

Dr. Christoph Kröger

„Zuerst die Selbstheilungskräfte aktivieren“

Der Beauftragte für Notfallpsychotherapie der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zu psychologischen Frühinterventionen nach Großschadensereignissen, der Koordination der psychosozialen Notfallhilfe und dem Bedarf am Einsatz evidenzbasierter Methoden

INTERVIEW

PP: In einem Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung, das Sie der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer vorgelegt haben, warnen Sie explizit vor früh einsetzenden Interventionen nach Großschadensereignissen. Warum?

Kröger: Frühinterventionen, die wenige Tage nach einem wirklich dramatischen Ereignis angewendet werden, sehe ich als sehr kritisch an. Dazu zählen insbesondere Stabilisierungstechniken, die eigentlich aus der Behandlung der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung stammen. Die werden dann einfach angewendet in der Akutsituation. Dadurch werden jedoch die Verarbeitungsprozesse der Betroffenen gestört.

PP: In Ihrem Konzept kritisieren Sie auch das häufig eingesetzte Debriefing sehr stark.

Kröger: Es gibt inzwischen mehrere Metaanalysen, die zeigen, dass Debriefing keine nachhaltige Verbesserung nach sich zieht – auch wenn Betroffene immer wieder sagen, dass es ihnen subjektiv geholfen hat. Zudem gibt es Studien, die zeigen, dass gerade Personen, die hoch belastet sind, nicht vom Debriefing profitieren. Das liegt möglicherweise – das ist jetzt hypothetisch – daran, dass eine frühzeitige Intervention, die auch teilweise Emotionen fördert, eher hinderlich ist bei der Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen. Leider ist es in der Praxis zudem so, dass Personen in Debriefing-Gruppen hineingesetzt werden, die vielleicht nur indirekt von traumatischen Ereignissen betroffen waren



Foto: privat

Dr. phil. Christoph Kröger arbeitet an der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie der Technischen Universität zu Braunschweig.

und gar nicht belastet sind. Das sind Fehler bei der Durchführung, die dazu führen können, dass diese Intervention mehr schadet als nützt.

PP: Welche Hilfe sollte man den Opfern oder Angehörigen denn stattdessen anbieten?

Kröger: Am Einsatzort sollte jeder Helfer „Psychische Erste Hilfe“ anwenden können. Das setzt eine regelmäßige Schulung der Rettungskräfte, Feuerwehr und Polizei voraus. Viele der Betroffenen berichten außerdem, dass die Symptomatik oft von allein zurückgeht. Es ist also hilfreich, die Betroffenen zu ermuntern, ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren: spazieren zu gehen, mit Freunden und Angehörigen zu sprechen, aber nur so viel sie selbst möchten. Man muss nicht gleich einen Experten hinzuziehen, denn das erweckt sofort den Eindruck, krank zu sein. Wenn man sich die Präva-

lenzzahlen anschaut, dann erleben Menschen relativ häufig dramatische Ereignisse, aber nur wenige – rund acht bis zehn Prozent – entwickeln letztlich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Deshalb schlage ich vor, sparsamer mit den Ressourcen der Experten umzugehen. Ein Ansatz ist beispielsweise, betroffenen Personen, Angehörigen oder Zeugen nach Unfällen oder Großschadensereignissen Flyer zu geben mit

Informationen, die sie sich in Ruhe durchlesen können. Es gibt Flyer für Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen, für Angehörige zur zielgerichteten Unterstützung oder für Betroffene, die aus-

föhrliche Informationen über PTBS haben wollen.* Zunächst sollten sie in den ersten Wochen versuchen, mit Unterstützung dieser Informationen das Problem selbst zu lösen. Auf dem Flyer ist eine Telefonnummer angegeben, zurzeit die der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, bei der man sich bei Bedarf melden kann. Langfristig wird eine Hotline für die Notfallversorgung angestrebt.

PP: Wer wird diese Hotline einrichten?

Kröger: Es gibt ein Forschungsprojekt vom Bundesinnenministerium zur Verbesserung der psychosozialen Notfallversorgung unter der Leitung von Prof. Dr. Irmtraud Beerlage**, das sich

* Flyer im Internet unter www.pk-nds.de, „Für Ratsuchende und Patienten“ anklicken, dann: „Hilfe in psychosozialen Notfällen“.

** Informationen zu dem Projekt unter www.psychosoziale-notfallversorgung.de.

über mehrere Jahre damit beschäftigt hat, die Ausbildung der Unterstützer und Helfer zu verbessern. Dabei wurde auch eine zentrale Einrichtung vorgeschlagen, die im Falle eines Großschadensereignisses Informationen zur Verfügung stellt und die Anbieter der psychosozialen Notfallversorgung miteinander vernetzt. Diese Anbieter sollen in die Rettungskette fest installiert werden.

PP: Stehen generell genügend psychotraumatologisch ausgebildete Psychotherapeuten zur Verfügung?

Kröger: Nach dem Seebeben in Südostasien wurde eine große Umfrage, auch über die Kammern, darüber durchgeführt, welche Behandler zur Verfügung stehen. Dabei stellte sich heraus, dass eine ortsnahe Versorgung in bestimmten Gebieten Deutschlands nicht möglich ist.

PP: In welchen Gebieten?

Kröger: Hier in Niedersachsen gibt es beispielsweise bestimmte ländliche Gebiete; auch im Harz müssen Betroffene teilweise mehr als 70 Kilometer fahren, um einen entsprechenden Therapeuten zu finden. Ein weiteres Problem ist auch, dass der Begriff Trauma oder traumatische Ereignisse sehr weit gefasst wird. Viele Therapeuten haben gar nicht die Qualifikation, psychotraumatologisch zu behandeln.

