

Krisenintervention

Es gibt nur allzu viele traurige Beispiele dafür, wohin eine Betreuung führen kann, die zwar vom guten Willen, aber nicht von guter Sachkenntnis getragen ist.
Es hat sich zunehmend gezeigt, dass die strukturierte und verantwortliche Betreuung akut traumatisierter und trauernde Menschen kein humanitärer Luxus ist. Immer mehr wird erkennbar, dass die qualifizierte traumatologische Intervention im Rahmen des Einsatzgeschehens integraler Bestandteil ist.
Es geht um die grundlegende Erfahrung, dass ein tragischer Wendepunkt (z. B. der plötzliche Tod eines nahestehenden, geliebten Person oder durch eine körperlich schadlos überstandenen Lebensbedrohung) nicht zum Stillstand oder Ende des eigenen Daseins führt. Unter psychosozialer Krise ist eine Konfrontation mit unvorhersehbaren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen zu verstehen. Die daraus folgenden Lebensveränderungen erzeugen Hilflosigkeit und Schrecken und überschreiten oftmals die Grenzen der eigenen Bewältigungsmechanismen. Wenn es jedoch gelingt, eine psychosoziale Krise als Wendepunkt zu deuten, der hat eine neue Perspektive gefunden und damit die Voraussetzung für sich geschaffen, sein Leben nach der Krise neu zu gestalten.
Somit stellt die Krisenintervention eine Unterstützung für Betroffene dar. Das prägnanteste Merkmal der Krisenintervention ist, dass sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach der Traumatisierung beginnen muss, um der Weichenstellung hinsichtlich der Bewältigung eines tragischen Ereignisses zu dienen. Kriseninterventionsmitarbeiter will den Betroffenen dabei helfen, für sich neue Perspektiven zu erkennen bzw. zu erarbeiten und somit zu einem größtmöglichen Maß an Selbstbestimmung zu finden. Diese Entwicklung gibt es durch eine qualifizierte und strukturierte Betreuung zu initialisieren.
Diese Traumatisierung kann sich dann einstellen, wenn ein Mensch überraschend mit einer Situation konfrontiert wird, die er als lebensbedrohlich erlebt, die außerhalb seiner normalen Erfahrung liegt und für die er somit keine Bewältigungsstrategien hat. Ein Trauma in diesem Sinn kann auch induziert werden, wenn es sich um eine Bedrohung des eigenen Lebens oder das eines nahen Angehörigen handelt. Diese wiederum kann durch Naturereignisse oder durch von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle usw. hervorgerufen werden. Im Vordergrund steht dabei stets das subjektive Empfinden einer Person.
Die Krisenintervention befasst sich mit traumatisierten Menschen. Durch diese Aufgabenstellung wird deutlich, dass die Krisenintervention nicht allein einen humanitären Anliegen folgt. Krisenintervention ist deshalb mit dieser Prämisse Bestandteil notfallmedizinischer Tätigkeit, weil die Verhinderung gesundheitlicher Folgeschäden zum Aufgabengebiet gehört.

Übersicht

Die Krisenintervention ist eine Struktur, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, traumatisierte Menschen im Sinne eines Akutdienstes zu betreuen.
Dort, wo der Rettungsdienst zum Einsatz kommt, hat man es nicht nur mit Verletzten oder Kranken zu tun, sondern auch sehr häufig mit direkt betroffenen Angehörigen oder Zeugen. Diese können durch das Ereignis traumatisiert sein, weil sie sich bei seinem Eintreten in ihrer körperlichen Integrität bedroht sahen oder weil sie durch persönliche Betroffenheit mit einem Ereignis konfrontiert wurden, das zum einen völlig unerwartet und unvorstellbar war, zum andern die normale menschliche Erfahrung überstieg. Was kann der Kriseninterventionsdienst in Kontext leisten?
Bei einem Einsatz fühlt sich niemand der anwesenden Rettungskräfte in erster Linie für die körperlich unverletzten Betroffenen zuständig. Die Kriseninterventionsmitarbeiter sind, wenn keine funktionierende Notfallseelsorge zur Verfügung steht oder diese nicht greift, die ersten, die allein zum Zweck der Betreuung gerufen werden. Gleich bei ihrem Eintreffen signalisieren sie, dass sie ausreichend Zeit zur Verfügung haben, um kontinuierlich bei dem zu Betreuenden zu bleiben. Es ist ein Fehler als Kriseninterventionsmitarbeiter diesen Auftrag nicht zu erfüllen und an der Einsatzstelle nach der Kontaktaufnahme mit den Klienten die geforderte Kontinuität nicht einzuhalten.
Es wird sehr Bald nach Beginn der Betreuung versucht, Ruhe auszustrahlen, Ansprechpartner zu sein und das Geschehen zu strukturieren. Diese Intention muss für alle Mitarbeiter einer Krisenintervention mit fundierter medizinischer Fachkompetenz verbunden sein.
Um eine adäquate Trauerarbeit zu initiieren, ist es hilfreich, die Angehörigen zu ermutigen, sich, soweit dies möglich ist, vom Verstorbenen zu verabschieden. Ferner ist es Bestandteil jeder Intervention, niederschwellige Ressourcen der Betroffenen zu aktivieren um die Aufgabe der Brückenfunktion zu gewährleisten.

Einsatzindikationen

Die Krisenintervention ist ein Angebot bei Hinterbliebenen und Angehörige nach Exitus eines Erwachsenen im häuslichen Bereich bei besonderen sozialen Verhältnissen, bei Hinterbliebene nach Suizid und Suizidversuch eines Angehörigen, bei Hinterbliebenen nach Tod eines Kindes, Betreuung von Lokführer nach Unfällen mit Personenschaden, Opfer von Gewalttaten, Überbringen einer Todesnachricht sowie Betreuungen in der Öffentlichkeit.

