



Psychologie
bewusst vertreten.

Die Weiterversorgung belasteter und traumatisierter Menschen nach Großschadenslagen und Katastrophen

Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger*innen
in Politik und Gesellschaft



**Fachgruppe Notfallpsychologie
der Sektion Klinische Psychologie**

im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Großflächige Katastrophenszenarien haben das Potential, die psychische Stabilität von weiten Teilen der Bevölkerung ins Wanken zu bringen. Es gilt besonders, die Gefahr von **Traumafolgestörungen** und vielfältigen gravierenden Auswirkungen bis hin zu **Suizidversuchen und Suiziden**, größtmöglich zu minimieren.

Wir als Fachgruppe Notfallpsychologie des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. möchten uns in aller Form bei Ihnen bedanken, dass Sie dieses wichtige Thema der psychischen Gesundheit Ihrer Mitmenschen im Auge behalten – neben den unzähligen baulichen, infrastrukturellen, logistischen und verwaltungstechnischen Aufgaben, vor denen Sie als Entscheidungsträger*in möglicherweise stehen.

Mit diesem Flyer möchten wir Ihnen einen kurzen Einblick in die **psychische Dimension des Katastrophenmanagements** und Ihnen konkrete Empfehlungen an die Hand geben, wie Sie in Ihrem Verantwortungsbereich durch strukturelle Maßnahmen ein **psychosoziales Gesamtkonzept** erstellen können, das die psychische Gesundheit Ihrer Mitmenschen fördert und Folgeschäden des Ereignisses im psychischen Bereich minimiert.

Psychische Versorgung nach Katastrophen

1. und 2. Woche (ca.)	3. bis 8 Woche (ca.)	ab 8. Woche (ca.)
AKUTPHASE	STABILISIERUNGSPHASE	THERAPIEPHASE
(Möglichst) Gesamtbevölkerung	Menschen mit Risikofaktoren	Psychisch Erkrankte

In der **Akutphase** sind im Idealfall die Hilfsorganisationen im Rahmen der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) mit Akuthilfemaßnahmen möglichst für die ganze Bevölkerung aktiv.

In der anschließenden **Stabilisierungsphase** ist vor allem für Menschen, die aufgrund von individuellen Risikofaktoren (z. B. psychische Vorerkrankungen, fehlendes soziales Netz, ...) Gefahr laufen, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, präventive Unterstützung dringend angeraten. Ziel ist die Aufrechterhaltung ihrer psychischen Gesundheit. Die Unterstützung sollte insbesondere durch psychologische, sozialarbeiterische und seelsorgerische Fachkräfte erfolgen.

Für diejenigen Mitmenschen, die im Verlauf der Stabilisierungsphase trotz präventiver Maßnahmen psychisch erkranken, ist es essenziell, in der **Therapiephase** dann im Rahmen einer (Trauma-) Psychotherapie heilkundlich versorgt zu werden.

Der Fokus der folgenden Handreichung soll dabei auf die Stabilisierungsphase gelegt werden, weil hier vorhandene Strukturen am wenigsten etabliert sind und eine **Beteiligung örtlicher Entscheidungsträger besonders erforderlich** ist.

Niedrigschwellige Angebote schaffen

Eine erfolgreiche psychosoziale Weiterversorgung in der Stabilisierungsphase nach Katastrophen steht vor zwei Problemen: Zum einen haftet in unserer Gesellschaft psychischer Unterstützung leider noch immer ein **großes Stigma** an. Zum anderen ist ein typisches Symptom psychischer Traumatisierung, dass Betroffene die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Ereignis und somit auch Angebote psychosozialer Unterstützung (größtenteils unbewusst) **vermeiden**.

