

Theologische Fakultät Paderborn
Lehrstuhl für Pastoralpsychologie
Prof. Dr. theol., Dr. phil., Dr. med. Gilbert Schmid

Das Proprium kirchlicher Notfallseelsorge im Kontext rettungsdienstlicher Krisenintervention

Als wissenschaftliche Arbeit
zur Zulassung zur Diplomhauptprüfung

eingereicht von:

Oliver Kley
Albinstr. 10
33098 Paderborn

im April 1998

Ich danke all denen, die mir bei der Literatursuche
und Vermittlung von Kontaktadressen behilflich waren:

Herrn RA Michael Grundhoff, Paderborn
Herrn BAR Ulrich Hilkenbach, Paderborn
Herrn Dr. Hartmut Jatzko, Kaiserslautern
Herrn RA Andreas Müller-Cyran, München
Herrn Landespfarrer Joachim Müller-Lange, Niederkassel
Herrn Pastor Frank Waterstraat, Hameln
Herrn Pfarrer Hanjo von Wietersheim, Wiesenbronn

sowie

Herrn Prof. DDDr. Gilbert Schmid für seine Begleitung.

Mein Dank gilt weiterhin denen, die mir mit Rat und Tat
zur Seite standen und mich ermutigten, diese Arbeit zu erstellen.

**Diese Arbeit ist allen gewidmet, die als
Rettungsassistenten, -sanitäter, Notärzte
und Feuerwehrleute
treu ihren Dienst verrichten
und ausrücken, um denen zu helfen,
die sich in einer Notlage befinden!**

Inhalt:

| | |
|---|-----------|
| <u>Inhalt:</u> | 3 |
| 1. Einleitung | 5 |
| 1.1. Motivation..... | 6 |
| 1.2. Ziel dieser Arbeit..... | 7 |
| 1.3. Fragestellung..... | 7 |
| 1.4. Aufbau der Arbeit..... | 7 |
| 1.5. Der pastoralpsychologische Kontext | 8 |
| TEIL 1: WAS IST NOTFALLSELSORGE? | 9 |
| 2. Die Notwendigkeit Psychologischer Erster Hilfe | 10 |
| 3. Was ist Seelsorge? | 14 |
| 3.1. Seelsorgliches Handeln im Kontext christlichen Handelns..... | 14 |
| 3.2. Der Mensch auf der Suche nach Sinn | 17 |
| 3.3. Seelsorge als Gastfreundschaft - der Ansatz von Rolf Zerfaß | 19 |
| a) Gastfreundschaft als Ort der Gotteserfahrung (biblische Grundlegung)..... | 19 |
| b) Gastfreundschaft als aufnahmebereite, freiraumschaffende, partnerschaftliche und zeitlich befristete Weise der Zuwendung | 20 |
| 4. Geschichtliches | 23 |
| 4.1. Entwicklung der Notfallseelsorge | 23 |
| 4.2. Begriffliche Differenzierung gegenüber Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst | 24 |
| 5. Selbstverständnis und Aufgabe der Notfallseelsorge | 25 |
| 5.1. Die Betreuung primär und sekundär geschädigter Personen..... | 25 |
| 5.1.1. Die seelischen Nöte von Notfallpatienten | 26 |
| a) Ängste aufgrund von körperlicher Schädigung:..... | 27 |
| b) Die Einschränkung menschlicher Grundbedürfnisse durch das Notfallgeschehen:..... | 29 |
| c) Psychische Erste Hilfe bei Notfallpatienten - eine Aufgabe des Rettungsdienstes..... | 34 |
| 5.1.2. Die seelischen Nöte Angehöriger von Notfallpatienten | 38 |
| a) Tod und Trauer | 40 |
| b) Zusätzliche Belastungen durch besondere Todesumstände | 42 |
| 5.2. Einsatzkriterien für Notfallseelsorger | 44 |
| 5.3. Anforderungen an den Notfallseelsorger | 48 |
| 6. Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst | 51 |
| 6.1. Belastungsfaktoren im Rettungsdienst | 54 |
| 6.2. Möglichkeiten der Streßbewältigung | 58 |
| 6.3. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)..... | 60 |
| TEIL 2: WEITERE FORMEN RETTUNGSDIENSTLICHER KRISENINTERVENTION | 65 |
| 7. Krisenintervention im Rettungsdienst (KIT) | 66 |
| 7.1. Definition | 66 |
| 7.2. Aufgabe der Krisenintervention im Rettungsdienst | 67 |
| 7.3. Organisationsform..... | 68 |

| | |
|---|-----------|
| 7.4. Die Ausbildung zum KIT-Mitarbeiter | 69 |
| 7.5. Betreuung der KIT-Mitarbeiter | 70 |
| 7.6. Einsatzstatistik von KIT-München | 71 |
| 8. Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE)..... | 73 |
| 8.1. Entstehung von SBE..... | 76 |
| 8.2. Verlauf der strukturierten Einsatznachbesprechung | 76 |
| TEIL 3: AUSWERTUNG UND VERGLEICH..... | 81 |
| 9. Das Besondere der Notfallseelsorge..... | 82 |
| 9.1. Notfallseelsorge als Erfüllung eines kirchlichen Grundauftrages..... | 82 |
| 9.2. Die spezifischen Unterschiede zwischen KIT und Notfallseelsorge | 83 |
| 9.3. Notfallseelsorge und Streßverarbeitung..... | 86 |
| 9.4. Strukturelle Voraussetzungen für den Aufbau von Notfallseelsorge | 87 |
| 9.5. Möglichkeiten der Vernetzung | 88 |
| 10. Schlußbemerkung..... | 89 |
| 11. Literaturverzeichnis..... | 90 |

1. Einleitung

Einsatzbericht:

Kreis Paderborn, Samstag, den 24. Januar 1998, 16.31 Uhr. "Hier Florian Paderborn - komme mit Funkalarm!" ruft es aus den Lautsprechern der Funkgeräte in den Rettungswachen des Kreises. Für einen kurzen Moment verstummen die Gespräche unter den diensthabenden Kollegen in der angespannten Erwartung, ob der nächste Einsatz wohl der ihrige ist. Zwei Sekunden später schlagen die Meldeempfänger in den Rettungswachen Fürstenberg und Büren an: "Einsatz für den RTW Büren, RTW Fürstenberg und Notarzt Büren! Schwerer Verkehrsunfall: Büren Richtung Haaren!" Nur wenige Minuten später trifft das erste Fahrzeug an der Unfallstelle ein.

Auf spiegelglatter Fahrbahn ist ein mit drei Personen besetzter PKW ins Schleudern geraten und vor einen Baum geprallt. Alle drei Personen sind noch im Fahrzeug eingeschlossen. Die Rettung verläuft routinemäßig: Über die Leitstelle wird die freiwillige Feuerwehr mit der Rettungsschere alarmiert; der junge Fahrer wird durch die Rettungsdienstkräfte bestmöglich versorgt und ins nahegelegene Krankenhaus gebracht. Das auf dem Rücksitz befindliche Kind ist unverletzt. Für die junge Mutter des Kindes kommt jedoch jede Hilfe zu spät. Sie erlag bereits vor Eintreffen des Rettungsdienstes ihren schweren Hirnverletzungen.

Während das Rettungsteam den schwerverletzten Fahrer ins Krankenhaus bringt, wird der Unfallhergang von der Polizei rekonstruiert. Die Feuerwehr übernimmt zusammen mit der Straßenmeisterei die Aufräumarbeiten an der Unfallstelle.

Nach Beendigung des Einsatzes stellen die Rettungsdienstmitarbeiter die Einsatzbereitschaft ihrer Fahrzeuge wieder her und widmen sich anschließend dem lästigen Papierkram. Der Fernseher auf der Rettungswache flimmert, in der Küche brodelt die Kaffeemaschine, zwei der drei Kollegen rauchen mehr oder weniger genüßlich eine Zigarette. Über den Einsatz wird nicht mehr gesprochen. Man wartet auf die Lokalnachrichten im Radio, die wenige Stunden später über den Unfall berichten werden.

Dieser **fiktive** Einsatzbericht soll die derzeit gängige Rettungsdienstpraxis beschreiben. Das Einsatzgeschehen wird routinemäßig abgewickelt, alles läuft mehr oder weniger nach Plan. An der Einsatzstelle selbst ist nicht großartig Zeit für Diskussionen - jeder weiß, was er zu tun hat. Aufgaben werden durch kurze Kommandos verteilt. Zeit für Gefühle ist nicht vorhanden.

Durch ein flächendeckendes Netz von Feuer- und Rettungswachen ist es den Ländern der Bundesrepublik Deutschland in den letzten 20 Jahren gelungen, vielen Notfallpatienten schnellstmöglich professionelle Hilfe zukommen zu lassen, so daß für die meisten der Notfallpatienten die reale Chance besteht, ihre akute Erkrankung oder Verletzung zu überleben. Diese flächendeckende Verteilung von Notarztwagen (NAW), Rettungswagen (RTW), Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) und Rettungshubschraubern (RTH) macht es unter Aufbietung

hoher Personal- und Sachkosten möglich, innerhalb von 10 bis 15 Minuten an fast jeden Ort der Bundesrepublik professionelle Hilfe für alle Arten von Notfällen zu bringen.

Trotzdem mehren sich in letzter Zeit Stimmen, die diesem System zunehmend kritisch gegenüberstehen. Es werden Vorwürfe laut, daß bei der zunehmenden Technisierung des Rettungsdienstes der Mensch als solcher auf der Strecke bliebe. Notfallpatienten würden mit ihren Ängsten allein gelassen - man widme sich ausschließlich ihren Vitalfunktionen. Für die Angehörigen sei keine Zeit - das Augenmerk liege ausschließlich auf dem Patienten. Feuerwehrleute und Rettungsassistenten berichten, sie würden mit dem Erlebten nicht mehr fertig, ihre Familien brächen auseinander, weil sie dem gewaltigen Druck der belastenden Ereignisse nicht mehr gewachsen seien.

Diese Phänomene sind zwar nicht generell anzutreffen, dennoch lassen sich die eben skizzierten Probleme nicht wegdiskutieren. Es gibt nicht wenige Rettungsassistenten und Notärzte, die sehr einfühlsam mit Patienten und ihren Angehörigen umgehen und die auch in der Lage sind, im Kreise der Familie oder der Kollegen über die Belastungen ihres Berufes zu sprechen. Doch dieses ist noch lange nicht überall der Fall.

1.1. Motivation

In den nunmehr fünf Jahren, die ich als Rettungssanitäter tätig bin (wenngleich nur während des Zivildienstes und neben meinem Studium), habe ich zahlreiche Notfalleinsätze und Krankentransporte selbst miterlebt. Dabei konnten meine Kollegen und ich vielen Menschen aus ihrer Notlage heraushelfen; für andere hingegen kam jede Hilfe zu spät. Viele der Einsätze stehen mir, obwohl sie schon einige Jahre zurückliegen, heute noch so lebendig vor Augen, als seien sie erst gestern geschehen. Ich erinnere mich an die hilflosen Blicke der Menschen, die auf uns warteten in der Hoffnung, daß wir ihnen helfen können, an die Verzweiflung der Menschen, denen wir mitteilen mußten, daß ihr Angehöriger gestorben sei, an die eigenen Gefühle und Ängste auf der Fahrt zur Einsatzstelle. Nicht selten fragte ich mich nach einem Einsatz, ob meine Kollegen und ich alles getan haben, um den Menschen, die auf uns angewiesen waren, zu helfen, ob wir den Angehörigen unserer Patienten etwas von ihrer Angst nehmen und Trost spenden konnten und nicht zuletzt, ob ich mit den Problemen zurechtkommen würde, wenn mir oder den Meinen etwas Derartiges widerfahren würde.

Als ich zum erstenmal das Wort Notfallseelsorge hörte, reagierte ich sehr skeptisch. Mir schwebten Bilder von ehrfürchtigen Gottesstreitern vor, die mit wehender Stola um den Hals zur Unfallstelle eilen, in der rechten Hand die Bibel, in der linken Hand das Versehbesteck. Für Priester, die an der Einsatzstelle den Notarzt zur Seite schieben, um dann die

Krankensalbung zu spenden, war meines Erachtens kein Platz. Doch mit der Zeit wurde mir bewußt, daß Notfallseelsorger keineswegs die eben etwas sarkastisch beschriebenen Gottesstreiter sind.

In meiner Rolle als Rettungssanitäter und Theologiestudent möchte ich in dieser Arbeit dem Phänomen Notfallseelsorge auf den Grund gehen.

1.2. Ziel dieser Arbeit

Ziel dieser Arbeit soll es sein, den derzeitigen Stand der Notfallseelsorge zu rezipieren und ihn mit anderen, nicht-kirchlichen Formen präklinischer Krisenintervention zu vergleichen. Krisenintervention im Rettungsdienst (KIT) und Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE) sollen hier exemplarisch für eine ganze Reihe von neuen Initiativen genannt sein. Ich möchte dabei der Frage auf den Grund gehen, welchen Beitrag die Kirchen leisten können, um Menschen bei der Bewältigung existentieller Krisen, die mit einem Notfallereignis verbunden sind, zu helfen.

1.3. Fragestellung

Diese Arbeit soll folgende Fragen schwerpunktmäßig beantworten:

- Was ist Notfallseelsorge?
- Durch welches Menschenbild ist Notfallseelsorge motiviert? Welche theologischen Voraussetzungen liegen der Notfallseelsorge zugrunde?
- An welche Zielgruppe(n) wenden sich Notfallseelsorger?
- Welche anderen Möglichkeiten der rettungsdienstlichen Krisenintervention gibt es? Sind Vernetzungen zwischen Notfallseelsorge und anderen Institutionen für Notfallnachbereitung denkbar?
- Was ist das spezifisch Christliche an der Notfallseelsorge?

1.4. Aufbau der Arbeit

Diesen Fragen möchte ich mich in drei Schritten nähern. Zunächst sollen der derzeitige Stand der Notfallseelsorge rezipiert und die theologischen Prämissen erörtert werden. In einem zweiten Schritt sollen dann einige nicht-kirchliche Konzeptionen rettungsdienstlicher Krisenintervention exemplarisch dargestellt werden. Dabei möchte ich die Konzeption der *Krisenintervention im Rettungsdienst (KIT)* sowie den Ansatz der *Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE)* vorstellen. In einem letzten Schritt sollen dann diese unterschiedlichen Konzeptionen miteinander verglichen und das Proprium der Notfallseelsorge herausgearbeitet werden.

Außerdem soll in diesem Kapitel überlegt werden, ob und wie Vernetzungen zwischen Notfallseelsorge und anderen Hilfsangeboten möglich sind.

1.5. Der pastoralpsychologische Kontext

Ein Notfallereignis stellt für alle Beteiligten eine psychische Ausnahmesituation dar. Dies gilt gleichermaßen für den Notfallpatienten, seine Angehörigen sowie die Rettungsdienstmitarbeiter. Wenn Seelsorger sich der Begleitung solcher Menschen verschrieben haben, so bedürfen sie neben einem "gesunden Menschenverstand" v.a. fundierter psychologischer Kenntnisse. In der Notfallseelsorge geht es oftmals um Themen der Trauerbegleitung, der Theodizee, sowie um die Frage nach Schuld und Vergebung. Darüber hinaus müssen psychologische Grundkenntnisse über Depressionen, das Burn-Out-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörungen etc., also spezifisch psychologische Fragestellungen, miteinbezogen werden. Mit welchen Ängsten sind Notfallpatienten und ihre Angehörigen konfrontiert? Wie wirkt sich der Dienst von Feuerwehrleuten, Rettungsassistenten und Notärzten langfristig auf ihre Psychohygiene aus? Wie sind hier längerfristige Schäden zu vermeiden? Wie können Seelsorger in diesem Bereich Weggefährten und Begleiter sein und so zu einem wichtigen Glied der Rettungskette werden, die zur Gesundung aller vom Notfallereignis Betroffenen beitragen? Dieses sind nur einige Fragen, die Auskunft geben über die psychologische Situierung des Themas Notfallseelsorge.

Teil 1:
Was ist
Notfallseelsorge?

2. Die Notwendigkeit Psychologischer Erster Hilfe

Tag für Tag berichten Zeitungen und andere Medien von schrecklichen Ereignissen: Verkehrsunfällen, Familiendramen, Wohnungsbränden etc. Was für die meisten Leser oft nur eine Randnotiz zwischen Weltpolitik und dem Sportteil ist, ist für den vom Unglück Betroffenen ein Ereignis, das sein ganzes Leben nachhaltig verändert hat. Soziale Beziehungen werden durch einen Verkehrsunfall mit einem Schlag ausgelöscht; der Brand eines Bauernhofes vernichtet in kürzester Zeit die Lebensgrundlage einer ganzen Familie.

Diejenigen, die ausrücken, um diesen Menschen zu helfen, werden in ihrem Leben mit unzähligen Ereignissen solcher Art konfrontiert. Für wenige Minuten erleben Feuerwehrleute, Rettungsassistenten und Notärzte, aber auch Polizeibeamte die Not anderer Menschen hautnah mit und versuchen, so gut es geht zu helfen. Oft können sie aber selbst nur hilflos zusehen, wie das Leben ihrer Mitmenschen von einer Minute auf die andere er stirbt. Sie erleben Menschen in existentiellen Krisen, an den Wendepunkten ihres Lebens.

Die seelischen Nöte, die mit einer akuten Erkrankung oder Verletzung einhergehen, sind in der bisherigen Rettungsdienstpraxis nur unzureichend behandelt worden. Aufgabe des Rettungsdienstes war bisher allein die physiologische Notfalltherapie. Noch 1989 heißt es in "Rettungsassistent und Rettungssanitäter", einem Standardwerk für die Ausbildung im Rettungsdienst, über dessen Funktion:

"Bei in ihrem Wohlbefinden aufs schwerste beeinträchtigten und lebensbedrohten Mitmenschen sind durch gezielte Überwachung und Behandlung am Ort des Geschehens und während des Transports

1. das Leben zu erhalten,
2. Schmerzen zu beseitigen und
3. zusätzliche Schädigungen zu verhindern."¹

Menschliche Nähe, Trost und Zuwendung als eine wesentliche Aufgabe des Rettungsdienstes werden hier nicht erwähnt.

Erst in jüngster Zeit wird der psychologischen Dimension der präklinischen Notfallmedizin zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt, wie zahlreiche Publikationen in Fachzeitschriften für Feuerwehr und Rettungsdienst eindrucksvoll belegen. "Während in den 50er Jahren der schnelle Transport eines Notfallpatienten in die nächstgelegene Klinik vorrangiges Ziel des rettungsdienstlichen Einsatzes war, erfolgte vor allem in den 70er Jahren eine Reorganisation mit

¹Gorgaß, B.; Ahnefeld, F.W.: Rettungsassistent und Rettungssanitäter. 2. Aufl. - Berlin: Springer, 1989, S.14

dem Ziel, die präklinische Erstversorgung und Stabilisierung gestörter vitaler Funktionen bereits vor dem Transport des Patienten in eine geeignete Klinik zu erreichen. In den letzten Jahren begann sich das Rettungsteam darüber hinaus auch verstärkt den menschlichen Bedürfnissen von Notfallpatienten zuzuwenden, um die individuelle Betroffenheit zu lindern und Strategien zu entwickeln, akute menschliche Krisensituationen zu entschärfen."²

Daß Rettungsdienstmitarbeiter sich zu allen Zeiten bemüht haben, durch menschliche Zuwendung und Nähe die seelische Not ihrer Patienten zu lindern, sei unbestritten. Jedoch zeigt die Praxis, daß Rettungsassistenten und Notärzte hier sehr schnell an Grenzen stoßen, wie zwei kurze Beispiele aus eigener Erfahrung verdeutlichen sollen.

Beispiel 1:

Sonntagmorgen, kurz nach Dienstbeginn - Rettungswagen und Notarzt Büren werden zu einem internistischen Notfall unweit der Rettungswache alarmiert. Bei der Morgentoilette war ein älterer Mann im Badezimmer kollabiert. Das eilig angelegte Notfall-EKG zeigt keinerlei Herzaktionen mehr. Unter schwierigen Bedingungen beginnen wir in dem viel zu engen Badezimmer mit der Reanimation. Nach etwas mehr als einer halben Stunde, in der wir das Herz des Patienten mehrmals, allerdings nur für wenige Sekunden wieder zu eigenständiger Arbeit anregen konnten, stellen wir die Wiederbelebungsversuche ein. Nachdem unsere Notärztin der Ehefrau des Patienten die traurige Wahrheit übermittelt hatte, daß ihr Mann leider gestorben sei, legen wir den verstorbenen Patienten in sein Bett. Nach einem stummen Gebet und der Bekundung unseres Bedauerns fahren wir auf direktem Weg zurück in die Rettungswache, um die Notfallkoffer wieder aufzufüllen und die Einsatzbereitschaft unserer Fahrzeuge wiederherzustellen. Die Frau des Patienten, jetzt Witwe, lassen wir mit dem Leichnam ihres Mannes allein in ihrer Wohnung zurück.

Beispiel 2:

Eine kalte Januarnacht im Kreis Paderborn. Mitten in der Nacht werden RTW und Notarzt Salzkotten, nebst RTW Delbrück zu einem schweren Verkehrsunfall auf einer wenig befahrenen Landstraße nördlich von Salzkotten alarmiert. Aus unerklärlichen Gründen ist auf regennasser Fahrbahn ein PKW von der Straße abgekommen und zuerst gegen einen Betonpfeiler geprallt, bevor er dann vor einem Baum zum Stehen kam. In dem PKW befindet sich auf dem Rücksitz ein schwerverletzter junger Mann, dessen Rettung sich als äußerst schwierig erweist. Der Kollege, der zuerst an der Unfallstelle eintraf, hatte bereits über Funk die Freiwillige Feuerwehr mit der Rettungsschere angefordert, die wenige Minuten später eintrifft. Durch den Kofferraum des Fahrzeuges versuchen wir dem Patienten so gut es geht zu helfen. Der Fahrer des Wagens, bis

²Fertig, B.: Krisenintervention und Notfallnachsorge im Rettungsdienst. Ein neues Glied in der Rettungskette. In: Ders. / Wietersheim, H.v. (Hrsg.): Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht: Stumpf & Kossendey, 1997, S. 129-138, hier S. 129

dahin von uns unbemerkt, steht zusammen mit anderen Personen auf der Fahrbahn und ringt mit seinen Tränen - für ihn haben wir jetzt keine Zeit. Er wird kurz nach Eintreffen der Polizei von dieser zur Vernehmung auf das nächste Polizeirevier gebracht. Wie wir später erfahren, besaß er erst seit zwei Tagen den Führerschein. Als es der Feuerwehr nach einigen Minuten endlich gelingt, den schwerverletzten und eingeklemmten Jungen aus dem Heck des Fahrzeugs herauszuschneiden, ist dieser bereits tot. Seine inneren Verletzungen waren zu schwer, als daß wir ihm hätten helfen können.

Beide Einsätze gehen mir, obwohl sie schon einige Jahre zurückliegen, bis heute nicht aus dem Sinn. Mit großem technischem und medizinischem Aufwand haben wir versucht, unseren Patienten zu helfen und ihnen das Leben zu retten. Für die Angehörigen unserer Patienten hatten wir jedoch wenig Zeit - die akute Notfalltherapie und die Wiederherstellung unserer Einsatzbereitschaft ließen uns keinen Raum für einige tröstende Worte. Darüber hinaus sah sich wohl auch kaum jemand von uns in der Lage, die passenden Worte zu finden. Was sagt man einer Frau, deren Ehemann nach einigen Jahrzehnten Ehe gerade verstorben ist? Wie verhält man sich gegenüber einem jungen Autofahrer, der sich massive Selbstvorwürfe macht, weil er gerade den Tod eines Freundes verursacht hat? Auf solche Situationen konnte uns während unserer rettungsdienstlichen Ausbildung niemand vorbereiten, und deshalb erschien es uns besser, zu schweigen und die Einsatzstelle so schnell es ging wieder zu verlassen. Die Notwendigkeit, unsere Notfallkoffer wieder aufzufüllen, kam uns da sehr entgegen.

So traurig es ist, diese beiden Beispiele sind keine Ausnahme. Der eigenen Sprachlosigkeit gegenüber dem Tod und der Angst, etwas Falsches sagen zu können, begegnen Feuerwehrleute und Rettungsdienstmitarbeiter häufig durch rege Betriebsamkeit oder durch das schnellstmögliche Verlassen der Einsatzstelle. Dieses Verhalten löst zwar das Problem der Helfer, auch wenn ein etwas ungutes Gefühl zurückbleibt, nicht aber das der Angehörigen, die in der akuten Trauerphase menschliche Nähe und Trost dringender als alles andere benötigen. "Wer ist eigentlich in unserer Rettungskette für Trost und mitmenschliche Begleitung zuständig, wenn unsere Reanimationsbemühungen erfolglos verlaufen sind und wir mit schalem Geschmack und dumpfem Gefühl 'Herzliches Beileid' wünschen?"³

Um der menschlichen Not und der daraus resultierenden Sprachlosigkeit zu begegnen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Initiativen gegründet, die diese Lücke im Rettungsdienst schließen wollen. Sie wollen, wo es nötig ist, Psychologische Erste Hilfe leisten. Dadurch soll die medizinische Hilfeleistung nicht relativiert oder gar abgewertet werden - sie ist nach wie vor die zentrale Aufgabe des Rettungsdienstes und dient der Erhaltung menschlichen Lebens. Ziel der neuen Bemühungen ist es, den Notfallpatienten und ihren Angehörigen durch

³Fertig, B.: Krisenintervention und Rettungsdienst. In: Fertig; v. Wietersheim, S.124-128, hier S. 124

menschliche Nähe Trost und Hoffnung zu geben. Neben die physiologische Notfalltherapie tritt die menschliche Fürsorge, die mit Worten des Trostes versucht, die Situation des Patienten und seiner Angehörigen zu verbessern.

Aber nicht nur der Notfallpatient und seine Angehörigen bedürfen der fürsorgenden ganzheitlichen Betreuung. Wo Menschen tagtäglich mit Leid, Krankheit und Tod konfrontiert werden, geht diese Arbeit nicht spurlos an ihnen vorüber - oder, wie es einer meiner Ausbilder einmal treffend formulierte: "Wenn ihr nach der Ausbildung im Rettungsdienst arbeitet, wird euer Leben nicht mehr so sein, wie es zuvor war." Die psychische Belastung, die der Beruf des Rettungsassistenten, Notarztes oder Feuerwehrmannes mit sich bringt, darf nicht unterschätzt werden. Dies gilt besonders dann, wenn außergewöhnliche Notfallereignisse, wie z.B. Säuglingsreanimationen, Gewaltverbrechen oder Suizide, den Helfer mehr als "normal" berühren.

Bis vor wenigen Jahren war dieses Thema noch tabu, doch in den letzten Jahren wurde erfreulicherweise auch diesem Problemfeld vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Was bei der Polizei schon seit einigen Jahrzehnten gängige Praxis ist, nämlich die Betreuung der Beamten durch Polizeipsychologen und -seelsorger, setzt sich auch zunehmend in Feuerwehr- und Rettungsdienstkreisen durch: die psychologische und seelsorgliche Begleitung der Männer und Frauen, die in diesem Bereich tätig sind.

Eine Möglichkeit solcher Begleitung, die sich in den letzten Jahren in weiten Teilen der Bundesrepublik etabliert hat, ist die Notfallseelsorge. Sie will Patienten, Angehörigen und Rettungsdienstmitarbeitern helfen, die Belastungen des Notfalls zu verarbeiten.

3. Was ist Seelsorge?

Es ist sinnvoll, vor Beginn einer Darstellung der Konzeption von Notfallseelsorge einige einleitende Bemerkungen zum Begriff der Seelsorge voranzustellen. Nur wenn geklärt ist, was Seelsorge im theologischen Sinn ist, kann das Proprium kirchlicher Notfallseelsorge verstanden werden.

Herders Theologisches Taschenlexikon definiert Seelsorge als den "im allg. Rettungswillen Gottes gründende, von ihm beauftragte u. bewirkte Heildienst der Kirche als Fortsetzung des österlich-eschatolog. Werkes Christi durch den pfingstl. Geist in der je aufgegebenen Situation auf Parusie u. Reich Gottes hin."⁴

Zur näheren Erörterung dieser komplexen Definition ist der Ansatz des Würzburger Pastoraltheologen Rolf Zerfaß sehr geeignet. Zerfaß greift das alte Motiv der Gastfreundschaft auf und entwickelt anhand dieses Begriffs ein Modell seelsorglichen Handelns für die pastorale Situation von heute.⁵ Doch sollen noch vor diesen praktischen Erwägungen zu den Grundprinzipien seelsorglichen Handelns einige "theoretische" Überlegungen zum Begriff der Seelsorge angestellt werden.

3.1. Seelsorgliches Handeln im Kontext christlichen Handelns

Es ist schwierig, genau zu definieren, was Seelsorge oder seelsorgliches Handeln ist. Seelsorge ist ein in der Pastoral häufig gebrauchter Begriff, mit dem die Schwierigkeit seiner Definition einhergeht. Beschränkt sich seelsorgliches Handeln ausschließlich auf den kirchlichen Bereich, oder gibt es auch so etwas wie "säkularisierte Seelsorge"? Wem kommt der Titel des Seelsorgers zu? Gilt diese Bezeichnung ausschließlich für geweihte Männer, oder ist es angemessen, auch sog. Laien als Seelsorger zu bezeichnen?

Rolf Zerfaß verankert den Seelsorgebegriff im Kontext christlichen und kirchlichen Handelns. "Seelsorgliches Handeln, was immer es ist, ist nicht *mehr* als christliches Handeln, sondern steht im Dienst christlichen Handelns."⁶ Was aber ist christliches Handeln?

Christliches Handeln ist ein sehr umfangreicher Begriff, der zunächst einmal nicht an kirchliches Leben gebunden ist. Solch ein Handeln geschieht überall dort, wo Menschen in der Nachfolge Christi einander in liebevoller Zuwendung und Achtung begegnen. Für eine derartige Weise der Zuwendung kann die bekannte Zachäusgeschichte ein Beispiel sein.

