungsdienst entstanden, die sich die Betreuung traumatisierter und/oder trauernder Menschen zur Aufgabe gemacht haben. Diese Einrichtungen werden von ausgebildeten und supervidierten Rettungsdienstmitarbeitern getragen und arbeiten überwiegend als „Krisenintervention im Rettungsdienst“ („KIT“). Andere Einrichtungen werden von Seelsorgern betrieben und haben sich als Notfallseelsorge etabliert. Allerdings sollte der humanitäre und psychologische Aspekt des Rettungsdienstes nicht an eine kleine Gruppe von Experten der Krisenintervention oder Notfallseelsorge delegiert werden. Wünschenswert ist, daß jeder Rettungsdienstmitarbeiter Basiskenntnisse der Krisenintervention hat und an der Einsatzstelle umsetzen kann.

„Gesundheit beinhaltet nicht nur den somatischen sondern auch den psychischen Aspekt.“

A. Müller-Cyran
Michael-Hartig-Weg 6,
D-81929 München

Anwesenheit der Angehörigen

Wenn Angehörige bei der Reanimation anwesend sein wollen, gilt aus psychologischer Sicht die eindeutige Empfehlung, ihnen die Anwesenheit möglichst zu machen. Eine angelehnte Tür zum Zimmer mit dem reanimationspflichtigen Patienten ist ein non-verbales Angebot an die Angehörigen, das sie nach eigener Einschätzung nutzen können. Aus medizinischer Sicht hat die Anwesenheit der Angehörigen einen positiven Effekt, nicht nur weil der Notarzt während der Patientenversorgung die Angehörigen zu Vorerkrankungen etc. befragen kann.

Eine effektive Reanimation hat die höchste Priorität. Das rettungsdienstliche Team muß sich innerhalb kürzester Zeit möglichst gute Arbeitsbedingungen schaffen. Gerade weniger erfahrene, aufeinander nicht eingespielte Teams sind durch die Anwesenheit von Angehörigen leichter irritierbar, besonders wenn Angehörige agitiert sind. Unter diesen Umständen müssen Angehörige bei der Versorgung des Patienten ausgegrenzt werden. Der Grund dieser Ausgrenzung liegt nicht im vorgeblichen „Wohl“ der Angehörigen, sondern in der Funktionsfähigkeit des rettungsdienstlichen Teams.

„Wie kann man Angehörigen nur zumuten, bei der Intubation oder Defibrillation eines Angehörigen anwesend zu sein?“ lautet ein häufiger Einwand. Die Grundlage für die Empfehlung, Angehörige bei der Reanimation nicht auszugrenzen, liegt in der Befragung von Hunderten betroffener Menschen [8]. Die „Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes“, ein Zusammenschluß von Eltern mit Experten aus verschiedenen Bereichen, schließt sich dieser Empfehlung uneingeschränkt an.

Grenzen Sie Angehörige bei der Reanimation nicht aus!

Ein Blick in die Psychotraumatologie macht die Empfehlung plausibel und relativiert Befürchtungen. Menschen, die Zeuge der Reanimation eines Angehörigen werden, befinden sich anfänglich in

einer psychischen Ausnahmesituation, die laienhaft auch als psychischer Schock, in der Psychotraumatologie als „akute Belastungsreaktion“ bezeichnet wird (WHO: ICD 10: F 43.0). Sie stellt im Gegensatz zu somatischen Schockzuständen (wie etwa der Volumenmangelschock) zunächst keinen pathologischen oder gar bedrohlichen Zustand dar. Vielmehr kann die akute

Belastungsreaktion als eine genetisch bedingte psychische Schutzreaktion gesehen werden. Die akute Belastungsreaktion stellt eine normale, physiologische und adäquate Reaktion auf eine entsprechend unnormale Situation dar. Im Rahmen der akuten Belastungsreaktion verändern sich die psychischen Funktionen des Menschen und arbeiten nicht mehr so, wie sie aus alltäglichen Bezügen bekannt und vertraut sind.