Brückenfunktion

Es wäre vermessen zu glauben, dass nach einer perfekten Krisenintervention die Bewältigung ohne weitere Hilfsangebote gelingt. Wenn Krisenintervention als „Erste Hilfe für die Seele“ zu verstehen ist, so muss eine weitere, professionelle Hilfe folgen.
Ein Qualitätskriterium liegt darin, wie fundiert und qualifiziert die Brückenfunktion wahrgenommen wird und in welchem Maß sie trägt.
Für jede Indikation und für jeden sozialen Kontext muss versucht werden, eine geeignete Anlaufstelle zu finden. Die Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Fachkliniken und sonstige in Frage kommenden Zusammenhänge sind informativ jeder Kriseninterventionseinsatzkraft zugänglich zu machen und Teil der Standardausbildung. Sie sind in einem Verzeichnis zusammenzufassen. Es werden nur Einrichtungen aufgenommen, deren inhaltliches Arbeitskonzept der Krisenintervention bekannt und die mit den Krisenintervention immanenten Ansatz kompatibel sind.

Betreuung

Bisher wurden Handlungsempfehlungen genannt, die für die Krisenintervention eine allgemeine Gültigkeit haben. Jede verantwortlich geleitete Kriseninterventionsstruktur

zeichnet sich dadurch aus bzw. muss sich daran messen lassen, in welchen Maß sie ihre eigenen Grenzen definiert und die geleistete Arbeit reflektiert. Kein Einsatz darf beliebig ablaufen. Die Betreuungen haben eine entsprechende Struktur. Es ist zwar nicht möglich, den Verlauf einer Intervention zu standardisieren, da aber Qualität in diesem Bereich immer feldbezogen und problembezogen sein muss, können Qualitätskriterien insofern nützen, worin man auf wichtige Grundlagen und Dimensionen eingegangen wird, allen Mitarbeitern vorliegen.
Um sich auf die Interventionstätigkeit im Allgemeinen und auf die einzelnen Einsätze im Besonderen vorbereiten zu können, macht es Sinn, dass alle Teilnehmer ihre eigenen, bei der Ausbildung erhaltenen Unterlagen besitzen.
Das Einsatzstichwort **Betreuung nach „normalen“ Tod im häuslichen Bereich** ist für die betreffenden Kriseninterventionszusammenhänge der wohl häufigste Alarmierungsgrund. Kann der Tod eines Angehörigen überhaupt „normal“ sein? Mit dieser Bezeichnung ist das Sterben eines Menschen ohne Fremdeinwirkung, ohne Unfall oder suizidaler Absicht gemeint.
Die Einsatzindikation von **Überbringung einer Todesnachricht** ist ein Angebot, das sich an alle Polizeiinspektionen, Fachkommissariate und sonstige Dienststellen der Polizei im Wirkungskreis der örtlichen Krisenintervention richtet. Von einem Todesfall sind die nächsten Angehörigen zu unterrichten. Diese Aufgabe übernimmt in der Regel die Polizei. Zuständig ist die Polizeiinspektion in dem Revier, wo die zu verständigende Person wohnt. Für die Polizei ist dies eine unangenehme und belastende Angelegenheit, auf die sie während ihrer Ausbildung nicht immer ausreichend vorbereitet werden. Für die zu verständigenden Angehörigen ist dies in manchen Fällen eine Nachricht, die je nach der individuellen Lebenssituation und Todesumstände, zweifelslos potenziell traumatisiert ist. Somit kann die Überbringung von Todesnachrichten als eine Aufgabe von der Krisenintervention gesehen werden.
Die Betreuung von Menschen mit akuter **Suizidgefährdung** oder in Situationen suizidales Handeln ist unter dem Gesichtspunkt der Selbstgefährdung gesetzlich und juristisch geregelt. Die praktische Anwendung von Maßnahmen ist hierbei organisatorisch dem Zentralen Psychologischen Dienst der Polizeidirektionen und Polizeipräsidien übertragen. Es kann nicht Zielsetzung einer Krisenintervention sein, funktionierende Systeme zu beeinträchtigen oder zu unterbrechen. Insoweit richtet sich auf Grund dieser Klaren strukturellen Aufgabenverteilung das Hauptaufgabenmerk der Krisenintervention auf die Betreuung von Angehörigen und Zeugen nach einem versuchten oder vollendeten Suizid. Für die Betreuung ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass vieles der vorangegangenen Beziehungsdynamik sowie Andeutungen erst nach dem Suizidversuch / Suizid klar werden. Diese Aufarbeitung und das Verstehen der Zusammenhänge ist oft ein Themenschwerpunkt der Intervention. Die Art und Weise, wie sich jemand das Leben genommen hat, stellt je nach suizidalem Arrangement eine letzte Kommunikationsform mit der Umwelt dar. Für die Kriseninterventionsmitarbeiter sind die Umstände von Bedeutung, denn insbesondere darin ist eine Botschaft enthalten. Diese wird von vielen Angehörigen subjektiv interpretiert. Die Betreuer sind keineswegs dazu angehalten, selbst Deutungen vorzunehmen. Ein gewisses Grundwissen ist jedoch Voraussetzung, um bei Fragestellungen bestimmte Weichen für den weiteren Trauerprozess zu legen. Der Nachahmungssuizid tritt besonders bei Jugendlichen auf, die einen „Vorgänger“ haben und dessen Suizid glorifizieren bzw. verehren.
Die **Betreuung von Fahrern öffentlicher Verkehrsmittel nach einem Unfall mit Personenschaden** bilden eine Indikation für die Krisenintervention. Die Fahrer sind, unabhängig von Grad ihrer Beteiligung bzw. ihrer Schuld, im Allgemeinen immer betreuungswürdig. Für das Verständnis der besonderen Problemlage der Betroffenen und der Vorgehensweise der Kriseninterventionsmitarbeiter ist es daher unerlässlich, gewisse Sachverhalte über die Technik und die rechtlichen Folgen dieses Fachgebietes zu