⁴Herders Theologisches Taschenlexikon; Band 7, hrsg. von Karl Rahner. Freiburg i.Br.: Herder 1973, S. 10

⁵vgl.: Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge. Für eine Spiritualität von Priestern und Laien im Gemeindedienst. Freiburg i.Br.: Herder, 1985, S. 11

⁶ebd., S. 85

[Jesus kam] nach Jericho und ging durch die Stadt. Dort wohnte ein Mann namens Zachäus; er war der oberste Zollpächter und war sehr reich. Er wollte gern sehen, wer dieser Jesus sei, doch die Menschenmenge versperrte ihm die Sicht; denn er war sehr klein. Darum lief er voraus und stieg auf einen Maulbeerfeigenbaum, um Jesus zu sehen, der dort vorbeikommen mußte. Als Jesus an die Stelle kam, schaute er hinauf und sagte zu ihm: Zachäus, komm schnell herunter! Denn ich muß heute in deinem Haus zu Gast sein. Da stieg er schnell herunter und nahm Jesus freudig bei sich auf. Als die Leute das sahen, empörten sie sich und sagten: Er ist bei einem Sünder eingekehrt. Zachäus aber wandte sich an den Herrn und sagte: Herr, die Hälfte meines Vermögens will ich den Armen geben, und wenn ich von jemand zu viel gefordert habe, gebe ich ihm das Vierfache zurück. Da sagte Jesus zu ihm: Heute ist diesem Haus das Heil geschenkt worden, weil auch dieser Mann ein Sohn Abrahams ist. Denn der Menschensohn ist gekommen, um zu suchen und zu retten, was verloren ist. (Lk 19, 1-10)

Diese Begebenheit macht deutlich, worin christliches Handeln besteht. Ohne großes Aufheben geht Jesus direkt auf Zachäus zu. Er beginnt nicht über Gott zu theoretisieren, indem er den Umherstehenden eine "Katechese" über Gottes Liebe zu den Sündern erteilt. Auch spricht er dem Zachäus nicht sogleich das Heil zu. Jesus verlangt lediglich, bei ihm zu Gast zu sein, und diese Aufforderung ist es, die die Wandlung des Zachäus bewirkt. Durch die Selbsteinladung Jesu gegen alle Widerstände der religiösen Bevölkerung fühlt Zachäus sich aufgewertet. Sein Leben bekommt durch die Begegnung mit Jesus einen neuen Sinn, der eine radikale Richtungsänderung im Leben des Zachäus bewirkt. Jesus braucht keine großen Worte, seine Person und sein vorbehaltloses Zugehen auf den Zöllner sind es, die Raum für Veränderung schaffen.

Zugegeben, ein Seelsorger im ausgehenden zwanzigsten Jahrhundert wird es da etwas schwerer haben, doch der Kern bleibt der gleiche. Christliches Handeln ist die bedingungslose Annahme des Nächsten, wodurch Heil und Heilung geschehen kann. "Überall, wo in dieser Weise bedingungslos der andere akzeptiert wird, wird Gottes Herrlichkeit offenbar, geht Jesu Sendung weiter, wird er im Heiligen Geist gegenwärtig. Das ist christliches Handeln, etwas Größeres gibt es nicht."⁷

In diesem Zusammenhang läßt sich **kirchliches Handeln** als eine Verdichtung christlichen Handelns definieren, wobei nicht die Kirche an sich, sondern die Gläubigen als Träger der kirchlichen Gemeinschaft die eigentlich Handelnden sind. Erst dadurch, daß die gläubigen Christen in der Gemeinschaft der Kirche christlich handeln, wird christliches Handeln zum kirchlichen Handeln. Aus dem individuellen christlichen Handeln entsteht also im Kollektiv der Gemeinschaft derer, die in der Nachfolge Christi unterwegs sind, kirchliches Handeln, das keinesfalls sofort mit dem Handeln der kirchlichen Institution gleichzusetzen ist, wenngleich auch das amtliche Handeln in den Kontext kirchlichen Handelns hineingehört. "Kirchliches Handeln (‘in nomine ecclesiae’), wie es dem Amt zukommt, ist also um des christlichen Handelns willen da, will es stützen, sichern, eindeutig halten."⁸

⁷Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 87

⁸ebd., S. 89

Seine äußerste Verdichtung findet christliches Handeln im amtlichen Handeln des Priesters. Sein Handeln ist "amtliches Handeln in der Gemeinde, das den Glauben, die Hoffnung, die Liebe der Einzelnen in einer Verbindlichkeit repräsentiert, die sie aus aller Zweideutigkeit heraus-nimmt."⁹

Wenn christliches Handeln also Heilung bewirken kann, muß das auch für kirchliches Handeln gelten. Dabei ist es aber nicht die Kirche selbst, die das Heil schafft; ihr kommt nur eine vermittelnde Funktion zu. Träger des Heils ist ausschließlich Christus, der durch die Kirche das Heil der Menschen bewirkt.¹⁰

Seelsorglichem Handeln, so wie Zerfaß es versteht, kommt eine Mittelstellung zwischen christlichem Handeln und kirchlichem Handeln zu. Das Verhältnis von christlichem, kirchlichem und seelsorglichem Handeln läßt sich gemäß Zerfaß am besten in drei konzentrischen Kreisen darstellen.¹¹

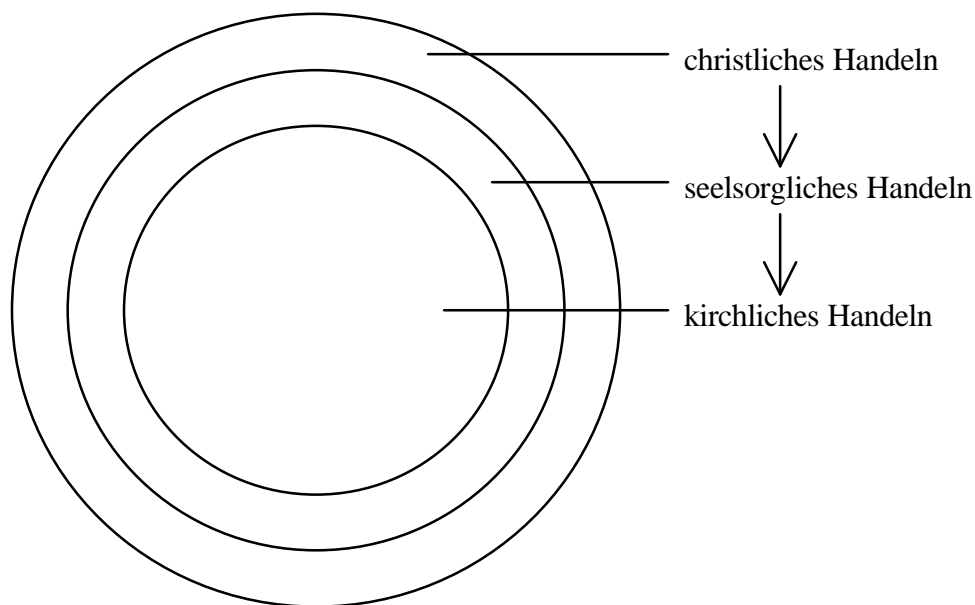


Abb. 1

Seelsorglich handelt, "wer seine Mitchristen bei ihrem Versuch, Jesu Umgangsstil zu wagen, ermutigt."¹² Insofern ist Seelsorge ein Teilbereich christlichen Handelns. Nicht jede christliche Handlung ist schon Seelsorge, aber jede seelsorgliche Handlung ist eingebunden in den Kontext christlichen Handelns. Wenn die Kirche in der Nachfolge Christi seine Heilszusage in der Zeit vermittelt, ist jede kirchliche Handlung zugleich seelsorgliche Handlung (Ermutigung zum

⁹Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 89

¹⁰vgl.: Herders Theologisches Taschenlexikon; Band 7, S. 10 f.

¹¹Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 92

¹²ebd., S. 90

Lebensstil Jesu), wobei nicht jede seelsorgliche Handlung schon immer in den kirchlich-amtlichen Rahmen eingebunden sein muß.¹³

Seelsorglich handelt also jeder, der das vollzieht, wozu Jesus bei seinem Abschiedsmahl Petrus auffordert: seine Brüder zu stärken (Lk 22, 32). Wo dies geschieht, vollzieht sich Seelsorge. Sie ist "Begleitung von Einzelnen und Gruppen im mühsamen Übergang von heute nach morgen, ist ein Dienst der Ermutigung, ein Dienst an dem Zeugnis des Glaubens und der Liebe, den alle geben."¹⁴

3.2. Der Mensch auf der Suche nach Sinn

Es gibt wohl kaum einen Menschen, der von sich behaupten würde, daß es nicht sein Ziel sei, im Leben glücklich zu werden. Gleichzeitig wird es aber ebensowenige Menschen geben, die von sich behaupten könnten, daß sie immer und überall glücklich seien. Offenkundig gibt es im Menschen also eine Spannung zwischen dem, was er erreichen will, nämlich absolutes und unentrinnbares Glück, und dem, was er faktisch erreicht. Trotz dieses relativen Mangels an Glück behaupten dennoch die meisten Menschen von sich, daß ihr Leben sinnvoll sei. Die Sinnhaftigkeit des Lebens scheint also nicht mit dem identisch zu sein, was der Mensch als Glück bezeichnet. Paul M. Zulehner unterscheidet daher zwischen dem glücklichen Leben und dem geglückten, sinnvollen Leben. "Viele Ereignisse des menschlichen Lebens, verschuldete wie unentrinnbare, machen im Grund nicht glücklich: Dazu zählen persönliche Schuld, Unglück, Krankheit, Scheitern, vor allem aber der Tod. Dennoch kann auch ein Leben, das mit Schuld, Scheitern und Tod behaftet ist, glücken und einen letzten unverlierbaren Sinn haben."¹⁵

Die Suche nach sinnvollem Leben kann der Mensch nicht allein bewältigen; er ist dabei auf andere Menschen angewiesen. Zwar muß der Mensch sein Leben selbst sinnvoll gestalten, was aber der Sinn des Lebens ist, wird wesentlich durch andere Menschen und die Gesellschaft vermittelt. Zulehner spricht in Anlehnung an die moderne Psychologie von drei Dimensionen, die eine wichtige Rolle spielen, damit das Leben zu einem sinnvollen Leben wird:¹⁶

- 1.) Liebesstreben: Zuwendung, Eros, Agape, Sexualität;
- 2.) Geltungsstreben: Autorität, Macht, Freiheit;
- 3.) Besitzstreben: Besitz, Vermögen.

¹³Unter diesen Voraussetzungen ist es dann aber nicht zu rechtfertigen, wenn der Titel Seelsorger ausschließlich dem Klerus vorbehalten wird, wie es das Bistum Fulda 1984 forderte (vgl.: Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 168 [Anm. 11]). Dieses würde eine Gleichsetzung von Seelsorge und kirchlich-amtlichem Handeln bedeuten. Seelsorge ist aber umfassender. Seelsorge bedeutet nicht, daß sie ausschließlich von Priestern ausgeübt wird und den Laien dabei lediglich eine helfende Funktion zugestanden werden kann.

¹⁴Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 90

¹⁵Zulehner, Paul M.: Helft den Menschen leben. Für ein neues Klima in der Pastoral. Freiburg i.Br.: Herder, 1978, S.

11

¹⁶vgl.: ebd., S. 12 f.

"Um sinnvoll leben zu können, brauche ich also sinnvolle Antworten auf die Fragen: Wie gehe ich gestalterisch um mit Liebe und Sexualität? Was mache ich schöpferisch mit Macht und Freiheit? Wie verfare ich mit Besitz und Vermögen?"¹⁷

Bei der Beantwortung dieser existentiellen Fragen ist die Gesellschaft maßgeblich beteiligt. Sie gibt ihr im Laufe der Zeit angesammeltes "Lebenswissen" weiter, um dem Einzelnen sinnvolle Antworten auf diese Fragen zu ermöglichen. Damit kommt der Gesellschaft bei der Lebens- und Weltdeutung eine erhebliche Bedeutung zu.¹⁸ Besonders deutlich wird dieses Phänomen bei der Erziehung von Kindern, die nach und nach in die Gesellschaft hineinwachsen (Sozialisierung) und so ihr eigenes Lebenswissen ansammeln und erweitern.

Wurde noch vor einigen Jahrhunderten die Weltdeutung fast ausschließlich von der Kirche betrieben, so hat die Religion in der Neuzeit zunehmend ihre Monopolstellung als umfassendes Sinnangebot verloren. Gerade in unserer postmodernen Gesellschaft hat die Kirche bei der Sinngebung ihre einstmals große Bedeutung eingebüßt. "Es gibt heute für alle wichtigen Lebensfragen eine Vielfalt von Antworten. Weil es also viele Lebenswissen gibt, nennen wir unsere Gesellschaft gerne [...] pluralistische Gesellschaft."¹⁹ Religion ist eine Weltdeutung und Sinngebung unter vielen. Selbst der Nihilismus erscheint als eine gleichberechtigte Größe. Der Mensch steht einer schier unüberschaubaren Vielfalt von Deutungsmöglichkeiten gegenüber, unter denen er zu wählen hat, wobei der heranwachsende Mensch zumeist die ihm primär, nämlich im Elternhaus überlieferte Weltdeutung übernimmt.

Trotz dieser großen Vielfalt und der rückläufigen Tendenzen kirchlichen Engagements kann die Kirche sicherlich noch als ein "Marktführer" auf dem pluralen Markt der Möglichkeiten angesehen werden. Die christliche Weltdeutung und ihre Art, den Menschen Sinn zu vermitteln, sind nach wie vor gefragt, wenn auch nicht mehr so, wie noch vor zwanzig Jahren. "Inmitten dieses gemeinschaftlichen Suchens nach sinnvollem und geglücktem Leben gibt es nun auch heute Menschen, die aufgrund ihrer Erfahrung und Einsicht behaupten, daß eine verlässliche Straße zu sinnvollem und geglücktem Leben und Zusammenleben der Menschen in Jesus Christus eröffnet wurde."²⁰

Aufgabe der Seelsorge ist es dann, Wegweiser zu sein. Seelsorge soll dem Menschen helfen, diese "verlässliche Straße zu sinnvollem und geglücktem Leben" zu finden. Diese Aufgabe ist nicht

¹⁷Zulehner, P.M.: Helft den Menschen leben, S. 13

¹⁸Der Soziologe Peter Ludwig Berger geht in ähnlicher Weise vor und spricht von der Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit durch den Dreischritt von Externalisierung, Objektivierung, Internalisierung. In diesem Dreischritt geht auch die Religion vor und entwirft eine umfassende Weltdeutung, um den Menschen aus der Sinnlosigkeit der Welt (Anomie) herauszuholen. (vgl.: Berger, P.L.: Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft. Elemente einer soziologischen Theorie. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag, 1973, S. 3-51)

¹⁹Zulehner, P. M.: Helft den Menschen leben, S. 17

²⁰ebd., S. 29

einfach und nicht ohne Rückschläge zu meistern. Aber sie ist zu bewältigen, indem sie den Menschen immer wieder von neuem einlädt, ein Stück des Weges mitzugehen auf dem Weg zu sinnvollem und geglücktem Leben. Dabei muß die Seelsorge auch auf die rechts und links des Weges Stehenden zugehen und sie ermutigen, auf den zu hören, der von sich behauptet: Ich bin der Weg, die Wahrheit und das Leben (Joh 14, 6).

3.3. Seelsorge als Gastfreundschaft - der Ansatz von Rolf Zerfaß

Mit dem Bild der Gastfreundschaft erörtert Zerfaß ein Modell von Seelsorge, das bestens geeignet ist, im Zeitalter der radikalen Pluralität und auf dem riesigen Markt der Weltanschauungen und Möglichkeiten am Leben Jesu orientierte Antworten auf die existentiellen Fragen der Menschen heute zu geben.

Gastfreundschaft ist eine Tugend, die in unserer Gesellschaft zunehmend in Vergessenheit geraten ist. Eine unvoreingenommene Begegnung mit dem Fremden scheint in der Welt von heute nicht (mehr) möglich, falls es eine solche Unvoreingenommenheit jemals gegeben hat. Dem Fremden wird zunehmend skeptisch und ängstlich begegnet. Im Zeitalter der Massenarbeitslosigkeit erscheint der Fremde vielen als eine Bedrohung für den Sozialstaat. Mit der zunehmenden Angst um den eigenen Wohlstand steigt auch die Ablehnung gegenüber Fremden.

Wo es Gastfreundschaft noch gibt, wird sie zunehmend kommerzialisiert. Der Fremde ist ein gut zahlender Tourist, dem man alle erdenklichen Annehmlichkeiten zukommen läßt und damit die Hoffnung verbindet, daß dieser sich wohl fühlt und von der Gastfreundschaft in naher Zukunft wieder Gebrauch machen wird. Dieses aber ist nicht die eigentliche Bedeutung von Gastfreundschaft. "Gastfreundschaft hat wenig mit aufwendigem Service für den anderen zu tun [...], aber hat viel zu tun mit Freundschaft, d.h. mit Partnerschaft, mit Teilen, Geben und Nehmen. Der Fremde wird hier nicht als Kunde angesprochen, der sich für sein Geld eine Unterkunft erkauft, sondern als Mensch, der etwas Kostbares mitgebracht hat: sich selbst. Er wird nicht zum Konsumenten herabgewürdigt, sondern auf seinen Teil Verantwortung dafür aufmerksam gemacht, daß die Tage, die er mit seinen Gastgebern verbringt, für beide erfüllte Tage sind."²¹

Gastfreundschaft ist also ein zutiefst dialogisches Prinzip. Es ist keine Leistung eines Subjekts an ein gut zahlendes Objekt, sondern ein intersubjektives Geschehen, bei dem alle Beteiligten sich als Gebende und Nehmende verstehen. Wenn Seelsorge sich als Gastfreundschaft verstehen will, muß sie sich zunächst darüber im klaren sein, was Gastfreundschaft ist.

a) Gastfreundschaft als Ort der Gotteserfahrung (biblische Grundlegung)

²¹Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 12 f.

Im Fremden begegnet uns Gott. Diese uralte Erfahrung spiegelt sich in zahlreichen Texten des Alten und Neuen Testaments wieder. In den urchristlichen Gemeinden war es üblich, Fremde (v.a. Missionare) zu beherbergen. Diese Form der Gastfreundschaft ist für das frühe Christentum konstitutiv.²² Sie ist ein Ort der Gotteserfahrung. "Gastfreundschaft ist nicht ein Mittel, heilig zu werden, sondern dem Heiligen zu begegnen."²³ Dieses wird besonders in der Emmaus-Perikope deutlich (Lk 24, 13-35), wo Jesus unerkannt als Fremder zwei Jüngern auf dem Weg nach Emmaus begegnet und sich anschließend als der Auferstandene offenbart. Aber auch Mt 25, 35 spricht davon, daß uns im Fremden Gott begegnet: "... ich war fremd und obdachlos, und ihr habt mich aufgenommen". Eines der eindrucksvollsten Beispiele von Gottesbegegnung durch Gastfreundschaft wird uns in der Patriarchengeschichte überliefert:

Der Herr erschien Abraham bei den Eichen von Mamre. Abraham saß zur Zeit der Mittagshitze am Zelteingang. Er blickte auf und sah vor sich drei Männer stehen. Als er sie sah, lief er ihnen vom Zelteingang aus entgegen, warf sich zur Erde nieder und sagte: Mein Herr, wenn ich dein Wohlgefallen gefunden habe, geh doch an deinem Knecht nicht vorbei! Man wird etwas Wasser holen; dann könnt ihr euch die Füße waschen und euch unter dem Baum ausruhen. Ich will einen Bissen Brot holen, und ihr könnt dann nach einer kleinen Stärkung weitergehen; denn deshalb seid ihr doch bei eurem Knecht vorbeigekommen. Sie erwiderten: Tu, wie du gesagt hast. Da lief Abraham eiligst ins Zelt zu Sara und rief: Schnell drei Sea feines Mehl! Rühr es an, und backe Brotfladen! Er lief weiter zum Vieh, nahm ein zartes, prächtiges Kalb und übergab es dem Jungknecht, der es schnell zubereitete. Dann nahm Abraham Butter, Milch und das Kalb, das er hatte zubereiten lassen, und setzte ihnen es vor. Er wartete ihnen auf, während sie aßen. Sie fragten ihn: Wo ist deine Frau Sara? Dort im Zelt, sagte er. Da sprach der Herr: In einem Jahr komme ich wieder zu dir, dann wird deine Frau Sara einen Sohn haben. (Gen 18, 1-10a)

Dieser Text zeigt sehr deutlich, was mit Gastfreundschaft gemeint sein kann. Es ist eine "aufnahmebereite, freiraumschaffende, partnerschaftliche und zeitlich befristete Weise der Zuwendung".²⁴ Diese vier Aspekte der Gastfreundschaft sollen im folgenden eingehender beleuchtet werden.

b) Gastfreundschaft als aufnahmebereite, freiraumschaffende, partnerschaftliche und zeitlich befristete Weise der Zuwendung

Es ist zuweilen schwierig, sich in unserer Kirche als willkommener Gast und nicht als Fremder zu fühlen. In der Seelsorge funktioniert fast nichts ohne den Terminkalender. Seelsorgliche Gespräche sind oftmals nur nach vorheriger Terminabsprache möglich. Nicht nur Seelsorger, sondern auch viele Gläubige fühlen sich durch das unruhige Verhalten von kleinen Kindern im Gottesdienst gestört und lassen dieses auch die jungen Eltern spüren. Für manche Jugend-gruppen ist es schwierig geworden, einen eigenen Raum im Pfarrheim zu bekommen, in dem sie sich versammeln können. Besonders in ländlichen Regionen mit ihren traditionell gewachsenen Kirchenstrukturen ist es für Neuankömmlinge schwierig, in die Gemeinde hinein-

²²vgl.: Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 17 f.

²³ebd., S. 19

²⁴ebd., S. 21

zuwachsen. Daher ist es wenig verwunderlich, wenn sich vielerorts selbst die Gläubigen als Fremde in der eigenen Gemeinde betrachten. Wenn Seelsorge gastfreundlich sein will, muß sie anders verfahren.

Seelsorge als Gastfreundschaft ist **aufnahmebereit**. Sie "ist eine energische Alternative zum üblichen Umgangsstil unserer Gesellschaft; sie geht davon aus, daß den Menschen in dieser hektischen Welt nichts so gut tut wie ein Platz, an dem sie verschnaufen, Atem holen, das Visier hochklappen, die Waffen ablegen können, weil sie spüren: hier muß ich nicht schon wieder etwas 'bringen', hier darf ich mich gehenlassen, ohne Angst haben zu müssen, daß mir dies zum Nachteil gerät."²⁵

Seelsorge als Gastfreundschaft ist **freiraumschaffend**. Sie gibt dem Gegenüber Raum für echte Begegnung. Sie ist ganz bei ihm, ohne Hektik und Zeitnot. In einem Zeitalter, in dem die Zeit des einzelnen und für den einzelnen immer knapper wird, grenzt es schon an ein Wunder, Freiräume für den anderen zu schaffen. Gastfreundschaft durchbricht somit den alltäglichen Wahnsinn des "time is money". Sie gibt dem Menschen Ruhe und Geborgenheit in einer vom Terminkalender bestimmten Zeit. Gleichzeitig versucht sie aber nicht, das Gegenüber durch die eigenen Ansprüche zu vereinnahmen oder die Gastfreundschaft an Bedingungen zu knüpfen. "Gastfreundschaft ist nicht dazu da, die Leute zu ändern, sondern ihnen einen Raum anzubieten, in dem Veränderung für sie möglich wird. Sie besteht nicht darin, Männer und Frauen auf unsere Seite zu ziehen, sondern darin, Freiheit anzubieten, die von Parteigrenzen nicht beeinträchtigt wird. Sie besteht nicht darin, unseren Nächsten so in die Enge zu treiben, daß ihm keine Wahl mehr bleibt, sondern darin, einen breiten Fächer von Möglichkeiten zur freien Auswahl und zur Entscheidung anzubieten. [...]"²⁶

Nur so kann Seelsorge eine **partnerschaftliche Balance von Nehmen und Geben** sein. Gastfreundschaft ist in diesem Sinn keine Dienstleistung, in der einer gibt und ein anderer empfängt, sondern ein dialogisches Prinzip von gegenseitigem Nehmen und Empfangen. Daher ist die heutige Pastoraltheologie bemüht, das alte Subjekt-Objekt-Denken in der Seelsorge aufzulösen. Danach ist nicht der Seelsorger das ausschließliche Subjekt der Seelsorge, dessen Rolle einzig auf das Geben beschränkt ist, vielmehr ist er selbst auch Objekt der Seelsorge, insofern er als Gebender gleichzeitig auch Empfangender im partnerschaftlichen Prozeß der Seelsorge ist. "Zwischen Subjekt und Objekt gibt es eine wechselseitige Beeinflussung."²⁷

Seelsorge als Gastfreundschaft ist **zeitlich befristet**. Sie wird nicht erst dadurch gastfreundlich, indem sie das Gegenüber für einen möglichst langen Zeitraum bei sich aufnimmt, sondern

²⁵Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 24

²⁶ebd., S. 15 f.

²⁷Herders Theologisches Taschenlexikon; Band 7, S. 12

dadurch, daß sie es zur Selbstständigkeit befähigt. Das bedeutet aber, daß der Fremde zwar ein willkommener Gast ist, aber ein eigenes Zuhause hat. Zeitlich befristete Seelsorge steht nicht in der Gefahr, den anderen von sich abhängig zu machen, "sondern konfrontiert den anderen gerade durch die zeitliche Befristung damit, daß er selbst Subjekt seiner Lebensgeschichte ist, berufen und durch die Treue Gottes ermächtigt, auf eigenen Füßen zu stehen und seiner eigenen Wege zu gehen. Noch die Gelassenheit, mit der ich den anderen verabschiede, ist ein Ausdruck meines Glaubens und meiner Hoffnung, daß Gott mit ihm ist, der uns für eine Weile zusammengeführt hat, weil bei ihm nichts unmöglich ist."²⁸ Daher ist es eine gute christliche Tradition, daß ein junger Priester in den ersten Jahren regelmäßig die Orte seines Wirkens wechseln muß. Dies bewahrt den Seelsorger und sein Gegenüber vor gegenseitiger Abhängigkeit. Trotzdem gehört die zeitliche Befristung wohl zu den schwersten Lektionen eines Seelsorgers, besonders dann, wenn eine sehr intensive seelsorgliche Beziehung entstanden ist, zu der beide Subjekte das ihrige beigetragen und empfangen haben.

Diese Form von Seelsorge erlernt man aber nicht in der Rolle des Gastgebers, sondern in der Rolle des Fremden. Hier liegt die großartige Chance der Kirche in der gegenwärtigen Situation. Dadurch, daß die Kirche in der Neuzeit, v.a. aber im zwanzigsten Jahrhundert, an Selbstverständlichkeit verloren hat, ist sie wieder in der Rolle des Fremden und kann somit Gastfreundschaft von neuem lernen. Seelsorge kann und darf sich nicht mehr damit begnügen, in den eigenen vier Wänden zu verharren und darauf zu warten, daß wer zu ihr kommt. Sie muß hinaus in die Fremde und auf die Menschen zugehen, damit sie wieder lernen kann, Fremde zu beherbergen.

²⁸Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge, S. 29

4. Geschichtliches

4.1. Entwicklung der Notfallseelsorge

Notfallseelsorge ist eine Form der Sonderseelsorge, die sich erst in jüngster Zeit in der Bundesrepublik etablieren konnte. Dabei ist eine Verbindung von Rettungsdiensten und Kirchen naheliegend, denn beide haben es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen in Notlagen zu helfen. Einige Hilfsorganisationen, die im rettungsdienstlichen Bereich arbeiten, sind sogar direkt aus christlichen Ordenswerken heraus entstanden, so z.B. der Malteser-Hilfsdienst (MHD) und die Johanniter-Unfallhilfe (JUH)²⁹. Auch der Name des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) läßt eine Verbindung zur christlichen Tugend der Nächstenliebe anklingen. "Gott zur Ehr, dem Nächsten zur Wehr" lautet das Motto der Menschen, die retten, löschen, bergen, und zeigt die einstmals enge Verbindung von Feuerwehr und christlicher Tradition, die auch heute noch im Funkrufnamen der Feuerwehr (Florian) anklingt. "Trotz dieser langandauernden und intensiven Verbindung gab es bis vor kurzem kaum oder gar keine organisierte Zusammenarbeit mit den Rettungsorganisationen."³⁰ Da es bereits seit geraumer Zeit Seelsorger für Polizei, Militär und Krankenhäuser gibt, ist dieses Phänomen um so erstaunlicher.

Jedoch ist die Idee, Seelsorger für Not- und Katastrophenfälle bereitzustellen, schon Ende der 70er Jahre aufgekommen. Damals erkannte der Rat der EKD, daß es angesichts des technischen Fortschritts und der damit einhergehenden erhöhten Gefahr von Unfällen und Katastrophen **landeskirchliche Katastrophenbeauftragte** geben müsse, die in Fällen akuter (Groß-) Schadensereignisse effiziente Hilfe leisten können.³¹ Dieses geschah bisher allerdings nicht. "Zwar hat es - vor allem im süddeutschen Raum - sogenannte Unfallfolgedienste gegeben, die sich zur Aufgabe gemacht hatten, sich um unverletzte Unfallopfer zu kümmern, deren Angehörige in einem Krankenhaus liegen, Verletzte in den Krankenhäusern zu besuchen, ggf. Todesbenachrichtigungen durchzuführen. Diese Dienste blieben aber regional begrenzt und waren mit dem normalen kirchlichen Leben nicht vernetzt."³²

Während die Menschen noch vor einigen Jahrzehnten meistens zu Hause starben und es dabei selbstverständlich war, einen Geistlichen hinzuzuholen, so hat der Ausbau des Gesundheits- und Rettungswesens eine Verlagerung des Sterbens in die Kliniken bewirkt, was zu einem massiven Ausbau der Krankenseelsorge führte, bei der aber die Angehörigen der Patienten meistens

²⁹vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst. In: Ahnefeld, F.W.: Workshop Ethische, Psychologische und Theologische Probleme im Rettungsdienst: Ulm/Neu-Ulm, 23.-25.02.1994 - Nottuln: Verl.- und Vertriebsges. des DRK, Landesverb. Westfalen-Lippe, 1995 (Schriftenreihe zum Rettungswesen; Bd. 11), S. 82-96, hier S. 83

³⁰ebd.

³¹vgl.: Müller-Lange, J.: Konzeption der Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland (unveröffentlicht), S. 3

³²ebd.

vergessen wurden. Einzelne Versuche, den ortsansässigen Seelsorger zur Einsatzstelle zu bestellen, scheiterten oftmals an der Unerreichbarkeit des Seelsorgers oder an der Unkenntnis der Rettungsdienstmitarbeiter über den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Seelsorger. Hinzu kam außerdem, daß die Notwendigkeit von Seelsorge in der akuten Notfallsituation weder von Rettungsdienstseite noch kirchlicherseits gesehen worden ist. Erst neuere Untersuchungen und Veröffentlichungen zeigten die Notwendigkeit von seelischer Begleitung während oder kurz nach einem Notfallereignis.³³ Diese Erkenntnisse schließlich führten 1989 zur Gründung der **Arbeitsgemeinschaft Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst (AGS)**, die seitdem am Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Notfallseelsorgern arbeitet, die rund um die Uhr und in kürzester Zeit alarmiert werden können. Dieser Zusammenschluß von Geistlichen verschiedener Kirchen und anderen Interessierten ist Ort für den Erfahrungsaustausch und versucht durch seine kontinuierliche Arbeit, rettungsdienstliche Strukturen im Bereich der mitmenschlichen Begleitung aller am Notfallgeschehen Beteiligten zu optimieren.³⁴ Bis 1997 kam es zur Gründung von vier Regionalgruppen der AGS in Bayern, Westfalen, Berlin-Brandenburg und im Rheinland.³⁵

"Die örtliche Arbeit der Mitglieder sieht sehr unterschiedlich aus. Die meisten sind in einer Hilfsorganisation tätig, unterrichten an Berufsfachschulen oder versuchen, persönlichen Kontakt zu ihren örtlichen Hilfsorganisationen zu halten. In Zusammenarbeit mit anderen Stellen werden Fortbildungen für Seelsorgerinnen und Seelsorger angeboten [...]. Neben der (Weiter-) Entwicklung der kirchlichen Notfallseelsorge hält die AGS engen Kontakt zu anderen Institutionen, die ähnliche Ziele verfolgen, z.B. Kriseninterventionsteams und Polizeiseelsorger."³⁶

4.2. Begriffliche Differenzierung gegenüber Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst

Wenn hier bisher von Notfallseelsorge die Rede war, so sind damit genauerhin zwei an sich eigenständige Bereiche von Seelsorge gemeint, die allerdings eng zusammengehören und nicht voneinander getrennt werden dürfen, obwohl sie begrifflich voneinander unterschieden sind.