Wenn Angehörige bei der Reanimation anwesend sind, führt der psychische Ausnahmezustand dazu, daß wesentliche – medizinische – Aspekte mit großer Wahrscheinlichkeit später nicht erinnert werden. Ein fehlgelaufener Intubationsversuch oder die Kommunikation der Rettungsdienstmitarbeiter untereinander bleibt – wenn überhaupt – nur bruchstückhaft in Erinnerung. Hingegen erinnern sich viele Betroffene übereinstimmend später, daß sich die Rettungsdienstmitarbeiter maximal zur Lebensrettung engagiert haben. Das hohe Engagement des Rettungsdienstes bei der Reanimation hinterläßt einen tiefen und bleibenden Eindruck.

Der Ablauf der Reanimation stellt keine „Geheimlehre“ oder „Esoterik“ dar: es handelt sich um standardisierte Verfahren, die als solche verantwortet und kommunizierbar sind. Treten nach frustrierten Reanimationen forensische Komplikationen auf, spielt oft der Eindruck der Hinterbliebenen eine zentrale Bedeutung, aus dem eigenen Wohnzimmer „herausgeschmissen“ worden zu sein. Bei Angehörigen, die hinter verschlossener Tür warten müssen, entstehen leicht unzutreffende Phantasien und Verdächtigungen über die Gründe, weshalb Zeugen bei der notfallmedizinischen Arbeit offensichtlich unerwünscht sind.

Gespräch mit Hinterbliebenen

Floskeln sind eher Ausdruck eigener Unsicherheit, wenn man den verstorbenen Patienten und seine Hinterbliebenen nicht kennt. Wer klar formuliert, daß der Patient tot ist, wirkt nicht grausam. Wesentlich grausamer ist es, Hinterbliebene über den irreversiblen frustrierten Ausgang der eigenen notärztlichen Bemühungen im Dunkel zu lassen. Die Härte des Inhaltes ist nicht durch eine mildere Wortwahl zu kaschieren.

Verzichten Sie auf Floskeln; sagen Sie in eindeutigen Worten, daß der Patient tot ist!

Wer wider besseren Wissens falsche Hoffnungen weckt, macht den Angehörigen das Leben schwer, sich selbst (auf den ersten Blick) einfacher. So ist die Reanimation eines Patienten mit sicheren Todeszeichen unter „sozialer Indikation“ („wir wollten den Hinterbliebenen den Eindruck vermitteln, daß wir alles getan haben...“) eine fatale und falsche Intuition, die sich auf mutmaßliche „Schonung“ bezieht. Hier werden keine Hoffnungen geweckt, sondern Illusionen. Es ist kennzeichnend für eine wenig verantwortungsvolle Haltung in der Notfallmedizin, daß derjenige, der einen Patienten mit sicheren Todeszeichen als „laufende Reanimation“ ins Krankenhaus fährt, beim Zusammenbrechen der Illusionen von Hinterbliebenen über alle Berge ist.

Kontinuierliche Betreuung der Angehörigen

Kontinuierliche Betreuung heißt nicht kontinuierlich Reden. Wenn von den Hinterbliebenen Fragen gestellt werden, sollten sie mit einfachen, verständlichen Worten beantwortet werden. Oft ist bereits die reine Anwesenheit eines anderen Menschen in einer sprachlos machenden Situation Trost. Diese Sprachlosigkeit, die oft nur Sekunden oder wenige Minuten anhält, ist schwer auszuhalten, wenn man den helfenden Wert von Worten und Sprache allein überschätzt.

Bieten Sie den Hinterbliebenen eine kontinuierliche Betreuung an!

Aufgrund der psychischen Ausnahmesituation (akute Belastungsreaktion) sind trauernde und traumatisierte Menschen in der Akutsituation nur sehr eingeschränkt in der Lage, längeren Erklärungen zu folgen: sie sind oft ganz durchdrungen von einem Gedanken, der sie im Moment beschäftigt. Die Gedanken können inhaltlich recht sprunghaft sein. Daher ist es angemessen, sich im Gespräch mit Betroffenen an ihren Bedürfnissen zu orientieren und Fragen, die sie stellen aufzugreifen (auch wenn sie sich wiederholen sollten). Grundsätzlich gilt es, mit einfachen Worten das Chaos in der Wahrnehmung und im Erleben von Betroffenen zur Normalität hin verändern. So ist es wichtig zu erklären, was überhaupt in der Umgebung des Betroffenen vorgeht, welche Menschen sich dort mit welcher Funktion aufhalten, wie der übliche Ablauf in dieser Situation aussieht und was auf sie zukommt. Betroffene beklagen sich später darüber, daß sie nicht wußten, was in ihren eigenen vier Wänden vorgegangen sei. Dem hohen Bedürfnis an Information und Transparenz, das als Ausdruck eines Bedürfnisses nach Orientierung und Normalität verstanden werden kann, sollte nach Kräften entgegen gekommen werden.