vermitteln. Betrachtet man zunächst Fahrzeuge, die sich auf öffentlichen Verkehrsgrund im Geltungsbereich der Straßenverkehrsordnung befinden, so werden gravierende Unterschiede zu Führen von Zügen der Deutschen Bahn AG sowie S-Bahnen und U-Bahnen deutlich. Bei Fahrern von Straßenbahnen und Bussen führt ein Unfall mit Personenschaden automatisch zum Einschalten der Staatsanwaltschaft. Gegen den verantwortlichen Fahrzeugführer wird dann generell wegen Körperverletzung (evtl. mit Todesfolge) ermittelt. Ferner haben die Fahrer keine Möglichkeit, sich räumlich zu distanzieren und sind somit auch einer möglichen Konfrontation mit Fahrgästen und Unfallzeugen ausgeliefert. Zusätzlich stellt sich das Problem, dass beispielsweise bei einer Straßenbahn oder einem öffentlichen Bus bei einer Notbremsung, wobei die technischen Möglichkeiten der Geschwindigkeitsreduzierung voll ausgenützt werden, im Regelfall zusätzlich Fahrgäste im Fahrzeug durch Stürze verletzt werden. Diese Unfallfolge belastet die Fahrer kumulativ im Hinblick darauf, dass sie sich den Fahrgästen nicht entziehen können. Anders gestaltet sich dies bei Zügen der Deutschen Bahn AG sowie bei S-Bahnen und U-Bahnen. Hier ist die sofortige Bremsung keine Notbremsung, bei der die technischen Möglichkeiten zur Verzögerung voll ausgenützt werden, sondern eine „Schnellbremsung“. Diese ist im Hinblick auf die größere Anzahl der Fahrgäste und deren Verletzungsrisiko so gestaltet, dass das Fahrzeug schnellstmöglich zum Stehen kommt, wobei der Verzögerungswert so bemessen ist, dass weder das Schienenfahrzeug noch die Fahrgäste Schaden nehmen können. Die verantwortlichen Lokführer genießen darüber hinaus den „Vorteil“ dass in diesen Bereichen die sogenannte „Schienenhoheit“ grundsätzlich Geltung hat, das heißt, dass sie nicht automatisch mit juristischen Konsequenzen rechnen müssen. Es werden lediglich die gefahrene Geschwindigkeit und der Zeitpunkt für die Auslösung der Schnellbremsung festgehalten. Bei der Betreuung von Fahrern öffentlicher Verkehrsmittel nach Unfällen kann das Maß der persönlichen Betroffenheit sehr unterschiedlich sein. Es ist mit allen Reaktionen zu rechnen. Der Grad der Traumatisierung sollte nicht unterschätzt werden. Viele Unfälle erlebt zu haben, hat keine Abhärtung zur Folge, sondern eher eine Erhöhung der Vulnerabilität.

Die **Betreuung nach einem Kindstod** hierfür sind in der Regel Totgeburt, plötzlicher Säuglingstod, Verbrechen, Unfall, Suizid oder Krankheiten. Den eigenen Tod stirbt man selbst. Doch mit dem Tod der anderen muss man leben. Den Tod älterer Menschen kann man als letzte Phase des Lebens meist noch annehmen. Der Tod eines Kindes jedoch erscheint den Hinterbliebenen als völlig inakzeptabel, denn es ist ein Tod zur Unzeit. Nach dem Tod eines Kindes ist für die Eltern nichts mehr wie vorher. Sie stürzen in einen seelischen Abgrund von Verzweiflung, Wut, Trauer, Aggressionen, Selbstzweifel sowie Verlust von Sinn und Werten. Für Betroffene ist es kaum vorstellbar, dass sich nach diesem Verlust die Welt wie gewohnt weiterdreht. Alltägliche Aufgaben werden auf einmal zu unüberwindlichen Hindernissen. Die Partnerschaft wird oft schwer belastet, weil die beiden Elternteile auf ganz unterschiedliche Weise trauern. Drei viertel aller Beziehungen zerbrechen nach dem Tod eines Kindes. Für andere Kinder der Familie, die ja am Tod ihrer Geschwister selbst schwer zu tragen haben, bleibt oft kaum mehr Zeit und Kraft. Die Mitarbeiter von der Krisenintervention sind bei diesen Einsätzen besonders gefordert und belastet, denn den Betroffenen muss ungeteilte Aufmerksamkeit gelten. Es bedarf auch hier einer fundierten Ausbildung, um Krisenintervention betreiben zu können. So darf es z. B. nicht passieren, dass dem verbreiteten Impuls, die Eltern zu schonen (und sie deshalb vom Notfallgeschehen möglichst fernzuhalten oder ihnen den Anblick ihres Kindes zu „ersparen“), intuitiv nachgegeben werden. Diese gut gemeinte, aber insuffiziente Hilfe kann Monate später erhebliche Komplikationen in der Trauerarbeit hervorrufen. Der Notfalleinsatz „plötzlicher Säuglingstod“ gehört zu den schwierigsten Aufgaben der Krisenintervention. Der plötzliche Tod eines anscheinend völlig gesunden Babys, ruft bei den meisten Irritationen, ein beklemmendes Gefühl und Ratlosigkeit hervor. Nicht selten kommt es bei den Betreuern zu Selbstzweifeln und zur Verunsicherung, weil einerseits bei