Notfallseelsorge meint die Seelsorge direkt am Ort des Notfalls. Sie richtet sich sowohl an den Patienten als auch an dessen Angehörige. **Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst** hingegen ist die Betreuung und Begleitung von Rettungssanitätern, -assistenten, Notärzten und Feuerwehrleuten vor, während und nach dem Einsatz. Beide Bereiche gehören allerdings unbedingt zusammen.

³³vgl.: Müller-Lange, J.: Konzeption der Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland, S. 3 f.

³⁴vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 92 f.

³⁵vgl.: Wietersheim, H. v.: Aufbau und Organisation von Notfallseelsorge-Projekten. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 161-165, hier S. 165

³⁶ebd.

5. Selbstverständnis und Aufgabe der Notfallseelsorge

Mit der begrifflichen Differenzierung sind auch schon zwei wesentliche Aufgabenbereiche von Notfallseelsorgern genannt, die im folgenden ausführlicher dargestellt werden sollen - die Betreuung und seelsorgliche Begleitung von:

- Patienten sowie deren Angehörigen,
- Einsatzkräften.

5.1. Die Betreuung primär und sekundär geschädigter Personen

Dieser Bereich der Notfallseelsorge geschieht vornehmlich während des Einsatzes und am Ort des Notfallgeschehens. Der Notfallseelsorger wird dabei von der Leitstelle oder den Einsatzkräften vor Ort alarmiert und begibt sich möglichst unverzüglich zur Einsatzstelle. Dort kümmert er sich nach Absprache mit dem Rettungsteam oder der Einsatzleitung um den Patienten und/oder dessen Angehörige, bei Verkehrsunfällen um unverletzte Unfallbeteiligte, Unfallzeugen etc. und hilft in ganz praktischen Dingen.

Aufgaben während des Einsatzes können u.a. sein:³⁷

- *Betreuung derer, die keiner medizinischen Versorgung bedürfen (z.B. bei Verkehrsunfällen)*
- *Betreuung von Verletzten während der Rettung und in Wartezeiten (etwa bei Verkehrsunfällen mit eingeklemmten Personen oder bei einem Massenanfall von Verletzten)*
- *Spende von Sakramenten (falls gewünscht)*
- *Gebet für Sterbende und Tote (falls gewünscht)*
- *Versorgung von Verstorbenen bis zu deren Abtransport*
- *Begleitung von Angehörigen, die am Einsatzort sind oder dorthin kommen*
- *Fürsorge für erschöpfte Helfer*
- *Überbringung von Todesnachrichten zusammen mit anderen Einsatzkräften (meistens mit der Polizei)*
- *Beratung der Einsatzleitung in besonderen Situationen z.B. bei Suizidandrohung, Geiselnahme, Gewaltverbrechen etc. (falls gewünscht)*

Aber nicht nur durch tröstende Worte, sondern auch in ganz praktischen Dingen kann der Notfallseelsorger Hilfe leisten. So kann er nach einer erfolglos verlaufenen Reanimation neben der Betreuung der Hinterbliebenen auch weitere Verwandte informieren und ein Bestattungsunternehmen benachrichtigen. Unter Umständen kann es auch sinnvoll sein, daß er später selbst die Beisetzung des Verstorbenen übernimmt. Bei plötzlichem Säuglingstod kann der Seelsorger für die Eltern den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe herstellen. Nach einem Wohnhausbrand

³⁷vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge. Die besondere Chance des Seelsorgers vor Ort. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 151-155, hier S. 151

kann er den Bewohnern ein Notquartier vermitteln oder sie übergangsweise im Pfarrheim seiner Gemeinde unterbringen.

Dies ist besonders deshalb möglich, weil Seelsorger in der Regel einen recht guten Überblick über kirchliche und nicht-kirchliche Einrichtungen haben, die den betroffenen Personen in vielerlei Dingen helfen können. Durch seine praktischen Erfahrungen in der Seelsorge kann der Notfallseelsorger eine Vernetzung dieser Hilfsangebote herstellen. So ist es beispielsweise denkbar, daß er erste Kontakte zu Beratungsstellen oder kirchlichen Sozialeinrichtungen (im katholischen Bereich z.B.: Caritas, SKM) herstellt, die den Menschen in ganz praktischen Dingen besser zur Seite stehen können, als er selbst es vermag.

Im Einsatz selbst sollte die Arbeit des Notfallseelers unbedingt mit den Einsatzkräften vor Ort abgesprochen werden. Dies gilt besonders für Einsätze, bei denen viele Helfer beteiligt sind. Die Absprache erfolgt am besten mit der Einsatzleitung (z.B.: Löschzugführer, Stadt- oder Kreisbrandmeister, Leitender Notarzt). Sie sind v.a. im städtischen Bereich oft mit als erste vor Ort, koordinieren die Hilfe und haben dadurch einen guten Überblick über das Einsatz-geschehen. Wenn die Einsatzleitung konkrete Anliegen hat, "entspricht der Notfallseelsorger diesen soweit wie möglich. (Hierbei sollte aber beachtet werden, daß der Seelsorger die theologische Fachkompetenz hat und selbst entscheiden muß, was er tun kann und was nicht.) Falls bestimmte Anliegen abgeschlagen werden, sollte eine gemeinsame Lösung gesucht werden. (Am besten wäre es, wenn Einsatzleiter und Seelsorger sich schon vorher so gut kennen, daß sie genau wissen, was der eine vom anderen erwarten kann und was nicht.)"³⁸ Hierzu kann eine Einbeziehung des Seelers in die Aus- und Fortbildung von Einsatz- und Führungskräften hilfreich sein (vgl. Kap. 6).

5.1.1. Die seelischen Nöte von Notfallpatienten

Wer einige Zeit im Rettungsdienst arbeitet, für den gehören Herzinfarkte, Schlaganfälle und Verkehrsunfälle mit der Zeit zum Alltag. Er ist sich der Tatsache bewußt, daß er von einer Sekunde auf die andere mit Krankheit, Leid und Tod konfrontiert werden kann. Derjenige aber, der in solchen Fällen der professionellen Hilfe bedarf, befindet sich normalerweise völlig unvorbereitet in einer Situation, mit der er zuvor nicht gerechnet hat und die nun sein ganzes Leben in einem neuen Licht erscheinen läßt. "Der Mensch wird aus dem Zustand des Gesunden herausgerissen und schlagartig mit Schmerzen, Behinderungen und anderen körperlichen Beeinträchtigungen konfrontiert."³⁹ Körperliche Schädigungen aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls gehen dabei mit den seelischen Nöten Hand in Hand. Der Notfallpatient sieht auf

³⁸Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge. Die besondere Chance des Seelers vor Ort, S. 155

³⁹Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel, J. (Hrsg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin: Springer, 1997, S. 3-21, hier S. 5 f.

einmal seine ganze Existenz durch ein einziges, meist nicht vorhersehbares Ereignis bedroht. Dabei "entstehen Ängste, die zukunftsorientiert sind, Ängste, welche mit Verwundbarkeit der eigenen Existenz in Verbindung stehen. Viele Fragen kommen auf, mit welchen sich der Patient nun aktiv auseinandersetzen muß."⁴⁰

a) **Ängste aufgrund von körperlicher Schädigung:**

Ängste, die aufgrund einer Notfallsituation entstehen, haben v.a. ihren Grund in der Art und Weise der **körperlichen Beeinträchtigung**. "Die Beurteilung der Schwere der Verletzung und damit das akute Bedrohlichkeitserleben des Notfallopfers wird durch objektive und subjektive Merkmale der körperlichen Schädigung bestimmt:

- die äußerliche Sichtbarkeit,
- die vitale Bedeutung des Organs,
- Schmerzen,
- die subjektive Bedeutung des Organs."⁴¹

Stark blutende Kopfplatzwunden beispielsweise können aufgrund ihrer **äußerlichen Sichtbarkeit** bei Patienten stärkere Angst auslösen als eine geschlossene Oberschenkelfraktur oder stark blutende innere Verletzungen, wenngleich der Blutverlust bei letzteren erheblich größer und die Verletzung damit lebensbedrohlicher sein kann. Das gleiche gilt für alle Arten von Gesichtsverletzungen. "Sie bedeuten eine tiefgreifende Störung des Selbstwertgefühls. Es wird befürchtet, durch die Verletzung entstellt zu sein und damit Attraktivität und soziale Wertschätzung verloren zu haben. Dies trifft besonders für Jugendliche und jüngere Frauen zu."⁴²

Die **vitale Bedeutung des Organs** ist ein zweiter Faktor für das seelische Erleben einer Notfallsituation. So lösen Verletzungen oder Erkrankungen, die die Vitalfunktionen des Patienten (Herz-Kreislauf-System, Atmung, Bewußtsein) betreffen, mehr Angst beim Patienten aus als der Ausfall anderer Körperfunktionen. "Das Miterleben-Müssen, über lebenswichtige Funktionen nicht mehr verfügen zu können und damit auch den eigenen Tod zu antizipieren, führt zu einer seelischen Erschütterung bis tief in die Persönlichkeit hinein."⁴³ So ist es leicht verständlich, daß Menschen, die Schmerzen im Brustbereich oder Atembeschwerden haben, eher Angst davor haben, bald sterben zu müssen, als beispielsweise Patienten mit starker Unterzuckerung.

"Eine weitere Gruppe von Verletzungen, die eine große Bedrohung für den Betroffenen darstellt, sind Verletzungen, die zu einer schweren *Immobilisation* einer oder mehrerer Extremitäten

⁴⁰Stephan, T.: Angst und Angststörungen im Rettungsdienst: Unterschiedliche Phänomene. In: Rettungsdienst, 18 (1995); 5, S. 10-24, hier S. 12

⁴¹Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S. 6

⁴²ebd.

⁴³ebd.

führen."⁴⁴ So ist bei Patienten, welche nach einem Unfall ihre Beine nicht mehr bewegen können, die Angst vor einer bleibenden Querschnittslähmung besonders hoch. Sie bedeutet einen kaum vorstellbaren Einschnitt in die weitere Lebensqualität des Betroffenen und erzeugt daher ein besonders hohes Maß an Angst.

Schmerzen sind ein Alarmzeichen des Körpers, daß etwas nicht in Ordnung ist. Dabei sind das Schmerzempfinden und die Bedeutung, die dem Schmerz beigemessen wird, von Person zu Person unterschiedlich. "Die menschliche Schmerzerfahrung besteht aus mindestens zwei Komponenten, der sensorischen (Empfindung von Schmerz) und der affektiven (Bewertung des Schmerzes)".⁴⁵ Da die Erfahrung von Schmerzen unmittelbare Auswirkungen auf das psychische Erleben der Notfallsituation hat, kommt der Schmerzbekämpfung durch angemessene Analgetisierung große Bedeutung zu. Oft reicht schon die Bekämpfung der auftretenden Schmerzen, um ein subjektives Besserungsgefühl und eine Minderung der Angst zu erreichen.

Angst und Schmerzen können sich gegenseitig bedingen. Schmerzen können die Angst vor einer wirklich schwerwiegenden Verletzung steigern. Gleichzeitig kann diese Angst aber auch das Gefühl der Schmerzen verstärken und somit nochmals das Angstgefühl steigern. In diesen Kreislauf einzugreifen ist in der Präklinik besonders wichtig. Es sind aber auch Fälle bekannt, in denen das Schmerzempfinden durch massive Angstgefühle stark herabgesetzt wird. "Das Notfallopfer wird von Angst überflutet, so daß Schmerz nicht wahrgenommen wird. [...] Damit wird das oftmals bei traumatischen Ereignissen auftretende Phänomen verstehbar, daß Notfallopfer trotz schwerster Verletzungen keine Schmerzen empfanden."⁴⁶ Ebenso wird verstehbar, wieso Unfallpatienten trotz augenscheinlich großer Verletzungen noch in der Lage sind, sich um ihnen nahestehende Menschen zu kümmern. So berichtet ein Überlebender der Flugzeugkatastrophe von Ramstein, daß er trotz schwerster Brandverletzungen sich zuerst um seine Tochter kümmerte und nach seiner Frau Ausschau hielt.⁴⁷ Sicherlich hat die Angst um seine Frau und seine Tochter diesem Menschen Fähigkeiten verliehen, die er unter anderen Umständen nicht gehabt hätte. Es gibt also eine enge Verflechtung von seelischer Angst und physischem Schmerzempfinden. Angst kann das Schmerzempfinden steigern oder herabsetzen. "Neuroanatomische und elektrophysiologische Studien begründen dies durch die topographische Verflechtung von Angst- und Schmerzzentren bzw. -bahnen."⁴⁸

⁴⁴Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 45-63, hier S. 47

⁴⁵ebd., S. 47

⁴⁶Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S.7

⁴⁷vgl.: Jatzko, H. et al.: Das durchstoßene Herz - Ramstein 1988 : Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Edewecht: Stumpf und Kossendey, 1995, S. 61 f.

⁴⁸Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S. 7

Weiterhin hängt das Schmerzempfinden von der individuellen Persönlichkeit des Patienten ab (bei gleichen Verletzungen haben unterschiedliche Menschen unterschiedlich starke Schmerzen) sowie von der Hoffnung auf baldige Besserung. "Das Bewußtsein, daß alles Menschenmögliche zu seiner Rettung getan wird, kann die Schmerztoleranz eines Notfallopfers deutlich erhöhen. Dagegen ist ein Patient, der ohne für ihn erkennbare Hoffnung auf Hilfe alleingelassen ist, massiven Ohnmachtserfahrungen ausgeliefert, die eine innere Distanzierung vom Schmerz unmöglich machen."⁴⁹

Ein letzter Faktor, der das seelische Erleben einer Notfallsituation bestimmt, ist die **subjektive Bedeutung des betroffenen Organs**. "Neben den bislang genannten Faktoren nimmt die symbolische Bedeutung, die das betroffene Organ für die Person hat, wesentlichen Einfluß auf das individuelle Traumaerleben. [...] Schädigungen bzw. Verlust eines symbolisch besonders hoch besetzten Organs oder Körperteils kann eine schwere narzißtische Kränkung mit massiver Selbstwertproblematik auslösen." Symbolisch hochwertige Organe bzw. Körperteile sind u.a.: das Gesicht, die Extremitäten, der Rücken (Wirbelsäule) und die Geschlechtsorgane. Eine Verletzung dieser Organe bzw. Körperteile kann (Auto-) Aggressionen, Depressionen oder regressives Verhalten auslösen.⁵⁰ Des weiteren haben für manche Menschen bestimmte Körperteile einen subjektiv höheren Stellenwert als für andere. So wird etwa ein Pianist einer Handverletzung sicherlich größere Bedeutung beimessen, als dies ein Fußballspieler täte, da diese Verletzung für den Pianisten das Ende seiner Musikkarriere bedeuten kann. In solchen Fällen können mit der Verletzung eines bestimmten, subjektiv hochwertigen Organs massive Zukunftsängste einhergehen.

b) Die Einschränkung menschlicher Grundbedürfnisse durch das Notfallgeschehen:

Nicht nur das Erleben körperlicher Schädigung hat Auswirkung auf das seelische Erleben einer Notfallsituation. Es spielen auch noch andere Faktoren eine Rolle. So stellt ein Notfallereignis grundlegende **Bedürfnisse des Menschen** in Frage. "Bedürfnisse sind innere Bedingungen menschlicher Tätigkeit und damit Bedingungen von Verhalten, Denken und Fühlen. Sie sind Führungsgrößen menschlicher Aktivität, die das Ziel haben, das psychophysische Gleichgewicht zu gewährleisten."⁵¹

Es gibt eine Reihe von Bedürfnissen, die ein Mensch hat und die er zu befriedigen versucht. Hat ein Mensch beispielsweise Hunger, so wird er versuchen, dieses Bedürfnis nach Nahrung durch Nahrungsaufnahme zu befriedigen, es sei denn, er hat zugleich das Bedürfnis, durch den Verlust an Körpergewicht für sein Umfeld attraktiver zu erscheinen. Dann wird er zur Befriedigung dieses Bedürfnisses auf die Stillung seines Hungers verzichten.

⁴⁹Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S. 8

⁵⁰vgl.: ebd.

⁵¹Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 54

Der humanistische Psychologe *Abraham Maslow* gibt den Bedürfnissen des Menschen unterschiedliche Gewichtung (Abb. 2). Er teilt sie ein in *Mangelbedürfnisse*, die bei Nicht-Erfüllung zu schweren psychischen und/oder physischen Schädigungen bis hin zum Tod führen, und *Wachstumsbedürfnisse*, bei denen der Mensch über sich selbst hinaussteigt.⁵²

Bedürfnishierarchie nach Abraham Maslow (1970)

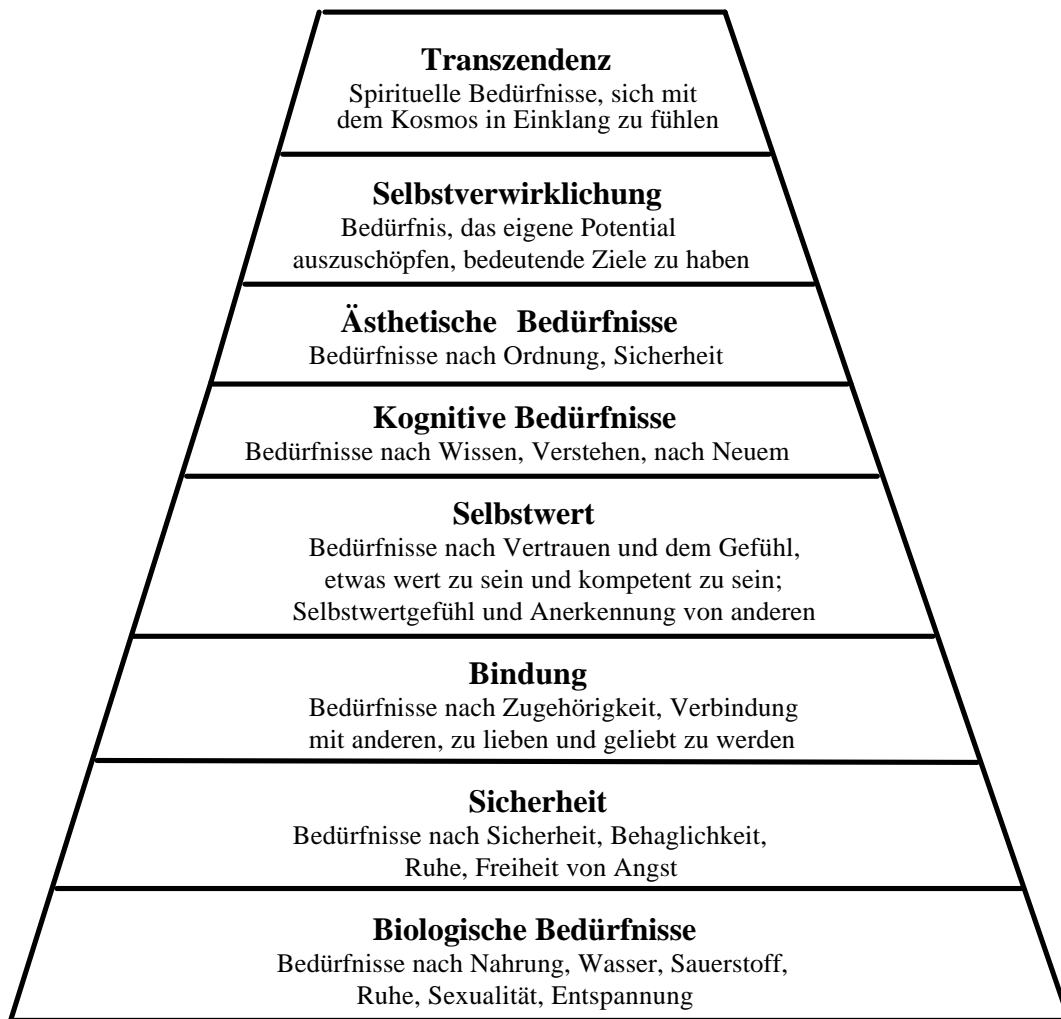


Abb. 2

⁵²vgl.: Zimbardo, P.G.: Psychologie. - 5. Aufl., Berlin: Springer, 1992 (Springer-Lehrbuch), S. 352

"Nach Maslow beherrschen die Bedürfnisse auf den unteren Ebenen der Hierarchie die Motivation eines Menschen so lange, wie sie unbefriedigt bleiben. Sind sie jedoch in angemessener Weise befriedigt worden, so beschäftigen die höheren Bedürfnisse die Aufmerksamkeit und die Bestrebungen des Menschen."⁵³

Bei einem Notfallpatienten sind nun einige dieser Bedürfnisse in einem hohen Maß unbefriedigt. In welchem Maß dies der Fall ist, hängt von der Notfallsituation sowie der Persönlichkeit des Patienten und seinem spezifischen Notfallereben ab.

Was sind aber die Bedürfnisse eines Notfallpatienten? Zunächst einmal treten die biologischen Bedürfnisse verstärkt in den Blick. Die akute Erkrankung oder Verletzung stellt möglicherweise eine Bedrohung seiner zentralen Körperfunktionen dar. In so einer Situation geht es dem Patienten zunächst einmal um das Überleben und die Wiederherstellung seiner Gesundheit (s.o.). Auch wenn diesem Bedürfnis ein zentraler Stellenwert beigemessen werden muß, erschöpfen sich die Bedürfnisse des Notfallpatienten keineswegs in der Rettung seines Lebens und der Wiederherstellung seiner Gesundheit durch geeignete medizinische Maßnahmen.

Hatte der Patient vor dem Notfallereignis noch weitgehende Kontrolle über sein Leben, über das, was er tut oder mit ihm geschieht, so ist ihm diese Kontrolle nun entzogen. Er befindet sich in einer Situation der völligen Abhängigkeit von anderen Personen. "Diese fehlende Kontrollmöglichkeit wird von vielen Unfallpatienten als negativ erlebt [...]."⁵⁴ Die Wiederherstellung dieser **Kontrolle über die eigenen Lebensumstände** ist ein Bedürfnis, das dem Patienten vorerst versagt bleibt. Er ist nicht mehr Herr der Lage. Andere Menschen, das Rettungsdienstpersonal, entscheiden nun, was mit ihm geschieht. "Die einzige Möglichkeit, in irgendeiner Weise Kontrolle ausüben zu können, besteht oft darin, mittels Worten das Vertrauen anderer Personen (z.B.: Ersthelfer, Rettungsdienstpersonal) zu gewinnen und sie zu aktivieren."⁵⁵

Wo einem Menschen die Kontrolle über sein eigenes Leben entzogen ist, äußern sich die damit einhergehenden Zukunftsängste in einem großen **Informationsbedürfnis**. Auch wenn nicht jeder Patient pausenlos fragt, was nun mit ihm geschehen wird, so möchte er doch v.a. vom qualifizierten Rettungsdienstpersonal Auskunft über die Art und Schwere seiner Erkrankung oder Verletzung sowie der eingeleiteten Schritte und möglichen Heilungsaussichten haben. "Aktive Informationssuche kann als Versuch des Patienten aufgefaßt werden, bestehende

⁵³Zimbardo, P.G.: Psychologie, S. 352

⁵⁴Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 55

⁵⁵ebd.

Informationsbedürfnisse zu befriedigen und eventuell bestehende Ängste und Befürchtungen abzubauen. Dieser Bedarf ist immer latent vorhanden, äußert sich manchmal zwar nicht in Fragen, ist aber da und kanalisiert die Aufmerksamkeit der Betroffenen."⁵⁶

Wenn das Rettungsdienstpersonal nicht oder nur unzureichend auf den Informationsbedarf des Patienten eingeht, so wird dieser versuchen, das Agieren des Rettungsdienstpersonals zu interpretieren, Gesprächssetzen aufzufangen und daraus Informationen über seinen Gesundheitszustand abzuleiten. Aufgrund seiner Situation wird er alles versuchen, um mehr über seinen Zustand zu erfahren, und demzufolge alle aufgefangenen Informationen auf sich beziehen. Den Patienten in das Gespräch miteinzubeziehen wird also beruhigend auf ihn wirken. Er fühlt sich nicht allein gelassen und kann sich ein realistisches Bild von seiner Erkrankung oder Verletzung machen. "Es wird verhindert, daß aufgefangene Gesprächsinhalte (etwa zum Zustand eines anderen Notfallopfers) oder unverständene Fachausdrücke zum Anlaß unrealistischer Befürchtungen werden. Diese Überlegung hat auch und in besonderem Maß für Patienten zu gelten, die nach außen hin bewußtlos erscheinen."⁵⁷

In welchem Maß der Patient über seinen Gesundheitszustand und seine Heilungschancen unterrichtet wird, sollte aber immer von seiner psychischen Verfassung abhängen. Es kann nämlich sein, daß ein Patient nach außen völlig ruhig und gefaßt wirkt, innerlich aber zutiefst erregt und beunruhigt ist. "Damit wird als Grundregel bei der Informationsgabe deutlich, daß Aufklärung nicht unbegrenzt und unbedingt vonstatten gehen darf. Umfang und Inhalt der Information müssen an den Patienten, an sein Befinden und an seine Persönlichkeit angepaßt sein."⁵⁸ Es ist aber in jedem Fall sinnvoll, ihn in das Notfallgeschehen und die weiteren Behandlungsschritte einzubeziehen. So ein Verhalten stillt auf der einen Seite das Informationsbedürfnis des Patienten, auf der anderen Seite baut es ein Vertrauensverhältnis auf, das den Patienten den Kontrollverlust über sein eigenes Leben leichter erscheinen läßt. Er wird sich in guten Händen glauben.

Gerade Patienten, die an der Unfallstelle bewußtlos sind, müssen besonders vorsichtig behandelt werden. Leider ist es häufig der Fall, daß gerade diese Patienten nur zwecks Kontrolle der Bewußtseinslage angesprochen werden und das Gespräch anschließend über sie hinweg läuft. Welch fataler Fehler es ist zu meinen, bewußtlose Menschen würden von dem, was um sie herum geschieht, nichts mitbekommen, belegt folgendes Beispiel, das H.-J. Hannich gibt:

"Die Folgen eines unachtsamen Umgangs mit einer bewußtlosen Patientin sind dem Autor eindrucklich im Gedächtnis haften geblieben. Die Patientin, die initial bewußtlos nach einem schweren Verkehrsunfall auf die Intensivstation eingeliefert wurde, imponierte durch

⁵⁶Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 55

⁵⁷Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S.12

⁵⁸ebd., S. 15

ausgeprägte Erregungszustände. Die psychophysische Aktivierung konnte trotz ausgiebiger Sedierung und Analgetikagabe kaum beherrscht werden. Nach dem Aufwachen aus der Bewußtlosigkeit berichtete sie von einem Gespräch am Unfallort, in dem das Rettungspersonal sich über die zu erwartende Querschnittslähmung eines Unfallopfers unterhielt. Obwohl sie nicht gemeint war, bezog die Patientin das Gespräch auf sich. Aufgrund ihrer Bewußtseinslage war sie nicht in der Lage, ein realitätsgerechtes Bild über ihren Zustand zu entwickeln, sondern wählte sich in dem Glauben, ihre Bewegungsfähigkeit verloren zu haben. Erst nachdem sie über ihren körperlichen Zustand umfassend aufgeklärt worden war, stellte sich eine allmähliche Beruhigung ein. Ein solches zusätzliches Trauma wäre sicherlich zu vermeiden gewesen, wenn die bewußtlose Patientin wie ein wacher Mensch behandelt worden wäre.⁵⁹

Gleiches gilt auch für Patienten, die an der Unfallstelle zunächst bewußtseinsklar sind und noch an Ort und Stelle aus medizinischen oder transporttechnischen Gründen narkotisiert werden müssen.

Notfallpatienten haben des weiteren ein **Bedürfnis nach sozialer Integration**. Da ihnen die Kontrolle über ihr eigenes Leben durch das Notfallereignis entrissen worden ist, sind sie auf die Hilfe anderer angewiesen. Nicht mehr selbst Herr der Lage zu sein, kann zu schweren Ängsten führen. Daher ist es wichtig, einen persönlichen Kontakt zum Patienten herzustellen und ihn nach Möglichkeit nicht allein zu lassen. "Allein die Nähe einer Person wirkt bei den meisten Unfallopfern sehr positiv auf deren psychischen Allgemeinzustand. Viele Unfallpatienten wollen sowohl mit Worten als auch nonverbal getröstet werden. Oft ist der Wunsch nach angemessenem Körperkontakt, besonders bei weiblichen und älteren Unfallpatienten, ausgeprägt."⁶⁰

Unsere Gesellschaft legt größten Wert auf Gesundheit, Schönheit und Agilität. Krankheit und Behinderung bedeuten v.a. für Menschen, die nie zuvor mit einer solchen Situation konfrontiert wurden, eine Minderung des Selbstwertgefühls. Gerade Kranke und Verletzte haben daher das **Bedürfnis nach Sicherung des Selbstwertes und der persönlichen Integrität**. Viele Patienten haben das Gefühl, durch Krankheit oder eine unfallbedingte Behinderung nicht mehr so begehrenswert wie zuvor zu sein. Bei Unfallpatienten kommen ggfs. noch Schuldgefühle hinzu, das eigene Leben oder das eines anderen leichtfertig aufs Spiel gesetzt zu haben. Daher ist es wichtig, Notfallpatienten das Gefühl von Wertschätzung zukommen zu lassen. Auch wollen Notfallpatienten vor Schaulustigen geschützt werden. Hilflos den Blicken fremder Menschen ausgeliefert zu sein, bedeutet einen Eingriff in die Privatsphäre und die persönliche Integrität des Patienten. Da Notfallpatienten meistens selbst nichts für den Schutz ihrer persönlichen Integrität tun können, ist es Aufgabe von Ersthelfern und/oder dem Rettungsdienstpersonal, sie vor den Blicken anderer Menschen zu schützen.

⁵⁹Hannich, H.-J.: Psychologie der Notfallsituation, S. 15 f.