Vermeidung von Schuldgefühlen

Immer wieder zeigt sich bereits hier zu Beginn der Trauer, daß bei Hinterbliebenen irrationale und unbegründete Schuldgefühle entstehen und geäußert werden. Diese Schuldgefühle können sich im weiteren Verlauf der Trauer bis zur Unerträglichkeit steigern („Mein Mann könnte noch leben, wenn ich gleich die richtige Telefonnummer gewählt hätte“). Dem Rettungsdienstmitarbeiter geht eine natürliche Autorität voraus, sein Wort hat Gewicht. Eine medizinisch-wissenschaftlich nicht falsche Antwort („Es wäre nicht auszuschließen, daß Ihr Mann noch leben könnte, wenn Sie gleich die richtige Nummer gewählt hätten.“) ignoriert die psychische Situation der Hinterbliebenen und den weiteren Verlauf der Trauer. Der Rettungsdienst-

mitarbeiter sollte angesichts der Irreversibilität des Todes dafür Sorge tragen, daß Hinterbliebene in ihrer Phantasie weder sich selbst noch andere am Tod ihres Angehörigen schuldig machen.

Abschätzung des Betreuungsbedarfes

Bei der Wahrnehmung des Betreuungsbedarfes fallen immer wieder gravierende Fehleinschätzungen auf: jemand der weint, so wird angenommen, muß betreut werden, wer hingegen nicht weint, kommt mit dem Ereignis gut zurecht. Diese Einschätzung kann im Einzelfall zutreffen, häufig liegt hier jedoch ein Irrtum vor: akut psychisch traumatisierte Menschen berichten später, daß sie in der Situation „neben sich standen“, daß sie „alles wie im Film erlebt hätten“, daß „alles unwirklich gewesen sei“ und sie „das Ereignis noch gar nicht realisiert hätten“ (dissoziatives Erleben). Nachhaltig psychisch traumatisierte Menschen, die in ihrem Trauma Kognition und Emotion aufspalten (z.B. wissen, daß das eigene Kind tot ist, aber scheinbar gefühllos „cool wie ein Manager“ die Bestattung organisieren), werden aus diesen Gründen oft nicht als betreuungsbedürftig wahrgenommen.

Ein Mensch, der nach dem Tod einer nahestehenden Person weint, zeigt eine völlig normale und adäquate Trauerreaktion. Allerdings haben Gefühle, die gezeigt werden (Affekte), die Tendenz, sich auf andere zu übertragen. Einsatzkräfte haben ein ausgeprägtes Interesse daran, ihre eigenen Gefühle aus dem Einsatzgeschehen herauszuhalten (professionelle Distanz). Ein weinender Mensch in unmittelbarer Nähe – besonders, wenn es sich um einen Mann handelt – wird als höchst irritierend wahrgenommen: der Affekt wirkt auf die Einsatzkräfte, die nun zusätzliche Kraft darauf verwenden müssen, sich die Gefühle der Trauer vom Leib (und von der eigenen Seele) zu halten. Daher ist es verständlich, wenn weinende Menschen durch „Trösten“ und/oder Diazepam stillgestellt werden.

Abschied nehmen

Hier handelt es sich um ein Angebot für Hinterbliebene. Der Satz: „Behalten Sie den Toten lieber so in Erinnerung, wie er

lebend war“ hört sich zunächst „schockierend“ und freundlich an, wirkt sich jedoch auf den späteren Verlauf der Trauer fatal aus. Es entspricht einem Grundbedürfnis des Menschen, sich von Nahestehenden und Geliebten zu verabschieden. Das Wesen von Trauer besteht nicht darin, jemanden als Lebenden zu erinnern, sondern eben als Toten. Daher ist es angemessen, Hinterbliebene nach Todesfällen sowohl von Erwachsenen wie auch besonders von Kindern im häuslichen Bereich mit internistischer Todesursache zu ermutigen, sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Trauernde, die später befragt wurden, heben immer wieder hervor, wie wichtig ihnen das Abschiednehmen gewesen sei. Viele Trauernde äußern erst später (nach der Beerdigung), wie wichtig der Abschied vom Toten gewesen wäre bzw. war.