Ein effektives Gesamtkonzept sollte deshalb einen **Schwerpunkt auf möglichst niedrigschwellige Angebote** setzen, um insbesondere Betroffene mit hohem Belastungsgrad und vorhandenen Risikofaktoren zu erreichen. Folgende Beispiele können daher Teil einer erfolgreichen Strategie sein:

- **Multimodale Angebote**

Eine erfolgreiche Weiterversorgungsstrategie verbindet die Vor- und Nachteile der **verschiedenen Kommunikationsmöglichkeiten**. Verteilen Sie Informationsflyer, betreiben Sie eine Telefon-Hotline, stellen Sie psychosoziale Informationen im Internet zur Verfügung, bieten Sie Gruppenangebote an (z. B. Vorträge, Selbsthilfegruppen) und stellen Sie auch eine Einzelversorgung in Präsenz – sowohl in informellen (Gespräch mit Pfarrer*in nach Gottesdienst) als auch in formelleren Umgebungen (psychologische Beratung nach Terminvergabe) bereit.

- **„Psychologisches“ mit „Nicht-Psychologischem“ verbinden**

Der Unsicherheit von Betroffenen gegenüber „Psychologischem“ kann zumindest teilweise begegnet werden, indem ein **erstes Kennenlernen** der Fachkräfte im Rahmen von **allgemeinen gesellschaftlichen Veranstaltungen** oder im Kontext anderweitiger (explizit nicht-psychologischer) Unterstützung ermöglicht wird. Eine kurze Vorstellungs- und Informationseinheit der örtlichen Beratungsstelle im Anschluss an den Gottesdienst ist hier genauso denkbar wie ein Kurzvortrag einer Notfallpsychologin oder eines Notfallpsychologen als Teil eines KiTa-Elternabends oder der Stationierung einer psychosozialen Fachkraft im unmittelbaren Umfeld eines kommunalen Angebots zur Unterstützung der Bevölkerung bei Versicherungs- und Finanzfragen im Kontext der Katastrophe.

- **Peers und Autoritätspersonen einbinden**

Binden Sie **Personen des Ortes mit großer „Reichweite“**, von Ortsvorstehenden über Vorsitzende des Gartenbauvereins bis hin zu den Mitgliedern der Fußballmannschaft aktiv ein, wenn es darum geht, ein Auge auf die Belastung ihrer Mitmenschen zu werfen und diese bei Bedarf an die psychische Weiterversorgung zu vermitteln. Wichtig: Sprechen Sie die **Auswahl und Instruktion der Personen** mit einer psychologischen Fachkraft ab, um sicherzustellen, dass diese der Aufgabe gewachsen und nicht selbst zu stark belastet sind.

- **Aufsuchende Strukturen etablieren**

Das in Deutschland etablierte Gesundheitssystem mit seinen „Komm-Strukturen“ (Betroffene *kommen* zu Beratenden) stößt im Kontext von Katastrophen mit psychischen Traumatisierungen an seine Grenzen. Um eine spätere Überlastung der psychotherapeutischen Ressourcen zu verhindern, sind sogenannte „aufsuchende Strukturen“ dringend angeraten. Hierbei **gehen psychosoziale Fachkräfte aktiv auf Betroffene zu**, ohne dass diese selbst aktiv werden müssen – notfalls beim Gang von Haus zu Haus.

Rituale, Symbole und Ersatzhandlungen

Katastrophen sind i. d. R. mit erheblichen **materiellen und menschlichen Verlusten** verbunden. Die damit verbundenen (Trauer-)Reaktionen sind zwar eine normale Reaktion auf ein nicht-normales Ereignis, gleichzeitig aber auch ein Kernelement der psychischen Belastung der Betroffenen.

Rituale, Symbole und Ersatzhandlungen stellen seit Menschengedenken eine wichtige gesellschaftliche Stütze dar, die bei der Verarbeitung solcher Verluste helfen.