PP: Mehr Fortbildung ist also notwendig?

Kröger: Ja, und zwar geregelte Fortbildung nach internationalen Leitlinien und Standards. Zurzeit ist es so, dass die kognitive Verhaltenstherapie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) die beiden Behandlungsverfahren der PTBS sind, die als evidenzbasiert gelten. Wenn nach Ablauf von drei Wochen nach dem Ereignis die Symptomatik einer akuten Belastungsstörung immer noch besteht, dann sollte eine Frühintervention nach kognitiv behavioraler Methode von fünf oder sechs hoch strukturierten Einzelsitzungen durchgeführt werden (siehe auch „Frühzeitige psychologische Interventionen nach Traumatisierung“, PP 9/2005). Es wäre schön, wenn dieser Ansatz gefördert würde, denn zurzeit werden leider, gerade in Deutschland, immer noch Verfahren angewendet, die dem Standard nicht entsprechen.

PP: Bei Großschadensereignissen in der Vergangenheit wurde häufig beklagt, dass die psychosoziale Notfallhilfe unkoordiniert abläuft. Ist in dieser Hinsicht etwas verbessert worden?

Kröger: Es gibt Bestrebungen – nach den erwähnten Empfehlungen von Prof. Beerlage –, eine landesspezifische Koordinationsstelle einzurichten. Diese soll akkreditierte Helfer koordinieren, die dann im Notfall von der Feuerwehr gerufen werden können. Weitere Personen sollen ein Koordinationsteam bilden, das dann im Rahmen des operativ taktischen Krisenstabs mitwirken kann. Es ist vorgesehen, dass psychosoziale Unterstützung ein integraler Bestandteil der Notfallkette unter dem Dach von Feuerwehr und Polizeizentrale wird.

Momentan ist es aber leider immer noch so, dass die Notfallversorgung eher über persönliche Kontakte läuft und willkürlich Personen gerufen werden. Häufig kommen auch Notfallseelsorger oder Menschen, die hilfsbereit sind oder Mitleid haben, zum Ort des Geschehens. Das birgt allerdings große Gefahren, weil nicht immer sofort erkennbar ist, wer betroffen ist und wer helfen will. Gefährlich ist das auch, weil die notfallmedizinische Versorgung und der Einsatz der Polizei behindert werden. Insofern ist es sehr wichtig, dass die psychosoziale Unterstützung zentral an den Krisenstab angebunden ist.

PP: Sehen Sie Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung der Einsatzkräfte?

Kröger: Bei Berufsgruppen, die tagtäglich im Rahmen ihrer helfenden Tätigkeiten mit potenziell dramatischen Ereignissen zu tun haben, wie Rettungsleute, Sanitäter, Polizisten, aber möglicherweise auch Notfallärzte und Notfallseelsorger, ist die PTBS-Prävalenzrate deutlich höher als bei der Normalbevölkerung, nämlich bis zu 50 Prozent. Insofern halte ich es für dringend erforderlich, dass diese Personen eine regelmäßige Praxisbegleitung bekommen, sodass frühzeitig erkannt wird, wann eine Person belastet ist und wann nicht.

PP: Supervision oder Praxisbegleitung wird bei der Feuerwehr oder der Polizei doch auch durchgeführt . . .

Kröger: Ja, aber das Problem ist eher ein strukturelles. Die Personen, die diese Praxisbegleitung durchführen, müssen zwei Dinge erfüllen: einerseits akzeptiert werden von den Peers, also von den Polizisten oder den Feuerwehrleuten, andererseits sollten sie entsprechende Helferkompetenz und ausreichendes psychotraumatologisches Wissen haben – und das bringen viele nicht mit. Des Weiteren gibt es bei der

Polizei noch ein ganz anderes Problem: Sobald dort jemand psychisch auffällig ist, besteht die Gefahr, dass er seine Dienstpflicht nicht mehr erfüllen kann. Deshalb werden psychische Probleme gern bagatellisiert. Wir haben aber relativ hohe Ausfallraten

bei Polizisten und auch bei Rettungssanitätern zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr aufgrund von körperlichen Beschwerden. Die Frage ist dabei immer, ob es sich wirklich um körperliche Beschwerden handelt oder um somatisierte psychische Beschwerden.

PP: Wie ist die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen auf ein mögliches Großschadensereignis vorbereitet?

Kröger: Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat einen Flyer in verschiedenen Sprachen vorbereitet, der dann verteilt werden kann. Das gilt natürlich nicht nur für Niedersachsen. Außerdem gibt es einen Kontakt zum Innenministerium, das uns im Falle eines Falles anrufen kann. Auch meine Person ist bekannt, sodass ich nach einem Großschadensereignis Psychotherapeuten aktivieren könnte, die zur Versorgung bereitstünden. Therapeuten von Ambulanzen an den Hochschulen in Braunschweig und in Göttingen haben sich beispielsweise bereit erklärt, kurzfristig einzuspringen. Es gibt auch eine ganze Reihe von niedergelassenen Kollegen, die bereit sind, kurzfristig Betroffene zu behandeln. Ähnlich ist die Situation in den anderen Bundesländern.

PP-Fragen: Petra Bühring

„Momentan ist es leider immer noch so, dass die Notfallversorgung eher über persönliche Kontakte läuft.“