Bieten Sie den Hinterbliebenen an, vom Toten Abschied zu nehmen!

Der Abschied von einem nahestehenden, verstorbenen Menschen findet in der Umgebung statt, in der man gemeinsam gelebt hat: in der Wohnung. Oft werden Tote, besonders wenn sie von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt wurden („nicht geklärte Todesart“), schnell aus der Wohnung geholt. Wenn die Einsatzkräfte hier den Hinterbliebenen nicht die Möglichkeit eröffnen, sich zu verabschieden, ist diese Chance irreversibel vertan. Das Abschiednehmen in einer Aussegnungshalle kann den Abschied im häuslichen Bereich nicht ersetzen.

Der verstorbene Mensch sollte von den Einsatzkräften in einem würdigen Zustand hinterlassen werden. Abfall, der bei der Reanimation entsteht, muß aufgeräumt werden, die Leiche sollte im Bett liegen und, wenn möglich, nicht am Boden liegen bleiben. Wenn die Polizei vor Ort ist, sollte mit ihnen das Abschiednehmen der Hinterbliebenen abgesprochen werden. Die Praxis zeigt, daß dies nur bei fraglichen oder offensichtlichen Tötungsdelikten kaum möglich sein wird. Die Entscheidung darüber liegt immer beim ermittelnden Beamten der Kriminalpolizei.

Gelegentlich äußern Hinterbliebene von Verstorbenen, die schwer entsetzt wurden (z.B. nach Selbsttötung, Ver-

kehrsunfall, etc.), den starken Wunsch, den Toten nochmals sehen zu können. Aus psychologischer Sicht ist dazu zu sagen, daß ihnen dies kurz und in Begleitung eines Betreuers möglich gemacht werden sollte! Gegebenenfalls kann eine Leiche mit einem Tuch oder Laken abgedeckt werden, unter dem eine Hand oder ein Fuß herauschaut.

Soziale Ressourcen

Viele betroffene Menschen klagen, daß sie sozial isoliert werden: Verwandte, Freunde und Bekannte ziehen sich zurück, weil sie unsicher sind, wie sie mit den Betroffenen „richtig“ umgehen sollen. Dabei ist in dieser Situation der Rückzug genau das Falsche, jeder Kontakt und die Nähe von Verwandten und Freunden ist für sich bereits eine Hilfe und Unterstützung. Wenn Einsatzkräfte mit der Bitte um Betreuung der Betroffenen auf Verwandte oder Nachbarn gezielt zugehen, werden sie die Bitte kaum ausschlagen und fühlen sich bestärkt, auf die Betroffenen zuzugehen.

Lassen Sie Trauernde und Traumatisierte niemals allein zurück, sondern beziehen Sie zur Verfügung stehende soziale Ressourcen der Betroffenen ein!

Nach Selbsttötung, Kindstod und Gewalterfahrung sollte immer an eine qualifizierte psychosoziale Einrichtung verwiesen werden, weil die genannten drei Indikationen in besonderer Weise psychische Dauerschäden verursachen können. So ist epidemiologisch belegt, daß die Suizidgefahr in Familien mit Suizid eines Angehörigen signifikant erhöht ist. Der Hinweis auf eine Beratungsstelle, die mit einem systemischen Ansatz möglichst die gesamte hinterbliebene Familie in ihr Angebot einbezieht, hat direkt suizidpräventive Bedeutung. Weiterhin ist bekannt, daß sich Eltern nach dem Tod eines gemeinsamen Kindes deutlich häufiger trennen [Sattler M (1987) Prozeßmerkmale familiärer Lebenskrisenbewältigung aus klinisch-psychologischer Sicht. Mitteilungen der GePS]. Der Hinweis an beide Elternteile, gemeinsam die Unterstützung einer entsprechenden Einrichtung in An-

spruch zu nehmen (z.B. Selbsthilfegruppen wie „Verwaiste Eltern“ oder „GEPS – Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes“), kann dieser fatalen Dynamik entgegenwirken. Praktisch jede Frau, die eine Vergewaltigung erlitten hat, entwickelt später einen schweren psychischen Folgeschaden („Posttraumatische Belastungsstörung“) [Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhard, München S. 296]. Dem kann der frühzeitige Hinweis auf eine entsprechende Beratungsstelle einfach und wirksam entgegenwirken.