einem Kindernotfall die Routine fehlt und weil andererseits ein kleiner Mensch, der sein ganzes Leben eigentlich noch vor sich haben sollte, nun plötzlich ohne ersichtlichen Grund verstorben ist. In der Praxis folgen daher viele dem „gesunden Menschenverstand“. Dass dieser Weg nicht ein Ausdruck von Qualität ist, sondern zu zusätzlichen Belastungen führen kann, hat eine durchgeführte Langzeitberatung der vom plötzlichen Säuglingstod betroffenen Familien am Institut für Rechtsmedizin gezeigt. Der plötzliche Kindstod ist die häufigste Todesursache von Kindern zwischen den achten Lebenstag und dem vollendeten ersten Lebensjahr. Sie ist ein komplexes, multifaktorielles Geschehen und noch nicht definitiv erklärbar. Plötzlicher Kindstod ist mit einer Störung vitaler Regelmechanismen, mit zentralen Atemregulationsstörungen, mit Atemstillstand sowie Herzstillstand und Tonusverlust der Muskulatur (häufig in Zusammenhang mit Viruseffekten) verbunden. Es wird angenommen, dass die davon betroffenen Kinder in ein pränatales Atemmuster verfallen. Symptome vom plötzlichen Kindstod sind u. a. exzessives Schwitzen, eine leichte fiebrige Infektion, der Zustand nach ALTE (plötzliches und gleichzeitiges Auftreten von Atemlosigkeit, schlaffer Muskulatur, Zyanose / Blässe und Bradykardie).
Beim sonstigen **Tod eines Kindes** handelt es sich um eine außergewöhnliche belastende Krisenintervention, die durch regelmäßige Schuldvorwürfe noch weiter problematisiert wird. Durch die Anwesenheit von Polizei und Rettungsdienst entsteht eine sehr aufgewühlte und unübersichtliche Atmosphäre. Sollten bei dem Kind Reanimationsmaßnahmen durchgeführt werden, so sind die Eltern dabei auf keinen Fall auszugrenzen. Wird die Wiederbelebung abgebrochen, so ist den Angehörigen mit klaren, eindeutigen Worten der Tod ihres Kindes mitzuteilen.
Von einer „Pseudoreanimation“, die durch die sozialen Indikatoren indiziert scheint, ist insbesondere dann abzuraten, wenn das Kind unter Reanimationsbedingungen ins Krankenhaus gebracht wird. Es ist wichtig, zwischen dem Bemühen ein Leben zu retten und dem Beginn von Wiederbelebungsmaßnahmen trotz des Wissens, dass das Kind tot ist, zu differenzieren. Für Einsatzkräfte ist die Versuchung oft groß, die eigene Hilflosigkeit zu kompensieren, indem man kardiopulmonalen Reanimation beginnt. Damit wird den Eltern signalisiert, dass alles in dem Moment in der Macht stehende versucht wird, um das Leben des Kindes zu retten. Es werden damit aber ebenfalls Hoffnung und Zuversicht übermittelt. Der Schock über den Tod des Kindes ist jedoch nicht leichter zu ertragen, wenn eine künstliche Spannung erzeugt und aufrechterhalten wird. Ferner setzt eine künstliche Verschiebung des eigentlichen Todeszeitpunkts ein. Erst im Moment des Abbruchs der Wiederbelebungsversuche wird dieser automatisch festgeschrieben. Dadurch können Schuldgefühle der Eltern erheblich verstärkt werden. Sie müssen annehmen, sie hätten nur Sekunden oder wenige Minuten früher zu reagieren brauchen, um ihr Kind vor dem Sterben zu bewahren. Außerdem wiegt das Gefühl des eigenen „Versagens“ bei der Ersten Hilfe Leistung dann um so schwerer. Die empfundene Belastung der Betroffenen, falsch gehandelt, unnötig Zeit verloren sowie ineffektiv geholfen zu haben, muss in der Betreuung thematisiert werden. Das Schuldgefühl der Eltern ist für sie ausgesprochen belastend. Ein Kriseninterventionsmitarbeiter muss vorbereitet sein, dieses Thema auszuhalten und in gewisser Hinsicht zu strukturieren. Die innere Spannung der Betroffenen kann erst dann nachlassen, wenn die Vorwürfe ausgesprochen und wahrgenommen werden. Die Aufforderung zur aktiven Abschiednahme von einem toten Kind mag auf den ersten Blick befremdend wirken. Die konkrete Erfahrung, bei einem verstorbenen Kind zu sitzen, ist zweifelslos enorm schmerzlich. Aber nur so ist das Unfassbare zu begreifen sowie zu erfassen. Das Erlebnis des Abschiednehmens ist ein wichtiger Initiationsritus, welcher dazu dient, die Verzweiflung verarbeiten zu können. Wie es sich in der Praxis gezeigt hat, setzt das sich Verabschieden keinen tadellosen Zustand der Leiche voraus. Es ist überwältigend, eine Mutter zu beobachten, die in einer rechtsmedizinischen Kühlhalle von ihrem durch einen

Motorradunfall gestorbenen Sohn Abschied nimmt, obwohl dieser tödliche Verletzungen am Kopf hat. Durch den letzten Abschied haben die Eltern die Möglichkeit, das Sterben ihres Kindes durch die eingetretenen Veränderungen des Körpers ganz hautnah und plastisch zu erfahren. Um die Trauerreaktion auslösen zu können, ist es wichtig, dass die Betroffenen es auf ihre Art machen können. Sie dürfen und sollen dabei so laut und so lange weinen und klagen können, wie sie es wünschen. Die Aufgabe der . Konfrontation mit Kriseninterventionsmitarbeiter ist es, genau dies zu ermöglichen bzw. zu unterstützen. Gleichzeitig müssen aber auch die polizeilichen Belange berücksichtigt werden. Als professionell nachfolgendes Hilfsangebot muss den Eltern des verstorbenen Kindes eine Anlaufstelle genannt werden. Die Adressen der am nächsten gelegenen Anlaufstelle sind für jede Kriseninterventionsstruktur selbst zu ermitteln.

Ein Täter, der **Gewalt** anwendet, um ein Ziel zu erreichen, ignoriert die Selbstbestimmung seines Opfers. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das Opfer für das erfahrene Unrecht keine Verantwortung trägt. Für den Grad der Traumatisierung ist es nicht wichtig, ob und wie stark die Gewaltopfer körperlich verletzt sind. Eine Gewalterfahrung zu machen, bedeutet für das Opfer das Erleben einer extremen Ohnmacht, die Bedrohung der körperlichen Integrität sowie einen Verstoß gegen die Ausübung der eigenen Autonomie (bei Gewalttaten ebenso wie bei Naturkatastrophen). Diese Verhaltensweisen sind keine bewussten Entscheidungen, sondern der Ablauf eines psychischen „Notprogramms“, welches es den Opfern ermöglicht, die Situation zu überstehen. Häufig entstehen durch das Verhalten während der Gewalterfahrung spätere Probleme. Die Kenntnis darüber ist für die Kriseninterventionsmitarbeiter wichtig, um eine professionelle Betreuung durchführen zu können.