⁶⁰Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 56

c) Psychische Erste Hilfe bei Notfallpatienten - eine Aufgabe des Rettungsdienstes

Notfallseelsorger erreichen die Einsatzstelle meistens erst dann, wenn der Patient bereits medizinisch versorgt ist und sich auf dem Weg ins nächste Krankenhaus befindet. Dieses gilt besonders bei häuslichen Notfällen und leichteren Verkehrsunfällen. Daher ist die Psychische Erste Hilfe primär eine Aufgabe des eingesetzten Rettungsdienstpersonals. Notfallseelsorger haben meistens nur dann an der Einsatzstelle direkten Kontakt zu den Patienten, wenn diese bei einem Verkehrsunfall im Fahrzeug eingeklemmt sind, sehr schwere Verletzungen vorliegen, die einer längeren Erstversorgung an der Einsatzstelle bedürfen, oder als leicht verletzte Unfallpatienten bei einem Massenanfall von Verletzten medizinisch noch nicht versorgt wurden. In solchen Fällen kann die Psychische Erste Hilfe ein Aufgabengebiet des Notfallseelers sein. Ansonsten obliegt sie vorwiegend dem Rettungsdienstpersonal. Sie sind in der Regel als erste vor Ort und haben aufgrund der medizinischen Versorgung den engsten Kontakt zum Patienten und auch das meiste Wissen über seinen gesundheitlichen Zustand.

Für das seelische Erleben einer Notfallsituation spielt also das Verhalten der eingesetzten Helfer eine ganz entscheidende Rolle. Durch ihr situationsangemessenes Agieren und Reagieren können sie die psychische Ausnahmesituation, in der ihr Patient sich befindet, entscheidend verbessern.

Aus dem bisher Dargelegten läßt sich eine **allgemeine Handlungsorientierung "Psychische Erste Hilfe"**⁶¹ für das Rettungsdienstpersonal ableiten. "Die Handlungsorientierung stellt eine Umsetzung praktischer Erfahrungen und Erkenntnisse in der Erstversorgung von Unfallpatienten dar."⁶² Sie soll nicht starr angewendet werden, sondern einen groben Überblick über die möglichen Handlungsarten zur Verbesserung der psychischen Situation des Patienten geben. Des weiteren soll sie die medizinischen Maßnahmen nicht ersetzen, sondern mit ihnen einhergehen. "In der allgemeinen Handlungsorientierung 'Psychische Erste Hilfe' wird der Ablauf der Ersten Hilfe in vier Zeitphasen unterteilt. Für jede Zeitphase wurden Kategorien für die zu diesem Zeitpunkt relevanten Bedürfnisse aufgestellt. Diese Kategorien stellen die mögliche phasentypische Grobstruktur der Psychischen Ersten Hilfe dar, die im Einklang mit der medizinischen Versorgung durchgeführt werden soll."⁶³

⁶¹vgl.: Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 61 f.;

Lassogga, F.; Gasch, B.: Unfallopfer - nur eine Ansammlung von Organen? In: Rettungsdienst, 20 (1997); 4, S. 22-25

⁶²Remke, S.: Bedürfnisse und Wünsche von Unfallpatienten unmittelbar nach dem Unfall, S. 61

⁶³ebd.

"Allgemeine Handlungsorientierung Psychische Erste Hilfe"⁶⁴

I. Kontaktaufnahme (Vertrauen gewinnen bzw. bestätigen)

- 1) Kontakt herstellen
 - zum Unfallpatienten herunterbeugen
 - keine dramatische Mimik, Gestik u.ä.
 - Vorwürfe vermeiden, mögliche Affekte akzeptieren, beruhigend mit Worten einwirken
 - persönliche Integrität bewahren
- 2) Schmerzen verstehen und akzeptieren
 - verbal Verständnis symbolisieren
 - Ermutigung und Trost spenden
 - die innerliche Welt des Patienten nachempfinden
- 3) vor Schaulustigen schützen
 - sicheres Auftreten gegenüber den Schaulustigen
 - den Unfallpatienten vor Blicken der Schaulustigen schützen

II. Erste medizinische Versorgung (Schmerzlinderung, allgemeine Beruhigung)

- 1) kompetentes, sicheres Agieren
 - kein dramatisches, hektisches Agieren
 - gegenseitige Vorwürfe vermeiden
 - Gespräche über den Unfallpatienten in dessen Nähe vermeiden
 - in der Nähe des Unfallpatienten bleiben
 - (besonders) schmerzzerzeugendes Handeln kommentieren bzw. erklären
 - auf Wünsche des Unfallpatienten eingehen und Bedürfnisse erfragen
- 2) für Gespräch offen sein
 - auf Äußerungen des Unfallpatienten eingehen, Ängste und Befürchtungen verbalisieren
 - auf Fragen konkret antworten
 - evtl. Information geben
- 3) emotionale Zuwendung geben
 - Ermutigung des Unfallpatienten (unrealistische Befürchtungen beseitigen)
 - eigene (echte) Gefühle zeigen
 - leichter Körperkontakt (besonders bei Kindern und älteren Personen)

III. Fahrt in das Krankenhaus (allgemeine Entspannung)

- 1) für Gespräch offen sein bzw. selbst anregen
 - in der Nähe des Unfallpatienten bleiben
 - Blickkontakt herstellen
 - bei starken Schmerzen erleidenden Opfern Gespräch möglichst während der gesamten Fahrt aufrechterhalten
 - siehe II 2)

⁶⁴Diese Handlungsorientierung gilt nicht nur für Unfallpatienten. Vielmehr kann sie, in leicht modifizierter Form, ein Maßstab für den Umgang mit Notfallpatienten aller Art sein.

- 2) emotionale Zuwendung, leichter Körperkontakt
- siehe II 3)

IV. Übergabe im Krankenhaus

- 1) Selbstwertgefühl schützen
- vor Schaulustigen schützen, nicht alleine lassen
 - persönliche Integrität bewahren
 - verabschieden

Wie ein Notfallpatient seine Situation erlebt, hängt entscheidend vom Verhalten des Rettungsdienstpersonals ab. Durch einen sorgsamen Umgang mit dem Patienten, mit Verständnis, Einfühlungsvermögen sowie vielerlei kleinen Gesten und Worten können sie viel zur Verbesserung des psychischen Erlebens beitragen. Die Helfer sollten sich stets vor Augen halten, daß der Patient die wichtigste Person im Rettungsdienst ist. Welche Möglichkeiten das Rettungsdienstpersonal hat, die psychische Situation des Patienten zu verbessern, soll an einigen kleinen Beispielen verdeutlicht werden.

Während der Kontaktaufnahme ist es hilfreich, wenn das Rettungsdienstpersonal sich kurz mit Namen und Funktion vorstellt (nur das Namensschild an der Einsatzjacke dürfte nicht ausreichend sein, denn dieses ist nicht immer gut sichtbar, außerdem wird es in der Situation, wo der Patient auf den Helfer wartet, meistens nicht sofort wahrgenommen). Ein kurzes namentliches Vorstellen zumindest der Person, die den Patienten zuerst anspricht (z.B. mit den Worten: "Guten Tag. Mein Name ist Meier. Ich bin der Notarzt des Krankenhauses XY. Sie haben uns rufen lassen."), schafft eine persönlichere Atmosphäre, ist ein erster Gesprächsbeginn und kostet nicht viel Zeit. Außerdem wird es dem Patienten so leichter fallen, die Kontrolle über sein Leben an den Helfer abzugeben, als wenn er nicht einmal dessen Namen kennt.

Hat der Patient dann kurz über seine Beschwerden berichtet, so sollten die eingeleiteten medizinischen Maßnahmen angekündigt und erklärt werden. Dies gilt besonders, wenn diese Maßnahmen mit Schmerzen verbunden sind ("Wir möchten Ihnen jetzt eine Infusion anlegen, über die wir dann später die Möglichkeit haben, Ihnen Medikamente zu verabreichen. Das tut allerdings ein kleines bißchen weh."). Auch sollte das Anlegen medizinischer Geräte durch einige Worte angekündigt werden. Die Kenntnis über den Zweck eines Gerätes kann dem Patienten die Angst vor diesem nehmen und ihm so ein Sicherheitsgefühl geben. ("Wir möchten Ihnen nun ein EKG anlegen. Vielleicht kennen Sie das schon aus dem Krankenhaus oder von Ihrem Hausarzt. Wir haben damit die Möglichkeit, Ihre Herzfunktion zu kontrollieren. Hierfür bekommen Sie jetzt von uns drei kleine Aufkleber auf den Oberkörper geklebt.")

Auch das (teilweise) Entkleiden des Patienten sollte diesem zuvor mitgeteilt werden. Des weiteren ist darauf zu achten, daß hierbei seine persönliche Integrität gewahrt bleibt. D.h. auch hier sollte

ihm der Zweck der Maßnahme erläutert werden ("Ich öffne Ihnen nun das Hemd, damit wir Ihnen ein EKG anlegen können."). Weiterhin sollte darauf geachtet werden, daß gerade, wenn ein Patient entkleidet werden muß, keine Schaulustigen (z.B. bei Notfällen auf der Straße oder Verkehrsunfällen) herumstehen. Diese sollten entweder aufgefordert werden weiterzugehen oder, falls möglich, sollte der Patient zuvor in den Rettungswagen gebracht werden und die Tür geschlossen werden.

Bei allen Maßnahmen ist darauf zu achten, daß sie ohne unnötige Hektik vonstatten gehen. Eine ruhige Atmosphäre wird dem Patienten weniger bedrohlich erscheinen. Weiterhin sollte versucht werden, den Patienten mit Worten zu beruhigen ("Wir geben Ihnen jetzt dieses Medikament - dann geht es Ihnen gleich besser. Und dann nehmen wir Sie mit ins Krankenhaus - dort wird man Sie genau untersuchen und feststellen, was Ihnen fehlt. Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen. Wir tun alles, um Ihnen zu helfen.")

Auch ein vorsichtiger Körperkontakt kann, besonders bei Kindern und alten Leuten, das Gefühl vermitteln, in guten Händen zu sein. Hier muß aber abgewogen werden, ob dies dem Wunsch des Patienten entspricht. Gespräche sollten auch während des Transportes in die Klinik aufrechterhalten werden, allerdings sollte dem Patienten kein Gespräch aufgedrängt werden. Diejenigen, die im Gespräch mit Patienten geübt sind und das nötige Einfühlungsvermögen haben, können versuchen, die Ängste des Patienten zu verbalisieren:

Patient: "Ich bin froh, daß Sie so schnell gekommen sind. Als ich eben keine Luft mehr bekam, dachte ich schon, jetzt ginge es mit mir zu Ende."

Helfer: "Ja, das glaube ich. Sie hatten bestimmt große Angst."

Patient: "Ja, das stimmt."

Helfer: "Sie brauchen jetzt aber keine Angst mehr zu haben. Wir tun alles, was wir können, damit Sie uns noch ein Weilchen erhaltenbleiben, und Ihr Zustand hat sich auch schon enorm gebessert."

Auch bei der Übergabe im Krankenhaus sollten einige Grundregeln beachtet werden. So darf auch hier der Patient nicht allein gelassen werden. Hektik ist zu vermeiden und die persönliche Integrität des Patienten zu bewahren. So sollte vor dem Ausladen aus dem Rettungswagen der Patient mit einer Decke zugedeckt werden (besonders wenn er ganz oder teilweise entkleidet ist), und die Übergabe an das Krankenhauspersonal sollte nicht auf dem Klinikflur, sondern in einem Behandlungsraum stattfinden. Außerdem sind auch hier die Daten des Patienten vertraulich zu behandeln. Es sollten also keine Verdachtsdiagnosen oder der Krankheitsverlauf im Beisein Dritter (z.B. auf dem Klinikflur oder im Wartezimmer) lautstark weitergegeben werden. Nach der Übergabe kann das Rettungsdienstpersonal sich dann noch vom Patienten verabschieden und ihm "Alles Gute" wünschen.

Wie das Rettungsdienstpersonal auf den Patienten eingeht, hängt aber nicht zuletzt auch von dessen gesundheitlichem Zustand und seiner psychischen Verfassung ab. Daher ist es schwierig, hier allgemeine Handlungsmaßstäbe bereitzustellen. Oberstes Gebot im Umgang mit Patienten ist aber immer der sorgsame Umgang mit diesen. Wo dies geschieht, kann das Verhalten des Rettungsdienstpersonals entscheidend zu einem positiveren Erleben der Notfallsituation beitragen.

5.1.2. Die seelischen Nöte Angehöriger von Notfallpatienten

Bei der Notfallrettung liegt das Hauptinteresse der eingesetzten Helfer beim Notfallpatienten. Er bedarf neben der medizinischen Versorgung auch der psychologischen Betreuung, wie bereits dargelegt wurde. Aber nicht nur der Patient leidet unter den Geschehnissen des Notfallereignisses. Gerade bei internistischen Notfällen, die einen Großteil der rettungs-dienstlichen Arbeit ausmachen, werden Rettungsassistenten und Notärzte auch mit den seelischen Nöten der Angehörigen konfrontiert. Auch für sie ist das Notfallereignis eine Ausnahmesituation, ein Einschnitt in ihr bisheriges Leben. Sie erfahren ähnliche Nöte und Ängste wie der Patient. Daher bedürfen auch sie der psychologischen Betreuung. So kann es unter Umständen sinnvoll sein, sie direkt in die Notfallrettung miteinzubeziehen und ihnen so das Gefühl zu vermitteln, etwas für die Rettung des ihnen nahestehenden Menschen zu tun. Insbesondere können sie dem Patienten Mut zusprechen und ihm so seelischen Beistand leisten.

Ob Patienten bei der Notfallrettung anwesend sein sollen oder nicht, hängt allerdings von der jeweiligen Situation (Art des Notfalls, psychische Verfassung des Patienten und der Angehörigen etc.) ab. Die Frage, ob es sinnvoll ist, sie in die Notfallrettung direkt einzubeziehen, muß also jeweils vor Ort entschieden werden. Es gibt sowohl Gründe, die für die Einbeziehung dieser Personengruppe sprechen, als auch solche, die dagegen sprechen.

"Für eine Anwesenheit spricht:

- das moralische Recht von Angehörigen, in jeder Situation den Kontakt zu ihrem Partner, Kind oder Verwandten behalten zu dürfen,
- die in der Regel (mit Ausnahmen!) beruhigende Wirkung der Anwesenheit von Angehörigen auf den Patienten,
- die Möglichkeit der Hilfestellung durch Angehörige,
- die Abfuhr der vorhandenen Erregung durch Handlungen,
- die Demonstration, daß alle Mittel und Methoden für den Patienten eingesetzt werden (oder bei negativem Ausgang: eingesetzt wurden).

Gegen eine Anwesenheit spricht:

- die mögliche Behinderung der medizinischen Maßnahmen durch Dreinreden oder Im-Weg-Stehen,
- der Schock für die Angehörigen bei drastischen medizinischen Eingriffen (z.B. Legen eines zentralvenösen Zugangs, Intubation, Defibrillation),
- die Tradition der konventionellen Medizin, die die Anwesenheit von Angehörigen bei fast allen Behandlungen weitgehend ausschließt."⁶⁵

Die Anwesenheit von Angehörigen ist besonders dann sinnvoll, wenn es für den Rettungsdienst absehbar ist, daß der Patient bald sterben wird und lebensverlängernde Maßnahmen sowie ein Transport ins Krankenhaus aus medizinischen und ethischen Gründen vom Notarzt nicht in Betracht gezogen werden (z.B. bei schwerstkranken, bettlägerigen Patienten). Wenn Patient und Angehörige dazu in der Lage sind und es auch wünschen, sollten die Angehörigen während des Sterbeprozesses anwesend sein. Dies schafft für den Patienten das Gefühl, am Ende seines Lebens nicht allein zu sein, und beide können sich noch voneinander verabschieden. Gerade schwerstkranke Menschen, die z.T. über Jahre von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt wurden, haben oftmals ein ausgeprägtes Bedürfnis, daheim im Kreise ihrer Angehörigen zu sterben. Und auch für die Familie bedeutet die Erfüllung dieses Wunsches eine große Erleichterung. Falls der Patient und seine Angehörigen es wünschen, sollte in solchen Fällen ein (Notfall-) Seelsorger hinzugezogen werden.

Während bei schwerkranken Menschen ein Sterben schon länger absehbar ist und der Patient sowie seine Angehörigen sich innerlich auf den Tod einstellen können (was immer noch schwer genug ist!), bedeutet das plötzliche Sterben eines geliebten Menschen eine besondere Belastung für die Angehörigen. Ihnen ist die Möglichkeit, sich innerlich auf den Tod einzustellen und, was erschwerend hinzukommt, sich von dem Sterbenden in aller Ruhe zu verabschieden, entzogen. Der Tod trifft diese Menschen völlig unerwartet, und oft haben Angehörige dann das Gefühl, etwas Wesentliches nicht mehr gesagt haben zu können. Die Reaktionsweisen von Angehörigen fallen in solchen Extremsituationen sehr unterschiedlich aus. Um die Gefahr von eventuellen Kurzschlußhandlungen zu verhindern, sollten Angehörige in so einer Situation auf keinen Fall alleingelassen werden, was leider im Rettungsdienst bisher oft der Fall war.

Die Einbeziehung eines Seelsorgers kann in diesen Fällen hilfreich sein. Er kann in der akuten Trauerphase die seelsorgliche Begleitung übernehmen - eine Aufgabe, für die Seelsorger besonders geschult sind und in der sie Erfahrung haben.

⁶⁵vgl.: Lasogga, F.; Gasch, B.: Psychische Erste Hilfe. In: Bengel, S.67-87, hier S. 82 f.

a) Tod und Trauer

Der Verlust eines geliebten Menschen durch sein Sterben gehört zu den schwierigsten Aufgaben im Leben, da der Tod ein unwiderrufliches Ereignis darstellt. Nichts kann diesen Menschen wieder ins Leben zurückbringen; nichts wird wieder, wie es einmal war. "Mit jedem Sterben und Verlust stirbt auch ein Teil von uns selbst und kann durch nichts in der Welt ersetzt oder wiederbelebt werden. Vielmehr sind wir gezwungen, unser Weltbild und die Beziehungsstruktur unseres Lebens zu überdenken und neu zu ordnen."⁶⁶

Um nach dem Tod eines geliebten Menschen wieder in die Normalität des Alltags zurückzufinden, ist eine angemessene Trauerreaktion ein unabdingbares Geschehen. "[...] so wie der Verlust und Tod unabwendbar in unser Leben hineinragt, ist auch die Trauer und das 'Abschiednehmen' ein Teil unseres Lebens. [...] Trauer zu überwinden ist ein schwieriger Lebens- und Persönlichkeitsprozeß, der aber die Chance enthält, mit unabwendbaren und belastenden Erlebnissen bewußter umzugehen und sie als Teil unseres Lebens anzunehmen."⁶⁷

Dieser Trauerprozeß sieht bei den Menschen jeweils anders aus und dauert unterschiedlich lange. Dennoch lassen sich einige Übereinstimmungen feststellen, so daß die Psychologie Trauerreaktionen in unterschiedliche Phasen einteilt. Y. Spiegel teilt die Trauer in vier Phasen ein:⁶⁸

- 1.) die **Phase des Schocks**, in der emotionale Betäubung, Lähmung und starke Streßaktionen auftreten und die Realität der Nachricht nicht verarbeitet wird,
- 2.) die **kontrollierte Phase** im Verlauf der Bestattung, die durch die Unterstützung durch Angehörige und Freunde als "Schonzeit" erlebt wird,
- 3.) die **Phase der Regression**, in der die eigentliche Trauerarbeit stattfindet, starke Emotionen auftreten (Gefühle der Hilflosigkeit und Apathie, Verdrängung der Realität, die Suche nach dem Verstorbenen, Halluzinationen),
- 4.) die **adaptive Phase** der Loslösung und Wiedereingliederung des Trauernden in den Alltag und der Akzeptanz eines neuen Lebensgefühls.

Diese vier Phasen lösen nicht einander ab, sondern gehen ineinander über und überlagern sich zum Teil. Daher hält Schwermer es für angemessener, sie als Trauerelemente oder -aspekte zu bezeichnen.⁶⁹ Das Nebeneinander dieser verschiedenen Elemente bedeutet für den Menschen, daß

⁶⁶Fertig, Bernd: "Mit Dir stirbt auch ein Teil von mir...". Begegnung mit Tod und Trauer im Rettungsdienst. In: Fertig, v. Wietersheim, S. 209-221, hier S. 210

⁶⁷ebd.

⁶⁸vgl.: ebd., S. 212; Schwermer, J.: Seelsorge an den Lebenswenden. Gespräche bei Heirat, Geburt und Tod. In: Baumgartner, I. (Hrsg.): Handbuch der Pastoralpsychologie. Regensburg: Pustet, 1990, S. 425-442, hier S. 440

⁶⁹vgl.: Schwermer, J.: Seelsorge an den Lebenswenden, S. 439

er "gleichzeitig in verschiedenen (subjektiven) Welten [lebt]. Er versucht sein Erleben mit Hilfe unterschiedlicher und logisch oft nicht vereinbarer Konstruktsysteme zu verstehen. Praktisch führt das dazu, daß er den Bau eines neuen Hauses gleichzeitig an mehreren Stellen beginnt, ohne all diese Arbeiten immer aufeinander abzustimmen. Das zwingt ihn evtl. dazu, bereits Aufgebautes wieder einzureißen, hat aber den Vorteil, daß ein Element das andere abstützt, ergänzt, mitträgt und daß so allmählich sehr wohl ein neues Weltbild und ein neuer Lebensentwurf entstehen können, wenn es auch geschehen kann, daß nachgearbeitet werden muß, manches unvollendet bleibt, im schlimmsten Fall das ganze Gebäude plötzlich wieder einstürzt."⁷⁰

Damit der Trauerprozeß überhaupt einsetzen kann, ist es wichtig, den Tod des geliebten Menschen als Realität zu akzeptieren. Dieses fällt vielen Menschen besonders schwer. "Aussagen wie 'das kann doch nicht sein', 'das ist nicht wahr' bezweifeln nicht die Botschaft des Helfers, sondern bezeugen die innere Schwierigkeit des Betroffenen, die Realität des Verlustes zu akzeptieren."⁷¹ Daher kann es auch aus diesem Grund sinnvoll sein, daß Angehörige bei dem Versuch, das Leben eines Menschen durch geeignete medizinische Maßnahmen zu retten, anwesend sind. Sie erleben so das Sterben als eine unwiderrufliche Realität. "Rest (1981) schreibt in diesem Zusammenhang, daß der 'letzte Blick für Hinterbliebene' schmerzhaft sei, aber oft der erste Schritt zur gesunden Trauer und zum Zulassen der für die Verabschiedung wichtigen Gefühle."⁷²

Mit welchen Gefühlen die Angehörigen auf den Tod eines Nahestehenden reagieren, ist völlig unterschiedlich. "Einige Angehörige sind in dieser Situation gelähmt, andere motorisch erregt. Es können sehr heftige emotionale Reaktionen auftreten, u.a. massive Ausbrüche von Zorn, Wut und Schuldzuweisungen, die sich besonders beim Verlust von Menschen ereignen, die plötzlich oder vor ihrer Zeit in jüngeren Jahren sterben [...]."⁷³

Wie auch immer die Reaktionen der Angehörigen ausfallen, sie sollten vom Rettungspersonal akzeptiert werden und nicht als unnormale abqualifiziert werden, da der Tod eines nahestehenden Menschen eben kein "normales Ereignis" ist und es somit auch keine "normalen Reaktionen" auf dieses Ereignis geben kann. Dies gilt vor allem dann, wenn außergewöhnliche Umstände zum Tod eines nahestehenden Menschen geführt haben. In solchen Fällen können die Trauerreaktionen der Angehörigen als besonders drastisch erlebt werden.

⁷⁰Schwermer, J.: Seelsorge an den Lebenswenden, S. 439

⁷¹Fertig, B.: "Mit Dir stirbt auch ein Teil von mir...". Begegnung mit Tod und Trauer im Rettungsdienst, S. 213

⁷²Meyer, W.; Balck, F.: Psychologische Betreuung von Angehörigen. In: Bengel, S. 206-212, hier S. 207

⁷³ebd., S. 206

b) Zusätzliche Belastungen durch besondere Todesumstände

Der Tod eines nahestehenden Menschen, der ohnehin schon einen tiefgreifenden Einschnitt in das Leben der Angehörigen bedeutet, wird besonders dann als belastend erlebt, wenn besondere Umstände zum Tod geführt haben. Einige dieser besonderen Todesumstände und die damit einhergehenden seelischen Nöte der Angehörigen sollen im folgenden dargestellt werden. In solchen Fällen ist es auf jeden Fall sinnvoll, einen Seelsorger zu alarmieren, der den Angehörigen in der ersten Zeit beisteht und ggfs. den Kontakt zu anderen Hilfsangeboten (Beratungsstellen, Trauergruppen etc.) herstellt.

- Der plötzliche Tod

Grundsätzlich belasten alle Todesumstände, die zu einem plötzlichen Versterben eines nahestehenden Menschen führen. Dies gilt besonders, wenn der Verstorbene schon in verhältnismäßig jungen Jahren stirbt. "Auf den plötzlichen Tod gibt es keine innere Vorbereitung. Er kommt unerwartet und gibt den Trauernden keine Möglichkeit, sich auf den Verlust einzurichten."⁷⁴

- Tod durch einen Verkehrsunfall

Leider kommen im Straßenverkehr besonders viele junge Menschen ums Leben. Zu diesem plötzlichen Versterben junger Menschen kommen möglicherweise noch erschwerend Schuldgefühle der Hinterbliebenen hinzu. Sie "empfinden sich als Mitverursacher, weil sie z.B. die Tochter zu einer abendlichen Party gehen ließen oder den Ehepartner baten, eine Besorgung zu erledigen."⁷⁵ Besonders belastend sind Schuldgefühle dann, wenn die Hinterbliebenen objektiv eine Mitschuld am Zustandekommen des Verkehrsunfalls tragen oder sie den Unfall verursacht haben. Diese Schuldgefühle lassen sich nicht verdrängen, besonders dann nicht, wenn ein Verkehrsgericht diese Schuld bestätigt. "In allen diesen Fällen darf diesen Klienten ihre tatsächliche oder vermeintliche Schuld nicht ausgedet werden. Es ist Aufgabe des Trauerprozesses ´im Klienten´, sich von diesem Schuldgefühl zu lösen bzw. einen tragfähigen inneren Frieden mit dem Verstorbenen zu schließen."⁷⁶

- Tod durch Suizid

In unserer Gesellschaft fühlen sich viele Menschen einsam und an den Rand gedrängt. Soziale Strategien, diese Menschen in die Gesellschaft einzugliedern, versagen häufig, so daß manche keinen anderen Ausweg mehr sehen, als durch eigene Hand vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Die Zahl derer, die in der Bundesrepublik jährlich ihrem eigenen Leben ein Ende setzen, ist erschreckend hoch. "11 von 100.000 Menschen starben 1991 durch Verkehrsunfälle,

⁷⁴Fertig, B.: "Mit Dir stirbt auch ein Teil von mir...". Begegnung mit Tod und Trauer im Rettungsdienst, S. 216

⁷⁵ebd., S. 218

⁷⁶ebd.

16 von 100.000 hingegen begingen Suizid. Bei 10.018 Menschen insgesamt 1991 wurde als klar ermittelte Todesursache Selbsttötung festgestellt. Die Zahl der Suizidversuche wird von Experten jedoch zwischen zehn- bis 30mal höher geschätzt."⁷⁷

Allein schon der Versuch eines Menschen, seinem Leben ein Ende zu setzen, stellt für dessen Angehörige ein gewaltiges Belastungspotential dar. Um so mehr gilt dieses, wenn es einem Menschen tatsächlich gelingt, sich das Leben zu nehmen. Den Angehörigen ist dann die Möglichkeit entzogen, das Leben des anderen in Zukunft erträglicher zu gestalten.

Mit dem Suizid gehen in der Regel Schuldgefühle der Angehörigen einher. Sie haben das Gefühl, den anderen allein gelassen zu haben, sich nicht genügend um ihn gekümmert zu haben und seine seelische Einsamkeit nicht erkannt zu haben. Viele Angehörige stellen sich dann die Frage, ob sie den Suizid nicht durch mehr Zuwendung im Vorfeld hätten verhindern können. "Die immer wieder von Trauernden gestellte Frage nach dem 'Warum', dem 'Sinn' des schlimmen Geschehens, erhält bei Selbstmorden eine besonders gravierende und quälende Komponente, die Hinterbliebene und Freunde des Toten in stummem Entsetzen, bohrenden Selbstvorwürfen und Ratlosigkeit sowie Verzweiflung ohne jede Chance auf eine schlüssige und befreiende Antwort gefangenhält."⁷⁸ Besonders schwer werden Schuldgefühle dann, wenn beispielsweise in einem Abschiedsbrief Schuldzuweisungen seitens des Verstorbenen gemacht werden. Weitere Belastungsfaktoren sind die mit einem Suizid einhergehenden kriminaltechnischen Untersuchungen, evtl. das Auffinden der (stark entstellten) Leiche durch die Angehörigen selbst und "die nicht offen verbalisierten, jedoch immer vorhandenen Vorwürfe und Verdächtigungen der 'Umgebung'."⁷⁹

In all diesen Fällen tut seelische Begleitung not. Angehörigen sollte die Möglichkeit gegeben werden, über ihre Gefühle, die oft auch Wut und Aggression gegenüber dem Verstorbenen beinhalten, offen zu reden. "Die Beratung von Hinterbliebenen von Selbstmördern umfaßt zunächst einmal die Überwindung des Schweigens. Auch die Realitätsprüfung und den Umgang mit Schuldgefühlen kann der Berater einfühlsam unterstützen. Eine andere Aufgabe besteht darin, Verzerrungen zu korrigieren und das Vorstellungsbild des Verstorbenen der Wirklichkeit anzunähern. [...] Der Berater sollte den Klienten dazu ermutigen, auch Zorn und Wut gegenüber dem 'Selbstmörder' auszudrücken, da gerade der Ausdruck dieser Gefühle eine deutliche Erleichterung und wirklichkeitsnahe Beurteilung des Verlustes unterstützt."⁸⁰

⁷⁷Müller-Cyran, A.: Suizid und Suizidprävention aus psychologischer Sicht. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 233-242, hier: S. 233

⁷⁸Fertig, B.: "Mit Dir stirbt auch ein Teil von mir...". Begegnung mit Tod und Trauer im Rettungsdienst, S. 217

⁷⁹ebd.

⁸⁰ebd.