Verweisen Sie nach Selbsttötung, Kindstod und Gewalterfahrung immer an professionelle psychosoziale Einrichtungen!

Der Rettungsdienstmitarbeiter erfüllt hier im psychosozialen Kontext eine Aufgabe, die im Mittelpunkt rettungsdienstlicher und notärztlicher Tätigkeit steht: er führt Betroffene zur weiteren Therapie einer Einrichtung zu – und therapiert nicht selbst. Grundsätzlich ist es nicht sinnvoll, daß der Rettungsdienstmitarbeiter selbst Kontakt mit den entsprechenden Beratungsstellen aufnimmt. Wichtig ist der mündliche Hinweis auf die Beratungsstelle, unterstützt durch die Notiz auf einem Zettel, auf dem Name und Telefonnummer der Einrichtung notiert werden. Geeignet ist auch ein Faltblatt der Einrichtung. Dieser Zettel kann neben dem Telefon oder an anderer markanter Stelle hinterlegt werden. Dort wird er mit großer Wahrscheinlichkeit nach einigen Tagen von den Betroffenen wahrgenommen, die oft erst dann in der Lage sind, das Angebot der entsprechenden Einrichtung für sich in Anspruch zu nehmen. Es hat sich bewährt, bei den Einsatzunterlagen eine Liste der in der Region etablierten Einrichtungen vorzuhalten.

Fazit für die Praxis

Die qualifizierte Einbeziehung des psychosozialen Kontextes einer Notfallsituation ist Bestandteil des notfallmedizinischen Auftrages. Eine kompetente und verantwortete Betreuung kann trotz der Zeitknapp-

heit im Rettungsdienst ein effektiver Beitrag dazu sein, schweren gesundheitlichen Folgeschaden im psychischen Bereich abzuwenden (posttraumatische Belastungsstörung, pathologische Trauerreaktion). Der Rettungsdienst hat die Möglichkeit, die am Anfang stehende Verarbeitung von Trauer und Trauma mit wenig Aufwand positiv zu beeinflussen. Intuitives oder beliebiges, ausschließlich „auf gesundem Menschenverstand“ basierendes Betreuen kann zu schwerwiegenden Fehlern führen und entspricht nicht einer qualifizierten notfallmedizinischen Arbeitsweise. Dieser entspricht eine verantwortete und an gesicherten psychologischen Erkenntnissen orientierte Intervention, die als Basis-Krisenintervention von jedem Rettungsdienstmitarbeiter durchgeführt werden kann. Wer mit der Durchführung der Basis-Krisenintervention Erfahrungen sammelt, kann feststellen, daß von der erweiterten psychosozialen Grundkompetenz nicht nur der trauernde und/oder traumatisierte Betroffene profitiert, sondern auch der Rettungsdienstmitarbeiter selbst. Er kann aktiv dazu beitragen, das Leid von Trauernden und Hinterbliebenen nicht zusätzlich und unnötig zu verstärken.

Literatur

1. Aktionsgemeinschaft für Verkehrssicherheit und Bruderhilfe Akademie (1997) „**Notfallseelsorge**“, eine Handreichung: Grundlegendes – Modelle – Fortbildung. (erhältlich bei: Bruderhilfe, Kölnische Str. 108–110, D-34119 Kassel)
2. Bengel J (Hrsg) (1997) **Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst**. Springer, Berlin
3. Butollo W, Krüsmann M, Hagl M (1998) **Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen**. Pfeiffer, München
4. Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes (GEPS) Deutschland e.V., Helmerichs J (1997) **Plötzlicher Säuglingstod: Hilfe und Unterstützung für betroffene Familien**. Informationen und Empfehlungen für den Rettungsdienst. (Diese Broschüre ist gegen eine Schutzgebühr von DM 5,- erhältlich bei: GEPS Deutschland e.V., Postfach 1126, D-31501 Wunstorf)
5. Maercker A (Hrsg) (1997) **Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung**. Springer, Berlin
6. Meyer C, Steil R (1998) **Die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen**. Unfallchirurg 101:878–893
7. Mitchell TJ, Everly GS (1998) **Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen**. Edewecht
8. Saternus KS, Klostermann P (1992) **Der plötzliche Kindstod. Elternbetreuung**. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse Bd 3, Lübeck