Die **Vergewaltigung** stellt einen Angriff auf das Territialitätsempfinden des Opfers dar. Es geht in der Regel nicht um Sex, sondern um Macht, Demütigung, Unterdrückung, Verachtung sowie Hass. Der Körper als ureigenes, selbstbestimmtes Territorium des Menschen wird nicht geachtet. Damit wird das Grundempfinden hinsichtlich der eigenen Grenzen brutal durchbrochen. Das Eindringen in den persönlichen Raum hat auch vor der Haut, der letzten Grenze, nicht halt gemacht. Vergewaltigungsopfer haben es oft schwer, innerhalb ihres sozialen Netzwerks nach der Tat Geborgenheit zu finden, weil der Täter oft Teil des privaten Zusammenhangs und ebenfalls Unterstützung erfährt. Umso schlimmer sind die Auswirkungen, wenn der Täter ein Mensch ist, dem man ursprünglich vertraut hat und wenn dann den Opfern aus den eigenen Reihen oft Unverständnis, Schuldzuweisungen und Feindseligkeit entgegenschlagen. Das Bemühen um Gerechtigkeit und Wiedergutmachung bringt oft eine weitere Traumatisierung durch die Struktur unseres Rechtssystem mit sich, wodurch die Rechte der Angeklagten gut abgesichert sind, die der Opfer allerdings nicht (als Zeuge kein Zeugnisverweigerungsrecht, Vernehmungsprozedur, evtl. Nebenklage). Folgende Zahlen sprechen dabei für sich: nur 10 % der Vergewaltigungsopfer gehen zur Polizei (ohne Mehrfachopfer) und nur 1 % der Täter wird zu Haftstrafen verurteilt. Von den angezeigten Vergewaltigungen werden 20 % der Opfer überfallartig von fremden Tätern angegriffen. Der Anteil der in der Dunkelheit verübten Delikte ist noch niedriger anzusetzen. Damit entfällt fast jede Grundlage für die klischeehafte Annahme, dass eine Gefahr für Kinder und Frauen , wenn sie sich alleine in der Dunkelheit aufhalten, hauptsächlich von ihnen fremden Männern herrührt. Den „typischen sexuellen Gewalttäter“ gibt es entgegen der weit verbreiteten öffentlichen Meinung ebenso wenig wie das „typische Opfer“. Die meisten Täter sind weder psychisch Krank noch in anderer Weise auffällig. Eine manifeste psychische Abnormität trifft auf nur ca. 10 % der Täter zu. Zum größten Teil handelt es sich um angepasste und unauffällige Männer, die ihr Machtstreben, ihre Hilflosigkeit oder unterdrückte Aggressionen in gewalttätigen sexuellen Akten gegenüber ihren Opfern ausleben wollen. Von der schweren Erschütterung, welche die gesamte Persönlichkeit des Opfers durch solche Handlungen erleidet, zeugen die Reaktionen und Zustände der

betroffenen Personen. Opfer können sich sehr verschieden äußern. Gynäkologische Untersuchungen sollen nur einmal durchgeführt werden (nicht von jedem Sanitäter oder Notarzt). Vor jedem Körperkontakt ist die Einwilligung des Opfers nötig und es ist wichtig, alles zu erklären, was an ihn vorgenommen wird. Der Sinn dieser Sensibilität besteht darin, die Fremdbestimmungssituation nicht fortzusetzen, sondern dem Opfer des größtmöglichsten Maßes an Autonomie zu gewähren.
Unter der Überschrift „**Sonstige Gewalt**“ werden Raubopfer, Einbruchsgeschädigte und Diebstahlgeschädigte, Polizeiopfer zusammengefasst. Die Intensität des Traumas ist von diversen Umständen (wie z. B. überraschender Angriff, Grad der physischer und psychischer Qual / Verwundung, Grad der Gewaltanwendung, Dauer der Gewalterfahrung) abhängig. Personen, die zu Zeugen eines grausamen Totes anderer geworden sind, fühlen sich oftmals mit der „Schuld der Überlebenden“ behaftet. Hinzu kommen Selbstvorwürfe hinsichtlich der Vorstellung, was man anders oder besser hätte machen können. Bilder der Toten, die man nicht retten konnte bzw. nicht gerettet wurden, verfolgen in der Regel die Betroffenen. Auch der Umgang mit den Angehörigen der Toten gestaltet sich als sehr schwierig.
Bei einer Alarmierung von einer **Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendliche** in der Krisenintervention gibt es immer wieder Fälle, in denen man mit der Herausforderung konfrontiert wird, nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder zu betreuen. In diesem Kontext sind zwei Konstellationen möglich. Zum einen kann es sein, dass keine erwachsene Bezugsperson zur Verfügung stehen, weil diese verletzt oder gar tot sind. Zum anderen ist es möglich, dass Erwachsene zwar anwesend, aber auf Grund ihrer Traumatisierung nicht in der Lage sind, sich ihrer Kinder anzunehmen. In beiden Fällen stellt sich die Situation für das Kind so dar, dass es sich als „Vollwaise“ fühlt, da kein Elternteil zur Verfügung steht. Bei Jugendlichen kann es darüber hinaus möglich sein, dass Erwachsene für sie gar nicht erst akzeptabel sind, weil das Verhältnis zu ihnen sehr belastet und kompliziert ist. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sie erleben ihre Umwelt auf ihnen eigene, für Erwachsene nicht immer nachvollziehbare, Weise. Kinder und Jugendliche sind keine passiven Empfänger, sondern setzen sich aktiv mit ihrer Umgebung auseinander. Verschiedene Bereiche der kindlichen Psyche entwickeln sich in wechselseitiger Beziehung mit ihrer Umwelt, daher ist eine isolierte Betrachtung nicht möglich. Der soziale Kontext, der Entwicklungsstand sowie die kindlichen Ressourcen dürfen nicht unterschätzt werden und müssen in die Betreuung mit einfließen. Je jünger ein Kind ist, desto weniger sind in seinem Erleben (Ich) und Objekt (Umwelt) voneinander getrennt. Mit zunehmendem Alter entwickelt sich aus den undifferenzierten Reaktionen die breite Palette der Möglichkeiten emotionaler und kognitiver Interaktion. Eine Krise der Eltern bedeutet für Kinder die Gefährdung elementarer Bedürfnisse, sie sehen dadurch oft grundlegende Sicherheiten gefährdet. Der Tod hat für Kinder oft eine andere Bedeutung als für Erwachsene. Sie brauchen und nehmen sich hier viel Freiraum für ihr Verhalten. Durch ein Trauma kann das Grundvertrauen eines Kindes in alle Erwachsenen dauerhaft gestört werden. Das zu verhindern und das Gefühl der Sicherheit zu erhalten ist ein Ziel der Intervention. Darum sind betroffene Kinder als betreuungswürdige Patienten zu sehen und nicht als Anhängsel der betroffenen Erwachsenen. Eine separate Betreuung ist häufig sinnvoll. Kinder werden oft übersehen und sind in den meisten Fällen beim Eintreffen der Krisenintervention bereits ausgegrenzt. Damit sie das Geschehen nicht mitbekommen, werden sie oft zu Nachbarn oder zum Spielen geschickt. Häufig versuchen Elternteile, den Vorfall vor den Kindern zu verheimlichen, diese haben jedoch ein Gespür dafür, wenn etwas nicht stimmt. In der Folge besteht die Gefahr, dass das Ereignis in der Familie tabuisiert und somit den Kindern die Möglichkeit zu dessen Bewältigung enorm erschwert wird.
Bei **sonstigen Situationen** für eine verantwortliche und möglichst qualifiziert betriebene Krisenintervention ist es hilfreich, auf weitere Situationen inhaltlich einzugehen. Betroffene