- Der Plötzliche Säuglingstod (SIDS)

Auch das plötzliche Sterben eines gerade erst geborenen Kindes (Sudden Infant Death Syndrome) stellt für die Angehörigen (besonders für die Eltern) eine große seelische Belastung dar. Dieser Verlust ist deshalb so schwerwiegend, weil er ohne Vorwarnung eintritt und es für den Plötzlichen Säuglingstod keine erkennbaren Ursachen gibt. Daher geht auch der Plötzliche Säuglingstod oft mit Schuldgefühlen der Eltern einher. Sie haben das Gefühl, irgend etwas falsch gemacht zu haben, sich nicht richtig um das Kind gekümmert zu haben usw. Das gilt besonders dann, wenn die Geburt des Kindes von seiten der Eltern eigentlich nicht geplant war. Gegenseitige Schuldzuweisungen unter den Eltern oder von Außenstehenden verstärken die sowieso vorhandenen Schuldgefühle nochmals zusätzlich.

Das Verlusterleben der Eltern ist außerdem gesteigert, wenn sie lange auf die Geburt eines Kindes warten mußten. "In vielen Fällen zerbricht die Paarbeziehung der Eltern an einem solchen Verlust. Manche Frauen fürchten eine neue Schwangerschaft, weil sie eine neue Verlusterfahrung fürchten."⁸¹ Ein weiterer Belastungsfaktor sind die auch hier notwendigen kriminaltechnischen Untersuchungen, die den Eltern das Gefühl geben können, doch mitschuldig an dem Tod ihres Kindes zu sein.

In jedem Fall sollte den Eltern die Möglichkeit gegeben werden, über den Verlust und seine Auswirkungen auf das Familienleben zu sprechen. Ein Seelsorger kann hier hilfreich sein. Er kann zusätzlich zum seelsorglichen Gespräch den Kontakt zu anderen Einrichtungen herstellen, wie z.B. der *Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes e.V.*, die neben der medizinischen Forschungsarbeit auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen für betroffene Eltern vermitteln.

5.2. Einsatzkriterien für Notfallseelsorger

Die Frage, wann Notfallseelsorger zu einem Einsatz hinzugezogen werden sollen, ist nicht generell zu beantworten. Die Einsatzkriterien sind abhängig von dem durchschnittlichen Einsatzaufkommen des jeweiligen Rettungsdienstbereiches und der Größe des Notfallseelsorger-Systems.⁸² Zwar ist es sinnvoll, Seelsorger immer dann zu alarmieren, wenn ein Einsatz mit Toten vorliegt, jedoch dürfte sich dieses in Großstädten nur schwer realisieren lassen. Die Frage, ob ein Seelsorger zum Einsatzgeschehen hinzugezogen werden soll, sollte also im Ermessen des Leitstellendisponenten und/oder der Einsatzkräfte vor Ort liegen. Dennoch lassen sich einige Einsatzkriterien nennen, bei denen die Alarmierung eines für den jeweiligen Einsatz geeigneten

⁸¹Fertig, B.: "Mit Dir stirbt auch ein Teil von mir...". Begegnung mit Tod und Trauer im Rettungsdienst, S. 218

⁸²vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 90

Seelsorgers zumindest erwogen werden sollte. Die Notfallseelsorge Nürnberg hat daher einen Katalog von Einsatzkriterien erarbeitet, aus dem ersichtlich ist, für welche Art von Einsatz welcher Seelsorger hinzugezogen werden sollte.⁸³

Notfallseelsorge Nürnberg

Einsatzkriterien für Notfallseelsorger

1. Seelsorger vom Dienst

Einsätze im innerhäuslichen Bereich ohne besondere Gefahren

Alarmierung über Funktelefon

- Betreuung von Angehörigen während einer Reanimation oder nach deren erfolglosem Abbruch
- Überbringung einer Todesnachricht
- Betreuung in psychischen Ausnahmesituationen

2. Beauftragte für Notfallseelsorge

Einsätze im außerhäuslichen Bereich mit zusätzlichen Gefahren

Alarmierung über die EZ der Feuerwehr Nürnberg

- wenn der Einsatzleiter es für sinnvoll hält
- Einsätze mit vielen Beteiligten (Busunfall, Evakuierung)
- Einsätze mit vielen Verletzten / Großschadenslagen
- Einsätze mit mehreren Toten (Verkehrsunfälle)
- lang andauernde Einsätze
- Einsätze, bei denen Einsatzkräfte verletzt oder getötet wurden
- Einsätze mit besonderen psychischen Belastungen für Betroffene oder für Einsatzkräfte / Streißabbauende Gespräche mit Einsatzkräften nach besonders belastenden Einsätzen
- Person unter Zug / U-Bahn / Straßenbahn
- Betreuung von Angehörigen bei einer Leichensuche oder Auffinden einer Leiche
- Wenn Helfer oder Geschädigte nach geistlichem Beistand fragen (SOS-Plakette am Auto)
- Versuch einer Selbsttötung
- Betreuung der Geschädigten bei einem Wohnhausbrand

Im Nürnberger Notfallseelsorge-System gibt es unterschiedlich ausgebildete Notfallseelsorger, die zu unterschiedlichen Arten von Einsätzen alarmiert werden.⁸⁴ So ist der **Seelsorger vom Dienst** ein Gemeindepfarrer, der von der Einsatzzentrale der Feuerwehr (EZ) per Funktelefon alarmiert wird. Sein Aufgabenbereich liegt z.B. in der Betreuung hinterbliebener Angehöriger bei Reanimationen im häuslichen Bereich, in der Überbringung von Todesnachrichten usw. Da der Seelsorger vom Dienst über keine besondere Ausbildung verfügt, kann er bei kleinern Einsätzen im häuslichen Bereich ohne besondere Gefahren hinzugezogen werden.

Der Seelsorger vom Dienst muß für die Leitstelle rund um die Uhr zu erreichen sein. Daher hat sich für seinen Aufgabenbereich eine Alarmierung per Funktelefon bewährt. Je nach gegebener

⁸³vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 89

⁸⁴vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge Nürnberg. Ein Angebot der Kirchen. In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung, 48 (1994); 3, S. 162-164, hier S. 162 f.

Situation übernimmt der Seelsorger vom Dienst den Einsatz selbst, alarmiert alternativ oder zusätzlich einen Gemeindepfarrer, der in der Nähe des Notfallortes wohnt und den Notfallpatienten und/oder seine Angehörigen vielleicht sogar kennt, oder alarmiert den Beauftragten für Notfallseelsorge, falls das Notfallereignis seiner Einschätzung nach den Einsatz eines speziell ausgebildeten Notfallseelsorgers erforderlich macht.

Der **Beauftragte für Notfallseelsorge** ist ein Seelsorger, der über eine spezielle Ausbildung für Notfallseelsorger verfügt. Durch diese Ausbildung hat er Kenntnis über die Arbeitsweisen der unterschiedlichen Rettungsorganisationen (z.B. die der Feuerwehr und die des Rettungsdienstes) und deren Organisationsstrukturen. Er kennt die Gefahren an der Einsatzstelle sowie die Möglichkeiten zur Eigensicherung. Auch sollte er über eine spezielle seelsorgliche Ausbildung verfügen, um beispielsweise bei Suizidandrohungen etc. angemessen zu handeln.

Der Beauftragte für Notfallseelsorge ist zuständig für alle Arten von außerhäuslichen Notfällen, bei denen spezielle einsatztaktische Erfahrungen erforderlich sind. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, sollte er über rettungsdienstliches und feuerwehrtechnisches Grundlagenwissen verfügen, indem er z.B. den Lehrgang zum Rettungshelfer oder -sanitäter absolviert und Mitglied in einer freiwilligen Feuerwehr ist und somit zumindest an der Grundausbildung zum feuerwehrtechnischen Dienst teilgenommen hat. Somit kann er während des Einsatzgeschehens, falls nötig, auch selbst mitzupacken, wenngleich dieses nicht sein vordringliches Aufgabengebiet ist.

Für seinen Einsatz ist der Beauftragte für Notfallseelsorge mit einer persönlichen Schutzausrüstung, bestehend aus Einsatzanzug, Helm, Handschuhe, Stiefel, ausgerüstet. Alarmiert wird er durch einen Funkmeldeempfänger der Feuerwehr oder mittels eines Funktelefons.

Bei Großschadenslagen kann zusätzlich zum Beauftragten für Notfallseelsorge ein **Leitender Notfallseelsorger** alarmiert werden. Er ist für die gleichen Aufgaben wie ein Beauftragter für Notfallseelsorger vorgesehen, übernimmt aber zusätzlich die Koordinierung von mehreren Notfallseelsorgern bei Großschadenslagen in ganz Bayern. Dieses sehr differenzierte Notfallseelsorge-System von Nürnberg läßt sich schematisch wie folgt darstellen.⁸⁵

⁸⁵vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 93

Graphische Darstellung des Notfallseelsorge-Systems Nürnberg

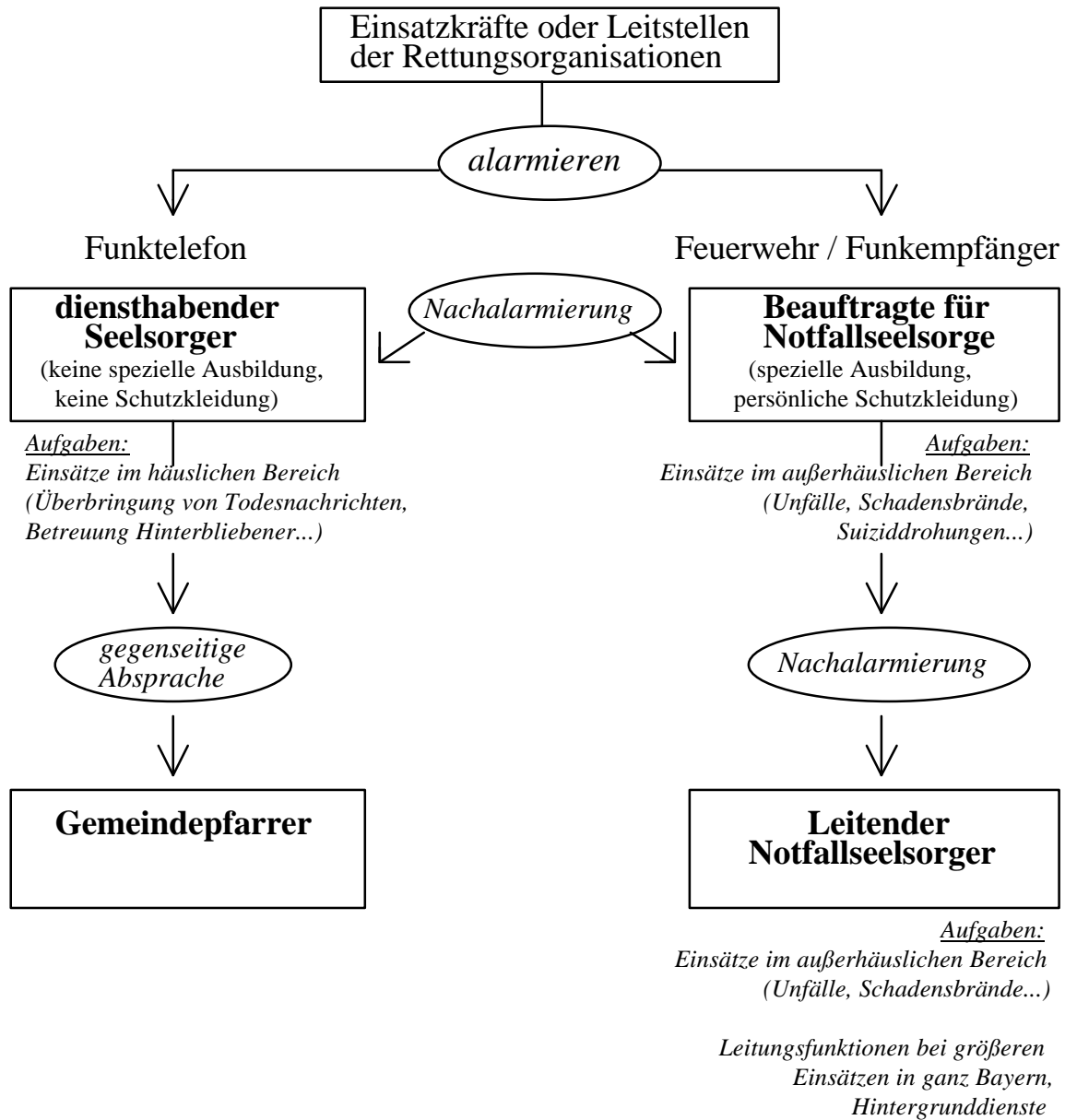


Abb. 3

5.3. Anforderungen an den Notfallseelsorger

Um den gestellten Aufgaben gerecht werden zu können, sollte ein Notfallseelsorger (Beauftragter für Notfallseelsorge) über bestimmte Voraussetzungen verfügen.⁸⁶

1.) Abgeschlossenes theologisches Studium

Ein Seelsorger, der Notfallpatienten und ihren Angehörigen seelischen Beistand leisten will, sollte in den Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung und der Trauerbegleitung unterrichtet sein. Des Weiteren sollte er über theologische Fachkompetenz verfügen. Gerade im Umgang mit Leidenden und Sterbenden wird der Notfallseelsorger mit Glaubensfragen, z.B. der Frage nach Tod und Auferstehung oder der Theodizee, konfrontiert werden.

2.) Kenntnisse der einschlägigen Gebete und liturgischen Handlungen

Diese können den Angehörigen oft Halt und Sicherheit bieten. So sollte der Notfallseelsorger in der Lage sein, zusammen mit den Angehörigen, falls diese es wünschen, und Rettungskräften für Verstorbene zu beten. Diese Handlungen können der erste Schritt aus der Sprachlosigkeit angesichts des Todes sein. Auch diverse liturgische Handlungen (Erteilung des Segens, Spendung der Krankensalbung) können für Patient und Angehörige hilfreich sein. Gerade hier ist aber Einfühlungsvermögen seitens des Seelsorgers oberstes Gebot. Das Beten für einen Patienten oder die Spendung der Krankensalbung kann diesem Kraft und Hilfe sein, es kann ihm aber auch das Gefühl vermitteln, nun bald sterben zu müssen (v.a. wenn die Krankensalbung vom Patienten noch als "letzte Ölung" verstanden wird). Ein umsichtig handelnder und erfahrener Seelsorger sollte die Situation entsprechend einschätzen können. Wenn die Situation liturgische Handlungen ermöglicht, ist es von Vorteil, wenn der Seelsorger für solche Handlungen beauftragt ist. Für die katholische Kirche bedeutet das, daß der Seelsorger ein Priester sein sollte.

3.) Ökumenische Erfahrung und Akzeptanz

"Wir können uns die Geschädigten nicht aussuchen und müssen auch in der Lage sein, Christen anderer Kirchen zur Seite zu stehen bzw. Angehörigen anderer Religionen als Mensch zu helfen, ohne sie in ihren Gefühlen zu verletzen."⁸⁷ Trotz konfessioneller Unterschiede wurden in der Notfallseelsorge gute Erfahrungen auch im Umgang mit nichtchristlichen Mitbürgern gemacht. Die Akzeptanz eines Seelsorgers, gleich welcher Konfession, ist von seiten betroffener Menschen recht hoch. So berichtet Rolf P. Maschke von einem Nürnberger Notfallseelsorger, der beim Brand eines überwiegend von Türken bewohnten Wohnhauses diesen seelsorglichen Beistand leistete und dabei die unterschiedliche religiöse Sozialisation keine Rolle spielte. Es "scharten sich etliche der ausländischen Bürger, die sich zuvor noch im engen Hinterhof um die Rettungskräfte gedrängt hatten, nun um den Seelsorger und bestürmten ihn mit Fragen. [...] Die Anwesenheit eines

⁸⁶vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge. Die besondere Chance des Seelsorgers vor Ort, S. 154 f.

⁸⁷ebd., S. 155

christlichen Seelsorgers war zu meinem großen Erstaunen auch für gläubige Moslems kein Problem; die Anwesenheit eines glaubwürdigen Mitmenschen, an dem sie sich anlehnen und ihre Bestürzung und Wut herausbrechen lassen konnten, war offensichtlich wichtiger als religiöse Riten und konfessionelle Streitfragen."⁸⁸

4.) Kenntnisse im Bereich der Rettungsorganisationen und der Einsatztaktik

Dieser Bereich ist für einen reibungslosen Ablauf im Einsatz besonders wichtig. Der Seelsorger sollte sich während des Einsatzes, v.a. im außerhäuslichen Bereich, angemessen verhalten können. Dazu gehört, daß er weder sich noch andere in Gefahr bringt. Am besten eignet er sich diese Kenntnisse durch eine Grundausbildung im rettungsdienstlichen und feuerwehrtechnischen Bereich an (s.o.). Diese Kenntnisse sollte er, falls möglich, durch die regelmäßige Teilnahme am Einsatzgeschehen auffrischen. Das bietet ihm dann auch die Möglichkeit, die Helfer persönlich kennenzulernen, Werbung für "seine Sache" zu machen und sich in die innere Welt der Helfer hineinzufinden, was für die seelsorgliche Begleitung von Feuerwehrleuten und Rettungsassistenten wichtig ist (vgl. Kap. 6), um von diesen ernstgenommen zu werden.

5.) Psychospirituelle Supervision

Auch der Seelsorger wird während seines Dienstes mit Krankheit, Leid und Tod konfrontiert werden. Er wird die Stimmen weinender und schreiender Menschen hören, und er wird verletzte, entstellte und tote Menschen zu Gesicht bekommen. Ihm werden die gleichen Bilder begegnen, die Feuerwehrleute und Rettungsdienstler während ihrer Einsätze zu Gesicht bekommen. Um diese seelischen Belastungen, die durch die Einsätze auftreten können (vgl. Kap. 6), zu verarbeiten, ist neben einer stabilen psychischen Verfassung auch geistliche Begleitung notwendig. Auch der Seelsorger sollte einen Ort haben, an dem er über seine schlimmen Erfahrungen sprechen kann, damit diese nicht zu dauerhaften seelischen Schäden führen.

6.) Befreiung vom Dienst am Ort bzw. offizielle Beauftragung

Ein Notfallseelsorger kann sich seine Einsatzzeiten nicht aussuchen. Verkehrsunfälle und Suizide richten sich normalerweise nicht nach Bürozeiten. Wenn ein Notfallseelsorger also jederzeit abkömmlich sein soll und er dabei auch noch in einer Gemeinde tätig ist, so muß er für sein Engagement als Notfallseelsorger freigestellt oder offiziell beauftragt sein. Unter Umständen muß er all seine Arbeit stehen- und liegenlassen und sich aus einer Pfarrgemeinderatssitzung plötzlich verabschieden. Dies wird aber nur dann auf die Dauer gelingen können, wenn sowohl die Gemeinde, als auch sein Dienstgeber hinter ihm stehen.

⁸⁸Maschke, R.P.: Feuerwehr Nürnberg: Notfallseelsorge und Krisenintervention. In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 48 (1994); 3, S. 156-161, hier S. 159

7.) Belastbarkeit

Auch ein Notfallseelsorger ist während des Einsatzes körperlichen Belastungen ausgesetzt (Arbeiten unter schwierigen Bedingungen, Einsatzstreß etc.). Daher sollte er genau wie die Helfer von Feuerwehr und Rettungsdienst diesen körperlichen und seelischen Belastungen gewachsen sein und über eine gute Kondition und seelisches Gleichgewicht verfügen.

6. Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst

Die seelsorgliche Betreuung von Rettungsassistenten, Notärzten und Feuerwehrleuten stellt einen weiteren Aufgabenbereich der Notfallseelsorger dar. Der Notfallseelsorger ist nicht nur für die Sorgen und Nöte von Patienten und Angehörigen da, seine Aufgabe ist es auch, den Helfern zu helfen, wenn diese Schwierigkeiten haben, das Erlebte zu verarbeiten.

"Im Rettungsdienst wird durch die zunehmende Professionalisierung die Zeit für die Verarbeitung belastender Einsätze bei den Hauptamtlichen immer geringer. Ehrenamtliche werden zunehmend im Krankentransport eingesetzt, wo sie vermehrt mit chronisch Kranken und ihren existentiellen Fragen konfrontiert sind. Auf zum Teil lang andauernden Transporten müssen sie die seelischen Nöte der Patienten mittragen."⁸⁹ Psychische Belastung im Feuerwehr- und Rettungsdienst ist bis vor wenigen Jahren noch ein Tabuthema gewesen. Doch neuere psychosomatische Erkenntnisse haben gezeigt, daß auch die Helfer dieser Berufsgruppe gegen psychische Belastungen nicht immun sind. Daher ist es notwendig, "daß Einsatzkräfte in Feuerwehr und Rettungsdienst für das Wohl ihrer Patienten, aber auch zu ihrem eigenen Schutz, Kenntnisse auf diesem Gebiet erhalten."⁹⁰

Im Polizeidienst gibt es schon seit einiger Zeit Polizeipsychologen, deren Aufgabe es ist, Beamten, die beispielsweise in einen Schußwechsel verwickelt wurden, schnell und effizient zu helfen, damit diese in der Lage sind, die psychischen Belastungen, die der Gebrauch einer Schußwaffe mit sich bringt, zu verarbeiten. Daneben gibt es in Nordrhein-Westfalen seit kurzem ein Streßbewältigungstraining für die Polizei, das hilft, berufsbedingten Streß abzubauen.⁹¹

Muß es nicht gleiches auch für Feuerwehrleute und Rettungsdienstmitarbeiter geben, die mitansehen mußten, wie Menschen in einem brennenden Haus starben, oder die erfolglos versuchten, einen Säugling zu reanimieren? Bisher ist es allerdings noch häufig so, daß die Helfer mir ihren Nöten allein bleiben. Im Kreis der Kollegen wird wenig über die seelischen Belastungen gesprochen. Gerade wenn Berufsanfänger oder Praktikanten auf den Einsatzfahr-zeugen mitfahren, werden einzelne Einsätze nachbesprochen, jedoch meistens nur in einsatz-taktischer oder medizinischer Hinsicht. Auf das psychische Erleben des Einsatzes wird kaum eingegangen.

Dabei müßte es auch gerade für Rettungsdienstleiter und leitende Feuerwehrbeamte von großem Interesse sein, die psychischen Belastungen ihrer Kollegen durch geeignete Interventionsmaßnahmen aufzufangen. Denn unverarbeitete psychische Traumata schlagen sich über kurz oder lang auch auf die physische Leistungsfähigkeit der Einsatzkräfte nieder, was schließlich dazu führt,

⁸⁹Wietersheim, H. v.: Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 156-160, hier: S. 156

⁹⁰ebd.

⁹¹vgl.: Trapan, E.: Streßbewältigungstraining der Polizei Nordrhein-Westfalen. In: Ahnefeld 1995, S. 48-55

daß Einsatzkräfte durch körperliche Leiden häufiger krank sind und in manchen Fällen letztlich nur noch die Frühpensionierung Abhilfe schaffen kann.⁹² "Rettungspersonal, das regelmäßig in Form einer innerbetrieblichen Fortbildung an Krisenbewältigungs- und Streßmanagementprogrammen teilnimmt, wird seltener fehlen, bessere Arbeit leisten, seltener unter streßbedingten Krankheiten leiden, bessere familiäre Beziehungen aufrechterhalten können und seinen Beruf länger ausüben [...]."⁹³

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst ist eine Möglichkeit, die alltäglichen Belastungen der Helfer aufzufangen. Sie kann versuchen vor, während und nach dem Einsatz die zahlreichen psychischen Belastungen, die beim Einsatz auf die Helfer zukommen, zu reduzieren.

Im Vorfeld können Notfallseelsorger Teile der Aus- und Fortbildung von Einsatzkräften übernehmen. "Im Bereich der Rettungsorganisationen gibt es etliche Bereiche, in denen theologische oder ethische Fragestellungen auftauchen und eine erhebliche Rolle spielen. Diese Fragen sollten im Unterricht, Fortbildung und Praxis den Einsatzkräften nahegebracht werden, und sie sollten Hilfe bekommen, wie sie mit diesen Problemen umgehen können."⁹⁴ Neben speziellen theologischen Fragestellungen, wie z.B. der Theodizee, dem christlichen Menschenbild, Leben und Tod, können Seelsorger, die in der patientenzentrierten Gesprächsführung geübt sind, versuchen, diese Fähigkeiten weiterzugeben. Auch Themen zum Thema Streßvermeidung und Streßbewältigung können im Unterricht zur Sprache kommen. "Die Einsatzkräfte lernen besser als bisher, mit ihren eigenen Gefühlen und mit den Gefühlen anderer Menschen umzugehen. Sie lernen die besonderen Möglichkeiten der Notfallseelsorge und der Kriseninterventionsteams kennen."⁹⁵

Die Einbeziehung von Seelsorgern in die Aus- und Fortbildung von Einsatzkräften bietet darüber hinaus die Chance, daß Seelsorger und Helfer sich im Vorfeld der Einsätze kennenlernen, damit der eine weiß, was er von anderen während des Einsatzes erwarten kann.

⁹²Es ist schwierig, im Einzelfall genau festzustellen, ob sich die Erkrankungen eines Mitarbeiters auf Streßfaktoren während des Dienstes zurückführen lassen oder ob sie eine andere Ursache haben. "Zusammenhänge lassen sich zwischen Arbeitsbelastungen (u.a. Konzentration, Zeitdruck, organisatorische Probleme, Umgebungsbelastung) und psychosomatischen Beschwerden, Gereiztheit, Angst und ärztlich diagnostizierten Krankheiten belegen (z.B. Greif et al. 1991). [...] Aus psychoimmunologischen Studien ist bekannt, daß die Immunkompetenz des Menschen durch psychosoziale Belastungssituationen beeinflusst werden kann (Birbaumer u. Schmidt 1996). Kurzfristige, akute Belastungen können sowohl immunschwächend als auch immunstimulierend wirken, während länger andauernde Belastungen nur zu einer Immunschwächung führen." (Bengel, J.; Singer, S.; Kuntz, V.: Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In: Bengel, S. 40-56, hier S. 51 f.)

⁹³Appel-Schumacher, T.: Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen. In: Bengel, S. 255-268; hier: S. 260

⁹⁴Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S.86 f.

⁹⁵Wietersheim, H. v.: Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 157

Des weiteren bietet sich hier die Möglichkeit, daß Vorurteile und Barrieren zwischen Helfern und Seelsorgern abgebaut werden und so der eine oder andere Helfer nach dem Einsatz eine Nachbesprechung mit dem Seelsorger doch in Erwägung zieht.

Während des Einsatzes kann der Notfallseelsorger, falls erforderlich, neben der Betreuung primär und sekundär geschädigter Personen (vgl. Kap. 5) auch den Einsatzkräften hilfreich zur Seite stehen "(z.B. nach Leichenbergungen, nach Verletzungen oder Todesfällen im Kollegenbereich, bei physischer oder psychischer Erschöpfung...)"⁹⁶.

Nach dem Einsatz besteht die Möglichkeit, daß Einsatzkräfte zusammen mit dem Seelsorger das Geschehen aufarbeiten. Die Helfer haben hier die Möglichkeit, über ihre Erfahrungen und Gefühle während des Einsatzes zu sprechen. Dies erfordert allerdings, daß zuvor ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen dem Seelsorger und den Helfern gewachsen ist. Dafür ist es hilfreich, wenn der Seelsorger regelmäßig in den einzelnen Feuer- und Rettungswachen präsent ist und ggfs. auch an "normalen Einsätzen", in denen er nicht als Notfallseelsorger gefordert ist, sowie an Übungen teilnimmt.

Grundsätzlich sind Einsatzerfahrungen der Seelsorger auch für Nachbereitungsgespräche hilfreich und dienen nicht nur dem reibungslosen Ablauf während seines Einsatzes als Seelsorger. Wo dies geschieht, wird der Seelsorger für die Helfer mit der Zeit zu "einem von ihnen" werden. In Nachbereitungsgesprächen haben die Helfer dann das Gefühl, vom Seelsorger verstanden werden zu können, denn er weiß, was es heißt, für 24 Stunden Dienst auf einem Rettungswagen oder einem Löschfahrzeug zu tun, und welche Gefühle in einem aufkommen, wenn man zu einem Einsatz unterwegs ist und nicht weiß, was auf einen zukommen wird. Dieser Einsatzstreß und die aufkommenden Emotionen kann niemand verstehen, der nicht selbst zu Einsätzen unterwegs war, um dort zu helfen. Zwar haben Rettungsassistenten und Feuerwehrleute grundsätzlich auch außerhalb der Wache, im Kreis der Freunde und Familie, die Möglichkeit über ihre Erfahrungen und Gefühle zu sprechen, wobei dieses aufgrund der Schweigepflicht (§ 203 StGB) oftmals eine Wanderung auf dem schmalen Grat zwischen Legalität und Illegalität ist, aber richtig verstanden fühlen sie sich wohl kaum, denn niemand außerhalb ihres Berufes kann ihre Gefühle nachvollziehen oder teilen. Ob sich allerdings der regelmäßige "Wachdienst" von Notfallseelsorgern praktizieren läßt, hängt von den sonstigen Aufgaben des Seelsorgers ab.

Über das eigentliche Einsatzgeschehen und seine Nachbereitung hinaus können Notfallseelsorger auch sonst Ansprechpartner in kirchlichen Fragen sein oder für Beratungsgespräche (etwa in Ehe-, Familien- und Lebensfragen) zur Verfügung stehen - eine Aufgabe, die ihnen aus der Gemeindegarbeit vertraut sein dürfte. "Oft wird dieses Angebot dann auch für die Familien der

⁹⁶Wietersheim, H. v.: Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 157

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Anspruch genommen, zum Beispiel, wenn es um Taufen oder um Hochzeiten geht."⁹⁷

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst ist also ein Angebot an die Bediensteten in diesen Berufen. Sie versucht, den Menschen, die in diesen Berufsgruppen tätig sind, seelsorglichen Beistand in beruflichen und privaten Fragen zu geben und die Einsatzkräfte nicht nur als einen mehr oder weniger gut funktionierenden Teil der technischen und medizinischen Ausstattung von Löschfahrzeugen und Rettungswagen zu sehen.

6.1. Belastungsfaktoren im Rettungsdienst

Feuerwehrleute und Rettungsdienstmitarbeiter stehen unter einem hohen Belastungsdruck. Die Belastungen, die in diesem Beruf auftreten, setzen sich zusammen aus **physischen** und **psychischen Belastungen**.

"Physische Belastungen entstehen beispielsweise durch Muskelarbeit (z.B. schweres Heben und Tragen) oder physikalische und chemische Einflüsse (z.B. Hitze, Lärm, Gase, toxische Substanzen usw.). Physische, physikalische und chemische Belastungsfaktoren können häufig mit Meßverfahren beschrieben werden."⁹⁸ Anders verhält es sich mit den psychischen Belastungsfaktoren. Sie werden von den einzelnen Mitarbeitern unterschiedlich stark wahrgenommen und auch unterschiedlich gut verarbeitet. "Für den einen Rettungsassistenten ist die mißlungene Reanimation eine hohe und über längere Zeit bestehende Belastung, ein anderer hat sie am nächsten Tag bereits vergessen."⁹⁹

Es sind aber keineswegs nur das Einsatzgeschehen der "großen", spektakulären Einsätze, die im Gedächtnis von Feuerwehrleuten und Rettungsassistenten hängenbleiben und so ein psychisches Belastungspotential darstellen. Vielmehr ist es das gesamte Tätigkeitsfeld Feuerwehr und Rettungsdienst mit seinen vielfältigen Problembereichen, das unter Umständen hohe physische und psychische Belastungen für die Mitarbeiter mit sich bringt.