- Als (meist) eingeübte und vielfach wiederholte Handlungen mit festem Aufbau bzw. Ablauf geben sie **Halt und Struktur** in einer chaotischen und unvorhersehbaren Zeit.
- Sie beinhalten (meist) aktiv handelnde Elemente, die Betroffene aus einer passiven Opferrolle heraustreten und ein **Gefühl der Selbstwirksamkeit** spüren lassen.
- Sie werden (meist) ganz oder in Teilen gemeinschaftlich mit anderen Betroffenen durchgeführt und lindern dadurch das Gefühl der **Einsamkeit und Isolation**.
- In ihrem symbolhaften Wesen können sie (meist) auch dann durchgeführt werden, wenn das **Objekt der Trauer nicht zugänglich** ist (bspw. vermister Leichnam, abgerissenes Wohnhaus)

Das Repertoire an möglichen Ritualen, Symbolen und Ersatzhandlungen ist unbegrenzt. Es empfiehlt sich, **regional, kulturell und religiös etablierte Rituale** mit aufzugreifen. Diese können (und sollen!) aber durch eine Vielzahl an **individuellen, auch neu kreierte, Handlungen** sinnvoll ergänzt werden – so können sich auch im Nachgang einer Katastrophe neue Traditionen der Trauerrituale etablieren und langfristig im kollektiven Gedächtnis des einzelnen Ortes verankert bleiben. Wichtig ist hierbei, den **zunehmenden Anteil der konfessionslosen Bevölkerung** nicht zu vergessen.

Einige Beispiele für solche Rituale und Ersatzhandlungen sind:

- Gemeinschaftliches Basteln von Papierblumen durch Grundschulkindern
- Einrichten eines Gedenk-Raums im Rathaus mit Rückzugsraum und ggf. Kondolenzbuch
- Gemeinschaftliches abendliches Aufstellen von Kerzen an den Fenstern der Häuser
- Öffentliche Schweigeminute
- Wöchentliches informelles Treffen am während der Aufräumarbeiten etablierten „Pausenort“
- Straßenfest für alle Betroffenen und Helfer*innen
- Aufstellen von Kieselsteintürmen („Steinfigürchen“) an Orten des Gedenkens
- Online-Kondolenzbuch
- Gedenkfeiern



Foto: © colnifiko – Freepik

Akteure der psychischen Weiterversorgung

Ein wichtiger Grundsatz für eine erfolgreiche psychische Weiter Versorgungsstrategie in Ihrer Region bzw. Ihrem Verantwortungsbereich ist, die **speziellen Fähigkeiten der verschiedenen relevanten Institutionen und Berufsgruppen** zu kombinieren.

Je nach Ausmaß der Zerstörung und der Beeinträchtigung der örtlichen psychosozialen Versorgungsstrukturen ist es ratsam, sowohl **regional bereits vorhandene Akteure** (Vorteil: Kenntnisse der regionalen Besonderheiten; „eingespieltes Team“) als auch **von außen hinzugezogene Akteure** (Vorteil: Keine eigene psychische Vorbelastung; „frischer Blick“ auf etablierte Strukturen; umfangreichere personelle Ressourcen) in die Versorgung mit einzubeziehen.

Hier einige Beispiele für sinnvolle Beteiligte einer umfassenden psychosozialen Versorgungsstruktur:

- **PSNV-Strukturen:** (Meist ehrenamtliche) Mitarbeiter*innen von Kriseninterventions- und Notfallseelsorgeteams. Erste psychosoziale Unterstützung insbesondere in der Akutphase.
- **Trauerbegleitung:** In Trägerschaft von Hilfsorganisationen, Vereinen oder privatwirtschaftlich organisiert. Meist Einzelberatungen und Gruppenangebote über mehrere Wochen hinweg.
- **Beratungsstellen:** Meist in kommunaler oder kirchlicher Trägerschaft. Verschiedene Spezialisierungen, z. B. Lebens-, Sucht-, Erziehungs-, Finanz-, Sozialberatung, Gesundheitsamt.
- **Sozialpsychiatrische Dienste:** Spezialisierte Beratung und Betreuung für Menschen mit (Verdacht auf) psychische Erkrankungen und deren Angehörige. Ggf. auch aufsuchende Hausbesuche.
- **Seelsorger*innen:** Pfarrer*innen, Pastoralreferent*innen und ähnliche Berufsgruppen können insbesondere in religiös geprägten Regionen eine wichtige Stütze für niedrigschwellige Angebote darstellen.
- **Hausarzt*innen:** Sind oftmals erster Ansprechpartner auch bei psychischen Belastungen und Erkrankungen. Sollten ausführlich über das psychosoziale Gesamtversorgungskonzept informiert werden, um eine alleinige pharmakologische Therapie zu vermeiden.
- **Psychotherapeut*innen:** Diagnostik und Therapie von behandlungsbedürftigen Traumafolgerkrankungen. Organisiert über die Psychotherapeut*innenkammern. Therapeut*innensuche über www.bptk.de/service/therapeutensuche. Auf Approbation achten!
- **Notfallpsycholog*innen:** Spezialisiert auf Beratung (auch für Führungskräfte & Entscheidungsträger*innen), stabilisierende Interventionen und Maßnahmen zur Prävention von Traumafolgestörungen während der Akut- und Stabilisierungsphase. Kontaktaufnahme über www.notfallpsychologenregister.de oder, bei Koordinierungsbedarf, über die Fachgruppe Notfallpsychologie des BDP. Auf Zertifizierung achten!



Foto: © seventyfour – Freepik

Kinder und Jugendliche

Kinder können von Katastrophen in weit stärkerem Ausmaß betroffen sein als Erwachsene – auch wenn sie beim Krisenereignis nicht direkt vor Ort waren: **Ihnen fehlt das Erfahrungs- und Weltwissen, um einen Erklärungsrahmen für die Ereignisse zu finden** (z. B. die Wahrscheinlichkeit einer baldigen Wiederholung der Katastrophe) und ihre **große Fantasiebegabung** kann dazu beitragen, aus Erwachsenensicht vielleicht „harmlose“ Geschehnisse im Nachgang zu dramatisieren und somit eine mögliche psychische Traumatisierung zu verstärken.

Eine umfassende Hilfestellung zu den Spezifika der Betreuung von Kindern und Jugendlichen würde den Rahmen dieser Handreichung sprengen. Bitte ziehen Sie deshalb unbedingt auch **Expert*innen aus den Bereichen Erziehungsberatung, Schulpsychologie und Kinder- und Jugendpsychotherapie** zu Rate!

WARNUNG

Sekten und unseriöse Angebote!

Im Nachgang an Katastrophen werden regelmäßig vermeintliche „Seelsorger*innen“, „Therapeut*innen“ und „Berater*innen“ aktiv, die zwar zunächst sehr unbürokratisch mit anpacken und psychosoziale bzw. seelsorgerische Unterstützung anbieten. Langfristig werden hier aber oftmals Verbindungen zu Sekten, radikalisierten oder esoterischen Gruppierungen und fragwürdigen Geschäftsmodellen deutlich. **Aus der Not der Betroffenen wird hier Profit gemacht** und letztlich Mitglieder für die Gruppierungen rekrutiert oder überbeuerte „Therapien“ bzw. Geräte (z. B. zur vermeintlichen Stressreduktion) verkauft.

Bitte **prüfen Sie Unterstützungsangebote genau auf ihre Seriosität!** Kontaktieren Sie dazu gerne die Fachgruppe Notfallpsychologie im BDP oder die Sektenbeauftragten Ihrer Region.

Herausgeber & Kontakt

**Fachgruppe Notfallpsychologie
in der Sektion Klinische Psychologie im BDP e.V.**

Sektionsgeschäftsstelle
Kirchstrasse 3B, 56203 Höhr-Grenzhausen



Das Vervielfältigen dieses Flyers zur Weitergabe an Interessierte ist ausdrücklich erwünscht!

Alle Angaben wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt. Eine Gewähr für Vollständigkeit und Richtigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Stand August 2021.

Redaktion: Dr. Robert Steinhauser & Lena Deller-Wessels

Titelfoto: © Angelo_Giordano – Pixabay