Personen wähnen sich häufig schuldig bzw. mitschuldig an den vorangegangenen Ereignissen. Es kann nicht Absicht der Betreuer sein, darüber zu urteilen, ob diese Selbstvorwürfe berechtigt sind oder nicht. Wichtig dabei ist, die Betreuten vorbehaltlos und positiv wertschätzend anzunehmen. Für diese Krisenhelfer ist es allerdings belastend, mit den Schuldgefühlen der Patienten konfrontiert zu werden. Die Bereitschaft, die empfundene Schuld zu teilen und ein Stück mitzutragen, ist Voraussetzung für die Kriseninterventionsarbeit. Es ist hilfreich, dabei zwischen einer subjektiv moralisch emotionalen Schuld und einer objektiv juristischen Schuld zu unterscheiden. Die Patienten konfrontieren die Kriseninterventionsmitarbeiter für gewöhnlich mit vielen Fragen (Was hätte ich besser machen können?, Wie hätte ich das verhindern können?, Warum habe ich nicht schneller reagiert?, Wie geht es jetzt weiter?). Für die Betreuung ist es nicht wichtig, auf alle Fragen eine passende Antwort zu finden, sondern den Fragen den Platz, der ihnen zusteht, einzuräumen. Die Patienten sollten über das reden, was sie belastet und beschäftigt. Die Antworten sollen sie selbst finden und versuchen, auch mit unbeantwortbaren Fragen zu leben. Es macht keinen Sinn, jemandem sein Schuldgefühl ausreden zu wollen. In der Akutsituation ist es nicht möglich, jemanden von seiner persönlich empfundenen Verantwortung freizusprechen. Dieses Bemühen hat lediglich zur Folge, dass man als Vertrauensperson nicht mehr akzeptiert wird. Bei eindeutig feststehenden Verläufen können die Kriseninterventionsmitarbeiter die Schuldgefühle jedoch relativieren (Das hätte jedem anderen auch passieren können. Nicht alle Umstände sind steuerbar.). Bewährt hat sich die Frage nach Alternativen (Was hätten Sie denn anders machen können?, Wie hätten Sie in Ihrer Situation denn schneller reagieren können?, Haben Sie nicht ihr Möglichstes getan?). Dieses Kontern mit Gegenfragen wirft die Betroffenen auf ihre eigenen kognitiven Fähigkeiten zurück. Das sind dann die Ressourcen, die ihnen bleiben, wenn die Kriseninterventionsmitarbeiter wieder gegangen sind. Durch das Einstreuen von Informationen ist es oft möglich, das Gefühl der Schuld für die Angehörigen zu reduzieren. Dazu gehört ein medizinisches Grundwissen, das in den einzelnen Ausbildungsabschnitten vermittelt wird. So trifft z. B. bei einem plötzlich eingetretenen Säuglingstod niemanden eine Schuld, dieser schicksalhafte Verlauf ist weder vorhersehbar noch abwendbar. Eine Schuld an einem Suizid eines anderen kann es nicht geben. Aber grade bei dieser Einsatzindikation hilft ein Beharren auf diesem Hinweis wenig. Es reicht, es gesagt zu haben. Wir wollen nicht von den Patienten „Recht bekommen“, sondern ihnen helfen, ihr Leben zu können. Eine direkte Konfrontation mit einem suizidalen Patienten kann in der Kriseninterventionspraxis nicht ausgeschlossen werden. Daher ist es unumgänglich, die Mitarbeiter auf den Umgang mit präsuizidalen Verhalten vorzubereiten bzw. ihnen die Möglichkeit zu geben, im Rahmen des denkbaren Einsatzspektrums auch mit dieser Situation dieser Art kompetent umgehen zu können. Es sind deutliche Parallelen zu den Symptomen der akuten Belastungsreaktion erkennbar. Im Rahmen dieser Einengung beschränkt sich die Wahrnehmung nur auf die Dinge, die als negativ interpretiert werden. Positive Lebensmomente werden konsequent ausgeblendet. Zwangsgedanken werden als weiteres prozessuales Geschehen im präsuizidalen Syndrom betrachtet. Die Überlegung, dass man sich zu jeder Zeit das Leben nehmen kann, verselbständigt sich. Im weiteren Verlauf ist kein spezifischer Reiz mehr nötig, um die Todessehnsucht auszulösen. In enger Anknüpfung an diese Visionen etabliert sich der Gedanke, dass mit dem Tod alle Probleme beseitigt seien. Dies äußert sich in Form, dass der Suizid herbeigesehnt wird und dass die Vorstellung der suizidalen Handlung schließlich entlastet wird. Ist der Plan erst gefasst, so wirken die suizidalen Personen wieder entspannt und machen nach außen oft den Eindruck, als hätten sie ihre Krise überwunden. Es ist nicht primäre Aufgabe der Krisenintervention, sich mit dem Themenfeld der Einschätzung von Suizidalität bei trauernden Angehörigen zu beschäftigen. Jedoch an Einsatzstellen müssen sich die Betreuer oft gezwungenermaßen ein Bild davon machen, ob die Gefahr besteht, dass sich ein Patient das Leben nimmt. Im