Eine Untersuchung bei der Berufsfeuerwehr Köln hat dabei gezeigt, daß Feuerwehrbeamte, die sowohl im Rettungsdienst als auch im feuerwehrtechnischen Dienst tätig sind, ca. 60% der Belastung im rettungsdienstlichen Bereich und nur 40% in den feuerwehrtechnischen Bereichen

⁹⁷Wietersheim, H. v.: Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 156

⁹⁸Bengel, J.; Singer, S.; Kuntz, V.: Psychische Belastungen des Rettungspersonals, S. 40

⁹⁹ebd.

Brandschutz, technische Hilfeleistung und Umweltschutz sehen.¹⁰⁰ Einige dieser Belastungsfaktoren aus dem Bereich Rettungsdienst seien im folgenden genannt.¹⁰¹ Für den feuerwehrtechnischen Dienst gilt mit leichten Abwandlungen das gleiche.

Zeitdruck:

Im Rettungsdienst entscheiden mitunter Sekunden über das Weiterleben eines Patienten. Der zeitliche Arbeitsdruck beginnt dabei schon bei der Anfahrt zur Einsatzstelle. Dabei spielt bei vielen Rettungsassistenten die Art des gemeldeten Notfalls eine entscheidende Rolle für das Streßerleben während der Fahrt zum Einsatzort. So löst die sehr konkrete Notfallmeldung "Kleinkind mit Atemstillstand" ein größeres Streßerleben bei der Anfahrt aus als eine ungenaue Notfallmeldung wie etwa "internistischer Notfall" ohne nähere Angaben.

Infektionen:

Durch den regelmäßigen Umgang mit kranken Menschen ist das Ansteckungsrisiko für Rettungsdienstmitarbeiter höher als bei anderen Berufsgruppen. Die Angst vor eigener Ansteckung ist dann besonders erhöht, wenn der Helfer sich während des Einsatzes z.B. mit einer Kanüle, die zuvor für den Patienten verwandt wurde, selbst verletzt. Auch für Mitarbeiter, die häufig Infektionstransporte (z.B. Fahrten von Meningitis- oder TBC-Patienten) durchführen, stellt die Gefahr vor eigener Ansteckung einen erhöhten Belastungsfaktor dar.

Kraftbedarf:

Diese Art der physischen Belastung tritt besonders dann auf, wenn übergewichtige Patienten zu transportieren sind. Auch der Transport durch zu enge Treppenhäuser (und das sind die meisten!) gestaltet die Arbeit der Helfer schwierig. Selbst die neuesten technischen Hilfsmittel ersetzen nicht das Tragen des Patienten durch eigene Körperkraft. Zudem sind die meisten Tragen für enge Wohnungen und Treppenhäuser nicht geeignet, und der Transport per Bergetuch ist ungleich anstrengender.

Gefahren der Einsatzstelle:

V.a. die Feuerwehr, aber auch der Rettungsdienst hat mit einem erhöhten Gefahrenpotential an der Einsatzstelle zu rechnen. Die Möglichkeit, daß das eigene Leben bei der Rettung von Menschen oder Sachgütern Schaden nimmt, ist ein weiterer psychischer Belastungsfaktor. Dies gilt besonders dann, wenn bereits Kollegen im Einsatz verletzt oder gar getötet wurden. Einige der vielfältigen Gefahren an der Einsatzstelle seien im folgenden genannt:

¹⁰⁰vgl.: Freyer, J.: Psychische und physische Belastungen im Rettungsdienst. Untersuchungen bei der Berufsfeuerwehr Köln. In: Rettungsdienst 14 (1991), S. 496-498, hier S. 497

¹⁰¹vgl. ebd.

"- Gefahren durch Ausbreitung des Brandes

- Gefahren durch Atemgifte
- Gefahren durch atomare Stoffe
- Gefahren durch chemische Stoffe
- Gefahren durch Explosionen
- Gefahren durch Einsturz
- Gefahren durch Elektrizität¹⁰²

Schichtdienst:

Für viele Feuerwehr- und Rettungsdienstmitarbeiter ist der Schichtdienst eine finanziell lukrative Angelegenheit. Zudem ermöglicht die Arbeit im sog. 24-Stunden-Dienst eine umfassende Freizeitgestaltung in den Freischichten, die von vielen Mitarbeitern auch gerne genutzt wird. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß die Arbeit bei Nacht dem menschlichen Biorhythmus entgegensteht und zudem soziale Beziehungen durch die häufige Arbeit an Wochenenden gefährdet sind.

Psychische Belastungen:

Diese entstehen vor allem im ständigen Umgang mit schwerkranken Patienten und der überdurchschnittlich häufigen Konfrontation mit Leid und Tod. Vielen Rettungsdienstmitarbeitern fällt es schwer, die zahlreichen Bilder von toten, verletzten und stark entstellten Menschen zu vergessen. "Der ständige Umgang mit menschlichem Leid und Tod kann in der Regel nicht so abgebaut werden, wie das wünschenswert wäre. Die Einsatzfolge ist zu rasch, die Hilfsmöglichkeiten zu gering, und so kommt es zu psychischem Druck."¹⁰³ Wenn es den Helfern nicht gelingt, einen angemessenen Umgang mit den schrecklichen Erlebnissen zu finden und den psychischen Druck so zu kanalisieren, kann das zu dauerhaften Schädigungen der Psyche führen. Selbiges gilt für das Erleben von Extremsituationen, die sich so tief in dem Unterbewußtsein der Helfer festgesetzt haben, daß sie die Bilder nicht mehr loslassen. Solche Erlebnisse können die Helfer derart schädigen, daß sie nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf weiter auszuüben (vgl. Kap. 6.3.).

Witterung:

Sie ist ein Belastungsfaktor vor allem in bezug auf die Einsatzfahrten. So stellt das schnellstmögliche Erreichen der Einsatzstelle bei schlechter Witterung (z.B. Schnee und Glatteis) eine große physische und psychische Belastung für die Einsatzkräfte dar.

¹⁰²Freyer, J.: Psychische und physische Belastungen im Rettungsdienst, S. 497

¹⁰³ebd.

Einsätze zu jeder Zeit:

Besonders bei Einsätzen während der Nacht werden vom Körper Leistungen verlangt, die er zu dieser Zeit eigentlich nicht zu geben bereit ist. Der Helfer muß innerhalb kürzester Zeit ein hohes Leistungsniveau und große Konzentration erreichen, damit dem Patienten angemessen geholfen werden kann.

Arbeiten in der Öffentlichkeit:

Wenn ein Rettungswagen vor einem Haus vorfährt, bildet sich dort in der Regel sofort eine Ansammlung von Menschen, die genau beobachten, was dort geschieht. "Schaulustige behindern nicht nur die Arbeit des Rettungsdienstes, sondern sie vermitteln auch das Gefühl des 'Beobachtetseins' und der öffentlichen Anklage bei Mißerfolg."¹⁰⁴ Aber nicht nur Schaulustige erwarten vom Rettungsdienst optimale Leistung, auch Patienten und ihre Angehörigen setzen die Helfer unter Erfolgsdruck. Sie tragen in sich die Hoffnung, daß nun jemand zu Hilfe kommt und das Unheil wird abwenden können. Dieser Erfolgsdruck wird von vielen als belastend erfahren.

Unbekannte, ständig wechselnde Situationen:

Wer im Rettungsdienst arbeitet, verfügt über ein breites Handlungsspektrum. Allerdings sind die einzelnen Notfallsituationen zum Teil so unterschiedlich, daß hohes Improvisationsvermögen verlangt wird. Standardisierte Handlungsabläufe gibt es nur für bestimmte medizinische Maßnahmen. Die äußeren Gegebenheiten ändern mitunter aber so stark, daß auch standardisierte Abläufe modifiziert werden müssen. Ferner sind die auf die Helfer zukommenden Situationen bei der Anfahrt zur Einsatzstelle meistens unbekannt. Dadurch ist es nicht nur den Helfern unmöglich, einzelne Handlungsabläufe vorher abzusprechen oder durchzuspielen, es steigt auch die psychische Anspannung aufgrund der Ungewißheit der auf sie zukommenden Situation.

Hinzu kommen weitere Belastungen durch Rollenkonflikte unter den Kollegen, mit Notärzten oder Hausärzten, fehlende Rückmeldungen über den Zustand der Patienten in den Tagen nach dem Einsatz, mangelnde Anerkennung des Berufes (Vorstellung vom Rettungsassistenten als Krankenwagenfahrer und nicht als qualifiziertes medizinisches Personal) etc. Alle diese Belastungsfaktoren wirken sich auf die einzelnen Helfer unterschiedlich aus. Das Belastungspotential steigt v.a. durch das Zusammenwirken einzelner Belastungsfaktoren. "Die alltägliche Arbeitsbelastung setzt sich zusammen aus dem Schichtdienst, den Bereitschaftszeiten, dem immer wiederkehrenden Zeitdruck und einem evtl. hohen Einsatzaufkommen. Dazu kommen die unregelmäßig auftretenden Faktoren wie z.B. Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten, schlechte Witterungsverhältnisse oder ein defektes Gerät. Fehlen Möglichkeiten der Belastungs-regulierung, können sich die einzelnen Belastungsfaktoren über die Zeit summieren."¹⁰⁵

¹⁰⁴Freyer, J.: Psychische und physische Belastungen im Rettungsdienst, S. 497

¹⁰⁵Bengel, J.; Singer, S.; Kuntz, V.: Psychische Belastungen des Rettungspersonals, S. 45

6.2. Möglichkeiten der Streßbewältigung

Wie eine Person auf Streß reagiert, ist neben der individuellen Wahrnehmung des Stresses und dem persönlichen Umgang mit Streß auch von den persönlichen Voraussetzungen (Ressourcen) abhängig. Der Ausbau vorhandener Ressourcen kann das Streßerleben der einzelnen Person günstig beeinflussen. Vier wichtige Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die individuelle Streßverarbeitung sollen im folgenden beschrieben werden.¹⁰⁶

Körperliche Kondition und Fitneß:

Neben der verbesserten Fähigkeit mit physischen Belastungen (schweres Heben und Tragen) umzugehen, wirkt sich körperliche Fitneß auch auf das Wohlbefinden des Menschen aus. "Eine verbesserte körperliche Kondition, z.B. durch Ausdauertraining, führt zu einer gesteigerten Organfunktion und somit zu gesteigerter Widerstandskraft. [...] Die Streßtoleranz wird erhöht, Gefühle der Angst und Depression werden vermindert, und das Selbstwertgefühl wird gesteigert."¹⁰⁷ Regelmäßiges Ausdauertraining führt zu einer vermehrten Ausschüttung des körpereigenen Opiates Endorphin, welches das Wohlbefinden des Menschen steigert.

Aber auch ein gesunder Lebenswandel durch ausgewogene Ernährung hat positiven Einfluß auf das körperliche Wohlbefinden. Leider ist es gerade im Rettungsdienst so, daß während des Dienstes wenig auf gesunde Ernährung geachtet wird. Lange Wartezeiten zwischen den Einsätzen steigern bei vielen Kollegen den Nikotinbedarf. Hinzu kommt eine ungesunde Ernährung durch Fast-Food und Konservenprodukte. Häufig zählt der Rettungsdienst zu den besten Kunden von Imbißständen und Pizza-Taxen. "Die durch Streß auftretenden biologischen Veränderungen im Blut und Organismus können somit durch falsche Ernährung noch verstärkt werden."¹⁰⁸

Einschätzung der eigenen Kompetenz:

"Wird eine Person mit Anforderungen und Belastungen konfrontiert, entwickelt sie Erwartungen und Gedanken hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten. Diese werden als Kompetenzerwartungen bezeichnet. Von den subjektiven Einschätzungen hängt ab, ob die betreffende Person die Situation als angenehm, herausfordernd, bedrohlich, schädigend oder verlustreich bewertet."¹⁰⁹ Je höher die Kompetenzerwartung der einzelnen Person ist, je höher sie ihre eigenen Fähigkeiten hinsichtlich einer bestimmten Aufgabe einschätzt, desto größer ist die Motivation, sich dieser Herausforderung zu stellen. Auch können Negativerfahrungen bei höherer Kompetenzerwartung leichter verkraftet werden. Dagegen können geringe Kompetenzerwartungen auf die Dauer zu Depressionen und Minderwertigkeitsgefühlen führen. Jedoch kommt es auch hier darauf an, die Kompetenzerwartung richtig zu dosieren. Hohe

¹⁰⁶vgl.: Bengel, J.; Singer, S.; Kuntz, V.: Psychische Belastungen des Rettungspersonals, S. 53-55

¹⁰⁷ebd., S. 53

¹⁰⁸ebd.

¹⁰⁹ebd., S. 54

Kompetenzerwartung darf nicht zu Selbstüberschätzung führen. Wer seine eigenen Fähigkeiten überschätzt, schadet nicht nur dem Patienten und gefährdet ggfs. sich selbst oder andere, er wird auch auf die Dauer schwere Niederlagen erleiden, die sich dann negativ auf die psychische Verfassung auswirken.

Soziale Unterstützung:

Soziale Unterstützung von seiten der Familie, Freunden oder Arbeitskollegen ist eine weitere Hilfe, Belastungen durch den Beruf zu verarbeiten. Unterstützung durch andere stützt das Selbstwertgefühl und hilft, schwierige Situationen zu bewältigen. "Die Bewältigung von Belastungssituationen wird durch das soziale Netz in zweierlei Hinsicht günstig beeinflusst. Zum einen stärkt das Vertrauen auf die Existenz eines sozialen Netzes die eigene Bereitschaft, sich mit Problemen auseinanderzusetzen. Andererseits kann die konkrete Hilfe durch den Rat, die Mitarbeit oder auch nur die bloße Anwesenheit von Freunden helfen, die Belastungen zu reduzieren oder auszuhalten."¹¹⁰

Berufserfahrungen:

Die Frage, ob sich die Berufserfahrung eines Rettungsdienstmitarbeiters günstig auf die Bewältigung von Belastungssituationen auswirkt, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. So kommen einige Studien (Raphael 1986; Hermanutz u. Buchmann 1994) zu dem Ergebnis, daß Helfer mit großer Berufserfahrung traumatische Erlebnisse besser verarbeiten können als Helfer mit weniger Erfahrung.¹¹¹ Mitchell geht hingegen davon aus, daß die zahlreichen Belastungen im Beruf sich mit der Zeit summieren und Helfer mit längerjähriger Berufserfahrung eher an ihre Belastungsgrenzen stoßen als Helfer mit weniger Erfahrung.¹¹² "Brecheisen (unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Würzburg / Schweinfurt) berichtet von einer U-förmigen Beziehung zwischen Berufsdauer und Ausprägung der Beanspruchung: Mitarbeiter mit mittlerer Diensterfahrung zeigen danach die geringste Beanspruchung, während sowohl die Dienstältesten als auch die Dienstjüngsten deutliche höhere Werte aufwiesen."¹¹³ Wahrscheinlich ist aber nicht nur die Berufserfahrung als solche, sondern auch die Art der gemachten Erfahrungen und die dadurch entwickelten Bewältigungsstrategien für die Möglichkeit der Verarbeitung belastender Ereignisse ausschlaggebend.

¹¹⁰Bengel, J.; Singer, S.; Kuntz, V.: Psychische Belastungen des Rettungspersonals, S. 55

¹¹¹vgl.: ebd.

¹¹²vgl.: ebd.

¹¹³ebd.

6.3. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)

Den meisten Feuerwehrleuten, Notärzten und Rettungsassistenten gelingt es zeit ihres Lebens einigermaßen gut, mit den Belastungen ihres Berufes fertig zu werden. Über die Jahre haben sie ein breites Spektrum an Bewältigungsstrategien entwickelt, das größere psychische Schädigungen abzuwenden hilft. Die Art der Einsatzbewältigung schwankt dabei zwischen Verarbeitung und Verdrängung. Auch Tendenzen der Abstumpfung können teilweise beobachtet werden.

Dennoch ist niemand der Helfer dagegen gefeit, daß ihm eines Tages die Belastungen seines Berufes "über den Kopf steigen". Ursache dafür kann eine Situation sein, die der Helfer schon einige Male erlebt hat und die nun plötzlich zu schweren psychischen Folgen führt. Es kann aber auch ein einzelnes, besonders schwerwiegendes Ereignis sein, das den Helfer nicht mehr losläßt und sein ganzes Leben nachhaltig beeinträchtigt. Beispiele für solche Erlebnisse gibt es dutzendumfänglich.

Wenn Helfer nach einem Einsatz mit dem Erlebten nicht mehr zurechtkommen, spricht die Psychologie von **Posttraumatischer Belastungsreaktion (PTSD)** (*engl.: post traumatic stress disorder*). Sie verändert die gesamte Lebensqualität der Helfer. Während den meisten Menschen schwere traumatische Erlebnisse ihr ganzes Leben lang erspart bleiben, unterliegen Rettungsdienstmitarbeiter und Feuerwehrleute einem erhöhten Risiko, durch ihren Beruf an den Folgen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion leiden zu müssen.

Die Art des Ereignisses, die zu solch einer Reaktion führt, ist bei den einzelnen Helfern unterschiedlich. Während die einen nach einer Säuglingsreanimation unter den (traumatischen) Erlebnissen des Einsatzes leiden, ist es für andere ein schwerer Verkehrsunfall, ein Suizid oder das Erleben, wie ein Kollege im Einsatz verletzt oder gar getötet wird.

Was ist ein Trauma? Die Beantwortung dieser Frage ist grundlegend für das Verständnis der Reaktionsweisen auf das Erleben traumatischer Ereignisse. Nach Sigmund Freud ist ein Trauma "ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normal gewohnter Weise mißlingt, woraus dauerhafte Störungen resultieren."¹¹⁴ Ein Trauma ist also das Erleben einer Situation, die den bisherigen Erfahrungshorizont weit übersteigt und auf die der Mensch angemessen zu reagieren nicht in der Lage ist, was zu dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen führt. Die Arbeit mit den Opfern der Flugzeugkatastrophe von Ramstein aus dem Jahre 1988 brachte Dr. Hartmut Jatzko zu folgender erweiterter Definition eines Traumas:

¹¹⁴zitiert nach Jatzko, S. 36

"Trauma ist eine unvorbereitete, plötzlich über den Menschen hereinbrechende höchstmögliche Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins, welches den Menschen mit vielen Gefühlen und Fragen zurückläßt. Zu unterschiedlichen Zeiten können die Erinnerungsspuren dieser Gefühle ins Bewußtsein zurückkehren. Hieraus resultieren unterschiedliche Beeinträchtigungen bis hin zum Krankheitswert, je nach Veranlagung und individueller Lebensgeschichte."¹¹⁵

Mit dem Erleben großer Traumata (wie z.B. der Katastrophe von Ramstein) ist fast jeder Mensch überfordert. Wer solch ein Trauma erlebt, leidet meistens noch Jahre nach dem Ereignis, oder gar ein Leben lang, unter seinen Folgen. Wenn dies der Fall ist, spricht die Psychologie von einer Posttraumatischen Belastungsreaktion. Die Symptome einer PTSD beschreibt die American Psychiatric Association wie folgt:¹¹⁶

1. Erleben eines Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt und für fast jeden Menschen stark belastend wäre
2. Wiedererleben des Traumas, nachgewiesen durch mindestens eines der folgenden Merkmale:
 - wiederkehrende und sich aufdrängende Erinnerung an das Ereignis (bei Kindern Wiederholungsspiele)
 - wiederholte, stark belastende Träume mit Bildern von dem Ereignis (Alpträume)
 - plötzliches Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiedergekehrt wäre, durch Assoziationen mit einem Reiz, der in diese symbolische Kategorie fällt; dabei Vorstellungen bis dissoziationsartige Episoden (flashback) im Wachzustand oder bei Intoxikation
 - intensives psychisches Leiden bei der Konfrontation mit Ereignissen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind, einschließlich Jahrestage des Traumas, Geburtstag u.a. wichtige Daten in diesem Zusammenhang
3. Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Einengung der Reagibilität (vorher nicht vorhanden), was sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrückt:
 - deutlicher Verlust von Interesse an einem oder mehreren Aktivitäten, die nicht nur mit dem Trauma in Verbindung stehen
 - Gefühl der Lösung und Entfremdung von anderen
 - eingeschränkte Schwingungsfähigkeit der Gefühle (z.B. keine zärtlichen Gefühle mehr zu empfinden)
 - Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Bestandteil des Traumas zu erinnern (psychogene Amnesie), während andere, eher nebensächliche Details klar und bedeutsam beschrieben werden
 - Gefühle einer überschatteten Zukunft (Karriere, Heiraten, Kinder zu haben, lange zu leben)

¹¹⁵Jatzko, S. 37

¹¹⁶vgl.: ebd., S. 36

4. Anhaltend erhöhtes Erregungsniveau (vorher nicht vorhanden), durch mindestens zwei der folgenden Merkmale gekennzeichnet:

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Hypervigilanz
- übertriebene Schreckreaktion
- physische Reaktion bei Konfrontationen mit Ereignissen, die einem Bestandteil des traumatischen Ereignisses ähneln oder es symbolisieren
- Schuldgefühle wegen des Überlebens, wenn andere nicht überleben konnten, oder wegen des eigenen, zum Überleben notwendigen Verhaltens

Wenn diese Symptome auftreten, tut professionelle Hilfe not. Wie stark sich die Bilder eines Einsatzes im Gedächtnis festsetzen können, zeigen die Erlebnisberichte von Helfern, die bei einem Wohnhausbrand in der Stuttgarter Innenstadt eingesetzt waren. In Folge des Brandes starben insgesamt 7 Personen (6 durch direkte Brandeinwirkung bzw. Rauchintoxikation; 1 durch Sprung aus dem 2. OG). 17 weitere Menschen wurden z.T. schwer verletzt. Zwei Jahre nach der Brandkatastrophe in der Geißstraße berichteten Einsatzkräfte in einem eigens erstellten Fragebogen über ihre Erlebnisse und Gefühle nach dem Einsatz. Die Erinnerungen der Einsatzkräfte auch noch zwei Jahre nach dem Brand, sprechen eine deutliche Sprache.

"Das schlimmste für mich war die Panik, Dutzende von schreienden Menschen in Todesangst beim Eintreffen. Ich werde es nie vergessen und höre sie heute noch ... Das Auffinden der Toten, die Vielzahl - ich habe alle sechs entdeckt. Das Makabre war, daß ich aufgrund der schlechten Sicht (Verqualmung) über zwei Leichen gestolpert und buchstäblich draufgefallen bin ... Ich hatte Angst, selbst nicht mehr aus der Hölle herauszukommen.

*Feuerwehrbeamter, 5 Berufsjahre*¹¹⁷

"Es war ein schrecklicher Einsatz. Dieser makabre Einsatz änderte mein Leben sehr. Ich bin um Jahre gealtert. Ich fühle heute nicht mehr so wie früher, es ist alles anders.

*Feuerwehrbeamter, 2 Berufsjahre*¹¹⁸

Insgesamt berichteten 16 der befragten Personen (insgesamt 80 ausgegebene Befragungsbögen, bei einem Rücklauf von 47) von einem ungewollten Sich-Aufdrängen der Einsatzerlebnisse, z.B. durch Alpträume.

¹¹⁷Stephan, Th.; Wessels, M.: Wir sind mit den Bildern im Kopf allein. In: Rettungsdienst 19 (1996), 7, S. 6-17, hier S. 13

¹¹⁸ebd.

"Einmal träumte ich, von Flammen erfaßt zu werden. Ich spürte die unerträgliche Hitze. Ich hatte Schmerzen und sah, wie sich buchstäblich die Haut von mir ablöste. Ich glaubte ersticken zu müssen und rannte zum offenen Fenster, um zu springen. Als es abwärts ging, wachte ich auf. Ich konnte dann lange nicht einschlafen.

RA, 8 Berufsjahre"¹¹⁹

Für manche der Einsatzkräfte führten die Erinnerungen an den Einsatz zu massiven Einschränkungen der bisherigen Lebensgewohnheiten. Ihnen drängten sich immer dann Erinnerungen an die Brandkatastrophe auf, wenn sie sich in der Nähe des Brandobjektes oder nur in der Innenstadt aufhielten.

"Seit diesem Ereignis mache ich immer einen großen Bogen um diesen Ort. Als ich das erste Mal zufällig daran vorbeikam, erschrak ich, und der Magen drehte sich mir um. Ich fühlte mich schlecht. Da der Brandort mitten in der Stadt ist, reicht es schon, wenn ich mich dem Stadtkern nähere. Ich ziehe es daher vor, lieber außerhalb der Stadt einzukaufen.

RA, 6 Berufsjahre"¹²⁰

"Die Angst, in eine ähnliche Situation wie die Bewohner der Geißstraße zu kommen, führte dazu, daß ich meine Wohnung im Zentrum Stuttgarts aufgab und in ein 2-stöckiges, freistehendes Haus in einen Vorort von Stuttgart zog. Ich wollte auf keinen Fall in einem älteren, mehrgeschossigen Haus in der Innenstadt leben.

Notarzt, 5 Berufsjahre"¹²¹

Alle diese Berichte zeigen sehr deutlich, wie sich das Einsatzerleben auf die Psyche der Helfer auswirken kann. Meistens sind diese dem gewaltigen Druck, der mit solchen Erlebnissen einhergeht, nicht gewachsen, da sie das menschliche Begriffsvermögen übersteigen und sie über keine adäquaten Verarbeitungs- oder Verdrängungsmechanismen verfügen, welche bei weniger belastenden Ereignissen vielleicht noch funktionieren würden. Solche Erlebnisse aufzuarbeiten, braucht sehr viel Zeit. "Die Bewältigung traumatischer Ereignisse ist nur möglich, wenn eine aktive Auseinandersetzung und Bearbeitung stattfinden kann. Dies bedeutet auf der einen Seite, daß das Personal auf derartige Einsätze (‘Streßimpfung’) vorbereitet werden muß, andererseits muß die Möglichkeit geschaffen werden, die erlebten Einsätze nacharbeiten zu können."¹²² Beim Brandeinsatz in der Geißstraße nutzten insgesamt 42 Einsatzkräfte das Angebot, in einer Nachbereitungsgruppe über das Einsatzerleben zu sprechen. Viele von diesen wählten eine Kombination aus Kollegenkreis und privatem Umfeld als Ort der Nachbesprechung.

¹¹⁹Stephan, Th.; Wessels, M.: Wir sind mit den Bildern im Kopf allein, S. 15

¹²⁰ebd.

¹²¹ebd.

¹²²ebd., S. 16

Wenn es in der Folge eines so schwerwiegenden Einsatzes zu Posttraumatischen Belastungsstörungen kommt, kann es sein, daß auch ein Notfallseelsorger mit der Nachbereitung überfordert ist (schließlich ist er kein Therapeut!). In solchen Fällen empfiehlt es sich, eine Vernetzung zu psychologischen Fachdiensten herzustellen, um die psychischen Folgen so gering wie irgend möglich zu halten. Ob therapeutische Hilfe nach einem schwerwiegenden Einsatz wirklich nötig ist, muß allerdings im Einzelfall entschieden werden. Im Zweifel sollte der Seelsorger einen Psychologen oder Therapeuten um Rat bitten.

Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst kann aber auch im Vorfeld des Einsatzes einiges leisten. Sie kann versuchen, eine neue Gesprächskultur in diesen Berufen zu etablieren. Sie kann versuchen, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Rettungsassistenten, Notärzte und Feuerwehrleute es nicht nötig haben, "den harten Mann zu spielen", sondern ehrlich über ihre Gefühle vor, während und nach dem Einsatz sprechen können. Das verhindert zwar nicht generell das Auftreten von Posttraumatischen Belastungsreaktionen, vielleicht lindert es aber hier und da die Symptome ein wenig, und vielleicht schafft sie es, die alltäglichen Belastungen geringer zu halten.

Teil 2:
Weitere Formen
rettungsdienstlicher
Krisenintervention

7. Krisenintervention im Rettungsdienst (KIT)

Neben dem Einsatz von Notfallseelsorgern gibt es noch weitere Möglichkeiten, Menschen in akuten psychischen Krisen, welche durch ein Notfallereignis ausgelöst wurden, zu helfen. Krisenintervention im Rettungsdienst ist eine solche Möglichkeit, denen zu helfen, die im Rettungsdienst häufig vergessen werden und die genau wie die Notfallpatienten der psychologischen Betreuung bedürfen.

7.1. Definition

Krisenintervention ist die "allgemeine Bezeichnung für kurzfristige, ambulante oder stationäre Psychotherapie als Unterstützung in psychischen Krisen (z.B. bei Suizidalität oder Trauerreaktion)."¹²³

Jeder Mensch macht im Laufe seines Lebens die Erfahrung von Krisen (z.B. Partnerschaftskrisen, Mid-Life-Crises). Eine Krise stellt im Leben eines Menschen einen Wendepunkt dar, an dem etwas Gewohntes aufgegeben werden muß, um etwas Neues zu beginnen. Solche Wendepunkte werden von vielen Menschen als schwierig und belastend erlebt. Ein besonders schwieriger Wendepunkt im Leben eines jeden ist der Tod eines geliebten Menschen (insbesondere der von Eltern, Kindern oder des Ehepartners bzw. Lebensgefährten). Sind diese Wendepunkte aber erfolgreich überwunden, so beginnt ein neuer Lebensabschnitt, in dem der Mensch an seiner Krise gereift ist. Daher spricht die Psychologie auch von *Entwicklungskrisen* oder *normativen Krisen*.¹²⁴ Der Verlauf einer solchen Krise und die Möglichkeit der daraus erwachsenen persönlichen Reifung sind von Person zu Person verschieden. Je nach Ausmaß der Krise sind die von ihr betroffenen Menschen dabei auf (fremde) Hilfe angewiesen. Wird eine psychische Krise als besonders schwerwiegend erlebt, kann u.U. sogar therapeutische Hilfe notwendig sein.

"Das Ziel der 'Präklinischen Krisenintervention' ist die kurzfristige und ambulante Hilfe. Sie möchte den Klienten bzw. Patienten dort aufsuchen und abholen, wo er sich in dramatischer psychischer und seelischer Not befindet."¹²⁵ Klinische Krisenintervention oder Psychotherapie soll, insofern sie erforderlich ist, keinesfalls ersetzt werden. Ziel ist es vielmehr, durch gezielte Maßnahmen dem Menschen in der akuten Krisensituation beizustehen und soziale Vernetzungen herzustellen. Eine längerfristige oder regelmäßige Betreuung ist im KIT nicht vorgesehen. "Wie auch der Rettungs- oder Notarztwagen nicht mehrmals oder regelmäßig zum selben Patienten fährt, sondern ihn einem Arzt oder geeigneten klinischen Einrichtung für die Diagnostik und Therapie zuführt, so verweisen unsere Mitarbeiter an entsprechende Einrichtungen im

¹²³Fertig, B.: Krisenintervention und Rettungsdienst, S. 124

¹²⁴vgl. Müller, W.: Seelische Krise in der Lebensgeschichte von Seelsorgern / -innen. In: Baumgartner, S.247-263

¹²⁵Fertig, B.: Krisenintervention und Rettungsdienst, S. 124

psychosozialen Bereich."¹²⁶ Das gilt auch bei besonders traumatischen Ereignissen. Für eine mehrmalige Intervention stehen KIT-Mitarbeiter grundsätzlich nicht zur Verfügung. "Während sie durch ihre Ausbildung und Erfahrung effizient in der akuten Situation intervenieren, sind sie nicht für eine therapeutische Begleitung über einen längeren Zeitraum ausgebildet. Dies muß Fachleuten überlassen werden."¹²⁷

7.2. Aufgabe der Krisenintervention im Rettungsdienst

Mit dem Ziel, Menschen in akuten psychischen Krisen, die durch ein Notfallereignis erwachsen sind, beizustehen, hat sich KIT einer ähnlichen Aufgabe verschrieben wie die Notfallseelsorge, nämlich "die Betreuung von Menschen

- nach dem Tod eines Angehörigen im häuslichen (präklinischen) Bereich,
- nach dem Tod eines Kindes im präklinischen Bereich,
- nach dem Suizid eines Angehörigen,
- nach traumatischen Ereignissen in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz,
- nach Gewalterfahrung,
- nach der Überbringung einer Todesnachricht,
- bei Überforderung mit der Pflege eines sterbenden Menschen im häuslichen Bereich."¹²⁸

Durch eine solche frühzeitige Betreuung sollen posttraumatische Belastungsstörungen oder pathologische Trauerreaktionen rechtzeitig verhindert werden. Mit dieser Zielsetzung sieht sich KIT als einen integralen Bestandteil präklinischer Notfallmedizin, durch die schwerwiegendere physiologische Folgen, ausgelöst durch eine psychische Traumatisierung, verhindert werden sollen.

Einen generell anwendbaren Alarmierungskatalog gibt es beim KIT-München allerdings nicht. KIT-Mitarbeiter kommen in München nur dann zum Einsatz, wenn sie vom Rettungsdienstpersonal vor Ort über die Leitstelle angefordert werden. Zu unterschiedlich sind, nach Meinung der Initiatoren, das Ausmaß der psychischen Traumatisierung und die Möglichkeiten des Betroffenen, sich selbst zu helfen oder sich selbst um Hilfe zu bemühen.¹²⁹

¹²⁶KIT - Krisenintervention im Rettungsdienst. Hrsg. Arbeiter-Samariter-Bund, Kreisverband München (nicht veröffentlichtes Informationsmaterial), S. 8

¹²⁷Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst. In Bengel, S. 107-122; hier S. 115

¹²⁸ebd., S. 112

¹²⁹vgl.: Runggaldier, K.: KIT - Die mit Worten helfen. Kriseninterventionsteam des ASB-München. In: Rettungs-Magazin, Ulm: Ebner Verlag, 2 (1997); 1, S. 70-75

Mir scheint es allerdings bedenkenswert, ob es nicht doch einige Indikationen geben kann, bei denen KIT-Mitarbeiter generell von der Leitstelle alarmiert werden sollten, da nach meiner Erfahrung viele Rettungsdienstmitarbeiter mit der richtigen Einschätzung von akuten Trauerreaktionen oft überfordert sind, zumal diese, wie bereits erläutert, sehr unterschiedlich ausfallen können. Sicherlich ist die generelle Alarmierung von KIT-Mitarbeitern bei jeder erfolglosen Reanimation in einer Stadt wie München nicht möglich. Dennoch gibt es Indikationen, bei denen die frühzeitige Alarmierung des KIT durch die Leitstelle und parallel zum Rettungsdienst erwogen werden sollte, so z.B. bei Suizid oder SIDS.

7.3. Organisationsform

Bei KIT-Mitarbeitern handelt es sich um erfahrene Einsatzkräfte des Rettungsdienstes. Sie werden für ihre Aufgabe speziell ausgebildet und leisten in ihrer Freizeit den Dienst beim KIT. In München setzt sich das Kriseninterventionsteam aus 28 haupt-, neben- oder ehrenamtlichen Rettungsdienstmitarbeitern (darunter 5 Frauen) folgender Hilfsorganisationen zusammen:¹³⁰

- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)
- Bayrisches Rotes Kreuz (BRK)
- Berufsfeuerwehr München (BFM)
- Freiwillige Feuerwehr München (FF)
- Malteser-Hilfsdienst München (MHD)
- Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH)

Die Trägerschaft obliegt dem ASB Kreisverband München. Für die Erfüllung dieses Dienstes ist der ASB auf Spendengelder u.a. für Dienstbekleidung, Referentenkosten (für Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter) angewiesen. Der Dienst der KIT-Mitarbeiter ist kostenlos; den Patienten bzw. Klienten wird der Einsatz nicht in Rechnung gestellt, und die Kosten für den Einsatz werden auch nicht von den Krankenkassen übernommen. Auch die Mitarbeiter werden für ihren Dienst nicht bezahlt; sie bekommen lediglich eine kleine Aufwandsentschädigung für ihren Dienst und die Hintergrunddienste.¹³¹

"Da KIT als Sonderdienst integraler Bestandteil des Rettungsdienstes ist, ergeben sich daraus einige Voraussetzungen für die Struktur:

- 1) Erreichbarkeit und Alarmierbarkeit rund um die Uhr.
- 2) KIT wird disponiert über die zuständige Rettungsleitstelle.
- 3) Der diensthabende KIT-Mitarbeiter begibt sich unmittelbar und ohne Verzögerung nach der Alarmierung zum Einsatzort.
- 4) Ein Hintergrunddienst wird alarmiert, wenn an einer Einsatzstelle mehrere Personen zu betreuen sind oder wenn der Diensthabende wegen hohen Einsatzaufkommens abgelöst werden möchte. Mehr als 2 KIT-Einsätze sind pro Schicht (12 h) einem Mitarbeiter nicht zumutbar."¹³²

¹³⁰vgl.: ASB München: KIT - Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 5; Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 121 f.

¹³¹vgl.: ASB München: KIT - Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 11

¹³²Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 117

7.4. Die Ausbildung zum KIT-Mitarbeiter

Für die aktive Mitarbeit in KIT sind eine abgeschlossene rettungsdienstliche Ausbildung und mehrjährige Berufserfahrung Grundvoraussetzung. "Die umfassende notfallmedizinische Einsatzerfahrung (und die daraus resultierende Ruhe und Souveränität am Einsatzort) des KIT-Mitarbeiters stellt die Basis dar, ohne die eine effektive Intervention nicht gelingt."¹³³ Des weiteren muß der KIT-Mitarbeiter eine ausgeglichene Persönlichkeit sein, der mit viel Einfühlungsvermögen, aber auch mit der notwendigen Distanz seinen Klienten zu helfen versucht. Weiterhin muß er über die Fähigkeit verfügen, belastende Einsatzsituationen verarbeiten zu können, die ihm sowohl in seiner Funktion als Rettungsassistent als auch in seiner Rolle als KIT-Mitarbeiter begegnen werden. Daß sein privates Umfeld ihn bei dieser ehrenamtlichen Tätigkeit unterstützt, indem es Verständnis zeigt für die ungünstigen Dienst- und Bereitschaftszeiten und ihm einen Raum schafft, um über belastende Erlebnisse zu sprechen, kann ebenfalls eine Grundlage sein, die ihm bei der Erfüllung seines Dienstes hilfreich ist.

Der Umfang der Ausbildung muß sich am Umfang der erforderlichen Grundkenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie und an dem zeitlichen Budget ehrenamtlicher Mitarbeiter orientieren. Eine fundierte psychologische Grundausbildung ist für die Mitarbeit in KIT unabkömmlich. "Wer in die Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation eingewiesen wird, muß für die Herzdruckmassage den korrekten Druckpunkt auf dem Sternum finden. Dafür sind grundsätzlich keine Kenntnisse der Herzphysiologie notwendig. Trotzdem lernt jeder Rettungsassistent im Lauf seiner Ausbildungszeit auch Physiologie. Dies dient dem besseren Verständnis dessen, was er am Patienten tut. Will man darauf eingehen, was ein traumatisierter Patient unter dem Eindruck des traumatischen Ereignisses erlebt, wo seine Bedürfnisse sind und wie sich seine psychische Verfassung in der nächsten Zeit mit großer Wahrscheinlichkeit verändern wird, dann erfordert dies ein fundiertes psychotraumatologisches Grundwissen."¹³⁴

Dieses Grundwissen wird den zukünftigen KIT-Mitarbeitern in einem 60-stündigen *KIT-Grundkurs* vermittelt. Im Seminarteil, der an vier Wochenenden stattfindet, erhalten die Mitarbeiter das nötige Grundlagenwissen und üben dessen praktische Umsetzung in Rollenspielen. In ihren Rollen sowohl als Betreuer als auch dessen, der der Betreuung durch KIT bedarf, erproben sie ihre Fertigkeiten in der Krisenintervention und lernen auch, sich in die Lage eines traumatisierten Klienten zu versetzen. Theorie und praktische Übung wechseln sich also ab und ergänzen sich gegenseitig auf sinnvolle Art.

¹³³Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 117

¹³⁴ebd., S. 118

"Der Themenkatalog für den Grundkurs gliedert sich folgendermaßen:

- Einführung in die Grundbegriffe der Psychotraumatologie: akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Trauerreaktion;
- Einführung in die Grundbegriffe der Kommunikation;
- Einführung in Organisation und Aufbau von KIT;
- Besonderheiten konkreter Betreuungssituationen:
 - Tod erwachsener Personen im häuslichen Bereich,
 - Tod von Kindern,
 - Einführung in die Suizidologie, Hinterbliebene nach Suizid,
 - Gewalterfahrung (Vergewaltigung, Geiselnahme, Raubüberfall),
 - Überbringung von Todesnachrichten,
 - Lokführer nach Personenunfall im Gleisbereich;
- Zusammenarbeit mit Behörden und psychosozialen Einrichtungen;
- psychohygienische Maßnahmen für KIT-Mitarbeiter."¹³⁵

Nach dem KIT-Grundkurs nehmen die neuen KIT-Mitarbeiter an mehreren Supervisionen teil und hospitieren bei Einsätzen ihrer Kollegen, um so erste Erfahrungen im Einsatz zu sammeln. Insgesamt umfaßt die Ausbildung ca. 120 Stunden, bestehend aus Grundkurs, Supervisionen und Hospitationen.

Für die fertig ausgebildeten KIT-Mitarbeiter finden regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen statt, in denen sie ihre Kenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie auffrischen können. Auch werden Referenten anderer psychosozialer Einrichtungen oder der Polizei zu Fortbildungsmaßnahmen hinzugezogen, um die Arbeitsweisen dieser kennenzulernen. Dadurch sind die KIT-Mitarbeiter auch stets über den neuesten Stand von Vernetzungsmöglichkeiten im psychosozialen Bereich informiert. "Vom engen Kontakt mit den vielfältigen psychosozialen Hilfseinrichtungen profitieren die Betroffenen, die durch Hinweise von KIT schnell und unkompliziert Termine oder sonstige Hilfe bekommen."¹³⁶

7.5. Betreuung der KIT-Mitarbeiter

Das Belastungspotential im Rettungsdienst ist generell sehr hoch. Um so mehr gilt dies für Mitarbeiter in KIT, die zu Einsätzen alarmiert werden, wo Menschen besonders stark unter den Schicksalsschlägen des Lebens leiden. "Während sich der Rettungsdienst üblicherweise durch Teamarbeit auszeichnet, sind die Mitarbeiter der Krisenintervention bei ihren Einsätzen immer auf sich allein gestellt. Dies bedeutet für die Einsatzkräfte eine enorme Belastung. 'Du arbeitest ungeschützt, von Angesicht zu Angesicht, und hast keinen Teampartner und keine

¹³⁵Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 119

¹³⁶ebd., S. 120

Rettungswagentür, hinter die du dich zurückziehen kannst. Du wirst direkt und unausweichlich mit dem zum Teil unvorstellbar dramatischen Schicksal der Betroffenen konfrontiert', berichtet Andreas Müller-Cyran."¹³⁷

Daher ist es von großer Wichtigkeit, daß die Mitarbeiter von KIT regelmäßig und professionell begleitet werden, damit sie nicht eines Tages selbst unter den Folgen ihres Engagements leiden müssen. Als ein guter Weg hat sich in diesem Zusammenhang die 14-tägige Teamsupervision erwiesen, zu deren regelmäßiger Teilnahme sich jeder KIT-Mitarbeiter verpflichtet. Diese gemeinsame Supervision unter qualifizierter Leitung ist von unschätzbarem Wert für die Psychohygiene der Mitarbeiter. Jeder der Teilnehmer ist dabei verpflichtet, seine Persönlichkeit und Erfahrung in die Gruppe hineinzutragen, damit seine Kollegen von ihm profitieren können.

Auch ein gutes Betriebsklima ist von großer Bedeutung, um die Belastungen des einzelnen so gering wie möglich zu halten. Es hat sich bewährt, beim Dienstwechsel kurz über die Vorkommnisse der vergangenen Schicht zu sprechen, was an sich schon entlastende Wirkung hat. Auch die Existenz eines Hintergrunddienstes, der rund um die Uhr und in kürzester Zeit einsatzbereit ist, trägt zur Entlastung des einzelnen Mitarbeiters bei. Er dient nicht nur der optimalen Versorgung von Betroffenen bei größeren Einsätzen oder Paralleleinsätzen, sondern kann auch dann einspringen, wenn die Belastungsgrenze eines diensthabenden KIT-Mitarbeiters erreicht ist. "Jeder Mitarbeiter weiß, daß er nicht, koste es was es wolle, seine Schicht zu Ende fahren muß, sondern sich jederzeit ablösen lassen kann."¹³⁸

Durch all diese Maßnahmen wird eine optimale Betreuung der KIT-Mitarbeiter gewährleistet, damit diese ihren Dienst effizient und ohne eigene Schäden davonzutragen zu leisten imstande sind.

7.6. Einsatzstatistik von KIT-München

"Seit Bestehen von KIT im März 1994 bis Mai 1997 wurden über 2000 Einsätze protokolliert."¹³⁹ Das durchschnittliche Einsatzaufkommen liegt derzeit bei ca. 2 Einsätzen pro Tag. 1996 wurde KIT-München zu 653 Einsätzen alarmiert, die sich wie folgt zusammensetzten:¹⁴⁰

¹³⁷Runggaldier, K.: KIT - Die mit Worten helfen. Kriseninterventionsteam des ASB München, S. 71 f.

¹³⁸Müller-Cyran, A.: Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 121

¹³⁹ebd.

¹⁴⁰ASB-München: KIT - Krisenintervention im Rettungsdienst, S. 13

| | |
|---|------------|
| Hinterbliebene nach Todesfällen im häuslichen Bereich | 265 |
| Hinterbliebene nach Todesfällen im öffentlichen Bereich | 36 |
| Hinterbliebene nach Suizid oder Suizidversuch | 94 |
| Eltern nach Kindstod | 18 |
| Opfer von Gewalttaten | 19 |
| Betreuung von MVV-, DB-Mitarbeitern | 53 |
| Überbringung von Todesnachrichten | 64 |
| Sonstige (telefonische Beratung, Evakuierung nach Brand etc.) | 70 |
| Fehleinsätze | 37 |
| Gesamt: | 653 |

Diese Statistik zeigt durch die hohe Zahl an Einsätzen bei gleichzeitiger niedriger Fehleinsatzquote, wie wichtig der Dienst des KIT-München ist, damit die von einem Notfallereignis Betroffenen nicht in ihrer seelischen Not alleingelassen werden.

8. Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE)

Daß Feuerwehrleute und Rettungsdienstmitarbeiter unter einem erhöhten Belastungsdruck stehen, wurde bereits in Kap. 6 dargelegt. Diese physischen und psychischen Belastungen sind je nach Art des Einsatzes mehr oder weniger ständig vorhanden. Dadurch ist es den Einsatzkräften ermöglicht, spezifische Strategien zur Streßbewältigung zu entwickeln.

Es gibt aber auch Einsätze, die das normale Maß an Einsatzstreß übersteigen. Dazu zählen u.a. folgende Einsätze:¹⁴¹

- Bergung eines Kindes,
- Rettung eines schwerverletzten Kindes,
- akute Lebensgefahr für die Einsatzkräfte,
- Einsätze mit gefährlichen Stoffen,
- Einsätze mit vielen Toten und Verletzten.

Um die mit derartigen Belastungen einhergehenden Einsätze nachzubereiten und so einer evtl. entstehenden Posttraumatischen Belastungsreaktion vorzubeugen, hat sich in den letzten zehn Jahren eine Form von strukturierter Einsatznachbesprechung entwickelt, die in der Bundesrepublik unter dem Namen **Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE)** bekanntgeworden ist. Entwickelt wurde dieses System von Dr. Jeff Mitchell und hat in den USA als *Critical Incident Stress Management (CISM)* inzwischen weite Verbreitung gefunden. "Die Hauptziele von CISM sind, das Rettungspersonal auf berufsbedingten Streß vorzubereiten, traumatische Streßreaktionen zu verhindern oder aufzufangen, die Erholung von Unglücksereignissen zu beschleunigen und die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter aufrechtzuerhalten."¹⁴²

SBE richtet sich ausschließlich an Einsatzkräfte aus Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei und Katastrophenschutz und ist daher nicht mit anderen Formen präklinischer Krisenintervention (z.B. Notfallseelsorge oder KIT), die die Belastungen bei Angehörigen von Notfallopfern aufzufangen versuchen, zu vergleichen.

Es ist inzwischen kein Geheimnis mehr, sondern eine weit verbreitete und empirisch belegbare Erkenntnis, daß Einsatzkräfte während des Dienstes starken Belastungen ausgesetzt sind und diese Belastungen gelegentlich das Maß des Erträglichen (weit) übersteigen. Allerdings ist die

¹⁴¹Müller, V.: Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen im Feuerwehrdienst. In: Ahnefeld 1995, S.30-47; hier S. 31

¹⁴²Appel-Schumacher, T.: Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen, S. 261

Art, wie Einsatzkräfte mit diesen Belastungen umgehen, eine andere wie die von Notfallpatienten und deren Angehörigen.¹⁴³

Grundsätzlich wissen Einsatzkräfte, was sie an der Einsatzstelle erwarten kann. Sie sind sich bewußt, daß ihre Bereitschaftszeit jeden Moment durch die nächste Alarmierung unterbrochen werden kann und sie dann ausrücken müssen, um anderen Menschen aus Notlagen zu helfen. Dieses Wissen ist hilfreich für den Umgang mit den auftretenden Belastungen; die Helfer werden nicht völlig unvorbereitet mit einer Notfallsituation konfrontiert wie beispielsweise Ersthelfer oder Unfallzeugen. Allerdings macht dieses Wissen die Helfer nicht immun gegen Belastungen.

Weiterhin können Einsatzkräfte auf der Fahrt zum Einsatzort sich innerlich auf den kommenden Einsatz einstellen, wenn sie von der Leitstelle ein Einsatzstichwort bekommen, z.B. "Verkehrsunfall" oder "lebloses Kind". Diese Einsatzstichwörter sind ebenfalls hilfreich, damit die Einsatzkräfte am Ort des Geschehens nicht vollkommen von der Situation überrascht werden.

Ferner stehen Einsatzkräfte durch ihre Ausbildung der Situation in der Regel nicht hilflos gegenüber, sondern verfügen über geeignete Hilfsmittel und das nötige Fachwissen, um den in Not geratenen Menschen angemessen helfen zu können.

Trotzdem gehen die Einsätze nicht spurlos an den Helfern vorüber. Normalerweise werden die Belastungen des Einsatzes nicht während des Notfallgeschehens selbst, sondern erst nach Beendigung des Einsatzes wahrgenommen. "Häufig wird vielen Rettungsdienstmitarbeitern in der ersten Ruhephase nach einem besonders belastenden Einsatz deutlich, daß der äußerlich abgeschlossene Einsatz sie innerlich weiterbeschäftigt. In den darauffolgenden Tagen kann es zur Bildung von Symptomen kommen, die weder etwas mit einem psychiatrischen Krankheitsbild noch mit PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) zu tun haben. Diese Symptome bezeichnet man in der Psychotraumatologie als 'akute Belastungsreaktion'."¹⁴⁴

Die akute Belastungsreaktion ist eine ganz normale Reaktion auf das Erleben von besonders schwerwiegenden Einsätzen. Leider ist es in Feuerwehr- und Rettungsdienstkreisen noch eine weit verbreitete (Un-) Sitte, über solche Erfahrungen nicht zu sprechen. Statt mit Kollegen oder Vorgesetzten über die Erfahrungen während des Einsatzes zu sprechen, schweigen viele, weil sie glauben, ihre Gefühle seien unnormal. Sie haben Angst, daß sie, wenn sie über ihre Gefühle sprechen, von ihren Kollegen nicht für voll genommen oder als nicht diensttauglich abgestempelt werden. Hier vollzieht sich derzeit ein Umdenkprozeß. "So langsam schwindet die Vorstellung, daß nur 'Weicheier', wie es in der rauen Feuerwehrsprache heißt, ihre Probleme mit besonderen

¹⁴³vgl.: Müller-Cyran, A.: SBE-Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen. In: Fertig; v. Wietersheim, S. 175-178; hier S. 175

¹⁴⁴Müller-Cyran, A.: SBE-Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen, S. 175 f.

Einsatzvorkommen haben. Statt dessen setzt sich die Erkenntnis durch, daß jeder Feuerwehrmann von akuten Streßsituationen betroffen sein kann."¹⁴⁵ Und dieses gilt für alle Einsatzkräfte, unabhängig von Dienstgrad und Dienstalter. Auch erfahrene und noch so kompetente Einsatzkräfte sind nicht davor geschützt, plötzlich unter einer akuten Belastungsreaktion in Folge eines außergewöhnlichen Einsatzes zu leiden.

Die Symptome einer akuten Belastungsreaktion sind ähnlich denen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion:¹⁴⁶

- sich aufzwingende Wiedererinnerung, begleitet von negativen Emotionen
- Ein- und Durchschlafstörungen, Alpträume
- abweichendes Eßverhalten (z.B. Appetitlosigkeit)
- erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten

Normalerweise klingen diese Symptome nach einiger Zeit (10 - 14 Tagen) von selbst wieder ab. Wenn dies nicht der Fall ist und der Helfer noch Wochen nach dem Einsatz unter diesen Symptomen leidet, sollte er nach Hilfe suchen (z.B. Kontakt zu einer psychologischen Fachkraft oder einem Notfallseelsorger, der, falls nötig, derartige Kontakte herstellen kann). Aber auch wenn diese Symptome von selbst wieder abklingen, muß der Helfer nicht mit seinen Erlebnissen alleingelassen werden.

"Zur Bearbeitung dieser Belastungen bedarf es einer praktikablen und niederschwellig umsetzbaren Methode, die vorhandene Ressourcen von Einsatzkräften nutzt und unterstützt, den psychischen Belastungen wie auch den Symptomen der akuten Belastungsreaktion entgegenwirkt und eine effektive Prävention der PTSD darstellt."¹⁴⁷ Und hier liegt der Unterschied zur Notfallseelsorge und KIT. Einsatzkräfte verfügen bereits über ein breites Spektrum an Bewältigungsstrategien, um mit den alltäglichen Belastungen ihres Berufes umzugehen. Diese Ressourcen werden bei SBE aktiviert (Coping-Strategie), und es werden Möglichkeiten zum Umgang mit kurzzeitig auftretenden, außergewöhnlichen Belastungen aufgezeigt. Dieses ist bei Notfallpatienten und deren Angehörigen nicht möglich, da ein Notfallereignis für sie ein meist einmaliges Erlebnis darstellt und sie normalerweise über gar keine Bewältigungsstrategien verfügen.

¹⁴⁵Müller, V.: Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen im Feuerwehrdienst, S. 30

¹⁴⁶vgl.: Müller-Cyran, A.: SBE-Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen, S. 176

¹⁴⁷ebd.

8.1. Entstehung von SBE

"Obwohl nicht in der heute gängigen spezifischen Terminologie beschrieben, werden Techniken zum Krisenmanagement bei kritischen Ereignissen schon seit Jahren praktiziert. Sie fanden Anwendung in Kriegen, in Natur- oder von Menschenhand hervorgerufenen Katastrophen, bei Polizeieinsätzen, in Krankenhäusern, ärztlichen Notfalldiensten und der Feuerbekämpfung."¹⁴⁸

So wurden die ersten Methoden zur Streßbearbeitung im Umgang mit Soldaten in den beiden Weltkriegen dieses Jahrhunderts entwickelt. Durch gezielte Interventionsmaßnahmen konnten so die traumatischen Erlebnisse von Soldaten aufgearbeitet werden, damit diese möglichst schnell an die Front zurückkehren konnten. Der Psychiater Marshall "erforschte im 2. Weltkrieg die Wirkung von kampfbedingtem Streß; er beobachtete, daß Soldaten, die Gelegenheit hatten, ihre Erlebnisse zu beschreiben, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen und nach einer belastenden Kampfhandlung soziale Unterstützung erhielten, sich schneller erholten und weniger negative Wirkung erlebten."¹⁴⁹ Seine Techniken zur Streßbearbeitung wurden auf amerikanischer Seite auch im Korea- und Vietnamkrieg eingesetzt. Seine Art der Intervention bei Streßerleben ist der heutigen Streßbearbeitung sehr ähnlich, und das obwohl die systematische Erforschung von kampfbedingtem Streß und seiner Verarbeitung erst in den 80er Jahren während des Krieges zwischen Israel und Libanon begann.

Das derzeit gängigste System zur Streßverarbeitung nach belastenden Ereignissen ist das der strukturierten Einsatznachbesprechung nach Mitchell. Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE) greift auf die Erkenntnisse und Methoden von Mitchell zurück. Sein System hat nichts mit Psychotherapie zu tun. Es will die normalen Reaktionen nach einem belastenden Einsatz aufarbeiten. Falls bei einzelnen Helfern therapeutische Hilfe notwendig ist, weil sie beispielsweise unter einer Posttraumatischen Belastungsreaktion leiden, so muß diese an anderer Stelle stattfinden.

8.2. Verlauf der strukturierten Einsatznachbesprechung

Die strukturierte Einsatznachbesprechung ist das Zentrum von SBE. "Sie hat unter dem Begriff 'Debriefing' stellvertretend für das gesamte Streß-Management für Einsatzkräfte die Methode bekanntgemacht. 'Debriefing' meint dabei nicht einfach nur ein beliebiges oder regelloses Zusammenkommen nach einem Einsatz oder eine lockere Besprechung."¹⁵⁰ Unter fachkundiger Leitung kommen hier Einsatzkräfte, die an einem bestimmten Einsatz, den es nachzubereiten gilt,

¹⁴⁸Appel-Schumacher, T.: Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen, S. 258

¹⁴⁹ebd., S. 259

¹⁵⁰Müller-Cyran, A.: SBE-Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen, S. 177

zusammen und sprechen über ihre Empfindungen während des Einsatzes und in den Tagen danach. Dabei gilt es, bestimmte Regeln und Strukturen für das Debriefing zu beachten.

Das Debriefing findet nicht unmittelbar nach dem Einsatz statt, sondern mit geringem zeitlichem Abstand einige Tage danach. An der Einsatzbesprechung nehmen ausschließlich diejenigen Helfer teil, die auch beim zu besprechenden Einsatz anwesend waren. Des Weiteren wird auch nur über die Empfindungen während dieses einen Einsatzes gesprochen. Grundsätzliche Belastungen des Berufes oder Belastungen anderer Einsätze werden beim Debriefing nicht thematisiert. Es geht bei einem Debriefing nur um einen bestimmten Einsatz.

Jeder Teilnehmer der Debriefinggruppe muß bereit sein, seine eigenen Erfahrungen in das Gespräch miteinzubringen. Hier ist es besonders hilfreich, wenn ältere Kollegen an dem Gespräch teilnehmen, insofern sie selbst am Einsatz beteiligt waren. Sie können über ihre Erfahrungen auf dem Gebiet der Streßverarbeitung berichten und vermitteln den jüngeren Kollegen, daß diese mit ihren Nöten nicht allein sind. Wer über das Debriefing hinaus noch Gesprächsbedarf hat, für den bietet sich ein Einzelgespräch nach der Sitzung an. Dort kann er Themen ansprechen, die in der Sitzung noch nicht erwähnt wurden, und weitere Hilfsmöglichkeiten erfragen.

Pro Einsatz gibt es nur ein einziges Debriefing, das einen zeitlichen Rahmen von ca. 2 - 3 Stunden umfaßt. An der Sitzung können zwischen 4 und maximal 40 Einsatzkräften teilnehmen. Das Leitungsteam besteht in der Regel aus vier speziell geschulten Personen:¹⁵¹

- 1.) Leiter: Diplompsychologe, Psychotherapeut oder Sozialarbeiter,
- 2.) Assistent (Co-Leiter): psychologischer Experte, Geistlicher oder erfahrener Rettungsdienstmitarbeiter,
- 3.) Mitarbeiter: älterer Kollege aus dem Rettungsdienst,
- 4.) Mitarbeiter: jüngerer Kollege aus dem Rettungsdienst.

Alle Mitglieder des Leitungsteams müssen für diese Aufgabe speziell geschult sein. Dies gilt im besonderen Maß für den Leiter, der neben Kenntnissen im Bereich der Psychotraumatologie und des Rettungswesens auch Erfahrungen in der Leitung von Gesprächsgruppen, also gruppendynamische Kenntnisse, haben muß. Weiterhin muß er über die Möglichkeiten zur Streßbewältigung unterrichtet sein und dieses Wissen weitergeben können. Für alle anderen Mitglieder des Leitungsteams reicht ein jeweils 14-stündiger Grund- und Fortbildungslehrgang für SBE.

Das Debriefing folgt einer festen Struktur von 7 aufeinander aufbauenden Gesprächsphasen. Es beginnt auf der kognitiven Ebene, führt hin zur emotionalen Ebene und anschließend zurück zur kognitiven Ebene.