Zweifelsfall ist der Garantenstellung zu genügen, indem man die Polizei verständigt. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich zu wissen, dass ein spontaner Suizid unmittelbar nach einem Schicksalsschlag so gut wie ausgeschlossen ist. Wenn es zum Suizid kommt, dann passiert dies frühestens nach der Bestattung des verstorbenen Angehörigen. Um der Isolation und Überforderung, in die Trauernde, bis hin zum Krankheitswert, versinken können, vorzubeugen, wurde schließlich der Idee der Krisenintervention als Akutdienst geboren. Im Einsatz ist zu bedenken, dass ein Suizid nie eine spontane Entscheidung ist. Dahinter steckt ein langer Prozess, der mit dem persönlichen sozialen Kontext verknüpft ist. Mit einem potenziellen Suizidanten über sein Vorhaben zu sprechen, motiviert diesen nicht, seine Pläne zu realisieren, sonder wirkt entlastend. Kriseninterventionsmitarbeiter haben keine therapeutischen analytischen Aufgaben. In begründeten Zweifelsfall ist immer ein Arzt oder die Polizei zu verständigen oder es ist zumindest sicher zu stellen, dass die eventuell suizidgefährdete Person nicht alleine ist. Es ist nicht Aufgabe der Krisenintervention, in bestehenden polizeiliche Strukturen mit klar verteilten Aufgaben einzudringen. Dennoch kann es in manchen Fällen sein, dass auf Grund der örtlichen Verhältnisse kein Polizeipsychologe in einer angemessenen Zeit an der Einsatzstelle verfügbar ist. Sowohl für Mitarbeiter aus den Rettungsdiensten als auch für Angehörige von Feuerwehren ist das Einsatzstichwort „Person droht zu springen“ oder „Suizidandrohung“ etwas, was ihnen täglich widerfahren kann. In diesen Abschnitt soll nun beschrieben werden, wie in solchen Situationen verfahren werden kann. Bei einem „talk Down“ bewegt sich der Betreuer in einem prätherapeutischen Feld. Eine entsprechende Nachbetreuung bzw. ein Therapieangebot ist nach jeder Suizidandrohung erforderlich. Diese Nachsorge muss jedoch von Psychiatern oder Therapeuten, nicht durch Einsatzkräfte, geleistet werden. Die folgenden Zeilen werden kein vollständiges Handlungskonzept ergeben. Es wird ausschließlich auf die Anfangssituation bei Suizidandrohung Bezug genommen, denn diese Arbeit kann von entsprechend ausgebildetem Rettungsdienstpersonal geleistet werden. Dabei sollten Verhaltensregeln angeboten werden, um in einer entsprechend akuten Situation adäquat handlungsfähig zu sein. Damit sollen einsatzbedingte Verhältnisse und polizeiliche Interessen nicht pauschalisiert werden. Es ist allerdings für Kriseninterventionsmitarbeiter hilfreich, in diesen Fällen nicht hilflos daneben stehen zu müssen, sondern kompetent und zielgerecht vorgehen zu können.

Die **Betreuung in der Öffentlichkeit** findet daher Beachtung, weil es Besonderheiten in dieser Betreuungssituation gibt. Jemand, der traumatisiert wurde, hat ein Bestreben nach Geborgenheit und Sicherheit. Dieses findet man am einfachsten in einer vertrauten Umgebung. Die Betreuer sehen sich mit der Aufgabe konfrontiert, für die Intervention ein Setting zu schaffen. Das setzt oft viel Phantasie und Inprovisationsvermögen voraus. Vorrangig ist immer zu versuchen, einen Rahmen zu schaffen, in dem es möglich ist, Emotionen zu zeigen. Dies ist am besten in einer privaten Atmosphäre möglich. Man kann sich auch in ein Fahrzeug zurückziehen oder einen anderen ruhigen Ort aufsuchen. Eine Alternative dazu ist, in die Anonymität einzutauchen, indem man gemeinsam spazieren geht oder ein Lokal aufsucht. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch andere Einsatzkräfte ihre Aufgaben haben und nicht vorbehaltlos für körperlich unverletzte Betroffene da sein können. Das bedeutet letztlich, dass die diversen Einsatzleiter unbedingt über den Verbleib der Betreuten informiert werden müssen.