¹⁵¹vgl.: Appel-Schumacher, T.: Streßmanagement nach traumatischen Ereignissen, S. 264

"Die 7 Phasen der Einsatzbesprechung:

- 1.) Einführung: Hier werden die Struktur der Einsatzbesprechung vorgestellt und die Teilnehmer darüber informiert, was von ihnen erwartet wird.
- 2.) Fakten / kognitive Ebene: Die Teilnehmer werden gebeten, Beschreibungen und Informationen über das Ereignis zu geben.
- 3.) (Rück-) Besinnung: Mit ihrer Hilfe wird der Übergang von der kognitiven Ebene zur emotionalen Reaktion auf das Ereignis vollzogen.
- 4.) Reaktionen: Die Teilnehmer werden ermutigt, sich auf eine persönliche Ebene einzulassen und das zu beschreiben, was sie als ihre schlimmste Erfahrung empfunden haben.
- 5.) Symptome: Hier wird der Übergang von der emotionalen Ebene auf eine kognitive Ebene eingeleitet und begonnen, Stresssymptome genauer zu betrachten.
- 6.) Unterweisung: Anhand der zuvor geschilderten Stresssymptome werden auf einer stärker kognitiven Ebene Stressbewältigungstechniken vorgestellt.
- 7.) Neubeginn: Die Teilnehmer werden auf das Ende der Sitzung hingeführt, und es werden Informationen über weitere Betreuungsmöglichkeiten gegeben."¹⁵²

Neben dem recht umfangreichen Debriefing gibt es noch zwei weitere Möglichkeiten der Einsatznachbesprechung, die ebenfalls unter das Thema SBE fallen. Es handelt sich dabei um die sog. Entschärfung und Demobilisierung.

Unter **Entschärfung** (Defusing) versteht man eine kurze Einsatzbesprechung (weniger als eine Stunde) in den ersten Stunden nach dem Einsatz. Für die Durchführung einer solchen Entschärfung ist nicht unbedingt ein SBE-Team erforderlich. "Unter der Leitung von Diplom-Psychologen oder erfahrenen Rettungsdienstmitarbeitern bietet die Entschärfung sofortige Unterstützung, die Gelegenheit, das Erleben des kritischen Ereignisses zum Ausdruck zu bringen, eine Normalisierung der Stressreaktionen und Information zur Stressbewältigung."¹⁵³ Sie kann unter Umständen ein Debriefing überflüssig machen.

Eine weitere Möglichkeit ist die sog. **Demobilisierung**. Diese ist besonders geeignet bei langandauernden Einsätzen oder Katastrophen. Sie schließt sich unmittelbar an das Einsatzgeschehen an, dauert weniger als 30 Minuten und ist hilfreich beim Übergang vom Einsatz in die Ruhephase (Dienstende oder Bereitschaftszeit). Nach kurzen Informationen über mögliche Stressreaktionen kann sich ein kleiner Imbiß anschließen. Falls nötig, sollte ein Debriefing innerhalb der darauffolgenden Tage angeboten werden.

Mit SBE sind in den letzten Jahren viele positive Erfahrungen gemacht worden. "Wie schnell sich diese Maßnahme innerhalb der USA durchgesetzt hat, wird u.a. daran erkennbar, daß die Zahl der

¹⁵²Appel-Schumacher, T.: Stressmanagement nach traumatischen Ereignissen, S. 265

¹⁵³ebd., S. 261

psychologisch geleiteten Betreuungsteams im Zeitraum von 1988 bis 1990 von 30 auf 125 Teams angestiegen war. Jedes Team ist für mehrere Feuerwehr- und Rettungsorganisatio-nen in einer Region zuständig. Es besteht aus zehn bis 20 Mitgliedern, wobei die meisten Feuerwehrleute oder andere Einsatzkräfte sind; Psychologen sind in der Minderheit."¹⁵⁴

Auch in der Bundesrepublik ist derzeit ein Umdenkprozeß in Gang geraten. Viele Feuerwehren und Rettungsorganisationen erkennen, daß belastende Ereignisse einer gründlichen Nachbereitung bedürfen.

¹⁵⁴Müller, V.: Streß und Streßbewältigung bei besonderen Einsatzvorkommnissen im Feuerwehrdienst, S. 45

Teil 3:
Auswertung
und
Vergleich

9. Das Besondere der Notfallseelsorge

Präklinische Notfallmedizin befindet sich momentan in einer rasanten Entwicklung. In vielen Bereichen wird versucht, die Arbeit zu professionalisieren und effizienter zu machen. Auf dem Gebiet der Intensivmedizin wurden große Fortschritte erzielt, die sich auch auf den Bereich der Präklinik ausgewirkt haben. Die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals wurde durch die Einführung des Berufsbildes Rettungsassistent vor wenigen Jahren verbessert, was auch Auswirkungen auf die Frage nach seinen Kompetenzen in der präklinischen Notfalltherapie hat (vgl. die derzeitige Diskussion zur Frage der Frühdefibrillation). Die medizinischen Geräte wurden verbessert, und auch im Bereich der Kommunikationstechnologie wurden gewaltige Fortschritte gemacht (z.B. durch die Möglichkeit von digitaler Alarmierung und satellitengestützter Navigation).

Neben diesen technischen Fortschritten vollzieht sich aber auch im Bereich der Notfallpsychologie ein großer Umbruch. Der Mensch mit seinem je eigenen Erleben einer Notfallsituation rückt nun verstärkt in das Blickfeld des Rettungsdienstes. Neben den zahlreichen aktuellen Publikationen zu diesem Themenkomplex wurden auch praktische Konsequenzen aus den neuen Erkenntnissen gezogen. In weiten Teilen der Bundesrepublik führt dies derzeit zu einem Ausbau von Notfallseelsorge- und Krisenintervention-Systemen, die helfen wollen, die psychischen Belastungen von allen an einem Notfallgeschehen Beteiligten zu reduzieren.

Wenn im letzten Teil dieser Arbeit nun diese unterschiedlichen Systeme miteinander verglichen werden sollen, so kann es nicht darum gehen, diese gegeneinander auszuspielen. Ziel soll es vielmehr sein, die je eigenen Spezifika herauszuarbeiten, Vor- und Nachteile der einzelnen Systeme aufzuzeigen und die unterschiedlichen Konzeptionen miteinander zu vergleichen.

9.1. Notfallseelsorge als Erfüllung eines kirchlichen Grundauftrages

Mit der Entwicklung der Notfallseelsorge haben die großen christlichen Kirchen der Bundesrepublik in den letzten zehn Jahren ein neues und wichtiges Tätigkeitsfeld entdeckt. Mit der Übernahme dieser Aufgabe versuchen sie, das Leid und die Not der Menschen, die von einem Notfall betroffen wurden, zu lindern. Und dieses ist eine zentrale Aufgabe der Kirche. Sie wird damit dem gerecht, was die Konzilsväter des Vaticanum II in ihrer Pastoralkonstitution "Die Kirche in der Welt von heute" (*Gaudium et spes*) über das Verhältnis von Menschheit und Kirche schreiben: "Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi" (GS 1).

Wenn ein Notfallseelsorger ausdrückt um den Angehörigen eines Verstorbenen Trost zu spenden, jemanden vom Sprung in den Tod abzuhalten und Verletzten Hoffnung zu geben, tut er genau das, was das Zweite Vatikanische Konzil als eine wesentliche Aufgabe der Kirche sieht - er teilt mit den ihm anvertrauten Menschen Freude und Hoffnung, Angst und Trauer. Er vollzieht damit genau das, was Jesus selbst dem Petrus kurz vor seinem Tod aufträgt: "[...] stärke deine Brüder" (Lk 22, 32). Notfallseelsorge will den in Not geratenen Menschen, den Trauernden und Sterbenden, den Mutlosen und am Leben Verzweifelnden etwas von Heil vermitteln, das mit Christus in die Welt kam. Sie vollzieht damit zugleich einen Dienst an den Menschen und an Gott (vgl. Mt 25, 40: "Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan.")

Und hier liegen das Spezifikum von Notfallseelsorge und der Unterschied zu anderen Formen präklinischer Krisenintervention. Grundlage der Notfallseelsorge ist der christliche Glaube - die Hoffnung, daß Gott selbst es ist, der den Verzeifelten Mut schenkt, die Trauernden tröstet und den Menschen das Heil schenkt. Vor diesem Hintergrund leisten Notfallseelsorger ihren Dienst.

Das heißt aber nicht, daß Notfallseelsorge die Menschen vereinnahmen soll. Es geht nicht darum, in Not geratene Menschen zu missionieren und sie zum Christentum zu bekehren, weil sie nur so mit ihren Sorgen, Nöten und Ängsten leben können. Im Gegenteil: Wenn (Notfall-) Seelsorge sich als Gastfreundschaft versteht, ist sie ein offenes Angebot an die Menschen. Sie ist eine aufnahmebereite, freiraumschaffende, partnerschaftliche und zeitlich befristete Weise der Zuwendung (vgl. Kap. 3), die den Menschen zu helfen versucht, sie aber nicht um jeden Preis auf ihre Seite zu ziehen versucht. Sie eröffnet Zukunftsperspektiven und stiftet Hoffnung aufgrund ihres Glaubens an den dreifaltigen Gott und seines Wirkens in der Welt. Gleichzeitig respektiert sie aber auch die Freiheit des Menschen, sich anders zu entscheiden und seine Hoffnung auf etwas anderes zu setzen. Sie verkündet die befreiende Botschaft des Evangeliums, versucht aber nicht, sie jemandem "überzustülpen".

Das Spezifikum der Notfallseelsorge ist also die christliche Basis, von der aus versucht wird, in Not geratenen Menschen beizustehen. Das bedeutet nicht, daß es nicht auch in anderen Bereichen der Krisenintervention (z.B.: KIT) christlich motivierte Mitarbeiter gibt, die aufgrund ihres Glaubens anderen Menschen helfen und diesen Glauben auch im Einsatz weiterzugeben versuchen. Mit der Notfallseelsorge verhält es sich aber noch anders: Hier ist der Glaube das Fundament, auf dem die Hilfe aufgebaut ist - ohne ihn ist Notfallseelsorge keine Seelsorge, sondern praktische Lebenshilfe in Krisensituationen.

9.2. Die spezifischen Unterschiede zwischen KIT und Notfallseelsorge

Sowohl Notfallseelsorge als auch Krisenintervention im Rettungsdienst haben im wesentlichen das gleiche Ziel. Sie wollen da zur Hilfe eilen, wo Menschen aufgrund eines Notfalles in seelische

Nöte geraten sind. Ziel ist es, eine bisher vorhandene Lücke im Rettungsdienst zu schließen und sich der Menschen anzunehmen, die bislang im rettungsdienstlichen Bemühen wenig Beachtung fanden: Menschen, die unter einem Notfallereignis leiden, aber vom medizinischen Standpunkt aus nicht behandlungspflichtig sind.

Neben dieser Gemeinsamkeit, die eine Reihe von anderen Übereinstimmungen hinsichtlich der Arbeitsweise mit sich bringt (Erreichbarkeit rund um die Uhr, schnellstmögliche Hilfeleistung, Einsatzkriterien, spezielle Ausbildung im Bereich der klientenzentrierten Gesprächsführung etc.), gibt es aber auch einige Unterschiede.

Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, daß Notfallseelsorge ein kirchliches Angebot ist, und daher auf einem christlichen Fundament steht (s.o.). Dieses bringt einen zweiten wesentlichen Unterschied mit sich: die Mitarbeiter. KIT arbeitet ausschließlich mit Fachkräften aus dem Bereich des Rettungsdienstes und der Feuerwehr, während bei Notfallseelsorgern rettungsdienstliche Erfahrung zwar wünschenswert ist, sie aber nicht unbedingt über langjährige Berufserfahrung im Bereich des Rettungsdienstes verfügen müssen.

Beides hat Vor- aber auch Nachteile. Notfallseelsorger, die bislang wenig oder gar keine Berührungspunkte mit Feuerwehr und Rettungsdienst hatten, müssen dieses nachholen. Das gilt besonders für die sog. Beauftragten für Notfallseelsorge, die zu außerhäuslichen Notfällen gerufen werden und hier neben Kenntnissen im Bereich der Einsatztaktik auch über Kenntnisse bezüglich der Gefahrenquellen am Einsatzort sowie den Möglichkeiten zur Eigensicherung verfügen müssen. KIT-Mitarbeitern ist dieses durch ihre Ausbildung und tägliche Arbeit bekannt. Sie müssen allerdings für den Umgang mit den psychisch traumatisierten Patienten / Klienten speziell geschult werden, denn psychologische Gesprächsführung steht bislang noch nicht auf dem Lehrplan für Rettungsassistenten oder kommt viel zu kurz. Hier haben Notfallseelsorger den Vorteil, daß sie durch ihre Arbeit in den Gemeinden über Erfahrungen verfügen, die KIT-Mitarbeiter in dieser Form in der Regel nicht haben. So sind Seelsorger in der Regel für den Umgang mit Trauernden und Sterbenden geschult und verfügen durch ihre Arbeit in der Gemeinde über ein breites Handlungsspektrum hinsichtlich des Umgangs mit diesen Personengruppen.

Es gibt aber noch eine Reihe anderer Vorteile, die Notfallseelsorge hat:¹⁵⁵

1.) Leichte Realisierbarkeit

"Die Kirchen verfügen durch ihre Gemeinden über ein dichtes Netz von gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die zumindest in den Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung ausgebildet sind und die Erfahrung im Umgang mit trauernden Menschen haben."¹⁵⁶ Aus diesen gilt es, an der Notfallseelsorge interessierte und dafür geeignete Mitarbeiter herauszufinden und diese für ihre Aufgabe speziell fortzubilden. Des Weiteren sollten sie von ihren sonstigen Aufgaben in der Gemeinde wenigstens teilweise entlastet werden.

2.) Seelsorger genießen das Vertrauen vieler Menschen

Auch wenn viele der Kirche heute recht kritisch gegenüberstehen und die Zahl der in der Kirche Engagierten abnimmt, so sind Seelsorger doch noch immer recht angesehene Persönlichkeiten, die das Vertrauen vieler Menschen genießen. So kann es in Krisensituationen auch für Nicht-Christen hilfreich sein, einen Seelsorger zu sprechen, da dieser um die Sorgen und Nöte der Menschen weiß, besonders dann, wenn es um Krankheit, Tod und Trauer geht. Nicht selten ist der Tod eines Angehörigen Anlaß für die Hinterbliebenen, sich mit den Fragen nach dem eigenen Leben und Sterben auseinanderzusetzen und hier nach Antworten zu suchen. Ein behutsam vorgehender Seelsorger kann in derartigen Situationen hilfreich sein. Das gilt besonders, wenn religiöse Bedürfnisse bei einem Notfallgeschehen offen zutage treten.

3.) Vielen Menschen sind kirchliche Rituale vertraut

In Notfallsituationen geben religiöse Riten dem Patienten, aber auch den Angehörigen Halt und Sicherheit.¹⁵⁷ So ist es für viele Angehörige hilfreich, wenn sie im Beisein eines Seelsorgers für den Verstorbenen noch einmal beten können. Selbst Menschen, die sonst keinerlei Berührung mit der Kirche haben, werden es in vielen Fällen begrüßen, wenn ein Seelsorger ihnen das Angebot

¹⁵⁵ vgl.: Wietersheim, H. v.: Notfallseelsorge und Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst, S. 90 ff.

¹⁵⁶ ebd., S. 90

¹⁵⁷ Man kann um die Frage streiten, ob es sinnvoll ist, im Beisein des Notfallpatienten für diesen zu beten oder ihm gar die Krankensalbung zu spenden. Bei manchen Menschen kann dieses angstausslösend wirken, besonders dann, wenn es sich nicht um alte oder chronisch kranke Menschen handelt, die sich vielleicht schon länger mit der Frage nach dem eigenen Tod auseinandersetzen. Hinzu kommt außerdem, daß die Krankensalbung bei vielen Menschen noch als "Letzte Ölung" bekannt ist und nicht als Sakrament der Stärkung. Ein Seelsorger, der hier nicht sehr behutsam vorgeht, kann dann das Gefühl vermitteln, bald sterben zu müssen, und dieses kann besonders bei Menschen mit einer plötzlich auftretenden Erkrankung oder Verletzung fatale Folgen haben. Der gute Wille, dem Patienten etwas Gutes zu tun und ihm Hoffnung zu geben, schlägt dann um in eine angstmachende Handlung, die ihm die Hoffnung auf baldige Besserung und Genesung nimmt. Die Frage nach der Spendung der Krankensalbung hängt also von der jeweiligen Situation ab. Allerdings wird sich diese Frage für einen Notfallseelsorger nicht besonders häufig stellen (meist nur bei Patienten, deren Rettung sich als schwierig erweist, oder bei einem Massenansturm von Patienten). Meistens sind, wenn der Notfallseelsorger an der Einsatzstelle eintrifft, die Patienten bereits medizinisch versorgt und befinden sich auf dem Weg ins Krankenhaus oder, was noch häufiger vorkommt, der Notfallseelsorger wird erst dann alarmiert, wenn der Patient bereits verstorben ist. In solchen Fällen erübrigt sich die Frage nach der Spendung der Krankensalbung.

macht, zusammen mit ihm für den Verstorbenen zu beten, denn dieses ist das einzige, was sie noch für den Verstorbenen tun können.

4.) Seelsorger verfügen über die Möglichkeit der Vernetzung

Viele soziale Hilfsangebote befinden sich in kirchlicher Trägerschaft. Hier kann ein Seelsorger weitere Hilfe vermitteln (was allerdings auch bei KIT geschieht). So kann er beispielsweise den Kontakt zu den örtlichen Seelsorgern oder zu Beratungsstellen etc. herstellen. Unter Umständen kann er auch selbst die weitere Begleitung von Angehörigen übernehmen (was bei KIT generell nicht vorgesehen ist), z.B. wenn diese in seiner Gemeinde wohnen oder er selbst noch eine Trauergruppe leitet. Gelegentlich kann es auch sinnvoll sein, daß er selbst die Beerdigung eines Verstorbenen übernimmt, z.B. dann, wenn der Kontakt zu den Hinterbliebenen sich als besonders intensiv herausgestellt hat und diese es wünschen.

9.3. Notfallseelsorge und Streßverarbeitung

Neben der Betreuung von Notfallpatienten und deren Angehörigen widmen sich Notfallseelsorger auch den Helfern aus Feuerwehr und Rettungsdienst mit ihren spezifischen Sorgen und Nöten (vgl. Kap. 6: Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst). Voraussetzung ist aber, daß sie hier engen Kontakt zu den jeweiligen Mitarbeitern halten, regelmäßig auf den einzelnen Wachen anwesend sind und evtl. auch am normalen Einsatzgeschehen teilnehmen. Nur so haben sie die Chance, von den Helfern ernst genommen zu werden und deren Nöte zu verstehen. "Wer die Streßsituation 'Einsatz zur Menschenrettung' nicht aus eigenem Erleben kennt, wird an den Einsatzkräften und ihren Sorgen und Nöten vorbeireden."¹⁵⁸ Des weiteren muß er, wenn er im Bereich SBE tätig sein will, sei es als Leiter (falls kein geeigneter Psychologe diese Aufgabe wahrnehmen kann) oder als Co-Leiter, über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Weiterhin wäre es wünschenswert, wenn Seelsorger stärker als bisher in die Aus- und Fortbildung von Rettungsdienst- und Feuerwehrmitarbeitern einbezogen würden. Sie haben hier den Vorteil, daß sie von einzelnen Mitarbeitern eher als Fachmann in psychologischen Fragen angesehen werden, als einer aus ihren eigenen Reihen, was nicht heißen soll, daß Rettungsassistenten mit einer speziellen psychologischen Zusatzausbildung nicht die gleiche Fachkompetenz besäßen wie Seelsorger mit einer ebensolchen Zusatzausbildung.

Wenn Seelsorger einen "guten Draht" zu den Helfern haben, wird sicherlich der eine oder andere von ihnen auch zu ihm kommen, um über die Belastungen seines Berufes zu sprechen. Und auch hier ist es wahrscheinlich, daß ein Mitarbeiter eher zu einem Seelsorger geht, als mit jemandem aus den eigenen Reihen über seine Empfindungen während und nach dem Einsatz spricht. Sein Vorteil liegt hier v.a. in seiner theologischen Kompetenz. So kann er versuchen, zusammen mit

¹⁵⁸Waterstraat, F.: Wo bleibt Gott in der Feuerwehr? In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung, 46 (1992); 5, S. 314-317, hier: S. 316

den Einsatzkräften, die ihn aufsuchen, Antworten auf die immer wieder gestellten Fragen nach dem Sinn des Lebens und dem Schweigen Gottes angesichts des Leides in der Welt, nach Krankheit, Tod und Auferstehung zu finden. Eine Möglichkeit neben SBE stellt hier die Supervision dar, die in anderen helfenden Berufen bereits praktiziert wird.

Einen besonderen Vorteil haben Seelsorger, wenn es um Probleme unter den Kollegen, insbesondere mit Vorgesetzten geht, was aber wieder voraussetzt, daß sie die jeweiligen Mitarbeiter und hier besonders die Führungskräfte so gut kennen, daß ihre Vorschläge zur Beseitigung dieser Konflikte nicht von vornherein abgelehnt werden. Wenn ein Seelsorger sich in den Feuerwehr- und Rettungsdienststrukturen auskennt und das Vertrauen und Ansehen der Mitarbeiter einschließlich der Führungskräfte genießt, könnte er auch hier als Vermittler hilfreich sein, "weil er der Schweigepflicht unterliegt und nicht in die Hierarchie vor Ort eingebunden ist. Außerdem hat er keine eigenen Aktien auf diesem Markt."¹⁵⁹

9.4. Strukturelle Voraussetzungen für den Aufbau von Notfallseelsorge

"Die Aufgabe eines Notfallseelsorge-Projekts ist es, technische und organisatorische Voraussetzungen für die Sicherstellung der Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst zu schaffen und in Zusammenarbeit mit den Rettungsorganisationen kompetente Seelsorger zur Verfügung zu stellen, die in angemessener Frist in das Einsatzgeschehen eingebunden werden können."¹⁶⁰

Doch von der Idee, ein Team von Notfallseelsorgern zusammenzustellen, bis hin zur Alarmierung der ersten Seelsorger ist es ein weiter Weg. Zunächst einmal gilt es die oft große Distanz zwischen Kirchen und Rettungsorganisationen zu überwinden. Sowohl kirchlicherseits, als auch auf rettungsdienstlicher Seite müssen die zuständigen Stellen von der Notwendigkeit eines solchen Projektes überzeugt sein. Erst wenn alle Beteiligten von dieser Notwendigkeit überzeugt sind, kann es an die konkrete Umsetzung gehen:

"- Weckung von Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen von Kirche und Rettungsdienst

- Aufbau von Kontaktmöglichkeiten zwischen Kirchen und Rettungsorganisationen*
- Errichtung technischer Kommunikationsmöglichkeiten, damit die Kirchen rund um die Uhr zuverlässig erreichbar sind*
- Ausbildung geeigneter Seelsorger/innen und Einbindung der Notfallseelsorge in ihren Dienstauftrag*
- Erstellung von Alarmierungslisten für Leitstellen*

¹⁵⁹Waterstraat, F.: Wo bleibt Gott in der Feuerwehr?, S. 316

¹⁶⁰Wietersheim, H.v.: Aufbau und Organisation von Notfallseelsorge-Projekten, S. 161

Welche Gestalt das jeweilige Notfallseelsorge-Projekt hat, hängt von den äußeren Gegebenheiten ab. Ist zu erwarten, daß z.B. in einem überwiegend ländlichen Bereich das Einsatzaufkommen für Seelsorger nicht besonders hoch sein wird, so reicht es aus, einige Seelsorger für diese Aufgabe speziell auszubilden, die diesen dann im Wechsel zusätzlich zu ihrer Gemeindegarbeit übernehmen. Ist das zu erwartende Einsatzaufkommen jedoch größer, so empfiehlt es sich, einzelne Seelsorger für diese Aufgaben freizustellen. Sie können nach ihrer Zusatzausbildung dann als Beauftragte für Notfallseelsorge bei Einsätzen im außerhäuslichen Bereich alarmiert werden, die seelsorgliche Begleitung von Einsatzkräften übernehmen, in regelmäßigen Abständen am normalen Dienst auf den Wachen teilnehmen und in die Aus- und Fortbildung einbezogen werden. Bei häuslichen Notfällen versuchen sie den jeweiligen Ortsseelsorger zu erreichen, und falls dieser nicht erreichbar ist, übernehmen sie den Einsatz selbst. Solch ein umfangreiches Aufgabengebiet ist für einen Seelsorger, der nicht zugleich von anderen Aufgaben entlastet wird, nicht zu bewältigen. Neben ihrem Dienst als Beauftragte für Notfallseelsorge könnten sie dann immer noch als Subsidiar in einer Gemeinde eingesetzt werden oder, falls sie eine Supervisionsausbildung absolviert haben, in anderen (kirchlichen) Einrichtungen die Mitarbeiterbetreuung übernehmen.

9.5. Möglichkeiten der Vernetzung

Notfallseelsorge (nebst Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst), Krisenintervention im Rettungsdienst und Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen sind keine Systeme, die sich gegenseitig ausschließen. Alle haben das gleiche Ziel: Die Begleitung und Betreuung der Menschen, die unter den Folgen eines Notfallgeschehens leiden, sei es als Patient, als Angehöriger eines Patienten oder als Helfer. Je nach Bedarf (z.B. in Großstädten) können diese Systeme nebeneinander existieren und sich gegenseitig unterstützen, was in einigen Städten auch schon praktiziert wird. Es kann nicht darum gehen, sich gegenseitig "die Kundschaft" wegzunehmen, weil das eine System besser ist als das andere. Jedes dieser Systeme hat seine spezifischen Vor- und seine Nachteile. Wieso sollten sie also nicht zusammenarbeiten und sich gegenseitig ergänzen, um noch effizienter zu sein?

¹⁶¹ebd.

10. Schlußbemerkung

Es ist eine erfreuliche Entwicklung, daß in den letzten Jahren der psychologischen Dimension im Rettungsdienst vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Und dabei ist es nicht bei theoretischen Überlegungen geblieben - es wurden praktische Konsequenzen gezogen, die kirchlicherseits zum Aufbau von Notfallseelsorge-Systemen und auf seiten des Rettungsdienstes und der Feuerwehr zum Aufbau von Kriseninterventionsdiensten geführt haben.

Es bleibt zu hoffen, daß diese Entwicklung weiter anhält und daß auch dort, wo es noch keine derartigen Systeme gibt, diese bald entstehen werden, um eine existierende Lücke im Rettungsdienst zu schließen.

Kirchlicherseits bleibt zu hoffen, daß die Notfallseelsorge nicht länger eine Initiative von einzelnen Seelsorgern in den Gemeinden bleibt. Notfallseelsorge sollte zu einem verbreiteten und anerkannten Bereich der Sonderseelsorge werden, für den auch einzelne Seelsorger, ähnlich wie in der Krankenhaus-, Gefängnis- oder Militärseelsorge, von anderen Aufgaben entbunden werden. Dies ist zwar mit Kosten verbunden, was aber kein Hinderungsgrund sein sollte. Notfallseelsorger leisten eine wichtige Arbeit. Sie helfen den Menschen, die sich aufgrund eines Notfallereignisses in existentiellen Nöten befinden. Diesen Menschen zu helfen ist kein unnötiger Luxus, sondern eine wesentliche Aufgabe einer Kirche, die von sich behauptet, daß Freude und Hoffnung, Angst und Trauer der Menschen, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, auch Freude und Hoffnung, Angst und Trauer der Jünger Christi sind (GS 1).

Es sollten weder Kosten noch Mühen gescheut werden, den durch einen Notfall betroffenen Menschen zu helfen, denn für Gott gibt es nichts Kostbareres als den Menschen!

11. Literaturverzeichnis

Bücher:

- Ahnefeld, F.W. (Hrsg.): Workshop Ethische, Psychologische und Theologische Probleme im Rettungsdienst: Ulm/Neu-Ulm, 23.-25.02.1994 - Nottuln: Verl.- und Vertriebsges. des DRK, Landesverb. Westfalen-Lippe, 1995 (Schriftenreihe zum Rettungswesen; Bd. 11)
- Baumgartner, I. (Hrsg.): Handbuch der Pastoralpsychologie. Regensburg: Pustet, 1990
- Bengel, J. (Hrsg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin: Springer, 1997
- Berger, P.L.: Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft. Elemente einer soziologischen Theorie. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag, 1973
- Fertig, B.; Wietersheim, H.v. (Hrsg.): Menschliche Begleitung und Krisenintervention im Rettungsdienst. Edewecht: Stumpf & Kossendey, 1997
- Gorgaß, B.; Ahnefeld, F.W.: Rettungsassistent und Rettungssanitäter. 2. Aufl. - Berlin: Springer, 1989
- Herders Theologisches Taschenlexikon; Band 7, hrsg. von Karl Rahner, Freiburg i.Br.: Herder, 1973
- Jatzko, H. et al.: Das durchstoßene Herz - Ramstein 1988: Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Edewecht: Stumpf & Kossendey, 1995
- Rahner, K.; Vorgrimler, H.: Kleines Konzilskompendium. Sämtliche Texte des Zweiten Vatikanums. - 24. Aufl., Freiburg i.Br.: Herder, 1993
- Zerfaß, R.: Menschliche Seelsorge. Für eine Spiritualität von Priestern und Laien im Gemeindedienst. Freiburg i.Br.: Herder, 1985
- Zimbardo, P.G.: Psychologie. - 5. Aufl., Berlin: Springer, 1992 (Springer-Lehrbuch)
- Zulehner, P.M.: Helft den Menschen leben. Für ein neues Klima in der Pastoral. Freiburg i.Br.: Herder, 1978

Fachzeitschriften:

Freyer, J.: Psychische und physische Belastungen im Rettungsdienst. Untersuchungen bei der Berufsfeuerwehr Köln. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, Edeweicht: Stumpf & Kossendey, 14 (1991), S. 496-498

Lasogga, F.; Gasch, B.: Unfallopfer - nur eine Ansammlung von Organen? In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, Edeweicht: Stumpf & Kossendey, 20 (1997); 4, S. 22-25

Maschke, R.P.: Feuerwehr Nürnberg: Notfallseelsorge und Krisenintervention. In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung, Stuttgart: Kohlhammer, 48 (1994); 3, S. 156-161

Runggaldier, K.: KIT - Die mit Worten helfen. Kriseninterventionsteam des ASB München. In: Rettungs-Magazin, Ulm: Ebner Verlag 2 (1997); 1, S. 70-75

Stephan, T.: Angst und Angststörungen im Rettungsdienst: Unterschiedliche Phänomene. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, Edeweicht: Stumpf & Kossendey, 18 (1995); 5, S. 10-24

Stephan, T.; Wessels, M.: Wir sind mit den Bildern im Kopf allein. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, Edeweicht: Stumpf & Kossendey, 19 (1996); 7, S. 6-17

Waterstraat, F.: Wo bleibt Gott in der Feuerwehr? In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung, Stuttgart: Kohlhammer, 46 (1992); 5, S. 314-317

Wietersheim, H.v.: Notfallseelsorge Nürnberg. Ein Angebot der Kirchen. In: brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung, Stuttgart: Kohlhammer, 48 (1994); 3, S. 162-164

Unveröffentlichtes Material:

KIT - Krisenintervention im Rettungsdienst. Hrsg. Arbeiter-Samariter-Bund, Kreisverband München

Müller-Lange, J.: Konzeption der Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland

Ich versichere, daß ich gem. § 21, Abs. 3
der Diplom- und Studienordnung
der Theologischen Fakultät Paderborn
diese Arbeit selbständig verfaßt
und ausschließlich die in ihr
angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Oliver Kley
(cand. theol.)