Für die **Gruppenintervention** ist es nicht möglich, eine ideale Gruppengröße festzulegen. Das Verfahren funktioniert sowohl bei der Betreuung von 100 Angehörigen eines verunglückten Flugzeuges als auch bei einer überfallenen Postfiliale mit nur sechs Angestellten. Der organisatorische Aufwand steigt jedoch mit der Gruppengröße und es empfiehlt sich, je nach Möglichkeit, eine Gruppengröße von nicht über fünfzehn Teilnehmern zu wählen. Das Ziel besteht darin, nicht sofort, sondern gut und richtig zu intervenieren. Es kommt immer wieder zu Einsätzen mit einer großen Anzahl an Opfern,

die zwar körperlich unverletzt sind, psychisch jedoch unter Schock stehen. Das mögliche Einsatzspektrum ist vielfältig: Angestellte eines Geldinstitutes nach einem Überfall, Arbeitskollegen nach einen Betriebsunfall, Schüler und Lehrer nach einer Gewalttat, Geiselnahmen, Schiffsunglücke, Familientragödien oder Terroranschläge. Die Liste ließe sich unbegrenzt fortsetzen. Immer dann, wenn das „normale“ Kriseninterventionskonzept wegen der Gruppengröße an Grenzen stößt, empfiehlt sich ein anderes Vorgehen, das im Folgenden beschrieben wird. Die Bewältigung dieses Einsatzbildes erfordert in der Praxis strukturiertes und fachlich fundiertes Handeln, Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Menschen und Übung im Umgang mit Gruppen. Somit wird klar, dass diese Kriseninterventionsindikation für Anfänger sehr schwer zu bewältigen ist und auch für „alte Hasen“ eine Herausforderung darstellt. Innerhalb der eigenen Kriseninterventionsstruktur sind die dabei gemachten Erfahrungen für alle Mitglieder sehr wichtig und es empfiehlt sich dringend, die bei diesen Einsätzen gewonnenen Erkenntnisse, z. B. im Rahmen der Fallbesprechung, gemeinsam zu reflektieren.

Bei der **Betreuung von Zeugen** handelt es sich um Menschen, die beobachten mussten, wie jemand anderes verletzt oder getötet wurde, ohne selbst an den Ereignissen direkt beteiligt gewesen zu sein, können Auf Grund des Erlebten interventionsbedürftig sein. Das Problem dieser Einsatzindikation für die Krisenintervention besteht darin, dass die Traumatisierung zunächst durch andere Einsatzkräfte wahrgenommen werden muss, bevor dieser Sonderdienst auch wirklich angefordert wird. Die Erfahrung zeigt, dass es den Menschen nicht immer auf den ersten Blick anzusehen ist, dass sie Betreuung bzw. Beistand brauchen. Jemand, der still und in sich gekehrt wirkt, fällt den Einsatzkräften nicht so schnell auf, wie jemand, der seiner Trauer oder seinem Entsetzen laut Ausdruck verleiht.

Bei **Großschadenslagen** von Massenkarambolagen, Evakuierungen oder anderen Unglücken kann es zu einer enormen Menge von zu betreuenden Personen kommen. Für den Fall, dass ein Flugzeug abgestürzt oder entführt wird, ist am Zielflughafen mit einer großen Anzahl betreuungsbedürftiger Menschen zu rechnen Für die Betreuung großer Gruppen ist es erforderlich, die Aktivitäten an den speziellen Bedürfnissen zu orientieren. Es ist von Bedeutung, ob sich die Personen, die betreut werden sollen, untereinander kennen oder ob es andere gemeinsame Verbindungen gibt. Es muss auch überlegt werden, ob Gründe bestehen, die Betroffenen voneinander zu trennen (z. B. bei Unfällen, wegen der Schuldfrage)

Bei einer **Eskalation im privaten Bereich** handelt es sich um Familienstreitigkeiten, die oft auch mit dem Mittel der körperlichen Gewalt ausgetragen werden, ist jedoch in der Regel die Situation damit nicht geklärt, dass man die oder den Verletzten versorgt. Es bleibt das unbefriedigende Gefühl, mehr tun zu wollen und nicht einfach mit einer versorgten Person im Rettungswagen den Ort zu verlassen. Trotz eventueller Vorbehalte den Sonderdienst Krisenintervention gegenüber ist in solchen Fällen die Hemmschwelle niedrig, die Krisenintervention zu alarmieren. Die Frage bleibt, wo die Traumatisierung ist, die ja die Basis jeden Kriseninterventionseinsatzes darstellt.

Für Angehörige gibt es in vielen Regionen außer einer Kriseninterventionsstruktur keine mobile Einrichtung, die rund um die Uhr zur Verfügung steht, um Fragen in Zusammenhang mit Tod, Sterben, Betreuung usw. zu beantworten. Die Polizei anzurufen ist oft ein Tabu, also wenden sich Betroffene an die Rettungsleitstelle. Die Kollegen, die solche „Notrufe“ entgegennehmen, haben in der Regel weder Zeit noch die Möglichkeit, kompetent zu beraten und weiter zu vermitteln. Eine Kriseninterventionsstruktur hat Unterlagen, Informationen und Adressen über mögliche kompetente Hilfe zur Verfügung. An dieser Stelle ist auch an die in Deutschland flächendeckende Telefonseelsorge zu denken, die rund um die Uhr besetzt ist und mit entsprechenden Diensten in der Regel eng zusammenarbeitet. Eine Abgrenzung zu professionalen Beratungsstellen ist dennoch wichtig, denn die Krisenintervention ist nur eine Teilaufgabe. Dennoch werden

Kriseninterventionsmitarbeiter mit Grenzfällen konfrontiert. Einen Alkoholiker, der nach zehn Jahren Alkoholabhängkeit um drei Uhr morgens beschließt, einen Entzug zu versuchen, kann mit einer Krisenintervention sicher nicht geholfen werden. Eine Familie jedoch, bei der sich das Bestattungsinstitut weigert, die verstorbene Großmutter mitzunehmen, weil der Leichenbeschauer den Namen falsch auf der Todesbescheinigung eingetragen hat, kann durch die Krisenintervention sehr wohl Unterstützung finden.

Die Würde des Menschen wird von uns dabei ebenso respektiert, wie das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie.